



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:

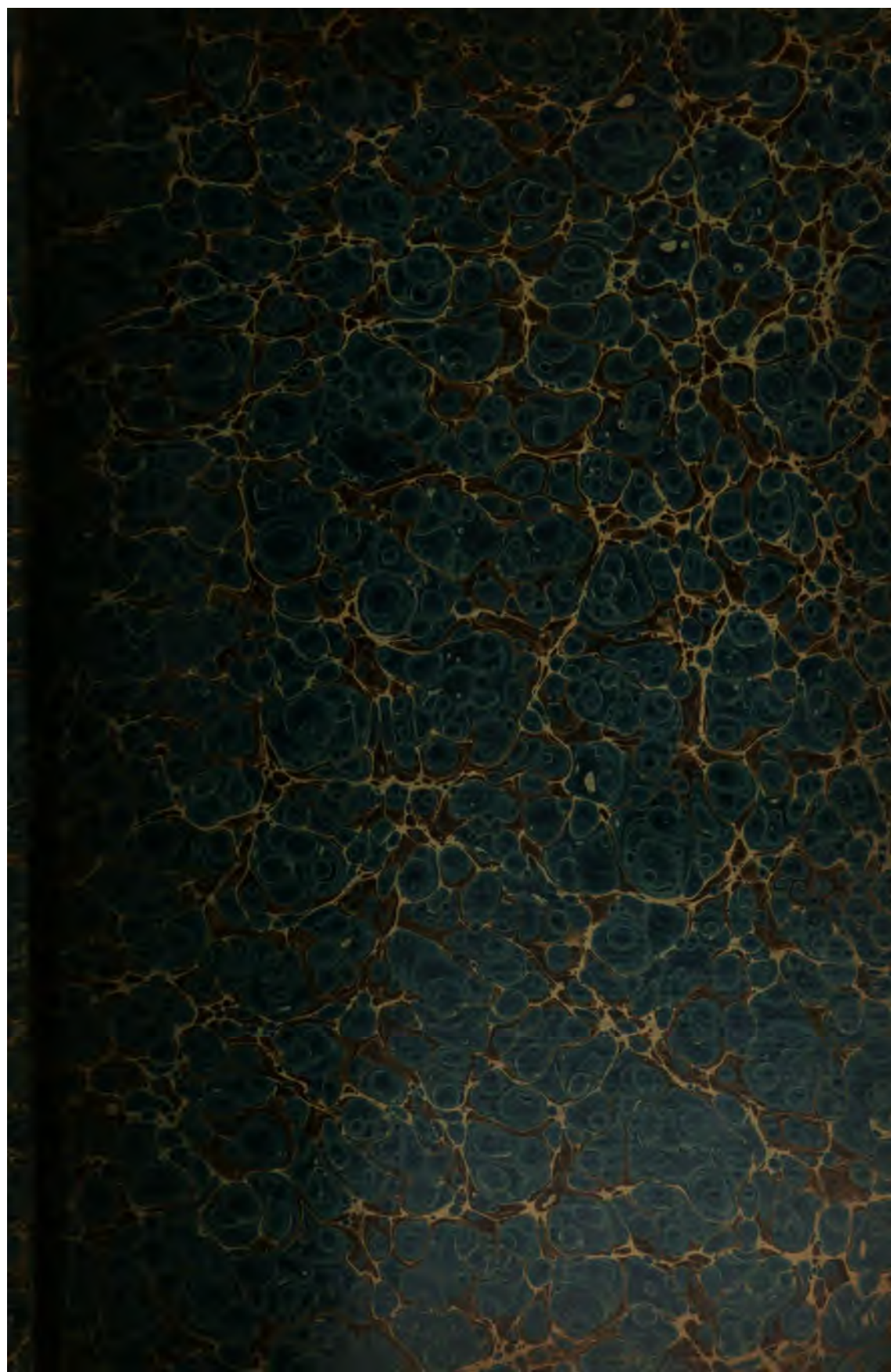
- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an 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

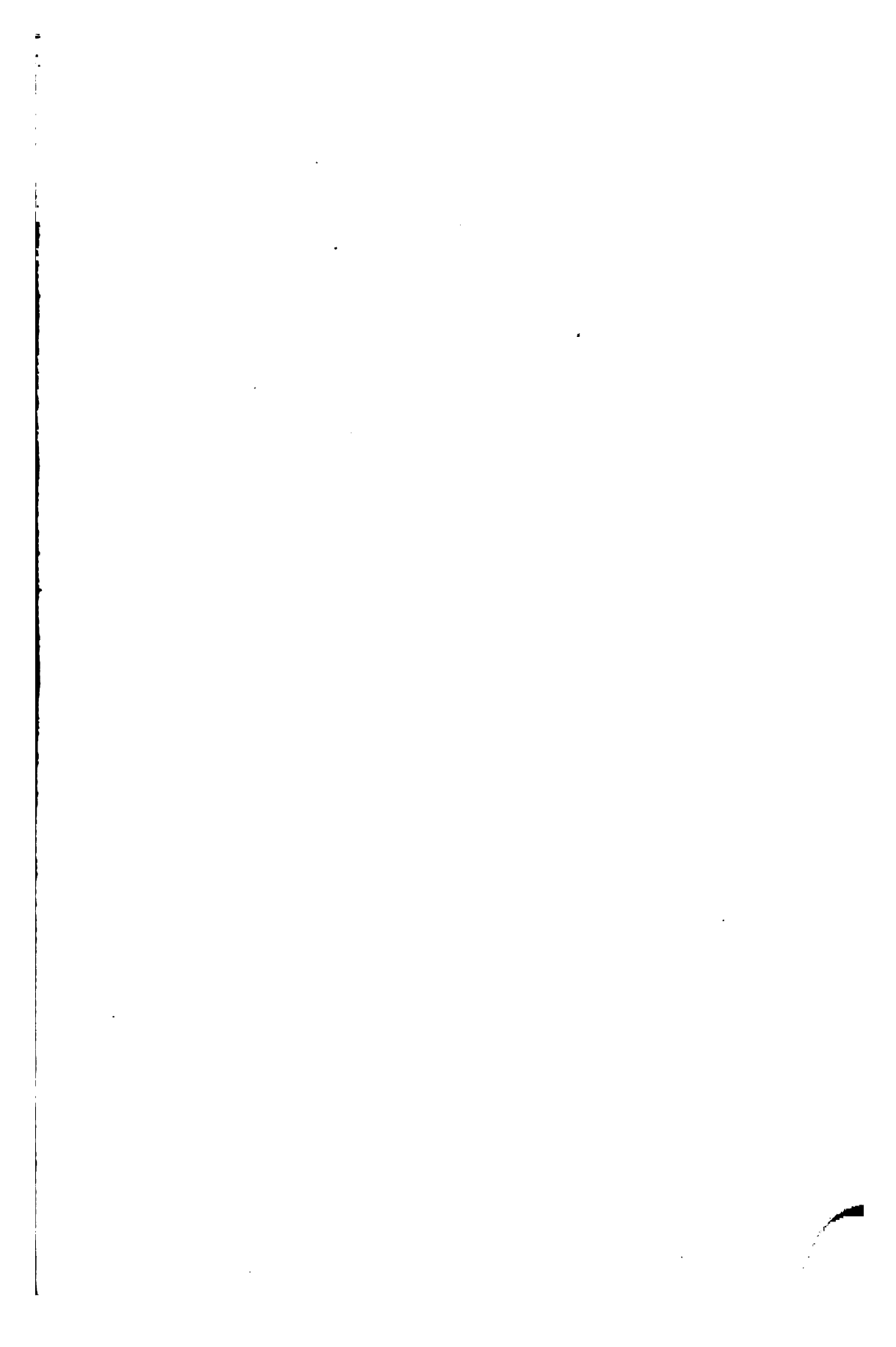
Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können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

No.

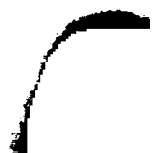
BOSTON
MEDICAL LIBRARY,
19 BOYLSTON PLACE.













MONATSCHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON P. TAENZER IN BREMEN

BEDIGERT VON

P. G. UNNA.

DREIUNDZWANZIGSTER BAND.

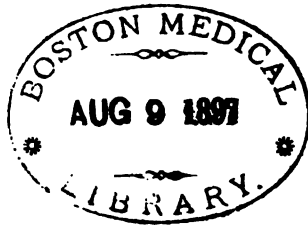
1896.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT FÜNF TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1896.



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

Inhalt.

Originalabhandlungen.

	Seite
Lymphangioma circumscriptum cysticum, von Heuss.....	1
Ein Fall von extragenitaler Tripperinfektion, von Aquila.....	16
Über Eleidin, von Buzzi.....	53
Zur Technik der Eleidindarstellung, von Frickenhaus.....	57
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna: II. Folliculitis staphylogenes.....	66
Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut, von Hodara.....	117
Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe, von Werner.....	125
Zur neuesten Geschichtschreibung über Syphilis, von Proksch.....	139
Über die tiefen und eiternden Trichophytonerkrankungen und deren Krankheits- erreger, von Rosenbach.....	169
Oesypus als Salben- und Pastengrundlage, von Ruge.....	175
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna: III. Impetigo Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes.....	217
Erfahrungen über Nosopen, von Ruge.....	219
Zur Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen, von Spiegel.....	221
Ein Fall von Mykosis fungoides, von Hodara.....	229
Zur Prurigofrage, von Besnier.....	269
Prurigo, von J. C. White.....	290
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, von Unna: IV. Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen.....	317
Thioavonale (wasserlösliche Schwefelseifen), von Müller und Grube.....	319
Syphilis maligna, von Tarnowsky.....	324
Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den nichtlupösen Hautkrankheiten, von Hallopeau.....	341
Über die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin, von Boltz....	385
Herpes tonsurans und die Trichophyten, von Morris.....	389
Psoriasis unilateralis und die Theorien über Ätiologie der Psoriasis, von Kuz- nitzky.....	402
Über Albuminurie bei Blennorrhoe, von Goldberg.....	405
Therapeutische Mitteilungen über Tannoform, von Frank.....	457
Die therapeutische Wirkung des Jodchinins bei der sekundären Syphilis, von Assaky.....	459
Über die Löslichkeit des Steinkohlenteers in verschiedenen Flüssigkeiten und über die therapeutische Verwertung dieser Lösungen, von Sack.....	470
Allgemeine Tuberkulose und Elephantiasis-Dermatitis ekzematösen (seborrhoischen) Ursprungs, von Audry.....	477

	Seite
Über Salicylsäuresoifenpflastermull, von Leistikow	481
Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidakne, von Secchi	509
Über die Trichophytonarten in der Provinz Parma, von Pelagatti.....	515
Eine neue Grundlage für die Applikation von Medikamenten auf die Haut, von Schiff.....	522
Weitere Untersuchungen über Dermatitis hiemalis, von Corlett.....	531
Kontagiosität und Übertragbarkeit des Eczema seborrhoicum der Leistengegend, von Perrin.....	535
Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis, von Dubreuilh und Frèche	536
Syphilis und Soolbäder, von Vollmer	557
Morbus Basedowii und totale Alopecie, von Berliner.....	561
Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kalium permanganicum, von Balzer.....	570
Über Trichophytiasis und Herpes tonsurans, hervorgerufen durch das Mikrosporon Gruby, von Sabouraud.....	576
Pseudoxanthoma elasticum, von Darier.....	609
Eine seltene, einer generalisierten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung, von Spiegel.....	617
Über Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze, von Leistikow.....	625
Historische Streifzüge (Celsus), von M. Cohn	627

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Großbritannien und Irland	19
New Yorker dermatologische Gesellschaft	21
Dermatologische Vereinigung zu Berlin.....	68. 180. 231
Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.	71
Ungarische dermatologische und urologische Gesellschaft in Budapest	72. 237
Londoner dermatologische Gesellschaft.....	77
Gesellschaft der Charitéärzte zu Berlin.....	149. 541
Hufelandsche Gesellschaft	150
Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft.....	150
New Yorker Akademie der Medizin.....	151
Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie	184
Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins	360
Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg	361
VII. Ärztetag der Gesellschaft livländischer Ärzte in Wenden	362
14. Kongress für innere Medizin.....	537
25. Kongress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie	539
10. Versammlung der anatomischen Gesellschaft.....	540

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.....	26. 188. 305
The British Journal of Dermatology.....	27. 631
Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.....	30. 86
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.....	31. 86. 307. 637
Annales des maladies des organes génito-urinaires ..	82. 158. 193. 306. 378. 446. 544
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle	84. 379. 445. 598
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie	155. 189. 594
Journal des maladies cutanées et syphilitiques	157. 192. 541
Travaux de la Clinique de Dermatologie de Bordeaux	195

	Seite
Archiv of Surgery	198
Archiv für Dermatologie und Syphilis.....	240. 302. 364. 589
Dermatologische Zeitschrift.....	244. 375

Besprechungen.

Syphilis, von J. Neumann.....	90
Dieluetischen Erkrankungen des Gehörorgans, von Habermann.....	92
Zur Ätiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors, von Stoofs.....	93
Die Pflege der Haut und ihrer Adnexa nebst Angabe der wichtigsten pharmakotherapeutischen Mittel, von Spietschka und Grünfeld.....	380
Notes sur la lèpre en Islande. Recherches sur l'étiologie, von Eichmüller... ..	380
Die Heilung der Syphilis, von Westerfield.....	380
Festschrift, Professor Benno Schmidt bei Vollendung seines 70. Lebensjahres, von der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig überreicht.....	381
Stereoskopischer medizinischer Atlas, von Neisser.....	382
Die Epidermis und ihre Abkömmlinge, von Maurer.....	383
Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenesis auf dem Boden der harnsauren Diathese, von Lange.....	384
On the conditions under which Leprosy has declined in Iceland and the extent of its former and present prevalence, von Ehlers.....	545
Autointoxikation und Hautkrankheiten, von Blaschko.....	546
The american year-book of medicine and surgery, von Gould.....	547
Die Pathologie und Behandlung der venerischen Krankheiten, von Taylor.....	547

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

Anatomisches.

Einiges über Endknöpfe der Nerven, von Leydig.....	247
Über eigentümliche Organe in der Haut einiger Reptilien, von Oppenheimer.....	248
Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut, von Meissner.....	248
Über die Lymphgefäße und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase von Gerota.....	483

Physiologisches.

Die Funktion der menschlichen Haare, von Exner.....	248
1. Das Haar als Tastorgan.....	249
2. Das Haar als Walze.....	249
3. Das Haar als Temperaturregulator.....	249
4. Das Haar als Schmuck.....	249
Beiträge zur Kenntnis der Physiologie der Hautsinne, von Thunberg.....	483

Hygienisches.

Die Gesundheitsvisitationen im Heere, von Bondesen.....	547
Zur Frage über die Reorganisation der Aufsicht über die Prostitution in Rufeland, von Grazianow.....	547
Die Unterbringung der Veneriker in den Krankenhäusern Petersburgs, von Herzenstein.....	548

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Histologische Studien über die epithelialen Geschwülste, von Ramon y Cajal . 548
 Die Einwanderungswege der Staphylokokken in die menschliche Haut, von Unna 550
 Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes
 Exanthem, von Unna 552

Mikroskopisches.

Eine neue Färbemethode des Nervensystems, von Vastarini 484
 Über die neueren Protoplasmatheorien und das Spongioplasma, von Unna 484
 Über die Lochkerne des Fettgewebes, von Unna 485
 Über den Gebrauch des Formalins in der Histologie, von Infante-Tortona . . . 486

Bakteriologisches.

Über den Nachweis des Staphylococcus epidermidis albus auf unerwartete Weise,
 von Craig 486
 Smegma- und Tuberkelbaocillen, von Grethe 486
 Reinkulturen von Protozoen auf festen Nährböden, von Sohardinger 486

Pharmakologisches.

Bericht von E. Merck-Darmstadt über das Jahr 1895 160
 Silber und Silbersalze als Wundverbandmittel, Aktol und Itrol 163
 Das Iohthylol und seine Wirkung, von Ebersson 163
 Über Airol. Ein neues Ersatzmittel des Jodoforms und ähnlicher antiseptischer
 Pulvermittel, von Haegler 164
 Über den Jodismus, seine Varietäten, Ätiologie und Behandlung, von Biquet . . 164
 Über das Thyrojodin, von Baumann 164
 Beitrag zur Wirkung des Thyrojodins auf den Stoffwechsel bei Fettsucht, von
 Grawitz 166
 Über Thyrojodin, von Hennig 166
 Über die Anwendung des Jodols bei venerischen Krankheiten 167
 Über Xeroform (Tribromphenolwismuth), ein neues pulverförmiges Antiseptikum,
 von Heuss 167
 Über Schwefel und Schwefelbäder, von H. Schulz 553
 Zur Verwendung großer ungestielter Hautlappen, von Krause 553
 Einige Betrachtungen über die Einverleibung des Arseniks, von Vinay 553
 Kanthariden-Tinktur und Albuminurie, von Cazal 554
 Über Unguentum Caseini, eine neue Salbengrundlage, von Golinier 554
 Über Kokainintoxikation von den Harnwegen aus, von Wernich 554
 Ein Fall von Vergiftung durch Injektion von Kokainlösung in die Urethra, von
 Pfister 555
 Über Eukain in der dermatologisch-urologischen Praxis, von Görl 555
 Weitere mit Europhenbehandlung gemachte Erfahrungen, von Geyer 555
 Akuter Jodismus, von Hampel 555
 Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Jod, von Topp 555
 Über die Jodverbindungen der Schilddrüse, von Baumann 555
 Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Loretins und seiner Präparate, von
 Meyerstrasse 556
 Über die therapeutische Anwendung des Loretins, von Dejace 556
 Über Jodoformin, von Rosenstein 599
 Sanoform, ein neues Ersatzmittel für Jodoform, von Arnheim 599
 Chinosol als Antisepticum und Heilmittel (Antipyreticum), von Beddies und
 Fischer 599
 Loretin, ein neues Antisepticum, von Snow 600
 Über die Bestimmung von freiem Fett in Seifen 600
 Zur Herstellung von Spiritus saponatus kalinus Hebrae 600
 Einige Fälle sekundärer anämischer und kachektischer Zustände und ihre Be-
 handlung mit Somatose, von Taube 600
 Das citronensaure Silber (Itrol) als Antiblennorrhoeicum, von Werler 601
 Argoninlösungen 601

II. System der Hautkrankheiten.

A. Angioneurosen.

Über hysterische Hauterscheinungen beim Manne, von Verrier.....	36
Hysterische Hauteruptionen, von Parmentier	36
Zur Kasuistik der Blutungen, von Stritzower.....	36
Rekurrierendes scarlatiniformes Erythem, von Hartzell	36
Ein mit Fieber verbundener Hautausschlag, welcher Masern vortäuschte, von Robertson.....	37
Über Sulfonalexantheme, von Wolters.....	37
Beitrag zur Physiologie der dermatographischen Urticaria, von Hallopeau und Tessier.....	37
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Fairland	38
Urticaria infolge von Eingeweidewürmern (<i>Ascaris lumbricooides</i>), von Casarini.	641
Ödem bei Morbus Basedowii, Bericht über einen Fall von Ödem der Augenlider, von Booth	641
Ein Fall von akutem, umschriebenem Hautödem auf alkoholischer Basis, von Oppenheimer.....	641
Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Hautödeme, von Rabitsch.....	641
Ein Fall von Ödem der Haut und des Gehirns, von Galatti	641
Erscheinungen an der Haut nach äusserer Anwendung von Lysol, von Bergel.	642
Über puerperale Erythema, von Heitzmann	642
Ein Fall von Quecksilberscarlatina, von Issersohn	642
Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen, von Marcuse.....	642
Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen, von Schrwald	643
Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit, von Wiesenthal.....	643
Zur Ätiologie des Skorbut, von Spener.....	643
Die infektiösen Hämorrhagien beim Menschen, von Silvestrini und Baduel.	643
Ein Fall von fulminierender Purpura, von Pucci.....	644
Ein Fall von Peliosis rheumatica, von Polak.....	644

B. Entzündungen.

I. Traumatische.

Ein Fall von Verbrennung ungewöhnlicher Intensität, von Kaposi.....	38
Verbrennung der Kopf- und Gesichtshaut, von Bourneville und Tessier....	38
Die Pikrinsäure bei Verbrennungen, von Thiéry.....	39
Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen, von Frau Nageotte-Wilbu- schewicz.....	39
Zwei Fälle von Gangrän der Finger nach Verätzung, von Trier.....	40
über den Einfluss der vasomotorischen und sensiblen Nerven auf die durch Ver- brühung hervorgerufene Entzündung des Kaninchenohrs, sowie über die während der Verbrühung auftretenden Allgemeinerscheinungen, insbesondere die Tachypnoe, von Bunzel.....	644
Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol, von Walter.....	645
Hauterscheinungen nach misbräuchlicher äusserer Anwendung unverdünnten Lysols, von Saalfeld.....	645
Über eine eigentümliche Form von Karboldermatitis, von Rubinstein.....	645
Über Karbolgangrän, von Leusser	646

II. Neurotische.

Dermatoneurosen oder Hautaffektionen nervösen Ursprungs, von Morago	40
Die spinale Metamerie und die periphere Verteilung des Zoster, von Brissaud	40
Zur Unterscheidung des Herpes (labialis, präputialis etc.) von Plaques muqueuses, von Fournier	40
Ein Fall von Herpes pharyngis, von Heller	40
Über Erythromalgie, von Pajor.....	41
Über Herpes Zoster der Regenbogenhaut im Verlaufe von Herpes Zoster frontalis, von Machek.....	647

	Seite
Dermatitis gestationis, von Grön	647
Über das an der Mundschleimhaut isoliert vorkommende Erythema exudativum multiforme, von Lukasiewicz	647
Parasitophobe Neurodermien, von Brocq und Perrin	648

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Über die Differentialdiagnose der akuten Exantheme und den epidemischen und endemischen Einfluss beim Vorherrschenden einzelner derselben, von Nowlin .	601
Differentialdiagnose zwischen Röteln, Roseola, Masern und Scharlach, von Warmuth	601
Komplikationen der Masern	602
Ein Fall von wiederholter Masernerkrankung, von Gottstein	602
Ein Fall von gleichzeitigem Auftreten von Masern und Varicellen, von Szczy- piorski	602
Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Ohres bei Masern, von Bezold	602
Verhältnisse der Häuser in Bezug auf ihren Einfluss auf die Genesung von Masern, von Cameron	604
Abortivmasern nach Chinindarreichung, von Hüls	604
Über das Auftreten sekundärer Exantheme bei Scharlachfieber, von Griffith ..	604
Einige Fälle von Scharlachfieber mit besonderer Berücksichtigung der Ansteckung und Prophylaxe, von Holyoke	604
Eruptionen, die Scharlach vortäuschen, von Griffith	604
Betrachtungen über die „Rückkehr“-Fälle von Scharlach, von Thompson	604
Wiederauftreten von Scharlachfieber, von Chalmers	605
Scarlatinaepidemie in Montpellier, von Cadilhac	605
Besondere Erscheinungen bei Scarlatina, von Fiessinger	605
Über Scharlachnephritis und ihre Varietäten, von Turner	605
Fälle von Ödem des oberen Augenlids bei Scharlach, von Phillips	605
Ein Fall von Scharlach, Otorrhoe, Thrombose des lateralen Sinus, pyämische Affektion des rechten Ellenbogens und der linken Hüfte; Heilung, von Turner	606
Ein Fall von Scharlachfieber, kompliziert mit Abscessen des rechten Augenlides und der Tibia und mit Bronchopneumonie. Herstellung, von Jackson	606
Bemerkungen über eine gemeinsame Epidemie von Scharlachfieber und Dipht- herie, von Richmond	606
Eiterige Gelenkentzündungen bei Scharlach, von Smith und Sturge	606
Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum, von Marmorek	606
Zur Therapie der postskarlatinösen wasserfüchtigen Anschwellungen im Kindes- alter, von Schmey	606
Zur Therapie der wasserfüchtigen, postskarlatinösen Anschwellungen im Kindes- alter von Schumann	607
Über den Wert des Eucalyptusöls als Desinficiens bei Scharlachfieber, von Priestley	607

b. Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Bericht über die Wirksamkeit des Lungegaardahospitals von 1892—94, von Lie	95
Weitere Beiträge zur Beurteilung der Ätiologie der Lepra, von Ehlers	96
Bemerkungen über die Leprafrage auf Island, von Ehlers	96
Bemerkungen über Lepra, von Kaurin	96
Die Lepra, von Hallopeau	97
Ist die Lepra eine tellurische Krankheit? von A. Thompson	97
Die Serotherapie bei Lepra, von Carasquilla	98
Ein Fall von Lepra Arabum aus Heidelberg, von Czerny	98
Die Lepra im Kreise Memel, von Blaschko	648
Über einen Fall von Lepra tuberosa und anaesthetica, von Protopopow	649
Ainhum und Lepra, von Zambaco	650

Über die Anwesenheit der Lepra in der Medulla eines an Syringomyelitis gestorbenen Individuums, von Pestana und Bettencourt	650
Die Prophylaxe der Lepra in Skandinavien, ihre Erfolge und ihre Lehren, von Koch	650
Die Serumbehandlung der Lepra, von Carrasquilla.....	650
Anatomische Veränderungen bei Lepra pulmonum, von Scagliosi	650

β. Tuberkulose.

Ein seltener Fall von Lupus vulgaris, von Róna	99
Über das Erythema induratum junger Mädchen, von Thibierge.....	99
Ein Fall von tuberkulöser Ulceration der linken Nasenhöhle mit nachfolgender lupusartiger Affektion des linken Nasenflügels, von Hill.....	100
Ein Fall von Stenose des Larynx wegen lupusartiger Wucherungen, von Parker	100
Lupus des Rachens und der Nase und der äußeren Haut, von Ball.....	100
Behandlung chirurgischer Tuberkulose der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie, von Bier	100
Hauterscheinungen bei der Serotherapie der Tuberkulose, von Maragliano....	100
Tuberculum anatomicum, von Dubois-Havenith.....	651
Über einen Fall von Impftuberkulose, von v. Hofmann	651
Injektionen von Streptokokkentoxinen beim Lupus, von Hallopeau und Roger	651
Serumtherapie nach Maragliano in zwei Fällen von tuberkulösem Lupus	651
Über die Behandlung tuberkulöser Abscesse und anderweitiger Eiterungen mit Kieverschem Jedoformvasogen, von Ostermayer.....	651
Zur Behandlung des Gesichtslupus, von Hann.....	652
Heilung von Lupus unter lokaler Kreosotbehandlung, von Poljakow.....	652
Wesentliche Verbesserungen eines ausgedehnten Lupus faciei durch Anbringen einer künstlichen Maske und Nase, von Smyth.....	653
Zur Behandlung des Lupus vulgaris, von Feibes	653

γ. Syphilis.

Über die Mittel zum Kampf mit der Syphilis in Russland, von Petersen.....	101
Über die Maßregeln zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande, von Herzenstein.....	101
Über Syphilis und einige andere Krankheiten im Kainschen Kreise der Tomskischen Gouvernements, von Tschapin.....	101
Erfahrungen über die Syphilis, von Pericic.....	101
Die Prognose der erworbenen Syphilis im Einzelfalle, von Klotz.....	102
Das Collesche Gesetz illusorisch, von Fournier.....	103
Über Beinfectio syphilitica von Mraček	103
Zur Kasuistik der Übertragung der Syphilis auf die Geschlechtsteile, von Stein	103
Zur Lehre vom Ulcus durum et molle urethrae, von Eisele	104
Über Antoinokulation beim harten Schanker, von Zarewicz	104
Familienepidemie von extragenitaler Syphilis, von Gebert.....	104
Fünf Fälle von extragenitaler Syphilis, von J. Lenz	104
Ein Fall von extragenitaler Syphilis, von P.	105
Zwei Fälle von syphilitischen Schankern der Umgebung des Mundes, von Vanthey.....	105
Der syphilitische Schanker des Auges in ätiologischer und klinischer Beziehung, von Griwzow	105
Kleiner Beitrag zum Studium der syphilitischen Bronchitiden, von De Figueiredo	105
Lungensyphilis, von Pispoli	105
Typen der Lungensyphilis, von Merigot de Treigny.....	106
Oedema indurativum, von M. Meyer	106
Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis, von D. Hansemann.....	106
Anatomisches Präparat von diffuser, syphilitischer Pachydermie, von Kanthak und Home	106
Zur Syphilis des äußeren Ohres, von Bruck	107
Ein Fall von Peritonitis syphilitica, von Krupetzkoj	107
Syphilitisches Typhoid, von Juliano Moreira	107
Die histologischen Veränderungen bei placentarer Syphilis, von Schwab	107

	Seite
Zur Lehre von den syphilitischen Gelenkaffektionen, von Jastrebow	107
Über die kongenitalen, syphilitischen Manifestationen in den Knochen und Gelenken, von Morgan	108
Über Neurasthenie nach Ablauf der Sekundärperiode der Syphilis, von Gilbert	312
Über die multiple Neuritis: Pseudotabes oder die Nervotabes infolge von Quecksilber, von Blumenau	318
Myelitis acuta luetica, von Starck	313
Myelitis syphilitica praecox acuta, von Gyurmán	314
Tabes dorsalis und Syphilis, von Glueck	314
Über syphilitische, heilbare Rückenmarksschwindsucht, von Adamkiewicz	315
Drei Fälle von Hirnsyphilis, von Gajkiewicz	315
Über Großhirnrindenerkrankungen mit Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Syphilis, von Köppen	315
Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica gummosa, von Sarbo	316
Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda, von Hunicken	316
Über spät auftretende Knochenerscheinungen bei kongenital-syphilitischen Kindern, von Sbordoni	316
Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis, von Pollak	316
Pathognomonische Zeichen der kongenitalen Lues, von Silex	450
Die tertiär-syphilitischen Erscheinungen im Larynx und die Larynxstenose, von Marchal	452
Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung, von Neumann	452
Über Blutveränderungen der Syphilis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, von Justus	454
Die Resultate der ersten Versuche mit der Serumtherapie der Syphilis in Kiew, von Wreden	454
Ursache des Misserfolges bei der Behandlung der Syphilis, von Dubois-Havenith	455
Über die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerts der Schwefelthermen, von Finger	455
Bedeutung der Mineralwässer zu Staraja Russa für die Behandlung der Syphilitiker, von Tschistjakow	456
Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung, von Herzheimer	456
Ein seltener Fall von syphilitischer Lebercirrhose von Tonkow	498
Die Syphilis in Europa vor der Entdeckung von Amerika, von Puschmann ..	653
Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Syphilis, von Badaeli ..	654
Über den Heilwert des Erysipels bei Syphilis, von Rudolph	654
Postkonzeptionelle syphilitische Infektion gegen das Ende der Schwangerschaft, von Welander	654
Die im späteren Lebensalter acquirierte Syphilis, von Taylor	655
Syphilis und die Ätiologie des Atheroms, von Weber	655
Die Initialsklerose und ihre Behandlung, von Ohmann-Dumesnil	655
Über das syphilitische Ulcus der Finger, von Fournier	655
Syphilitische Initialsklerose am Hinterkopfe	656
Einige Fälle von circinärem, syphilitischem Erythem, von Petersen	656
Über Rupia, von Ohmann-Dumesnil	657
Zur Kenntnis und Ätiologie des Ikterus bei recenter Syphilis, von Neumann ..	657
Beiträge zum Icterus syphiliticus praecox, von Aschner	657
Ein seltener Fall von angeborener syphilitischer Lebercirrhose, von Tonkow ..	658
Über kongenitale Lebercirrhose bei Syphilis, von Marchand	658
Atrophie und trockene Entzündung der Häute des Respirationsapparates, ihre Beziehung zur Syphilis, von Sticker	658
Syphilis bei Herz- und Lungenkrankheiten, von Weber	659
Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung der Epiglottis, von Hansemann	659
Kehlkopfsyphilis, nebst Bericht über einen tödtlich verlaufenen Fall, von Davis ..	659
Über medikamentöse Magenaffektionen bei den Syphilitikern, von Gaston und Babon	660
Etwas über Rektalsyphilis und deren Behandlung, von Sundholm	660
Polymyositis acuta, mit Bericht über einen Fall wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, von Herrick	660
Seltener Fall einer starken Blutung infolge syphilitischen Geschwürs der Portio, von Wolter	660

	Seite
Endometritis fungosa und Syphilis tardiva, von Gelli.....	661
Die Ursachen der Lokalisation der Gummen, von Evans.....	661
Der Einfluß der antisypilitischen Behandlung auf die Verhütung gewisser Erkrankungen des Nervensystems, die man als syphilitisch ansieht, von Collins.....	661
Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems, von Brasch.....	661
Qualitative und quantitative Veränderungen des Blutes bei der Lues und der Queckmilberkur, von Jawein.....	662
Zwei Fälle von cerebraler Syphilis, von Cardarelli.....	663
Syphilis und Tabes, von Erb.....	663
Über hereditäre Rückenmarkssyphilis, von Gilles de la Tourette.....	663
Ein Fall von bilateralem Brown-Sequardschem Symptomenkomplex infolge von doppelseitigem Rückenmarksgumma, von Hanot und Mennier.....	663
Ein Fall von Tarsitis syphilitica mit sulziger Infiltration der Conjunctiva bulbi, von Reiner.....	664
Über Gefäßveränderungen bei syphilitischen Angenerkrankungen, von Alexander.....	664
Über hereditär-luetische Hornhautentzündung, von Burchardt.....	665
Die nervösen Manifestationen der hereditären Syphilis in der Kindheit, von Sachs.....	665
Über fötale Syphilis, von Albers-Schönberg.....	666
Hereditäre Lues, eine Tonsillenhypertrophie vortäuschend, von Garel.....	667
Die Syphilis und ihre Heilung durch kleine Gaben Quecksilbers, von Böing... ..	668
Schwefelthermen bei Syphilis, von Lavarenne.....	669
Die Wandlungen der Schmierkur und die neueste Modifikation derselben, von Frey.....	669
Die Hämotherapie der Syphilis, von Neumann.....	669
Über die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von Stukowenkoff.....	670
Der therapeutische Wert der hypodermatischen Queckmilberinjektionen und besonders des Hydrargyrum bicyanatum bei der Behandlung der Syphilis, von Barrucco.....	671
Über die Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit, von Bille..	671

b. *Malleus.*

Ein Fall von chronischer Wurmkrankheit mit Ausgang in akuten Rotz, von Juliano Moreira.....	109
---	-----

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Protest gegen die übereifrige Behandlung des Ekzems, von Morris.....	199
Elektrostatistische Behandlung des Ekzems, von Bordier.....	199
Heißer Wasserdampf gegen chronisches Ekzem, von Liberson.....	200
Morphologische und histologische Besonderheiten der Ichthyosis, von Rocchi..	200
Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum, von Peter.....	200
Ein Fall von Psoriasis von zwanzigjähriger Dauer mit Ausgang in Heilung, von Hemsted.....	200
Über Psoriasis vulgaris im frühen Kindesalter, von Rille.....	200
Gewöhnliches Salz gegen Tinea tonsurans, von Reilly.....	200
Über Trichophytie der Nägel, von Boyer.....	201
Akute Dermatitis, von Macgregor.....	201
Über Erythema scarlatiniforme, von Schwarz.....	201
Zerstäubung von Mineralwässern in Fällen von Sclerosis und Leukokeratosis linguae, von Benard.....	201
Über Stomatitis und Vulvitis aphthosa, von Christlieb.....	201

b. der Cutis.

Über die Behandlung der Rosacea, von Heuss.....	202
Behandlung gegen beginnende Akne hypertrophica, von Brocq.....	203

	Seite
Ein Fall von Akne hypertrophica (Pfundnase).....	204
Komplikationen des Erythema nodosum, von Pottin	204
Ein Fall von Hautdiphtherie, von Flesch.....	204
Die Polymyositis, resp. Dermatomyositis acuta, von Pfeiffer	204
Zur Pathogenese der Elephantiasis congenita, von Moncorvo	205
Über die Behandlung des Erysipels mit Orthochlorphenol, von Matwejew	205
Guajakol gegen Erysipel, von Maragliano.....	205
Behandlung des Gesichtserysipels mit Antistreptokokken-Serum nach Marmorek, von Gonin	205
Ein Fall von Erysipelas neonatorum, behandelt mit Antistreptokokken-Serum, von Steele	205
Vergleichende Untersuchungen zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden des Erysipels und der Serotherapie bei dieser Affektion, von Bolognesi....	206
Heilung der Sykosis, von Koschewnikow	206
Fall von Lichen ruber verrucosus, von Frèche	207
Über den gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse des Schankergiftes, von Zeissl	207
Über die Mikroorganismen des Ulcus molle, von Jordan	207
Fall von Ulcus molle der Urethraschleimhaut, von Swinburne	207
Zur Behandlung des Ulcus molle, von Lanz.....	208
Einige Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Ulcus molle, von Grinzow	208
Betrachtungen über die endemische Beule der heißen Länder, speziell in Bahia, von De Souza	208
Aktinomykose der linken Wange von Guillemont	208
Ein Fall von Rhinoskleroma, von Morelli.....	209

C. Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über die Bakteriotherapie der bösartigen Neubildungen und ihre Grundlagen, von Glücksmann	249
Die Behandlung maligner Tumoren mittelst Toxinen des Erysipelstreptococcus und des Bacillus prodigiosus, von Swain.....	250
Über sogen. idiopathische multiple Pigmentsarkome der Haut (Kaposi).....	250
Sind Kohlenarbeiter immun gegen Krebs?.....	251
Epitheliale Neubildungen der Haut, von Stravino.....	251

II. Benigne.

Über Lipomprotozoen, von Vedeler.....	251
Traumatische Entstehung der Lipome, von Gottheil.....	251
Plexiformes Neurom des oberen Lides, von Jaqueau	252
Ein Fall von Xanthoma diabeticum, von Gans.....	252
Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum linguae, von Schwimmer.....	252
Ein Fall von Akromegalie, von Mendel.....	253
Angeborene Wucherungen der Haut. Abnorm starke Pigmentation. Lokale Diathese, von Thiry	253

III. Pigmentanomalien.

Cirrhosis hepatica mit Melanodermie, von Richardière.....	253
Ein Fall von Addisons Krankheit, von Fish.....	253
Ein Fall von Addisonscher Krankheit, geheilt mit Suprarenalextrakt, von Jones	254

D. Regressive Ernährungsstörungen.

I. Einfache.

Heilung der Beingeschwüre, von Cole	254
Zur Massagebehandlung variköser Wunden, von Bekorewitsch	254
Ein Fall von angeborener allgemeiner Alopecie, von Shbanow	255

	Seite
Ein Fall fleckiger Atrophie der Haut (Maculae atrophicae cutis) während der Schwangerschaft, von Temesváry.....	255
Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit) Tod infolge von Apoplexie. Arteriosklerose, von Thiersch.....	255
Vitiligo, von Hess.....	256
Vitiligo bei einem sechsjährigen Knaben, von Wladimirow.....	256

Idioneurosen.

Über die Ursache des Pruritus universalis gravidarum, von Kolbasenko.....	487
---	-----

Sekretionsanomalien.

Ein Fall von einseitiger Hyperidrosis des Gesichts, von Kasinow.....	487
--	-----

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine seltene Hauterkrankung, von Kuschew.....	487
Ein sich im epidermoidalen Gewebe einnistender Wurm, von Sokolow.....	487
Zur Entfernung der Tätowierungen, von Minime.....	487
Über die Argyrie bei Glasperlenversilberern, von Schubert.....	488
Prophylaxe der sog. skrophulösen Ophthalmien, von Norrie.....	488

Mißbildungen.

Naevi, von Giovannini.....	488
Über die primäre carcinomatöse Degeneration von Dermoidcysten, von Tauffer.....	488

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

Die Bedeutung der Kongestion in der Pathologie der Harnorgane, von Schubert.....	41
Ein Fall von offenbarem Hermaphroditismus, von Minot.....	43
Demonstration eines Cystoskops, von Güterbock.....	44
Endoskopische Enttäuschungen, von Dittel.....	44
Cystoskopie, von Casper.....	44
Die Phimose als Ursache einer perversen Sexualempfindung, von Wollemann.....	44
Eine durch das unvermutete Vorhandensein von Kondylomen bedingte Phimose, welche Gumma des Penis vortäuschte, von Gaither.....	45
Ein Fall von Tetanus nach Circumcision bei einem Säugling. Genesung.....	45
Eine geschlechtliche Hyperästhesie im Zusammenhang mit der Kürze des Frenulum penis, von Féré.....	45
Über einen Fall von Epispadia glandis et penis mit ungespaltenem Präputium, von Kornfeld.....	45
Die Beseitigung der Krümmung bei Hypospasia, von Horvath.....	46
Eine seltene Abnormität des Penis, von v. Leersum.....	46
Epitheliom des Penis, von Gollozi.....	46
Erworbene Substanzverluste der Harnröhre und ihre Behandlung mittelst Urethroplastik, von Dittel.....	110
Ruptur der Urethra mit ausgedehnter Urininfiltration. Erfolgreiche Behandlung durch perinealen Steinschnitt und rückläufiges Katheterisieren, von Horwitz.....	110
Harnröhrenfisteln durch Cystotomia suprapubica behandelt, von Loumeau.....	111
Zur Behandlung der chronischen Entzündung und der Fisteln der Cowperschen Drüsen, von Englisch.....	111
Über die Behandlung parurethraler Hohlgänge und der Urethralpapillome, von Ehrmann.....	111
Ätiologie der Harnröhrenverengerungen beim Manne, von Getz.....	112
Beiträge zur Ätiologie der Harnröhrenstrikturen, von Feleki.....	112

	Seite
Die Behandlung der Striktur in der hinteren Harnröhre, von Thorndike.....	112
Zur Therapie der impermeablen Striktur, von Federer.....	113
Harnröhrenirrigationen, von Niehaus.....	113
Ein einfaches Instrument zur Einführung von Salben in die Harnröhre und ähnliche Höhlen, von Friedlieb.....	113
Weitere Mitteilungen zur Kathetersterilisation, von Frank.....	113
Über den Katheterismus von hinten (cathéterisme rétrograde), von Mendes....	114
Über das Selbstkatheterisieren der Patienten, von Marc.....	209
Über Erkrankungen der Blase des Weibes, von Kolischer.....	209
Ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der Enuresis nocturna, von Stumpf..	210
Blasenruptur, von G. Fox.....	210
Kasuistische Beiträge zur Diagnose der Blasenruptur, von Kofmann.....	211
Zur Kasuistik der intraperitonealen Blasenruptur, von Lenz.....	211
Cystitis crouposa mit saurem Harn, von Savor.....	211
Cystitis verursacht durch die Zufuhr von Alkalien in großen Dosen, von Mathieu	212
Über eine Komplikation der Cystitis junger Männer, von Kornfeld.....	212
Cystitis mit einer kreuzförmigen Narbe in der Blasen Schleimhaut, von Loumeau	212
Falsche Cystitis, von Guépin.....	212
Über die innerliche Anwendung des Kantharidins bei cystischen Beschwerden, von Freudenberg.....	212
Über die Diagnose und Behandlung der Blasentumoren.....	213
Papillom der Blase, von Loumeau.....	213
Carcinoma vesicae urinariae, von Adenot.....	213
Polypöses Sarkom der Blase bei einem zehnjährigen Knaben. Sectio alta. Exstirpation. Heilung, von Klein.....	213
Periphere Versteinerung einer Zottengeschwulst der Blase, von Nicaise.....	214
Eine Vorlesung über Blasensteine, von Heath.....	214
Großer Blasenstein in der Gravidität. Sectio alta, von Rosenfeld.....	214
Entfernung einer Harnnadel aus der Blase, von Sengensse.....	214
Entfernung eines Thermometerbruchstückes aus der Blase, von Adenot.....	214
Anästhesie der Blase durch Antipyrin, von Pousson.....	214
Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua mit Muskel- und Ventilverschluss, von Schopf.....	215
Zur Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua nach Primarius Dr. Schopf, von Dittel.....	215
Meatus hypogastricus und Meatus perinealis, von Poncet.....	215
Zur Frage der Blasennaht bei hohem Steinschnitte, von Kukula.....	216
Untersuchungen über Indikation und Technik der Blasennaht, von Vetere....	216
Die hypogastrische Drainage bei der Epicystotomie, von Blasucci.....	257
Ein neuer Phimosenhaken, von Natanson.....	489
Urethroplastik wegen Penisfistel, von Loumeau.....	489
Zwei Fälle von Epithelioma penis, von Snow.....	489
Die nicht blennorrhöischen Urethritiden, von Nacciarone.....	490
Behandlung der Strikturen mittelst linearer Elektrolyse, von Le Fort.....	490
Über Dilatation der Urethralstrikturen beim Manne durch Urethrotomia interna, von Nacciarone.....	490
Über Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstrikturen, von Wossidlo.....	491
Methode zur leichten Einführung von Darmsaiten in die Blase, von Gigli.....	492
Über den Katheterismus posterior, von Kukula.....	492
Leiden der Harnwege, die mit der Ausübung des Zweiradfahrens im Zusammenhang stehen, von Ferris.....	492
Die Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase, von Lewin.....	493
Eine bisher unbeschriebene Stelle der männlichen Harnblase, wo ein Konkrement der Berührung mit der Sonde entgehen kann, von Browne.....	493
Hochgradige Tuberkulose der Harnblase, von Wunschheim.....	493
Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Sublimatinjektion, von Verhoogen	494
Gnajakolinjektionen bei schmerzhafter Cystitis, von Colin.....	494
Inversion der Harnblase, von Niehaus.....	494
80 Fälle von Lithotripsie, von Albarran.....	494
Über die Behandlung von encystierten Blasensteinen, von Southam.....	495
Invaginatio recti infolge von Harnblasenstein, von Idzinski.....	495
Fremdkörper der Blase, von Adenot.....	495
Entfernung eines Bleistiftes aus der Blase eines jungen Mädchens, von Montaz	495

b. Hoden und Samenblasen.

Ein Fall von Brand des Hodensackes, von Allen	46
Haematoma scroti nach Asphyxie, von Rentmann	46
Spermatorrhoe und nächtliche Pollutionen, von Jacobsohn	257
Über die Behandlung der Hydrocele durch Punktion mit Injektion von konzen- trierter Karbolsäure, von Bach	257
Die operative Behandlung der Varikocele, von Braulet	257
Klinischer Bericht über 7 Fälle von Varikocele, die mit Incision, Ligierung der Venen und Verkürzung des Scrotums behandelt wurden, von Parker	258
Die Wirkung der unilateralen Atrophie des Testikels auf die Größe der Prostata, von Baldwin	258
Ein Fall von Polsterfetischismus, von Wohl	496
Über den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und das Sperma tuberkulöser Individuen, von Jaeckh	496
Zur Behandlung der Nebenhodentzündung, von Kutner	496
Orchitis der Prostatiker, von Guépin	497

c. Prostata.

Die Diagnose und Behandlung der chronischen Prostatitis, von Keersmäcker	258
Über Prostatahypertrophie, von Kornfeld	258
Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica, von Lohnstein	259
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion der Canales deferentes, von Chalot	259
Neuere Methoden zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von Englisch	259
Die Wirkung der unilateralen Kastration auf die Prostata, von Morton	260
Kastration wegen vergrößerter Prostata, von Faulds	260
Kastration bei vergrößerter Prostata, von Kendall	261
Hypertrophie der Prostata, geheilt durch die doppelseitige Kastration, von F. und A. Koren	261
Zur Kastration bei Hypertrophie der Prostata, von Rovsing	261
Prostatectomia totalis, von Verhoogen	497
Über chronische Prostatitis und sexuelle Neurasthenie, von Hottinger	497
Bemerkungen über die Pathologie der vergrößerten oder hypertrophierten Prostata, von Harrison	497
Über einen Fall von seniler Prostatahypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage, von Weltz	497
Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Prshewalsky	498
Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration und Durchschneidung des Samenstranges, von Bereskin	498
Zwei Fälle von doppelseitiger Kastration wegen Prostatahypertrophie, von Levings	498
Über die innerliche Darreichung von Schilddrüsen- und Prostatasubstanz bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Bazy	499

d. Nieren, Ureteren und Harn.

Divertikel des Ureters bei Atresie des letzteren, von Lindemann	261
Über abnorme Ausmündungen der Ureteren, von Woelfler	262
Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales, von Casper	262
Über posttraumatische Anurie, von Filandean	264
Beitrag zur Kenntnis der sog. „physiologischen“ Albuminurie, von Zeehuisen	264
Albuminurie nach Antipyrin, von Ramos	264
Zur Kenntnis der Pyurie und Hämaturie, von Goldberg	264
Über einen Fall von intermittierender hysterischer Hämaturie, von Cappellari	265
Hämatologische Untersuchungen über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobi- nurie e frigore, von Viola	265
Über die differentialdiagnostischen Merkmale des Blutharnens je nach seiner vesi- kalen oder renalen Herkunft, von Assmuth	265
Die Grundgesetze der Acetonurie und ihre Behandlung, von Rosenfeld	266
Über die Entstehung des Urobilins, von Beck	266

	Seite
Über das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harn, von Jolles.....	266
Ein Fall von Chylurie, von Henry.....	267
Über die Entfärbung zuckerhaltiger Urine mit Tierkohle, von Lohnstein.....	267
Zur Behandlung der harnsauren Diathese, von Rosenfeld und Orgler.....	267
Die diuretische Wirkung der Lithiumsalze, von Mendelsohn.....	267
Über cystoskopische Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des Harnleiterkatheterismus, von Nitze.....	499
Über die Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Harnblase, von Burckhard.....	500
Trichomonas vaginalis im Urin des Mannes, von Dock.....	500
Urathische Diathese und ihre Behandlung mit Quinalgen, von Ingraham.....	501
Über den Einfluss des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure, von Bohland.....	501
Über die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinblasen im Urin, von Brandenburg.....	501
Beitrag zur Pathogenese der Urobilinurie, von Giarré.....	502
Über die harntreibende Wirkung des Methylenblau, von Alexejewsky und Borissowsky.....	502

e. Labien, Vagina etc.

Ein Fall von Kraurosis vulvae, von Róna.....	502
Ein seltener Fall von Entwicklungsstörung. Pseudohermaphroditismus mit congenitaler Atresia ani, von Grünberg.....	502
Zur Bakteriologie des Genitaltractus beim Weibe, von Straganow.....	502
Beiträge zur Lehre von der Sterilität, von Schuwarsky.....	502
Über Urethrocele vaginalis, von Boursier.....	503

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von Talgdrüsenblennorrhoe und Narbenkeloid des Penis, von Baumgarten.....	47
Der blennorrhoeische Rheumatismus beim Neugeborenen, von Haushalter.....	47
Behandlung des Tripperrheumatismus durch Terpentinbäder, von Balzer.....	47
Cystitis chronica blennorrhoeica, geheilt durch Influenza, von Goldberg.....	47
Bemerkungen über die Behandlung der Cystitis, von Allen.....	48
Zur Behandlung der akuten und chronischen Cystitis colliblenorrhoeica und der hartnäckigen Formen von chronischer Blennorrhoe, von Riess.....	48
Eiterige blennorrhoeische Hodenentzündung, von Routier.....	48
Über die Häufigkeit der Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei der Epididymitis blennorrhoeica und über einen Fall von Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis ohne Epididymitis, von Colombini.....	49
Über Prostatitis blennorrhagica. Nebst Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe im Allgemeinen, von Finger.....	49
Die Blennorrhoe des Auges und ihre Behandlung, von Ceraso.....	51
Phlebitis blennorrhagica, von Gouget.....	51
Maligne Endocarditis im Anschluss an Blennorrhoe, von Dauber und Borst... ..	51
Bemerkungen zur modernen Trippertherapie, von Schlifka.....	51
Über den Erfolg mit Kalium permanganicum bei Blennorrhoe, von Mantegazza.....	52
Der heizbare Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulierung in Verbindung mit einer neuen Bügelhahnkanüle zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülung mit Kalium permanganicum, von Strauss.....	52
Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoen, welche durch Höllensteinstillationen nicht beeinflusst werden, von Phélip.....	114
125 Fälle von Blennorrhoe nach der Janetschns Methode behandelt, von Eklund.....	114
Über die Therapie der Blennorrhoe mittelst Formaldehyd, von Orlow.....	115
Die Methylenblautherapie und deren Anwendung bei Urethritis, von Robinson.....	115
Die Behandlung des Harnröhrentrippers mit Argentamin, von Aschner.....	115
Acht Fälle von akuter Urethro-Cystitis mit Injektionen von Argentamin (Silber-Aethylidiamin-Phosphat), von Leclerc.....	116
Das Argonin (Argentum-Kasein) ein neues Antiblennorrhoeicum, von Bender... ..	116

	Seite
Wann dürfen Blennorrhöiker heiraten? von Valentine	503
Die Bedeutung der Blennorrhöe für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, von Fehling.....	508
Die Gonokokken bei der Blennorrhöe, von Powarkin	506
Über Desinfektionsversuche an Gonokokken, von Schäffer	506
Quecksilberoxycyanid zur Behandlung der Blennorrhöe neonatorum, von Sicherer	506
Bemerkungen über blennorrhöische Iritis, von Duna	506
Endocarditis blennorrhöica mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Ödem, von Zavadski und Bregmann.....	506
Über Gonokokkenpyämie, von Singer	507
Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhöe und ihrer Komplikationen, von Ehrmann	507
Präservativ gegen Blennorrhöe, von Neisser	508
Behandlung der Blennorrhöe und Asepsis der Katheter und Sonden, von Sbor- done	508
Zur Argoninbehandlung der Blennorrhöe, von Lewin.....	508
Über die Behandlung der Blennorrhöe nach der Methode von Janet, von Tánago y Garcia	607
Ichthyol bei der Blennorrhöe, von Canova.....	607
Ichthyol bei Epididymitis blennorrhöica, von Mayländer.....	607

Verschiedenes.

Über Lokalanästhesie, von Schlatter	167
Einige Apparate zur Krankenpflege, von Quincke.....	168
Vestre-Hospital im Jahre 1896, von Bergh.....	268
Vierteljahrsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates, von Casper und Lohnstein	268
Die ägyptischen Eunuchen, von Lortet.....	268
Die intradermale Naht, von Daurand	384
Über die Brandwunden bei maurischen Prostituierten, von Rey.....	384
Über Eukain, ein neues lokales Anästheticum, von Vinci.....	608
Die depilatorische Wirkung der Röntgenschen Strahlen, von Daniel.....	608
Die Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder, von Fürst... ..	608
Pflasternaht, von Blank.....	608
Hautmedizin, von Ohmann-Dumesnil.....	672
Vitiligo; Psoriasis; infantiles Ekzem; Lippenekzem, von Shoemaker	672
Ein Wort an Herrn J. K. Proksch, von Jessner.....	672

IV. Notizen.

(Vacat.)

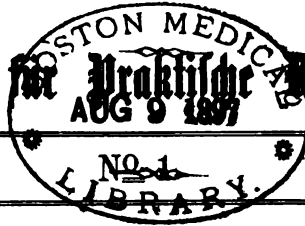
V. Sachverzeichnis.....	678
VI. Namenverzeichnis.....	693

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

	Zu S.
Lymphangioma circumscriptum cysticum, von E. Heuss (Tafel I).....	1
Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut, P. G. Unna	
II. Folliculitis staphylogenes (Tafel II)	66
III. Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes (Tafel III).....	217
IV. Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen (Tafel IV). 817	
Pseudoxanthoma elasticum, von J. Darier (Tafel V).....	609

4248

Monatshefte für Praktische Dermatologie.



Band XXIII.

1. Juli 1896.

Lymphangioma circumscriptum cysticum.

Von

Dr. E. HEUSS in Zürich.

(Mit Tafel I.)

Am 13. Dezember 1893 konsultierte mich mein verehrter Kollege, Herr Dr. C. SCHULZ, Spitalarzt am Theodosianum in Zürich, wegen eines chronischen, besonders die Labia majora befallenden bläschenförmigen Ausschlages einer Spitalpatientin.

Anamnese: Fräulein B. D., 24 Jahre alt, Näherin, von Baden im Kanton Aargau, war bis zum zehnten Jahre vollständig gesund. Damals stellte sich im Anschluß an Masern ein mit Bildung von Fisteln in der Umgebung des Trochanters, des Os ischii einhergehendes, schmerzhaftes, rechtsseitiges Hüftgelenk-leiden ein, das sich immerhin unter dem Gebrauch von Bädern (Patientin machte zwischen dem 12. und 16. Jahre drei längere Badekuren in Schinznach) so weit besserte, daß sie mit 16 Jahren wenigstens ohne Schmerzen und ohne Hinken frei umhergehen konnte. Doch will Patientin schon damals bemerkt haben, daß das rechte Labium majus zeitweise etwas anschwellt, eine Erscheinung, die jedoch mit Auftreten der Menses (im 18. Jahr) vorübergehend wieder vollständig geschwunden sei. In Rom, wo Patientin mit 18 Jahren während eines halben Jahres bei einer verheirateten Schwester zu Besuch sich aufhielt, litt sie an nächtlichen Fieberanfällen, wogegen ein dortiger Arzt mit Erfolg Eisen und Arsen verordnete. Wechselfieber soll es nicht gewesen sein. Das Allgemeinbefinden hob sich trotzdem in Rom bedeutend; doch trat die Schwellung des rechten Labium majus von neuem in höherem Grade auf. Keine Bläschen. Gekräftigt zurückgekehrt, sollen sich zu Hause die Fieberanfälle in erhöhter Intensität wiederholt haben: Kopfschmerzen, Übelkeit, ein eigentümliches Kältegefühl im rechten Bein („wie wenn kalt Wasser unter der Haut sich befände“), woran oft bis zu zwei Stunden andauernde „Streckkrämpfe“ des rechten Beines sich anschlossen. Allmählich beschränkte sich die gleichzeitig auftretende Schwellung nicht mehr auf das rechte Labium majus, sondern ergriff auch das rechte Bein, unter diffuser Rötung, Schwellung, Brennen etc., von den Hüften, speziell der Umgebung der Fisteln bis zum Knie, dann auch bis zu den Zehen langsam sich ausbreitend. Zugleich traten, zuerst an der Fistelumgebung des rechten Trochanters, später, d. h. vor zwei Jahren auch am rechten Labium majus und hier zuerst an der hinteren Kommissur, dann auch am linken Labium majus, bläschenförmige Gebilde auf. Vor diesen Anfällen sistiert gewöhnlich die sonst ziemlich reichliche Sekretion aus den Fisteln fast vollständig, um während und kurz nach den Anfällen desto reichlicher zu sein. Die erysipelatoiden Attacken stellen sich ohne bestimmte Veranlassung ganz unregelmäßig ein, sind von verschieden langer Dauer, oft nur wenige Stunden, besonders

wenn sofort die Bettruhe aufgesucht werden kann, sonst auch tagelang anhaltend. Selten sind Labien und rechtes Bein gleichzeitig ergriffen, entweder nur die Labien, stets am rechten beginnend, oder nur das rechte Bein, wobei in letzterem Falle meist eine Abschwellung der Labien und der darauf sitzenden Bläschen eintritt. Trotzdem Patientin schon eine Reihe von Ärzten in Bewegung gesetzt, nahmen die oft sogar mit Schüttelfrösten einhergehenden Anfälle in letzter Zeit an Zahl und Intensität zu. Die Schmerzen im rechten Hüftgelenk steigerten sich in dem Grade, daß Patientin oft das Bett hüten muß. Seit einigen Monaten bemerkt sie auch vorn am rechten Oberschenkel das Auftreten bläschenförmiger Efflorescenzen, während an den großen Labien das Leiden in letzter Zeit stabil geblieben ist. — Vor circa vier Monaten lag Patientin an einer besonders schweren Fieberattacke danieder, mit entzündlichen Erscheinungen nicht nur des rechten Beines, sondern beinahe der ganzen rechten Rumpfhälfte. Es bildeten sich in der rechten Achselhöhle und außen von der rechten Mamma in Gruppen stehende Bläschen mit teils wässrigem, teils eiterigem Inhalte, die meist platzten und unter Narbenbildung (noch heute sichtbar) innerhalb 3—4 Wochen abheilten. Der behandelnde Arzt habe das Leiden für Gürtelrose angesehen. — Vor circa acht Wochen beobachtete Patientin während eines Anfalles ein früher nie empfundenes Jucken in der Vagina, das aber bald nach Eintritt eines ziemlich reichlichen, weißlich-schleimigen Ausflusses verschwunden sei, um bis heute ein einziges Mal wiederzukehren.

Seit Frühjahr dieses Jahres krankt Patientin, die im 20. Jahre einmal Blut gehustet habe, an ernstlichen Lungenbeschwerden (Seitenstechen, Husten, eiteriger Auswurf), weshalb sie im Kantonsspital Aarau während acht Wochen mit Erfolg behandelt worden ist.

Der Vater starb vor kurzem an einem „Schlaganfall“, die Mutter ist gesund. Von neun Geschwistern leidet ein Bruder „auf der Lunge“, die anderen sind gesund; keines gestorben. — Kein Hautleiden in der Familie, nie syphilitisch.

Status: Mittelgroße, brünnette, etwas abgemagerte, blasse Person von gracilem Knochenbau. Giebt auf alle Fragen ruhig und mit Verständnis Antwort. — Thorax leicht eingesunken, rechts vorn oben relative Dämpfung und vereinzelte trockene, knarrende Inspirationsgeräusche bei abgeschwächtem Atem. Herzgrenzen normal, Herztöne rein. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Milz und Leber nachweisbar nicht vergrößert. Leistendrüsen beiderseitig geschwollen, nicht druckempfindlich, beweglich, ebenso die Unterkieferdrüse rechts. Patientin zeigt eine Reihe kariöser Zähne). Kein Naevus, kein Angiom auf der übrigen Körperbedeckung zu konstatieren. Puls 76, Temperatur 37,2 (abends). Mikroskopischer Blutbefund normal, Hämoglobin (nach GOWERS) 90%. Urin: kein Eiweiß, kein Zucker, keine abnormen Formelemente. Im Sputum trotz mehrmaliger Untersuchung keine Tuberkelbacillen, keine elastischen Fasern.

Genitalien (vide Tafel I, Abbildung 1, die ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen SCHULER verdanke): Beide Labia majora, wie Mons veneris schwach behaart, zeigen mäßige, diffuse Schwellung, ohne daß es möglich ist, eine härtere Stelle, einen vereinzelt Strang oder Knoten, durchzutasten. Die Oberfläche der Labia majora ist über und über mit dichtstehenden, stecknadelkopf- bis linsengroßen, vereinzelt bis erbsengroßen, bläschen- und warzenartigen Efflorescenzen besetzt. Am dichtesten und größten, bläschenförmig, froschlauchartig sind sie vorn in der Mitte an der Berührungsstelle beider Labien; nach außen, sowie nach abwärts gegen die hintere Kommissur zu werden sie kleiner, stehen diskreter, besonders am linken Labium majus. Während seitwärts die Efflorescenzen mit der Crurogenitalfalte fast plötzlich aufhören, zeigt die benachbarte Analgegend, besonders an der Innenseite

der linken Analfalte, noch zahlreiche, in gruppen- und streifenförmiger Anordnung stehende Bläschen. Mehr Knötchencharakter haben die im oberen Drittel des Labium majus dextrum und auf dem Mons veneris sitzenden Efflorescenzen. Auch die Innenseite der Labia majora ist noch ziemlich dicht mit Bläschen besetzt; die Labia minora etc. sind dagegen vollständig frei. Eine Untersuchung der inneren Genitalien konnte nicht vorgenommen werden. Doch lassen die mehrfachen (auch später hatte Patientin noch einen solchen Ausfluss), nicht periodischen, serösen, milohiggetrübten Ausflüsse, der zeitweilige Pruritus vaginae, eine Ausdehnung des Prozesses auf die Scheidenschleimhaut als nicht unwahrscheinlich erscheinen. Die Umgebung der Efflorescenzen an den Labien ist leicht gerötet.

Die bläschenförmigen Efflorescenzen sind glänzend, prall gespannt, oft perlmuttartig schimmernd, wo vereinzelt stehend, rundlich, halbkugelig, wo dichter, mehr polygonal, oft einen mehrfächerigen Bau erkennen lassend, einzelne kleinere Gruppen durch relativ tiefe Furchen voneinander getrennt. Die glatte, selten leicht schuppende Bläschendecke läßt einen klaren, mancherorts auch etwas milchig getrübten Inhalt durchschimmern. An einzelnen Bläschen ist die Decke auf der Höhe der Konvexität weißlich getrübt, opak bis undurchsichtig, so daß die Efflorescenzen dann eine gewisse Ähnlichkeit mit halb gekochten Sagokörnern zeigen. Nirgends blutig gefärbter Inhalt; auch sind nirgends, weder zwischen noch auf den Bläschen, dilatierte Kapillaren nachzuweisen. Die Bläschen fühlen sich prall elastisch an, sind nicht druckempfindlich, nur schwer zum Platzen zu bringen und lassen sich durch Anspannen der Haut nicht verstreichen. Bei länger (einige Minuten) andauerndem Druck ist der Inhalt, wenn auch in sehr geringem Grade, verdrängbar: die Decke ist dann in der Mitte etwas eingesunken, das Bläschen füllt sich nur langsam wieder. Beim Anstechen entleert sich in spärlicher Menge eine fast klare, leicht fadenziehende, etwas klebrige Flüssigkeit. Bei längerem Zuwarten sickert in einem Tropfen noch etwas Sekret nach, ohne daß es gelingt, durch Pressen der Umgebung den Ausfluß zu beschleunigen oder auch nur nachweisbar zu vermehren. Die Bläschen der Umgebung bleiben dabei prall gespannt. — Das Sekret selbst ist schwach getrübt, reagiert alkalisch und zeigt unter dem Mikroskop vereinzelt Leukocyten, spärlich Endothelzellen, keine roten Blutkörperchen und unter unbestimmbarem körnigen Detritus vereinzelt runde, stark lichtbrechende, mit Alcannatinktur sich lebhaft rotfärbende Körperchen.

Die Knötchencharakter zeigenden Efflorescenzen sind nicht über linsengroße, halbkugelig, undurchsichtig, blafarot, derb, nicht druckempfindlich und nicht schuppend, stehen diffus, ohne an die Follikel gebunden zu sein, verkleinern sich nicht auf Druck.

Auch an anderen Körperpartien, aber auffallenderweise auf die rechte Seite beschränkt, findet man in kleineren Gruppen stehende Efflorescenzen von ähnlichem Charakter, so eine Gruppe handbreit unter dem Ligamentum Poupartii vorn auf dem rechten Oberschenkel. Hier säumen ein Komplex flacher, dicht aneinanderstoßender, meist polygonaler Efflorescenzen eine narbenähnliche, in die Haut eingesunkene, glänzend weiße, glatte Hautstelle ein, die aus zwei in spitzem Winkel zusammen treffenden und dort verlängerten, $\frac{1}{2}$ cm breiten und 2—3 cm langen horizontal liegenden Schenkeln gebildet wird. Während die mehr peripher und in der Umgebung vereinzelt stehenden Efflorescenzen halbkugelig, bläschenförmig auf leicht gerötetem Grunde sind, sehen die am Rande der narbenartigen Hautpartie befindlichen, dessen Zentrum vollständig freilassenden Efflorescenzen Lupusknötchen nicht unähnlich. Sie sind in die Haut eingesprengt, nicht schuppend, scharf begrenzt, haben eine wachsartig durchscheinend gelbrötliche, auf Glasdruck mehr bräunliche Färbung. Leichte Rötung, Schwellung, Jucken in der nächsten Umgebung. An Stelle des narbigen Zentrums sollen früher ebenfalls Bläschen gestanden haben. Erst nach deren Platzen

soll sich die Narbe gebildet haben, worauf in der Umgebung neue Bläschen aufgeschossen seien.

Auswärts, in der Gegend des rechten Trochanters und der Cruroglutaealfalte, findet man einige schwach secernierende Fisteln, deren Umgebung gerötet ist und vereinzelte, in Gruppen zu drei, vier bis fünf zusammenstehende Bläschen von oben beschriebenen Charakter aufweist.

Eine ähnliche Gruppe von ca. 20 Bläschen auf gerötetem Grunde liegt etwas unterhalb und einwärts von der erst erwähnten Stelle, etwa in der Mitte des rechten Oberschenkels, dem Verlaufe des Musculus sartorius entsprechend. Ein vereinzeltes linsengroßes Bläschen auf der Außenseite des rechten Unterschenkels.

Außerdem lassen sich in der Umgebung des rechten Trochanter vereinzelte flache, linsengroße, weiße Närbchen, wie nach Acne pustulosa zurückbleibend, konstatieren; ähnliche an der Außenseite der rechten Mamma.

Das rechte Bein fühlt sich gegenwärtig wärmer an, zeigt keine Venektasien und auch gegenüber dem linken Bein keine Differenzen, weder im Umfange noch in der Länge. Während Patientin in der Ruhe, bei Bettlagerung, abgesehen zur Zeit der Anfälle, bis auf meist bald vorübergehendes Kitzelgefühl in der Genitalgegend keine Beschwerden hat, fällt ihr besonders das längere Stehen und Gehen sehr beschwerlich. Es stellt sich dann Brennen und Stechen ein, im rechten Bein beginnt es zu „ziehen“; vereinzelte Bläschen platzen und fließen, beschmutzen die Wäsche, aus welchen Gründen Patientin dringend von ihrem lästigen Leiden befreit zu werden wünscht.

Weiterer Verlauf: Obwohl bei dem so charakteristischen Bilde über die Diagnose Lymphangioma kein Zweifel herrschen konnte und damit die einzuschlagende Behandlung klar vorgezeichnet war, so wurde doch im Interesse einer genaueren Beobachtung des Falles ein energischer therapeutischer Eingriff verschoben und bis auf weiteres eine mehr symptomatische Behandlung insceniert: Bettruhe, Kompressen von Bleiwasser, Applikation von Borsalbe etc., innerlich neben kräftigender Ernährung Guaykol in kleinen Dosen.

Am 18. Dezember klagt Patientin, die sich bis dahin im Bette vollständig wohl befunden, plötzlich über Schmerzen in der rechten Hüftgelenkgegend. Der rechte Trochanter ist auf Druck sehr empfindlich. Am Mittag tritt unter Frösteln ein erysipelatiger Anfall, Rötung und Schwellung auf, ausgehend von der Umgebung der Fisteln, die stärker zu secernieren beginnen, und bis zum Abend über das ganze obere Drittel des rechten Oberschenkels sich ausdehnend. Die glänzend gerötete Haut ist heiß anzufühlen, druckempfindlich, derb elastisch, das Erythem ziemlich scharf gegen die normale Umgebung abgegrenzt. Keine Stränge zu fühlen; Leisten-drüsen gegen früher nicht mehr geschwollen. Bläschen in der Umgebung der Fisteln und vorn am rechten Oberschenkel sind etwas praller; nicht verändert die Affektion an den Labien. Temperatur 38,5° C. — 19. Dezember. Nachdem schon am vorhergehenden Tage das Erythem unter leichter Juckempfindung zurückgegangen, die Temperatur wieder normal, ist heute bis auf eine perifollikuläre leichte Rötung wieder alles zur Norm zurückgekehrt.

30. Dezember. Patientin klagt neuerdings über Übelkeit, Benommensein, Kopfschmerzen. Erysipelatiformes Erythem, befallend den ganzen rechten Oberschenkel und die Glutaealgegend, am meisten die Außenseite. Schwellung der Bläschen des Oberschenkels etc., weniger der Labien. Fisteln secernieren reichlicher. Große Prostration. Temperatur abends 39,2° C. — Schon folgenden Tags ist das Fieber ohne Anwendung von Antipyreticis verschwunden, das Allgemeinbefinden hebt sich rasch. Das Erythem ist bis auf die Umgebung der Bläschengruppen und Fisteln

zurückgegangen, wo neben einigen neu entstandenen Bläschen durch die Haut auch einige oberflächlich sitzende etwa erbsengroße, derbe, runde Knötchen durchzufühlen sind.

Am 8. Januar 1894 neuer erysipelatoider, auf den rechten Oberschenkel beschränkter Anfall mit gleichem Verlauf.

Da Patientin dringend wünscht, vor allem von ihrem lästigen Leiden an beiden Labien befreit zu werden, so wurde im Hinblick auf die Nutzlosigkeit einer schon von anderen Autoren versuchten medikamentösen Lokal- und Allgemeinbehandlung beschlossen, die Geschwulst durch Keilexcision und nachfolgende Vereinigung der Wundränder durch Naht zu entfernen, ein Vorgehen, das in Bezug auf Prognose insofern die größten Chancen zeigte, als man aus dem Fehlen zentrifugaler Drucksymptome schliessen durfte, die tiefliegenden größeren Lymphgefäße nicht erweitert, jedenfalls deren Klappenapparat noch intakt und gut funktionierend zu finden. Damit war man aber auf der einen Seite vor unerwarteten, die Heilung verzögernden Lymphergüssen ziemlich gesichert, andererseits aber war wegen Wegfalles eines größeren zentrifugalen Druckes ein Recidiv in Form von sich neubildenden Cysten nicht wahrscheinlich. Von der Anwendung chemischer oder thermischer Caustica wurde angesichts des Misserfolges anderer Beobachter abgesehen.

Am 15. Januar nahm Herr Kollege SCHULEZ die Operation in Narkose vor. Beiderseitig wurde je ein über mannsdaumengroßer Wulst aus den Labien excidiert, die Ränder durch tiefe und oberflächliche Nähte vereinigt und ein aus Jodoformgaze + Watte + T-Binde bestehender Verband angelegt. Einige spritzende Blutgefäße mußten unterbunden werden; doch konnten nirgends, wie anderwärts schon beobachtet, spritzende oder auch nur schwach secernierende Lymphgefäße, trotzdem ich meine Aufmerksamkeit speziell darauf richtete, nachgewiesen werden. — Die Bläschen der excidierten Hautstücke hatten kaum etwas von Prallheit verloren; Versuche, von der Oberfläche aus in die Lymphgefäße eine Argentum-nitricum-Lösung zu injizieren, schlugen fehl.

Glatter Wundverlauf; Entfernung der Nähte am 23. Januar. Bis auf einem kleinen, haselnußgroßen Defekt am oberen Wundwinkel, der sich in wenig Tagen übernarbt, Heilung p. p. i. — Das rechte Labium ist von normaler Größe und Konsistenz, vollständig bläschenfrei; das linke ist noch etwas vergrößert, gerötet, nicht druckempfindlich. Im übrigen fühlt sich Patientin wohl, hat keine Schmerzen mehr, ist bei gutem Appetit; kein Fieber.

Am 9. Februar hatte Patientin im Anschluß an einen kleinen Spaziergang eine Fieberattacke mit 39,8° C. abends. Die Labien sind leicht gerötet, diffus geschwollen, die strichförmige, rote Operationsnarbe dagegen gut verheilt, läßt kein Sekret durchtreten. Das rechte Bein, das früher fast regelmäßig in Mitleidenschaft gezogen, ist vollständig frei. Unter Bettlagerung, Bleiwasserkompressen etc. gehen die entzündlichen Erscheinungen in den nächsten Tagen vollständig zurück.

Acht Tage später (Patientin hatte schon acht Tage nach der Operation das Bett verlassen), am 17. cr., ohne Ursache neue Schwellung und Rötung der Labien, 39,2° C. Rechte Trochantergegend etwas druckempfindlich. Folgenden Tags wieder alles normal.

Trotz dieses nicht glänzenden direkten Behandlungsergebnisses ist das Allgemeinbefinden der Patientin jetzt weitaus besser, als vor der Operation. In der Zwischenzeit, d. h. zwischen den einzelnen Anfällen, fühlt sich Patientin bis auf die zeitweise, aber nur spärlich secernierenden Fisteln vollständig wohl, das Gehen ist beschwerdelos, kein Brennen etc. mehr in der Genitalgegend, die jetzt trocken bleibt. Auch die Symptome von seiten der Lunge, Husten etc., haben sich gebessert, so daß Patientin sich sogar mit Heiratsgedanken trägt.

Am 25. Februar wird Patientin „gebessert“ aus der Spitalbehandlung entlassen.

Im darauffolgenden Sommer 1894 sah ich Patientin einmal. Die Anfälle waren zwar immer noch, aber viel seltener, mit vier- bis sechswöchentlichen Zwischenräumen, und auch nicht mehr mit der früheren Heftigkeit aufgetreten. Nur bei längerem Stehen und Gehen macht sich leichtes Ziehen und Schmerzen im rechten Bein sowie in der Genitalgegend bemerkbar. Die Schnittnarben an den Labien sind gut verheilt und fest, die Ränder gegen die hintere Kommissur zu mit einigen stecknadelkopf- bis linsengroßen Bläschen (rechts sieben, links fünf) besetzt. Die Haut der großen Labien ist etwas vom Schweiß maceriert. Ich empfahl Meiden längeren Gehens etc., abends kalte Abreibungen und als Streupulver β Talc. ven. 85,0, Alum. pulv. 15,0. — Nach schriftlicher Mitteilung soll sich darauf der Zustand rasch gebessert haben.

Am 24. April 1895 stellte sich Patientin, die inzwischen einen Ehemann gefunden, wieder in meiner Sprechstunde vor. Der Status hat sich seit letztem Sommer wenig verändert. Die Labien sind etwas geschwollen mit vereinzelt Bläschen zu beiden Seiten der Schnittnarben. Auch in der Umgebung der Fisteln, die seit einem Jahre nur noch selten und spärlich secernieren, sowie vorn am Oberschenkel haben sich die Bläschengruppen vergrößert; zwei erbsengroße, wasserklare Bläschen an der Außenseite des rechten Unterschenkels. Leistendrüsen gegenüber früher nicht vergrößert, ebensowenig der Umfang des rechten Beines. Nirgends sind Lymphstränge durchzutasten, keine Varicen. Die erysipelatoiden Anfälle treten nur noch selten auf. — Allgemeinzustand gut.

Ich sah die Patientin noch einige Male, ohne daß sich wesentliche Veränderungen konstatieren ließen. Ein Kind, das wasserklare Bläschen an den Händen gezeigt haben soll, starb wenige Wochen nach der Geburt an „Krämpfen“. Nähere Data von der Mutter zu bekommen, war mir nicht möglich.

Mikroskopischer Befund.

Von dem reichen Untersuchungsmaterial, das durch die Operation in Form von zwei großen keilförmigen Lappen gewonnen, wurden entsprechend kleine Stücke, sowohl mit bläschen- als warzenförmigen Efflorescenzen, teils in Alkohol, teils in FLEMING- oder ZENKERScher Lösung gehärtet, in Celloidin eingelegt und die Schnitte mit Hämalaun, Safranin, polychromem Methylenblau, Orcein gefärbt. Auch auf Mikroorganismen, speziell Tuberkelbacillen, wurde nach den verschiedensten Färbungsmethoden gefahndet, doch ohne Resultat.

1. Bläschenförmige Efflorescenzen. Schon mit bloßem Auge lassen sich auf dem Durchschnitt stecknadelkopfgroße und größere, anscheinend in oder dicht unter der Epidermis, selten auch tiefer in der Cutis liegende, rundliche Hohlräume erkennen. Dieselben zeigen bei schwacher Vergrößerung eine regelmäßige Begrenzung durch Kerne, sind leer oder mit ungefärbten körnigen Massen zum Teil ausgefüllt und liegen nirgends in, meist dicht unter der Epidermis, spärlich in der Cutis und im subkutanen Gewebe. Die Cutis ist kernreicher als gewöhnlich, von zahlreichen, verschieden gestalteten, meist senkrecht zur Epidermis aufsteigenden Kanälen durchzogen, die teils leer, teils mit körnigen, farblosen Massen gefüllt sind.

Stärkere Vergrößerung: Die Hohlräume sind fast überall von einem deutlichen Endothelsaum umgeben, der aus regelmässig gelagerten, bei den kleineren Höhlungen und bei den Kanälen gewöhnlich dichter stehenden und bauchig gegen das Lumen vorspringenden, großkernigen bei den grösseren aus flach den Wänden anliegenden Zellen besteht. An einigen Stellen fehlt das Endothel oder ist abgehoben, wobei die Zellgrenzen verschwommen sind. Der Inhalt der Lakunen besteht, wo nicht ausgefallen, aus körnigen oder netzförmig angeordneten, farblosen Massen (Fibringerinnsel), worin vereinzelt einkernige Leukocyten erkennbar sind. Diesen amorphen Massen lagern an manchen Stellen homogene, das Licht stark brechende, mit Methylenblau sich diffus blau färbende, rundliche Gebilde von verschiedenster Grösse auf (hyaline Kugeln?). Die äussere Begrenzung der Cysten wird fast überall, auch gegen das Epithel zu, von einer, wenn auch noch so schmalen, bindegewebigen Zone gebildet. — Die Hohlräume stehen, besonders in der Papillarschicht, oft sehr dicht nebeneinander, sich gegenseitig abplattend, sind manchmal superponiert, wie wenn ein gewundenes Gefäss in verschiedener Höhe angeschnitten worden wäre. Hier kann es passieren, dass die ursprünglich aus zwei Endothellagen und Bindegewebe gebildete Scheidewand zwischen zwei Bläschen durch Druck ganz oder teilweise usuriert wird, so dass oft nur an einem gegen das Lumen spornartig vorspringenden Wulst das ursprüngliche Verhältnis zu erkennen ist. Auch können ein oder mehrere zwischen zwei Cysten liegende Epithelleisten, bzw. Papillen durch allmähliches Wachstum der ersteren zu schmalen Fäden ausgezogen werden, ja es kann (wie ich an Serienschnitten glaube verfolgen zu können) sogar zu vollständiger Abtrennung eines Epithelzapfens vom Deckepithel und zur Bildung eines unter den Cysten mitten im Bindegewebe isoliert liegenden Epithelherdes kommen. Die Blutkapillaren der Papillen sind gleichfalls zur Seite gedrückt.

Doch auch das über den Blasen liegende Epithel hat unter dem Druck, den erstere auf ihre Umgebung ausüben, zu leiden. Epithelzapfen werden von unten zu kurzen, dicken Stumpfen abgeplattet, die Stachelschicht auf drei, zwei Epithellagen vermindert, ja dieselbe kann sogar vollständig verdrängt werden, so dass die Bläschendecke nur noch von der Hornschicht (und einer feinen Bindegewebslage?) gebildet wird.

Über den Cysten ist die Hornschicht nicht selten etwas verdickt, lässt oft noch einige flach gedrückte Kerne erkennen und hebt sich blätterartig ab. Die Körnerschicht ist auf eine Lage reduziert oder fehlt vollständig, die interspinalen Lymphgänge der Stachelschicht sind verengt. Keine Mitosen. Hier und da zeigen die Epithelzellen der Stachelschicht eine konzentrische Lagerung, ähnlich den Epithelperlen des Kankroids.

An einem Präparat sieht man einen kugeligen, dünn gestielten Tumor,

ähnlich einem Blasenpolypen, von der Epitheldecke in den subepithelial gelegenen cystischen Hohlraum frei hineinragen. Der nur noch schwache Kernfärbung zeigende Tumor ist aus glasig gequollenen, keine Riffelung mehr zeigenden Epithelzellen zusammengesetzt, die, vom Mutterboden fast vollständig abgeschnürt, von dem sie fast allseitig umschließenden Lymphsee nur durch einen schmalen Bindegewebs- und Endothelsaum abgegrenzt sind. Eine Erklärung für dieses Bild dürfte vielleicht in der Annahme gefunden werden, daß ein Epithelzapfen durch eine an dessen Wurzel seitlich sich eingrabende Lymphoyste vom Mutterboden mehr oder weniger abgeschnürt wurde. Nicht selten springt das Epithel halbkugelig, dellenartig nach abwärts gegen eine dasselbe halbmondförmig umgebende Cyste vor. Die Struktur der Stachelzellen ist auch hier meist verwischt; sie färben sich mit den gewöhnlichen Färbungsmitteln schlecht oder gar nicht; nur die geschrumpften Kerne sind in der amorphen Masse nach erkennbar. — In der Cutis und Subcutis sind eigentlich cystische Bildungen seltener, doch immerhin, besonders bei den mehr in der Peripherie der Affektion liegenden Hautpartien hie und da zu konstatieren. Häufiger sind in der Cutis zur Hautoberfläche senkrecht aufsteigende, spaltförmige Hohlräume, die, oft zu mehreren nebeneinander verlaufend, von dicht stehenden, grobkernigen, protoplasmareichen, bauchig gegen das Innere vorspringenden Endothelzellen ausgekleidet sind. Ganz vereinzelt lassen sich im Endothel, häufiger in der kernreichen perivaskulären Umgebung Mitosen nachweisen. Die Spalträume sind teils leer, teils mit körniger, geronnener Lymphe, worunter vereinzelt Leukocyten, ausgefüllt, teils vollgestopft mit roten Blutkörperchen.

In seltenen Fällen kann man zwischen diesen, oft gabelig sich spaltenden Hohlräumen eine Kommunikation erkennen, gebildet von endothelbesetzten, nicht selten gewundenen Gängen mit körnigem, vereinzelt Leukocyten, auch rote Blutkörperchen enthaltendem Inhalt oder auch nur durch zwei dicht neben einander und parallel verlaufende, langgestreckte Zellreihen angedeutet. In günstig getroffenen Schnitten lassen sich diese spaltförmigen Hohlräume sogar bis in die Papillarschicht verfolgen, wo sie, ampullenartig mit nach unten gerichteter Spitze erweitert, die Anfangsstadien der oben beschriebenen Bläschen bilden.

Auch zwischen den einzelnen Cysten der Papillarschicht lassen sich, jedoch nur bei den kleinen, in einigen Fällen Kommunikationen in Form endothelbesetzter feinsten Spalten nachweisen.

Sowohl die Papillarschicht als besonders die Cutis, weniger die Subcutis, ist sehr zellenreich, am meisten in der Umgebung der Gefäße und der spaltförmigen Hohlräume, spärlicher in der Umgebung der ausgebildeten Cysten der Papillarschicht. Die Zellen sind teils klein, rund, mit relativ großem, chromatinreichem Kern, ziemlich spärlich und den Gefäßwänden anliegend (Leukocyten), teils groß, rund oder spindelförmig, mit

bläschenartigem Kern. Häufig sind sie, wie schon erwähnt, in Reihen angeordnet, einen schmalen Raum zwischen sich frei lassend. Vereinzelt langgestreckte Pigmentzellen in der Umgebung der Papillargefäße. Relativ reich ist das Gewebe, vor allem die Cutis, an Mastzellen. Dieselben schmiegen sich in ihrem Verlauf zum großen Teil den Gefäßen, sowie den beschriebenen Spalträumen an; oft folgen sie auch den Konturen der Papillen. Am spärlichsten sind sie in der zellarmen Umgebung der ausgebildeten größeren Cysten der Papillarschicht. — Die Blutgefäße sind erweitert, zeigen häufig ebenfalls endo- und peritheliale Wucherung.

2. Die warzenähnliche Form, die mehr am Mons veneris, an der oberen Partie des Labium majus dextrum und an der Peripherie der Bläschenaffektion zu finden ist, unterscheidet sich histologisch von der letzteren durch einen größeren Zellenreichtum der Cutis- und der Papillarschicht, durch Wucherungsvorgänge im Epithel und schwächere, d. h. oft nur andeutungsweise vorhandene Ausbildung der Lymphocyten. Horn- und Körnerschicht sind hier und da etwas verbreitert, meist normal, die Stachel-schicht ist dagegen stark gewuchert. Sie sendet lange, am Ende oft kolbig verdickte oder gabelig geteilte, kräftige Zapfen in die Tiefe. Nicht nur in der Keimschicht, sondern auch in den mittleren Lagen der Stachel-schicht sind Mitosen in mäßiger Menge zu finden. Die interspinalen Räume sind jedenfalls nicht verengt und enthalten, besonders über den Papillen, hier und da Leukocyten. Die Papillarschicht zeigt neben großem, hauptsächlich um die Gefäße gelegenen Zellenreichtum mehr oder weniger erweiterte, oft etwas gewundene Kapillaren, wobei neben denselben nicht selten breite Längspalten zu zwei, drei nebeneinander verlaufen. Inhalt meist fehlend, Fibringerinnsel, Leukocyten, rote Blutkörperchen. Endotheliales und peritheliales Gewebe derselben zeigt Wucherungserscheinungen (protoplasmareiche Zellen mit bläschenförmigem Kern, selten Mitosen). Noch ausgesprochener sind Zellreichtum und Wucherungsvorgänge, ebenfalls von den Gefäßen und spaltförmigen Hohlräumen ausgehend, in der Cutis, die im übrigen gleiche Veränderungen wie die erst beschriebene Form, nur in noch höherem Grade, aufweist. Mastzellen z. B. finden wir in manchem Gesichtsfeld (LEITZ, Obj. 7, Okul. III) oft bis zu 60 und darüber. Rundzellen nur spärlich längs den Gefäßwandungen.

Eine kleine, der unteren, schon lange bestehenden Bläschengruppe am Oberschenkel entnommene Hautpartie ergab ein der bläschenförmigen Form der Vulva ähnliches Bild: Verdünnung des Epithels, größere und kleinere, mit Endothel ausgekleidete subepitheliale Lymphocyten. Eine Kommunikation zwischen ihnen ist nicht nachweisbar. Die Cutis ist cystenlos, die Gefäße, nur wenig erweitert, zeigen keine Wucherungserscheinungen; spärliche Rundzellen in deren Umgebung. Überhaupt ist das Gewebe im Vergleich zu den oben beschriebenen Bildern eher zellarm zu nennen.

Durch die histologische Untersuchung wird nicht nur die klinische Diagnose Lymphangioma vollauf bestätigt, sondern es finden auch einzelne auffallende klinische Symptome: die Derbheit, Elastizität der Bläschen, die Schwierigkeit, sie zum Platzen zu bringen, die schwere Verdrängbarkeit derselben etc., eine befriedigende Erklärung. Es handelt sich also um eine vom Lymphgefäßsystem ausgehende Erweiterung und Neubildung von Lymphgefäßen, sämtliche Hautschichten befallend. Denn daß es sich hier nicht um eine einfache Ektasie, sondern um eine mit Ektasie einhergehende Neubildung, um ein echtes Lymphangiom handelt, dafür sprechen folgende Umstände: 1. der Nachweis endothel bekleideter Lymphräume auch an Stellen, wo sie normalerweise nicht vorkommen. Während nach RANVIER¹ die Untersuchungen über das normale Lymphgefäßsystem der Haut ergeben haben, daß die Papillen entweder keine oder nur stellenweise (z. B. an Hand, Füßen) Lymphgefäße enthalten, und daß diese nur bis zur Grenze des untersten Drittels oder etwas über die Hälfte der Höhe der Papillen sich erstrecken, finden wir hier mit Endothel besetzte Spalten bis zur Spitze derselben reichend (was besonders an den noch nicht vollständig cystisch ausgebildeten, warzenförmigen Efflorescenzen sehr deutlich zu konstatieren), ja sogar mehrere solcher Spalten in einer Papille neben den Blutkapillaren verlaufend. Dafür spricht weiter die regelmäßige und dichte Auskleidung der Hohlräume mit Endothel. Bei einfacher Ektasie müßte die gestaute Lymphe zum Auseinanderrücken der Endothelzellen und endlich zur Sprengung des Endothels führen. In unserem Falle ist es dagegen zu einer Vermehrung, zu einer Proliferation der Wandungselemente gekommen, am besten an den kleinen Cysten und den spaltförmigen Lymphräumen erkennbar. Allerdings ist nicht zu vergessen, daß gerade bei jugendlichen Personen das Gefäßendothel häufig diese bauchige Form zeigt. Doch lassen die, wenn auch ganz vereinzelt Mitosen im Endothel und im perivaskulären Gewebe keinen Zweifel aufkommen. Ob die inmitten stärkerer Zellhaufen liegenden, mit spindelförmigen bis platten, großkernigen Zellen ausgekleideten spaltförmigen Hohlräume wirklich als isolierte, als inmitten der Zellenherde autochthon entstandene Lymphgefäße (heteroplastische Neoplasie), wie NASSE, TÖRÖK² KRYNSKY³ annehmen, ob sie nicht als Ausläufer, als Endothelsprossung, ausgehend von vorgebildeten Lymphgefäßen (homöoplastischen Neoplasie), zu welcher Ansicht sich z. B. SCHMIDT⁴ neigt, oder ob, wie UNNA⁵ meint, dieselben einfach als primär dilatierte Lymphspalten mit sekundärer Endothelbildung

¹ Citirt nach TÖRÖK s. u.

² *Centralbl. f. allg. Path. u. pathol. Anat.* 1894. S. 248.

³ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI. S. 105.

⁴ *Arch. f. Derm.* 1890. Bd. XXII. S. 529.

⁵ *Histopatholog. d. Hautkrankh.* S. 940.

aufzufassen, darüber gaben mir meine Untersuchungen keinen sicheren Aufschluss. Wohl lassen sich in manchen Schnitten neben vollständig isolierten „Endothelspalten“ auch solche nachweisen, die, in Form und Größe den ersteren vollständig gleich, bei genauer Untersuchung doch noch eine deutliche spaltförmige Verbindung mit den größeren Lymphgefäßen zeigen. Aber ebensowenig dürfen wir vergessen, daß zwischen anderen Organen Gefäßtumoren vorkommen, die kaum eine andere Genese denn auf heteroplastischer Neubildung beruhend zulassen. So zeigt die Leber hier und da kavernomähnliche Neubildungen, die, ganz isoliert, noch nicht mit Blut gefüllt sind, neben zahlreichen ausgebildeten, mit Gefäßen in Verbindung stehenden gleichartigen Tumoren. Ebensowenig konnte vom Endothel der Lymphgefäße ausgehende aktive Verdickung und Sprossung, ähnlich der Angioblastenbildung bei den Hämangiomen, nachgewiesen werden, sodafs bis auf weiteres, d. h. bis wir sichere Beweise einer heteroplastischen oder homöoplastischen Neubildung von Lymphgefäßen gefunden haben, die Ansicht von UNNA einer erst sekundären Endothelauskleidung präexistierender und erweiterter Lymphspalten den Vorzug der Einfachheit und damit der Wahrscheinlichkeit voraus hat.

Eine rege Diskussion entspann sich in den letzten Jahren um die besonders von französischen Forschern aufgeworfene Frage: Handelt es sich hier um echte Lymphangiome oder nicht eher um Hämangiome? oder vielleicht um Mischgeschwülste, um Hämolympangiome? Bekanntlich stützen sich die Verfechter eines von den Blutgefäßen ausgehenden Ursprunges dieser Geschwülste hauptsächlich auf das bei manchen Fällen konstatierte Vorkommen von roten Blutkörperchen im Cysteninhalte, ja sogar reiner Blutcysten neben mehr serösen Cysten. Ich muß mir versagen, auf dieses so verlockende und interessante Thema hier näher einzutreten und verweise auf die jedem bekannten kritischen Arbeiten von BESNIER,⁶ TÖRÖK,⁷ UNNA⁸ u. a. Dafs in unserm Falle klinisches und histologisches Bild gegen eine primäre Erkrankung der Blutgefäße und für eine Affektion des Lymphgefäßsystems, und zwar in geradezu exquisitem Mafse, sprechen, darüber kann wohl kein Zweifel bestehen. Auf den Befund roter Blutkörperchen im Inhalt mancher Cysten kann um so weniger Gewicht gelegt werden, als dies ein vereinzelt Vorkommen und durch andere zufällige Umstände, Berstung darüber hinziehender Blutgefäße in die Cyste etc., ohne Zwang erklärt werden kann. Dafs auch Blutgefäße in den Proliferationsprozeß sekundär einbezogen werden können, läßt sich aus dem Nachweis prall mit Blut gefüllter, an den Wandungen Wucherung zeigender Endothelspalten und Gefäße entnehmen, während an

⁶ Traduction à KAPOSI. T. II. S. 371.

⁷ *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1892. Bd. XIV. S. 169.

⁸ L. c.

den Grenzpartien, sowie dem Oberschenkel entnommenen Präparaten neben echten Lymphocyten die Blutgefäße nicht oder nur wenig erweitert bei fehlender oder geringer perivaskulärer Infiltration sich präsentieren.

Bei der Differentialdiagnose dieser Geschwülste mit anderen ähnlichen Bildungen werden wir zuerst die Frage nach der Abgrenzung lymphangiomatöser, d. h. auf Dilatation plus Neubildung beruhender Geschwülste und einfacher Lymphektasien, d. h. nur in Erweiterung der Lymphgefäße bestehenden Veränderungen zu beantworten haben. Hier stoßen wir schon gleich am Beginn unserer Betrachtung auf Schwierigkeiten. Denn so leicht wir uns theoretisch eine Differentialdiagnose zwischen diesen Erkrankungen konstruieren können, so schwierig ist deren Durchführung in praxi. So begegnen wir bei Durchsicht der Litteratur einer Menge von Formen, die bald unter dem Namen Lymphangioma, bald sub Lymphangiectasie aufgeführt sind, ohne daß es uns bei vergleichender Untersuchung möglich ist, den leitenden Faden zu erkennen, der den Autor bewogen, seinen Fall unter dieser und nicht unter jener Etiketle zu beschreiben. Zum Teil mag dieser Mißstand durch unsere mangelhaften Kenntnisse über die Entstehungsweise dieser Geschwülste bedingt sein, zum Teil gewiß aber auch durch die mißbräuchliche Anwendung dieser Worte, d. h. darin, daß Lymphangioma und Lymphektasie für manche Autoren synonyme Begriffe sind. — Welche klinischen Differenzen haben wir bei diesen beiden Krankheiten zu erwarten? Bei der Lymphektasie bildet die Erweiterung der Lymphgefäße, mag diese die peripheren oder die mehr zentral gelegenen Partien oder beide zugleich betreffen, das Hauptsubstrat der Erkrankung. Im Gegensatz zum Lymphangiom ist daher bei der Ektasie der Bläscheninhalt leichter verdrängbar, da derselbe sich durch die erweiterten Lymphgefäße rasch in die zentraler gelegenen entleeren kann, um sich bei Nachlaß des Druckes ebenso rasch wieder zu ersetzen; beim Anstechen eines Bläschens wird daher die Lymphe reichlich, sogar in einem Strahl hervordringen, um bei der ungehinderten Kommunikation mit den tiefer gelegenen größeren Lymphgefäßstämmen stundenlang reichlich nachzusickern. So werden denn auch Fälle genannt, wo sich innerhalb 24 Stunden bis 5 Liter (!) Lymphe entleerte. HAFERKORN⁹ berichtet in einer jüngst erschienenen interessanten Arbeit über einen Fall von Lymphektasie und Lymphorrhagie, bei dem nach Anstechen eines Bläschens zuerst klare, dann milchig sich trübende Flüssigkeit in bogenförmigem Strahl hervorstürzte und innerhalb zehn Stunden 300 ccm nachsickerte. Doch kann die Lymphorrhoe, wenn auch in bedeutend geringerem Maße, auch bei Lymphangioma nicht vollständig fehlen, so z. B. im Falle von A. SCHMIDT.¹⁰

⁹ *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1896. Bd. 56. 5. u. 6. Heft.

¹⁰ *L. c.*

Kommen geringere, weniger auf direkten Entzündungsvorgängen, denn auf Bindegewebsneubildung beruhende Schwellungen bei Lymphangioma im ganzen häufig vor, so gehören eigentliche elephantiasische Bildungen doch mehr den Lymphektasien an, wobei die Bindegewebshypertrophie wieder so mächtig in den Vordergrund treten kann (Elephantiasis Arabum, Lymphskrotum, Makrocheilie, Makroglossie, Makromelie), daß die Lymphektasie, die Lymphbläschenbildung hier mehr nur eine zufällige, untergeordnete Bedeutung haben. Mischformen, Lymphectasie plus Wucherungen der Lymphwege und des Bindegewebes kommen ebenfalls häufig vor.

Ist die Abgrenzung des klinischen Bildes zwischen Lymphangiom und Lymphektasie schon schwierig und häufig ganz unmöglich, so gilt dies in noch höherem Grade von der histologischen Differentialdiagnose. Obwohl BIRCH-HIRSCHFELD¹¹ eine scharfe Grenze zwischen diesen beiden Begriffen dadurch zu ziehen sucht, daß er mit Lymphangiom Geschwülste bezeichnet, „die durch erweiterte Lymphgefäße gebildet werden, welche normalerweise an der betreffenden Stelle nicht präformiert sind“, so ist in concreto auch bei dieser gewiß klaren Definition eine histologische Differenzierung häufig unmöglich, da Lymphgefäße eben fast überall vorkommen. UNNA¹² erweitert den BIRCH-HIRSCHFELDSchen Begriff durch den Zusatz, daß schon die bloße Vermehrung der Wandungselemente der Lymphgefäße zur Stellung der Diagnose Lymphangiom genüge.

Wird durch die letztere Definition einigermaßen die histologische Diagnose erleichtert, so stoßen wir doch wieder auf unüberwindliche Schwierigkeiten, wenn wir bei unseren jetzigen mangelhaften Kenntnissen die Frage nach der ätiologischen Seite hin beantworten sollen. Warum kommt es in dem einen Fall zu einer Lymphgefäßneubildung, im anderen nur zu einer Erweiterung?

Seit den Arbeiten von LANGHANS,¹³ ESMARCH & KUHLENKAMPFF,¹⁴ in neuester Zeit besonders von NASSE, KLEBS,¹⁵ TORÖK¹⁶ hat die besonders von WEGNER verfochtene Theorie, die Lymphstauung, wenn nicht als alleinige, so doch als fast ausschließliche Ursache der Bildung von Lymphangiomen und Lymphektasien anzusehen, einen argen Stoß erlitten, und hat es fast den Anschein, daß man jetzt wieder ins entgegengesetzte Extrem verfallen sei, alles durch eine Wucherung der Lymphgefäßwandungen erklären zu wollen, wobei die Stauung mehr nur eine sekundäre Rolle spielt, sich nur als eventuell begünstigender Faktor in beliebigem

¹¹ *Lehrb. d. patholog. Anat.* 1887. Bd. II. S. 142.

¹² L. c. S. 927.

¹³ *Virch. Arch.* 1879. Bd. 75. S. 294.

¹⁴ *Die elephantiasischen Formen.* Hamburg 1885.

¹⁵ Citiert n. UNNA, l. c.

¹⁶ L. c.

Masse hinzugesellen kann. In dieser Meinungen Divergenz nimmt UNNA eine mehr vermittelnde Stellung ein. Zu der Bildung von Endothelspalten muß noch eine Kraft, ein Druck hinzutreten, der dem natürlichen Lymphstrom entgegenwirkt. Doch genügt das nicht, es muß (nach UNNA) noch eine Stauung im Venengebiete sich zugesellen. „Jede Lymphektasie setzt ein doppeltes Hindernis voraus, auf der venösen und auf der lymphatischen Bahn, jedes Lymphangiom außerdem noch drittens eine abnorme Proliferationsfähigkeit der Endo- und Perithelien.“ Es ist mir an dieser Stelle versagt, auf die von UNNA mit großem Geschick zur Stütze seiner Ansicht hervorgebrachten Gründe näher einzutreten. Ich verweise daher auf die bekannten Arbeiten von UNNA über „Lymphangiom und Lymphektasie“ in seiner *Histopathologie* S. 926 ff., sowie seine Vorlesungen über „*Allgem. Pathol. der Haut*“, Kapitel: „Ödem“. ¹⁷

Ob wirklich Stauungen im Venengebiete hiebei einen so hervorragenden Anteil haben, wie UNNA ihnen vindiziert, dafür scheinen mir nicht genügende Beweise vorzuliegen, wie auch das Experiment und die tägliche Erfahrung keine Stütze für diese Ansicht abgeben. So wies KROMAYER¹⁸ an Hand von Injektionsversuchen nach, daß das Resorptionsvermögen der Venen sehr gering ist, und daß die Resorption von Gewebeflüssigkeit thatsächlich von den Lymphbahnen allein besorgt wird. Ferner beobachteten wir in unserem Falle wohl erysipelatoide Attacken, wonach manchmal eine Verschlimmerung des lokalen Leidens hinzutrat, nie aber Symptome, wie wir sie bei vorübergehendem (Aderlaßbinde) oder konstantem Verschluss (Thrombose) großer Venenstämme zu sehen gewohnt sind.

Von anderen von den Lymphgefäßen ausgehenden Geschwulstbildungen sind zu nennen und in unserem Falle auszuschließen KAPOSIS Lymphangioma tuberosum multiplex, ein äußerst seltenes, bis dato nur in vereinzelten Fällen (KAPOSI, LESSER-BENEKE) beobachtetes Leiden. Es bildet über den Rumpf diffus zerstreut liegende, derbe, rötlich braune Papeln von Linsengröße, oft leicht bläschenförmig durchscheinend. Ob POSPELOWS Fall zu dieser Form gehört, ob überhaupt das Lymphangioma tuberosum multiplex von den Lymphumoren auszuscheiden und den Adenomen der Schweißdrüsengänge (Syringocystadenom, Hydradenom) beizuzählen sind, wie eine Reihe von Autoren befürworten, dies zu entscheiden, scheint mir noch nicht spruchreif zu sein.

Andere mit Bläschenbildung einhergehende Hauterkrankungen, die verschiedenen Herpesarten, Ekzem etc. dürften bei dem so charakteristischen Bilde und Verlaufe des Lymphangiomas zu einem differentialdiagnostischen Vergleiche wohl kaum Anlaß geben.

¹⁷ *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. X S. 115 ff.

¹⁸ *Allg. Dermatol.* 1896. S. 50.

Von der ziemlich reichlich angeschwollenen Kasuistik erwähne ich nur die neueren Fälle von MALCOLM MORRIS,¹⁹ NOYES u. TÖRÖK,²⁰ SCHMIDT,²¹ LEISTIKOW,²² EGGER,²³ KAST,²⁴ DE SMET und BOCK,²⁵ den zweiten Fall von ELLIOT,²⁶ die mit meinem Falle eine mehr oder weniger große Ähnlichkeit besitzen. Teils waren diese Fälle angeboren, resp. kurz nach der Geburt aufgetreten, teils, gleich unserem Beispiel, erst im späteren Alter im Anschluß an ein Trauma etc. entstanden. In letzterem Falle kann wohl kaum mehr eine auf embryonalen Entwicklungsstörungen beruhende Gewebsveränderung angenommen werden. Hier liegt die Annahme näher, daß infolge des Traumas, mag es nun, wie in LEISTIKOWS Fall, in einer tiefen Schnittwunde oder, wie in unserem in einem tiefliegenden, entzündlichen Knochen- und Gelenksleiden (es werden diverse Fälle citiert, wo Lymphangiom an ein tuberkulöses Knochenleiden sich angeschlossen) bestehen, sich Narbenstränge gebildet haben, die auf ihre Umgebung und hier speziell auf die Lymphgefäße (und Venen ?) einen dauernden oder vorübergehenden Druck, begünstigt durch bestimmte Körperhaltung, langes Stehen und Gehen, ausüben, infolgedessen es zu einer Stauung in den Gefäßen kommt. Begünstigend wirken mögen auch noch die Lymphgefäßwandungen treffende Reize infektiöser und toxischer Natur etc., z. B. bei Tuberkulose, Erysipel etc.

UNNA, der das Lymphangiom zu den Stauungsgeschwülsten der Cutis zählt, unterscheidet:²⁶

A. Lymphangioma des Papillarkörpers :

- a) L. superficiale simplex (L. circumscriptum),
- b) L. superficiale auf der Basis tiefliegender lymphangiektatischer Prozesse.

B. Lymphangioma des Hypoderms :

- a) L. tuberosum multiplex,
- b) L. subcutaneum solitare.

C. Lymphangioma der subkutanen Gefäße.

Unser Fall von Lymphangioma circumscriptum, TÖRÖKS varikösem kapillärem Lymphangiom entsprechend, dürfte also unter die zweite Form von UNNAS Lymphangioma des Papillarkörpers, „entstanden auf der Basis tiefliegender lymphangiektatischer Prozesse“, einzureihen sein.

¹⁹ *Internat. Atlas selt. Hautkrankh.* Heft 1.

²⁰ *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XI. S. 56.

²¹ *Deutsch. med. Wochenschr.* 1890. S. 641.

²² *Deutsch. med. Wochenschr.* 1890. S. 527.

²³ *Deutsch. med. Wochenschr.* 1890. S. 927.

²⁴ *Ann. de Dermat.* 1892. S. 83.

²⁵ *Ref. Ann. de Dermat.* 1894. S. 874.

²⁶ L. c.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I.

Fig. 1. Lymphangiom der Labia majora. Photographische Aufnahme in Rückenlage bei Hochstellung der Beine. (Rechts unten sind auch die Cysten der linken Analfalte sichtbar).

Fig. 2. Senkrechter Schnitt durch einige Cysten (vom linken Labium majus in der Mitte). — Vergr. Lertz Obj. 3, Okul. III, Tubusl. 160 mm.

- a) Über den Bläschen verdicktes Stratum corneum.
- b) Verdünnte Stachelschicht.
- c) Epithelperle in der Stachelschicht.
- d) Schief getroffene Papille.
- e) Abgestumpfte Epithelzapfen.
- f) In die Länge gezogene Epithelzapfen.
- g) Seitlich zusammengepresste Epithel- und Papillarzapfen.
- h) Lymphcysten, teilweise mit körnig geronnenem Inhalt und vereinzelt Leukocyten.
- i) Erweitertes Blutgefäß.
- k) Perivaskuläre zellige Wucherung.
- l) Mastzellen (nur links gezeichnet).

Ein Fall von extragenitaler Tripperinfektion.

Von

Dr. AQUILA.

Als Assistenzarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten eines größeren Krankenhauses acquirierte ich mir in diesem Frühjahr durch Übertragung des Trippervirus vom Krankenmaterial eine blennorrhische Urethritis. Die Eigentümlichkeit dieses Falles veranlaßt mich, des wissenschaftlichen und hohen praktischen Interesses wegen, welche eine solche Übertragung bietet, meine Krankengeschichte zu veröffentlichen, um so mehr, als ich in der umfangreichen zu Gebote stehenden Litteratur, welche über die Infektionsmöglichkeiten der Blennorrhoe, ihre Vorbeugungsmaßregeln etc. existiert, noch keinen derartigen Fall gefunden habe.

Als Assistenzarzt der Abteilung behandle ich die in besonderen Räumen abgeschlossenen Prostituierten, sowie die auf den Stationen für blennorrhische Männer und Frauen vorhandenen Patienten, soweit es erforderlich ist, früh bei der Morgenvisite mit Injektionen einer 3%igen Höllensteinlösung in die Urethra, außerdem pflege ich jeden dritten oder vierten Tag behufs Untersuchung auf Gehalt an Gonokokken und Bakterien überhaupt mit der Platinnadel aus dem Urethrasekrete Aus-

strichpräparate anzufertigen und in besonderen Fällen die mikroskopischen Befunde durch Kulturen auf Serumagar oder menschlichem Blutserum, soweit zur Verfügung stehend, zu kontrollieren. Die jedesmalige Desinfektion bewirke ich peinlich durch Waschen mit Seife und Eintauchen der Hände in antiseptische Lösungen. Am 3. März bekam ich ein ziemlich stark brennendes Ekzem beider Handrücken, deshalb unterliefs ich Eintauchen in Antiseptica, und auch das Waschen beschränkte sich nur auf die notwendigsten Fälle. Am 5. März machte ich unter diesen Verhältnissen wieder eine grössere Anzahl von Ausstrichpräparaten und nahm dieselben selbst ohne weitere Vorsichtsmaassregeln mit ins Untersuchungszimmer behufs sofortiger Färbung. Am 7. März war das Ekzem der Hände geheilt. Am 8. März frühmorgens fiel mir ein eigentümliches Kitzeln und etwas Brennen der Präputialinnenfläche der Glans und des vorderen Teiles der Harnröhre auf. Zwischen Präputium und Glans schien sich meiner Ansicht nach etwas Smegma zersetzt zu haben.

Am Abend indessen wurde das Brennen der Harnröhre intensiver, am anderen Morgen erschien die Harnröhrenmündung etwas injiziert, und am Nachmittage entleerte sich ein Tropfen Eiter. Die sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergibt zu meiner höchsten Überraschung eine Anzahl von Gonokokken und ganz das typische Bild einer blennorrhischen Urethritis. Demgemäss entwickelte sich auch das klinische Bild. Mein Chef, dem ich bei der nächsten Morgenvisite Mitteilung machte, konnte die Befunde bestätigen. Beim Impfen des Eiters auf menschliches Blutserum entwickeln sich nach anderthalb Tagen neben einigen Staphylokokkenkolonien, einem Streptokokkenhäufchen ziemlich reichliche, kleine, teilweise konfluierende, hellmilchglasähnliche, tropfenartige Kolonien, die im mikroskopischen Präparate, was Gestalt und Lagerung zu Paaren anbelangt, durchaus dem Bilde der Diplokokken entsprechen, wie sie im Eiter selbst sich vorfinden und durch Form und Grösse, Gruppierung, zu Paaren und grösseren Gruppen und perinukleäre Lagerung, sowie auch durch ihr eigentümliches Tinktionsverhalten als *NISSERSCHE* Kokken gekennzeichnet sind. Die abgeimpfte Reinkultur entwickelt sich wieder nach anderthalb Tagen, eine nach drei Tagen wiederum auf menschliches Blutserum vorgenommene Abimpfung bleibt erfolglos, die Kultur ist offenbar nicht mehr virulent.

Die durch Schmerzlosigkeit, Schwellung und geringe strangartige Infiltration gekennzeichnete Entzündung der Urethalschleimhaut breitet sich im Laufe der nächsten drei Tage auf die ganze Pars bulbosa allmählich fortschreitend und gleichsam hineinwachsend aus; hier scheint sie offenbar Halt zu machen, denn es treten keinerlei Erscheinungen von Blasenschmerzen auf. Dem Rate meines Chefs folgend, unterlasse ich jeglichen Eingriff, die mir verordneten Sandelholzkapseln setze ich am

zweiten Tage wegen der heftigen Schmerzen wieder aus, welche ich eine bis anderthalb Stunden nach dem Einnehmen bei beginnender Resorption im Dünndarm habe. Bei sich gleichbleibender Lebensweise verhüte ich eine Stagnation des Sekretes in der Urethra durch häufiges Urinieren, der starke Priapismus wird aber nur teilweise durch Eisbentel und Umschläge gelindert. Dieser Zustand dauert bis zum 15. März. Seitdem entleert sich weniger Eiter, am 17. — 19. ist die Sekretion mehr eitrigschleimig. Die Schmerzhaftigkeit hat sich bis auf eine 1 cm lange Stelle an der Grenze der Glaus zurückgebildet, diese schwindet nach einigen Tagen vollständig. Die Gonokokkenbefunde werden allmählich immer spärlicher, am 24. werden zuerst keine gefunden, am 25. und 26. auch nicht im zentrifugierten Urin. Am 28. treten wieder einzelne Gonokokken in etwas Schleim auf, der sich hie und da aus der Harnröhre entleert, nach einigen Tagen verschwinden sie wieder, doch nicht auf die Dauer. Mitte nächsten Monats bildet sich in der Harnröhre wieder etwas schleimiges Gerinnsel, welches sich mit dem Harn entleert, in demselben als fadenartiges Gebilde schwimmt und sich mikroskopisch aus Schleim, spärlichen Eiterkörperchen und einzelnen, teils frei, teils in Häufchen liegenden Gonokokken zusammengesetzt erweist; Fibrin nachzuweisen gelingt nicht. Dieser Zustand dauert wieder fort, bis ich auf Rat meines Chefs innerlich eine Mischung von Bals. Copaiv. 10,0, Ol. Santal 4,0, Tinct. Chin. comp. 20,0 versuche. Nach einigen Tagen zeigt sich auch ein Erfolg, und ich bin wohl berechtigt, die Heilung als eine definitive anzusehen.

Über die Art der Übertragung war ich mir im Anfang im unklaren. Ich brauche nicht hervorzuheben, daß ich noch nie an blennorrhöischer Urethritis erkrankt war, und daß eine etwaige Infektionsmöglichkeit per viam genitalem nicht vorhanden ist. Ich dachte zunächst an ein Bad, welches ich am 6. März abends in der Badewanne nahm, die vor und nach mir noch von einer Anzahl kranker Frauen der inneren Station benutzt wurde. Ich kann diese Möglichkeit nicht ganz von der Hand weisen, obwohl ich sie nicht für wahrscheinlich halte. Ich glaube vielmehr, mir die Infektion am 5. März durch an den Händen haftendes, wahrscheinlich von dem eingetrockneten Objektträgerbelag stammendes Sekret zugezogen zu haben, vielleicht während der mikroskopischen Untersuchung, während welcher ich das neben dem Mikroskopierzimmer liegende Pissoir besuchte. Ein Besudeln der Leibwäsche lag in jenen Tagen um so näher, als ich wegen des Händeeckzems eine Desinfektion unterliefs, bzw. nur unvollkommen durchführte.

Ich halte den hier geführten sicheren Nachweis einer derartigen Übertragung für wichtig. Der praktische Arzt, zu dem ein Kranker mit ähnlichen Angaben kommt, lächelt über dieselben, in recht zahlreichen

Fällen wohl auch mit Recht; doch schliesslich giebt es ja schon eine Reihe von ähnlichen nicht leugbaren Thatsachen des Trippervirus, wie von der blennorrhoeischen Mutter auf das kindliche Auge, durch Bäder, Kleidung etc. Es ist eine nicht seltene und ebensowenig merkwürdige Thatsache, dass auf einem Mädchensaal eines grösseren Krankenhauses eine blennorrhoeische Vaginitis gleichsam von einem Bette zum anderen wandert trotz grösster und peinlichster Sauberkeit des Pflegepersonals; es vermittelt da vielleicht ein spielendes, von einem zum anderen Bette laufendes Kind die Infektion, ohne selbst zu erkranken. Es ist daher das Bestreben wohl berechtigt, den „extragenitalen“ blennorrhoeischen Infektionen mehr nachzugehen und derselben eine breitere und begründetere Basis zu schaffen.

Versammlungen.

Dermatologische Gesellschaft von Grossbritannien und Irland.

Sitzung vom 27. November 1895.

(*Brit. Journ. of Derm.* Januar 1896.)

Dr. ABRAHAM zeigt einen Fall von *Pityriasis rubra pilaris* bei einem Knaben. Die Krankheit begann vor drei Wochen mit Rauigkeit der Haut, besonders an den Ellenbogen und Knien mit Desquamation der Handteller und Fusssohlen. An einigen Stellen war ebenfalls Rauigkeit vorhanden infolge der Anwesenheit von Epidermisspöpfen in den Haarfollikeln. *Pityriasis* der Kopfhaut war ebenfalls vorhanden. Im Beginn war das Allgemeinbefinden gestört. Der Knabe klagte auch über Beschwerden im Rachen.

Dr. G. PERNET und einige andere Mitglieder möchten den Fall für Scharlach ansehen, wenigstens zeige die in Rede stehende Affektion eine grosse Ähnlichkeit mit *Scarlatina*.

Dr. ABRAHAM stellt 2. ein 18 Monate altes Kind mit einem Geschwür auf der Wange nahe der Nase vor, das er für eine Initialklerose ansehe. Das Geschwür besteht mehrere Monate, ist in der Peripherie induriert. Gleichzeitig ist die entsprechende Submaxillardrüse vergrössert. Vater und Mutter waren erst kürzlich wegen sekundärer, syphilitischer Erscheinungen in Behandlung.

Die Mitglieder stimmen mit der Diagnose nicht überein.

Dr. ABRAHAM zeigt einen Fall von *Acne varioliformis*. Die Affektion begann vor einem Jahre in Form von Papeln, die nachher pustulös wurden und Narben, wie Pocken hinterliessen. Sie sass an den Wangen und auf der Stirn. Die Anamnese ergab nichts für Syphilis.

Die Mitglieder sind bezüglich der Differentialdiagnose *Acne varioliformis* und Syphilis nicht einig.

Dr. STOWERS stellt einen 76jährigen Mann mit Epitheliom auf dem Rücken über der rechten Scapula vor. Es begann vor sechs Monaten auf dem Grunde einer kleinen papillären Warze. Die Supraklavikulardrüsen waren etwas vergrössert.

Dr. EDDOWES stellt ein Mädchen vor mit *Lupus exfoliatus* oder tuberkulösem Ekzem. Vor einem Jahre erkrankte der Mittelfinger durch Infektion, die

sich langsam vom Nagel verbreitete und jetzt die ganze Hand ergriffen hat. Die Affektion ist charakterisiert durch kleine, rote Flecke und Rauigkeit.

Dr. SAVILL berichtet über eine **Epidemie des perioralen Ekzems**, die im April 1894 in einer Schule ausbrach und 700 Fälle umfasste. Die Lehrer merkten, daß viele Kinder rote Flecke auf ihren Gesichtern, die wie Ringwurm aussahen und sowohl von den Lehrern, wie auch von Dr. PALMER anfangs dafür angesehen worden sind. Die Krankheit verbreitete sich rapide, so daß Dr. PALMER den Vortragenden zu Rate zog. Dr. P. beschrieb die Krankheit als eine Art von oberflächlicher, in ovoiden Plaques auftretender, auf Gesicht und Hals beschränkter Dermatitis. Trotz der großen Ähnlichkeit mit *Tinea corporis* vermochte Dr. P. sich schließendlich für diese Diagnose zu entscheiden, weil er weder Mycelien noch Sporen unter dem Mikroskope vorfand. Dr. SAVILL meinte, daß es sich wesentlich um einen katarrhalischen Prozeß mit milder Exfoliation handle. Man könne drei Stadien der Affektion unterscheiden. Zuerst sieht man nur mit der Lupe dünne, hochrote Papeln, die nach drei Tagen eine leichte Exfoliation durchmachen. In 1% der Fälle kommt es zur Bläschenbildung. Etwa 3—5 Wochen dauert die mit Jucken verbundene Krankheit. Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Zweifellos gehört die Affektion nach der Ansicht des Vortragenden zur Klasse der Ekzeme. Sie ist aber vom trockenen, squamösen Ekzem vor allem durch ihren ausgesprochen epidemischen Charakter unterschieden, ferner, daß sie sich auf Kinder unter 14 Jahren beschränkt, endlich durch ihre bestimmte Lokalisation.

Ein spezifisches Kontagium, welches die Ursache der Krankheit ist, hat Vortragender nicht nachweisen können. Er glaubt aber, daß deshalb die Kontagiosität noch nicht ausgeschlossen zu werden braucht, ebensowenig wie bei anderen Infektionskrankheiten, wie Masern, Scharlach, Pocken, bei denen man auch nicht konstant das Vorhandensein eines spezifischen Mikrobions nachweisen kann.

Dr. ABRAHAM fand, daß eine große Zahl dieser Kinder an einer gewöhnlichen *Impetigo contagiosa* litt, während andere die bekannten roten Spuren, welche nach jener Krankheit zurückbleiben, aufwiesen.

Dr. EDDOWES meint, daß die von Dr. SAVILL beschriebene Affektion in Beziehung zur *Impetigo* stehe, und daß Staphylokokken auf verschiedene Weise Leute verschiedenen Alters infizierten. Er glaube, daß die Krankheit zum großen Teile auf den Mangel eines Taschentuches zurückzuführen sei, und daß das Sekret der Nase oder der Augen, das mit der bloßen Hand weggewischt worden sei, die Wangen infiziert habe.

Sitzung vom 22. Januar 1896.

(*Brit. Journ. of Derm.* März 1896.)

Dr. PYE-SMITH stellt einen 26jährigen Landarbeiter mit **Mykosis fungoides** vor. Derselbe zeigt zahlreiche Tumoren, welche aus roten Knoten bestehen, die wachsen, bisweilen vereitern und verschorfen. Andere Knoten verschwinden, ohne dieses Stadium erreicht zu haben. Es bestand auch ein gewisser Grad von Dermatitis, der jedoch sekundärer Natur zu sein schien. Narbenbildung nach dem Verschwinden der Tumoren ist nur in sehr geringem Maße vorhanden. Sie sitzen zumeist auf dem Nacken, am Stamm, an den Oberschenkeln.

Das Allgemeinbefinden des wohlgenährten Mannes ist nicht gestört.

Einige der anwesenden Mitglieder meinten, das klinische Bild, welches PYE-SMITH von dem Falle gebe, entspreche nicht ganz demjenigen, welches die Lehrbücher von der *Mykosis fungoides* brächten.

Dr. WALSH stellt einen 35jährigen Mann mit **Alopecia areata** vor. Es bestand

seit zwei Jahren Kahlheit auf dem Kopfe, am Kinn und vorn an den Schienbeinen. Die Krankheit hatte mit Jucken begonnen.

Dr. ABRAHAM glaubt, daß die Kahlheit an den Schienbeinen, die bei Männern, die Socken und Unterhosen tragen, nicht so sehr selten wäre, mit der Alopecie der Kopfhaut nichts zu thun habe. Letztere könne durch Seborrhoe, oder durch den Trichophytonpilz entstanden, oder nervösen Ursprunges sein.

Dr. BOWLES hat jüngst einen Fall gesehen, bei dem das Haar von beiden Schienbeinen plötzlich im Laufe von zwei Tagen ausgefallen sei. Er glaube nicht, daß die Kleider allein daran schuld seien, da der Patient dieselben schon vorher getragen hätte. Dem Haarausfalle ging etwas Jucken voran.

Dr. SAVILL stellt zwei Fälle von fliegendem Erythem des Gesichtes vor. Die Patientinnen sind 29, bezw. 17 Jahre alt. Die Affektion sei der Urticaria nicht unähnlich, und es sei möglich, daß auch bei ihnen wahrscheinlich eine Alteration des Blutes oder der Blutgefäße, vielleicht, wie Prof. WRIGHT bei der Urticaria gefunden, hat, eine Verminderung der Koagulationsfähigkeit des Blutes die Ursache ihres Entstehens sei.

Dr. WALSH zeigt 1. eine Frau mit Alopecia areata und atrophischen Veränderungen an gewissen Hautstellen; 2. einen Fall von seborrhoischer Dermatitis, die seit 4—5 Wochen besteht. Der Ausschlag begann am Abdomen mit zahlreichen Papeln, Ringen, die an ihren Rändern etwas erhaben waren, und schwach schuppigen Stellen und verbreitete sich dann über den Körper. Eine Reizung ist nicht vorgegangen, wohl aber war trockene Seborrhoe auf der Kopfhaut und auch an den Beinen vorhanden.

Dr. EDDOWES möchte den Fall als seborrhoisches Ekzem ansehen.

Dr. STOWERS zeigt einen neunjährigen Knaben mit kongenitaler Ichthyosis, die den ganzen Körper ergriffen hat. Vortragender fragt, ob eins der Mitglieder die Behauptung aus eigener Erfahrung bestätigen könne, daß die Ichthyosis gelegentlich durch das Auftreten eines Exanthems, beispielsweise der Masern sich bessere, ja sogar geheilt werde.

Die Diskussion dreht sich um die Therapie. Einige Fälle wurden durch Thyreoidextrakt, andere durch Teerbäder, Salben und Leberthran gebessert.

Dr. STOWERS stellt eine 52jährige Frau mit Eccema verrucosum am Unterschenkel vor, das bereits seit 15 Jahren bestehen soll. Die Patientin zeigt ausgedehnte variköse Venen.

C. Berliner-Aachen.

New Yorker dermatologische Gesellschaft.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Januar 1896.)

Sitzung vom 22. Oktober 1895.

Dr. FORDYCE stellt einen Fall zur Diagnose vor. Der Patient, ein Arzt, konsultierte den Vortragenden wegen einer Affektion der Schleimhaut der Lippen und der Mundhöhle. Auf die Krankheit wurde der Patient vor zwei Jahren aufmerksam, als der rote Rand der Oberlippe anfang abzublassen, und zwar in symmetrischer Weise von den Mundwinkeln nach der Mitte zu. Einige Jahre vor dem Ausbruch dieser Erscheinung fühlte der Patient eine gewisse Unbeweglichkeit der Oberlippe, die er auf eine Trockenheit genau oberhalb eines seines Nerven beraubten Zahnes zurückführte. Während des letzten Jahres empfand er schwaches Brennen und Jucken an der Oberlippe, begleitet von einiger Spannung, wie wenn die Lippe geschwollen wäre. Der Patient ist kein Raucher oder Alkoholist.

Gegenwärtig sieht man an der Stelle, wo beide Lippen in Kontakt sind, an der Unterlippe drei runde, blasse, wohl begrenzte, schwach erhabene Plaques, unter denen

bei genauer Untersuchung kleine unregelmäßige, dicht gesäte, miliumähnliche, genau unter dem Oberflächenepithel gelagerte Körper wahrgenommen werden. Die mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens der affizierten Schleimhaut ist zwar noch nicht beendet, hat aber bis jetzt Veränderungen ergeben, die sich vollständig auf die Epithelialzellen der Mucosa beschränken. Die Zellen zeigen einen eigentümlichen körnigen Zustand. Die Drüsen sind nicht alteriert. Erblich Belastendes liegt nicht vor. Der Patient hat keine Syphilis gehabt und befindet sich sonst sehr wohl.

Dr. ELLIOT hat einige Male einen ähnlichen Zustand an der Vorhaut gesehen.

Dr. BULKLEY hat wohl an den Lippen, aber niemals innerhalb der Mundhöhle einen ähnlichen Zustand beobachtet. Er sehe denselben als eine dem Milium verwandte Affektion an.

Dr. TAYLOR hält die Bezeichnung Cheilitis für passend.

Dr. LUSTGARTEN stimmt nach der oberflächlichen mikroskopischen Untersuchung, die er bisher in dem vorliegenden Falle angestellt hat, mit Dr. FORDYCE überein, daß es sich hier um eine abnorme Ablagerung von Keratohyalin in der Schleimhaut handle, wo solche unter normalen Verhältnissen sonst nicht stattfindet. Er erinnere an den ähnlichen, wenn nicht identischen von BAELE und UNNA beschriebenen Zustand.

Einen Fall von Epidermolysis bullosa stellt Dr. ELLIOT vor. Die Krankheit besteht bei dem jungen Manne seit seiner frühesten Kindheit. Sie verschlimmert sich bei warmem, bessert sich bei kaltem Wetter und ist namentlich im Sommer mit excessiver Hyperidrosis verbunden.

Dr. BULKLEY hat den Patienten lange Zeit beobachtet und gesehen, daß sich bei der geringsten Veranlassung Blasen gebildet haben, so beispielsweise schon durch die Reibung der Kleider.

Dr. ELLIOT sagt, der Zustand beginne in den kongenitalen Fällen sehr bald nach der Geburt. Er führe denselben, wie dies auch in der *Münch. med. Wochenschr.* gelegentlich der Besprechung eines Falles hervorgehoben worden ist, auf eine ererbte oder hereditär stark erhöhte Reizbarkeit des Hautgefäßsystems zurück. In einigen Fällen vererbte sich die Neigung der Haut zur Blasenbildung durch mehrere Generationen. Spontane Heilung erfolgt niemals.

Dr. LUSTGARTEN hat zwei Fälle gesehen, wo die Läsionen sich auf die Fußsohlen und Handteller beschränkten. Er sei geneigt, zu glauben, daß der Zustand in einer gewissen Beziehung zum Dermographismus oder zur Urticaria factitia stehe, daß er vielleicht ein extremes Beispiel von Dermographismus mit der Bildung von Urticariaquaddeln und Exsudation sei.

Dr. ELLIOT erwidert, eine der Efflorescenzen sei eine Stunde nach ihrem Entstehen excidiert worden und habe entzündliche Erscheinungen gezeigt, die bei den Urticariaefflorescenzen fehlten.

Dr. LUSTGARTEN meint, solche Symptome fänden sich auch bei der Urticaria. Wir wüßten nicht, wo die Entzündung beginne oder ende.

Dr. ELLIOT stellt einen Fall von Pityriasis rubra vor, der vor drei Jahren als Erythrodermie präsentiert worden ist. Der Patient befindet sich in marastischem Zustande.

Dr. Fox zeigt einen Fall von Naevus mollusciformis oder Dermatolysis auf der Kopfhaut bei einem jungen Manne.

Einen Fall von Erysipeloid der Finger stellt Dr. FORDYCE vor bei einem Knaben, der vor einer Woche mit Klagen über Röte und Schwellung der Finger beider Hände in die Klinik kam. Später dehnte sich die Affektion auf die Handteller aus.

Dr. KLOTZ bezweifelt, ob man es hier mit einem Erysipeloid zu thun hat, bei welchem die Röte nicht so diffus sei, sondern einen scharf abgegrenzten, serpiginös sich ausdehnenden Rand habe. Dagegen sei es zweifellos, daß die Affektion auf eine toxische Infektion zurückzuführen sei.

Dr. LUSTGARTEN und Dr. ELLIOT sehen den Patienten als einen typischen Fall von ROSENBACHS Erysipeloid an.

Einen Fall zur Diagnose stellt Dr. JACKSON vor. Das fünf Wochen alte Kind, dessen Mutter bald nach seiner Geburt gestorben ist, zeigt eine eigentümliche Verdickung der Haut des Rückens und der Achselhöhle. Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder diagnostizieren Skleroderma neonatorum und stellen eine ungünstige Prognose, während

Dr. CUTLER von der Behandlung mit Massage und Einreibungen mit grünem Schildkrötenöl sehr gute Erfolge in einigen Fällen gesehen hat.

Dr. FOX stellt einen Fall zur Diagnose vor. Die Patientin ist ein 7jähriges Mädchen, welches vor drei Jahren einen Ausschlag auf der Stirn, an den Wangen in Form von kleinen, warzigen Erhabenheiten bekam, die ein rotes Aussehen hatten und einen vaskulären oder telangiektatischen Zustand der Haut bedeuteten. Die Effloreszenzen waren am Morgen ziemlich blaß und wurden während des Tages stärker rot. Auf dem Rücken zeigt das Mädchen ein warziges oder fibröses Gewächs, das seit fünf Jahren besteht. Die Affektion verursacht keinerlei subjektive Symptome.

Dr. MORROW erwähnt einen ähnlichen Fall aus seiner Praxis und meint, solche Fälle seien zu den von HUTCHINSON beschriebenen infektiösen Angiomen zu zählen.

Dr. LUSTGARTEN stellt die Diagnose multiple Angiome, wobei das Mikroskop zu entscheiden habe, ob es sich um ein Lymph- oder Hämato-Angiom handle.

Dr. CUTLER stellt einen Fall von Alopecia areata im Anschluß an Herpes zoster vor. Der Patient, ein Knabe, bekam vor drei Wochen einen wohl ausgesprochenen Herpes zoster auf der rechten Seite des Halses und der Kopfhaut. Zwei Wochen später fielen ihm an affizierter Seite die Haare rapide aus.

Dr. JACKSON zweifelt, ob die Bezeichnung Alopecia areata auf den Fall anwendbar sei; der Haarausfall schein ihm eher entzündlicher Natur zu sein, als eine lokale Manifestation des Zoster.

Dr. KLOTZ fragt, ob sich der Haarausfall genau auf die Stellen der Zostereffloreszenzen beschränkt oder sich über einen größeren Bezirk erstreckt habe. Im ersteren Falle rühre er von der lokalen Dermatitis her, im letzteren könne er einem nervösen Einflusse zugeschrieben werden.

Dr. CUTLER hat den Fall sehr genau beobachtet und kann bestätigen, daß die Haare an den Stellen der Zostereffloreszenzen überhaupt nicht, wohl aber an anderen Stellen, wo keine Herpesbläschen waren, ausgefallen seien. Er betrachte den Fall als eine Alopecia areata nervösen Ursprunges.

Sitzung vom 26. November 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Februar 1896.)

Dr. G. H. FOX stellt einen Fall zur Diagnose. Der Patient, berittener Schutzmann, wurde am 3. November 1895 durch ein Pferd gegen die Nase und Lippe gestoßen. Am 10. November, als er beinahe von seiner Verletzung geheilt war, verschlimmerte sich die Wunde plötzlich. Am 19. November zeigte der Patient bei der ersten Visite an der Nase und Oberlippe mit Krusten bedeckte Pusteln, gleichzeitig war die linke Wange ödematös geschwollen. Es wurde die Diagnose Impetigo contagiosa gestellt und Quecksilberpflaster appliziert. Nach drei Tagen hatten sich die Pusteln rapide zu abgerundeten Tumoren von weichem, schwammigem Charakter ent-

wickelt. Dieselben bluteten leicht. Unter dem Gebrauch von Silbernitrat und einer Lösung von Karbolsäure besserte sich die Affektion.

Vortragender hält die Entwicklung der Efflorescenzen als die Folge einer Wundinfektion während der Abheilung. Der Patient hatte Vaseline auf die Wunde appliziert, die sonst für Pferde angewendet worden ist.

Dr. ELLIOT sieht die Affektion im Gesichte als Granuloma an, dem ähnlich, was man früher „wildes Fleisch“ genannt hat. Es ist das Granulationsgewebe, das sich bei Wundinfektion entwickelt. Derartige Gewächse heilten rasch, ohne Narben zu hinterlassen, wenn man sie einfach mit Jodtinktur oder mit einer 10%igen Lösung von permangansaurem Kalium eine Woche lang oder zehn Tage bepinselt.

Dr. KLOTZ sagt, es sei nicht unmöglich, daß der Trichophytonpilz zu der kerionartigen Affektion Anlaß gegeben habe.

Dr. BRONSON und Dr. FORDYCE möchten eine spezifische Infektion nicht annehmen, sondern eher eine besondere Prädisposition der Gewebe zur Fungusbildung, wenn eine Ulceration vorhanden ist.

Die Frage, ob es sich um eine Infektion oder um eine Prädisposition handelt, wird sehr lebhaft von den anwesenden Mitgliedern diskutiert, ohne daß eine Einigung erzielt wurde.

Dr. SHERWELL stellt für Dr. MORTON einen Fall von Vitiligo vor. Die Patientin ist ein 14jähriges Mädchen mit ausgedehnten weißen Flecken in der Haut der verschiedensten Körperregionen, Gesicht, Hals und besonders untere Extremitäten nicht ausgeschlossen. Die Veränderungen in der Hautfärbung wurden zuerst an den Beinen vor vier Jahren bemerkt. Das Mädchen erfreut sich einer guten Gesundheit.

Dr. FOX hat den dunklen Rand um die fortschreitende Begrenzung der weißen Stellen, wie er in vielen Lehrbüchern beschrieben sei, sehr selten gesehen. Wohl sei die ganze Haut in der Nachbarschaft der Flecke häufig stärker pigmentiert.

Dr. MORROW möchte diese stärkere Pigmentation nur als eine optische Täuschung ansehen, indem die normal pigmentierte Haut neben den entfärbten Stellen dunkler erscheint. Dem widersprechen Dr. BRONSON, Dr. JACKSON, Dr. FORDYCE u. a., welche annehmen, daß die Pigmentation der benachbarten Haut in der Umgebung der Vitiligoflecke thatsächlich vermehrt ist.

Dr. BRONSON möchte wissen, ob die Vitiligo bei Mischrasen häufiger ist, als bei den rein Schwarzen.

Dr. MORROW hat sie bei kohlschwarzen Negern gesehen.

Dr. FOX hat Fälle gesehen, bei welchen die Flecke im Winter nicht sichtbar waren, dagegen im Sommer wieder zum Vorschein kamen. In einem Falle verschwanden sie spontan, während die Behandlung mit Pflastern und Senfapplikation keinen Effekt hatte.

Dr. CUTLER fragt nach dem Unterschiede zwischen Vitiligo und Leukoderma.

Dr. ELLIOT hält beide für identisch. Den Verlust des Pigments an der Stelle früherer Efflorescenzen, beispielsweise syphilitischer, sollte man eher mit „Achromie“ als mit „Leukoderma“ bezeichnen.

Dr. BRONSON meint, das Leukoderma existiere mehr in der Theorie. Er wenigstens habe niemals einen Fall von rein idiopathischem Verlust des Hautpigmentes gesehen, ohne daß die Nachbarschaft nicht stärker pigmentiert gewesen sei. Es existierte eine sehr wohlbekannte Affektion, die durch einen bestimmten Symptomenkomplex und mehr oder weniger bestimmten Verlauf charakterisiert und lange als „Vitiligo“ bekannt gewesen sei. Von dieser sei das Leukoderma nur ein Symptom.

Dr. MORROW hat in zwei Fällen von der fortgesetzten Applikation von Senfpflaster und anderen Irritantien auf die weißen Stellen und unter dem Gebrauche

der Elektrizität entschiedene Besserung eintreten sehen. In einem Falle sind unter dieser Behandlung die weißen Flecke gänzlich verschwunden. Zuweilen verschwinden dieselben aber auch spontan.

Einen Fall von **Copaiva-Ausschlag** stellt Dr. **FORDYCE** vor. Der Patient hat acht bis zehn Tage die **Lafayette-Mixtur**, welche **Copaiva** enthält, genommen und danach Gelbsucht und einen erythematischen Ausschlag an der Beugeseite der Vorderarme und Hände bekommen. — Einzelne Mitglieder hegen Zweifel, ob es sich um ein **Copaiva-Exanthem** handle, da dasselbe erst ausgebrochen sei, nachdem der Patient mit der **Lafayette-Mixtur** bereits acht Tage aufgehört hatte.

Sitzung vom 7. Dezember 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* März 1896.)

Einen Fall von **Atrophie der Haut** zeigt Dr. **G. P. JACKSON**. Der Patient ist 50 Jahre alt. Die Haut beider Unterschenkel, besonders um die Kniee herum, ist deutlich atrophisch. Der Zustand ist vor vielen Jahren ohne besondere Ursache aufgetreten. Unterhalb jedes Knies war eine ekzematöse Stelle, welche lange Zeit bestanden hat.

Die Frage, ob es sich im vorliegenden Falle um eine idiopathische oder vom Ekzem herrührende, sekundäre Atrophie handle, wird lebhaft diskutiert. Mehrere Mitglieder, wie **BULKLEY**, **FORDYCE** u. a., haben solch ausgesprochene Atrophie im Gefolge eines Ekzems niemals gesehen und neigen dazu, die Atrophie als primär, das Ekzem als sekundär entstanden anzunehmen. Bei den dürftigen anamnestischen Angaben, die der stupide Patient macht, ist die Frage nicht zu entscheiden.

Dr. **LUSTGARTEN** stellt einen Fall von **Lichen ruber acuminatus** oder **Pityriasis rubra pilaris** bei einem zwölfjährigen Knaben vor, bei dem die Affektion in der frühesten Kindheit oder, wie die Amme angab, schon gleich bei der Geburt aufgetreten ist. Handteller und Fußsohlen sind frei von der Affektion.

Dr. **FORDYCE** sieht den Fall für eine **Pityriasis rubra pilaris** an, obwohl er in mancher Beziehung sehr an **Psoriasis** erinnert.

Dr. **TAYLOR** wünscht, daß der **Lichen ruber**, von dem **HEBRA** eine so klassische Beschreibung gegeben hat, nicht mit der von **DEVERGIE** beschriebenen zusammengeworfen werde.

Sitzung vom 28. Januar 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* April 1896.)

Dr. **LUSTGARTEN** stellt einen Fall zur **Diagnose** vor. Die Patientin ist ein junges Mädchen mit einer eigentümlichen Affektion im Munde, die sich vor zwei Jahren entwickelt und seitdem beträchtlich an Stärke zugenommen hat. An der Innenseite der Ober- und Unterlippe und der Wangen sieht man sehr zahlreiche, verschieden große Efflorescenzen von papillärem Charakter. Sie erinnern an adenomatoses Gewebe. Die Patientin erfreut sich einer guten Gesundheit. Die Efflorescenzen belästigen sie nur wegen ihrer großen Zahl, verursachten aber an sich keine subjektiven Symptome.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder vermag eine bestimmte Diagnose, ohne daß das Resultat der mikroskopischen Untersuchung vorliege, nicht zu stellen.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. **Fox**. Das Kind zeigt an den Armen und Beinen eine Anzahl farbloser, papulöser, an **Lichen scrophulosorum** erinnernder Efflorescenzen.

Dr. **SHERWELL** hält die Affektion für eine neurotische Form des Ekzems;

Dr. **JACKSON** für den von **CROCKER** beschriebenen **Lichen pilaris**;

Dr. **ROBINSON** für erythematisches Ekzem;

Dr. **FORDYCE** für eine milde Form von **Ichthyosis**. Einig sind die meisten Mit

gliedert darin, daß es kein Fall von Lichen scrophulosorum ist, und daß es sich um eine kongenitale Affektion handle.

Fall zur Diagnose, vorgestellt von Dr. **FORDYCE**. Die 86jährige Frau zeigt an der linken Wange zwei Läsionen, welche aus weichen, scharf begrenzten, extravasiertes Blut und degeneriertes Gewebe enthaltenden Infiltrationen in der Haut bestehen. Sie traten zuerst vor ca. acht Jahren auf. Die Efflorescenzen bluteten sehr leicht.

Die lange Dauer der Affektion veranlaßt die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder, maligne Tumoren, wie Sarkom und Epitheliom, an die die Affektion erinnert, auszuschließen und dieselbe als hysterischen Ursprungs anzusehen, woran der Vortragende zweifelt, weil sich sonst noch an anderen Körperstellen ähnliche Gewächse entwickelt hätten. Dr. **FORDYCE** verspricht, die mikroskopische Untersuchung anzustellen, wodurch die Diagnose erleichtert werden würde.

Einen **Fall von Copalvausschlag** zeigt Dr. **FORDYCE**. Der junge Mann hatte eine patentierte Medizin, die wahrscheinlich, nach dem Geruche zu urteilen, Copalva-balsam enthielt, eingenommen und einige Tage später am Stamm und an den Extremitäten einen ausgedehnten Ausschlag, der an Erythema multiforme erinnert, acquiriert.

Einen **abnormen Fall von Psoriasis** zeigt Dr. **Fox**. Der alte Patient hat seit Jahren einen schuppigen Ausschlag auf dem Kopfe und einen jüngeren Datums am Körper.

Einige Mitglieder sehen den Fall als Psoriasis, andere als seborrhoisches Ekzem an. Dr. **LUSTGARTEN** nennt die Affektion *Eccema psoriasiforme*.

Dr. **SHERWELL** stellt einen Fall von **Sarkom des Ohres** vor. Die 24jährige, unverheiratete Patientin bemerkte im April 1895 ein Gewächs am linken Ohrläppchen, das von einem Arzte operativ entfernt und auf Grund der Untersuchung für ein Cystom erklärt wurde. Es recidierte bald, und der Tumor war jetzt dunkel pigmentiert hart und von fibrösem Charakter. Die Halsdrüsen sind nicht vergrößert. Dr. **MC CLEARY** hat den Tumor von neuem operiert, aber er kehrte innerhalb von drei Wochen wieder und ist seitdem rapide gewachsen.

Die Mehrzahl der Mitglieder stimmt mit der Diagnose Sarkom überein; Dr. **ROBINSON** diagnostiziert eine Kombination von Sarkom und Hämato-Lymphangiom. Dr. **FORDYCE** sagt, die wahre Natur des Gewächses könne nur durch das Mikroskop festgestellt werden. Solche pigmentierte Tumoren seien bisweilen sarkomatös, andere carcinomatös. Sie ergreifen das eine Mal die Lymphdrüsen, das andere Mal mehr die Blutgefäße. Im letzteren Falle halten sie einige Forscher für sarkomatös, im ersteren für carcinomatös. Im vorliegenden Falle scheinen die Lymphdrüsen affiziert.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VII. Heft 3 und 4.

1. **Zottengeschwulst der Blase, Operation mit dem NITZESchen Operationscystoskop**, von **GÖBL**. Verfasser beschreibt zunächst die NITZESchen Operationscystoskope mit Zangen für Fremdkörper, Steinsangen und Schlingenträgern für kalte und heiße Schlinge. Sodann teilt er den von ihm operierten Fall mit; die betreffende Patientin, 29 Jahre alt, phthisisch belastet, litt seit ca. 15 Jahren an Blasenbeschwerden:

Krampfanfälle, Harndrang, Blutungen. Es wurde mit dem Cystoskop die Diagnose auf Zottenfibrom gestellt und dann der Tumor in drei Sitzungen mit der heißen Sohlings entfernt. Die Beschwerden der Patientin sind geschwunden. Verfasser hebt besonders die Ungefährlichkeit der endovesikalen Operationen hervor, zumal sie ohne Narkose, nur mit Kokainanästhesie ausgeführt werden können.

2. Ein Fall von Exitus letalis 18 Stunden nach Sondierung der Urethra, von FRIEDRICH MÜLLER. In KOLLMANN'S Poliklinik wurde der gesunde Mann wegen Blasenkatarrhs und Striktur mit Metallsonden bougiert; zwei Sonden, vorsichtig eingeführt, passierten die Striktur nicht; geringe Blutung. Patient geht nach Hause. Erkrankte nachts mit Erbrechen, Schüttelfrost und stirbt 18 Stunden später. Bei der Sektion fanden sich nur leichte Arrosionen der Harnröhre an der strikturierten Stelle, dagegen eine eiterige Prostatitis; die zur mikroskopischen Untersuchung zurückgelegte Niere kam leider abhanden. Es handelt sich hier um einen der seltenen, schnell tödlich verlaufenden Fälle von Urinfieber; vielleicht bei akuter Nephritis.

3. Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit übermangansaurem Kalium, von GOLDBERG. Verfasser bespricht in eingehender Weise die von JANET empfohlene Methode der Tripperbehandlung, welche er selbst an 70 Fällen erprobt hat. Er erwähnt Technik und Wirkung der Spülungen, spezielle Indikationen und Kontraindikationen bei Komplikationen. Im allgemeinen sind die Erfolge nach Verfassers Ansicht glänzend, man soll nie weniger als 10 Spülungen machen, bei akutem Tripper, bis der Urin klar ist, bei chronischem soll man 14 Tage spülen und dann sehen, ob die Infektion heil ist, wobei man eventuell durch Alkohol, Coitus etc. Provokationen ausüben kann. Falls wieder Ausfluss auftritt, macht man noch eine Tour. Verfasser kommt zu dem Schluss, dass die Spülungen indiziert sind bei Nachweis von Gonokokken, kontraindiziert durch akute Entzündung; sie beseitigen in 95% der Fälle die Gonokokken, und zwar in über der Hälfte der Fälle in ein bis zwei Wochen; sie sind also auch ein zuverlässiges Abortivum; dieser Erfolg kommt zu stande durch das Zusammentreffen von mechanischen und chemischen Wirkungen; vielleicht haben sie außerdem eine echt spezifisch antiblennorrhische Wirkung.

4. Ein Beitrag zur pathologischen Oxalurie, von KISCH. Früher wurde die Oxalurie einfach nach dem Gehalt des Urinsediments an Krystallen von Kalkoxalat bestimmt. Nun ist aber der oxalsure Kalk in saurem phosphorsauren Natron löslich, und es genügt daher zur Diagnose nicht die mikroskopische Untersuchung, es ist vielmehr eine exakte quantitative Bestimmung nötig. Verfasser hat 34 Fälle von Diabetikern und Lipomatösen untersucht, von denen sich in sieben Fällen eine pathologische Oxalurie fand. Der Urin zeigte in diesen Fällen hohes spezifisches Gewicht, enthielt Indikan, in drei Fällen Zucker; in allen Fällen bestand habituelle Obstipation, in vier Fällen Neurasthenie. Verminderung der Oxalsäure durch Marienbader Kreuzbrunnen.

F. Hahn-Bremen.

The British Journal of Dermatology.

April 1896.

I. Ein Fall von großem Fibroma molluscum der Kopfhaut, von W. G. SMITH. Der 33 Jahre alte Patient hat, wie er angiebt, den großen Tumor auf dem Kopfe seit bald 25 Jahren. In den letzten 15 Jahren sei die Geschwulst nicht mehr gewachsen. Das Gewächs erstreckt sich von der Spitze des linken Ohres bis etwa 4 Zoll entfernt vom rechten Ohr und hinten von der Nackenhaargrenze über den Kopf nach vorn bis 3 Zoll von der Stirn entfernt. Die Breite beträgt $9\frac{1}{2}$, die Länge 12 Zoll. Der Tumor ist von der gesunden Haut scharf abgegrenzt, hängt hinten und an beiden Seiten herab. Er ist nicht mit der Knochenunterlage fest verwachsen und

zeigt im ganzen ein lappiges Aussehen, von Furchen durchschnitten. Die Hautoberfläche ist glatt und kahl, und hier und da sieht man Blutgefäße. Die Empfindlichkeit an der Stelle des Tumors ist nicht herabgesetzt. Der Patient will heiraten und möchte vorher aus rein ästhetischen Gründen von seinem Gewächs befreit sein. Dasselbe wurde denn mit sehr geringem Blutverluste operativ beseitigt.

Angaben über die histologische Zusammensetzung des Tumors werden nicht gemacht.

II. Über die Beziehung der Purpura rheumatica zum Erythema exsudativum multiforme, von St. MACKENZIE-London. Der Verfasser nimmt den von FAYREB im vorigen Hefte des *Brit. Journ. of Derm.* veröffentlichten Fall von „Purpura haemorrhagica“ (akutes, exsudatives Erythema) [vergl. Bd. XXII. pag. 657] zum Ausgangspunkt seiner vorliegenden Betrachtung. Er möchte (wie dies auch der Referent gethan hat. Ref.) FAYREBS Fall als „Purpura rheumatica“ ansehen. Die Schwierigkeit des Nachweises der rheumatischen Natur dieses und anderer ähnlicher Fälle liegt in dem Mangel eines absoluten Kriteriums, durch welches man einen Rheumatismus zweifellos als vorliegend erachtet. Rheumatismus ist eine klinische Bezeichnung für das Zusammentreffen von Symptomen, deren pathologische Natur bis jetzt nicht sicher festgestellt ist. Verfasser hat lange Zeit CHREADLE und BARLOW in der Auffassung des Rheumatismus beige stimmt. Nach ihnen handle es sich um eine Krankheit, die an erster Stelle bei jugendlichen Personen auf trete. Studieren wir die Krankheit bei einem Kinde, so finden wir häufig, daß die Arthritis fehlt, während wir augenscheinlich eine Entzündung der serösen Schleimhäute, Chorea, Tonsillitis, Erythema exsudativum und Purpura antreffen. Verfasser sieht deshalb jede allein auftretende Erscheinung, die zur Symptomengruppe des Rheumatismus gehört, verdächtig an und hält sich nicht für berechtigt zu sagen, daß kein Fall von Rheumatismus vorliegt, weil die Arthritis und Endocarditis fehlen.

Im folgenden wird ausführlich ein Fall beschrieben, der in vielen Einzelheiten dem FAYREBSCHEN Falle gleicht. Die Diagnose des letal verlaufenen und zur Autopsie gelangten Falles lautet:

Purpura rheumatica. Arthritis, Pyrexie, große Schwellung der Zunge, die auf eine parenchymatöse Blutung zurückzuführen ist. Hämorrhagien in Pleura und Lungen. Pneumonie. Hämorrhagien in der Schleimhaut des Dünndarms und im subkutanen und Muskelgewebe.

Der Rheumatismus war in diesem Falle zweifellos.

Ein zweiter Fall von Purpura rheumatica zeigte ein ausgedehntes hämorrhagisches Ödem mit nachfolgendem Petechialausschlag, Arthritis, Pyrexie und Pleuritis. Der Patient genas vollständig. In diesem Falle war Rheumatismus nicht vorangegangen, wenigstens nicht in bemerkbarer Weise. Auch hereditär lag nichts für Rheumatismus Belastendes vor. Herzerscheinungen waren auch nicht vorhanden. Trotzdem hinterließ der Anfang und der Verlauf des Leidens keinen Zweifel an seiner rheumatischen Natur.

Der Verfasser giebt auf Grund seiner eigenen Erfahrung von der Krankheit folgendes Bild: Die Purpura rheumatica tritt mit gleicher Häufigkeit bei beiden Geschlechtern auf. Die Mehrzahl der Patienten stehen im Alter von 11—40 Jahren. Das Leiden ist selten vor dem 10. und nach dem 40. Lebensjahre. In einigen Fällen beginnt der Ausschlag, während der Patient an akutem oder subakutem Rheumatismus leidet, in anderen entwickeln sich die rheumatischen (oder arthritischen) Symptome gleichzeitig mit der Purpura oder unmittelbar nach Ausbruch derselben. Am häufigsten beginnt die Krankheit folgendermaßen: Der Patient hat das Gefühl von ziehenden Schmerzen in den unteren Extremitäten. Oftmals ist Jucken vorhanden. Sobald

jetzt der Patient seine Beine untersucht, bemerkt er hellrote Flecke an denselben. Meistens sind diese sofort nach ihrem Erscheinen erhaben (Purpura papulosa). Der Auschlag bricht gewöhnlich am Nachmittage oder am Abende aus, und die Schmerzen halten dann mehr oder weniger die ganze Nacht an, wodurch der Schlaf der Patienten gestört ist. Am Morgen läßt der Schmerz nach, die Flecke sind jetzt von purpur- oder dunkelroter Farbe und nicht mehr erhaben. Am zweiten Abend oder einen um den anderen Tag wiederholt sich dasselbe Bild. Die Flecke machen die gewöhnlichen Phasen der Hämorrhagien durch. 1. Hellrote, erhabene, hirse Korn- bis 50-pfennigstückgroße, auf Druck nicht verschwindende Flecke. 2. Flecke von ähnlicher Größe, aber dunkelroter oder purpurner Farbe, über die Oberfläche erhaben, auf Druck nicht verschwindend. 3. Gelblichbraune Flecke. Die befallenen Beine sind empfindlich, die Haut gespannt, der Fußrücken meistens geschwollen. In vielen Fällen besteht eine schwache Schwellung der Knöchel und Kniegelenke und bisweilen auch der Gelenke der oberen Extremitäten. — Der erste Anfall beschränkt sich gewöhnlich auf den unteren Teil der Beine und Füße. Bei weiteren Attacken werden nacheinander die oberen Teile der Beine, dann die Oberschenkel, das Gesäß ergriffen. Mit den Oberschenkeln werden gewöhnlich gleichzeitig die Arme ergriffen. Die Purpura pflügt dann um die Ellenbogengelenke und unterhalb derselben aufzutreten, in schwereren Fällen den ganzen Oberarm zu ergreifen. Der Ausschlag ist insofern symmetrisch, als für gewöhnlich beide Beine und ebenso beide oberen Extremitäten nach einander befallen werden. Er zeigt keine Vorliebe für die Streck- oder Beugeseite der Extremitäten. In ganz schweren Fällen, besonders wenn die Arthritis und die Pyrexie stark sind, wird auch der Stamm von der Purpura befallen. In der Mehrzahl der Fälle ist Fieber vorhanden. Hämorrhagien in den Schleimhäuten sind äußerst selten. Das Allgemeinbefinden der Patienten ist meistens gestört. — Der Auschlag dauert eine unbestimmte Zeit und geht gewöhnlich in Heilung über; sehr selten endet er letal.

Verfasser beschreibt noch einen typischen Fall der Purpura rheumatica.

Was die Pathologie der Purpura rheumatica betrifft, so herrscht die Ansicht vor, daß sie eine Abart des Erythema multiforme ist. Mit dieser Ansicht stimmt Verfasser nicht ganz überein. Er giebt wohl zu, daß verschiedene Formen des Erythema fast ebenso eng mit Rheumatismus vergesellschaftet sind, wie die Form der Purpura, auf welche Verfasser die Bezeichnung „Purpura rheumatica“ beschränkt wissen möchte. Aber beim Erythema multiforme ist die Hämorrhagie nur zufällig, während sie bei der Purpura das Primäre und Essentielle ist, und in der Mehrzahl der Fälle besteht nicht gleichzeitig ein Erythema. Beim Erythema nodosum verhält es sich ähnlich. In der Mehrzahl der Fälle beschränkt sich die Eruption auf die knotige Form, in selteneren Fällen sehen wir mit ihr auch andere Formen des Erythems kompliziert. Läßt man das Erythema nodosum als eine Varietät des polymorphen Erythems zu, so muß man es als einen wohlunterschiedenen Typus ansehen. Verfasser geht nicht so weit, dasselbe als eine besondere Krankheit zu betrachten. Dasselbe mache er mit der Purpura rheumatica, die er als einen klinisch wohl charakterisierten Typus anerkannt wissen möchte. — Während die Purpura und das Erythema multiforme viele Ursachen haben, wird man bei einem großen Prozentsatz der Fälle eine Blutalteration annehmen. Die Urticaria ist in nosologischer Beziehung dann eng mit ihnen verknüpft. Prof. WRIGHTS Mitteilungen bezüglich der herabgesetzten Koagulationsfähigkeit des Blutes bei Urticaria (vergl. Bd. XXII. pag. 658) wird vielleicht auch für die Ätiologie der Purpura und des Erythema multiforme verwertet werden können.

III. Bemerkung über das Mikrosporon des Ringwurm, von F. TAYLOR-

London. Verfasser ist es darum zu thun, in der vorliegenden Arbeit die genaue Lage des Myceliums in seiner Beziehung zum Haare festzustellen. Nach SABOURAUD nimmt es den Schaft des Haares sogar bis zu seinem zentralen Teile ein, während ADAMSON behauptet, daß es eine Scheide innerhalb der Sporenscheide bildet. Bei der Untersuchung seiner eigenen Präparate wurde es Verfasser vor allem klar, daß der Schaft des Haares durchweg miterkrankt sei. Denn in den mit Pikrokarmine gefärbten Schnitten erscheinen die gesunden Haare gelb oder grünlich gefärbt, die von den Pilzen befallenen rotbraun oder blafsbraun. Im ersten Falle sind die hornigen Teile des Haares von der Pikrinsäure gefärbt, im letzteren ist das Karmin von den Pilelementen absorbiert worden. Wenn das Mycel nur als eine Scheide existierte, so müßte der zentrale Teil des Haarschaftes auf alle Fälle die rein gelbe oder grüne Farbe zeigen. An gut ausgeführten Querschnitten des Haares konnte Verfasser sich überzeugen, daß sich über die ganze Fläche des Haarschaftes die Mycelfäden gleichmäßig verteilt hatten. Sporen sind außerhalb des Haares nicht zu sehen. Bei etwas schräg geschnittenen Präparaten sieht man die Sporenscheide rund um das Haar und das Haar selbst durchsetzt von einer geringen Zahl, den ganzen Haarschaft gleichmäßig erfüllenden Mycelfäden, ohne die geringste Tendenz, an der Oberfläche zu liegen oder eine Scheide unter der Sporenscheide zu bilden. Wenn es nun Tatsache ist, daß das Mycel in das Haar eindringe, so sei es nicht richtig, den Pilz als kleinsporig, „ectothrix“, zu bezeichnen. Die Namen lediglich auf die Lage der Sporen zu begründen und die Lage des Mycels zu ignorieren, könne nur Verwirrung anrichten. Am besten sei es, die Bezeichnung „Mikrosporon Andouini“ ohne jede weitere Epitheton zu gebrauchen.

IV. Ein nicht reizendes Exciplens für Augensalben, von W. A. JAMESON-Edinburgh. Die Salbengrundlage, welche sich an UNNAS Komposition anlehnt, hat folgende Formel:

℞ Lanolin (Liebreich) ʒiij
 Olei Amygdal.
 Aq. dest. ʒ ʒss. M.

Dünn auf die Augenlider aufgestrichen, ist sie geeignet, die nachteilige Wirkung zu starker Thränensekretion zu verhindern. Für gewöhnlich ist es besser, etwas Borsäure zuzusetzen, um dem Ranzigwerden vorzubeugen. Die Salbe hält sich übrigens eine Zeitlang frisch. Beim Ekzem der Augenlider können 2 Grain des Hg. oxydatum flavum auf $\frac{1}{2}$ Unze der Salbengrundlage hinzugefügt werden. Diese Salbe wird von den Patienten ohne Ausnahme als außerordentlich wohlthuend, kühlend, angenehm und ohne jede Spur von Brennen oder Reizung gelobt. C. Berliner-Aachen.

Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.

1896. Heft 1.

Klinische und anatomische Untersuchungen über einige morphologische und therapeutische Besonderheiten der Psoriasis und ihrer Varietäten, von B. VASILE. Verfasser beschreibt ausführlicher fünf Psoriasisfälle, bei denen folgende Einzelheiten hervorzuheben sind. Im ersten Falle handelte es sich um eine Psoriasis, welche mit einer ziemlich hochgradigen, auf einzelne Muskelgruppen und Hautschichten übergreifende Atrophie der umgebenden Cutis vergesellschaftet war. Das Chrysarobin blieb hier vollständig wirkungslos, dagegen wirkte merkwürdig günstig ein Glycerininfus von Schaf- und Schweineovarien, welches als ein Stimulans der trophischen Zentren und des peripheren Nervensystems zu betrachten ist. Der zweite Fall zeigt, daß das Chrysarobin nur in der stationären Periode der Psoriasis gute Wirkung entfaltet, nicht aber im Entwicklungsstadium oder in der regressiven Phase. Der histo-

logische Befund des dritten Falles läßt darauf schließen, daß das Chrysarobin als ein Stimulans auf die Hautgefäße wirkt und so die Gewebe zu vermehrter und geregelter Lebensthätigkeit anregt im Gegensatze zu den anderen Agentien, welche diese Vitalität der Gewebe stören oder aufheben, indem sie zu partieller oder totaler Nekrose führen. Septische Zustände kontraindizieren die Anwendung des Chrysarobins (vierter Fall). Die Psoriasis an sich selbst führt niemals zur Pigmentation; kommt diese im Gefolge der ersteren vor, so muß sie auf andere, gleichzeitig bestehende krankhafte Prozesse, wie Syphilis, Gicht, Diabetes, Onanie, Krankheiten des Blutes (fünfter Fall), zurückgeführt werden.

Klinische und histologische Untersuchungen über einige dystrophische Erscheinungen der Haut, von SEVERI. Auf Grund einer ausführlichen Untersuchung von fünf Fällen (Fibroma molluscum, Morvansche Krankheit etc.), welche teilweise mit mehr oder weniger beträchtlichen Sensibilitätsstörungen verbunden waren, sowie auf Grund von Tierexperimenten kommt Verfasser zum Resultate, daß dem Einflusse des Nervensystems bei der Entstehung von Dermatosen nur zu häufig eine ihm nicht zukommende Bedeutung zugeschrieben wird, indem das Nervensystem bei zahlreichen Hautaffektionen gar keine Rolle spielt. Bezüglich der Verbreitungsweise gewisser Dermatosen tritt Verfasser der Ansicht gewisser Autoren entgegen, welche die Eruptionen entweder ausschließlich den Nerven (BÄRENSPRUNG) oder den Blut- (PFIFFER) oder den Lymphgefäßen (ALEXANDER) entlang sich ausbreiten lassen, da alle drei Variationen beobachtet werden.

Bei seinen Untersuchungen über das Verhalten der Aufgüsse von Strepto- und Staphylococcus pyogenes gegenüber der Haut einiger Tiere und des Menschen kam CAMPANA zum Resultate, daß diese Infuse Kulturprodukte (in Form von Überschügen), zumal wenn dieselben rein sind und sich rasch entwickelt haben, günstig auf die Resorption chronischer Dermiden einzuwirken vermögen. Dies ist auch dann der Fall (beim Menschen jedoch seltener), wenn diese chronischen Dermiden durch toxische, chemisch wirkende Substanzen verursacht worden sind.

C. Maller-Bern.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Februar 1896.

I. Hydroa aestivale, von J. E. GRAHAM-Toronto. Verfasser fügt der bisher im ganzen noch spärlichen Litteratur der Affektion zwei neue Fälle hinzu.

Fall 1 betrifft ein sechsjähriges Kind, das vor zwei Jahren im Monat April einige kleine rote Flecke im Gesicht und an den Händen bekam. Etwa eine Woche nach dem Ausbruch der Affektion erkrankte das Kind an Diphtherie und mußte deshalb zu Hause bleiben. Während dieser Zeit verschwanden die Flecke, ohne Narben zu hinterlassen. Im Juni desselben Jahres traten ähnliche Flecke auf, die vesikulös, dann pustulös wurden, in zwei bis drei Tagen ihre volle Größe erreichten, unter Krustenbildung eintrockneten. Die Kruste fiel nach einigen Tagen ab. Der ganze Prozeß dauerte neun bis zehn Tage. Während des Sommers bildeten sich unaufröhlich frische Efflorescenzen, von denen viele dauernde Narben hinterließen. Die Attacken erfolgten gewöhnlich, wenn das Kind sich den direkten oder den reflektierten Sonnenstrahlen aussetzte. Im Herbst desselben Jahres verschwand der Ausschlag vollständig. Aber gegen Ende des darauffolgenden Winters, als das Mädchen an einem hellen Tage, an welchem Schnee auf der Erde lag, in offenem Wagen fuhr, wurde ihr Gesicht wieder von der Affektion befallen. Im Frühling wurde derjenige Teil des Gesichtes befallen, der durch den Winterhut nicht geschützt war. Je mehr vom Gesichte der Sonne ausgesetzt, desto mehr wurde von der Affektion ergriffen.

Wenn das Mädchen Handschuhe trug, so blieben die Hände von der Affektion unberührt. Sobald sie die Hände unbedeckt hatte, zeigten sich Efflorescenzen an denselben. Dasselbe war auch mit den Handgelenken der Fall. Die Patientin empfand, sobald der Ausschlag auftrat, leichtes Brennen. Jucken verursachte derselbe niemals. Er ist im Winter weniger stark ausgeprägt, einmal, weil die Patientin mehr im Zimmer sich aufhält, und zweitens, wie die Mutter meint, weil die Wintersonne nicht denselben Effekt habe, wie die Sonnenstrahlen im Sommer. Die Affektion tritt immer auf, wenn die Patientin ausgeht, bisweilen, wenn sie an einem offenen Fenster sitzt, durch welches ein warmer Wind hereinweht, auch wenn die Sonnenstrahlen sie nicht direkt bescheinen. Ein dunkler, wolkiger Tag habe keine Wirkung.

Verfasser hatte Gelegenheit, die Patientin mehrere Jahre zu beobachten und später indirekt Nachrichten über sie zu erhalten. Bis zu ihrem 13. Lebensjahre hielt die Hautkrankheit an. Von Beginn der Menstruationszeit an bis zu ihrem 18. Jahre hatte die Patientin stetig weniger an der Affektion zu leiden. Vom 18. Jahre an hat der Ausschlag gänzlich aufgehört.

Fall 2 betrifft eine 25jährige Blondine, die den Beginn ihrer Affektion in ihr elftes Lebensjahr zurückverlegt. Während der 14 Jahre hatte sie beständig von der Hautkrankheit zu leiden. Wenn sie sich für 20—30 Minuten der Sonne aussetzte, so empfand sie an den nichtbedeckten Körperteilen ein Brennen, dem bald eine starke Schwellung und das Aufschiefen von kleinen Wasserbläschen nachfolgte. Diese pflegten in zwei bis drei Tagen gelb zu werden und in den nächsten Tagen zu einer Kruste einzutrocknen, nach deren Abfallen eine gerötete Fläche zurückblieb, die dem normalen Zustande der Haut bald Platz machte. Die Pusteln zeigten im Gegensatze zu dem vorigen Falle keine Delle. Ihre Dauer wechselte je nach der Intensität der Attacke. Manchmal dauerte der Prozeß acht bis zehn Tage, zuweilen aber zwei bis drei Wochen. Die Schwellung im Gesichte war bald schwächer, bald stärker, bisweilen so stark, daß sie beinahe die Augen nicht aufmachen konnte, und das Gesicht ganz entstellt war. Die Attacken waren von allgemeinem Unwohlsein, Schnupfen, Schlaflosigkeit begleitet. Der Ausschlag erscheint an jedem Körperteil, der der Sonne ausgesetzt ist. Die Patientin hatte einmal die Beine nur leicht bedeckt und den Sonnenstrahlen für wenige Augenblicke exponiert, als sich sofort der Ausschlag bemerkbar machte. Derselbe erscheint im Winter ebenso wie im Sommer, wenn die Sonne scheint. Wenn die Patientin an einem Fenster sitzt, so pflegt die Affektion auch aufzutreten, wenn die Sonnenstrahlen nicht direkt jene treffen. Ein hinreichend dichter Schleier verhindert immer die schädliche Wirkung der Sonne. Die Patientin fürchtete sich auch, an einem bewölkten Tage ins Freie zu gehen, und ist während der letzten 14 Jahre am Tage wie eine Gefangene fast beständig zu Hause geblieben. Im letzten Jahre ist die Affektion besser geworden. Der Verfasser knüpft an die beiden Krankengeschichten einige Bemerkungen über die diesbezügliche Litteratur und die Pathogenese der Affektion.

Was die Behandlung betrifft, so muß dieselbe eine zweifache sein: 1. muß erstrebt werden, die Gewebe widerstandsfähig zu machen und der Disposition für die Erkrankung entgegenzuarbeiten; 2. die Haut so zu bedecken, daß die schädlichen Strahlen absorbiert werden.

II. Die Infektion durch Kratzen und ihre Beziehung zur Impetigo und zum Ekthyma, von H. G. Klotz-New York. Einer Infektion durch Kratzen begegnet man am häufigsten bei Patienten, welche in öffentlichen Instituten Heilung suchen. Sie kennzeichnet sich durch eine Anzahl disseminierter Efflorescenzen von verschiedener Größe in Form von Pusteln oder dunkelgelben, braunen oder schwärzlichen, dünnen Krusten, oder sie weist eine feuchte, mit Eiter bedeckte Fläche auf.

Die Pusteln sind unregelmäßig gestaltet, bisweilen rund oder oval, oft auch zackig; sie sind gewöhnlich bedeutend über das Niveau der Haut erhaben, kugelförmig, ohne zentrale Einsenkung. Sie zeigen keine Regelmäßigkeit in ihrer Verteilung, keine Symmetrie in ihrer Anordnung, bilden keine Gruppen, sondern treten meist einzeln stehend auf, ganz selten in Kettenform. Unter den Krusten kann man bisweilen einen schwachen Substanzverlust wahrnehmen, der sich zum Teil in die oberflächlichen Lagen der Cutis selbst hinein erstreckt.

Die Efflorescenzen werden bei jugendlichen Personen gewöhnlich an den unteren Extremitäten, meist unterhalb der Knie, um die Knöchel herum, weniger häufig an den Armen, um die Handgelenke und im Gesichte gesehen. Die meisten Patienten sind männlichen Geschlechts und fast immer unsaubere Leute. Bei älteren Kindern findet man die Efflorescenzen meist im Gesichte, an den Händen und den unteren Partien der Arme. Bei kleinen Kindern ist das Gesicht immer befallen, man sieht aber Pusteln über den ganzen Körper verteilt. Die Efflorescenzen selbst verursachen kein Jucken (? Ref.), können aber durch Reibung an den Kleidern Schmerzen verursachen.

Fast in allen Fällen wird man hören, daß sich die Patienten kratzen. Die Ursache des Juckens wird sich meistens leicht feststellen lassen. Daß man aber Efflorescenzen auch an solchen Stellen sieht, wo die eigentliche Ursache für das Jucken nicht vorhanden ist, wird man einer Infektion mit Staphylokokken, und zwar dem *Staphylococcus pyogenes aureus* oder *albus*, infolge von Kratzen mit unsauberen Nägeln zuschreiben müssen. In dieser Annahme herrscht mehr oder weniger Übereinstimmung bei den Autoren, nicht so bezüglich der Nomenklatur der durch das Kratzen hervorgerufenen Affektion. *Eccema impetiginosum* ist der gebräuchlichste und zur Zeit vielleicht der beste Name. Aber Suppuration ist dem Ekzem nicht eigen, und wenn eine solche auftritt, so geschieht es sekundär infolge von Infektion mit pyogenen Kokken. Man wird fast immer beobachten können, daß die Exsudation unter der Haut beim Ekzem ursprünglich eine seröse und nicht eiterige ist, und daß wir es ursprünglich mit Bläschen, nicht mit Pusteln zu thun haben, während sich beim Kratzen sofort Pusteln bilden. Die Bezeichnung „*Impetigo*“ wäre insofern die korrekteste, als sie sofort auf Eiterung und Pustelbildung hindeutet. Diese durch das Kratzen erzeugte *Impetigo* entspricht im allgemeinen der Beschreibung, wie sie BOCKHART von der „*accidentellen Impetigo*“ giebt, mit der jene vielleicht identisch ist. Was als *Impetigo contagiosa* DUHRING, ist nach den statistischen Daten des Verfassers wahrscheinlich zum Teil wenigstens nichts anderes, als die durch das Kratzen und durch die daraus resultierende Infektion mit Staphylokokken hervorgerufene *Impetigo*. Ähnlich verhält es sich mit der Ekthymapustel, die zweifellos ihren Ursprung der Infektion mit denselben pyogenen Kokken verdankt.

III. Prof. BANDELIERS Ansichten über die auf Huacos-Steingutgefäßen abgebildeten Mißbildungen, von A. S. ASHMEAD-New York. Der Verfasser teilt einen Briefwechsel zwischen ihm und Prof. BANDELIER mit, der sich an erster Stelle um die Frage dreht, ob die auf den Steingutvasen abgebildete Krankheit Lepra oder Syphilis sei, und ob die betreffenden Vasen, welche Prof. BANDELIER dem amerikanischen naturhistorischen Museum geschenkt hatte, einer prä- oder postkolumbianischen Zeit angehören. Prof. BANDELIER antwortete auf die diesbezügliche Anfrage seitens des Verfassers, daß die Lepra nur ganz vereinzelt daselbst auftritt und wenig bekannt sei, dagegen die Syphilis ebenso verbreitet sei, wie bei anderen Völkern. Die entstellten Gesichter auf den Vasen würden gewöhnlich als Abbildungen der Syphilis angesehen. Daß alle Steingutvasen einer präkolumbianischen Zeit angehören, möchte er nicht behaupten, auch nicht garantieren, ob die von ihm geschenkten Funde

sämtlich aus einer Zeit vor der Ankunft Pizarros datierten. Aber dies könne mit Sicherheit angenommen werden, daß die Idee, auf Gefäßen syphilitische Affektionen zu kopieren, eine präkolumbianische ist und lange vor der Landung der Weißen an der Küste von Peru ausgeführt worden ist.

März 1896.

I. Angiokeratoma des Scrotums. RAYNAUDS Krankheit an den Ohren. Lupus erythematosus disseminatus während der Gravidität verschwindend, von J. A. FORDYCE-New York. Der 60jährige Patient wurde wegen Harnbeschwerden ins Hospital aufgenommen. Er war geistig und physisch etwas schwach und konnte über seine Affektion am Scrotum nicht mehr mitteilen, als daß sie seit einer Reihe von Jahren bereits bestehe.

Die Haut der Oberschenkel und des unteren Bauchteils zeigte einige Vitiligo-flecke. Der Patient ist mit einer doppelseitigen Varikoele behaftet. Das Scrotum, besonders an seinen lateralen und hinteren Flächen, war der Sitz einer großen Zahl kleiner, sphärisch gestalteter, dunkelroter, stecknadelkopfgroßer Tumoren. Auf Druck verschwand die Farbe bei der Mehrzahl derselben, bei einigen nur zum Teil. Die Tumoren waren über der Haut erhaben und schienen mehr auf ihr zu ruhen, als in dieselben eingebettet. Einige von ihnen waren mit einer schwach verdickten, hornigen Schicht bedeckt, unter welcher kleine dunkelrote Punkte gesehen werden konnten, die den Tumoren ein warzenähnliches Aussehen verliehen. Einzelne der Tumoren waren größer und schienen aus zwei oder mehreren kleineren zusammengesetzt. Die Affektion verursachte keinerlei Empfindung, weder Jucken noch Schmerzen. Wurde ein Tumor mit einer Nadel angestoßen, so kam etwas Blut zum Vorschein.

Die mikroskopische Untersuchung einiger derselben ergab als Hauptbefund kavernöse Hohlräume, erfüllt mit Blut. Dieselbe nahm zumeist die Papillenschicht, nur in geringem Grade das Rete Malpighi ein. Während MIBELLI und PRINGLE für ihre analogen Fälle Frostbeulen als Ursache annehmen, war dieses ätiologische Moment hier nicht vorhanden.

Die Tumoren wurden mit Elektrolyse erfolgreich behandelt.

Die Raynaudsche Krankheit betraf einen 89jährigen Mann, der acht Jahre zuvor Syphilis acquiriert hatte. Sein jetziges Leiden begann im August 1894 an einem warmen Tage. Die Ohren wurden kalt und blau und blieben es so für einige Stunden. Dann nahmen sie wieder ihre frühere Farbe an.

Die Attacken wiederholten sich bis Januar 1895. Von dieser Zeit blieb die bläuliche Farbe der Ohren permanent bestehen. Der Patient giebt an, daß die Ohren sich erstarrt und kalt anfühlten, und daß er einen brennenden Schmerz häufig in ihnen verspüre.

Gegenwärtig sind beide Ohren von einer dunkelblau-roten Farbe in einer Entfernung um den Sitz der Gangrän herum. Der gangränöse Bezirk am äußeren Rande, etwa am Ende des oberen Drittels gelegen, mißt $\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser, ist blauschwarz, trocken, ohne Geruch und Eiter. Das erkrankte Gewebe läßt sich durch Abkratzen leicht entfernen, worauf sich eine koagulierte Masse zeigt. Die Schmerzen bei der Beseitigung des toten Gewebes sind sehr gering.

Der Patient erhielt eine Salbe. Nach drei Wochen war, abgesehen von vernarbten Stellen, keine Spur mehr von der Krankheit zu sehen.

Der während der Gravidität verschwindende Lupus erythematosus disseminatus betraf eine 25jährige, seit acht Monaten verheiratete, seit sechs Monaten gravis Frau. Sie hatte einige Monate vor ihrer Verheiratung einen erythematösen, stark juckenden Ausschlag im Gesichte. An den Händen und Armen trat die Affektion erst bei Beginn der Gravidität auf. Bei der Untersuchung zeigte sie eine allgemeine,

gleichmäßige Hyperämie im Gesicht, das frei von Atrophie ist, ausgenommen an den Rändern des Erythems unterhalb der Ohren und am Halse. An den Handrücken und den Vorderarmen ist der Ausschlag symmetrisch, die größeren befallenen Stellen sind deutlich atrophisch. Die Ränder derselben zeigen sehr schwache Infiltration, aber keine Abschuppung. Der ganze Prozess erweist sich als ein milder Typus von Hyperämie mit nachfolgender Atrophie der zentralen Partien der Lupusstellen. Bei einer zweiten Untersuchung nach sechs Monaten war jedes Anzeichen der Krankheit bis auf die atrophischen, von einer pigmentierten Zone umgebenen Stellen verschwunden.

II. Ein Fall von Rhinosklerom bei einem Eingeborenen der Vereinigten Staaten, von G. W. WENDY-Buffalo. Der Patient ist elf Jahre alt, kräftig und stark hereditär nicht belastet. Er leugnet jede Verletzung oder Reizung. Sein Vater bemerkte zuerst die Veränderung in der normalen Haut, welche in einer rosenroten, schwach erhabenen Stelle unterhalb des rechten Naseneinganges bestand. Schmerzen waren nicht vorhanden. Nach Verlauf von drei Monaten war die Erhabenheit stärker und deutlich ausgesprochen, gleichzeitig wurde auch die linke Seite ergriffen.

Bei der ersten Besichtigung fand Verfasser einen unregelmäßig begrenzten Knoten unterhalb des rechten Naseneinganges. Das Gewächs wurde behufs mikroskopischer Untersuchung entfernt. Das Gewebe unter dem Knoten war infiltriert und hart. An der rechten Seite der Nase waren zwei scharf begrenzte, $1\frac{1}{4}$ Zoll lange, durch einen schmalen Streifen normaler Haut getrennte Erhabenheiten. Auf der linken Seite war nur eine solche Erhabenheit zu sehen. Der rechte Nasenflügel war gleichmäßig verdickt, wodurch das Lumen des Naseneinganges verengert wurde.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und gelangt unter Ausschluss aller ähnlicher Affektionen zur Diagnose Rhinosklerom. Das Resultat der bakteriologischen Untersuchung läßt zwar noch Zweifel zu, ist aber noch nicht vollständig.

III. Beweise in Yucatan für die Möglichkeit eines Zusammenhanges der präkolumbianischen Syphilis mit Asien, von A. S. ASHMEAD-Norristown. LEPLONGON ist der Meinung, daß zwischen den Mayas von Yucatan und Asien ein Zusammenhang existiere. Er hat dies in einem an den Verfasser gerichteten und von diesem im Jahre 1895 publizierten Briefe nachgewiesen. Er schreibt mit Bezug auf Yucatan, wo er elf Jahre gelebt hatte, daß er während dieser Zeit keinen einzigen Fall von Lepra, wohl einige Fälle von Syphilis gesehen habe. Die Bewohner von Yucatan und wahrscheinlich von ganz Zentralamerika hätten vor Jahrhunderten in ebenso regem Verkehr mit Asien gestanden, wie heutzutage. Es sei durchaus nicht unmöglich, daß die Lepra von Asien nach Amerika und die Syphilis von Amerika nach Asien verschleppt worden sei. Festzustellen, wo die eine und die andere Krankheit ihren Ursprung habe, scheine ihm unmöglich.

Verfasser weist einen Zusammenhang von Yucatan und Asien noch an der Hand anderer Autoren nach.

IV. Eine neue Methode in der lokalen Behandlung der Akne, von J. N. HYDE-Chicago. Verfasser hat die Erfahrung gemacht, daß die Massage auf die Akneknoten einen sehr günstigen Einfluß ausübe. Er benutzt deshalb ein Instrument, das einen kurzen aus Hartgummi bestehenden Griff hat. An diesen schließt sich nach vorn ein schmaler Stahlhals an, der sich zu einem Löffel erweitert, in welchem eine Kugel aus Hartgummi rotiert und leicht über jede Fläche fahren kann. Das Ganze sieht einem scharfen Löffel nicht unähnlich, wenn man sich die Kugel aus dem Löffel wegdenkt. Die Handhabung des Instrumentes, welches bei Tiemann & Co. zu haben ist, verlangt eine gewisse Geschicklichkeit, die man jedoch bei gutem Willen in kurzer Zeit erlangt.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

Über hysterische Hauterscheinungen beim Manne. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 10.) VERRIER sah einen 20jährigen Patienten, bei dem in der Nähe des Knies ein kleines Knötchen auf ödematösem Grunde aufgetreten war, das sich infolge Kratzens innerhalb acht Tagen zu einem handtellergroßen Ulcus entwickelte, dessen Umgebung anästhetisch war. Die Affektion war an anderer Stelle als spezifisch betrachtet und behandelt worden. FOURNIER aber, der die ödematöse Zone um das Geschwür als pathognomisch betrachtete, erkannte das letztere als eine hysterische Manifestation. Dasselbe heilte in kürzester Zeit mit Suggestiotherapie.

C. Müller - Bern.

Zu den hysterischen Hauteruptionen zählt PARMENTIER drei Kategorien von Erscheinungen: diejenigen, welche ihre Entstehung einem rein kongestiven Zustande verdanken (Erytheme, Dermographismus, Urticaria chronica); diejenigen, welche einen epidermolytischen Prozess darstellen (Pemphigus hystericus, eine ekzematiforme Dermatitis) und diejenigen, welche als gangränöse Prozesse zu betrachten sind und gewöhnlich (mit Vorliebe auf einer hysterogenen Region: Mamma etc.) nach einem Stiche, einer Verbrennung oder Schnittverletzung auftreten. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 10.)

C. Müller - Bern.

Zur Kasuistik der Blutungen, von M. STBITZOWER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 1.) 1. Ein 22jähriges Mädchen starb an einer unstillbaren Menstrualblutung; dasselbe war sonst vollkommen gesund gewesen, zeigte nur rote Flecke auf dem Körper.

2. Eine 60jährige Frau klagt über häufiges und schmerzhaftes Uriniren; es stellen sich Schüttelfrost, Hämaturie ein, daneben Petechien am Körper. Methylenblau (0,1 dreimal täglich) beseitigte alles in einem Tage.

3. Ein 88jähriger Mann, seit zwei Wochen fieberhaft, ist am ganzen Körper mit Blutflecken bedeckt, das Zahnfleisch blutet, Schleim, Speichel und Urin sind blutig gefärbt. Der Zustand verschlimmerte sich zusehends, bis Methylenblau gereicht wurde; da hörten alle Blutungen sofort auf. Der sehr anämische Kranke starb dann plötzlich, als er aus dem Bette zum Urinieren aufstand.

Jedenfalls regt die Wirkung des Methylenblaus in solchen Fällen zu weiteren Versuchen an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Rekurrierendes skarlatiniformes Erythem, von HARTZELL. (*University med. magazine.* Aug. 1895.) Ein 22jähriger Diamantarbeiter wurde in Intervallen von sechs bis acht Wochen dreimal von einem allgemeinen scharlachähnlichen Erythem befallen, ohne dass ein ätiologisches Moment hierfür nachgewiesen werden konnte. Die Intensität der Erscheinungen nahm bei jedem neuen Anfall etwas ab. Beim ersten Anfall war der ganze Körper von einem glänzendroten Erythem bedeckt, so dass gar keine Stelle frei blieb, nur zeigten sich einige Unterschiede in der Rötung. Nach drei Tagen begann die Epidermis sich in breiten Fetzen zu desquamieren. In circa acht Tagen hatte der Anfall seine Involution durchgemacht. Beim zweiten Anfall kam es nicht zur Desquamation, ebenso blieben einzelne Körperstellen von der Eruption frei. Der dritte Anfall war wieder von kleienförmiger Desquamation gefolgt und

an Intensität der schwächste. Den einzelnen Anfällen gingen Allgemeinerscheinungen voraus in Gestalt von Übelkeit, Brechreiz, leichteren Temperaturerhöhungen. Die Eruption selbst verursachte Jucken und Brennen. Von der Scarlatina, mit der solche Erytheme eine gewisse Ähnlichkeit haben, und von der es wichtig sein dürfte, sie zu erkennen, unterscheiden sie sich dadurch, daß die Rötung eine diffuse und nicht punktförmige ist, daß die Eruption nicht im Gesicht anfängt, sondern am Rumpf, daß sich die Desquamation viel früher einstellt (zweiten oder dritten Tag), daß anginöse Erscheinungen fehlen oder doch nur ganz schwach ausgeprägt sind, daß die Nieren stets frei bleiben, daß die Affektion in wiederholten Anfällen auftreten kann.

Eine Therapie ist kaum indiziert, doch scheint in dem vorliegenden Falle Jaborandi günstig auf das Jucken und Brennen gewirkt zu haben.

Die mikroskopische Untersuchung eines in der Desquamationsperiode aus der Rückenhaut exstirpierten Stückes ergab: beinahe vollständiger Schwund des Stratum granulosum (im Gegensatz zu einem ähnlichen Fall von PÉTRINI, der diese Schicht sehr verdickt fand), das aus einigen Zellen mit körnigem Inhalt bestand; das Rete wenig verändert. Am meisten verändert war die Papillarschicht des Coriums: beträchtliche kleinzellige Infiltration, besonders an den Rändern der Papillen und Blutgefäße; an einigen Stellen waren diese Rundzellen bis auf die Schleimschicht vorgeschoben, so daß die Grenze zwischen dieser und der Cutis verwischt war.

C. Müller-Bern.

Ein mit Fieber verbundener Hautausschlag, welcher Masern vortäuschte, von J. ROBERTSON. (*Lancet*. 31. Aug. 1895.) Ein Knabe von 17 Monaten mit einem tiefen, runden Geschwür am linken Oberschenkel entwickelte unter Temperatursteigerung ohne nachweisbare Ursache an den Beinen, Armen und dem Rumpfe einen in Kreisen angeordneten, deutlichen, masernartigen Ausschlag. Die Angehörigen, eine Familie mit fünf Kindern, die gerade in der Auswanderung begriffen waren, wurden mit dem Kranken zusammen isoliert, aber es erfolgte keine weitere Erkrankung. Nach vier Tagen war das Kind, abgesehen von dem noch nicht ganz geheilten Geschwür, gesund. Keines von den sechs Kindern hatte früher Masern gehabt, und R. ist zweifelhaft, ob es sich um einen leichten Anfall davon, ohne Coryza und Husten, handelte oder vielleicht um eine durch Giftstoffe aus dem Ulcus bedingte Affektion.

Philippi-Remscheid.

Über Sulfonalexantheme, von MAX WOLTERS. (*Therap. Monatsh.* Dabr. 1895.) Es sind bisher nicht viele Fälle von Sulfonalexanthem bekannt; in den bekannten handelte es sich meistens um scharlachrote, symmetrische, konfluierende Exantheme. Diesen Fällen reiht sich der erste vom Verfasser berichtete an. Nach 2,0 Sulfonal trat am anderen Tage vornehmlich am Rücken, an den Streckseiten der Extremitäten und am Gesicht eine Scharlachröte mit starkem Jucken auf, hervorgehend aus perifollikulären roten Flecken. Daneben entwickelten sich Bläschen. Der Patient hatte schon früher einmal nach 1,0 Sulfonal ein, wenn auch weniger intensives Exanthem bekommen. Im zweiten Falle entstanden wiederholt nach Sulfonaldarreichung große livide Flecke, die sich zu Blasen umbildeten, die unter Schorfbildung heilten. Es war einmal dabei auch die Mundschleimhaut und das innere Blatt des Präputiums getroffen. Die Verteilung dieses bullösen Exanthems war keine symmetrische.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als Beitrag zur Physiologie der dermatographischen Urticaria knüpfen HALLOPEAU und TESSIER folgende Betrachtungen an einen Fall von typischer Pityriasis rosea mit Dermographismus bei einer nicht-hysterischen Patientin. 1. Die Urticariaerscheinungen, welche meist den Dermographismus begleiten, sind nicht die Ursache, sondern die Folge der vasomotorischen Störungen, welche die nächste Ursache der

Eruption bilden. 2. Dies gilt wahrscheinlich für alle Urticariaarten. 3. Der Dermographismus scheint nicht notwendig toxischen Ursprungs zu sein. 4. Er kann mit einer lokalen Temperatursteigerung von mehr als $1,5^{\circ}$ verbunden sein. (Französische Vereinigung für den Fortschritt der Wissenschaften; Kongress Caën. 1894.)

C. Müller-Bern.

Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von E. J. FAIRLAND. (*Lancet*. 10. Aug. 1895.) Ein 25jähriger Soldat, welcher wegen Malaria-Kachexie von Honkong nach England zurückgeschickt wurde, bemerkte unterwegs eine bläuliche Verfärbung des einen Ohres und Kälte, Taubheit und Schmerzhaftigkeit der Hände und Füße. Bei der Aufnahme zeigten dieselben hochgradige venöse Stauung, Ödem und Verfärbung. Ähnliche Störungen fanden sich auch zeitweilig an beiden Ohren und der Nase. Es wurde die Amputation des rechten Fusses notwendig, aber schliesslich erholte sich der Kranke vollständig. In ätiologischer Beziehung sind hierbei die wiederholten Malariaattacken und die ungünstigen Einflüsse der Witterung bei der Seereise von Bedeutung.

Philippi-Remscheid.

Traumatische Entzündungen.

Einen Fall von Verbrennung ungewöhnlicher Intensität demonstriert KAPOSI in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Der Redner hat wohl ca. 3000 Verbrennungen gesehen, aber niemals eine von so grosser lokaler Intensität. Die Combustio escharotica betrifft fast nie die ganze Dicke der Cutis, da die tierischen Gewebe wegen ihres Wasserreichthums der Hitzewirkung grossen Widerstand leisten. Die Cutis durchgreifende Verkohlungen sind klinisch selten zu sehen, da dazu die Flammen lange einwirken müssen oder ein Wärmeträger von hoher Wärmekapazität auf der Haut haftet. Die brennenden Kleider eines Weibes bewirken immer nur Verschorfung der oberflächlichen Cutis, wenn nicht ein Metallbestandteil, ein Knopf, eine Schnalle, erhitzt, tiefergreifende Verkohlung bewirkt. Die häufigste Veranlassung für solche ist aber die Einwirkung der Hitze im Zustande alkoholischer oder epileptischer Bewusstlosigkeit oder bei lokaler Anästhesie, etwa bei Leprösen. Der vorgestellte 18jährige Patient hat sich an beiden Händen verbrannt. Man fand eine tiefgehende Verschorfung von gelblichgrünem Aussehen; die Oberfläche eingesunken. Dabei bestand nur geringe Schmerzhaftigkeit und keine schwerere Allgemeinerscheinung, wie man sie bei starken Verbrennungen findet. Bei der Abstofsung wurden alle Phalangealgelenke bloßgelegt, Muskeln, Sehnen, Periost, Gelenkbänder waren alle mortifiziert. Auch Teile des Radius und der Ulna lagen bloß. Es sind zwei Endphalangen abgefallen, alles Übrige granuliert jetzt. Der Patient war mit der Unterhaltung des Feuers unter aufgehängtem Rauchfleisch beschäftigt gewesen. Rock und Hände waren wohl mit Fett beschmiert, als sie in Brand gerieten. Nun giebt der Patient an, eingeschlafen gewesen zu sein. Aus einem normalen Schlafe wäre er aber erwacht, bevor solch tiefgehende Zerstörungen eintreten können. Es stellte sich aber heraus, daß derselbe seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an epileptischen Anfällen leidet. Es ist dem Redner zweifellos, daß die Verbrennung nur in einem Anfall postepileptischer Bewusstlosigkeit stattgehabt hat. Diese im Verein mit dem hohen Hitzegrade des auf der Haut brennenden Fettes erklärt die schweren Folgen, die rechts zum Verlust aller Finger und einiger Mittelhandknochen, links zur Amputation im Oberarm führen. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 8.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nach einer bei einem Kinde von 18 Monaten eingetretenen ausgedehnten **Verbrennung der Kopf- und Gesichtshaut** mit langdauernder Eiterung sahen BOURNEVILLE und TESSIER Störungen der Intelligenz (Launenhaftigkeit, Zornausbrüche),

mystische Delirien auftreten; das Kind starb dann mit 16 Jahren an Typhus. Die Autopsie ergab unerwarteterweise keine Veränderungen in den Meningen. (*Progrès méd.* 1896. No. 4.)
C. Müller-Bern.

THÉRY empfiehlt (*Gaz. des Hôpitaux* 16. Jan. 1896) bei **Verbrennungen die Pikrinsäure**, welche sich als ein ausgezeichnetes analgetisches, antiseptisches und keratoplastisches Agens bewährt hat. Er wendet es in gesättigten wässerigen Lösungen an: Pikrinsäure 12, warmes gekochtes Wasser 1000; erkalten lassen und dekantieren. Es werden entweder (für die Extremitäten) 5–10 Minuten lange Lokalbäder oder aber Überschläge verordnet, welche letztere nur selten erneuert werden sollen (alle drei Tage in der ersten Zeit, in längeren Zwischenräumen später). Die Heilung geht rasch vor sich, Narben sind kaum sichtbar. Eine Schattenseite des Präparates bildet seine gelbfärbende Eigenschaft, was besonders für die Haut und die wollehen Gewebe einen Übelstand bildet, während sich die Leinwand und Baumwolle leicht entfärben lassen.
C. Müller-Bern.

Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen, von Frau NAGORTE-WILBUSCHEWICZ. Die Verfasserin liefert Beläge dafür, daß die Verbrennungen jeder Ausdehnung und jedes Grades ohne Eiterung heilen können, wobei der Erfolg zum größten Teile von der Asepsis abhängt. Die Eiterung ist durchaus nicht ein notwendiges Element zur Regeneration der Gewebe, sondern eine mehr oder weniger schwere Wundkomplikation; der Grund, weshalb zufällige Verbrennungen so häufig eitern, ist darin zu suchen, daß man bei Behandlung derselben gewöhnlich so verfährt, als wenn man es mit einer nicht-infizierten Wunde zu thun hätte. Die Brandwunden werden in ihrer Entstehungsweise nur allzu häufig für aseptisch gehalten, indes enthält die Haut an ihrer Oberfläche genügend Eitererreger, um eine Kontinuitätstrennung der Haut zu infizieren, und diese Mikroorganismen widerstehen Temperaturen, die im stande sind, Verbrennungen hervorzurufen. Die Hauptbedingung einer rationellen lokalen Behandlung jeder Verbrennung besteht somit darin, die Brandwunde zu reinigen, sie aseptisch zu machen, worauf der aseptische oder antiseptische Verband nur dazu dient, die Wunde gegen neuerliche Infektion zu schützen. Wo gründliche Reinigung der Brandwunden mit zu viel Schmerzen verbunden ist, empfiehlt sich die Anwendung der Chloroformmarkose, die für die Verbrannten unschädlich ist. Für Wunden, die nicht von vornherein aseptisch waren, sondern deinfiziert worden sind, ist die Anwendung eines antiseptischen Verbandes anzuraten, der bei eiternden Wunden ausschließlich in Frage kommt.

Von den eigentlichen Topica hat Verfasserin Borsäure, Jodoform, Salol und Camphorsalol, Ichthyol, Thiol, Wismutsalze und antiseptisches Diachylon angewendet. Besonders schöne Resultate hat sie mit dem Thiol erzielt, dessen Einfluß insbesondere auf die Keratinisation ein sehr deutlicher ist. Es giebt sogar Fälle, bei welchen unter dem Thiol die Epidermis gewissermaßen hypertrophiert. Das Thiol bildet gleichzeitig einen Firnis, welcher die Brandwunde vollständig schützt. Dem Ichthyol zieht Verfasserin das Thiol weit vor, weil es nur sehr geringe und kurzdauernde Schmerzen verursacht, während das Ichthyol ein, wenn auch ebenfalls vorübergehendes, aber unerträgliches Jucken hervorruft. Dazu kommt noch, daß das Thiol nur wenig und eher angenehm, das Ichthyol aber stark nach Petroleum riecht.

Verfasserin teilt den Verlauf zahlreicher Einzelfälle mit, in denen die Brandwunden, nachdem sie je nach den Verhältnissen der Verbrennungen mit Karbolsäure, Sublimat, Äther, Borwasser etc. sorgfältigst gereinigt waren, mit Thiol liquidum eingepinselt und mit Watte verbunden wurden. Unter diesem Verband fand glatte Heilung und Neubildung der Haut statt. (*Therap. Wochenschr.* 1896. No. 5 u. 6.)

Zwei Fälle von Gangrän der Finger nach Verätzung, von TRIER. (*Therap. Monatsh.* Februar 1896.) Im ersten Falle handelt es sich um Gangrän von zwei Fingern nach Umschlägen mit einer, in ihrer Stärke unbekanntem alkoholischen Karbolsäurelösung, welche durch 12—15 Stunden fortgesetzt wurden. Im zweiten Falle stellte sich eine Gangrän der Fingerspitzen bei einem Manne ein, der, um Mais zu säen, Holzasche in die Erde hineingelegt hatte. Es waren die Erscheinungen sofort danach aufgetreten. Nur die Holzasche konnte die Ursache sein, trotzdem dieselbe von anderen Familienmitgliedern ohne Schaden berührt worden war.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurotische Entzündungen.

Dermatoneurosen oder Hautaffektionen nervösen Ursprungs, von A. MORAGA (Santiago de Chile, 1895). Nachdem Verfasser auf Grund verschiedener Thatsachen (Heredität, besondere Art des Auftretens und Verschwindens ohne nachweisbare Ursachen, Auftreten bei nervös beanlagten Individuen, Bestehen von Störungen der trophischen Innervationszentren etc.) die Berechtigung der Annahme einer besonderen Klasse von Hautaffektionen unter der Bezeichnung von Dermatoneurosen nachgewiesen hat, giebt er eine Klassifikation dieser letzteren, welche bis auf wenige Abänderungen mit derjenigen von LELOIR übereinstimmt. In einem dritten Abschnitt giebt er dann die Beschreibung und Therapie einzelner dieser Dermatoneurosen. Die Acne rosacea, wenigstens in ihrem ersten, erythematösen Stadium, betrachtet er ebenfalls als eine Trophoneurose der Haut.

C. Müller-Bern.

Die spinale Metamerie und die periphere Verteilung des Zoster, von BRISSAUD. (*Bull. méd.* 1896, No. 4.) Es ist eine allbekannte Thatsache, daß der Ausleitungsbezirk eines Herpes zoster bei weitem nicht immer dem Verlaufe eines bestimmten Nerven genau entspricht, vielmehr auf das Innervationsfeld benachbarter Stämme übergreift; dies ist besonders für die untere Thorax- und Lumbalgegend der Fall. Mit der Annahme von Anastomosen kann dieses Verhalten nicht erklärt werden, da solche höchstens zwischen dem 2. 3. und 4. Interkostalnerven, und zwar mittelst ganz dünner Fasern besteht. Der Sitz der Nervenläsion, welche den Zoster verursacht, ist entweder ein peripherer (sympathisches Ganglion oder peripherer Nerv) oder aber ein zentraler (hintere grade Rückenmarksäulen). Nur im ersteren Falle entspricht nun der Hautausschlag in seiner Verteilung genau dem Nervenverlaufe. Bei zentralem Sitze der Läsion hingegen greift die Eruption auf benachbarte Bezirke über, indem der entsprechende Rückenmarksquerschnitt Fasern zu verschiedenen sympathischen Ganglien sendet und überhaupt die Metamerie im Rückenmarke im embryonalen Leben und beim Erwachsenen bedeutend differiert.

C. Müller-Bern.

Zur Unterscheidung des Herpes (labialis, präputialis etc.) besonders von den Plaques muqueuses giebt FOURNIER folgende Merkmale an: Der weißliche Saum um die rote Herpeseruptionen, welcher einen Überrest des Bläschens darstellt; die mikrocyklischen Umrisse, welche nur mit Hilfe einer guten Lupe nachgewiesen werden können; die außerordentliche Hartnäckigkeit, mit der der Herpes labialis jeder Behandlung trotzt. Außerdem ist der Herpes schmerzhafter, die Läsionen dünner, die Färbung milchartig. (*Rev. intern. de méd. et de chir.* Jan. 1896.)

C. Müller-Bern.

R. HELLER beobachtete einen Fall von **Herpes pharyngis**, der sich von den bisher publizierten durch folgende Punkte unterschied: Beiderseitiges Auftreten des Herpes am harten und weichen Gaumen, den Gaumensegeln und Epiglottis; Larynx frei. Fehlen jeder herpetischen Eruption der äußeren Haut und der Lippen. Völliges

Freibleiben der Nasenschleimhaut. Nachträgliche Parese des Gaumensegels. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 30; *Allgem. med. Centralztg.* 1895. No. 25.)

C. Müller-Bern.

Über Erythromelalgie, von S. PAJOR. (*Gyógyászat*, 1895, No. 51.) Verfasser geht nach Besprechung der bis jetzt publizierten Fälle über auf die Beschreibung zweier von ihm beobachteten Fälle. Der erste Fall betrifft eine 29jährige Erzieherin, bei der seit fünf Jahren in verschiedener Intensität und häufigen Remissionen in der Gegend beider Fersen und großen Zehen, später auch in allen Zehen intensiv brennende Schmerzen auftraten; die Haut daselbst war stets gerötet, ödematös geschwellt. Nach jedem Anfälle, welche sich in der Regel im Herbst und Winter einstellten, mußte die Kranke stets das Bett oft wochenlang hüten. Patientin führt ihre Erkrankung auf eine Erfrierung zurück. Nach wiederholter Massage und milden Kaltwasserkuren — sie nahm auch einige Monate Arsen — hat sich der Zustand wesentlich gebessert. — Der zweite Fall betrifft eine 35jährige Tagelöhnergattin, bei der seit zwei Jahren anfallweise anfangs in den Fingern der rechten Hand, später auch in denen der linken Hand starke Schmerzen mit Hitzegefühl und ausstrahlenden Stichen bis zum Ellenbogengelenke sich einstellten. Die linken Finger sind in ihrer ganzen Länge, der zweite und dritte Phalanx der rechten Hand sind stark gerötet, ödematös und schmerzhaft, die Phalangealgelenke unbeweglich. Diese Erscheinungen pflegen sich zurückzubilden, bisos die Nägel bleiben unverändert, die rissig und schmutziggelblich verfärbt sind und ihren Glanz verloren haben. Während der Anfälle ist die Patientin arbeitsunfähig. — Verfasser hält die Erythromelalgie für keine selbständige Erkrankung, glaubt nicht, daß selbe cerebralen oder spinalen Ursprungs ist, nimmt eher eine peripherische Neuralgie an.

A. Aschner-Budapest.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Die Bedeutung der Kongestion in der Pathologie der Harnorgane, von ARTH. SCHUBERT. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1895. No. 42.) Die Bedeutung der Kongestion für den Verlauf der Harnkrankheit ist empirisch sichergestellt. Bei der Blennorrhoe muß in der Therapie jede Kongestion vermieden werden. Nicht durch Injektionen wird die Pars posterior nach Überwinden des Compressors infiziert, sondern durch abnorme Reizung; diese muß deshalb vermieden werden. Deshalb sind nötig: reizlose Diät, milde Injektionen, Verhütung von Erektionen, Sorge für Stuhl. Bettruhe ist nicht angezeigt, da dieselbe die Kongestion zu den Unterleibsorganen steigert. Die Bedeutung der Kongestion für die Cystitis ist am leichtesten zu erkennen bei der Blasen tuberkulose. Die Tuberkelknötchen rufen eine Kongestion, diese die dysurischen Beschwerden und den Katarrh hervor. Hier sind also besonders lokaltherapeutische Maßnahmen kontraindiziert, da sie Kongestion hervorrufen. Dasselbe gilt von der Cystitis bei Prostatahypertrophie, bei Strikturen, bei Calculus vesicae. Die Cystitis der Frauen beruht auf Genitalleiden, der kongestive Zustand ist das primäre, Bakterieninvasion das sekundäre. Antikongestive Maßnahmen sind deshalb zu treffen. Die Schädigung durch völlige Entleerung bei bestehender Harnverhaltung tritt ein durch Steigerung der vorhandenen Kongestion. In allen Cystitisfällen ist die Rückenlage und der Schlaf schädlich, da der Blutzufuß zur Blase ein größerer ist. Ebenso bringt dieser Verschlimmerung der Beschwerden bei Strikturkranken. Die Blutungen bei Blasen neubildungen sind nicht durch ulcerösen Zerfall, sondern durch vermehrten Blutzufuß bedingt; sie entstehen per rhexin. Ebenso will der Verfasser die Hämoglobinurie, die Albuminurie mit Kongestionen in Zusammenhang bringen. Bei der Prostatahypertrophie ist das Verhältnis der Kongestion zur Ausbildung des Symptomen-

bildet ein sehr inniges, ein Gesichtspunkt, der nach des Verfassers Auffassung nur von der französischen Schule beherzigt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Diskussion: Dr. ZÖGE VON MANTEUFFEL verkennt keineswegs die Bedeutung der Kongestion, hält es aber nicht für angängig, die verschiedensten Erkrankungen der Harnorgane durch den Kongestionszustand zu erklären. Bei der Blennorrhoeinfektion muß für den Verlauf der Erkrankung vielmehr die Menge des aufgenommenen Virus verantwortlich gemacht werden; dieselbe hängt direkt vom Kaliber der Harnröhre ab; manche Individuen reiten, trinken etc. mit frischer Blennorrhoe völlig ungestraft, und zwar diejenigen, bei welchem sich Enge des Orificiums und der Harnröhre konstatieren läßt.

Die plötzliche Entleerung der Blase bei Ischurie kann für sich allein ein Urethralfieber — namentlich von so deletärem Verlaufe, wie ihn der Vortragende geschildert hat — nicht bedingen. Hier kommen doch wohl stets Keime in Betracht, die auch aus der Harnröhre stammen können.

Die von den Franzosen so allgemein angeschuldigte Kongestion kann in Form der venösen Hyperämie für die hypertrophische Prostata von Bedeutung werden. Die in solchen Fällen vorgenommene Kastration hat sich nicht bewährt, sie hat sogar zum Ausbruch unheilbarer Psychose geführt.

Dr. A. VON BERGMANN: Es existiert eine Anzahl von Beobachtungen, in welchen bei Prostatikern dem Katheterismus letale Blutungen gefolgt sind. Die Ausführungen des Herrn Dr. SCHUBERT erscheinen zu spekulativ gefärbt; seine Erklärung des Falles von Diabetes insipidus befriedigt nicht. Mit der Diagnose „kongestive Blutung“ aus den Harnwegen muß man sehr vorsichtig sein. Nierencarcinome können sich sehr langsam entwickeln. Nach LE DENTU können zwischen der ersten Blutung und dem Auftreten eines nachweisbaren Tumors 5—7 Jahre liegen. In einem Falle des Redners vergingen von der primären Blutung bis zum Exitus zwölf Jahre. Die anfänglichen, kurzdauernden Blutungen waren auf Blasenhamorrhoiden bezogen worden. Ein Tumor konnte erst drei Jahre vor dem Tode nachgewiesen werden.

Dr. ED. SCHWARZ: Die Erklärung der höchst interessanten Beobachtung, daß der Kranke mit Diabetes insipidus nachts 16 mal mehr Urin entleerte als tags — durch Kongestion in den Harnorganen zur Zeit des Schlafes — ist durchaus gewagt. Die Annahme, daß eine veränderte Thätigkeit der Vasomotoren im Schlafe die Kongestion verursacht, ist rein hypothetisch.

Dr. A. SCHUBERT: Mein Vortrag beruht nicht auf Hypothesen, sondern auf am Krankenbett gemachten Beobachtungen. Die französische Schule, an ihrer Spitze GUYON, hat seit Jahren mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß wir in der Kongestion der Harnorgane — auf welchem Wege sie auch ausgelöst sein mag — ein bedeutendes Moment von pathogenetischer Dignität zu erblicken haben.

Die Propagation des blennorrhoeischen Prozesses wird von allen Momenten begünstigt, die Kongestionen erzeugen. Es ist vollkommen müßig, sich irgend welchen Vorstellungen über den Zusammenhang der Menge des aufgenommenen Virus, d. h. der numerischen Stärke der Gonokokken mit dem Verlaufe der Krankheit hinzugeben. Das bakteriologische Moment allein kann zur Erklärung der der plötzlichen Entleerung des Harnes folgenden Cystopyelitis nicht genügen, reine Katheter vorausgesetzt. Ein weiteres, begünstigendes Moment liegt in der durch die Harnverhaltung an sich hervorgerufenen Kongestionierung des ganzen Systems, der Blase und der Nieren und in der der Entleerung folgenden Hyperämie ex vacuo. Den Umfang und die Bedeutung der letzteren hat Herr v. BERGMANN durch sein Beispiel von letaler Blutung nach Katheterismus genügend illustriert.

Dr. N. v. STRYCK: Die Cystitis der Frauen ist nicht ausschließlich als sekundäre

Erkrankung bei Genitalleiden aufzufassen, sie kommt auch bei sonst ganz gesunden Frauen zur Beobachtung.

Dr. A. v. BERGMANN: Die von SCHUBERT gezogene Parallele zwischen kallöser Striktur und Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut ist wohl dahin richtig zu stellen, daß Vortragender nicht die kallöse Striktur, sondern die Schwellungsstriktur der Harnröhre gemeint hat. Die günstigen Resultate bei Entfernung des mittleren hypertrophischen Prostatalappens beweisen, daß die mechanische Erklärung der Störungen bei Prostatahypertrophie nicht von der Hand zu weisen sind. Daß die Erfolge der Kastration bei Prostatahypertrophie durch Schwinden kongestiver Zustände zu erklären ist, erscheint nicht plausibel, da es sich in den einschlägigen Fällen um alte Individuen oft mit Hodenatrophie handelt, bei denen von Kongestion wohl nicht mehr die Rede sein kann.

Dr. A. SCHUBERT: Daß bei der Prostatahypertrophie die Kongestion eine wichtige Rolle spielt, beweist die Thatsache, daß nach der Kastration Erektionen sich wiedereinstellen können. Auch ist oft schon nach wenigen Tagen ein Rückgang der Symptome, z. B. des erschwerten Harnens, zu konstatieren, was sich doch am besten durch Abschwellung des kongestionierten Organs erklären läßt.

Dr. ZÖGE v. MANTZUPPEL bemerkt Herrn Dr. v. BERGMANN gegenüber, daß er sich nur gegen die Auffassung ausgesprochen habe, nach der die plötzliche Entleerung der Blase für sich allein durch Kongestion zum Urethralfieber führen könne. Die Frage der Blutungen habe er nur indirekt gestreift.

Prof. K. DEMIO: Wie in letzter Zeit gegenüber der bakteriellen Infektion die Bedeutung der Disposition für die Genese der Infektionskrankheiten wieder in den Vordergrund gestellt wird, so scheint auch S. in der Pathologie der Urogenitalkrankheiten die Kongestion gegenüber den pathogenen Mikroorganismen stärker als bisher betonen zu wollen. Gewiß steckt darin ein richtiges Moment. Doch darf die Bedeutung der Kongestion nicht überschätzt werden. Dieselbe scheint immer nur ein disponierendes Moment zur Entstehung oder Ausbreitung von entzündlichen, blennorrhöischen und tuberkulösen Prozessen abgeben zu können.

Dr. J. VIEBHUFF erwähnt einen Fall, in welchem die Kongestion als Ursache einer Nierenblutung angesehen werden muß. Eine junge, etwas anämische Frau, gravid im sechsten Monat, erkrankte plötzlich an Nierenblutungen. Schmerzhaftigkeit der einen Nierengegend und des entsprechenden Ureters; kein Albumen im Harn. Die Blutung sistierte auf Morphinum, Eisbentel etc.; es folgte keine Frühgeburt. Die Blutung hat sich nicht wiederholt.

H. *Einhorn-München.*

Ein Fall von offenbarem Hermaphroditismus, von FRANCIS MINOT, M. D. (*Boston. med. Journ.* 1. August 1895.) Patientin ist als Frau gekleidet, 25 Jahre alt, groß, muskulös und von dunkler Gesichtsfarbe. Ein Bart ist nicht vorhanden, die Brüste sind männlich, die Stimme tief. Hat niemals menstruiert.

Die Clitoris hat die Form und das Aussehen einer gewöhnlichen Glans penis mit einem Präputium, das sie zum Teil bedeckt, unten aber gespalten ist und so genau das Aussehen eines circumcidierten Organs hat. Unter der Clitoris ist die Urethra und unter der Urethra der Introitus vaginae mit einem Hymen. Der Finger dringt leicht etwa einen Zoll weit in die Vagina ein, ein Cervix oder ein anderes Organ kann nicht gefühlt werden. Beide Labien sind normal entwickelt. Patientin giebt an, daß, wenn sie sich anstrengt, etwas in das linke Labium „herunterkommt“ und wirklich ist, wenn sie versucht, zu pressen, bei ihr eine Hernie an dieser Stelle zu sehen. Verlangen nach geschlechtlichem Verkehr hat sie nicht, auch keine wollüstigen Sensationen in der Clitoris. Ihre Mutter giebt an, daß ihre Tochter die Gesellschaft von Männern meide.

C. *Ries-Stuttgart.*

Demonstration eines Cystoskops, von GÜTERBOCK. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 29.) Verfasser hat das NITZSCHE Instrument in der Weise modifiziert, daß er demselben schwache Thompsonkrümmung gab und Fenster für Lampe und Prisma in den Schaft des Instruments (statt in den Schnabel) verlegte. Lampe und optischer Apparat sind nun nicht mit diesem Katheterrohr fest verbunden, sondern sitzen in einem gradlinigen Mandrin, der in den Katheter eingeführt werden kann. Will man nun spülen oder Flüssigkeit nachfüllen, so nimmt man sie heraus, und führt statt dessen einen Spülmandrin ein. Die Vorzüge des Instruments liegen auf der Hand: man braucht zur Cystoskopie nur ein Instrument einzuführen, dies hat keine scharfwinkelige Krümmung, man kann die Lampe und Prisma leicht entfernen, wenn sie mit Blut oder Schleim bedeckt ist, man kann den getrübbten Blaseninhalt durch neue Flüssigkeit ersetzen etc. etc.

F. Hahn-Bremen.

Endoskopische Enttäuschungen, von v. DITTEL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 30.) Daß er großer Förderer der Cystoskopie ist, kann Verfasser nicht besser beweisen, als indem er auch seine cystoskopischen Irrtümer dem Leser vor Augen führt. Daraus kann man mehr lernen, als aus manchen Berichten über ruhmvolle Leistungen. Man schöpft daraus die nicht genug zu beherzigende Lehre, in der Deutung des Gesehenen vorsichtig, sehr vorsichtig zu sein. Wenn solche Irrtümer einem v. DITTEL passieren können, wie behutsam in ihren Diagnosen müssen erst die *Dii minorum gentium* sein. Die Fälle sind kurz folgende: 1. Verwechslung von verhorntem Blasenepithel mit Narben; 2. blutende Schleimhautfalten werden für einen Tumor gehalten; 3. ein in einem Divertikel verstecktes Papillom wird nicht entdeckt; 4. ein mit Phosphaten bedeckter Tumor wird für einen Phosphatsteine gehalten; 5. Blutgerinnungen werden für Polypen gehalten; 6. eine circumskripte Phlegmone wird für ein infiltrierte Carcinom gehalten. Alle Ehre dem Verfasser, wenn er bei seinem großen Material seit 1879 nur über sechs Fehldiagnosen berichten kann! Andere würden es vielleicht in einem Jahre fertig bekommen; ob sie aber darüber berichten würden?

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cystoskopie, von L. CASPER. (*Real-Encyclopädi. d. ges. Heilkde.* III. Aufl.) Verfasser schildert in klarer Weise die Entwicklung der Cystoskopie, das Instrumentarium in seinen verschiedenen Konstruktionen, den Katheterismus der Harnröhre mit seinem Instrument, die Technik und die Bedeutung der Cystoskopie, alles durch Illustrationen erläutert. (Wenn Verfasser sagt, daß NITZSCHE Cystoskop zur Harnleitersondierung vor der Konstruktion seines Instrumentes noch nicht käuflich zu haben war, so ist das richtig. Bekannt gemacht und demonstriert ist dasselbe aber schon ein Jahr vorher auf der Wiener Naturforscherversammlung. Referent wohnte selbst der sehr besuchten Demonstration bei und hatte, wie alle Zuhörer, Gelegenheit, das Instrument zu betrachten).

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Phimose als Ursache einer perversen Sexualempfindung, von A. G. WOLLENMANN. (*Der ärztl. Prakt.* 1895. No. 28.) Ein mit starker Phimose behafteter junger Mensch empfand bei der ersten Ausübung des Coitus einen heftigen Schmerz und bekam seitdem eine Abneigung gegen den normalen sexuellen Verkehr. Dagegen verfiel er unter Einfluß eines Verführers der mutuellen Onanie. Erst als die Phimosis operativ beseitigt war, hörte sein Hang zum männlichen Geschlechte auf und schwand die perverse Sexualität.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine durch das unvermutete Vorhandensein von Kondylomen bedingte Phimose, welche Gumma des Penis vortäuschte, von A. B. GAITHER. (*Med. News.* 3. August 1895.) Ein 30jähriger Mann kam wegen Anschwellung des Penis

und Ausfluß aus dem Vorhautraum zur Aufnahme. Der Zustand hatte seit fünf Monaten bereits bestanden und hatte sich stetig verschlimmert. Das Glied war um das Dreifache geschwollen, und auf dem Dorsum fand sich ein kleinbohnengroßes Geschwür, welches mit dem Sulcus retroglandularis kommunizierte. Wegen der prallen Infiltration des ganzen Gewebes mit einzelnen weicheren Stellen schwankte die Diagnose zwischen Gumma und Epitheliom. Nach Spaltung der Vorhaut indessen fand es sich, daß diese Erscheinungen durch eine zahllose Aussaat von Kondylomen auf der Glans und dem inneren Blatt des Präputiums bedingt waren. Nach Excision, Kauterisation mit Salpetersäure und Nachbehandlung mit Extractum fluidum euphorbiae piluliferae trat völlige Heilung ein.

Philippi-Remscheid.

Ein Fall von Tetanus nach Circumcision bei einem Säugling. Genesung, von A. SCHIRMAN. (*New York med. Journ.* 3. August 1895.) Bei einem acht Tage alten Kinde war die rituelle Circumcision ausgeführt worden, wobei die Wunde ziemlich mangelhaft verbunden wurde. Drei Tage später wurde ausgesprochener Trismus und Tetanus konstatiert, aber ohne Fieber und ohne Albuminurie. Unter geeigneter Behandlung (heiße Sandsäcke, warme Bäder zweimal täglich, ferner Enemata mit Chloralhydrat, Cognac, Extractum conii und Bromkalium) trat sofort etwas Besserung ein, und zehn Tage später konnte das Kind schon wieder aus der Saugflasche trinken.

Philippi-Remscheid.

Eine geschlechtliche Hyperästhesie im Zusammenhang mit der Kürze des Frenulum penis, von M. FÉRE. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 9.) Verfasser glaubt, daß für die Abtragung des zu kurzen Frenulums die Grenzen weiter gesteckt werden dürfen, als es üblich ist. Er meint, daß eine weitere Anzeige hierfür in derjenigen geschlechtlichen Hyperästhesie gegeben sein könne, welche vorzeitige Ejakulationen und abnorme geschlechtliche Gefühle hervorrufe. Ausführlich schildert er sodann den hier in Betracht kommenden Fall, wobei es sich um einen 30 jährigen kräftigen, allerdings hereditär belasteten Fabrikanten handelte. Durch die Lektüre eines einigermaßen ähnlichen Falles in KRAFFT-EBINGS „*Psychopathia sexualis*“ aufmerksam gemacht, veranlaßte FÉRE auch bei seinem Patienten die Abtragung des abnorm kurzen Frenulums, worauf die übergroße geschlechtliche, aber perverse Erregbarkeit und sonstige krankhafte Sensationen rasch verschwanden. Die Wirkung des kleinen Eingriffes sei eine doppelte: er unterdrücke eine reizende Spannung und schaffe der Erektion Spielraum, indem er die völlige Ausdehnung der erektilen Organe begünstige.

Doch sei Individualisieren nötig; ein Teil der geschlechtlichen Perversionen beruhen auf einem Schwächezustand, hier könnte die kleine Operation durch Herabsetzung der reflektorischen Erregbarkeit auch Schaden stiften. *Neuhaus-München.*

Über einen Fall von Epispadia glandis et penis mit ungespaltenem Präputium, von F. KORNFELD. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Ein 26 jähriger Kellner zeigt eine ungleichmäßige Ausbildung der beiden Corpora cavernosa penis, daher ist der Penis nach links gedreht. Das Corpus cavernosum urethrae ist ungespalten. Das normale Präputium deckt an der oberen Fläche einen länglichen Defekt, der bis in den Schaft des Gliedes hineingeht. Eine derartige Epispadie, die sich nicht auf die Glans beschränkt, mit normalem Präputium ist noch nicht bekannt. Auffallend war hier auch, daß die Pulsation der Arteria dorsalis penis seitlich von den Corpora cavernosa urethrae fühlbar war. Bei den weiteren Ausführungen wendet sich Verfasser gegen die entwicklungsgeschichtliche Erklärung, die KAUFMANN für diese Fälle giebt.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Die Beseitigung der Krümmung bei Hypospadiä, von JULIUS HORVATH. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 32.) Durch die üblichen Operationsmethoden wird nach Verfassers Meinung bei der Hypospadiä wohl ein besseres Urinieren geschaffen, aber nicht die für die Kohabitation so hinderliche Krümmung des Penis beseitigt. Er hat deshalb an einen viermal von BILLROTH operierten Patienten die doch noch bestehende Krümmung durch eine neue Operationsmethode beseitigt. Unter Kokainanästhesie durchtrennte er unter Spannung des Penis an der Knickungsstelle durch einen Querschnitt Harnröhre und Bändchen bis auf den Schwellkörper, präparierte die Haut in der Umgebung der Wunde vom Schwellkörper ab, bis die Spannung ganz vollkommen beseitigt war. Bedecken der Wunde mit Haut; Naht; Jodoformkollodium; weicher Katheter; Heilung per primam. Jede Krümmung war dauernd beseitigt; die Harnröhre war auf eine Länge von $2\frac{1}{2}$ cm unterbrochen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine seltene Abnormität des Penis, von E. C. VON LEERSUM. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 47.) Bei einem sieben Monate alten Knaben ging die Haut von der Symphyse direkt auf das Scrotum über. Dem Sitz des Penis entsprechend war eine kleine Öffnung; stülpte man hier das Scrotum ein, so kam man in der Tiefe auf den normal geformten Penis. Das Kind urinierte ungehindert, hatte nur eine starke Intertrigo bekommen. Der Verfasser hat die kleine Öffnung erweitert und die innere Platte des Präputiums von der Glans abpräpariert, um dem Penis bei weiterem Wachstum das Hervortreten zu ermöglichen. Ein momentaner Erfolg wurde nicht erzielt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In einem Falle von **Epitheliom des Penis** machte GOLLOZI die Amputation mit der galvanischen Schlinge. Die Corpora cavernosa waren bis zur Peniswurzel carcinomatös infiltriert. Als prädisponierendes Moment zu dieser, nach G.'s Ansicht wahrscheinlich parasitärer Affektion führt er die Phimose an, welche bei unreinlichen Individuen zu Balanoposthitis führt. (*Rif. med.* 1895. No. 288.) *C. Müller-Bern.*

Ein Fall von Brand des Hodensackes, von ALLEN. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 4.) Es wird über einen sehr merkwürdigen Fall von Gangrän des Scrotums berichtet, die drei Monate nach weichem Schanker und vereiterem Leistenbubo aufgetreten war. Fast der ganze Hodensack war ergriffen; nach Abstoßung der kranken Teile kam man dazu, die gänzlich entblösten Hoden mit den Resten der Skrotalhaut zu bedecken. Verfasser konnte zehn ähnliche Fälle aus der Litteratur sammeln. Nervösen Ursprung der Gangrän weist er zurück, stellt sich vielmehr auf die Seite derjenigen, welche bacilläre Infektion annehmen, ohne jedoch für einen der folgenden Bacillen sich zu erklären: *Staphylococcus pyogenes aureus*, *Bacillus aërogenes capsulatus*, *Bacterium coli*, *Bacillus des Oedema malignum*. Zur Kastration solle man sich in Fällen von Hodensacksbrand zunächst nicht entschließen, sondern stets versuchen, selbst mit geringen Resten des Hodensacksgewebes die Defekte zu decken.

Neuhaus-München.

Haematoma scroti nach Asphyxie, von HANS RENTMANN. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Ein Kind, das in utero während der eklamptischen Anfälle bereits Asphyxie einmal durchgemacht, sich aber von derselben erholt hatte, kommt wegen Vergrößerung der Austreibungsperiode asphyktisch zur Welt, wird aber wiederbelebt. Am zweiten Tage wird eine Hämatombildung am Scrotum erkennbar, die in den nächsten fünf Tagen noch zunimmt. Nach einer Incision entleert sich flüssiges, schwarzes Blut; trockener Jodoformverband. Heilung ohne Eiterung. Verfasser legt das Hämatom der Asphyxie und nicht den zur Wiederbelebung getroffenen Maßnahmen — SCHULESche Schwingungen — zur Last. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Blennorrhoe und Komplikationen.

Ein Fall von Talgdrüsenblennorrhoe und Narbenkeloid des Penis, von SAMUEL BAUMGARTEN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 24.) CAMPANA hat zuerst eine blennorrhoeische Erkrankung der Talgdrüsen des Penis nachgewiesen. Einen derartigen, mikroskopisch untersuchten Fall teilt der Verfasser mit. Die Disposition mag das Vorhandensein von Komedonen in der Penishaut geben; nach Entfernung derselben sind die Talgdrüsen mit den erweiterten Mündungen der Infektion besonders leicht zugänglich. Es handelt sich um einen 30 Jahre alten, seit fünf Jahren an Blennorrhoe leidenden Patienten; daneben treten häufig Furunkel am Penis auf. An der Penishaut findet man Komedonen und auf der Unterfläche rechts von der Mittellinie eine punktförmige Öffnung, aus der sich auf Druck Eiter entleert. Die Öffnung führt in einen 5 mm nach vorn dringenden Kanal. Diese blennorrhoeische Talgdrüse wurde exstirpiert, ebenso ein nach einem Furunkel entstandenes Keloid. Im Epithel der Drüse und auch zwischen den Bindegewebsbündeln der Wand, ebenso im Sekret der Drüse waren Gonokokken in reichlicher Zahl vorhanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Der blennorrhoeische Rheumatismus beim Neugeborenen, von HAUSHALTER. (*Arch. clin. de Bordeaux.* 1895. No. 11.) In einer statistischen Zusammenstellung gelang es C. LUCAS, 27 Fälle von blennorrhoeischem Rheumatismus beim Kinde zu sammeln, und zwar 13 nach Vulvovaginitis, 1 (vierjähriger Knabe) nach Blennorrhoea urethrae, 13 nach Conjunctivitis blennorrhoeica und 10 bei Neugeborenen nach purulenter Ophthalmie. Diesen letzteren 10 reiht nun H. einen ferneren an mit der Diagnose: Gonarthrits blennorrhoeica dextra, mit Tendovaginitis der Flexoren des linken Vorderarms (Schwellung der Hohlhand, Handgelenk- und Vorderarmgegend). In dem schwachgetriebenen Inhalt des Kniegelenkes fand H. zahlreiche multinukleäre Leukocyten, aber keine Art von Mikrokokken. Das Kind verließ die Klinik 24 Tage nach dem Beginn der Arthropathie, vollständig geheilt und ohne daß die Affektion irgend welche Spuren hinterlassen hätte, wie dies beim Neugeborenen aus der vorliegenden Statistik zu geschehen pflegt.

C. Müller-Bern.

Behandlung des Tripperrheumatismus durch Terpentinbäder, von BALZER. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 10.) Die zu verwendende Mischung enthält:

<i>Sapo viridis</i>	200
<i>Essentia terebinthina</i>	100.

Will man ein Vollbad anwenden, prüfe man die Empfindlichkeit des Kranken und verwende zunächst bloß 200 g der Mischung; allmählich steige man auf 500 g.

Für örtliche Bäder nehme man 40—50 g; der Kranke nehme sie so heiß als möglich, 10—15 Minuten lang.

Diese Bäder sollen erst nach Ablauf der akuten Erscheinungen in Anwendung kommen.

Bei 16 so behandelten Kranken erzielte BALZER Heilungen oder beträchtliche Besserungen; durchschnittlich wurden 10—15 Bäder genommen.

Neuhaus-München.

Cystitis chronica blennorrhoeica, geheilt durch Influenza, von BERTHOLD GOLDBERG. (*Centrabl. f. inn. Med.* 1895. No. 26.) Blasenentzündungen im Verlaufe der Influenza sind beobachtet, nicht aber die Heilung einer vorher bestandenen Cystitis durch dieselbe, wie sie Verfasser hier schildert. Ein Arbeiter leidet seit 1½ Jahren an einer blennorrhoeischen Cystitis, die durch Behandlung gebessert, aber lange nicht geheilt ist. Der Harn ist stets eiterig-trübe. Nach einer mehrere Tage dauernden Influenza war aber der Harn mit einem Male vollkommen klar geworden, ohne jede

Trübung, und blieb es auch. Dabei waren auch alle subjektiven Beschwerden geschwunden; Diätfehler, die früher stets Exacerbation bewirkt hatten, schadeten dem Patienten absolut nicht mehr. In der That ist diese vollständige, plötzliche Heilung sehr auffallend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Bemerkungen über die Behandlung der Cystitis, von GARDNER W. ALLEN. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 5.) Die größte Zahl der Blasenentzündungen stammen vom Tripper her, und fast stets ist die Entzündung am Blasen Hals lokalisiert. Die Ätiologie der nicht blennorrhöischen Cystitiden ist schwer zu ergründen; bei vielen geht ein Katarrh der hinteren Harnröhre vorher, dem eine Entzündung der Pars prostatica mit oder ohne Beteiligung der Samenbläschen folgt; wiederholte geschlechtliche Aufregungen sind die erste Ursache. Der Beginn ist schleichend, die Neigung zur Heilung gering.

Als innerliche Arzneimittel empfiehlt Verfasser die salinischen Diuretica und besonders das Natrium benzoatum. Zur örtlichen Behandlung preist er die Spülungen mit gesättigten Borsäurelösungen und in schweren Fällen mit Höllenstein bis höchstens 1%, sowie mit Kalium permanganatum $\frac{1}{4000}$ — $\frac{1}{5000}$. Bald reussiert man mit Argentum nitric., wo man mit Kalium permanganatum nichts erreichte, und bald ist's umgekehrt.

Dr. MARRIN lobt die Wirkungen eines neuen Antisepticums, das Trikesol, welches die Bakterien töte, ohne das Gewebe zu reizen.

Neuhaus-München.

Zur Behandlung der akuten und chronischen Cystitis colli blennorrhöica und der hartnäckigen Formen von chronischer Blennorrhöe, von KARL RIES. (*Therap. Monatsh.* 1895. No. 9.) Die therapeutischen Mafsnahmen bei der akuten Cystitis colli blennorrhöica bestehen meist in Sitzbädern, Suppositorien von Morphinum hydrochloricum à 0,003—0,015, Kokaineinspritzungen, in der Applikation von warmen Umschlägen, Kataplasmen auf Blase und Dammgegend, Suppositorien von Extractum Belladonnae, Pulvis Doveri, Bettruhe und schließlich das beste und wirksamste von allen Medikamenten, der Balsamica, Balsamum Copaivae oder noch besser das Oleum ligni Santali in großen Dosen (dreimal täglich 20 Tropfen zusammen mit etwas Oleum Menthae piperitae als Corrigens oder als Capsulae gelatinosae mit 0,3 pro Kapsel, dreimal täglich 2—3 Kapseln zwischen den Mahlzeiten oder bald nach denselben zu nehmen). Wirkt alles das nicht, dann wendet man die von ULTZMANN geübte Methode der Irrigation mit Argentum nitricum an, die im Prinzip nichts anderes als die sog. DIDAYsche Irrigation ist. Die Lösung von Argentum nitricum braucht nicht stärker als 1:1000 zu sein. In weit ausgedehnterem Mafse wird die Durchspülungsmethode angewandt in den subakuten und chronischen Fällen der Urethritis anterior et posterior, besonders in Fällen, wo noch größere Schleimhautflächen erkrankt erscheinen.

Bei circumskripten hartnäckigen Formen, wo schon submuköse Infiltrate vermutet werden dürfen, spritzt man, nachdem man 1—2 Mal die hintere, bezw. vordere Harnröhre mit einer lauwarmen Lösung von Argentum nitricum (1:1000) durchgespült hat, durch die vordere Harnröhre 1—2 Spritzen einer heißen Lösung in derselben Konzentration, indem man gleichzeitig das Orificium externum um den Katheter komprimiert, um so möglichst alle Stellen der Harnröhre zu treffen.

L. Hoffmann-Berlin.

Eiterige blennorrhöische Hodenentzündung, von ROUTIER. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 10.) Als der Verfasser zunächst die Eiterung sah, glaubte er, eine tuberkulöse Epididymitis vor sich zu haben, aber die bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein einer einfachen blennorrhöischen Komplikation; ei Abscess im Niveau des Nebenhodens bildete sich aus, 14 Tage nach der Infektion.

Im Eiter fanden sich Gonokokken. Ihr Eindringen in die Samenwege hatte die Hodenentzündung hervorgerufen. ROUTHIER glaubt, daß der Gonococcus in den Samenwegen verbleiben kann, ohne immer Hodenentzündung hervorzurufen; freilich infiziert er diese Teile in gewissen, nicht ganz klaren Fällen.

Aus dem Absceß gingen einige Eiterstücke heraus, in welchen die Form eines Nebenhodenschlauches zu erkennen war. *Neuhaus-München.*

Über die Häufigkeit der Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei der Epididymitis blennorrhoea und über einen Fall von Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis ohne Epididymitis, von COLOMBINI. (*Il Policlinico*. 15. Septbr. 1895.) Aus den Beobachtungen des Verfassers geht hervor, daß man sehr oft in den ersten Tagen nach dem Auftreten einer blennorrhoeischen Epididymitis bei der Rektaluntersuchung eine Schwellung (Kongestion oder leichter Entzündungsstand) der Prostata, Samenbläschen oder des Vas deferens findet, und zwar sind bald alle diese Organe gleichzeitig, bald einzelne derselben betroffen, bald ist nur ein Teil der Organe erkrankt, bald das ganze. Diese Läsionen sind von guter Prognose und werden übrigens meist vom Patienten, sowie dem Arzte, der sie nicht gerade aufsucht, übersehen. In schweren Fällen kann es auch zur Eiterung kommen. Bestiglich der Häufigkeit dieser sekundären (leichteren) Affektionen fand Verfasser einen Prozentsatz von 62,5 aller untersuchten Fälle von Epididymitis blennorrhoea. Sie gehen alle direkt aus von der Urethritis posterior und bilden deren Fortsetzung.

Im Anschluß hieran bringt Verfasser die Krankengeschichte eines Patienten, bei dem im Verlaufe einer Blennorrhoe obige Organe affiziert waren, während die Nebenhoden frei blieben. *C. Müller-Bern.*

Über Prostatitis blennorrhagica. Nebst Bemerkung zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe im allgemeinen, von ERNEST FINGER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 14.) In einer ausführlichen, eine eingehendere Wiedergabe erheischenden Arbeit legt FINGER die blennorrhoeischen Prostataerkrankungen dar, welche durchaus häufig sind, meistens aber nicht zur Vergrößerung der Prostata führen. Es sind eben mehr follikuläre, glanduläre Prozesse, wie ja auch die blennorrhoeische Affektion der Urethra vorwiegend ein lakunärer Prozeß ist, sind doch die Gonokokken bei jeder Blennorrhoe in den Follikeln zu finden, auch wenn sie bereits in dem Urethralesekret fehlten. Die drüsenarme Pars membranacea ist gegen intensivere blennorrhoeische Veränderungen nahezu immun, die Pars prostatica durch die reichlich einmündenden Drüsen besonders disponiert. Es sind folgende Erkrankungsformen zu unterscheiden:

1. Der akute, blennorrhoeische Katarrh der Glandulae prostaticae ein sehr häufiger Begleiter der Urethritis posterior acuta. Der Nachweis kleiner Pünktchen und kommaförmiger Fäden in den letzten Tropfen Urin ist wichtig für die Diagnose. Noch wichtiger ist die Expression der Prostata per rectum, bevor der letzte Urinrest entleert ist. Das sedimentierte und zentrifugierte Sekret ergibt zahlreiche Eiterzellen, Cylinder- und Übergangszellen, Gonokokken. Bei trüber zweiter Harnportion läßt man den Urin ganz entleeren und füllt die Blase mit 2%iger Borlösung.

2. Prostatitis follicularis acuta. Diese Affektion, in 13 Fällen von FINGER beobachtet, stellt eine Steigerung des vorbesprochenen Prozesses dar, entsteht nach Verlegung der Drüsenmündung durch Sekretretention, bildet einen Pseudoabsceß (JADASSOHN), wie wir sie auch in der Urethra anterior finden. Einmal fand FINGER bei einer Leiche eine Narbe, die nur die Folge eines solchen Prozesses sein konnte; durch dieselbe war ein Ductus ejaculatorius obliteriert. Klinisch ist derselbe gekennzeichnet durch ein erbsengroßes, sehr empfindliches Knötchen, welches man

in der Mitte der Prostata oder ein wenig seitlich fühlt. Dieses schwindet durch Resorption oder häufiger durch Perforation; letztere kennzeichnet sich durch Abnahme der Beschwerden und Auftreten von Eiter in den letzten Urintropfen. Diese Form vergesellschaftet sich gern mit Epididymitis und neigt zu Recidiven.

3. Parenchymatöse, eiterige Prostatitis. Die Form ist genügend bekannt, ihre Beziehungen zur follikulären Prostatitis sind noch unklar.

4. Prostatitis glandularis chronica, die einzige Erkrankungsform der Prostata bei chronischer Urethritis blennorrhoeica. Es kann sich handeln um einen reinen desquamativen Katarrh der Prostata Drüsen oder einen desquamativ-eiterigen, resp. eiterigen Katarrh. Das Prostatasekret ist in solchen Fällen reichlicher, konsistenter und satt weiß; auch Häkchen und Fäden können in den letzten Urintropfen vorhanden sein, die Prostata aber ist an Form und Konsistenz normal. Diese chronische glanduläre Prostatitis ist sicher häufig die Ursache von Recidiven der Urethritis posterior, indem die in den erkrankten Drüsen vorhandenen Gonokokken aus mechanischen Gründen auf die Oberfläche gelangen und eine Autoinfektion bedingen. Es kann aber auch eine gonokokkenfreie, glanduläre Prostatitis vorhanden sein und diese, durch äußere Schädlichkeiten angefaßt, eine gonokokkenfreie Urethritis posterior hervorrufen, wie es in analoger Weise auch in der Urethra anterior geschehen kann. Auch hier sehen wir gute Nachwirkungen, die dann aber stets eine beginnende Striktur anzeigen.

Die Therapie muß in akuten Fällen eine mehr expectative sein, wie sie FINGER auch für die akute Blennorrhoe bei vorst. 1. bei Momenten sprechen dafür: erstens die häufige, spontane Heilung der akuten Blennorrhoe; zweitens die Unzulänglichkeit aller unserer Mittel, da diese die versteckten Gonokokken nicht erreichen. Die Antiseptica wirken als solche nur den oberflächlich gelegenen Gonokokken gegenüber, im übrigen nur als eitererregende Mittel, leuko- und serotaktisch. Die letztere Wirkungsweise wird am besten illustriert durch die von NEISSER empfohlene Probe- reizung der Urethra durch Sublimatausspülungen. Das Arg. nitr. ist ja sehr brauchbar, das Iohthyol, nur parasitocid, nicht leuko- und serotaktisch wirkend, kann mit Arg. nitr. passend kombiniert werden. Für FINGER bestehen zwei Indikationen bei der Therapie der akuten Gonorrhoe:

1. den akuten, durch die leuko- und serotaktische Wirkung bedingten Eiterungsprozess in keiner Weise zu beeinflussen;
2. im Stadium der Abnahme des Eiterungsprozesses diesen durch lokale Applikation der Antiseptica künstlich zu unterhalten, so lange Gonokokken vorhanden und so lange der entzündliche Prozess besteht.

Deshalb sind die Antiseptica im Beginne nur nötig bei lentscierend verlaufenden Formen, nur das die Eiterung nicht störende Iohthyol kann dann Anwendung finden. Bei Erörterung der zweiten Indikation wendet sich FINGER scharf dagegen, nur das Verschwinden der Gonokokken als entscheidend für die Dauer der Behandlung anzusehen. Man muß das gesamte Symptomenbild zu beseitigen streben, zumal ja der negative Ausfall der Gonokokkenuntersuchung wenig beweist. Die Beseitigung aller Symptome muß in akuten und subakuten Fällen immer, in chronischen meistens gelingen.

Zur Therapie der blennorrhoeischen Prostataaffektionen zurückkehrend, empfiehlt FINGER für akute Fälle intern Natr. salicyl., Salol, Balsamica bei passender Diät, später lokale Behandlung mit DAY'Scher Irrigation von Bor, Kalium permanganicum, Lapis, Zincolösungen. In älteren und chronischen Formen sind Instillationen mit Arg. nitr., besonders aber auch Cupr. sulf. und Jodjodkaliumlösungen am Platze. Empfehlenswert sind Lösungen in Glycerin. Daneben ist Massage der Prostata vom

Rectum aus, Darreichung von Ergotin, die Applikation des Arzbergerschen Apparates mit warmem Wasser, Suppositorien mit Jodjodkalium zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Blennorrhoe des Auges und ihre Behandlung, von C. CERASO. (*Bif. med.* 1895. No. 271.) Den ersten Rang unter den Medikamenten nimmt bei dieser Affektion das *Argentum nitricum* in Instillationen oder Pinselungen ein, indem die in neuerer Zeit empfohlenen Präparate (*Resorcin*, *Kalium permanganicum*, *Karbol-lösung* etc.) dasselbe nicht zu verdrängen vermocht haben. Zur Unterstützung der Silbertherapie können herbeigezogen werden: der Thermokauter bei Ulcerationen der Cornea, das Terpinol mit Jodoform in Salbenform (*Terpentin* und *Vaselin-* oder *Mandelöl* \approx 5,0, *Jodoform* 0,5) bei starker Sekretion zur Herabsetzung derselben und das Sublimat in subkonjunktivaler Injektion, nachdem die Eiterung aufgehört hat, und wenn noch destruktive Prozesse der Cornea bestehen (*Sublimat* 0,05, *Natrium chloratum* 0,1, *Aqua destillata* 50—100).

C. Müller-Bern.

GOUGET berichtet über einen Fall von **Phlebitis blennorrhagica**, welche Affektion meist in der dritten bis sechsten Woche nach Beginn des Ausflusses ex urethra, und zwar meist multipel an den Unterextremitäten auftritt. Die Abdominal- und Armevenen werden nur äußerst selten befallen. Schmerzhaftigkeit spontan und auf Druck. (*Presse méd.* 1895. No. 64.)

C. Müller-Bern.

Maligne Endocarditis im Anschluss an Blennorrhoe, von DAUBER und BOHR. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 56. Heft 3 u. 4.) Der Patient acquirierte eine Blennorrhoe, die zunächst kompliziert wurde durch *Funiculitis*, *parurethrale Abscesse*, *Tendovaginitis* in der linken Hohlhand; im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine *maligne Endocarditis*, die in Verbindung mit *Nephritis septica* und *Pleuropneumonie*, den Tod herbeiführte. Die Sektion bestätigte die Diagnose. Interessant sind die bakteriologischen Untersuchungen des Herzblutes und der valvulären Ablagerungen, die zwar einen dem *Gonococcus* in tinktorieller Hinsicht ähnlichen *Diplococcus* ergaben, der sich aber durch sein Wachstum auf verschiedenen Nährböden deutlich vom *Gonococcus* unterscheidet. Verfasser stehen also auf dem Standpunkte, daß diese *Endocarditis* jedenfalls nicht direkt durch den *Gonococcus* erzeugt ist, ohne damit das Vorkommen einer rein blennorrhöischen *Endocarditis* absolut leugnen zu wollen.

F. Hahn-Bremen.

Bemerkungen zur modernen Trippertherapie, von MAX SCHLIFKA. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 52.) Das JANZSCHE Verfahren vermag, durch 8—12 Tage zweimal täglich angewendet, die Eiterung auf ein Minimum zu beschränken; abortiv wirkt sie nicht, nur abkürzend und erleichternd. Die Anwendung der Tripperspritze ist jetzt beschränkt, aber nicht immer unnötig. So ist es oft bei bestehender *Urethritis posterior* und gleichzeitiger erheblicher Sekretion in der *Urethra anterior* nur möglich, die erstere zu heilen, wenn man letztere durch Injektionen bekämpft. Diese Fälle sieht der Verfasser als Beweis dafür an, daß der Sphinkter kein Bollwerk für die hintere Harnröhre bildet. Dieses beweist auch das Anfließen von *Prostatasekreten* und *Sperma*, sowie von *Blut* bei Verletzungen der Prostata. Andere Fälle weisen nur eine heftige Eiterung in der *Pars posterior* auf, die aber eine Eiterung der vorderen Harnröhre vortäuscht. Hier können Selbstinjektionen mit der Spritze nur schaden. Wo die *Pars posterior* einmal ergriffen ist, müssen beide Teile behandelt werden.

Das Eindringen der Gonokokken in die Prostata ist die Ursache mancher *Rekrudeszenz* der Blennorrhoe; hier ist *Expression* des Sekretes mit nachfolgender Ätzung notwendig.

Die Anwendung von Metallinstrumenten ist erst gestattet nach Schwund diffuser Prozesse bei rein lokalen Infiltraten.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Erfolg mit dem Kalium permanganicum bei Blennorrhoe, von H. MANTEGAZZA. (*Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle.* 1895. Heft 1.) Verfasser hat die von JANET empfohlenen Urethralausspülungen mit Kalium permanganicum genau nach den Vorschriften dieses letzteren bei 20 Fällen von Blennorrhoe in den verschiedenen Perioden angewendet, hat aber bei weitem nicht dieselben glänzenden Resultate erzielt. Am wirksamsten zeigten sich die Irrigationen in subkutanen und chronischen Fällen, während M. von einer abortiven Wirkung nichts bemerken konnte. Im Gegensatze zu JANET und in Übereinstimmung mit GUYON, FINGER, SCHLAGENHAUFER spricht M. dem Kalium permanganicum baktericide Eigenschaften ab und führt dessen Wirkung vielmehr auf sein chemisches Verhalten zurück, wonach er leicht seinen Sauerstoff an die Gewebe abgibt und sie widerstandsfähiger macht.

In Anbetracht der großen Häufigkeit der Urethritis posterior, welche die Ursache der so häufigen Recidive bildet, rät M., von Anfang an gleich Totalirrigationen der Urethra zu machen und sich niemals mit einer bloßen Ausspülung der Urethra anterior zu begnügen.
C. Müller-Bern.

Der heizbare Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulierung in Verbindung mit einer neuen Bügelhahnkanüle zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülung mit Kalium permanganicum, von STRAUSS. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 52.) Das JANETSche Verfahren bürgert sich immer mehr ein. AUDREY hat bei 200 Patienten 80% Heilungen in zehn Tagen, 15% Heilungen nach längerdauernder Behandlung und nur 5% Mißerfolge. Verfasser ist mit den Erfolgen auch sehr zufrieden und braucht zu dem Verfahren folgendes Instrumentarium: 1. einen heizbaren Irrigator (nach Dr. DÖMENS), bestehend aus einem $\frac{1}{2}$ l fassenden Behälter und darunter befindlicher Spiritusflamme. Die Menge des Spiritus reguliert man je nach der gewünschten Wärme der Flüssigkeit mittelst eines beigegebenen Maßglases; die Temperatur kontrolliert ein Thermometer; 2. die Bügelhahnkanüle, an einem Ende einen konischen Hartgummiansatz für die Urethra, am anderen den Hahn in einem zweiten Hartgummiansatz tragend.

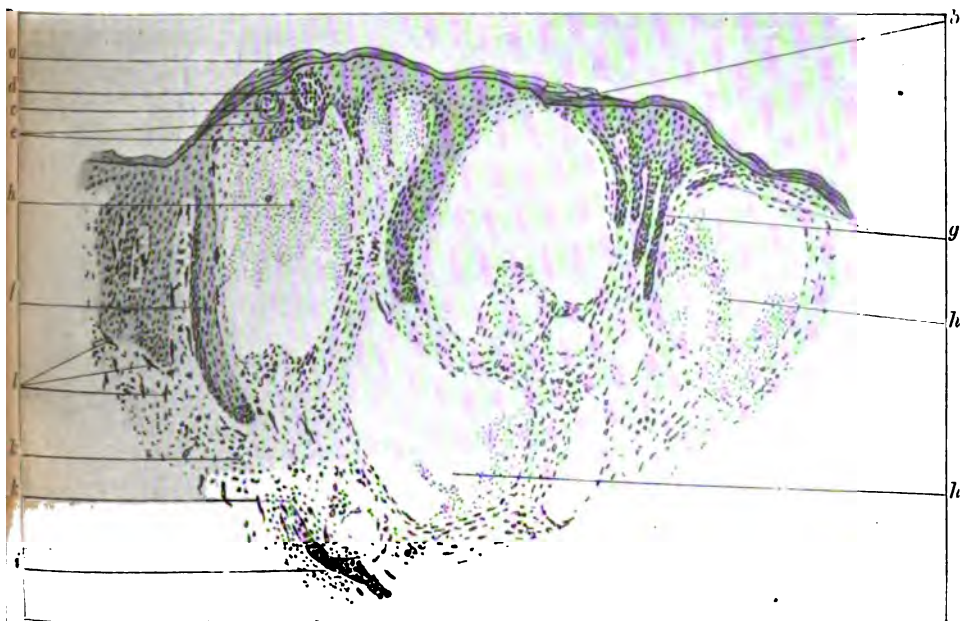
Der Irrigator wird 2 m hoch befestigt, und die erwärmte Flüssigkeit strömt durch die Kanüle nach Öffnen des Hahnes in die Blase. Sobald sich Drang einstellt, entleert der Patient stehend die Blase, dabei die Urethra intermittierend zudrückend. Die Irrigation geschieht täglich einmal mit einer Lösung von 1 : 5000 bis 1 : 1000 bei 30—35° R. Wo nur die vordere Harnröhre bis zur Pars membranacea behandelt werden soll, hängt man den Irrigator nur $\frac{1}{2}$ m hoch. In der dritten Woche der Blennorrhoe ist die Totalirrigation indiziert. Auch bei chronischen Fällen sind die Erfolge, solange Gonokokken vorhanden sind, sehr gut. Tägliche Kontrolle des Gonokokkenbefundes ist nötig. Nach Beseitigung der Gonokokken nimmt man schwächere Lösungen oder 1%ige Lösungen von Adstringentien. Der Apparat eignet sich auch zur Behandlung von Cystitiden. Die Reaktion besteht bekanntlich in starker ödematöser Schwellung der Schleimhaut, der Eichel, Schmerzhaftigkeit, seröser, blutiger, gefärbter Sekretion. Kontraindikationen sind folliculäre und kavernöse Infiltrate und Abscesse, akute Cowperitis, Prostatitis, Epididymitis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fig. 1.



Fig. 2.



E. Heuss,
Lymphangioma circumscriptum cysticum.

Verlag von Leopold Voss
in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

№. 2.

15. Juli 1896.

Über Eleidin.

Von

Dr. F. BUZZI-Berlin.

Mehrere Jahre sind seit meiner Publikation über das Eleidin verfloßen (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII, No. 1/4), und es liegt nun eine Reihe einschlägiger Arbeiten verschiedener Autoren über dasselbe Thema vor. Dieselben bestätigen im großen und ganzen meine Resultate, d. h. daß das Eleidin eine in topographischer, morphologischer und chemischer Hinsicht von dem Keratohyalin verschiedene Substanz ist. Mehrere Autoren weichen in unwesentlichen Punkten von mir ab. Andere haben die Frage weiter verfolgt, namentlich die Beziehungen des Keratohyalins und des Eleidins zum Verhornungsprozesse zu beleuchten versucht, und es wäre gewiß eine lohnende Aufgabe, alle diese Arbeiten kritisch durchzugehen, um daraus zu gewinnen, was absolut feststeht und was noch der Erforschung und Aufklärung bedarf. An Lust dazu hat es mir nicht gefehlt; allein die Zeit mangelte mir, die zu meinem größten Bedauern durch die Bedürfnisse der Praxis gänzlich in Anspruch genommen ist. Habe ich doch meine einschlägigen histologischen und histochemischen Arbeiten aus demselben Grunde nur zu oft unterbrechen müssen, so daß ich bis jetzt zu keinem abschließenden Urteile über das Wesen des Eleidins habe kommen können.

Wenn ich mich trotzdem zu dieser kurzen Mitteilung entschlossen habe, so geschah es auf den ausdrücklichen Wunsch, um nicht zu sagen auf das wohlwollende Drängen UNNAS, der meine weiteren Untersuchungen kennt und ein besonderes Gewicht auf die Veröffentlichung meiner Befunde legt.

Letztere will ich im nachfolgenden summarisch wiedergeben.

1. Das Eleidin läßt sich nicht allein an frischen oder nur kurze Zeit in Alkohol konservierten Hautstücken, sondern auch an solchen, die mehrere Jahre in Alkohol gelegen haben, nachweisen.

2. Neben dem sulfosauren Nigrosin ist das Kongorot in ganz schwachen Lösungen ein vorzügliches Färbemittel des Eleidins. Badet man

dünne Hautschnitte einige Minuten lang in einem Uhrschälchen voll Wasser mit 2—3 Tropfen der 1^o/oigen wässerigen Kongorotlösung und bringt man sie, nach gehöriger Spülung, unter das Mikroskop, so erscheint der ganze Schnitt diffus schwach rosarot, die Eleidinstreifen dagegen intensiv rot tingiert. Diese Färbung ist dauerhaft und wird im Laufe der Zeit rotbräunlich. Behandelt man derartige Schnitte mit schwachen Säuren (z. B. 1^o/oiger Salzsäurelösung), so geht die rote in eine blaue Farbe über, und so bleibt sie, bis die Säure neutralisiert wird. Die Form und Lagerung der Eleidintropfen, Flatschen, Lachen und Bändchen wird durch diese Reaktion nicht berührt. (Unterschied von dem Befunde RANVIERS mit seinem Ammonium-Pikrokarminat, wobei ein schwacher Säuregehalt des Glycerins, in welchem die Schnitte eingebettet sind, genügt, um die Färbung des Eleidins aufzuheben.)

3. Indophenol, Orcein, namentlich aber Orseilleextrakt, sind ebenfalls gute Färbemittel des Eleidins. Auch mittelst anderer, als nach der RANVIERSchen Methode zubereiteter, Pikrokarminlösungen läßt sich das Eleidin darstellen.

4. Hautschnitte, in denen das Eleidin durch sulfosaures Nigrosin, Orseille, Pikrokarmin oder Kongorot gefärbt ist, vertragen sehr gut die zur Einbettung in Kanadabalsam übliche Behandlung mit Alkohol und Nelkenöl und zeigen unverändert nach Jahren das Eleidinbild.

5. Kongorot eignet sich am besten zur Doppelfärbung von Hautschnitten, in denen das Keratohyalin mit Hämatoxylin dargestellt ist. Derartige Schnitte geben am deutlichsten das getrennt Nebeneinanderliegen der Körner- und der Eleidinschicht wieder und illustrieren die Verschiedenartigkeit beider Substanzen.

6. Das Eleidin ist nicht nur auf dem Niveau der basalen Hornschicht, unmittelbar oberhalb der Körnerschicht, zu finden, sondern folgt letzterer trichterförmig einbiegend in die Stachelschicht da, wo der Ausführungsgang der Knäueldrüsen die Epidermis durchbricht, und umgibt diesen Gang weiterhin durch die ganze Hornschicht. Hier verhält sich das Eleidin morphologisch genau so, wie in der basalen Hornschicht, d. h. es liegt in Form von Tröpfchen, Tropfen, Flatschen und Bändchen auf beiden Seiten des Schnittes, wie während des Schneidens aus den darunterliegenden Zellen hervorgequollen. Die Breite dieses Eleidinmantels des sog. Schweifsporus entspricht derjenigen des Eleidinstreifens der basalen Hornschicht und erstreckt sich in der Haut des Handtellers auf den Bereich von zwei bis drei Zellenreihen. Die Intensität der Färbung längs des Schweifsporus läßt von der basalen Hornschicht zur Oberfläche allmählich nach. Mit Indophenol erhält man schöne Darstellungen des Eleidinmantels des Schweifsporus. Das Vorhandensein des Eleidins in der eben beschriebenen Form an diesem neuen Fundorte ist

gewiß von hervorragender Bedeutung. Man hat bisher angenommen, daß der Ausführungsgang der Knäueldrüsen ohne eine besondere typische Zellenauskleidung seinen Weg durch die Epidermis, speziell durch die Hornschicht nähme. Diese Annahme ist nun durch meinen Befund hinfällig geworden, und wir müssen als feststehend anerkennen, daß die ersten Zellenreihen im Umkreise des Schweißporus, als mit Eleidin durchsetzt, sich von den übrigen Zellen der Hornschicht unterscheiden. Vielleicht spielt hier das Eleidin die Rolle eines Imprägnierungsmittels, eines Firnisses, der die Absonderungsprodukte der Knäueldrüsen nicht durchläßt und damit die junge Hornschicht vor deren Einwirkung schützt.

Von einem anderen Gesichtspunkte aufgefaßt, läßt sich sagen, daß die basale Hornschicht jeden Schweißporus durch die ganze Hornschicht hindurch begleitet. Es scheint, als wenn in der Umgebung des Schweißporus, im Gegensatz zu der übrigen Hornschicht, die weitere Verhornung nicht habe stattfinden können, nicht über die Eleidinbildung hinausgekommen sei.

Andererseits gewinnt der neue Fundort des Eleidins dadurch an Bedeutung, daß letzteres allein, diesmal ohne begleitende Körnerschicht, vorkommt. Es wäre jedoch ein Irrtum, wollte man daraus schließen, das Eleidin bilde sich hier ohne Keratohyalin-Vorstadium. Vielmehr glaube ich, daß das hier in höheren Schichten der Hornschicht vorfindliche Eleidin sich nicht an Ort und Stelle, sondern, wie immer, bereits im Niveau der basalen Hornschicht gebildet, sich trotz Hinaufrückens der Zellen erhalten und keine weitere Umwandlung erfahren hat. Vielleicht liegt dieser langen Erhaltung des Eleidins die Durchströmung gewisser Substanzen, die den Schweißporus passieren, zu Grunde.

7. Außer im Niveau der basalen Hornschicht und dem Schweißporus entlang findet man gewöhnlich kein Eleidin in der ganzen übrigen Hornschicht. Mir ist aber in vereinzelt, ganz besonders dünnen und mit Orseilleextrakt gefärbten Schnitten gelungen, das Eleidin in der der basalen Hornschicht zunächst anliegenden Zellenreihe der Hornschicht nachzuweisen, und zwar in Form von gleichmäßigen, runden, korallenschnurartig aneinandergereihten, die Zellenwand auskleidenden Tröpfchen. Die Zelle selbst erschien leer, als wenn sich ihr Eleidingehalt nach der Peripherie gegen den Zellenmantel zurückgezogen hätte. Abgesehen vom Nachweis des Eleidins innerhalb der Zellen, war dieser Befund wegen der eigentümlichen Lage des Eleidins für mich außerordentlich interessant. Sollte sich derselbe bei weiteren Untersuchungen wiederholen und als konstant erweisen, so würde die Frage: Was wird aus dem Eleidin? eine neue Beleuchtung erfahren und die Beziehung dieser Substanz zum Verhornungsprozefs, bezw. zur Keratinbildung enger gestalten.

8. Das Studium des Eleidins bei pathologischen Veränderungen der Haut zeitigt ebenfalls des Interessanten viel, und es lohnt sich stets, Schnitte von erkrankter Haut, namentlich bei Epidermidosen, daraufhin zu untersuchen. Ich erinnere bloß an den Befund bei der DARIERSchen Dermatose, wo gerade das Verhalten des Eleidins ein gewichtiges Argument gegen die Coccidiennatur der DARIERSchen Psorospermien ausmachte. Auch bei *Molluscum contagiosum* genügt das durch die Färbung mit sulfosaurem Nigrosin oder Kongorot im Bereiche der „Körperchen“ erhaltene Eleidinbild, um sich davon zu überzeugen, daß dieselben mehr oder minder modifizierte, mehr oder minder verhornte Epidermiszellen und keine Gregarinen sind. Nicht minder interessant ist das Verhalten des Eleidins bei Prozessen, wo die Kontinuität der Oberhaut eine langsame oder plötzliche Unterbrechung erfahren hat, so bei Brandblasen, Variola, Pemphigus etc., aber das würde mich außerhalb der gesteckten Grenzen führen. Hier möchte ich nur noch zwei Befunde erwähnen, die das Verhalten des Eleidins morphologisch und topographisch erweitern. Der eine betrifft einen Fall von Lichen ruber planus, wo das mit Kongorot gefärbte Eleidin wohl, wie gewöhnlich, in Form von zwei Streifen im Niveau der basalen Hornschicht, beiden Schnittflächen aufliegend vorkam, jedoch nicht in Gestalt von Tröpfchen und Flatschen, sondern von eckigen Klumpen von der Größe der dazwischenliegenden basalen Hornzellen, als wenn der Zelleninhalt beim Schneiden sich auf einmal ergossen und gleich erstarrt wäre. Der zweite Befund ist ganz besonders merkwürdig und bezieht sich auf einen Fall von Warzen, in dem die durch Pikrokarmine gefärbten Schnitte ein mächtiges Eleidinlager sowohl an der gewohnten Stelle, wie auch im Niveau der Körnerschicht aufwiesen, und zwar nicht nur frei zwischen und über den Körnerzellen, sondern auch in diesen Zellen selbst, wo das Eleidin in Form von kleineren und größeren rosarot gefärbten Tröpfchen und Tropfen *pêlemêle* mit den eckigen, dunkelkarmin gefärbten Keratohyalinkörnern erschien. Hier hatte zweifellos infolge von dem dyskeratotischen Prozeß die Eleidinbildung zu früh begonnen, daher die Konnivenz des Eleidins und des Keratohyalins im Leibe einer und derselben Zelle. Einen ähnlichen Befund soll, nach einer privaten Mitteilung, auch MIBELLI, ebenfalls bei einer Warze, erhalten haben. Diese Fälle bringen unwillkürlich die beiden Substanzen in engeren Zusammenhang und berechtigen zu der Frage, ob trotz ihrer topographischen, morphologischen und chemischen Verschiedenheit die eine — das Eleidin — doch nicht von der anderen — dem Keratohyalin — her stammt.

Hoffentlich giebt diese kurze Mitteilung Anregung zu weiterer Erforschung im Gebiete der Verhornung, welches noch so viel des Dunklen in sich birgt.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Technik der Eleidindarstellung.

Zwei neue Färbemethoden mit Wasserblau und Alkaliblau.
— Doppelfärbungen. —

Von

Dr. ADALBERT FRIÖKENHAUS, z. Z. in Paris.

Die Darstellung des Eleidins ist trotz der verschiedenen wertvollen Arbeiten, die sich an seine Entdeckung durch RANVIER anschlossen, zur Zeit noch nicht Gemeingut aller Histologen geworden.

Die Ursachen dafür liegen offenbar in der thatsächlichen oder scheinbaren Schwierigkeit seiner Darstellung, in den Kautelen, die erforderlich sind, dasselbe in den Schnitten zu erhalten. Die Forscher, die sich mit ihm abgegeben haben, betonen seine Inkompatibilität mit den verschiedensten zur Präparation gebräuchlichen Agentien: Wasser, Alkohol, Äther, Säuren und Alkalien (Acidum aceticum, formicium, nicht neutrales Glycerin: RANVIER).

Die Stücke mußten nach RANVIER besonders, und zwar nur kurze Zeit, nicht länger als 24 Stunden, gehärtet werden. Bei dem üblichen feuchten Schneiden in Alkohol sollte das Eleidin zerstört, zum mindesten aber dislociert werden. Es bestand daher noch die Unannehmlichkeit des Trockenschneidens. BUZZI wischte nach jedem Schnitt das Messer mit Äther ab. Die schönsten Eleidinbilder sollte man schließlic, wie BUZZI mitteilt, an frischer, nicht gehärteter Haut erhalten. Wer aber giebt sich gerne mit frischen Hautschnitten, womöglich noch Handschnitten ab?

Endlich wird die Schwierigkeit der Doppelfärbung einerseits von Eleidin und Keratohyalin, andererseits von Eleidin und den Epithelzellen hervorgehoben.

Ich untersuchte nun, welche dieser mehr oder weniger komplizierten Maßnahmen zur Darstellung des Eleidins nötig waren und welche nicht, und bemühte mich, brauchbare und einfache Methoden der Doppelfärbung aufzufinden. Ich konnte dabei die Angaben von DREYSEL und OPPLER, deren wertvolle Arbeit einen bedeutenden Fortschritt für die Eleidindarstellung bedeutet, zunächst in der Hinsicht bestätigen, das eine nicht

zu lange dauernde Alkoholhärtung das Eleidin in Menge und Konsistenz¹ nicht beeinträchtigt, wenigstens für die dicke Fersenhaut nicht. Dieser habe ich mich ausschliesslich bedient, da es mir ja vorläufig nur auf Vereinfachung der Methoden, der Technik ankam. Untersuchungen über andere Härtungen sind noch nicht abgeschlossen.

Härten.

Das ganze Geheimnis der Härtung ist eigentlich in folgendem Satze RANVIERS enthalten: „La coloration sera d'autant plus rapide et plus complète, que le séjour des tissus dans l'alcool aura été moins prolongé. Une immersion de 24 heures dans l'alcool à 26° de CARTIER suffit amplement, si le fragment n'est ni trop épais, ni trop étendu“ (L. RANVIER: De l'Éléidine etc. *Arch. de Phys.* 1884. T. III. pag. 127). Man mag sich einer kurzen Härtung von ein bis zwei Tagen bedienen, wenn es sich darum handelt, den Eleidingehalt oder eine Alteration desselben festzustellen; kommt es lediglich auf topographische Studien an, so kann man auch solche Stücke wählen, welche längere Zeit in Alkohol gelegen haben. Ich habe mich (cf. Anmerkung) noch mit Vorteil solcher Stücke bedient, welche einen, und solcher, welche über drei Monate in Alkohol lagen. Für die Topographie des Eleidins sind solche länger gehärteten Stücke ganz kurz nach RANVIER gehärteten eher vorzuziehen. Das Eleidin bleibt in seiner Lage natürlich unverändert, nur ist seine Menge verringert, die Bänder sind schmaler, verdecken also weniger vom darunterliegenden Gewebe.

Zwischen kurz, ein bis zwei bis drei Tage, sei es in Alkohol 80%, oder in Alcohol absolutus gehärteten Stücken und frischer Haut habe ich keinen merklichen Unterschied konstatieren können. Man kann also die nicht angenehme Darstellung des Körpers an frischer Haut füglich entbehren. Bei der Kürze der Zeit, in welche die Untersuchungen zurückreichen, konnte ich die modifizierte Härtungsmethode nach DREYSEL und

¹ Wenn GROSSE meint, daß durch die Färbung die Konsistenz des Eleidins verändert werde, so entspricht das nicht den Vorstellungen, die man sich von der Natur des Körpers macht, und findet thatsächlich auch nicht statt, wie DREYSEL und OPPLER ebenfalls konstatiert haben. GROSSE sagt: „Bei gehärteten Präparaten zeigt die Substanz ein anderes Verhalten. Die Härtungsflüssigkeit hat „natürlich“ den zähflüssigen Zustand in einen festen verwandelt, wodurch der Austritt aus den Zellen beim Anschneiden derselben unmöglich wird. Man sieht daher an erhärteten Präparaten diese Substanz die Zellen des Stratum lucidum diffus erfüllen.“ Eher hat man doch anzunehmen, daß durch den Alkohol das Eleidin allmählich gelöst und extrahiert wird. Ich konnte das Eleidin noch in Stücken nachweisen, die mindestens seit einem Vierteljahre in Alkohol lagen, und zwar mit der RANVIERSchen Methode (Pikroammoniakkarmin) noch in Tropfenform — also in seiner ursprünglichen Konsistenz, nur war die Menge des Eleidins vermindert, die Bänder, die sich aus Tropfen zusammensetzten, waren schmaler, als an frischer oder kurz gehärteter Haut. In Stücken, die seit Jahren in Alkohol lagen, war es auf keine Weise mehr nachzuweisen.

OPPLER nicht nachuntersuchen. DREYSEL und OPPLER härten zwei bis drei Tage, dann kommen die Stücke in Alkohol und Äther zu gleichen Teilen für 24 Stunden, dann in dünnes, dann in dickes Celloidin. Die eingebetteten Stücke werden erst an der Luft oberflächlich getrocknet, sodann in 80°igem Spiritus aufbewahrt. DREYSEL und OPPLER geben an, daß sich in den auf diese Weise behandelten und eingebetteten Stücken das Eleidin, wofern nur die Stücke nicht angeschnitten sind, beliebig lange Zeit hält. Die Vorteile dieser Methode, falls sie sich bewährt, liegen auf der Hand.

Schneiden.

Nötig für die Darstellung hat sich erwiesen die Beibehaltung des Trockenschneidens mit dem Mikrotom. Zwar erhält man auch bei dem üblichen feuchten Schneiden in Alkohol 80 noch sehr gute Bilder, wenn man die Schnitte gleich in eine der Farblösungen bringt, allein oft ist das Eleidin in diesen Schnitten dislociert und verringert. Das Trockenschneiden bietet durchaus keinerlei Unannehmlichkeiten, ist im Gegenteil außerordentlich leicht zu bewerkstelligen, nur ist es eben etwas Ungewohntes. Die einzige Unannehmlichkeit ist die, daß die Schnitte gerne vom Messer abspringen, welchem man dadurch begegnen kann, daß man die Schnitte mit einer in die Farbeflüssigkeit getauchten Präpariernadel oder Pinsel ansaugt (nicht anspießt).

Das Schneiden hat mit dem

Färben

Hand in Hand zu gehen, da sich die Angaben der Autoren betreffs der Inkompatibilität des Eleidins mit Alkohol, Wasser, nicht neutralem Glycerin, Säuren und Alkalien, atmosphärischer Luft u. s. w. mehr oder weniger als richtig erwiesen haben.

Eine Arbeit, die sich mit dem Wesen des Eleidins beschäftigt, wird diesen Punkt insbesondere zu berücksichtigen haben, mehr als eine rein technische, wie die vorliegende.

Man bringe also die Schnitte gleich in eine der Farblösungen, sei es in eine damit angefüllte Schale, sei es auf einen vorher mit der Farbeflüssigkeit betropften Objektträger. Letzteres empfiehlt sich namentlich für den Anfang, wenn man sich mit der Eleidindarstellung befaßt, weil dieses Verfahren das Färben unter der stetigen Kontrolle des Mikroskopes zuläßt. Man bedient sich dabei zweckmäßig einer gewöhnlichen Tropfpipette, mit der man die Farbeflüssigkeit beliebig absaugen und auf die Oberfläche des fettigen trockenen Schnittes, welche sich schlecht imbibierte, bringen kann.

Konzentration der Farblösungen.

Als zweckmäßigste Konzentration hat sich für die Eleidindarstellung erwiesen ein ungefähres Verhältnis sämtlicher Farbstoffe, die das Eleidin

bis jetzt darstellen (siehe auch unten „Neue Färbemethoden“) von 1,0:1000,0 Wasser, welches schon RANVIER für sein Pikroammoniakkarmin angab. Es ist durchweg das Prinzip der allmählichen Färbung (Minimalfärbung nach UNNA) anzuwenden, nicht das der Überfärbung mit nachfolgender Entfärbung, da durch letzteres Verfahren das Eleidin in Menge beeinträchtigt wird und die Präparate an Klarheit einbüßen.

UNNASche Methode der Flachschnitte.

Besonders instruktiv für topographische Studien sind Flachschnitte, welche nach der schon öfters veröffentlichten Methode von UNNA (cf. *Monatsh.* 1888. pag. 905. P. G. UNNA, Fortschritte der Hautanatomie etc.) vorzüglich leicht und schon auf folgende Weise herzustellen sind: Ein Hautstückchen wird mit dem Epithel nach außen so umgebogen und zusammengefaltet, bis sich die unteren Schnittflächen berühren, dann zwischen zwei kleine Holzbrettchen oder Korkstückchen in die Klemme des Mikrotoms so eingeschraubt, daß die Falte oben etwas herausragt. Man schneidet nun auf der Höhe der Falte in üblicher Weise, aber trocken.

Die Vorzüge dieser Methode gegenüber den sonst geübten Flachschnitten sind ganz außerordentliche:

Man hat auf jedem Schnitte eine Reihe von Zelllagen aus verschiedener Tiefe zur Vergleichung, der Übergang von Keratohyalin zum Eleidin ist ein sehr allmählicher.

Von einer bestimmten Tiefe ist jeder Schnitt gut, da man nicht die ganze Fläche schneidet, wodurch bei den sonst geübten Flachschnitten das eleidinhaltige Stratum lucidum mit wenigen Schnitten sehr bald erschöpft ist.

Die Übergänge erscheinen zweimal. Die Orientierung ist daher gegenüber den gewöhnlichen Flachschnitten äußerst leicht.

Die Vorzüge der Methode sind aber namentlich auch technische. Die Stücke lassen sich, nachdem sie aus dem Alkohol genommen sind, sofort schneiden, verlangen keine Einbettung in Celloidin, welche für die Methode eher hinderlich wäre. Das trocken eingekeilte Stück läßt mit Leichtigkeit die feinsten Schnitte zu. Es gelingt durchweg, auf 10 Mikren (= 2 Jung) zu schneiden. Das Material wird durch die Methode aufs ergiebigste ausgenutzt. Man kann das Hautstückchen, wenn eine Schnittfläche erschöpft ist, auseinander- und so wieder zusammenfalten, daß man neben der vorherigen eine neue Schnittfläche anlegt.

Diese Methode erscheint nach dem Gesagten für die Topographie des Eleidins geradezu unerlässlich.

Topographie des Eleidins.

Betreffs der Topographie des Eleidins in der normalen (Sohlen-) Haut ist zu bemerken, daß bei den auf diese Weise hergestellten Schnitten

das Eleidin in Form von Ringen, die sich je nach dem gewählten Färbemittel mehr aus Tropfen und Lachen, oder mehr aus zusammenhängenden Bändern zusammensetzt, ungefähr vom fünften bis siebenten Schnitte an auftritt. Diese konzentrischen Ringe, welche der oberen und unteren Schnittfläche der angeschnittenen Stratum-lucidum-Zellen entsprechen, nähern sich bei feineren Schnitten, fallen sogar teilweise optisch zusammen. Die Ringe werden selbstredend, je tiefer man schneidet, um so größer, bis schliesslich, je mehr die Schnitte Schräg- und endlich senkrechte Schnitte werden, ein oberes und unteres Kreissegment aus der Schnittebene ausfällt und das Eleidin nunmehr in Form zweier mehr oder weniger paralleler Bänder zu beiden Seiten des Schnittes erscheint.

Höher oben, peripher in den ersten Schnitten der Hornschicht vom ersten bis fünften bis siebenten Schnitt etwa, trifft man noch ebenfalls Eleidin an, aber da augenscheinlich nur noch ein Teil der Hornzelle eleidinhalzig ist, nicht in zusammenhängenden Bändern, wie in einer Tiefe, welche dem Stratum lucidum entspricht, sondern teils als einzelne Tröpfchen oder Krümelchen, meistens aber in gezackten Halbmondformen, welche Ähnlichkeit mit Hahnenkämmen, oder, wie UNNA sich ausdrückt, Ähnlichkeit mit Ufersandformen haben.

Neue Färbemethoden.

Ich veröffentliche hier zwei neue Methoden, welche sich im UNNASchen Laboratorium vorzüglich bewährt haben.

UNNA fand, dass Wasserblau das Eleidin ebenfalls (und zwar in ähnlicher Weise wie die Nigrosinsulfosäure) darstellt, und sprach die Vermutung aus, dass auch andere ähnlich zusammengesetzte Farbkörper dieselbe Wirkung haben werden. In der That glückte der Versuch mit Alkaliblau ausnehmend gut, während eine Reihe von Färberversuchen mit anderen sauren Farbstoffen negativ ausfiel. Ein im UNNASchen Laboratorium seit langer Zeit vorrätiges Anilinblau ergab die Färbung ebenfalls. Dasselbe, von Mielck in Hamburg bezogen, ist als „wasserlösliches Anilinblau“ bezeichnet. Da jedoch in vollständigen Verzeichnissen von Farbstoffen kein wasserlösliches Anilinblau aufgeführt wird, so ist es wahrscheinlich, dass dasselbe ebenfalls ein Wasserblau darstellt. Die Methode dürfte also mit der Methode I zusammenfallen. Wasserblau und Alkaliblau färben in stark verdünnten Lösungen das Eleidin geradezu spezifisch, namentlich Alkaliblau, ohne das übrige Gewebe mit zu tingieren. Wasserblau färbt das Eleidin in ähnlicher Weise, wie bemerkt, wie die Nigrosinsulfosäure, Alkaliblau noch etwas mehr in Bänderform. Die Bilder des in Bänderform gefärbten Eleidins sind für die Topographie, namentlich auch für Doppelfärbung mit Keratohyalin, entschieden denjenigen vorzuziehen, welche es (wie das Pikroammoniakkarmin) in breiten

Tropfen färben, da sie das unterliegende Gewebe zu sehr verdecken. (Das aus den angeschnittenen Zellen ausgetretene Eleidin nimmt einen breiteren Raum ein, als die Schnittfläche der angeschnittenen Zellen.) Es macht den Eindruck, als ob Pikroammoniakkarmin den Körper färbe, ohne seine Konsistenz zu ändern, während Alkaliblau und Wasserblau (auch Nigrosin-sulfosäure) mit ihm eine Verbindung eingehen, die auch seine Konsistenz ändert.

Das letztere wird insbesondere deutlich, wenn man die Farblösungen durch Zusatz von etwa 1 pro Mille Spiritus in einen der Schwebefällung nahen Zustand versetzt. Beim Färben verbinden sich die Farbpartikelchen mit dem öligen Eleidin, welches nun nicht mehr Tropfenform besitzt, sondern den Eindruck einer Paste macht. (Von so gefärbten, lufttrocken aufbewahrten Schnitten, die vorher die Eleidinringe zeigten, springt das gefärbte Eleidin in Stücken ab, so daß die Kontinuität der Ringe unterbrochen ist.)

Sonst habe ich an so gefärbten Schnitten dieselbe Beobachtung wie DREYSEL und OPPLER gemacht, daß durch die Färbung das Eleidin gewissermaßen fixiert wird. Die gefärbten Schnitte können tagelang in Wasser oder neutralem Glycerin² aufbewahrt werden, ohne sich zu verändern. Alkaliblau giebt in Alkohol die Farbe etwas ab; man muß daher kräftig färben.

Eine wertvolle Notiz RANVIERS (De l'Éléidine etc. *Arch. de Physiol.* 1884. T. III. pag. 128) ist mir leider bis jetzt entgangen. Derselbe teilt mit, daß die Fixierung des Eleidins in mit Pikroammoniakkarmin gefärbten Schnitten durch kurzes Einlegen in verdünnte Osmiumsäure eine so vollständige werde, daß man dieselbe ohne Schaden in konzentriertes acidum formicicum bringen könne. Das Verfahren wäre auch für mit Wasser- und Alkaliblau gefärbte Schnitte insbesondere dann zu versuchen, wenn es sich um genaue Erforschung des Eleidingehaltes in Schnitten handelt, welche man gleichzeitig einer Doppelfärbung von Keratohyalin oder der Epithelzellen mit nachfolgender saurer Entfärbung unterziehen will. Bei saurer Entfärbung erfährt man stets einen geringen Eleidinverlust, was für das topographische Bild ohne jeden Belang ist.

Dauer der Färbung.

Gemeinhin genügen fünf, höchstens zehn Minuten, um das Eleidin vollständig und isoliert zu färben. Als Konzentration der Lösungen wähle man, wie gesagt, das ungefähre Verhältnis von 1,0 Wasser- oder

² Die Angaben GROSSES, daß das Eleidin in nach RANVIER gefärbten Schnitten in neutralem Glycerin sehr bald verschwinde, ist wohl dahin richtig zu stellen, daß viele neutral sein sollende Glycerine des Handels, wie ich mich überzeugt habe, eben nicht neutral, sondern sauer sind.

Alkaliblauf zu 1000,0 Wasser, bzw. man verdünne die vorrätigen 1%igen Stammlösungen der Farbstoffe mit der zehnfachen Menge Wasser.

Die Schale zu ca. 30 Tropfen gerechnet, also drei Tropfen einer 1%igen Lösung zu 30 Tropfen Wasser.

Die benutzten Stammlösungen waren:

<i>Wasserblau</i>	1,0	oder	<i>Alkaliblauf</i>	1,0
<i>Wasser</i>	ad 100,0		<i>Spiritus</i>	10,0
			<i>Wasser</i>	ad 100,0.

Für die isolierte Färbung des Eleidins ist eine leichte Nachfärbung des übrigen Gewebes mit Eosin sehr zweckmäßig.

Die gefärbten Schnitte können auch jeder beliebigen

Doppelfärbung

unterworfen werden. Wer sich bei der grünlichen Nuance des Wasserblaus (und Alkaliblaus) nicht an den mehr violetten Ton des polychromen Methylenblaus (Thionins oder Toluidins) stößt, kann zur Gegenfarbe mit den Epithelzellen (man wähle tiefere Schnitte, nach der UNNASchen Methode der Flachschnitte etwa vom 15.—17.—18. Schnitt) sich dieser Farbstoffe in stärkeren Verbindungen bedienen. Immerhin stehen die Farben nicht gut zu einander, auch wird die Hornschicht etwas mit tingiert. Man wählt daher am besten als Gegenfarbe: Pikrocochenille nach UNNA-GRÜBLER und überfärbt entweder mit nachfolgendem längeren Auslaugen (des Pikrins) in Wasser, eventuell sehr schwach saurem Alkohol (Safranin giebt weniger schöne Bilder, tingiert auch die Hornschicht mit). Zweckmäßig sind ferner Alaun+Wasserstoffsuperoxyd+Hämatoxylinlösungen nach UNNA, welche auch gleichzeitig sehr gute Bilder des Keratohyalins geben. Die Hornschicht bleibt durch den Wasserstoffsuperoxydzusatz vollständig ungefärbt. Man wählt zur Darstellung von Eleidin und Keratohyalin am zweckmäßigsten die mittleren, nach der UNNASchen Methode der Flachschnitte hergestellten Schnitte (etwa vom 10.—12.—16. Schnitt an Sohlenhaut). Man kann ruhig überfärben; entfärbt längere Zeit (eine Nacht) in Wasser (dann eventuell, wenn nötig, in sehr schwach saurem Alkohol), dem man etwas Glycerin zusetzen mag; die Bilder werden dadurch klarer, bringe die Schnitte, wie gewöhnlich, zur Entwässerung in Alkohol absolutus, dann in Bergamottöl und bette sie schließlich in Kanadabalsam ein.

Wiederholen wir noch einmal kurz das Verfahren, welches sich mir zur Darstellung des Eleidins als nötig oder zweckmäßig erwiesen hat, in folgendem

Resumé.

1. Härtung, wenn zur Erforschung des Eleidingehaltes, kurz (nach RANVIER) 1—2, höchstens 3 Tage,

oder: nach DREYSEL und OPPLER: kurz 1—3 Tage, dann in Alkohol-Äther \overline{aa} 24 Stunden, einbetten in dünnes, dann in dickes Celloidin, lufttrocken werden lassen, einlegen in Alkohol 80%.

Das Eleidin soll sich, wofern die Stücke nicht angeschnitten werden, unbegrenzt lange halten.

Zum topographischen Studium kann man sich auch länger (bis zu 3 Monaten) gehärteter Stücke bedienen.

2. Schneiden, direkt aus dem Alkohol. Trocken Abwischen des Messers mit Äther ist zweckmäßig, aber nicht nötig. Methode der UNNASchen Flachschnitte.

3. Färben schließt sich sofort an das Schneiden an. Man nehme die gerne abspringenden Schnitte mit in die Farblösung getauchter Präpariernadel oder Pinsel ab und bringe sie direkt auf den vorher mit der Farblösung betupften Objektträger (Kontrolle unter dem Mikroskop) oder in eine Schale, welche die Farblösung enthält.

4. Konzentration der Farblösungen 1,0:1000,0 Wasser.

Stammlösungen:

<i>Wasserblau</i>	1,0	oder	<i>Alkaliblau</i>	1,0
<i>Wasser</i>	100,0		<i>Wasser</i>	90
			<i>Spiritus</i>	10

also ungefähr je 1 Tropfen dieser Lösung auf je 10 Tropfen Wasser.

5. Dauer der Färbung: 2—5—10 Minuten.

Die Färbung fixiert das Eleidin einigermaßen. Für isolierte Färbung des Eleidins Nachfärben in dünner Eosinlösung.

Formular für Doppelfärbung des Eleidins.

A) Mit Darstellung des unverhornten Epithels.

1. Wasserblau-Alkaliblau (1,0:1000,0 Wasser) 2—5—10 Minuten.
2. Wasser.
3. Pikrocochenille (UNNA-GRÜBLER) $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde.
4. Wasser, je länger, je besser (12—24 Stunden).
5. Schwach saurer Alkohol 1 Tropfen zur Schale Alkohol 80% (kurz).
6. Wasser.
7. Alkohol absolutus.
8. Oleum Bergamotti.
9. Kanadabalsam.

B) Mit Darstellung des Keratohyalins (und des unverhornten Epithels).

1. Wasserblau-Alkaliblau (1,0:1000,0) 2—5—10 Minuten.
2. Wasser.
3. Alaun-Hämatoxylin + H_2O_2 $\frac{1}{2}$ Stunde.
4. Wasser, je länger, je besser (12—24 Stunden).

5. Entfärben in sehr schwach angesäuertem Wasser + etlichen Tropfen Glycerin oder in schwach angesäuertem Alkohol (1 Tropfen saurer Alkohol zur Schale Alkohol 80%).

6. Wasser.

7. Alkohol absolutus.

8. Oleum Bergamotti.

9. Kanadabalsam.

Das verwendete Alaun-Wasserstoffsperoxyd-Hämatoxylin nach UNNA hat folgende Zusammensetzung (gewöhnliche Hämatoxyline tingieren die Hornschicht mit):

Hämatoxylin 1, gelöst in Spiritus (95%) 100.

Alaun 1, gelöst in Wasser 300 + Solutio H_2O_2 ³ 15 (neutralisiert.)

Beide Lösungen zu mischen.

Die Methoden mit sehr schwach saurer Entfärbung eignen sich mehr für topographische Studien. Will man ganz sichere Aufschlüsse über den Eleidingehalt bekommen, so vermeide man jede saure Entfärbung und wähle das Prinzip der langsamen Tinktion (ohne nachfolgende Entfärbung) mit stark verdünnter Pikrocochenille oder Alaun + H_2O_2 + Hämatoxylin, ebenfalls ca. im Verhältnis von 1,0:1000,0.

Die nach RANVIER gefärbten Schnitte lassen ebenfalls jede Doppelfärbung zu.

1. Pikroammoniak - Karmin (von Grüber bezogen), 1,0:1000,0, 2—3—10 Minuten.

2. Wasser.

3. Eventuell kurzes Fixieren des gefärbten Eleidins in verdünnter Osmiumsäure nach RANVIER (ist für topographische Bilder nicht nötig).

4. Wasser.

5. Pikrocochenille oder Alaun + H_2O_2 + Hämatoxylin.

Färbung und Entfärbung wie bei A und B, oder langsame Tinktion in stark verdünnter polychromer Methylenblau-, Thionin- oder Toluidinlösung. Letztere Methode erfordert öftere Kontrolle unter dem Mikroskop und giebt keine vollständig klare Bilder, da auch stark verdünnte Lösungen von ca. 1,0:1000,0 und noch schwächere die Hornschicht etwas mit tingieren.

Die Versuche mit anderen gebräuchlichen und ungebräuchlichen, Epithel färbenden und Keratohyalin darstellenden Mitteln haben keine oder schlechte Resultate ergeben.

³ Die Solutio H_2O_2 enthält 10% H_2O_2 nach Volumen und 6% H_2O_2 nach Gewicht.

Litteratur (für Eleidintechnik).

- C. RANVIER, *Traité technique d'histologie*. 1875. pag. 876 ff.
 — Sur une substance nouvelle de l'épiderme etc. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*. 30. Juin 1879.
- Besonders:
- C. RANVIER, De l'éleïdine et de la répartition de cette substance dans la peau, la muqueuse buccale et la muqueuse oesophagienne des vertébrés. *Archiv de Physiologie*. 1884. Tome III, pag. 125 ff.
 — *Exposé des titres et des travaux scientifiques*. Paris 1885.
- P. G. UNNA. Pariser Briefe. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII. pag. 614 bis 615.
 — Fortschritte der Hautanatomie etc. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII.
- F. BUZZI. Über Keratohyalin und Eleidin. (Vorläufige Mitteilung.) *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII. pag. 761—762.
 — Keratohyalin und Eleidin. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. Bd. VIII. pag. 149, 163.
- U. GROSSE. *Über Keratohyalin und Eleidin etc.* Inaug.-Dissert. Königsberg 1892.
- M. DREYSEL und P. OPPLER. Beiträge zur Kenntnis des Eleidins in normaler und pathologisch veränderter Haut. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. XXX. pag. 63 ff.

Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. UNNA.

II. (Tafel II.)

Folliculitis staphylogenes.

Fig. 5. In der Mitte einer normalen Oberhautpartie erhebt sich eine von (blauen) Staphylokokken durchsetzte und von rein eiterigem Exsudate gebildete Impetigo, welche in der Höhe des Papillarkörpers ohne scharfe Grenze in ein eiteriges Exsudat der Cutis von annähernd derselben Breite übergeht. Dieses letztere entspricht der eiterigen Durchsetzung eines Lanugohaarbalges, und zwar einer Perifolliculitis und Folliculitis. Den Beweis hierfür geben erstlich wohlerhaltene Reste der Stachelschicht des Haarbalges im Zentrum des Eiterherdes, zweitens — und in noch überzeugenderer Weise — ein in diese Epithelreste eingeschlossener hohler Kokkencylinder (blau), welcher der von den Organismen erfüllten Spalte zwischen Haar und Stachelschicht des Haarbalges entspricht. Jeder Schnitt durch eine staphylogene Folliculitis enthält im Zentrum ein Stück eines

solchen Kokkencylinders, den man sich als Ganzes von dem unter der Hornschicht der Impetigo befindlichen Kokkenrasen ausgehend denken muß. Die Perifolliculitis und Folliculitis staphylogenes entstehen mithin aus der Impetigo staphylogenes, indem die hier befindlichen Kokken in der Haarspalte abwärts wuchern und im selben Maße aus tiefergelegenen Hautkapillaren einen Leukocytenwall anlocken. Hierbei bleiben die untersten Stachelzellen der Oberhaut als eine zart angedeutete Grenze zwischen Impetigo und Perifolliculitis erhalten. In der Umgebung des eiterdurchsetzten Haarbalges sind keine Zeichen von Entzündung der Cutis wahrnehmbar (wenigstens bei der hier gegebenen Kernfärbung); nur rings um den Grund des Haarbalges sieht man die an dieser Stelle durch die dickeren Bindegewebsbalken eingeschränkten Eiterstraßen mit dem Eiterherde zusammenfließen.

Fig. 8. Vergrößerte Partie aus Figur 5. Man sieht inmitten des Eiterherdes einen Rest der Wurzelscheide des Haarbalges und von diesem umgeben den zentralen Hohlcylander von Staphylokokken (blau).

Fig. 9. Eine Stelle aus Figur 5 bei 500facher Vergrößerung. Man sieht hier deutlich die selbst noch bei dieser flächenhaften Ausbreitung charakteristische Anordnung der Staphylokokken.

Fig. 6. Ein Schnitt durch eine andere Folliculitis staphylogenes, welche in allen wesentlichen Punkten mit Figur 5 übereinstimmt. Nur tritt hier links die etwas voluminösere Impetigo deutlicher als solche hervor; dieselbe zeigt weniger Kokken auf. Dafür ist der Kokkencylinder der Haarspalte nicht nur auf größere Länge getroffen, sondern man sieht auch noch eine Kokkenkolonie am Fundus des Haarbalges, wodurch dieser Fall einen Übergang zu dem im nächsten Bilde zu beschreibenden darstellt.

Fig. 7. Ein Schnitt aus der Haut eines an Septikämie zu Grunde gegangenen Kindes. Man sieht rechts oben im Bilde eine kleine, typische Impetigo staphylogenes mit sehr üppigem subkornealen Kokkenrasen, in der Mitte eine aus einer großen Impetigopustel hervorgegangene Folliculitis und unterhalb derselben den Beginn einer Furunkelbildung. Die Kokkentrauben innerhalb der Impetigo sind sehr zahlreich, und der von ihnen nach der Tiefe abgehende, zentrale Kokkencylinder ist besonders gut ausgebildet. Scheinbar getrennt von der Folliculitis, auf benachbarten Schnitten jedoch durch Eitermassen und darin befindliche Kokken zusammenhängend, dehnt sich im Fettgewebe ein abscefsähnlicher Eiterherd aus, dessen Zentrum lediglich von einem Kokkenrasen gebildet wird. In diesem Ereignis haben wir den häufigsten Entstehungsmodus des Furunkels vor uns. Auch in diesem Bilde überrascht die geringe und fast nur auf eine Größenzunahme der Zellen beschränkte Entzündung im Umfange der Eiterherde. Trotzdem muß die deletäre Wirkung der

Staphylokokken in diesem Falle eine sehr erhebliche gewesen sein, denn wir finden überall in den Hautgefäßen durch die Gentiana-Jod-Methode blaugefärbte Fibrinausgüsse eingelagert, eine den Streptokokken gewöhnlich, den Staphylokokken nur bei starker Intensität des Giftes zukommende Wirkung.

V e r s a m m l u n g e n .

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 12. Mai 1896.

(Original-Bericht von L. HOFFMANN-Berlin.)

1. Herr PAUL RICHTER berichtet über einen Fall von serpiginösem Syphilid auf der linken Backe, bei dem der innere Gebrauch von Tinctura Jodi nach seiner Angabe vorzügliche Wirkung gehabt hat.

2. Herr PAUL RICHTER stellt dann einen Patienten mit einer sehr hartnäckigen Psoriasis vor, die trotz aller angewandten Medikation nicht heilen wollte. Der Prozeß begann im 26. Lebensjahre des Patienten, der längere Zeit in der Charité mit Pyrogallussäure, subkutanen Arseninjektionen etc. behandelt wurde, wonach die Affektion schwand. Nach einigen Jahren trat ein Recidiv ein, und da die Psoriasis ringförmig wurde, vermutete man Lues und behandelte den Patienten mit Hg und Jodkalium, allein ohne Erfolg. Der Patient gelangte am 15. September in die Behandlung des Vortragenden, und derselbe wandte eine Salbe, bestehend aus Aristol, Ichthyol, Acidum salicylicum und Acidum pyrogallicum \approx 2,5—5,0 auf 100 g Fette (Oleum olivarum cum Axungia porci oder Lanolin und Vaseline) an, und hat damit in kurzer Zeit vollständige Heilung erzielt. Innerlich erhielt der Patient nach UNNA'S Angabe Acidum muriaticum. Die Heilung ist so vollständig, daß selbst jeder Pigmentfleck fehlt.

3. Herr ROSENTHAL stellt ein 17jähriges Mädchen vor, das sowohl körperlich, als geistig zurückgeblieben ist; es ist eine Idiotin, sie kann weder lesen, noch schreiben. Seit Jahren besteht bei der Patientin die Neigung, sich wegen Juckreiz zu kratzen, dabei zeigen sich aber nicht Kratzeffekte, sondern die Patientin reißt sich gleichsam Stücke aus der Haut aus. Trotz sorgfältiger Reinigung, trotz Bäder und aller möglichen Salben bleibt die Neigung bestehen, und man sieht augenblicklich solche Hautdefekte im Gesicht und an den Armen.

4. Herr ROSENTHAL: Fall von Erythema exsudativum multiforme mit Lues. Die vorgestellte Patientin zeigte, als sie in Behandlung kam, ein typisches Erythema exsudativum multiforme an den beiden Handrücken und daneben ein maculo-papulöses Exanthem. Solche Ausschlagformen kommen entweder bald nach Acquirierung des Primäraffektes oder kurz vor Ausbruch des syphilitischen Exanthems oder bald nach demselben vor. Die Patientin hat nebenbei Drüsenanschwellungen und Papeln ad labium. Wann sie infiziert ist, weiß sie nicht. Sie hat Sublimatinjektionen bekommen, und danach scheint der Prozeß jetzt im Schwinden.

Diskussion.

Herr LEDERMANN erwähnt, daß er einen analogen Fall beobachtet hat, bei dem Gummata an der Stirn und Erythema exsudativum multiforme an den Unterschenkeln bestand.

Herr LEWIN bemerkt, daß er den Fall nicht für Erythema exsudativum multiforme halten könne; denn erstens spräche die Lokalisation dagegen, da Stirn und harte Knochenstellen, an denen sich das Erythem zeigt, frei sind, und zweitens fehlten Fieber und rheumatische Schmerzen, die durchaus zum Erythem gehören. Er glaubt, daß es sich hier um eine Resorption des papulösen Exanthems gehandelt habe. Dabei möchte er bemerken, daß er beim Erythem von der Salicylsäure keine Wirkung gesehen habe, er wende gegen die Schmerzen kalte Umschläge und gegen das Fieber die Antipyretica an.

Herr ROSENTHAL muß an seiner Diagnose festhalten, indem das Erythema multiforme zu bestimmten Jahreszeiten auftritt und an beiden Vorderarmen und am Handrücken sich zeigt. Fieber und Schmerzen begleiten nicht immer das Erythema multiforme. Die Knoten, die jetzt zurückgegangen sind, waren polymorph, die kein spezifisches Kolorit zeigten, während das andere Exanthem von kupferbrauner Farbe war.

5. Herr ROSENTHAL stellt ferner einen 16jährigen Patienten mit ausgebreitetem Lupus des Gesichts und fast des ganzen Körpers vor. Bei dem Patienten besteht Phthisis pulmonum. Der Zustand der Lunge und das Allgemeinbefinden hat sich nach zweijährigem Gebrauch von Kreosotpillen wesentlich gebessert.

6. Herr ROSENTHAL: Fall von Ichthyosis mit Trichophytia circinata. Bei dem vorgestellten Patienten sieht man an den Stellen, wo Herpes tonsurans sich befand und der jetzt geheilt ist, daß die Schuppenbildung der Ichthyosis vollständig zurückgegangen ist, während an den übrigen Stellen des Körpers die Schuppen fortbestehen.

7. Herr ROSENTHAL zeigt dann einen 55jährigen Patienten, bei dem seit zwei Jahren eine Affektion des Handrückens besteht, die sich in zwei leistenförmigen Linien mit Knoten dokumentiert; nebenbei sieht man eine Kreislinie, die ebenfalls durch Knoten markiert ist. R. neigt zur Ansicht, daß es sich um Tuberculosis verrucosa cutis handelt, doch kann man auch an Lues denken.

8. Herr JOSEPH demonstriert einen Knaben mit typischer Trichophytie des behaarten Kopfes; dieselbe begann mit den Erscheinungen der ausgenagten Haare. Therapeutisch wurde Chrysarobin-Traumaticin mit Erfolg angewandt.

9. Herr PALM stellt einen analogen Fall vor; doch ist es bei dem Patienten interessant, daß der Knabe in seinem zweiten Lebensjahre auf einen spitzen Stein gefallen ist und daß an dieser Stelle das Haar ausfiel. Der Knabe ist jetzt zwölf Jahre alt und der Prozeß ist stationär geblieben. Mikroskopisch ließen sich keine Pilze nachweisen. P. möchte den Fall als eine Alopecia neurotica auf traumatischer Basis ansehen, während er den Eindruck einer Trichophytie macht.

10. Herr JOSEPH: Fall von Erythema exsudativum multiforme, besonders am Handrücken. Es bildeten sich zeitweise Bullae an der Vola manus, auch zeigten sich Blasen an der Schleimhaut des Mundes; letztere traten konform mit den Bullae an den Händen auf. Der Patient ist Schreiber in einem Bureau, hat also keine Beschäftigung, die Veranlassung des Leidens sein könnte.

Herr LEWIN bemerkt hierzu, daß man bei gleichzeitigem Bestehen der Bullae an den Schleimhäuten an Maul- und Klauenseuche denken muß.

11. Herr JOSEPH stellt ferner zwei Fälle von Leukoplakie vor und bemerkt dazu, daß er 23 Fälle beobachtet habe, von denen 4 Frauen und 19 Männer waren. Die Affektion ist also bei Frauen wesentlich seltener. Er meint auch, daß Lues nicht die Ursache der Leukoplakie ist. Drei von den Frauen haben sicher keine Lues gehabt. Von den 19 Männern waren 6 luetisch, bei 2 war es zweifelhaft, ob sie Lues gehabt haben oder nicht, bei 11 war keine Infektion nachweisbar. Das Rauchen

ist ein starkes, prädisponierendes Moment, doch muß es noch ein drittes Moment geben, welches zu diesem Leiden führt, das wir aber bis jetzt noch nicht kennen. Therapeutisch hat er von einer 20%igen Jodkaliumlösung günstige Wirkung gesehen.

Diskussion.

Herr LEWIN hat in vielen Fällen nach dem Gebrauche von Hg günstige Wirkungen bei der Affektion gesehen, deswegen rät er, versuchsweise in allen Fällen mit Hg vorzugehen.

Herr KOCH bemerkt, daß er in einem Falle gerade nach acht subkutanen Injektionen von Hg-Salicylat Leukoplakie auftreten sah, die sich nach jeder weiteren Injektion steigerte.

12. Herr JOSEPH zeigt dann eine Photographie von einem Patienten mit weißen Nägeln, da der Patient nicht erschienen ist. Die Affektion begann mit Anschwellung der Finger und war schmerzhaft; die Farbenveränderung der Nägel ging von hinten nach vorn vor sich. UNNA hat die Affektion mit Lenkonychia bezeichnet.

13. Zuletzt stellt Herr JOSEPH noch eine Dame mit HUTCHINSONScher Prurigo vor.

14. Herr LEWIN: Fall von Elephantiasis penis. Nach einer Exstirpation der rechtsseitigen Leistenrüse infolge eines Bubo, wozu sich dann ein linksseitiger gesellte, der ebenfalls exstirpiert wurde, trat ein Ödem des Penis ein, das anfangs von weicher Beschaffenheit war, dann hart wurde und schließlich zur Elephantiasis führte. Auch bei Frauen hat er nach Exstirpation der Inguinaldrüsen Elephantiasis der Labien beobachtet, weshalb er rät, nicht Totalexstirpationen der Inguinaldrüsen vorzunehmen. Therapeutisch hat er vom Ichthylol mit Glycerin noch die besten Wirkungen zur Resorption beobachtet.

15. Herr LEWIN stellt einen Fall von schwerer Lues, die vorher nicht behandelt war, vor. Die 28jährige Tischlersfrau hat drei Wochenbetten durchgemacht und einmal abortiert. Es zeigten sich bei ihr nach der Infektion Flecke, Pusteln, Ulcerationen, und schließlich sieht man jetzt Rypis. Außer Glottiserscheinungen klagte sie über große Kopfschmerzen, die aber des nachts durchaus nicht stärker waren. Nach 16 subkutanen Injektionen von Sublimat und heißen Bädern hat sich der Zustand wesentlich gebessert.

16. Herr LEWIN: Fall von schwerer Lues. Die 48jährige Arbeiterin ist im Jahre 1884 infiziert und wurde damals mit Schmierkur und Jodkalium behandelt. Jetzt zeigt sich bei ihr eine Ulceration am Palatum durum und molle, so daß man die Muscheln der Nasenhöhle deutlich sehen kann.

17. Herr LEWIN stellt ferner eine 20jährige Patientin vor, bei der eine dunkle Pigmentierung der Psoriasis syphilitica übrig geblieben ist. Sie hat ferner noch Condylomata lata. Bis jetzt sind neun Sublimatinjektionen gemacht.

18. Herr SAALFELD: Fall von Pityriasis rubra pilaris. Bei dem Patienten besteht die Affektion seit acht Wochen, doch zeigt sich bei ihm keine starke Schuppung am Kopf und an den Handtellern.

19. Herr SAALFELD stellt außerdem einen Fall mit Lichen ruber verrucosus des Unterschenkels und einen Fall von Lichen ruber planus vor, bei dem der Arsenik günstige Wirkung gehabt hat. Bei letzterem Patienten besteht Larynx tuberkulose.

20. Herr LEDERMAN: Der vorgestellte Fall von Lichen ruber, der seit vier Wochen besteht, ist dadurch ausgezeichnet, daß er sich im Verlauf eines Nerven und zwar des Nervus ischiadicus zeigt. Außerdem bestehen typische Efflorescenzen am Bein und an anderen Stellen des Körpers. Eigentümlich ist es noch, daß der Patient wenig Juckreiz hat.

21. Herr **LEBERMANN** stellt ferner eine 22jährige Patientin vor, die von einer Affektion befallen ist, die bis zur Hüfte reicht und welche wie Ichthyosis oder Sklerodermie aussieht.

Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg i. Pr.

Sitzung vom 30. März 1896.

CASPARY stellt zwei Fälle vor, an denen einige **Charakteristica hereditärer Lues** sichtbar sind. Die Erkennung der hereditären Lues bei größeren Kindern und Erwachsenen ist meist sehr wichtig, in erster Reihe für die Therapie, da man aus dieser Kenntnis Anhaltspunkte gewinnt für die Behandlung dunkler Krankheiten der betroffenen Person, wie der ganzen Familie. Aber auch in sozialer und selbst in forensischer Beziehung ist es von Bedeutung, das Vorhandensein einer hereditären Lues feststellen zu können. Die vorgestellten Kranken zeigen nun einige charakteristische Kennzeichen, wie sie zum Teil der von **SILX** aufgestellten Trias (Choroiditis areolaris, lineäre Gesichtsnarben, Zahnveränderungen) entsprechen. Der 15jährige Mensch hat früh Ausschläge gehabt, war aber dann gesund, wenn auch schwächlich. Man sieht in seinem Munde eine große Reihe radiär gestellter, auf die Schleimhaut nicht übergewandter, ziemlich langer, breiter, rinnenartiger Streifen von teils deutlich narbigem, teils narbenähnlichem Aussehen. Ähnliche Streifen sind an Wange und Nase, über der Augenbraue zu sehen. **SILX** glaubt auf Grund mikroskopischer Untersuchung, daß es sich nicht um Narben handle. **CASPARY** hat eine Stelle am Kinne excidiert und mikroskopisch untersucht. Man findet in diesen Furchen normales Epithel, einen normalen Papillarkörper, normale Talgdrüsen, reichlich entwickelte elastische Fasern. Auffallend sind ganze Streifen von Infiltrationszellen, die dem Vortragenden Rundzellen zu sein scheinen. Der Neigung der Anatomen, die die Präparate gesehen und einen Entzündungsprozeß auf Grund dieser zelligen Infiltration annehmen, kann sich Vortragender nicht anschließen. Der Vortragende sieht diese Streifenbildung im Gesicht für nahezu pathognomonisch für hereditäre Syphilis an. Derselbe Mensch zeigt **HUTCHINSONSche Zähne** an den beiden mittleren, oberen Schneidezähnen, sonst nichts Abnormes. — Im zweiten vorgestellten Falle handelt es sich um ein wenig entwickeltes 18jähriges Mädchen mit vielen Zeichen von Syphilis: Infiltrationen an der Glabella, an der Nasenscheidewand, narbige Einsiehungen an den Knochen, als besonders charakteristisch aber eine säbelscheidenförmige Verkrümmung der rechten Tibia, an der auch Knochennarben vorhanden sind. Der Vortragende hofft, durch eine lange andauernde Quecksilber-Jod-Behandlung auch auf die gesamte Entwicklung der Patientin günstig einwirken zu können.

Über Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm spricht **v. EISENBERG** an der Hand eines demonstrierten Patienten. Ein 31jähriger, in seiner Heimat bisher als Mädchen angesehener, mit *Ectopica vesicae*, *Epispadia penis* behafteter Mann von weiblichem Habitus, ohne jeden Bartwuchs, kam wegen der *Incontinentia urinae* in Behandlung der Klinik. Nachdem die gute Entwicklung des Sphincter ani festgestellt war, wurde die Einpflanzung der Ureteren, deren Mündungen auf der vorgewölbten Blasenwand leicht erkennbar waren, in die *Flexura sigmoidea* ausgeführt. Laparotomie bei Beckenhochlagerung; Aufsuchen der Ureteren von hinten her unter Leitung eingeführter Sonden; Umschneidung der in die Blase eingepflanzten Stelle im Umfange von ca. 2, resp. 1 cm; Längsincision in die *Flexura sigmoidea*; Einnähen des ganzen Blasenstückes; Schleimhaut- und Serosanaht; rechter Ureter oben, linker unten eingenäht; Tamponade mit Jodoformgaze; Hautnaht bis auf eine kleine Stelle. Der Verlauf war ein reaktionsloser, die Heilung bis auf einen vorübergehenden Harnabfluß vom 10.—14. Tage eine gute. Der Patient ist jetzt vollkommen kontinent, kann den

Urin jetzt 6—7 Stunden im Rectum zurückhalten. Die äußere Wunde ist bis auf eine kleine Stelle geheilt. Da erst sechs Wochen seit der Operation vergangen, ist das günstige Resultat doch nur als ein vorläufiges zu bezeichnen.

Der Vortragende geht nun näher auf die Verfahren zur Linderung oder Beseitigung der durch die Ectopia vesicae bedingten Beschwerden, sowie auf die Implantation der Ureteren im allgemeinen ein. Die Recipienten erfüllen sehr oft nicht den Zweck, die Implantation der Ureteren in die Urethra, wie alle Verschlussmethoden der Blasenwand mit oder ohne Plastik können, da der Sphincter vesicae nicht vorhanden ist, die Kontinenz nicht herstellen. Die Einpflanzung in das Rectum können dreierlei Gefahren bedingen: erstens das Eintreten einer ascendierenden Entzündung mit Pyelonephritis, zweitens die Entwicklung einer Stenose der Ureteremündungen, drittens das Entstehen einer Proctitis. Die Stenose verhütet man am besten durch Mitnahme eines möglichst großen Blasenstückes, die Proctitis ist vielleicht bei einem sonst gesunden Individuum weniger zu fürchten. Zum Schluss geht der Vortragende auf die Experimente, welche an Tieren mittelst Implantationen der Ureteren in das Rectum, Bildung einer künstlichen Blase aus einem resezierten Darmstück etc. ausgeführt sind, ein.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Verhandlungen der ungarischen dermatologischen und urologischen Gesellschaft in Budapest.

Sitzung vom 19. Januar 1896.

1. **Ein Fall von Lupus und Sarcoma**, von SCHWIMMER. Bei dem 45jährigen Kranken ist die Haut auf dem Fußrücken und auf der großen Zehe bläulich-rötlich verfärbt und infiltriert mit sehr dünnen und schwer ablösbaren Epidermisschüppchen bedeckt, stellenweise sind Epidermisverluste. Entsprechend dem Sprunggelenke zeigt die Haut ähnliche Veränderungen, mit dem Unterschiede, daß daselbst bohnen-, erbsen-, über der Achillessehne sogar haselnußgroße Knoten vorhanden sind, welche über das Niveau der Haut emporragen. Diese Knoten sind weich anzufühlen, scharf umschrieben, die Haut über denselben bläulich verfärbt. Der Unterschenkel ist bedeutend verdickt, auf der linken Seite sind ausgebreitete Narben, welche seit zehn Jahren bestehen sollen, indem daselbst Knoten auftraten, welche später schmerzhaft wurden, zerfielen und deren Heilung ein Jahr beanspruchte. Auf der linken Seite des Oberschenkels sind ebenfalls Narben, die mit einem roten Hof umgeben sind. Die rechtsseitigen Inguinaldrüsen sind nußgroß. Vater des Patienten starb an Lungenschwindsucht, eins seiner Geschwister erlag auch einem Lungenleiden.

Es bliebe hier die Frage zu entscheiden, ob der Prozeß ein Sarcoma idiopathicum multiplex oder ein Lupus vulgaris ist. Das klinische Bild spricht zwar für beide, die mikroskopische Untersuchung zeigte aber die Charaktere einer lupösen Erkrankung. Der Verlauf der bläulichen Knoten ist allenfalls abzuwarten, indem es nicht unmöglich ist, daß sich neben dem Lupus auch ein Sarcoma idiopathicum multiplex entwickelt. Die Excidierung eines der bläulichen Knoten verweigerte der Kranke.

HAVAS hält auch die übrigen Knoten für lupöse, die Pigmentation ist von Hämorrhagien abzuleiten, was bei chronischen Prozessen häufig vorkommt.

RÓNA diagnostiziert auch die bläulichen Knoten als Lupus.

2. **Ein Fall von allgemeiner Hautpigmentation nach Lichen ruber**, von SCHWIMMER. Die ganze allgemeine Decke des Kranken, mit Ausnahme einzelner Stellen, zeigt sepiabraune bis veilchenblaue Flecke, welche an vielen Stellen ineinander übergehen. Selbst bei genauer Besichtigung sind keine Efflorescenzen zu sehen. Der Kranke wurde zweimal auf der Klinik wegen Lichen ruber planus mit innerlichen

Mitteln behandelt. Nach 8—10 wöchentlicher Arsenbehandlung bildeten sich die Lichenknötchen zurück, es blieben blofs die Pigmentflecke zurück. Nach Zurückbildung von Lichenknötchen bleiben zwar nicht selten Pigmentflecke zurück, in diesem Falle ist es wahrscheinlich, dafs der Arsenik dieselbe nur beförderte.

RÓNA sah auf Arsenbehandlung bei einem Psoriasisranken hochgradige Melanose sich entwickeln; nichtsdestoweniger sah er auch bei nicht behandeltem Lichen planus dieselbe auftreten.

JUSTUS und TÖRÖK halten diese Pigmentation für ein Konsekutiv des Lichen.

3. Ein Fall von *Tuberculosis cutis*, von SCHWIMMER. Der vorgestellte Patient hat auf dem Nasenrücken einzelne flache Narben, deren Rand etwas infiltriert ist, andererseits fehlt der grösste Teil des Septums, die Innenfläche der Nase ist stellenweise mit bräunlich-schwarzen Borken bedeckt. Knötchen sind nirgends zu finden. Im Eiter wurden Tuberkelbacillen nicht gefunden, was zwar gegen die Annahme von Hauttuberkulose nicht spricht. Nachdem weder die Anamnese, noch der Status für Syphilis Anhaltspunkte bietet, gestützt auf die rasche Nekrotisierung des Nasenseptums und die leichte Infiltration der Narben, ist Redner geneigt die Diagnose auf Hauttuberkulose zu stellen.

HAVAS, RÓNA und TÖRÖK sprechen sich für Syphilis aus, T. behandelte sogar den Kranken dagegen; nachdem derselbe fortblieb, kann er über kein Endresultat referieren.

SCHWIMMER hielt den Fall auch anfangs für Syphilis, die antiluetische Behandlung führte zu keinem Resultat. Der Kranke soll weiterbehandelt und wieder vorgestellt werden.

* 4. HAVAS stellt einen Fall von *Pityriasis rubra pilaris* oder *Lichen ruber acuminatus* vor. Der Krankheitsprozess besteht seit einem Jahre; seit dieser Zeit nahm Patient bedeutend an Gewicht ab und leidet an ausserordentlich heftigem Jucken. Die Arsenmedikation hat gar keine Resultate aufzuweisen, blofs die lokale Behandlung besserte etwas den Zustand, wenn auch vorübergehend.

Die *Pityriasis rubra pilaris* (BESNIER, RICHAUD, DEVERGIE) und den *Lichen ruber acuminatus* (KAPOSI) hält er für einen und denselben Prozess. Dieses wurde auch dadurch erwiesen, indem die vom Wiener dermatologischen Kongresse auch Budapest besuchenden französischen Dermatologen den von ihm in der k. u. k. ärztlichen Gesellschaft vorgestellten Fall von *Lichen ruber acuminatus* als *Pityriasis rubra pilaris* bezeichneten. Ein strittiger Punkt ist noch, ob der *Lichen ruber planus* (WILSON) und der *Lichen ruber acuminatus* (KAPOSI) als identische Krankheitsprozesse aufgefasst werden sollen. Seinerseits haben ihn seine Beobachtungen zu der Überzeugung geführt, dafs beide als verschiedene Krankheitsprozesse aufzufassen sind. Dieses sollen sowohl der klinische Verlauf, als auch der therapeutische Effekt bestätigen. Schliesslich nimmt er die Proposition von LEWIN an, die *Pityriasis rubra pilaris* mit dem Namen „*Keratosis universalis multiforme*“ zu benennen.

RÓNA ist der Ansicht, dafs der vorgestellte Fall zur Zeit nicht den Typus der *Pityriasis rubra pilaris* (BESNIER) zeigt, hält es für wünschenswert, dafs der Fall noch öfter vorgestellt werde; auch glaubt er nicht, dafs der den französischen Dermatologen vorgestellte Fall von *Pityriasis rubra pilaris* infolge der therapeutischen Eingriffe derartige Veränderungen gemacht hätte; auch bei diesem Falle wäre es wünschenswert, dafs er noch einmal vorgestellt werde.

TÖRÖK kann dem auch nicht beipflichten, dafs dieser Fall eine *Pityriasis rubra pilaris* wäre, indem selbst auf den prädisponierten Stellen, auch anderswo nicht die charakteristischen Coni zu unterscheiden sind. Er hält es auch für wünschenswert, den Fall noch einmal zu sehen, wenn die charakteristischen Coni unverändert zu

sehen sind. Nach dem vorhandenen Bilde schließend, möchte er den Fall als *Erythrodermia universalis* bezeichnen. Gegen den Pruritus empfiehlt er Zinkgelatine.

SCHWIMMER betont, daß man vor 30 Jahren derartige Fälle als *Pityriasis rubra universalis* bezeichnete. Es ist nicht zu leugnen, daß viele Fälle so benannt wurden, deren Grundleiden eine Psoriasis, Ekzem u. s. w. etwa darstellte. Therapeutisch ist die Zinkgelatine zu empfehlen, nur mit der Modifikation, daß höchstens die Hälfte des Körpers auf einmal bestrichen wird.

HAVAS betont, daß auf den Fingern Coni zu sehen waren. Das in minderm Grade vorhandene Ectropium spricht auch für *Pityriasis rubra pilaris*.

5. RÓNA stellt zwei Fälle von lichenoiden Syphilitiden vor. Der erste Fall ist in differential-diagnostischer Hinsicht interessant, indem derselbe eine seitlang sowohl mit einem Lichen scrophulosorum, als auch mit einem Lichen ruber planus verwechselt werden kann.

Der erste Fall, ein 23jähriges Mädchen, leidet seit fünf Wochen an einem ausgebreiteten, dichten, lichenoiden Exanthem, welches nicht juckt, an vielen Stellen aus polygonalen wachsähnlichen Papeln zusammengesetzt ist, und dem Lichen ruber planus sehr stark ähnlich ist. Nebstdem war weder auf den Genitalien, noch anderweitig eine Primärläsion eruierbar, auf den Genitalien und sichtbaren Schleimhäuten waren keine hypertrophischen Syphilisexantheme zu sehen, bloß auf ersteren waren am Rande der großen Schamlippen einzelne hanfkorngroße, papulöse Erhabenheiten zu konstatieren. Erst später, und besonders nach vier 5%igen Kalomelinjektionen, nahm das Exanthem in seiner Rückbildung mehr die Charaktere des Syphilitischen an. Zu derselben Zeit traten auch Rachenerseheinungen auf.

Der zweite Fall ist in ätiologischer Hinsicht bemerkbar. Die 27jährige Kranke hatte vor sechs Monaten ein auf die ganze Hautdecke zerstreutes psoriasiformes lentikuläres Syphilid, welches sich auf 90 Einreibungen à 2 g zurückbildete. Zur Zeit sind neben einzelnen großen Papeln, besonders auf dem Rücken und den Schultern, zumeist in Kreisform angeordnete, nadelspitz- bis stecknadelkopfgroße perifollikuläre Papeln zu sehen. Die Mutter der Kranken starb an Lungenschwindsucht. Nach seinen Erfahrungen kann er nur KAPOSI beistimmen, daß das lichenoides Syphilid zumeist bei solchen Individuen sich entwickelt, die hereditär belastet sind, obwar er auch einzelne Fälle sah, welche nicht von Tuberkulösen abstammen, wie z. B. beim ersten Falle.

HAVAS ist auch der Ansicht, daß es oft schwierig ist, zwischen dem Lichen syphiliticus und Lichen scrophulosorum zu unterscheiden. Die lichenoiden Formen entsprechen mehr den späteren Recidiven, und dies hauptsächlich bei lymphatischen Individuen.

RÓNA beobachtete stets, daß das lichenoides Syphilid bei Frauen häufiger ist und dieses ist auf deren schwächere Konstitution zurückzuführen.

6. Vorläufige Mitteilung über Untersuchungen von Pemphiguskranken, von TÖRÖK. T. demonstriert Rückenmarksschnitte, die von einem Pemphigus vegetans stammen. Durch das ganze Rückenmark sind nach der WÄGNERschen Färbung farblose Lücken sichtbar und zwar in großer Zahl und dichter Anordnung; sie sind in der weißen Substanz weniger vorhanden, als in der grauen. Mittelst der NISSLEschen Methylenblaufärbung kann man an Stelle der Lücken dunkelbraune, kugelförmige Gebilde sehen, welche nach einer gewissen Zeit (in den Präparaten) ihre Farbe mehr oder weniger verlieren. Zu dieser Zeit zeigt sich auf vielen Stellen eine gewisse Struktur, und zwar eine grobe Schichtung. Es kommt nämlich bei einzelnen vor, daß um ein liches Zentrum ein dunkelblauer Ring und um diesen wieder ein

hellerer Ring sichtbar wird. Die Corpora amyloea-Reaktion ist bis jetzt bei den Körperchen nicht gelungen.

Bei einem *Pemphigus foliaceus* konnte er im Fieberstadium der neueren Blasen-eruption im Blute sowohl mikroskopisch, als auch kulturell den *Staphylococcus aureus* und *albus* nachweisen.

7. Ein Fall von recidivierendem Erythema scarlatinaforme, von Török. Der 28jährige Beamte bemerkte zuerst eine der jetzigen Affektion ähnliche Erkrankung vor zwölf Jahren, und zwar seit dieser Zeit bereits das achte Mal. Es tritt jedesmal plötzlich bei ihm ohne jedwede eruirbare Ursache unter den Erscheinungen von Frösteln und Fieber und unter mäßigem Jucken eine diffuse Röte auf dem ganzen Körper auf, nach zwei bis drei Tagen eine Abschilferung der geröteten Stellen. Diese Attacke, welche sowohl im Sommer, als auch im Winter auftrat, erreicht ihr Ende in ca. 14 Tagen. Die jetzige Attacke, welche seit vier Tagen besteht und ebenfalls ohne vorherige Magenaffektion auftrat, so auch auf kein Medikament zurückzuführen ist, äußerte sich in Begleitung von Frösteln und Hitzegefühl als ein diffuses Erythem, welches um den Nabel herum und auf dem Gesichte zuerst auftrat und sich dann auf den ganzen Körper verbreitete; dasselbe hat in verschiedenen Regionen verschiedene Intensität. Nach Verlauf von 24 Stunden und noch mehr nach drei Tagen beginnt auf mehreren Stellen eine feinklebrige Schuppung, welche sich im Verlaufe von 14 Tagen, bis zum Schlusse der Attacke, über den ganzen Körper in mehr oder minderem Maße verbreitet, von den Handtellern und Fußsohlen große und dicke Lamellen ablöst. Die Therapie bestand in Zinksalbe, Streupulver und lauwarmen Bädern.

8. Syphilis und Bels, von A. OSCHNER. Der 25jährige Tagelöhner acquirierte vor einem Jahre eine Läsion auf dem Gliede, welcher eine allgemeine Behandlung nicht folgte; ob welche sekundäre Erscheinungen seit der Zeit auftraten, weiß Patient nicht anzugeben. Bei dem Kranken ist zur Zeit folgendes zu konstatieren: Um den After mehrere hypertrophierte und zerfallene Papeln, ebensolche zwischen der vierten und fünften Zehe des linken Fußes. Auf der linken Schulter und über der linken Scapula zahlreiche orbikuläre Syphilide. Auf der übrigen Handdecke und den sichtbaren Schleimhäuten sonst keine Veränderungen. Hochgradige Adenopathie.

Hauptsächlich durch die Untersuchungen von NEUMANN wissen wir, daß die Exantheme des sekundären Stadiums selbst auf lokale Behandlung sich nicht ganz zurückbilden, sondern auf deren Stellen noch mikroskopische Produkte zurückbleiben. Wenn nun diese von irgendwelchem Reiz getroffen werden, proliferieren sie, und es entstehen oft daselbst noch größere Infiltrationen, als sie zuerst vorhanden waren. Bei diesem Kranken, der Sackträger ist und die Säcke stets auf der linken Schulter trägt, hat sich auch am Orte des mechanischen Insultes ein hypertrophiertes, luetisches Exanthem entwickelt.

RÓNA bemerkt, daß die syphilitischen Produkte auf den Teilen der Haut, welche gewissen Reizen stets ausgesetzt sind, länger persistieren und der Behandlung länger Widerstand leisten.

9. Syphilis oder Keratoma? von A. ASCHNER. Der 28jährige Lehrer leidet seit zwei Jahren an einer Hautaffektion, welche bis jetzt jeder Behandlung trotzte. In der Mitte beider Handteller ist die Haut infiltriert. Die Infiltration zeigt halbmondförmige und nierentörmige Zeichnungen und ist mit einer dicken gesprungenen Hornschicht bedeckt. Auf beiden Fußsohlen je eine ähnliche diffuse, thalergroße Plaque. Außer diesen sind an der Innenseite einzelner Finger zerstreut linsen- bis erbsengroße scharf umschriebene und schuppige Infiltrationen. Sonst auf der allgemeinen

Decke und den sichtbaren Schleimhäuten keine Veränderungen. Allgemeine Adenopathie minderen Grades. Bezüglich des Ursprunges seiner Hautaffektion weiß Patient keinen Grund anzugeben, höchstens, daß er sich im Sommer aus Privatvergnügen mit Gärtnerei beschäftigt. Eine genitale Affektion und sonstige Hautausschläge hat der Kranke nie durchgemacht.

Nachdem Psoriasis vulgaris, Lichen ruber planus, so auch ein Ekzem, welche sehr selten einzeln an diesen Stellen vorkommen, ausgeschlossen werden konnten, schwankte eben die Diagnose nur zwischen Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica und Keratoma. In Anbetracht dessen, daß das Gelegenheitskeratom nach Ausbleiben der schädigenden Ursache und auf Behandlung sich in der Regel zurückbildet und bloß das Bild der oberflächlichen Verhornung giebt, dessen Grenzen verwaschen sind, und daß wir bei diesen Kranken Infiltrationen, und zwar mit scharfen und steilen Rändern, zerstreut ebensolche kreisrunde Stellen und die Infiltrationen auf Applikation von grauem Pflaster etwas in Rückbildung begriffen sehen, ist Redner geneigt, trotz des Fehlens anderweitiger syphilitischer Stigmata und der negativen Anamnese diese Affektion mit Syphilis in Zusammenhang zu bringen.

10. **Ein Fall von Reinfectio syphilitica**, vorgestellt von A. ASCHNER. Die Syphilisreinfektionen sind allerdings mit einem gewissen Skepticismus entgegenzunehmen, und dies hauptsächlich in solchen Fällen, wo wir selbst nicht in der Lage waren den ersten Primäraffekt und den Verlauf der begleitenden Symptome zu beobachten. Im vorliegenden Falle war ich wohl nicht in der Lage, die erste Infektion zu beobachten, muß aber doch annehmen, wie es die später folgenden Gründe zeigen sollen, daß es sich hier um eine Syphilisreinfektion handelt.

J. K., 24 Jahre alt, Buchdrucker, meldete sich am 4. Dezember 1895 mit der Klage, daß er seit acht Tagen ein Geschwür auf dem Gliede bemerkt; der letzte Coitus war 14 Tage vorher. Bei der Aufnahme der Anamnese erzählt der Kranke, daß er im Jahre 1890 an recenter Syphilis litt, gegen welche er im Brünner Landeshospitale mit intramuskulären Quecksilbereinspritzungen behandelt wurde, später mit Jodkalium. Seit dieser Zeit beobachtete er angeblich keine Recidive mehr. Bei der Untersuchung des Kranken zeigt es sich, daß er im Sulcus retroglandularis links eine erbsengroße dichte Infiltration hat, welche oberflächlich zerfallen ist. In der linken Schenkelbeuge befinden sich einige bohnen große Drüsen. In anbetracht dessen, daß Patient im Jahre 1890 eine Sklerose und recente Syphilis hatte, und im Sulcus retroglandularis vorkommende Ulzerationen in der Mehrzahl der Fälle eine harte Basis haben, und typische Lymphdrüsenanschwellungen noch nicht vorhanden waren, faßte ich die jetzt vorhandene Läsion als einen weichen Schanker auf, welcher auch darnach behandelt wurde.

Der Verlauf aber sollte uns eines anderen belehren, die Läsion nämlich nahm immer mehr und mehr das Charakteristische einer Sklerose an, die harte Infiltration der Drüsen nahm stets zu — dies muß ich besonders hervorheben —, so daß ich am 24. Dezember 1895 folgenden Status aufnehmen konnte: Die Basis der im Sulcus retroglandularis sich befindenden Läsion ist knorpelhart, in der rechten Schenkelbeuge sind die Drüsen haselnufs- bis nufsgroße, schmerzlos, hart infiltriert, kleinere ähnliche in der linken Schenkelbeuge, auf der allgemeinen Decke und hauptsächlich auf dem Rumpfe und den oberen Extremitäten dichte Roseola, schwache Angina. Auch deutet Patient an, daß er vor einigen Tagen Kopfschmerzen hatte und appetitlos war. Nachdem jetzt die Diagnose, recente Syphilis, außer allen Zweifeln war, tauchte nun die Frage auf, ob der Kranke im Jahre 1890 thatsächlich Syphilis hatte? Denn wenn das der Fall war, kann die jetzige Erkrankung nicht anders aufgefaßt werden, als eine Syphilisreinfektion.

Herr Dr. KATHOLICZKY, Primärarzt am Brünner Landeshospitale, hatte die Liebenswürdigkeit, mir einen kurzen Auszug des Krankenprotokolls zuzusenden und mir folgende Daten mitzuteilen: Patient wurde am 7. November 1890 mit einer schon geheilten Sklerose auf der Krankenabteilung aufgenommen; die Sklerose befand sich dorsalwärts im Sulcus retroglandularis, allgemeine Drüsenanschwellungen, auf dem ganzen Körper, hauptsächlich auf der Brust und dem Rücken ein papulöses Exanthem, auf der Unterlippe und beiden Tonsillen zerfallene Papeln. Er wurde nach 13 intramuskulären Salicyl-quecksilberinjektionen als geheilt entlassen. Herr Primärarzt KATHOLICZKY hatte zwar den Kranken selbst nicht beobachtet, indem er durch Krankheit daran gehindert war, glaubt aber für die Diagnose seines Assistenten einstehen zu können. Im übrigen machte der sonst intelligente Kranke dieselben Angaben.

Nach diesen muß ich annehmen, daß wir es hier mit einem Fall von Syphilis-reinfektion zu thun haben. An die im Jahre 1890 aufgestellte Diagnose auf recente Syphilis haben wir keine Ursache zu zweifeln, indem ja die damaligen Erscheinungen so prägnant waren, daß selbst der weniger Geübte schwer eine andere Diagnose machen konnte. Die jetzige Diagnose steht außer allen Zweifeln, indem die knorpelharte Basis der Läsion tastbar ist, die regionären Drüsen sind typisch infiltriert, und was die Hauptsache ist, ich habe die Entwicklung derselben beobachten können; die dichte Roseola ist gut sichtbar. Daß wir es etwa mit einer sog. „Spätroseola“ zu thun hätten, ist kaum wahrscheinlich, da wir sonst keine Gelegenheit haben, nach fünfjähriger Infektion eine so dichte Roseola zu sehen. Daß es sich etwa um eine recidivierende Sklerose (Sklerosis redux) handeln würde, dagegen spricht auch wieder das große Zeitintervall, andererseits gesellen sich nicht zu derselben regionäre Drüsenanschwellungen und allgemeine Adenopathie. Gegen diese Annahme spricht auch der ganze Verlauf des Falles.

BASCH bemerkt bezüglich der Differentialdiagnose der „Spätroseola“, daß auch zur Zeit ein Patient in seiner Behandlung steht, der im Jahre 1892 eine Sklerose hatte, zwei Monate nachher ein papulo-makulöses Exanthem, Plaques auf den Tonsillen. Seit dieser Zeit hatte er sechs Recidive, welche stets in Form eines makulösen Exanthems auftraten.

A. Aschner - Budapest.

Londoner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Januar 1896.

(*Brit. Journ. of Dermatology*. Februar 1896.)

Dr. J. GALLOWAY zeigt drei Fälle von Alopecie bei Kindern derselben Familie. Die beiden älteren sind typische Fälle von *Monilethrix*. Der eine derselben zeigt an den von der Alopecie befallenen Stellen eine ausgesprochene *Keratitis pilaris*. Ein jüngerer Bruder ist erst kürzlich in Behandlung wegen scheinbar derselben Affektion. Bei genauerer Untersuchung der Haare zeigten einzelne die großsporige Form des *Trichophytonpilzes*.

Dr. M. MORRIS demonstriert einen Fall von ungewöhnlicher *Tinea circinata* der Beine bei einem 40jährigen Manne. Zuerst schien es eine Alopecia areata zu sein, welche die behaarten Stellen der Beine ergriffen hatte. Bei genauerer Untersuchung wurde ein Pilz entdeckt, der sich nur an dem nicht über das Hautniveau hervorragenden Teile des Haares befand, in die Haarsubstanz selbst nicht eingedrungen war und aus Mycelien und Sporen bestand, von welchen letzteren die Mehrzahl deutlich kleiner sind, als die des gewöhnlichen *Mikrosporons* der Kopfhaut. Die Sporen sind meistens von gleichmäßiger Größe, doch gelegentlich sieht man auch größere zwischen die kleineren zerstreut.

Dr. PRINGLE zeigt einen 74 Jahre alten, von Gicht geplagten, und seit langer

Zeit mit Psoriasis behafteten Mann, der während der neuerlichen Behandlung einen intensiven Herpes zoster an der linken Seite im Verlaufe der fünf unteren Interkostalnerven hat. Von Interesse war, daß um die Herpesbläschen sich die Psoriasis manifestierte, wo dieselbe vorher nicht bestanden hatte.

Dr. ЧИОКЕНА demonstriert 1. einen Fall von allgemeiner Pigmentation nach Arsengebrauch; 2. einen 40jährigen Mann mit allgemeiner Entfärbung; vorher hatte der Patient an einer Pityriasis rubra von ekzematösem Typus gelitten. Unter der Behandlung wurde die Haut glatt, es blieb aber die Entfärbung zurück; 3. einen Portwein-Naevus mit spontaner Rückbildung bei einem 18jährigen jungen Manne, der mit einem hochroten Naevus geboren worden war. Der Naevus hatte nahezu das ganze Gesicht unterhalb der Augenhöhle, mit Ausnahme der Gegend um den Mund und des Kinns, eingenommen. Als der Patient 13—14 Jahre alt war, begann der Naevus zu verschwinden. Gegenwärtig ist auf beiden Seiten nur ein handtellergrößer Fleck vor dem Ohre und ein schmaler Streifen auf der Nase zurückgeblieben.

Dr. S. WEST stellte ein achtjähriges, ziemlich gut genährtes Mädchen mit typischem Xeroderma pigmentosum vor. Die Pigmentation nimmt die gewöhnlichen Stellen ein, hauptsächlich das Gesicht, Hals und Schultern, Streckseiten der Hände und Vorderarme bis etwa zur Mitte derselben. Im Gesichte befinden sich zahlreiche Telangiectasien und kleine vertiefte Narben. Die Affektion begann, als das Kind zwei Jahre alt war, zuerst im Gesichte. Vor acht Wochen hat sich am rechten unteren Augenlide, nahe dem inneren Augenwinkel, ein kleiner Tumor gezeigt, der geringes Ektropion und schwache Conjunctivitis verursacht hat. Da es rapide wuchs, so wurde es operativ entfernt. Die Wunde ist vollkommen abgeheilt. Die mikroskopische Untersuchung ergab einen an Epitheliom erinnernden Befund.

Sitzung vom 12. Februar 1896.

(*Brit. Journ. of Dermatology*. März 1896.)

Dr. ADAMSON zeigt eine Kultur des Favuspilzes, die bei 30° C. auf nicht neutralisiertem Maltose-Pepton-Agar innerhalb von zwei Wochen sich in sehr üppiger Weise entwickelt hat. Sie zeigt eine schneeweiße Scheibe von etwa zwei Zoll Durchmesser und $\frac{1}{8}$ Zoll Dicke. Das Zentrum des Rasens ist uneben und bildet einen unregelmäßigen Krater von $\frac{3}{4}$ Zoll Durchmesser. Die ganze Oberfläche ist wie mit Puder bestreut. Die mikroskopische Untersuchung der Kultur zeigt feine Luftmycel-fäden und reichliche ovale Sporen von 2—3—4 μ Durchmesser.

Dr. COLOORT FOX stellt eine 40jährige, verheiratete Frau mit Xanthoma und hypertrophischer Lebercirrhose vor. Es besteht gleichzeitig eine leichte Gelbsucht. Der Fall ist hauptsächlich wegen der immensen Ausdehnung des Xanthoms interessant. Alle Regionen, auch die Mundhöhle, sind befallen. Am Gaumen und am Zahnfleisch zeigt sich die Affektion als eine gelbe Färbung. Im Gesichte, namentlich um die Augen und Schläfen herum, sieht man deutlich markierte Flecke, am Stamm eine Menge von gelben Papeln, die in Flecke auslaufen. Diese Papeln zeigen kein rotes Element, noch einen Hof. Einige an der Außenseite der Arme sind größer und entfalten einen schwachen Grad von Röte. An den Ellenbogen waren kleine, an den Knöcheln große bräunliche Knötchen. Die Affektion besteht seit 2—3 Jahren.

Angesichts dieses Falles hält es Vortragender für sehr schwer, TÖRÖK'S Ansicht zu acceptieren, daß das Xanthoma eine Tumorbildung, ein excessives Wachstum, eine Anomalie sei, welche unter dem Einflusse hereditärer und kongenitaler Bedingungen durch Proliferation der Bindegewebszellen und durch Umwandlung derselben in Fettzellen an Stellen, die normalerweise frei von Fettgewebe sind, entstanden ist. Die hypertrophische Lebercirrhose wird von TÖRÖK durch die Lokalisation des xanthomatösen Processes in den Gallengängen erklärt.

Dr. GALLOWAY demonstriert 1. einen Fall von *Aene scrophulosa* bei einem 3-jährigen Knaben, der früher an Skrophulose gelitten hatte, aber unter einer sehr sorgfältigen Pflege und einem längeren Landaufenthalt sich erholt hat und jetzt gut aussieht. Vor $\frac{1}{4}$ Jahren entwickelte sich der gegenwärtige Ausschlag hauptsächlich am unteren Teil des Abdomens, Gesäßs und an den unteren Extremitäten. Besonders stark ist er an den Oberschenkeln und am Gesäß. Er besteht aus zahlreichen, purpurroten, chronisch entzündlichen, deutlich erhabenen Stellen, die zuerst mit ganz kleinen geröteten Flecken begannen und allmählich bis zu einer Größe eines Fünfzigpfennigstückes anwachsen. Während sie an Größe zunehmen, verändern sie auf zweierlei Weise ihren Charakter. Eine Anzahl — vielleicht die Mehrzahl — zeigt kleine Ansammlungen von sero-purulenter Flüssigkeit, die in mancher Beziehung einer Aknepustel ähnlich ist. Diese serös-eiterige Flüssigkeit wird entleert, die Effloreszenzen verschwinden mit Hinterlassung einer schwach vertieften Narbe, welche von einem pigmentierten, nur sehr langsam ablassenden Hofe umgeben ist. Die übrigen Effloreszenzen gehen, sobald sie das Maximum ihrer Größe erreicht haben, eine allmähliche zentrale Nekrose ein, die schliesslich ebenfalls wie die erste Varietät eine vertiefte Narbe hinterlässt.

Vortragender glaubt, dass die Affektion durch eine Absorption giftiger Produkte von alten tuberkulösen Herden, vielleicht tuberkulösen Lymphdrüsen hervorgeufen sein könnte. Allerdings fehle der Nachweis von Tuberkelbazillen in den Effloreszenzen.

Dr. GALLOWAY zeigt 2. eine 86-jährige Frau mit oberflächlichem *Lupus vulgaris*, der trotz seiner grossen Ausdehnung und seines zwanzigjährigen Bestehens die Haut nur sehr wenig angegriffen hat. Die 10-jährige Tochter der Patientin zeigt in der rechten Wange ein kleines Knötchen als Beginn eines *Lupus*.

Dr. STEPHEN MACKENZIE stellt einen Fall von *Dermatitis herpetiformis* vor, der unter dem Einflusse von Arsenikgaben entstanden ist und im Beginn einem pemphigoiden Ausschlage ähnlich gesehen hat.

Dr. M. MORRIS demonstriert einen Fall von *Scrophuloderma* bei einem sieben-jährigen Knaben. Die Krankheit begann, als derselbe 16 Monate alt war, und ist trotz mannigfacher chirurgischer Eingriffe bis zum heutigen Tage stehen geblieben. Gegenwärtig sieht man auf der Stirn und an den Wangen grosse tuberkulöse Knoten in verschiedenen Stadien der Entwicklung, ein Knoten befand sich an einem Beine, während sonst andere Körperteile von keiner Form der Tuberkulose befallen sind. Vortragender hofft, von der Behandlung mit Thyreoidextrakt und sachgemässen und rechtzeitigen chirurgischen Eingriffen dauernden Erfolg zu erzielen.

Dr. PRINGLE demonstriert einen Fall zur Diagnose. Der 64-jährige Patient war sein ganzes Leben lang nervös. Im Sommer 1892 trat plötzlich an Armen und Beinen ein Ausschlag auf, der zwar in seiner In- und Extensität wechselt, aber niemals verschwunden ist. Er wird weder durch die Temperatur, noch durch die Jahreszeit, noch durch die Diät beeinflusst. Jucken verursacht er erst in den letzten neun Monaten.

Der Ausschlag zeigte im Beginn eine Ähnlichkeit mit *Lichen planus*, später mit *Dermatitis herpetiformis*. Im Oktober 1895 zeigte er folgende charakteristische Merkmale: 1. Beginn mit *Urticariaquaddeln*; 2. Persistieren derselben als grosse, flache Papeln; 3. häufige Anordnung derselben in wachsenden Gruppen; 4. ihre tiefe Pigmentation, wenn sie lange bestanden; 5. die Verdickung und Lichenifikation der Haut, überall dort, wo die Effloreszenzen sich anhäufen, und wo die Haut gescheuert wird; 6. das vollständige Fehlen von Bläschenbildung.

Die Mitglieder sehen den Zustand als *Dermatoneurosis* mit sekundärer Lichenifikation an.

Dr. PRINGLE zeigt einen zwölfjährigen Knaben, der seit zwei Jahren an **Lichen simplex chronicus** (VIDAL) oder **Névrodermite chronique circonscrite** (BROCC) leidet. Die Affektion begann am unteren Teil des rechten Beines, bald darauf am linken Bein. Etwa ein Jahr lang bildeten sich neue Stellen, dann hörte die Weiterverbreitung des Ausschlages auf. Derselbe besteht aus mehreren unregelmäßig ovalen, schwach erhabenen, blafs roten, stellenweise tief purpurnen Hautstellen. Die Affektion verursacht heftiges Jucken.

Einige Mitglieder sprechen den Fall als einen schwach entwickelten **Lichen planus** an.

Dr. PRINGLE demonstriert ferner einen ungewöhnlichen Fall von **Erythema induratum** (BAZIN) bei einem 23jährigen, blühend aussehenden jungen Manne. Die Affektion ist hauptsächlich an den Armen lokalisiert und besteht aus einer Ansammlung von in der Haut gelagerten, unregelmäßig ovoiden, erbsen- bis bohngroßen, festen, schmerzlosen Knoten. Die Haut über denselben ist entfärbt, bei einigen rötlich oder bräunlich. Im Zentrum des Knotens befindet sich eine cirkuläre, vertiefte Narbe. Der Patient leugnet, an Syphilis oder Skrophulose gelitten zu haben.

Dr. R. CROCKER stellt einen 37jährigen Missionar mit **Lepra** vor, die sich vor zwei Jahren in Afrika entwickelt hat.

Dr. PERRY stellt 1) einen Fall von **Lichen spinulosus** bei einem 14jährigen Knaben dar. Vorn und seitlich vom Halse, an den Schultern und Armen, über den Achselhöhlen, am Abdomen, Leistengegend, Rücken etc. sieht man zahllose kleine Papeln, aus denen $\frac{1}{8}$ Zoll lange Borsten hervorragen. Vortragender hat die Entwicklung der Efflorescenzen beobachtet. Im Beginn ist die Stelle, wo die Spitze sich befindet, umgeben von einem roten, vaskulären Hof, der schliesslich die Basis der Papel bildet. Die Spitze bildet sich allmählich. Sobald die Efflorescenzen älter werden, verschwindet die Farbe derselben, so daß der spitzige Pflock auf einer blassen Papel ruht. Vortragender hält den Zustand für einen chronisch entzündlichen und glaubt, daß derselbe sehr leicht mit einer Keratosis pilaris verwechselt werden könnte.

2) einen Fall von **Adenoma sebaceum** bei einem elfjährigen Mädchen. Als das Kind drei Jahre alt war, zeigte sich nach den Angaben der Mutter auf jeder Wange ein roter Fleck. Die Flecke dehnten sich aus, bis sie schliesslich das ganze Gesicht befallen hatten. Die Seiten der Nase, die angrenzenden Teile der Wange und die Oberlippe sind bedeckt mit einer grossen Zahl brauner Papeln von verschiedener Grösse. Die den Nasenflügeln nächsten sind stecknadelkopfgross. Auf beiden Wangen sieht man zahlreiche, kleine Telangiectasien. An den Seiten des Halses sind einige weiche Fibrome. Auf der rechten Seite der Stirn und der linken Glutealgegend befinden sich einige grosse, flache, bräunliche, erhabene, ovale Plaques. Vortragender glaubt, daß die Zeit der Entwicklung der Efflorescenzen wahrscheinlich auf einem Irrtum der Mutter beruhe, und daß die Affektion, die nicht nur die Talgdrüsen sondern auch die Haut im allgemeinen befallen habe, kongenital sei.

Sitzung vom 11. März 1896.

(*Brit. Journ. of Dermatology* April 1896.)

Dr. W. ANDERSON stellt ein 19jähriges, phtthisisch belastetes Mädchen mit **kongenitaler Syphilis** vor. In der Kindheit hatte sie wunde Stellen am After und Ozaena. Nachdem diese Symptome verschwunden waren, befand sich die Patientin bis zu ihrem 13. Jahre wohl, als sie anfang an Laryngitis und Bronchitis zu leiden. Ein Jahr später begann die Nase zu ulcerieren, und trotz der Behandlung mit spezifischen Mitteln in zwei Hospitälern wurde die ganze Nase zerstört. Die Ulceration dehnte sich auf die Wangen, Oberlippe, unteren Augenlider und Glabella aus. Vor sechs Monaten wurde die Patientin ins St. Thomas-Hospital aufgenommen. Hier erhielt

sie dreimal täglich 2 g Jodkalium, worauf die Ulceration rapid und vollständig abheilte, während vorher geringere Dosen keinen Effekt erzielt hatten.

Dr. GALLOWAY stellt einen eigentümlichen Fall von **Lichen planus** bei einem 42jährigen kräftigen Manne vor. Derselbe zeigte bei der ersten Untersuchung an den Streckseiten der Extremitäten, die sehr stark behaart waren, eine starke **Keratosi pilaris**. An gewissen Stellen jedoch, wo das Jucken stark war und der Patient sich viel kratzte, waren die Mündungen der Haarfollikel gerötet und erhaben, so dafs sich hier statt der einfachen Keratosi pilaris ein Lichen pilaris präsentierte. An den Außenflächen beider Beine, an den Handrücken waren die Papeln des Lichen pilaris gröfser, etwas abgefacht, dunkelrot und durch ihre Anhäufung hatten sie an der Außenfläche des rechten Beines an einer Stelle eine Lichenifikation hervorgerufen, die bei dem glatten, durchscheinenden Aussehen der Haut über dieser Stelle eine typische Plaque des Lichen planus hypertrophicus darstellte. Wenn der Patient stand, konnte man an der Vorderfläche beider Oberschenkel grofse erythematöse Flecke mit ringförmiger Begrenzung wahrnehmen. Dieselben traten bei Zimmertemperatur deutlicher hervor und verursachen bisweilen Jucken. Sie sind nahezu kahl, indem die Haare vom Kratzen des Patienten abgescheuert oder abgebrochen sind. Keinerlei Anzeichen des Trichophytonpilzes haben sich vorgefunden. Keine der Efflorescenzen näfst oder zeigt die Tendenz zur Bläschen- oder Pustelbildung.

Der Fall ruft bezüglich der Diagnose eine lebhafte Diskussion hervor. Nach der Ansicht des Vortragenden unterstützen solche Fälle wesentlich die Ansichten VIDALS, BROCS, JAQUETS und anderer Dermatologen der französischen Schule, bei denen das nervöse Element für die Produktion der lichenartigen Efflorescenzen von der gröfsten Bedeutung ist.

Dr. St. MACKENZIE demonstriert 1) einen Fall von allgemeiner Pigmentation und **Keratosi palmaris et plantaris** infolge von Arsenikgebrauch; 2) einen Fall von **Ulcus rodens** auf der Rückseite des Halses bei einem 59jährigen Manne, der seit 16 Jahren daran leidet; 3) eine 24jährige, grävvide Frau, die während der Gravidität an **Erythem und Ödem der Augenlider** litt. Gegenwärtig sieht man einige erythematöse Flecke an den Händen, besonders an den Daumen und angrenzenden Teilen. Die Flecke verschwinden auf Druck. Sie zeigen Neigung zur Bläschen- oder Pustelbildung. Die Augenlider sind von hellroter Farbe und geschwollen.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder hält die Affektion für **Lupus erythematosus**, während sie die Schwellung der Augenlider in Zusammenhang mit demselben ganz ungewöhnlich finden.

Dr. M. MORRIS stellt einen typischen Fall von **Lichen planus** bei einer 51jährigen Frau vor, die bei ihrem Leiden mehr über Brennen und Stechen, als über Jucken klagt.

Dr. PENROSE zeigt einen Fall von vermutlicher **Impetigo auf einem tuberkulösen Geschwür des Gesichtes**. Die ganze Stelle ist rund, von der Gröfse eines Markstücks und befindet sich am rechten Mundwinkel. Die tieferen Gewebe erscheinen nicht infiltriert. Eine dicke Kruste bedeckt die Stelle, der Rand ist etwas vertieft. Die 37jährige Patientin giebt an, vor acht bis neun Jahren am rechten Mundwinkel einen kleinen Fleck wahrgenommen zu haben, der nur wenig gröfser wurde und dann bestehen blieb. Vor drei Wochen wuchs er plötzlich innerhalb von drei Tagen bis zu seiner jetzigen Gröfse an und blieb seitdem stationär.

Die Patientin erfreut sich, abgesehen von der Hautaffektion, einer guten Gesundheit. Zwei Brüder und eine Schwester ihres Vaters sind an Auszehrung gestorben.

Dr. FYE-SMITH demonstriert einen Fall von ALIBERTS **Mykosis fungoides** bei

einem 26jährigen Arbeiter, deren hervorstechendstes Merkmal das Vorhandensein zahlreicher, zum Teil gestielter Gewächse ist.

Die Meinungen der Mitglieder schwanken zwischen *Mykosis fungoides „à tumeurs d'emblée“* oder primärem Hautarkom.

Dr. R. Crooksa zeigt ein 14jähriges Mädchen mit einer ungewöhnlichen Form von *Lupus erythematosus*. Vor einem Jahre begann die Affektion an einer Stelle der linken Wange und hat sich nun über beide Wangen bis an die Nase heran ausgedehnt. Man sieht auf der ganzen affizierten Stelle kleine, siebförmige, atrophische Vertiefungen. Schwach rote Flecke, besonders auf der linken Seite, erweisen sich bei Beachtung mit der Lupe als dilatierte Hautgefäße. Komedonen sind nicht vorhanden.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 1.

I. Eine leichte und schnelle Art, die Harnleiter ohne Nähte, mittelst eines eigens dafür gefertigten Knopfes dem Darm einzufügen. Versuche von BOARI. Die Arbeit enthält zunächst einen geschichtlichen Überblick über die Einpflanzung der Harnleiter in den Darm. Auch die meistens erfolglosen Bestrebungen, den Ureter in andere Organe, z. B. Urethra, Scheide, einzufügen, werden berücksichtigt. BOARI hält das Kolon und Rectum hierfür am meisten geeignet. Unter den Momenten des Misserfolges erscheint ihm die von unten her erfolgende Infektion der Nieren für besonders beachtenswert. Nach ihm hat die so leicht nach der Operation sich einstellende Hydro-, resp. Pyo-Nephrose ihren Grund darin, daß an der durch Naht geschaffenen Einmündungsstelle infolge von Narbenkontraktion gewöhnlich eine Stenose entstehe, welche das regelmäßige Abfließen des Harns hindere. Um dieser Stenose zuvorzukommen, hat er einen Knopf (bouton) herstellen lassen, welcher die Nähte ersetzt und nach der Vernarbung durch den Anus angetrieben werden soll. Dieser Knopf besteht aus zwei Platten, einer zentralen, im unteren Theile mit einem Loche versehenen Röhre und einer Feder. Die obere Platte ist kleiner, beweglich, durch die Feder niederdrückbar, die untere, breitere, steht in fester Verbindung mit der zentralen Röhre.

Die Operation wurde extraperitoneal ausgeführt; dieselbe kann den abdominalen, lumbalen oder sakralen Weg wählen. Hierauf soll der Knopf in folgender Weise zur Verwendung kommen: Man stülpt das Ende des Harnleiters auf die Röhre und befestigt es durch eine Tour von dünner Seide. Nun drückt man die obere Platte nieder, bis sie der unteren anliegt, und steckt durch das Loch der Röhre eine Sonde, wodurch der Knopf eine Stütze erhält und die Feder zusammengedrückt bleibt. Sodann umschreibt man auf dem Darm durch eine ein Oval bildende fortlaufende Kürschnernaht die für die Einfügung bestimmte Stelle und incidiert in derselben nur so weit, daß die breite Platte des Knopfes gerade durchtreten kann. Mittelst der Sonde giebt man dem Knopfe die passende Lage, hält ihn durch Zusammenrechnüren der erwähnten Kürschnernaht in derselben, entfernt die Sonde, die Feder entspannt sich, aber der Knopf bleibt geschlossen, an der zentralen Röhre sind jetzt Ureter und Darm befestigt. Die von BOARI mittelst seines Knopfes bei Tieren viermal versuchten Einfügungen des Ureters in den Dickdarm ergaben ein günstiges Resultat, nämlich in

der Mehrzahl Einheilung, weite Einflußöffnung, die Möglichkeit, den Urin eine bestimmte Zeit im Darm zurückzuhalten. Zweimal ward auch bei Frauen der Knopf verwendet. Im ersten Falle wurde bei vorgedrückter Blasen tuberkulose die Blase entleert und der rechte Harnleiter in das Colon descendens eingefügt, aber die Kranke lebte nur noch 35 Tage. Im zweiten Falle wurde die Operation wegen Blasenscheidenfistel und völliger Zerstörung der Harnröhre ausgeführt. Der linke Ureter wurde in das Colon descendens eingefügt. Das Resultat war sechs Monate später noch immer günstig, die Patientin befand sich wohl, entleerte den Urin alle 3-4 Stunden theils durch die Scheide, theils durch den Anus. BOARI hält bei aller Skepsis seine Methode weiterer Prüfung wert. Auch einige weitere Vorschläge desselben Autors sollen erwähnt werden: So die schräge Einfügung des Ureters in den Darm, wobei eine kleine Zone des letzteren an den Harnleiter sich anlehnen hätte, ferner die Mitverwendung des Trigonum vesicale, falls es gesund ist, sodann die Einfügung des Harnleiters in den Dünndarm und endlich die Schaffung einer künstlichen Blase durch Resektion eines noch von einem Teile des Mesenteriums ernährten Darmstückes, das einerseits mit den Harnleitern, andererseits mit dem Kolon oder eventuell der Urethra in Verbindung zu bringen wäre.

II. Sterilisation der Katheter durch die schweflige Säure und die Dämpfe des Formalins (Formols), von JANET. Auf Grund wiederholter Kulturversuche und ergiebiger klinischer Erfahrung kommt Verfasser zu folgendem Schlusse: Die schweflige Säure ist und bleibt ein ausgezeichnetes Mittel zur Sterilisation der Katheter, trotzdem kleine Mängel ihr anhaften. Sie würde auch für die weitere Benutzung zu empfehlen sein, wenn nicht neuerdings ein bequemeres und wirksameres antiseptisches Mittel in dem Formol sich darbieten würde. Dessen Bedeutung wird die folgende Nummer der *Annales* erörtern.

III. Zwei Fälle von Knoten der Corpora cavernosa, von O'Zoux. Während Knoten des Penis bei der Gicht, beim Diabetes, bei Rheumatismus und Syphilis oftmals beschrieben wurden, gehören die hier beschriebenen Fälle zu jenen selteneren, deren Ätiologie dunkel bleibt. Sie betrafen zwei junge Leute, die davon gar keine Störung verspürten. Die Knoten zeigten Haselnußgröße, ließen sich unter dem Finger rollen, entschlüpften wie ein Kirschkern bei lebhafterem Druck. Sie schienen mit dem erektilen Gewebe eng verbunden zu sein, ihre Grenzen ließen sich nicht scharf feststellen, Rauigkeiten waren nicht zu entdecken. Im schlaffen Zustande der Rute nahmen sie die ganze Dicke der Corpora cavernosa ein, während der Erektion tauchen sie unter, werden allseits vom Schwellgewebe bedeckt, lassen sich aber bei Druck noch etwas palpieren. Während der Steifigkeit des Penis verursachen sie weder Zerrung, noch Ablenkung. Sie sind seit fünf Jahren in Härte, Resistenz, Umfang und Schmerzlosigkeit gleich geblieben. Beide Träger dieser Abnormität führen als Ursache eine starke Kupfervitrioleinspritzung an, die sie prophylaktisch vor fünf Jahren benutzt hätten.

O'Zoux hält aber die Entstehung der Knoten nach einer solchen Einspritzung für sehr unwahrscheinlich und glaubt, daß es sich um traumatisch hervorgerufene Hämatoeme der Corpora cavernosa handle. Es sei denkbar, daß eine Drehung oder heftige Biegung der erigierten Rute beim lebhaften Anprall gegen die Vulva eine teilweise Ruptur des Schwellgewebes hervorgerufen habe, eine Ekchymose folgte aber nicht, weil die Scheide des erektierten Gewebes unverletzt blieb.

Neuhans-München.

Einige Worte über den Streptobacillus des weichen Schankers, von COLOMBINI. Verfasser konstatiert mit Befriedigung die Übereinstimmung in allen wesentlichen Punkten der neuesten Publikation UNNAS (diese Zeitschrift) mit seinen eigenen Ansichten, die er 1893 veröffentlicht hat (*Comment. clin. d. mal. cutan. e gen.-ur.*). Die Hauptfrage dreht sich um die Identität des DUCREYSchen Bacillus mit dem UNNASohen Streptobacillus, welche Identität nicht mehr geleugnet werden kann, trotz der morphologischen und tinktoriellen Unterschiede der Bacillen je nach ihrem Sitze im Gewebe (Kettenform) oder im Eiter. In Übereinstimmung mit UNNA hat C. gefunden, daß in den tiefsten Schichten des Geschwürbodens die Bacillen dünner, bereits aber in den oberflächlichen dicker sind; im Eiter selbst geht außerdem die Kettenform gänzlich verloren, wenn der Eiter nicht in einer bestimmten, von C. zuerst angegebenen Weise auf den Objektträger gebracht wird. C. wischt nämlich das Ulcus zunächst mit feuchter sterilisierter Gaze ab und kratzt dann den Grund des Ulcus mit einem stumpfkantigen Spatel sanft ab, in der Weise, daß der Geschwürsgrund nicht blutet. Der so gewonnene Eiter wird zwischen zwei Deckgläsern verteilt und mit Methylenblau gefärbt. Nach C.s Ansicht haben sich DUCREY und UNNA um die Entdeckung des spezifischen Mikroorganismus des weichen Schankers in gleicher Weise verdient gemacht.

Pathologische und klinische Bedeutung der Verengerung der Harnröhrenmündung; Indikation der Urethrotomie und neues Instrumentarium, von BARRUCCO. In Anbetracht der funktionellen und allgemeinen (sexuelle Neurasthenie) Störungen und der Behinderung der Kathetereinführung infolge von kongenitaler oder erworbener Atresie der Harnröhrenmündung hat B. ein Instrument konstruiert welches die Recidive, resp. Verschlimmerungen verhindern soll. Dasselbe besteht aus einem hohlen, länglichen, der Länge nach gespaltenen graduierten Conus, der ein Skalpell aufnehmen kann. Der Conus wird so weit wie möglich in die Urethra eingeführt und die verengerte Stelle durch die Spalte incidiert. Um nun die Gefahr einer zu weit gehenden Incision zu beseitigen, hat B. sein Instrument für die Fälle, wo jede Assistenz fehlt, oder wo die Patienten sich ungeberdig benehmen, dahin umändern lassen, daß in den hohlen, gespaltenen Conus ein zweiter massiver eingeführt wird, der im ersteren mittelst Schraube mehr oder weniger tief vorgeschoben werden kann, so zwar, daß die beiden Coni an einer Seite stets in Kontakt bleiben. Zwischen äußerem und innerem Conus ist ein schnepperartiges Messer eingefügt, welches beim Vorrücken des inneren Conus allmählich und in genau bestimmtem Maße ($\frac{1}{2}$ mm auf den Teilstrich) aus der Spalte des äußeren Conus hervorragt. Durch Anziehen des Messers nach außen wird die strikturierte Stelle in beliebiger Tiefe durchschnitten. Nach der Incision wird ein mit Borvaselin bestrichenes Stück Gummirohr eingefügt, das behufs Fixation am Penis am äußeren Ende vier Fäden trägt; Verband, der nach jeder Miction geändert wird. Das Gummirohr wird meist gut vertragen und kann bis sieben Tage liegen bleiben. Fünf Fälle, welche B. nach seiner Methode behandelte, verliefen tadellos.

Über die Serumtherapie der Syphilis, von Prof. TOMMASOLI. Nach einer längeren Einleitung, worin Prioritätsfragen und die auf einem ähnlichen Prinzipie beruhenden Versuche von PELLIZZARI besprochen werden, teilt Verfasser kurz die Resultate seiner neuen Untersuchungen über die Serumtherapie der Syphilis mit, mit der er sich seit Jahren so eifrig beschäftigt. Diese neuen Versuche zerfallen in drei Serien:

1. Injektionen von Ascitesflüssigkeit, herrührend von einem an schwerer Leber-

syphilitischen jüngeren Patienten. (Hydrotherapie.) Behandelt wurden nach dieser Richtung sieben jüngere Syphilitiker in den ersten Stadien der Krankheit. Resultat: Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts; andererseits geringe Einwirkung auf die spezifischen Manifestationen.

2. Injektionen von Milch syphilitischer Frauen (Galaktotherapie), ebenfalls mit recen ten Formen. Behandelt wurden ebenfalls sieben Patientinnen; zwei derselben zeigten auffallende und rasche Besserung, ein dritter ebenfalls, die übrigen blieben der Kur gegenüber ziemlich reaktionslos. Gesamtquantum der injizierten Milch pro Patientin 30—96 ccm.

3. Eine dritte Serie von Patienten (13) wurde mit innerlicher Darreichung größerer Mengen von Rindermark behandelt (Organotherapie). Das frische Mark wurde in Quantitäten von 20—100 g pro die entweder in Specie (mit Liquiritia bestreut), oder mit Milch und Kermes zu einem Brei angerührt, ingeriert. Von den Resultaten sind solche nur bei drei Patienten bekannt (die anderen entzogen sich rasch der Beobachtung), und hatte Verfasser schnelle Besserung der sehr heftigen Knochenschmerzen und Hebung des Allgemeinbefindens zu verzeichnen.

Die sog. intensive Quecksilbertherapie bei Syphilis, vom Beginne der zweiten Inkubationsperiode an, von MANNINO. Verfasser macht während acht bis zehn Monaten Kalomelinjektionen (abwechselnd in die eine und die andere Glutäalgegend, und zwar in der Weise, daß zuerst acht Injektionen alle 14, dann drei oder vier alle 20 Tage, die übrigen alle Monate appliziert werden; folgt eine Jodkaliumperiode von einem bis zwei Monaten, hierauf wieder eine Quecksilberkur (Kalomel oder Sublimat) während zwei oder drei Monaten; dann eine Pause von einem bis zwei Monaten, der eine mehrmonatliche Jodkaliumkur folgt. Zum Abschlusse läßt er innerlich mehrere Monate hindurch ein Quecksilbersalz (meist das Jodür) nehmen. Verfasser ist mit den Resultaten seiner Behandlungsmethode außerordentlich zufrieden, indem unter anderen der Ausbruch der sekundären Erscheinungen verhütet werde und die Methode somit eine prophylaktische sei.

Beitrag zum Studium der Sklerodermie, von MARIANELLI. Aus der ziemlich umfangreichen Arbeit, welche unter anderen sechs ausführliche Krankengeschichten bringt, lassen sich folgende Punkte hervorheben: Das weibliche Geschlecht figurirt mit einem viel häufigeren Procentsatz, als das männliche (60%:40%); dagegen sind alle Altersstufen gleichmäßig betroffen. Während in einzelnen Fällen der Affektion Sensibilitätsstörungen vorangegangen waren, fehlten diese in anderen gänzlich. Die Krankheit beschränkte sich zum Teil auf die Haut, zum Teil war sie von Amyotrophie und Sklerodaktylie begleitet. Bei drei Patienten bestanden deutliche Zeichen von Polyneuritis, welche laut Aussage der Patienten der Sklerodermie vorangegangen waren. Die sklerotischen Plaques waren meist symmetrisch verteilt. Bei allen Patienten bestand eine leichte Erregbarkeit des Nervensystems, die sich zum Teil bis zum Hysterismus steigerte. Öfters war Skrophulotuberkulose bei den Patienten selbst oder in der Familie nachweisbar. Ein Patient hatte früher an häufigen Anfällen eines rekurrierenden exsudativen Erythems gelitten. Therapeutisch wurde am meisten mit der Elektrizität (konstanter Strom) erreicht. Über die eigentliche Natur der Sklerodermie findet Verfasser in seinen Fällen keine Erklärung, und glaubt er deshalb der Ansicht BESNIER und DOYONS, PELLIZZARIS etc. beitreten zu müssen, welche meinen, daß nicht für alle Sklerodermien eine und dieselbe Ursache oder Pathogenese im Spiele sei, sondern daß verschiedene ursächliche Elemente dasselbe Krankheitsbild hervorbringen können. Man könne deshalb die Sklerodermie nicht als eine wohlumschriebene selbständige Affektion betrachten, sondern als einen klinischen Typus, der durch vielerlei Ursachen zur Entwicklung gelangen könne.

• ⁷¹ Beitrag zur Behandlung des Ekzems. Das Ichthyolvasogen, von GOMEZ. Verfasser resumiert das Resultat seiner Untersuchungen über das Präparat in zwölf Fällen in folgenden Sätzen:

Das Ichthyolvasogen muß den Ichthyolsalben mit Vaseline wegen seiner raschen und energischen Wirkung vorgezogen werden.

Das Ichthyolvasogen kann als ein gutes Ersatzmittel der verschiedenen anti-ekzematischen Salben (mit Einschluss der LASSARSCHEN PASTA) betrachtet werden, wo diese keine guten Resultate liefern.

In schwächeren Konzentrationen (10%) wirkt das Ichthyolvasogen austrocknend, in stärkeren (20%) erweichend.

Das Ichthyolvasogen kann somit sowohl bei feuchten, als bei trockenen Ekzemen Verwendung finden. C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Clinica dermosifilopatica della r. università di Roma.

Das Trichophyton der Haut; seine morphologischen und klinischen Varietäten, von COLLAVITTI. Verfasser unterscheidet zwei Hauptformen des Trichophyton beim Menschen, das großsporige mit Sitz in den Haaren und das kleinsporige, dessen Mycelien nur selten sichtbar sind. Außer diesen beiden Varietäten kommt noch eine andere Gruppe, welche vom Tiere her stammt und meist großsporige Varietäten enthält. Seine Pilze geben Anlaß zu folgenden vier klinischen Trichophytievarietäten:

1. Herpes tonsurans des Haarbodens; Sykosis.
2. Herpes tonsurans der übrigen Haut (Herpes erythematosus und vesiculosus, Herpes maculo-squamosus).
3. Herpes tonsurans der Nägel und anderer gänzlich haarloser Körpergegenden (Handteller und Fußsohle).
4. Seltenerer Formen, mit Lokalisation im Derma und anderen bindegewebigen Organen (Kerion, Tumoren). Ein Fall letzterer Art, wo es zur Bildung von wahren Tumoren gekommen war, wird erwähnt von CAMPANA, PELLIZZARI etc.

Die anatomischen Veränderungen der Haut infolge von Scabies beim Kaninchen und beim Menschen mit Lepra anæsthetica, von CARBUCCIO. Die Veränderungen infolge von Scabies sind von zwei Faktoren abhängig, einmal direkt von der Anwesenheit der Parasiten und zweitens von den Läsionen, welche das Kratzen verursacht. Bei Tieren nun, deren Hautsensibilität nur schwach entwickelt ist, oder bei Leprösen kommt somit nur das erstere Moment in Betracht und die sekundären Läsionen fallen aus. Die anatomischen Veränderungen bestehen dann in einer Anhäufung von Schichten verhornter Epithelien in der Hornschicht der Epidermis und in der Ansammlung von Eiern, Fäkalien, Kadavern der Akariden in den Zwischenräumen dieser Schichten. Diese Veränderungen sind beim Menschen und beim Tiere ganz dieselben. Als hauptsächlichsten Grund für diese Verdickung der Hornschicht unter dem beständigen Reize der Parasiten betrachtet Verfasser den unvollständigen, nutritiven und degenerativen Umsatz, die mangelhafte Fett- und Keratohyalinbildung, so daß die Kohäsion der einzelnen epithelialen Elemente in abnormer Weise bestehen bleibt, statt daß sich dieselben, wie unter normalen physiologischen Verhältnissen, unter beständiger Abschuppung eliminieren. C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

April 1896.

I. Bemerkungen über Syphilis. Syphilom der Nase von ungewöhnlicher Form und Entwicklung. Der diagnostische Wert der syphilitischen Narben.

Extragenitaler Schanker und Prognose desselben. Berufssyphilis, von P. A. MORROW-New York. Die 21jährige, seit fünf Jahren verheiratete Patientin infizierte sich syphilitisch während der zweiten Gravidität. Zwei Jahre darauf, im Oktober 1893, bekam sie große Tumoren an verschiedenen Stellen des Körpers. Die Mehrzahl derselben bildeten sich zurück unter Hinterlassung von Narben. Gegenwärtig sieht man an den Armen der Patientin eine Anzahl kugelige, haselaufsgroßer Tumoren, die lebhaft an Granuloma fungoides erinnern. Die Tumoren fühlen sich teigig an, enthalten jedoch keinen Eiter. Von besonderem Interesse in dem vorliegenden Falle ist die große, tumorartige Infiltration, welche die Oberlippe einnimmt, den ganzen linken Naseneingang verrammelt und am linken Nasenflügel bis zur Knochenknorpelgrenze desselben hinaufsteigt. Diese Infiltration dehnt sich auf die Wange aus und ist scharf von der gesunden Haut abgegrenzt. Die ganze Masse ist von einem sehr dichten und festen Infiltrationsring umgeben. Der untere Teil des Tumors ist weniger resistent und weicher von Konsistenz. Unter einer gemischten antiluetischen Behandlung verschwinden rasch die Tumoren an den Armen, während die Infiltration an der Nase und der Lippe fast gänzlich unverändert bleibt, trotzdem lokal noch Quecksilberpflaster appliziert wurde. Der Verdacht einer Mischform von Syphilis und Tuberkulose lag vor. Die Diagnose konnte durch die mikroskopische Untersuchung nicht festgestellt werden, weil die Patientin die Wegnahme eines Stückchens des Tumors nicht gestattete. Nach einigen Wochen wurde in einer anderen Klinik noch einmal eine antiluetische Kur vorgenommen; während derselben erweichte die Masse an der Nase, brach zusammen und verschwand. Nur an der Oberlippe blieb etwas Infiltration zurück, die nach den Angaben der Patientin bei jeder Menstruation stärker anschwellen soll. Der linke Nasenflügel ist etwas eingezogen und zeigt zwei bis drei schwache narbige Vertiefungen.

Verfasser bespricht im folgenden den diagnostischen Wert der syphilitischen Narben. Er möchte nicht behaupten, daß die narbigen Überreste einer syphilitischen Ulceration immer Charaktere darbieten, welche die Diagnose absolut sicher stellen. Syphilitische Narben, einzeln für sich betrachtet, können genau eine Narbe infolge einer Verbrennung, oder einer Verwundung, oder irgend eines ulcerösen Prozesses nachahmen. Aber wenn sie multipel sind, wenn sie gewisse spezifische Eigentümlichkeiten in ihrer cirkulären oder serpiginösen Begrenzung, in ihrer Gruppierung, Pigmentation, Lokalisation aufweisen, so können sie ebenso charakteristisch für Syphilis sein, wie es die Efflorescenzen in ihrem vollen Stadium der Aktivität gewesen sind. Lupus oder Hauttuberkulose produzieren ähnliche Narben, wie Syphilis, aber sie sind durch ihre Beschränkung auf gewisse Gegenden und durch ihre feineren Charaktere unterschieden. Die Narben der Tuberkulose sind unregelmäßig begrenzt, uneben und von mehr bläulicher Pigmentation. Die Narben des Ulcus varicosum des Beines können diejenigen der Syphilis an derselben Stelle genau nachahmen, aber sie sind gewöhnlich auf das untere Drittel des Unterschenkels beschränkt, während die Syphilisnarben am öftesten die Mitte und das obere Drittel einnehmen. Die Pigmentation der ersteren ist diffuser und dauerhafter, oftmals sich über das halbe Bein erstreckend, während die Pigmentation der Syphilis fast immer sich mit der Zeit aufhellt und schließlich nur weiße Narben hinterläßt. Die Zosternarben können multipel und schwer von denjenigen nach kleinen, knotigen Syphiliden zu unterscheiden sein, aber sie sind meist asymmetrisch und im Verlauf gewisser Nerven angeordnet.

Verfasser bringt im folgenden statistische Daten über extragenitale Schanker aus seiner Praxis und erörtert ausführlich unter besonderer Berücksichtigung der einschlägigen FOURNIERSchen Arbeiten die eingangs erwähnten Punkte.

II. Ein ungewöhnlicher Fall von Naevus unius lateris, von CH. RANSOM-

New York. Die 20jährige Patientin ist von Geburt eine Deutsche. Ihre Gesundheit war stets gut, wenn sie auch etwas mager und von nervösem Temperament ist.

Bei ihrer Geburt war die Haut, wie sie sich erzählen ließ, ganz glatt und frei von jeglichem Ausschlage. Im Alter von sechs Monaten bekam sie kleine warzige Gewächse auf der Brust und an der linken Seite des Halses. Etwa bis zur Pubertät dehnten sie sich nur sehr langsam aus. Mit dem Eintritt der Menstruation wuchsen sie für einige Jahre rapide. Seit dem 15. Lebensjahre hat die Patientin ein weiteres Wachsen oder Fortschreiten der Efflorescenzen nicht bemerkt, dagegen sind dieselben dunkler und deutlicher sichtbar geworden. Der Ausschlag besteht aus verschieden großen, unregelmäßig gestalteten, schwach erhabenen, braunen oder schwarzen Gewächsen, die sich zum größten Teile an der linken Körperhälfte von der Kopfhargrenze bis hinab zum oberen Teile der Waden erstreckt. Die größten Tumoren bestehen wiederum aus zahlreichen, isolierten, kleinen warzigen, dicht vereinigten Gewächsen. An der Stirnhaargrenze, mehr auf der rechten Seite, sieht man eine Anzahl sehr kleiner, schwach erhabener, isolierter, über die ganze Region zerstreuter, warziger Tumoren. Sie sind so hell von Farbe, daß man sie nur bei näherer Untersuchung wahrnehmen kann. Sie breiten sich abwärts über das linke Augenlid, Ohr und die linke Wange aus. An der linken Seite des Kinns zeigen die Gewächse die normale Hautfarbe. Die vordere Partie des Halses, ebenso die Sternalgegend sind auf beiden Seiten befallen, jedoch auf der linken ungleich stärker. Beide Achselhöhlen, die Regio epigastrica, die linke Inguinalgegend und die obere Partie des linken Oberschenkels zeigen die Affektion mehr oder weniger stark und dunkel gefärbt.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine Hypertrophie aller Epidermisschichten. Die Basalschicht der Epidermis ist tief dunkel pigmentiert, während das Bindegewebe der Cutis eine gleichmäßige hellbraune Farbe unter dem Mikroskop zeigt.

Therapeutisch kamen verschiedene Methoden zur Beseitigung der Affektion in Anwendung, das Curettement mit und ohne Chromsäure, später die Elektrolyse, der Galvanokauter, die Applikation von Salpetersäure, Essigsäure etc. Für die Patientin die angenehmste und auch hinsichtlich des Resultates die beste Methode war die Beseitigung der Tumoren mit flach zugespitzten Scheren.

III. Interessante Gesichtspunkte bezüglich der Nephrectomie im Anschluß an die Nephrotomie, von E. FULLER-New York. Der Fall, den Verfasser beschreibt, betrifft einen 59jährigen Mann, der seit acht Jahren an Harnbeschwerden, zeitweilig an Harnverhaltung leidet. Er ist während dieser Zeit zumeist durch Katheterisieren behandelt worden. Da man eine Prostatahypertrophie annahm, so war dem Patienten die doppelseitige Kastration vorgeschlagen worden, die er glücklicherweise abgelehnt hat.

Verfasser diagnostizierte Erkrankung der rechten Niere. In Chloroformnarkose wurde ein Querschnitt in die Lende gemacht und die Niere freigelegt, die die Größe einer Kokosnuß erlangt hatte. Es wurde eine Incision in die Niere gemacht, worauf eine große Quantität übelriechender Eiter abfloß. Nachdem derselbe vollständig abgelassen und die Eiterhöhle gründlich irrigiert worden war, führte Verfasser seinen Finger ins Becken ein und entdeckte einen Stein, der etwas kleiner als eine Haselnuß war und aus einem Harnsäurekern, bedeckt mit Phosphatniederschlägen, bestand. Der Stein wurde entfernt, zwei parallele Drainröhren in die Niere eingelegt und die Wunde mit Gaze vollgepackt. Die Gaze wurde nach und nach entfernt, und nach einer Woche wurde nur noch ein Drainrohr darin gelassen. Der Zustand des Patienten besserte sich beträchtlich; da aber Verfasser befürchtete, die erkrankte Niere könnte ein permanenter Eiterherd bleiben, so beschloß er, dieselbe nunmehr ganz zu entfernen. Ohne einen frischen Schnitt anzulegen, brach er die Ränder der ersten Wunde einfach wieder und exstirpierte nach den Regeln der Kunst die Niere.

Die Operation nahm nicht mehr als 14 Minuten in Anspruch. Seit der Entfernung der Niere ist der Urin des Patienten klar und wird in normaler Weise entleert. Der Patient hat sich vorzüglich erholt. Die exstirpierte Niere hatte die vierfache Größe der normalen und zeigte im Innern zahlreiche Abscesshöhlen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab vollständige Obliteration des normalen Nierengewebes und Ersatz desselben durch mehr oder weniger dichte Stränge von Bindegewebe und kleinen runden Zellen. Die Wände der Höhlen sind von kleinen runden Zellen infiltriert. Vollständig erhaltene Harnkanälchen konnten nirgends aufgefunden werden.

IV. Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von G. T. ELLIOT-New York. Der Fall, den Verfasser ausführlich beschreibt, ist in seinem ganzen klinischen Bilde und Verlauf so typisch, daß er als Paradigma der Affektion gelten kann. Er betrifft einen 56jährigen Kaufmann, der früher stets gesund war, im Jahre 1889 eine stetig zunehmende Trockenheit und Rauigkeit der ganzen Haut, insbesondere an den Händen wahrnahm und gleichzeitig von einem intensiv juckenden Ausschlage auf der Brust befallen wurde. Derselbe bestand aus Papeln und Bläschen, die zu Ringen gruppiert waren. Die Diagnose lautete damals Ringworm in Verbindung mit Ekzem. Die dagegen verordneten Medikamente riefen eine ausgedehnte Exfoliation der Epidermis hervor, und bald darauf traten an den Handgelenken, in den Achselhöhlen und Hüften taubeneisgroße Blasen auf. Ähnliche Läsionen, erbsen- bis haselnußgroße, entwickelten sich in Schüben über dem ganzen Körper, ausgenommen am Rücken. Während der nächsten sechs Monate persistierte der Ausschlag. Heftiges Jucken war ständig vorhanden. Dr. DUEBING in Philadelphia, den der Patient konsultierte, stellte die Diagnose Dermatitis herpetiformis. Später kam der Patient in die Behandlung des Verfassers.

Bei der ersten Besichtigung war der ganze Körper, mit Ausnahme des Gesichts, tief dunkel pigmentiert, nur hier und da sah man kleine Inseln normal pigmentierter Haut, die scharf kontrastierten mit den dunkelbraunen Flecken, von früheren Attacken herrührend, mit der roten Farbe der jüngeren, erythematösen und mit der cyanotischen Färbung der sich rückbildenden Efflorescenzen. An den Oberarmen und am Abdomen waren viele schmutzige, grauweiße, unregelmäßig gestaltete Flecke, augenscheinlich oberflächliche Narben, verursacht durch Wegkratzen von Efflorescenzen. Die Haut war im ganzen verdickt, besonders am Gesäß. Unterhalb der Kniee war sie gespannt, durchscheinend, wenn auch nicht ödematös. Die Efflorescenzen zeigten den größten Polymorphismus. Man sah Bläschen, Blasen, Papeln von verschiedener Gestalt und Größe, erythematöse Streifen und Plaques, einzeln oder zu Gruppen vereinigt. Im Gesichte befanden sich nur Blasen. Einen besonderen Verlauf verfolgten die Efflorescenzen weder bei ihrem Entstehen, noch Vergehen. Sie pflegten plötzlich zu erscheinen, einzeln oder in Haufen, und bald nach wenigen Stunden, bald nach einem oder mehreren Tagen zu verschwinden.

Die subjektiven Symptome waren sehr ausgesprochen und bestanden hauptsächlich in unerträglichem Jucken und Brennen. Sie traten meist in Paroxysmen auf. Das Jucken war bei stürmischem und regnerischem Wetter, bei Verdauungsstörungen, bei psychischen Erregungen stärker.

Während der Behandlung machte die Besserung gute Fortschritte, war jedoch zeitweilig von Rückfällen unterbrochen, ohne daß eine bestimmte Ursache dafür festgestellt werden konnte. Dieselben wurden stetig seltener, und als Patient für einige Monate nach Europa ging, hörten sie schließlich ganz auf.

Die Behandlung des Verfassers war vorzüglich auf diätische und hygienische Maßnahmen gerichtet. Innerlich wurde dreimal täglich Ergotin, äußerlich Ichthyol

verordnet, das dem Patienten augenblicklich Erleichterung gegen das Jucken und Brennen verschaffte und ihm einen ruhigen Schlaf ermöglichte. Außerdem erhielt er täglich Stärkemehlbäder.

Verfasser schließt an die Krankengeschichte einige Bemerkungen zur Differentialdiagnose unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur. *C. Berliner-Aachen.*

Besprechungen.

Syphilis, von ISIDOR NEUMANN. (XXIII.—XXIV. Band der speziellen Pathologie und Therapie, herausgegeben von NOTHNAGEL. Wien 1896. A. Hölder.) Das vorliegende, umfangreiche Werk über Syphilis, ein Teil der von NOTHNAGEL herausgegebenen speziellen Pathologie und Therapie, muß bei jedem die größten Erwartungen hervorrufen, ist doch der Verfasser der langjährige Leiter der größten Syphilisabteilung im Wiener Allgemeinen Krankenhause, ISIDOR NEUMANN. Man wird erwarten müssen, nicht nur eine erschöpfende Behandlung des umfassenden, alle Gebiete der Medizin streifenden Themas, sondern ein im höchsten Maße belehrendes Extrakt der an einem ungeheuer großen Krankenmaterial gewonnenen reichen Erfahrungen zu finden. Diesen hohen Erwartungen entsprechend, wird man auch einen strengen kritischen Maßstab an das Werk zu legen haben. Man wird verlangen müssen nicht nur eine gründliche Behandlung des Stoffes, sondern auch eine eingehende Motivierung aller in dem Buche niedergelegten Ansichten und eine feste Stellungnahme zu allen schwebenden Fragen. Und fürwahr das Werk hält dieser, dem hohen Ansehen des Verfassers entsprechenden strengen Kritik vollkommen stand, es ist das größte Ereignis in der gesamten syphilidologischen Litteratur der letzten Jahrzehnte, trotzdem dieselben nichts weniger als unproduktiv auf diesem Gebiete waren und auch vieles Gute gebracht haben. Wir finden in ihm die laetischen Erkrankungen der äußeren Haut, der Schleimhäute, wie vor allem auch der inneren Organe in erschöpfender Weise abgehandelt. Gestützt auf einen gediegenen Kenntnis der gesamten Litteratur, verwertet der Verfasser sein durch eigene praktische Erfahrung und theoretische Studien gewonnenes Wissen dazu, ein sicher fundamementiertes Gebäude zu errichten, in dem jeder Raum auf das Beste eingerichtet und ausstaffiert ist. Dabei wird stets die historische Entwicklung über die syphilidologischen Wissenschaft eingehend berücksichtigt. Die Ergebnisse der mikroskopischen Forschungen werden genau geschildert und durch zahlreiche Abbildungen dem Leser vorgeführt. Kurz, es läßt das Werk an Vollkommenheit nichts zu wünschen übrig und wird sicher eine Fundgrube bilden, aus der alle Syphilidologen noch oft schöpfen werden. Selbstverständlich ist mit diesem wohlverdienten Lobe durchaus nicht die Notwendigkeit verbunden, alle vom Verfasser ausgesprochenen Ansichten unterschreiben zu müssen. Das selbständige Denken darf und soll man auch den Werken der bedeutendsten Forscher gegenüber nicht verlernen, der in ihnen ausgesprochenen, durchaus erwünschten Subjektivität soll und darf man seine eigene Subjektivität entgegenstellen, sofern diese nur ein Produkt eingehender, vorurteilsfreier Prüfung ist. Es erübrigt eigentlich, dieser allgemeinen Betrachtung über das vorliegende Werk eine spezielle noch folgen zu lassen, wird doch jeder Syphilidologe dasselbe studieren müssen. Dennoch will ich eine kurze Übersicht des Inhaltes geben, hier und da einzelnes herausgreifend.

An die das Werk einleitende Stelle der Geschichte der Syphilis, deren Existenz

im Altertume der Verfasser als erwiesen annimmt, und an eine interessante Erörterung ihrer geographischen Verbreitung reiht sich die Besprechung der Prophylaxe. Hier finden wir alle Prostitutionsfragen erwogen, die strenge Überwachung, die Aufrechterhaltung der Bordelle, die dringend nötige Berücksichtigung mancher sozialer Schäden befürwortet. Daneben wird scharf die Notwendigkeit einer besseren Ausbildung aller Ärzte auf dem Gebiete der Syphilis betont und, was durchaus nicht unwichtig ist, die Anarottung der Bezeichnung „syphilitische Abteilung“ und ähnliches befürwortet, da der Eintritt in eine so benannte Krankenhausabteilung vielen im Interesse ihres Rufes geradezu unmöglich ist.

Die eigentliche Krankheitsbeschreibung beginnt mit dem „venerischen Geschwür“. Wenn der Verfasser auch strenger Dualist ist, hat er doch diesen Abschnitt für nötig gehalten, trotzdem es sich doch nicht um ein syphilitisches Leiden handelt. Das ist in Anbetracht der Wichtigkeit der eingehend behandelten Differentialdiagnose nur zu billigen. Der Beweis für die Spezifität des DUCREY-KRETTING-UNNASchen Bacillus wird noch nicht als vollgültig angesehen, die Behauptung mancher Autoren, daß das Ulcus venereum nicht ein spezifisches, sondern ein durch verschiedene Eiter-Mikroorganismen erzeugtes Leiden ist, wird abgelehnt. Zur abortiven Behandlung wird der Paquelin allen Ätzmitteln vorgezogen. Die WELANDERSche Behandlung mit lokaler Applikation hoher Temperaturen ist nicht erwähnt.

Die eigentliche Syphilisdarstellung bringt zunächst eine Reihe inhaltsreicher Kapitel über Unität und Dualität, über das syphilitische Virus, die Beziehungen der Syphilis zu physiologischen und pathologischen Zuständen, Reinfektion etc. Die in diesen Kapiteln ausgesprochenen Ansichten dürften von den allermeisten Syphilidologen fast durchweg geteilt werden. Besonders anregend ist auch die Abhandlung über die Reproduktionsherde des syphilitischen Virus.

Die Einteilung der Hautsyphilide ist die übliche, nur wird es wohl im Interesse der Reinigung unserer Nomenklatur nicht von allen gebilligt werden, daß die Bezeichnungen „Aone, Variola und Varicella syphilitica“ festgehalten werden; selbst der Ausdruck „Lichen syphiliticus“ wäre vielleicht besser ausgerottet, um jede Verwirrung zu vermeiden. Daß auch hier reichlich mikroskopische Präparate abgebildet worden, ist gewiß sehr dankenswert. Die Syphilis der Schleimhäute findet eine sehr gründliche Bearbeitung.

Den größeren Teil des Werkes nimmt die Syphilis der inneren Organe und der Sinneswerkzeuge ein. Hier findet man ein Wissen, welches man nicht bei jedem, noch so erfahrenen Syphilidologen als vorhanden voraussetzen darf. In der heutigen Zeit des fast auf die Spitze getriebenen Spezialistentumes geht dem Syphilidologen, dessen Hauptmaterial ja syphilitische Erkrankungen der Haut und Schleimhäute zeigt, während die inneren Erkrankungen den Internen zufallen, gar zu leicht der innigere Konnex mit der Gesamtmedizin mehr oder weniger verloren. Wer die Syphilis innerer Organe gründlich studieren will, sucht gewöhnlich vergeblich in den Werken über Syphilis Belehrung. Hier aber findet man die Syphilis in ihren leider sehr innigen Beziehungen zu allen Organen voll und ganz gewürdigt, und darin liegt gerade die Vollständigkeit des Buches. Es ist eine Freude, diese Beherrschung des Stoffes in seinem ungeheuren Umfange bewundern zu dürfen. Ich will nur hinweisen auf die Bearbeitung der lustischen Erkrankungen des Nervensystems. Wo man da das Buch aufschlägt, findet man eine erschöpfende Behandlung, gepaart mit einer gesunden Skepsis. Die hereditäre Syphilis ist vielleicht, relativ genommen, etwas kurz bearbeitet, ohne daß aber eine der zahlreichen theoretischen, hochinteressanten Fragen von der Immunität der Mütter, der intrauterinen Übertragung etc., oder einer der praktischen Gesichtspunkte fehlten. Leider hat die SILEXsche Trias noch keine Be-

sprechung in dem Werke gefunden, was wohl bei den zu erwartenden folgenden Auflagen nachgeholt werden wird.

In der Therapie finden wir den Autor als Gegner der Präventivtherapie und der chronisch-intermittierenden Syphilisbehandlung. Mit der Abfertigung der letztgenannten Methode macht er es sich etwas leicht. Unter den Methoden und angeführten, vielleicht hier und da einer kritischeren Betrachtung bedürftigen Quecksilberpräparaten wird wohl der eine dieses, der andere jenes vermissen, so z. B. die Erwähnung des sehr gut eingeführten Resorbinquecksilbers, der Anwendung 2–5%iger Sublimatinjektionen, jedoch thut das dem Werke des Ganzen keinen Abbruch. Daß die Inunktionen in den Vordergrund gestellt sind, ist wohl nur gutschmeisend.

Doch genug der Hinweise; das Buch will nicht aus der Entfernung betrachtet, sondern studiert werden. Die vorzügliche Ausstattung kann dieses Studium natürlich nur erleichtern. Mache sich also jeder heran, der lernen will und der wissen will, was ein wissenschaftlich hochstehender, erfahrungsreicher Syphilidologe in seinem Leben gelernt hat!

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die luetischen Erkrankungen des Gehörorgans, von JOH. HABERMANN. (*Klin. Vortr. a. d. Gebiete d. Otol. etc.* I. 9. Jena 1896.) Aus dieser übersichtlichen Darstellung der luetischen Ohrkrankheiten sei hier kurz ein Auszug gegeben:

Primäraffekte am äußeren Ohr sind selten; im äußeren Gehörgang ist ein solcher einmal beobachtet. Phagedänischer Zerfall ist nicht selten gesehen.

Das makulöse Syphilid kommt am äußeren Ohr nur selten vor, das papulöse häufiger, und zwar besonders im äußeren Gehörgange. Relativ oft ist das weibliche Geschlecht von ihnen heimgesucht. Die Papeln können einen nässenden Charakter annehmen, ulcerös zerfallen oder in papilläre Wucherungen sich verwandeln.

Das pustulöse Syphilid kann am äußeren Ohr Ekthyma bewirken, woraus Geschwüre hervorgehen, die durch peripheren Zerfall sich vergrößern können (*Impetigo rodens*, BARATOUX). Die Geschwüre können auch auf die Paukenhöhle übergreifen, ebenso die aus Papeln oder Gummen entstehenden.

Gummöse Syphilide kommen häufiger vor, als pustulöse, bald oberflächlich, bald tief liegend. Die oberflächlichen Formen bilden kleine, erbsengroße, rote, blaue oder braunrote Knötchen, die nach langem Bestand unter Abschuppung schwinden, seltener geschwürig zerfallen. Die tief liegenden Gummata bilden größere, von normaler Haut überzogene Tumoren, die oft ulcerieren. Bemerkenswert ist die durch gummöse Infiltration zuweilen beobachtete starke Volumenzunahme der Ohrmuschel.

Die Periostitis luetica des Meatus externus bildet diffuse oder umschriebene Schwellungen, die auf Berührung sehr schmerzen. Knochenbildung kann die Folge sein, eine diffuse oder umschriebene Hyperostose. Dabei ist der Schmerz gering. Die Hyperplasie ist gewöhnlich eine einseitige. Das periostale Gumma ist etwas seltener, als das perichondrale.

Das Trommelfell kann der Sitz von Papeln werden, durch deren Zerfall es perforiert wird. Gummabildung an ihm ist sehr selten. An den häufigen luetischen Erkrankungen des Mittelohrs nimmt das Trommelfell oft teil. Milchige Trübungen luetischer Natur an demselben will Verfasser vergleichen mit den Trübungen bei der parenchymatösen Keratitis.

An der Mündung der Tuba Eustachii sind Primäraffekte gesehen worden, besonders durch Infektion mit Ohrkathetern. Außerdem können die zahlreichen sekundären und tertiären Affektionen des Rachenraumes auch hier sich etablieren, so Plaques, Ulcerationen etc. Sekundär kann die Paukenhöhle erkranken. Schwerhörigkeit kann dauernd eintreten, wenn es zu ausgedehnten Zerstörungen und Narbenbildung kommt.

Anatomische Befunde über sekundär-luetische Erkrankungen der Paukenhöhle sind sehr spärlich, auch die klinischen sind wenig verlässlich, da die Ätiologie nicht immer sicher festzustellen ist. Akute Katarrhe kommen im sekundären und tertiären Stadium vor, als leichte Form oder auch zu schweren Entzündungen mit Exsudat sich steigernd. In fünf Fällen fand der Verfasser Beteiligung des Labyrinths. Die antiluetische Therapie hat um so bessere Erfolge, je früher sie einsetzt. Häufiger als im Sekundärstadium erscheinen die luetischen Affektionen des Ohres im tertiären. Die Teilnahme des Labyrinths ist diagnostisch von Bedeutung. Luetische Sklerose des Mittelohrs hat Verfasser 25 mal beobachtet, wahrscheinlich infolge periostaler oder ostaler Erkrankung an der inneren Wand. Die Prognose ist hier trotz spezifischer Kur im allgemeinen nicht günstig.

Die Erkrankungen des Warzenfortsatzes entstehen entweder in ihm selbst oder entwickeln sich im Anschluß an Paukenhöhlenerkrankungen. Eiterung, Nekrose und Sklerosierung können die Folge sein.

Die Häufigkeit der luetischen Erkrankungen des Ohrlabyrinths und des Gehörnerven wird verschieden angegeben. Verfasser scheint dieselben oft gesehen zu haben. Sie treten selten früher auf, als 1—2 Jahre nach der Infektion, doch sind schon wenige Wochen danach Fälle gesehen. Die sekundäre Labyrinth-syphilis bricht meist zugleich mit dem Exanthem aus, und zwar gewöhnlich beiderseitig. Hyperämie, geringe entzündliche Infiltration, Proliferation der zelligen Elemente wird wahrscheinlich die Ursache sein. Die Prognose ist meist nicht ungünstig, wenn die antiluetische Kur streng durchgeführt wird; in einzelnen Fällen versagt sie allerdings auch. Ziemlich dasselbe gilt von der tertiären Labyrinth-syphilis.

Die Bedeutung der hereditären Lues für Ohr-affektionen ist in ihrer ganzen Wichtigkeit erst von HUTCHINSON erkannt, der die Taubheit bekanntlich als ein Symptom seiner Trias hinstellte. Ihre Häufigkeit wurde von ihm wohl überschätzt. Die Ohr-affektion kann sich intrauterin abspielen, oder im ersten Lebensjahre beginnen, in welchem Falle mehr das äußere und mittlere Ohr betroffen ist, oder im 8.—18.—24. Lebensjahre; manche sollen sogar erst in 21., 24., 28. Jahre erkrankt sein.

Das äußere Ohr ist häufig von makulösen, papulösen, pustulösen und bullösen Syphiliden betroffen. Gummata am äußeren Ohr sind bei hereditärer Lues nicht beschrieben.

Das Mittelohr erkrankt häufiger in Form der akuten eiterigen Mittelohrentzündung, als in der Form der Sklerose. Caries und Neurose ist dabei nicht selten.

Eine besondere Form von Sklerose hat GRADENIGO als parasymphilitische Affektion beschrieben. Sie tritt besonders beim weiblichen Geschlecht im Alter von 20—30 Jahren auf, kompliziert durch Labyrinth-erkrankungen. Über letztere ist im frühesten Lebensalter wenig anatomisch oder klinisch bekannt. In der Pubertätsperiode vom 10.—20. Lebensjahre, sind sie aber häufiger bei den als Lues hereditaria tarda beschriebenen Fällen gesehen worden, besonders bei Mädchen. Die Affektion ist gewöhnlich eine beiderseitige und tritt meist ohne Schmerzen auf. Taubheit stellt sich mehr oder weniger schnell ein. Das Mittelohr war wohl gewöhnlich mit affiziert. Luetische Keratitis, Iritis und Zahnmißbildungen sind häufige Begleiter. Wo die Behandlung früh einsetzt, ist eine Besserung möglich. Dieselbe ist die allgemein geübte. Über den Wert der Pilokarpininjektionen sind die Ansichten verschieden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Ätiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors, von MAX STROSS. (*Mitteilungen aus Kliniken und medizinischen Instituten der Schweiz.* III. Reihe. Heft 1. Carl Sallmann, Leipzig u. Basel. 1895.) Hier interessieren uns nur die Stomatitis aphthosa und der Soor.

Bei Stomatitis aphthosa fand Verfasser:

1. In sämtlichen Fällen einen großen Diplococcus, ausgezeichnet durch seine Größe, durch die an den Enden wenig abgerundeten, länglichen Glieder und die Neigung, sich in Haufen und kleinen Ketten zu lagern. Er ist nach GRAM färbbar, bildet in der Kultur Diplo-Streptokokken; auf Agar erhält man feine, punktförmige Kolonien; Gelatine wird nicht verflüssigt; Milch wird zur Gerinnung gebracht; Kaninchen erkrankten nach der Impfung, ohne aber zu Grunde zu gehen. Verfasser hält diesen Diplococcus wegen seines konstanten Vorkommens bei Aphthen für den Urheber derselben, ohne die Möglichkeit zu bestreiten, daß andere Mikroorganismen ähnliche Veränderungen erzeugen.

2. Staphylococcus albus, aureus, citreus.

3. Coccus conglomeratus, nur ausnahmsweise vorkommend.

4. Bacillen und Spirillen in unwesentlicher Zahl.

Beim Soor fand der Verfasser im Munde den Pilz in Hefezellen- und Mycelienform; erstere herrschte vor. Betreffs der Kulturen stellt er fest: 1. Der Pilz wächst auf saurem, neutralem und leicht alkalischem Boden; auf saurem, zuckerreichem Boden treten Hefeformen, auf neutralem Fadenformen auf; 2. er kann nicht im Speichel kultiviert werden; 3. auf unzersetzter Milch wächst er nur spärlich.

Stets tritt der Soorpilz auf zusammen mit zahlreichen Spaltpilzen, besonders Mikrokokken, und zwar Strepto- und Staphylokokken. Leptothrixfäden sind nie gefunden. Oft überwiegen die Mikrokokken sogar. Die Spaltpilze sind für die Pathogenese der Sooraffektion von Bedeutung. Sie sind protopathisch vorhanden, erzeugen eine erythematöse Stomatitis, die der Ansiedelung des Soorpilzes erst die Wege ebnet. Auch den weiteren Verlauf des Krankheitsbildes beeinflussen die Kokken wahrscheinlich.

Das Experiment lehrte, daß der Soorpilz auf der Vaginalschleimhaut nur haftet wenn irgend eine Läsion gesetzt ist. Der Belag ist ein festerer und ausgebreiteter, wenn eine Mischkultur von Soor- und Strepto- oder Staphylokokken verimpft wird. Subkutane Injektionen der Soorpilzkulturen erzeugten oft, nicht immer, Abscesse, die in einzelnen Fällen zum Tode der Tiere führten. Dieser trat zuweilen auch ohne lokale Erscheinung nach der Injektion auf. Bei Injektion von Mischkulturen gehen die Mikrokokken leichter zu Grunde, als der Soorpilz. Intravenöse Injektionen erzeugten stets eine allgemeine Soormykose. Die krankhaften Erscheinungen entwickeln sich nach 36—48 Stunden, der Tod tritt am 4.—6. Tage ein. Ein Tier blieb nach Injektion in die Ohrvene 14 Tage scheinbar gesund. Getötet zeigte es auch eine beginnende Soormykose. Der Sektionsbefund ergiebt Vergrößerung der Nieren, die in der Bindehaut zahlreiche weiße, kleine Knötchen von ca. 1 mm Durchmesser zeigen; Knötchen im Mesenterium, Peritoneum parietale, Herzmuskel, Milz, Leber, Lunge, Zentralnervensystem waren stets frei. Injektionen von Mischkulturen in die Venen bewirkten nur Soormykose.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Bericht über die Wirksamkeit des Lungegaardshospitals von 1892—94, von H. P. LIE. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*. 1895. No. 9.) In den oben genannten Jahren wurden auf der Kurabteilung 109 Leprakranke (48 Männer und 61 Weiber) und auf der Pflegeabteilung 83 (46 M. und 37 W.) behandelt. Von den ersten hatten 14 (8 M. und 6 W.) und von den letzten 27 (8 M. und 19 W.) die knotige Form, 71 (19 M. und 52 W.) und 27 (18 M. und 9 W.) die glatte Form, 24 (21 M. und 3 W.) und 29 (20 M. und 9 W.) die gemischte Form. Als geheilt werden in den erwähnten Jahren im ganzen 1 Mann und 5 Weiber mit der glatten Form von Lepra aufgeführt. Darauf werden einige nähere Auskünfte von den in diesen drei Jahren unternommenen Kurversuchen mitgeteilt. Das salicylsaure Natron sah DANIELSEN als das beste aller von ihm versuchten Medikamente an, obgleich es nur geringe Hoffnung von Heilung gab, wenn das Leiden mehr als $\frac{1}{2}$ —2 Jahre gedauert oder eine schnelle Entwicklung der Symptome gezeigt hatte. Es wird auch jetzt im ganzen recht häufig im Hospital angewendet, wie es auch alle die obengenannten als geheilt ausgeschriebenen Patienten als Hauptmedikament gebraucht hatten. Tuberkulin, Chloras kalicus, Methylenblau, Salol, die Behandlung UNNAS gaben alle keinen oder nur ziemlich geringen Erfolg.

Es folgen darauf einige pathologisch-anatomische Untersuchungen, hauptsächlich mit Rücksicht auf das früher wenig gekannte Vorkommen der Krankheit in Lungen und Nieren. Verfasser führt mehrere Umstände auf, um zu begründen, daß der von BOWME im Jahre 1888 beschriebene Fall von Lungenlepra, welcher früher von vielen (wie auch von BAUMGARTEN) als ein Beweis für das Vorkommen derselben angesehen wurde, nicht Lepra, sondern eine Lungentuberkulose mit zahlreichen Tuberkelbacillen gewesen; ob es gleichzeitig eine leichte lepröse Affektion gegeben habe, hält er nicht für sehr wahrscheinlich und jedenfalls gar nicht für bewiesen. Mit Bezug auf einen vom Verfasser selbst beschriebenen Fall kommt er zum Resultat, es existiere eine lepröse Affektion der Lungen in Verbindung mit einer an Tuberkelbacillen armen Lungentuberkulose. Weiter wird ein klinischer, pathologisch-anatomischer, mikroskopischer und bakterioskopischer Fund bei einem zweiten Falle von Lepra mitgeteilt, wo die Lungen auch für leprös affiziert angesehen werden müssen; ebenso ein dritter Fall, wo gleichzeitig beinahe alle inneren Organe sowohl leprös, als tuberkulös waren. Verfasser betrachtet nach diesem eine Lungenlepra als feststehend, und vermutet, daß ihr Vorkommen wahrscheinlich häufiger sei, als bis jetzt angenommen werde; wegen der Vorliebe des Leprabacillus für Bindegewebe erhält derselbe erst günstige Lebensbedingungen in den Lungen, wenn vorher andere kränkliche Prozesse, als tuberkulöse oder chronische bronchopneumonische Affektionen, Neuformationen von Bindegewebe hier verursacht haben. Wegen der Ähnlichkeit des Leprastäbchens mit dem Tuberkelbacillus ist aber die pathologisch-anatomische Diagnose der Lungenlepra nicht immer leicht und die klinische Diagnose am häufigsten unmöglich. Während Nierenaffektionen bei Aussätzigen sehr häufig sind, soll nur ein einziger Fall (1861 von HEDENIUS beschrieben) von wirklicher Lepra

in den Nieren vorliegen; die lepröse Natur desselben kann aber Verfasser nicht anerkennen. Er berichtet selbst über drei Fälle von Nierenaffektionen bei knotigen Leprakranken; in allen drei Fällen, wo nichts auf Tuberkulose hindeutete, wurden Leprabacillen nachgewiesen; dieselben sollen vorher nicht in diesem Organe gefunden worden sein. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen boten nichts dar, was man nicht bei Nierenleiden, von anderen Ursachen als Lepra herrührend, finden mag; die einzige Eigentümlichkeit ist der Bacillus. Verfasser meint, daß derselbe bei fortgesetzten Untersuchungen nicht so sehr selten sich in den Nieren, sowie auch in den Lungen zeigen wird. Nur in dem einen Falle waren die Bacillen so zahlreich, daß man sie leicht mit schwacher Vergrößerung entdecken konnte, und die lokale Reaktion war so groß, daß sie angab, wo man die Stäbchen suchen und sagen konnte, es wäre wirklich ein lepröser Prozeß im Gange. Bei den zwei anderen Patienten war dies kaum der Fall, und die Bacillen schienen, besonders bei dem einen mehr zufällig, durch die Blutcirculation hier abgesetzt; bei beiden hatte vor dem Tode ein Ausbruch von Knötchen auf der Haut stattgefunden. Verfasser erwähnt schließlicb zwei Fälle mit gleichzeitigem Vorkommen von Lepra- und Tuberkelbacillen in demselben Organ; er argumentiert gegen die Auffassung, daß die als Miliarlepra beschriebenen Prozesse und Veränderungen derselben Art bei Aussätzigen wirklich Lepra seien. Wegen der Verhältnisse hat der Verfasser Tierexperimente bei den hier referierten Untersuchungen nicht benutzen können; die vom Verfasser in Lungen und Nieren gefundenen Leprastäbchen sind von ARMAUER HANSEN verifiziert worden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Weitere Beiträge zur Beurteilung der Ätiologie der Lepra, von ED. EHLERS. (*Hosp. Tid.* 1895. No. 49—50.) Verfasser, welcher in einer früheren Mitteilung (Ref. in dieser Zeitschr. Bd. XXII. pag. 87) Auskunft über Ansteckung oder Erblichkeit bei 102 Leprapatienten gegeben hat, teilt hier ähnliche Erkundigungen über weitere 17 Patienten mit: Der Vater eines Patienten und der Bruder eines anderen waren leprös; drei Patienten hatten entferntere lepröse Verwandte; zwölf Patienten hatten keine Lepra in der Verwandtschaft; für zehn Kranke konnte auch nicht Ansteckung nachgewiesen werden; zwei waren wahrscheinlich in der Ehe angesteckt worden. Beim Erwähnen des Ansteckungsverhältnisses in der Ehe wird die früher von ARVING aufgestellte Möglichkeit vom Vorkommen einer abortiven Lepra angeführt, und es werden drei Beobachtungen mitgeteilt, wo die nur in geringem Grade entwickelten nervösen Symptome nach dieser Richtung gedeutet werden konnten; eine wirkliche Begründung wird natürlich erst die Kenntnis vom späteren Verlaufe der Krankheit bieten können. Schließlicb werden zwei Fälle von beginnender Lepra anaesthetica mitgeteilt, um zu beleuchten, daß die Anästhesie in diesem Stadium oft so gering ist, daß sie mit Anästhesiometern nicht gemessen werden kann, sich dagegen durch Juckanästhesie (Krauranästhesie) zu manifestieren vermag.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Bemerkungen über die Leprafrage auf Island, von ED. EHLERS. (*Ugeskr. for Læger.* 1895. No. 44.) E. berichtet den Wortlaut des von der isländischen Landesversammlung beschlossenen Gesetzes „über die Absonderung der Aussätzigen“, welches eine Isolation der Leprakranken in den Heimaten und Entfernung der Kinder von den kranken Eltern bestimmt; dagegen dürfen Eheleute nicht wider ihren Wunsch getrennt werden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Bemerkungen über Lepra, von EDW. KAUBIN. (*Norsk Magas. for Læger.* 1895. No. 4.) Verfasser hebt besonders die Bedeutung der Isolation der Aussätzigen, als das wirksamste Mittel zur Bekämpfung des Leidens, hervor. In Norwegen werden

diese Patienten zu Hause isoliert, und wo dieses sich nicht thun läßt, auf Lepra-hospitälern. Die Krankheit hat dabei immer mehr abgenommen; im Jahre 1856 gab es in Norwegen etwa 3000 Aussätzige, am Ausgange von 1892 nur noch 8—900. In Ländern (wie z. B. Island), wo die Isolation versäumt wird, kann man eine Rekru-descens der Krankheit nachweisen. Die leprösen Eruptionen haben, wie die meisten anderen Exantheme, ihre Prädilektionsstellen; sie werden selten an Stellen mit sehr reichlichem Haarwuchs angetroffen, ebensowenig an ganz haarlosen Hautpartien. In den Volae hat Verfasser doch dreimal Lepraknoten gefunden, an der Glans einmal; an den Plantae hat er nicht eigentliche Knoten gesehen, aber doch öfters gröfsere und kleinere braunrote Infiltrationen. Verfasser erwähnt darauf näher das Verhältnis zwischen den knotigen, glatten und gemischten Formen der Lepra. Von der letzten Form, wovon er nie gleich am Anfange der Leprafälle angetroffen hat (*Leloirs lepre mixte d'emblée*), gab es unter 169 Leprapatienten bei der Aufnahme ins Hospital (später während des Aufenthaltes im Hospital entstanden mehrere Fälle) nur drei Fälle (1,8%). Der Prozentsatz der gemischten Formen wird oft zu hoch angegeben, indem abgelaufene knotige Formen und knotige Formen mit Anästhesie (ohne tropho-neurotische Leiden) fälschlich dazu gerechnet werden. Verfasser hat neue Eruptionen nach einem Ruhezustande der Krankheit von 10—12 Jahren gesehen; das fordert zur Vorsicht auf, dafs man nicht Patienten mit anscheinend abgelaufener Lepra als geheilt oder völlig ansteckungsfrei ausschreibe. Rücksichtlich der Behandlung empfiehlt Verfasser, ausser guten hygienischen Verhältnissen, salicylsaures Natron während der Eruptionen und chirurgisches Einschreiten, Affektionen der Augen und des Knochen-systems gegenüber. Die Anzahl der Geheilten wäre unzweifelhaft gröfser, wenn die Patienten im frühesten Stadium des Leidens zur Behandlung kämen. Nach Verfassers Ansicht ist die Lepra ausschliesslich contagiöser Natur; die Erbllichkeit spielt nur eine Rolle als prädisponierendes Moment; wenn Kinder aussätziger Eltern gleich vom Umfange derselben entfernt würden, könnten sie vermeintlich der Krankheit entgehen, ein Verfahren, das man nach der Initiative des Verfassers jetzt an der norwegischen Aussätzigen-Missionsstation auf Madagaskar versucht. Wegen der Abnahme der Leprakranken in Norwegen werden zwei von den fünf Leprosorien (zu Molde und zu Bergen) bald niedergelegt werden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die Lepra, von HALLOPEAU. Diese Abhandlung bildet einen Abschnitt des *Traité de Médecine et de Thérapeutique*. Bd. II. 1895) und bringt auf ca. 50 Seiten Groß-Oktav eine ausführliche Beschreibung der Krankheit nach den neuesten Anschauungen. Bezüglich der Ätiologie ist Verfasser Kontagionist und überzeugt, dafs sich die Lepra von Mensch auf Mensch, direkt oder indirekt übertragen lasse, während die Heredität nur eine geringfügige Rolle spiele. Aus Beobachtungen in Japan gehe nämlich hervor, dafs diese hereditäre Übertragbarkeit nach wenigen Generationen (5) erlösche. Die Krankheit sei in Europa keineswegs erloschen, wie übrigens allbekannt, und befürchtet Verfasser, es möchte einst wieder zu ähnlichen Epidemien in Frankreich kommen, wie solche im Mittelalter in verheerender Weise aufgetreten sind. Im therapeutischen Teile werden die zahlreichen Medikamente, welche mit mehr oder weniger, selten mit dauerndem Erfolge, angewendet worden sind.

C. Müller - Bern.

Ist die Lepra eine tellurische Krankheit? von A. THOMPSON - Brisbane. (*Brit. med. Journ.* 14. Dezember 1895.) Verfasser giebt zwar zu, dafs die Lepra vielleicht direkt vom Kranken auf den Gesunden übertragbar sei, er glaubt aber nicht, dafs dies in jedem Lande, wo die Lepra vorkomme, der Fall sei. Beispielsweise fehlen noch strikte Beweise, dafs die Krankheit sich in Australien durch ein Kontagium weiter verbreite. Solange diese Beweise nicht erbracht, sei es nicht

gerechtfertigt, in dem Jahrhundert der Kultur und der Humanität die Leprösen so streng zu isolieren. Die Gegenbeweise, namentlich die Entdeckung des Leprabacillus, kümmern den Verfasser wenig. Seine Ansicht ist, daß erst das Zusammentreffen einer anderen von tellurischen Einflüssen abhängigen Art von Organismen mit dem Leprabacillus zur Ansiedelung des letzteren notwendig sei. *C. Berliner-Aachen.*

CARASQUILLA - Santa Fe de Bogota berichtet über geradezu staunenerregende Resultate, die er mit der **Serotherapie bei Lepra** erzielt hat. Danach würde die Sensibilität je nach der Ausdehnung der Läsionen mehr oder weniger rasch eintreten, die Flecke ablassen (ohne jedoch ganz zu verschwinden), die Ödeme zuweilen außerordentlich rasch vergehen, die Knoten sich abflachen, erweichen und durch Resorption, Desquamation oder Eiterung vollständig verschwinden, wobei die eiternden Flächen nach und nach vernarben, die affizierten Schleimhäute ihre normale Beschaffenheit und Sensibilität zurückerlangen, Appetit und Schlaf wieder eintreten. Über die Bereitungsweise und Natur des Serums wird leider nichts mitgeteilt. (*Sem. méd.* 1896. No. 2.) *C. Müller-Bern.*

Prophylaxis der Lepra, von NEUMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Auf Grund der gemachten Erfahrungen empfiehlt der Verfasser folgende Maßnahmen gegen die weitere Ausbreitung der Lepra.

1. Strenge Kontrolle sämtlicher derzeit in Europa vorhandenen Leprafälle. Anzeigepflicht der Ärzte.

2. Isolierung der Leprakranken in eigens dazu errichteten, abseits von großen Verkehrswegen gelegenen Anstalten, wie es in Norwegen geschieht, ohne völlige Absperrung nach außen. Behandlung durch Fachmänner.

3. Heiratverbot für lepröse Kranke. Isolierung der in Anstalten untergebrachten Kranken nach dem Geschlechte.

4. Anstellung fachmännisch geschulter Ärzte in den Anstalten, ausgerüstet mit den nötigen Hilfsmitteln zum weiteren Studium des Leidens. Die Anstalten sollen nicht nur Pflegestätten, sondern auch Pflanzstätten wissenschaftlichen Studiums sein.

Ausführung aller dieser Maßnahmen auf der Basis internationaler Verständigung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Serumtherapie bei Lepra hat CARASQUILLA in Kolumbien angewendet und behauptet, sehr gute Erfolge bei der tuberösen Form erzielt zu haben. Von der ersten Injektion ab blieben bei den 15 Kranken alle weiteren Manifestationen aus. Die Sensibilität wurde mehr oder weniger schnell wiederhergestellt, die Flecke entfärbten sich, ohne ganz zu verwischen, die Ödeme schwanden, die Knoten schwinden unter Resorption, Desquamation oder Eiterung, Spuren zurücklassend. Die Ulcerationen vernarben auch auf den Schleimhäuten. Der „aspect leonin“ des Gesichts verliert sich, Appetit, Schlaf, Psyche bessern sich. Dunkel bleibt es, wie der Verfasser Serum gewinnt, da doch die Kultur des Leprabacillus noch nicht gelungen ist. (*Sem. méd.* 1896. No. 2. *Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 10.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Lepra Arabum aus Heidelberg, von CZERNY. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Der 41 Jahre alte Patient arbeitet seit vielen Jahren in Heidelberg als Tagelöhner. Im Feldzuge von 1870 lag er einige Wochen wegen Typhus bei Orleans, sonst war er nicht außer Landes. 1886 wurde er wegen Lymphangitis und Phlegmone am Fuße traumatischen Ursprungs behandelt, 1890 nur ambulant mit der Diagnose Lupus. Als er im November 1892 in die Klinik kam, fand sich eine elephantiasische Verdickung am rechten Fuße vor. Über dem Fußrücken eine fluktuierende schmerzlose Geschwulst, aus welcher eine Incision käsigen Eiter und nekrotisierendes Zellgewebe entleerte. Aus einer Fistel unterhalb des Sprunggelenkes

entleerte sich Serum, sie wurde gespalten und ausgeschabt. Knochen und Gelenk frei. Die Verdickung reichte bis zum unteren Drittel des Unterschenkels. Die Haut war teils entzündlich gerötet, teils fleckig pigmentiert und stellenweise albinotisch pigmentarm. Ähnliche Pigmentveränderungen fanden sich über den ganzen Körper verstreut. Stellenweise fand man am Rande der Flecke kleine fötliche, leicht schuppende, derbe Knötchen. Anscheinend bilden sich diese weißen Narbenflecke aus den Knoten ohne Ulceration. Die Lymphdrüsen in der Leistengegend derb geschwollen, der rechte Nebenhoden knotig verdickt. Heilung unter örtlicher Behandlung.

Im Januar 1896 kommt der Patient wieder in die Klinik, weil sich seit vier Wochen über der linken Achillessehne in der Subcutis eine hühnereigroße Geschwulst entwickelt hatte und zugleich eine Schwellung an den Zehen des rechten Fußes mit leichten Schmerzen sich einstellte. Die Zehen wurden wund, die große Zehe schwarz und brandig. Der Brand begrenzte sich oberhalb des Köpfchens des Mittelfußknochens. Die Haut war noch etwa handbreit weiter nach oben unterempfindlich, sonst keine Störung in der Sensibilität. Dieser Verlauf und Symptomenkomplex erweckten den Verdacht auf Lepra. Freilich fehlte die sonst gewöhnliche Alteration der Gesichtshaut, allein das konnte mit der Eingangspforte der Infektion von den unteren Extremitäten aus zusammenhängen. Ferner war Heidelberg als Entstehungsort auffällig. Die bakteriologische Untersuchung brachte die Entscheidung. Tatsächlich fanden sich schon auf den Schnittflächen eines frisch exstirpierten Knotens eine größere Zahl von in Form der Leprazellen dicht gedrängten Bakterienhaufen, so daß man an der Diagnose nicht mehr zweifeln konnte.

Neuhaus-München.

b. Tuberkulose.

Ein seltener Fall von *Lupus vulgaris*, von S. RÓNA. (*Verhandl. d. Vereins d. Spitalärzte in Budapest*. 1894.) Bei dem 88jährigen Landmanne begann der Lupus im zehnten Lebensjahre im Gesichte sich zu entwickeln. Zur Zeit ist ein großer Teil des linken Unterschenkels und der linken Kniekehle, die ganze rechte Schultergegend, so auch ein Teil der linken lupös erkrankt, die Haut des Nackens und Halses narbig verändert, welches sich bis zum Sternum erstreckt. Der knorpelige Teil der Nase ist zu Grunde gegangen, die Ohren, die ganze rechte Gesichtshälfte und Stirn sind dicht mit Lupusknötchen besät oder narbig verändert. Die schwersten Veränderungen zeigt die linke Gesichtshälfte und Submaxillargegend, welche mächtig, stellenweise mehrere Zentimeter hoch framboesieartig verdickt sind, das linke Auge bedeckt und die Unterlippe mächtig verdickt. Aus der Tiefe vieler Stellen quillt dicker Eiter empor. Das ganze Bild macht den Eindruck, als hätte sich bereits auf einer lupösen Basis ein Carcinom entwickelt.

A. Aschner-Budapest.

Über das *Erythema induratum* junger Mädchen, von THIBIERGE. (*Sem. méd.* 1895. No. 64.) Verfasser hebt einzelne Symptome dieser vielfach beschriebenen und dennoch wenig bekannten Affektion hervor, welche öfters zu mehr oder weniger folgenschweren diagnostischen Irrtümern geführt hat. Von den gewöhnlichen Erythemen unterscheidet sie sich durch ihre lange Dauer und das Vorkommen von festen Knoten, die dem Erythema zu Grunde liegen. Differential-diagnostisch kommen in Betracht: das *Erythema nodosum*, wo die Konsistenz der Knoten jedoch nicht sofort und die Begrenzung der Läsionen nicht so scharf ist; gewisse circumskripte Phlebitiden, wo aber gleichzeitig Varicen bestehen werden; die Sklerodermie en plaques der unteren Extremitäten; rheumatische Knoten; Knotenbildungen nach Jodkaliummedikation. Die Heilung geschieht durch Resorption der Knoten, wobei es infolge des Schwundes eines Teiles der normalen Elemente der Cutis und der Unter-

haut zu Depressionen der Hautoberfläche kommt. Der Ausgang in Eiterung ist nach TH. seltener. Die Ätiologie scheint ziemlich klar, indem die Affektion sozusagen ausschließlich bei lymphatischen, skrophulösen jungen Mädchen vorkommt, deren Beruf eine ausschließlich stehende Haltung erfordert. Verfasser betrachtet dann auch das Erythema induratum als eine klinische Form des skrophulo-tuberkulösen Gummas mit Sitz im Unterhautzellgewebe der unteren Extremitäten. Die Therapie ist eine allgemeine (Leberthran, Eisen, Jodkalium und lokale (Emplastrum de Vigo, besonders aber Kauterisationen mit dem Galvanokauter). C. Müller-Bern.

In der Londoner Gesellschaft für Laryngologie berichtete HILL von einem Fall von tuberkulöser Ulceration der linken Nasenhöhle mit nachfolgender lupusartiger Affektion des linken Nasenflügels; PARKER über einen Fall von Stenose des Larynx (16jähriges Mädchen) wegen lupusartiger Wucherungen.

BALL über einen Fall von ausgedehntem Lupus des Rachens und der Nase und der äußeren Haut (unterhalb des Ohres); die Epiglottis war beinahe vollständig zerstört, bedeutende Veränderungen am weichen Gaumen; Funktionsstörung der Glottis. (*Revue internat. de Rhinol., Laryngol., et Otol.* 1896. No. 1.) C. Müller-Bern.

Behandlung chirurgischer Tuberkulose der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie, von AUGUST BIER. Aus der königlich chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel. (Kiel und Leipzig 1893.) Ausgehend von der bekannten Immunität der Stauungslunge, wie wir sie besonders bei Herzfehlern finden, gegen die Tuberkulose hat Verfasser versucht, Fälle chirurgischer Tuberkulose mit Stauungshyperämie zu behandeln. Ich will hier aus der vorliegenden Arbeit des Verfassers, sowie aus seinen anderen, dasselbe Thema betreffenden (*Berl. Klin.* Heft 89 und *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 48. Heft 2) hervorheben, was die Leser dieses Blattes interessiert.

Beim Lupus der Extremitäten war der Erfolg der dauernden oder unterbrochenen Konstriktion mittelst Gummischlauches kein günstiger. Zur Heilung ist auf diese Weise nur ein Fall von Lupus verrucosus am Handrücken bei einem Schlachter gekommen; bisher — nahezu drei Jahre — ist kein Recidiv gekommen. Verfasser hat nun Schröpfköpfe verwendet, die in beliebiger Größe und Form angefertigt und, nachdem man etwas Spiritus in ihnen abgebrannt, für 2—4 Stunden täglich auf die lupösen Stellen aufgesetzt werden. Dieselben haften oft besser, wenn man die Haut leicht einfettet. Die entstehende, sehr energische Hyperämie schwindet nach häufigem Aufsetzen auch in der Zwischenzeit nicht. Über die Resultate dieser Behandlung finde ich nirgends irgend welche Angaben. Dagegen finde ich einen Fall von ulceröser Hauttuberkulose, der durch Konstriktion geheilt ist.

Viel und, wie es scheint mit Erfolg, ist die Hodentuberkulose mittelst Stauungshyperämie behandelt. Hier wird nach Herunterziehen des oder der erkrankten Hoden der Gummischlauch fest um den Samenstrang gelegt, und zwar täglich für zwölf Stunden.

Von Nebenwirkungen auf die Haut finden sich bei der Anwendung der Konstriktion viele verzeichnet: große, mit blutigem Serum gefüllte Blasen, akute nässende Ekzeme heilen schnell. Unangenehmer sind Hautgeschwüre mit dem Charakter variköser Geschwüre, die ein vorübergehendes Aussetzen des Verfahrens erfordern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als Hauterscheinungen bei der Serotherapie der Tuberkulose führt MARAGLIANO an: flüchtige Erytheme, Urticaria, entzündliche Affektionen des subkutanen Bindegewebes in Form von schmerzhafter Schwellung mit Rötung der Gewebe. Alle diese Eruptionen können mit mehr oder weniger intensiver Temperaturerhöhung verbunden sein. Bezüglich ihrer Entstehungsweise ist anzunehmen, daß das Serum (an

sich selbst und unabhängig von seinen Antitoxinen oder durch diese letzteren) eine reizende Wirkung auf die besonders disponierten Gewebe ausübt. (*Rif. méd.* 1895. No. 289.)

C. Müller-Bern.

c. *Syphilis.*

Über die Mittel zum Kampf mit der Syphilis in Rußland, von O. PETERSEN. (*Wratsch.* 1895. No. 31.) Eine der wichtigsten Maßregeln zur Verhütung der Syphilisverbreitung in Rußland ist nach Meinung des Autors die Behandlung und Internierung der frisch Infizierten in eine Anstalt. Indes ist aber die Zahl der Anstalten in Rußland eine viel zu geringe, so daß nicht alle Kranke Unterkommen finden können, gezwungen sind, weiter im Hause sich aufzuhalten, Umgang mit den Ihrigen zu pflegen und auf diese Weise als Infektionsträger notgedrungen auftreten müssen. Mit der vielbesprochenen Errichtung fliegender Kolonnen ist keine merkbare Abhilfe des Übels geschaffen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über die Maßregeln zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande, von H. HERZENSTEIN. Die Syphilis ist in Rußland sichtlich im Steigen begriffen; in einigen Kreisen kommen auf 100 Einwohner fünf Syphilitiker; einige Gegenden sind ganz verseucht. Lokale Maßregeln sind weitaus ungenügend, es müssen fliegende Kolonnen beschiekt, temporär Hospitäler eingerichtet werden. (*Med. Wochensbl.* 1895. No. 26.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über Syphilis und einige andere Krankheiten im Koinschen Kreise des Tomskischen Gouvernements, von TSOHAPIN. (*Journ. f. Hyg., gerichl. u. prakt. Med.* 1895. No. 11.) Autor fand 4,25% Syphilitiker der gesamten Bevölkerung bei der Untersuchung von zwölf Flecken. 87% dieser Syphilitiker befanden sich im gummösen Stadium, die übrigen im kondylomatösen. 62,5% bezogen sich auf Frauen, 37,5% auf Männer. Von 3158 untersuchten Kindern waren 21luetisch und zwar 13 mit gummösen und 8 mit kondylomatösen Erscheinungen. Die Verbreitung der Krankheit findet hauptsächlich auf extragenitalem Wege statt. Ein Primäraffekt wurde nur in einem Falle konstatiert, bei einem 13jährigen Mädchen auf dem weichen Gaumen. Unter den 45 kondylomatösen Syphilitischen sah Autor solche mit sehr schweren Erscheinungen, wie Schleimpapeln im Mund und Rachen, die so sehr um sich gegriffen hatten, daß kein gesunder Fleck zwischen ihnen vorhanden war, nässende Papeln an der Stirn etc. Die Gummata befanden sich hauptsächlich an Nase, Mund und Rachen.

Die medizinische Hülfe im Kreise ist eine äußerst mangelhafte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Erfahrungen über die Syphilis. Nach Beobachtungen an der Landbevölkerung in Dalmatien, von B. PERIĆ. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 9.) Bekanntlich ist das als „Skerlievo“ in Dalmatien bezeichnete Leiden nichts anderes als Syphilis. Sie ist hier nach den Beobachtungen des Verfassers nicht mehr verbreitet, als im übrigen Europa. Er hat in fünf Jahren bei 5000 Spitalskranken und trotz privater Forschungen nur 200 Syphilitiker, darunter 70 tertiäre, feststellen können. Vielleicht sind stellenweise die Bauern relativ stärker von tertiärer Syphilis betroffen. Die gegen die Syphilis von der Regierung getroffenen Maßnahmen hatten wenig Erfolg, weil sie sich nur gegen die tertiären Formen richtete. Extragenitale Infektionen hat Verfasser nicht gesehen. Meist kommen die Kranken erst mit Späterscheinungen zur Behandlung. Merkurielle Behandlung hatte im Frühstadium fast nie stattgehabt. Die im Spital merkuriiell Behandelten sind später alle frei geblieben trotz rein symptomatischen Vorgehens. Viscerale Syphilis kam in fünf Jahren unter den 5000 Kranken nur sechsmal vor; viermal spastische, myelomeningitische Prozesse, einmal Lungencirrhose, einmal Lebercyste. Tabes und Paralyse hat Verfasser bei den Bauern niemals gesehen.

Drei Tabiker, die zur Beobachtung kamen, waren keine Bauern; Syphilis war bei ihnen wahrscheinlich. Das seltene Vorkommen der Tabes bei der nicht weniger wie andere Völker von Syphilis heimgesuchten Bevölkerung spricht gegen die Bedeutung der Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Prognose der erworbenen Syphilis im Einzelfalle, von H. G. KLOTZ (*New York med. Monatschr.* 1895. No. 12.) Es lassen sich hinsichtlich des Verlaufes der Syphilis wohl gewisse Regeln aufstellen, dieselben sind aber bei dem kapriziösen, jedem Gesetze spottenden Charakter der Erkrankung sämtlich zahlreichen Ausnahmen unterworfen und mit ziemlicher Zurückhaltung anzunehmen.

Während der ersten Lebensjahre ist der Verlauf meist ein akuter, die einzelnen Erscheinungen folgen rasch aufeinander und verlaufen viel energischer und rapider. Besonders zu fürchten ist die frühzeitige Beteiligung des Nervensystems (Konvulsionen). Bei älteren Kindern bis zur Pubertätszeit ist der Verlauf gewöhnlich ein milder. Bei der im hohen Alter erworbenen Syphilis findet sich fast regelmässig ein langsamer-schleppender Verlauf mit häufigen Rückfällen in den ersten Jahren, nicht selten in Gestalt tiefgreifender, den tertiären sich nähernden Formen auf der Haut und den Schleimhäuten, Periostitis, Iritis etc. Dafs solohen Spätinfektionen tertiäre Symptome besonders häufig folgen, ist nach den Erfahrungen des Verfassers nicht richtig. Das Geschlecht der Patienten ist ohne wesentlichen Einfluß auf den Verlauf der Syphilis, von unleugbarer Bedeutung sind die Konstitution und der allgemeine Gesundheitszustand zur Zeit der Infektion (Tuberkulose, Malaria), zu berücksichtigen sind ferner die geistige und psychische Bealagung, die Beschäftigung und Lebensweise der Patienten. Tabak und Alkoholica sind innerhalb der Grenzen, in denen man dieselben beim gesunden Menschen für unschädlich halten darf, auch dem Syphilitiker zu gestatten. Bei Alkoholmißbrauch ist entschieden eine Begünstigung des Auftretens von tertiären Symptomen, ganz besonders von seiten des Nervensystems zu beobachten. Auch Nachschübe sekundärer Erscheinungen lassen sich nicht selten mit ziemlicher Sicherheit auf vorübergehende Excesse, besonders im Trinken, zurückführen.

Die Krankheitsymptome lassen sich mit gewisser Beschränkung für die Prognose verwerten. Einem oberflächlichen Schanker folgen zumeist im Anfange der Sekundärperiode auch leichtere, oberflächliche Syphilide, eine einfache Angina etc. Bei einem phagedänischen Schanker sind mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit schwere, zu tiefer Infiltration und nicht zu Geschwürsbildung führende Hautsymptome zu erwarten; hier findet man am öftesten die sog. frühzeitigen, tertiären Syphilide. Auch auf den Schleimhäuten, besonders im Hals, finden sich dann häufig ulceröse Prozesse, daneben Beteiligung des Periosta. Zwischen diesen beiden Extremen stehen die schwereren papulösen und papulo-pustulösen Syphilide (letztere mit ihrer Neigung, sich mit Iritis zu vergesellschaften), die vorwiegend kondylomatösen, oberflächlich ulcerierenden Schleimhautformen und die der Syphilis eigentümliche Alopecie. Der Sitz der Initialsklerose, das Volumen der Induration des Initialaffektes und der indolent vergrößerten benachbarten Lymphdrüsen ist für die Beurteilung des weiteren Verlaufes von unwesentlicher Bedeutung. Die sekundären Erscheinungen geben viel weniger Anhaltspunkte. Ihr rasches Auftreten läßt etwas schwerere Symptome erwarten. Bei den tertiären Symptomen hört alle Regelmäßigkeit auf.

Die günstigste Prognose gestattet der quasi normale Verlauf. Die Roseola tritt auf Brust, Unterleib und Rücken beschränkt, innerhalb 8—10 Wochen nach der Infektion auf, sie ist begleitet von einer Angina oder höchstens einigen oberflächlichen Substanzverlusten auf den Tonsillen, oft auch von wenigen verstreuten, krustenbildenden papulo-pustulösen Efflorescenzen des behaarten Kopfes und einer mäßigen Anschwellung einer oder mehrerer Cervikaldrüsen; meist nur auf einer Seite sam

normalen Verlauf ist es auch noch zu rechnen, wenn innerhalb der ersten 15—18 Monate nach der Infektion von Zeit zu Zeit auf einzelne Regionen beschränkte Papeln auftreten, besonders auf den Handflächen, am Scrotum und Penis; oder wenn Recidive von Schleimhautaffektionen des Gaumens, der Lippen und der Zunge, sowie Kondylome zur Beobachtung gelangen. Die weitere Verbreitung oder größere Intensität dieser Symptome läßt ein längeres und hartnäckigeres Andauern erwarten. Fälle mit geringfügigen Allgemeinerscheinungen ziehen erfahrungsgemäß recht häufig spätere Visceralsymptome, ganz besonders cerebrospinale Affektionen nach sich.

Die Behandlung hat am besten zur Zeit des Auftretens der Sekundärscheinungen zu beginnen. Wo Quecksilber und Jod oder beide zusammen nicht ertragen werden oder wirkungslos bleiben, kann man sich stets auf unangenehme, hartnäckige und oft gefährliche Vorkommnisse gefaßt machen. *M. Einhorn-München.*

Auf Grund eines sehr reichhaltigen Beobachtungsmaterials erklärt FOURNIEU (*Tribune méd.* 1895. No. 37) das Collesche Gesetz, wonach die Mutter eines von einem syphilitischen Vater gezeugten syphilitischen Kindes von diesem niemals infiziert werde, als illusorisch. Je nach der Menge des durch die Placenta in den mütterlichen Organismus durchgedrungenen Giftes kommt es nämlich vielmehr zu zwei Formen von syphilitischer Infektion (durch Konzeption): eine frühzeitig, zuweilen bereits während der Gravidität auftretende und eine zweite, welche lange latent bleiben kann, dann aber früher oder später zu mehr oder weniger scharf ausgeprägten tertiären Symptomen führt. Übrigens kann die Mutter auch wirklich immun geblieben sein und die Syphilis erst später durch Inokulation acquirieren. *C. Müller-Bern.*

Über Reinfectio syphilitica, von FRANZ MRAČEK. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 2.) Nachdem der Verfasser gezeigt, wie ein großer Teil der als luetische Reinfektionen beschriebenen Fälle ausgeschlossen werden müsse, weil die Beobachtungen keine genügend sicheren sind, beschreibt er selbst zwei derartige Fälle.

Ein Förster hat 1883 Lues acquirit mit folgenden Sekundärscheinungen; nach zwei Schmierkuren Heilung. 1893 bekommt er wieder ein hartes Geschwür, darauf makulöse und papulöse Syphilide. Die zweite Erkrankung ist ausgebreiteter und schwerer.

Ein Offizier erkrankte 1888 an Lues, blieb nach wiederholter Schmierkur gesund und infizierte sich 1893 von neuem unter nachfolgenden Sekundärscheinungen. Die zweite Erkrankung war eine leichtere.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt unzweifelhafte Fälle von Syphilis, in denen die Erkrankung den Organismus völlig verlassen hat, so daß eine zweite Infektion möglich ist.
2. Ein für alle Fälle gültiger Zeitraum zwischen den verschiedenen Infektionen läßt sich nicht bestimmen.
3. Der Satz, daß der Verlauf der zum zweiten Male acquirierten Infektion ein leichterer sein müsse, ist nicht zutreffend.
4. Die Heilung der erstmaligen Infektion ist zweifellos eine Folge der mercuriellen Behandlung. Diese ist deshalb in jedem Syphilisfalle zu üben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der Übertragung der Syphilis auf die Geschlechtsteile, von EMIL STEIN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 49.) Ein 16 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen wurde von ihrem Geliebten, einem Glasarbeiter, der eine Sklerose an der Lippe in seinem Beruf erworben, infiziert, aber nicht durch den Coitus, sondern mehrere Wochen, bevor er denselben zum ersten Male bei ihr ausführte, durch Kratzen mit dem Finger, während er ihre Genitalien betastete. Wahrscheinlich hatte er den

Finger vorher mit Speichel befeuchtet, dem Sekret der vorhandenenluetischen Zungengeschwüre beigemischt war. Das Mädchen bekam eine Sklerose an den Genitalien und später Sekundärsymptome.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Lehre von Ulcus durum et molle urethrae, von A. EISELER. (Inaug. Dissert. Würzburg 1895.) Verfasser stellt die älteren und neueren Theorien über das Zustandekommen und Vorkommen des Urethralchankers zusammen und bricht bei Besprechung der Diagnostik eine Lanze für die „endoskopische Exploration“, bei deren Anwendung die differential-diagnostische Schwierigkeit, welche der Schanker gegenüber dem Tripper bereitet, ganz entfällt. (In erster Linie ausschlaggebend ist nach des Referenten Ansicht in solchen Fällen das Fehlen von Gonokokken, der milde Verlauf der Urethritis, das Vorhandensein von indolenten Bubonen beim Ulcus durum, die Möglichkeit, ein Infiltrat durchzufühlen; in letzter Linie erst wird man bei akuten Affektionen zum Endoskop greifen.) Nach einer ausführlichen Schilderung mehrerer in der Litteratur aufgeführten typischen Fälle von Urethralchanker beschreibt Verfasser einen von ihm in der Würzburger syphilidologischen Klinik beobachteten und behandelten Fall von Urethralchanker. Patient, 26 Jahre alt, wird mit den Erscheinungen eines rechtsseitigen Bubo aufgenommen, dessen Ätiologie unklar, da weder ein Ulcus noch eine blennorrhöische Affektion nachzuweisen. Nach Exstirpation des Bubo Brennen in der Harnröhre beim Urinieren. Entleerung einer Spur von schleimig-eiterigem Sekret, das keine Gonokokken enthält. Starke Anschwellung des Präputium. Phimosen-Operation. Heftige Blutung aus der Harnröhre. Endoskopie. Auftreten einer Roseolasyphilis und einer universellen Lymphadenitis; an der Harnröhrenmündung sah man die Ränder eines indurierten Schankers. Nach Schmierkur und lokaler Behandlung (ein mit Unguentum cinereum bestrichenes Bougie, mehrmals eingeführt, wird möglichst lange liegen gelassen) Heilung.

Karl Ries-Stuttgart.

Über Autoinokulation beim harten Schanker, von ZAREWICZ. (*Prægl. Lek.* 1895. No. 1, 2, 4, 5.) Bei zwei Frauen mit hartem Schanker am Labium minus, resp. an der Lippenschleimhaut zeigte sich im Verlaufe ca. eines Monats in der Nachbarschaft des ersten ein zweiter Schanker, von dem Verfasser annimmt, daß er durch Autointoxikation entstanden sein müsse. Er schließt daraus, daß die Entwicklung des syphilitischen Giftes an seiner Kontaktstelle mit der Körperfläche von gewissen, noch nicht näher bekannten Bedingungen abhängig ist, und daß der harte Schanker nicht der Ausdruck einer Allgemeininfektion ist, sondern erst zu dieser, allerdings meist in kurzer Zeit, führt.

C. Müller-Bern.

Familienepidemie von extragenitaler Syphilis, von GEBERT. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 8.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 12. Februar d. J. stellte G. eine 38jährige Frau mit Lues vor, die von ihrem jetzt 1¹/₂jährigen Kinde, das sie bis zum Oktober d. J. nährte, infiziert war. Dieses wurde seinerseits in der zweiten, verwandten Familie angesteckt. Hier in dieser Familie findet sich der eigentliche Herd der Familienepidemie. Hier war die 19jährige Tochter Anfang vorigen Jahres von ihrem Bräutigam genital infiziert worden; sie wurde die Quelle der mittelbaren oder unmittelbaren Übertragung der Syphilis auf extragenitalem Wege, und zwar in allen Fällen per os, auf ihre sämtlichen Geschwister von 15, 13, 10 und 8 Jahren. Das obenerwähnte Kind wurde durch Kost oder Benutzung eines infizierten Löffels infiziert. Die Reste der Primäraffekte konnten bei allen extragenital infizierten an den Tonsillen, resp. an der Zunge, sowie die Begleitbubonen nachgewiesen werden.

L. Hoffmann-Berlin.

Fünf Fälle von extragenitaler Syphilis, von J. LENZ. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 5.) Die extragenitale Infektion scheint in Böhmen nicht selten zu sein. Ver-

fasser teilt fünf Fälle aus der JANOWSKISCHEN Klinik mit. Die Frauen werden häufiger extragenital infiziert, als die Männer. Der Sitz des Primäraffektes ist meistens die eine der Lippen, dann die Brustwarze. Unter 9424 Fällen war 1992 mal eine Lippe, 1210mal die Brustwarze ergriffen, dann die Wangen 148mal, die Stirn- und Schläfengegend 38mal, die Ohren 27mal, die Tonsillen 353mal, das Abdomen 106mal, Finger und Hände 468mal. Verfasser geht dann auf viele Einzelheiten ein, die wenig Neues bringen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von extragenitaler Syphilis, von P. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 7.) Die Leidensgeschichte eines Arztes, der das Unglück hatte, sich eine extragenitale Infektion am Vorderarm zuzuziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

VANTHEY berichtet über zwei Fälle von syphilitischen Schankern der Umgebung des Mundes (darunter ein doppelter) mit sekundärer Infiltration der Wangenlymphdrüsen der Kommissurengegend. (*Gas. des Hôpitaux.* 1895. No. 58.)

C. Müller-Bern.

Der syphilitische Schanker des Auges in ätiologischer und klinischer Beziehung, von GRWZOW. (*Beil. s. russ. Marine-Journ.* Oktbr. 1895.) Es handelte sich um einen jungen Matrosen, auf dessen rechtem, unterem Augenlide sich ein charakteristisches Ulcus vorfand, das auch auf die Schleimhaut des Lides sich ausgebreitet hatte. Die Gesichts- und Halslymphdrüsen waren rechts stärker geschwollen, als links, die Axillar- und Kubitaldrüsen wenig vergrößert, die Inguinaldrüsen normal. Der Körper war besät von frischer Roseola elevata. An den Genitalien war nichts Pathologisches vorhanden. Es bestand hier also eine sehr rasch auf das primäre Ulcus folgende Allgemeininfektion, die die Diagnose der Augenerkrankung bedeutend erleichterte. Patient hatte sich dadurch infiziert, daß er mit Handtüchern seiner Kameraden, unter denen einige Syphilitiker waren, sein Gesicht abgewischt hatte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Kleiner Beitrag zum Studium der syphilitischen Bronchitiden, von G. DE FIGUERRIDO. (*Ann. da sociedade de med. e cir. de Bahia.* 1895. No. 10.) Die syphilitischen Bronchitiden sind einzuteilen in die selteneren primären (bei besonderer Prädisposition des Individuums zur Lokalisation der Syphilis in den Luftwegen) und die weitaus häufigeren (Ausgang vom Rippenperiost oder den Interkostalmuskeln, von spezifischen Neoplasmen der oberen Luftwege). Die Diagnose der syphilitischen Bronchitis stützt sich auf die physikalischen Erscheinungen am Thorax, auf den mikroskopischen Befund der Sputa und die konkomitierenden spezifischen Symptome. Was speziell die Beschaffenheit der Rasselgeräusche anbelangt, so lehrt Verfasser, daß dieselben zwar über dem ganzen Lungengebiet, mit besonderer Intensität aber in der unteren Hälfte gehört werden, daß sie in gleicher Weise In- und Expiration betreffen, daß sie an Intensität und Klangfarbe nach der Darreichung von Balsamicis und Expektorantien nicht abnehmen, daß sie sich in ihrer Klangfarbe wie abgeschwächtes rauhes Atmen ausnehmen. Zur Illustration dienen drei Krankengeschichten.

C. Müller-Bern.

PISPOLI berichtet über einen Fall von Lungensyphilis in Form einer kapillären Bronchitis, welche einen Monat nach Auftreten des Initialaffektes entstanden war: Expektoration rostiger Sputa, abendlich Temperatursteigerungen. Man glaubte zunächst an eine Tuberkulose und richtete die Therapie danach ein. Erst das Auftreten von sekundären Erscheinungen führte zur richtigen Diagnose. (*Giorn. med. del r. esercito.* 1895. No. 11.)

C. Müller-Bern.

Unter den verschiedenen Typen der **Lungensyphilis** unterscheidet **MÉRIGOT DE TRIARNY** (*Journ. des pratic.* 1896. No. 6) folgende: 1. Gewöhnlicher Typus, welcher eine chronische Lungenphthisis vortäuscht. 2. Typus mit dem Bilde einer akuten Phthise. 3. Typus mit den Erscheinungen einer pleuro-bronchopulmonären Sklerose und Bronchiektase; 4. einer Pleuritis; 5. einer Lungengangrän. 6. Außerdem kommt die Lungensyphilis gleichzeitig mit Lungentuberkulose vor. *C. Müller-Bern.*

Oedema indurativum, von **MAX MEYER**. (Inaug.-Diss. Würzburg 1895.) Verfasser bespricht an der Hand von zwölf Fällen den Sitz, die klinischen Erscheinungen, die durch das Auge und die Palpation wahrnehmbaren Veränderungen, die das Oedema induratum hervorruft, schliesslich Prognose und Therapie. Letztere besteht in Schmierkur, örtlich Kalomel, Kochsalz.

In vier Fällen hat sich das Oedema induratum im Anschluss an den Primäraffekt entwickelt, dann kommen sieben Fälle, die im sekundären Stadium auftraten, und schliesslich einer, bei dem sich an den Genitalien weder primäre noch sekundäre Erscheinungen nachweisen liessen.

Bei Fall 2 stellte Verfasser eine genaue mikroskopische Untersuchung an. Der anatomische Befund stimmte im wesentlichen mit dem früher von **FINGER** bei ähnlichen Fällen beschriebenen überein: Verdünnung der Epidermis an den über den Papillen gelegenen Teilen, die Zapfen des Rete lang ausgezogen, Papillen verbreitert und verlängert. Das ganze Gewebe ist mit reichlichem serösen Exsudat durchtränkt und ist durch dieses so auseinandergedehnt, dass es das Bild eines äusserst feinen Maschennetzes bietet; in demselben befinden sich zahlreiche Blut- und Lymphkapillaren, alle deutlich dilatiert; ihre Lumina sind entweder leer oder enthalten rote Blutkörperchen. Über das ganze Gewebe verstreut ist ein dichtes Infiltrat von Rundzellen, im Stratum papillare ganz gleichmässig, aber etwas weniger dicht, als im Stratum reticulare und im subkutanen Bindegewebe. An keiner Stelle des Präparates aber konnte weder endo- noch perivaskulär, noch sonst an irgend einer anderen Stelle fibrinöses Exsudat nachgewiesen werden.

Zum Zwecke der Untersuchung auf Bakterien, speziell Streptokokken, wurden die feinsten Färbungen angestellt (nach **GRAM**, **WEIGERT**, **KUTSCHER** etc.), nirgends fanden sich Streptokokken, nirgends Fibringerinnsel.

Die fleissige Bearbeitung verdient alle Beachtung. *Karl Ries-Stuttgart.*

Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis, von **DAVID HANSEMANN**. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Ausser der narbigen Atrophie des Zungengrundes kommt nicht selten dadurch, dass die Narbenbildung sich auf das Frenulum (Ligamentum glosso-epiglotticum medium) der Epiglottis fortsetzt und bis an den oberen Rand derselben sich erstreckt, zu einer Anteflexio epiglottidis, die für Lues demnach charakteristisch ist. Dieser Befund wird demnach in Gemeinschaft mit anderen Erscheinungen den Verdacht auf Syphilis stützen können.

L. Hoffmann-Berlin.

In der Londoner Gesellschaft für Laryngologie demonstrierten **KANTHACK** und **HOME** ein anatomisches Präparat von diffuser syphilitischer Pachydermie, bestehend aus Larynx mit Zunge und Trachea von einer 20jährigen Frau, welche an einem Anfall von Dyspnoe gestorben war. Die genannten Organe waren überdeckt mit papillomatösen Wucherungen. Die mikroskopische Untersuchung der Veränderungen an Larynx und Trachea ergab Fehlen von Substanzdefekten oder Zerstörung des Epithels, dagegen Wucherung des Epithels mit Metaplasie der Zellen von der cylindrischen zur schuppigen Form (auch in der Trachea); reichliche kleinzellige Infiltration. Bei der Diskussion erheben sich **CLIFFORD-BEALE** und **SYMONDS** gegen

die Bezeichnung Pachydermie, welche zu Begriffsverwirrungen Anlaß geben könne; S. glaubt, daß es sich vielmehr um eine syphilitische Ulceration gehandelt habe. (*Rev. internat. de Laryngologie, Rhinologie et Otologie*. 1896. No. 1.)

C. Müller-Bern.

Zur Syphilis des äußeren Ohres, von ALFRED BRUCK-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Verfasser beschreibt einen Fall mit Kondylombildungen im äußeren Gehörgang. Außerdem zeigte sich an der linken Ohrmuschel, in der Ohrfurche, etwa an der vorderen Ansatzstelle des Antihelix, eine mit kleinen papillären, maubbeerförmigen Erhebungen bedeckte graugelbliche, kleinhasselnußgroße warzige Bildung, welche nach dem Vorgange von LESSEZ als papilläres Syphilid bezeichnet werden mußte. Submaxillar- und Cervikaldrüsen erwiesen sich beiderseits indolent geschwollen; Plaques muqueuses am weichen Gaumen und an beiden Tonsillen. Keine Spur von Exanthem, keine Kondylome an anderen Körperstellen. Inguinaldrüsen mächtig vergrößert. Nach einer Inunktionskur gingen die Erscheinungen zurück.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Peritonitis syphilitica, von A. KRUPETZKOL. (*Wratsch*. 1895. No. 81.) Autor publiziert in der *Medicina* No. 25 u. 26 diesen äußerst seltenen Fall, den er an einem 61jährigen Patienten beobachtete, der mit sekundären Erscheinungen in die JASPERSCHE (Dorpat) medizinische Klinik aufgenommen wurde. Sein Magendarmkanal funktionierte anfangs normal, später trat Stuhlträgheit bis zur vollkommenen Atonie des Darmes ein, der nur durch hohe Klysmen einigermaßen abgeholfen werden konnte. Von seiten des Peritoneums waren keine Erscheinungen nachweisbar. Patient nahm schnell an Gewicht ab, und Exitus letalis trat zwei Monate nach Aufnahme ins Hospital ein. Bei der Sektion fanden sich feste strangförmige Verwachsungen des Omentum, der Flexura dextri transversi, das Colon ascendens mit der Bauchwand und den Darmschlingen untereinander und sehnige Verdickungen des Mesenteriums des Dünndarmes der Flexura sigmoidea, so daß letztere um ihre Achse gedreht und einzelne Darmschlingen stark gebläht waren. Die Schleimhaut des Colon ascendens und der Flexura sigmoidea war blutig imbibiert und teilweise leicht nekrotisch geworden. Durch Schrumpfung der bindgewebigen Stränge wurde also das Darm-lumen allmählich an einzelnen Stellen verengt, an anderen Stellen durch Kot und Gasansammlung ausgedehnt und dadurch die Peristaltik teilweise ganz aufgehoben.

J. Grünberg-St. Petersburg.

MOREIRA beschreibt einen Fall von syphilitischem Typhoid bei einem 31jährigen Manne: gurgelndes Geräusch in der rechten Fossa iliaca, Diarrhoe, hohes Fieber, schwerer Allgemeinzustand, Roseolaexanthem. Die Diagnose war jedoch unzweifelhaft wegen des vorausgegangenen harten Schankers und den nachfolgenden typischen Erscheinungen. Kalomelinjektionen brachten unverzügliche Besserung herbei. Nach drei Monaten trat jedoch eine äußerst hartnäckige Cephalalgie ein, die erst auf Jodkalium wich. Diese Cephalalgie hatte den Charakter der FOURNIERSCHEN neuras-thenischen Kopfschmerzen; das prompte Reagieren auf Jodkalium spricht aber eher für eine Erscheinung von Spätsyphilis. (*Ann. da soc. de med. et cir. da Bahia*. 1895. No. 12.)

C. Müller-Bern.

Die histologischen Veränderungen bei placentarer Syphilis beschreibt SCHWAB (*Presse méd.* 1895. No. 66) hauptsächlich als spezifische Endo-Periarteriitis, so daß eine vollständige Analogie besteht zwischen der syphilitischen Placenta und der syphilitischen Leber.

C. Müller-Bern.

Zur Lehre von den syphilitischen Gelenkaffektionen, von G. A. JASTREBOW. (*Chir. Westn.* 1894, nach *Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 51.) Nach Prof. GUÉ (Kasan)

sind luetische Gelenkaffektionen nicht gerade selten; er fand unter 3527 luetischen Männern im kondylomatösen Stadium 19 Fälle (= 0,5%) und 1417 im gummösen Stadium 71 Fälle (= 5%), bei 1058 Weibern im kondylomatösen Stadium 3 Fälle (= 0,2%), bei 845 im gummösen Stadium 26 Fälle (= 3%). Von den 85 luetischen Gelenkaffektionen des Verfassers gehören 68 (= 80%) der tertiären, 12 (= 20%) der sekundären Periode an. Die großen Gelenke werden häufiger betroffen, als die kleinen, am häufigsten das Kniegelenk; meist ist nur ein Gelenk ergriffen. Verfasser trennt folgende Formen:

1. Arthralgia syphilitica.
2. Gelenkaffektion mit pathologisch-anatomischen Veränderungen.
 - a) Einfach entzündliche, irritative Formen:
 - α) Arthritis syphilitica acuta und subchronica.
 - β) Arthritis syphilitica chronica hyperplastica.
 - b) Gummöse Gelenkaffektionen.
 - α) Perisynovitis et Synovitis consecutiva gummosa.
 - β) Osteochondroarthritis gummosa.

Die Arthralgie ist eine Begleiterin der Frühperiode; ebenso die meist monartikuläre akute Arthritis luetica, die sich besonders durch weniger stürmischen Verlauf und das Versagen der Salicylsäure vom Rheumatismus acutus unterscheidet. Übergang in chronische luetische Gelenkwassersucht ist selten. Letztere kann mit oder ohne periartikuläre gummöse Prozesse auftreten und kommt besonders in den Spätstadien vor. Die Diagnose muß ex juvantibus gestellt werden. Auffallend ist oft die geringe Behinderung der Funktion trotz starker Schwellung und erheblicher Druckempfindlichkeit. Recidive sind häufig.

Die gummösen Formen greifen aus der Kapsel und dem periartikulären Bindegewebe auf das Gelenk über; das primäre Auftreten in der Synovialis ist strittig. Es kann Gelenkwassersucht entstehen, oder auch Durchbruch des zerfallenen Gummus nach der Haut, nach dem Gelenk oder nach beiden Seiten. Gummöse Affektionen der Gelenkknorpel setzen ulceröse Defekte, bis auf den Knochen gehend, die sich später mit Narbengewebe füllen. Osteophytenbildung kommt nicht vor. Die Osteochondroarthritis gummosa beginnt mit einer mehr oder weniger scharf begrenzten Verdickung der Epiphysen in nächster Nähe der Gelenke, die sich mit Flüssigkeit füllen.

Zerfall kann ausgedehnte Zerstörungen hervorrufen.

Es fehlt die teigige periartikuläre Schwellung des Gelenkes, die der Tuberkulose eigen ist. Bei dieser ist die Zerstörung der Epiphyse meistens ausgedehnter, die Funktionsstörung größer; außerdem findet sich häufiger Gelenkeiterung vor. Das Fehlen der Knorpel- und Knochenwucherungen trennt diese Form der luetischen Gelenkentzündungen von der Arthritis deformans. *Jessner-Königsberg s. Fr.*

Über die kongenitalen, syphilitischen Manifestationen in den Knochen und Gelenken wurde in der 63. Jahresversammlung der britischen medizinischen Gesellschaft diskutiert. Der Vorsitzende Dr. J. H. MORGAN-LONDON bemerkt, daß sich unsere Kenntnisse über die kongenitale Syphilis in den letzten Jahrzehnten durch zahlreiche, vorzügliche Arbeiten hervorragender Autoren, wie DIDAY, WEGNER, WALDEYER, KÖBNER, ABELIN, J. HUTCHINSON, PARROT, W. TAYLOR, BARLOW, sehr erweitert haben. Wir entnehmen diesen Quellen, daß die Knochen an erster Stelle von einer Form osteoplastischer Periostitis, die bereits in utero beginnt, befallen sind. Bei voll ausgetragenen Kindern entwickeln sich die syphilitischen Manifestationen auf der Haut und den Schleimhäuten häufig erst später, während die Epiphysenenden der Röhrenknochen vielfach unter Eiterungen bereits bei der Geburt von der Krank-

heit befallen sind, und zwar mehrere gleichzeitig und nicht selten in symmetrischer Weise. Am häufigsten sind nach PARROT Humerus und Tibia ergriffen. An den Händen findet man eine Phalanx, zumeist des Daumens oder Zeigefingers, erkrankt. Die Fußknochen sind selten befallen. Bei syphilitischen Kindern, die im vierten bis sechsten Lebensmonate sterben, findet man Veränderungen in den wachsenden Enden der Knochen. Gewöhnlich zeigt sich eine Erweichung der Diaphyse oberhalb der Epiphysengrenze, die das Resultat einer endostealen Veränderung ist und vereinzelt auch in Eiterung ausgeht. Die mikroskopische Untersuchung hat ergeben, daß der Epiphysenknochen normal ist, die Knochenlamellen am Ende der Diaphyse dünn und in einer großen Zahl Howship'scher Lakunen Osteoklasten enthalten. Man nimmt eine Hyperplasie derjenigen Elemente wahr, aus denen sich das Knochengewebe bildet, aber mit einem Mangel an Organisationsvermögen und an Kalksalzablagerungen. Das klinische Bild solcher Veränderungen ist zumeist eine allgemeine Verdickung des Knochens, besonders an seinem distalen Ende, geringe Schmerzen, die nur auf den losen Zusammenhang zwischen Diaphyse und Epiphyse, nicht aber auf eine Affektion der Nerven und Muskeln zurückzuführen sind.

Redner erwähnt sodann die syphilitischen Erkrankungen der Gelenke, des Brustkorbes, des Schädels. Nach einem Bericht des St. Thomas-Hospitals ist in 100 Fällen von Craniotabes bei 74 Syphilis festgestellt worden.

Dr. F. GREVE-London sagt, wenn auch Rhachitis und Syphilis bei Kindern sehr oft vereint vorkommen, so sei doch die Behauptung, die Rhachitis sei in gewissen Fällen ein Stadium der Syphilis, durch die Erfahrung nicht bestätigt. Wohl gebe er zu, daß die kongenitale Syphilis die Ursache der Rhachitis bilden kann. Ein interessantes Phänomen der kongenitalen Syphilis ist die leichte Zerbrechlichkeit der Knochen, die durch große Gaben von Jodkalium beseitigt wird.

Dr. d'ARCY POWER bemerkt, daß die Beziehung zwischen Syphilis und Rhachitis nur für diejenigen ein praktisches Interesse habe, welche in großen Städten praktizieren. Er habe auf dem Lande schwere Fälle von Rhachitis gesehen, wo die Syphilis unbekannt wäre. Wichtig sei die Diagnose zwischen syphilitischer Gelenkerkrankung und tuberkulöser Synovitis.

Dr. B. ROBINSON betont ebenfalls die Schwierigkeit, im Beginn zwischen syphilitischer und tuberkulöser Gelenkerkrankung bei Kindern zu unterscheiden. Eine sorgfältige, allgemeine Untersuchung, besonders der Augen, und eine eingehende Anamnese sind unumgänglich notwendig, um eine sichere Diagnose zu stellen.

Dr. TH. BARLOW giebt zu, daß syphilitische Kinder in hervorragender Weise rhachitische Schädelanomalien zeigen, während andere Anzeichen der Rhachitis nur wenig ausgeprägt sind.

Dr. ST. COLLIER beschreibt einige Fälle, welche auf den in Rede stehenden Gegenstand Bezug haben. (*Brit. med. Journ.* 21. Septbr. 1895.) C. *Berliner-Aachen.*

d. *Malleus.*

MOREIRA berichtet über einen Fall von chronischer Wurmkrankheit mit Ausgang in akuten Rotz. Derselbe betrifft einen Mauleselhändler, bei dem zuerst multiple Hautabscesse und Gelenkeiterungen auftraten. Einen Monat später entwickelte sich ein akuter Rotz, an dem Patient rasch starb. Verfasser zieht hieraus den Schluß, daß der Wurm (*Farcinose*) und der Rotz Varietäten derselben Affektion sind, wie dies übrigens bereits bakteriologisch nachgewiesen worden. (*Ann. d. soc. d. med. e d. chirurg. d. Bahia.* 1895. No. 11.) C. *Müller-Bern.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Erworbene Substanzverluste der Harnröhre und ihre Behandlung mittelst Urethroplastik, von v. DITTEL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 20.) Der erfahrene Verfasser bespricht zunächst die Entstehung der Harnröhrendefekte durch Traumen, soweit einwirkende stumpfe Gegenstände an Symphyse allein oder an Symphyse und Steißbein Widerstand finden. Zu diesen Traumen giebt, wie ein angeführter Fall beweist, neuerdings das Velocipedfahren Veranlassung. Die Traumen können direkt die Zerreißung bewirken, oder letztere entstehen indirekt nach Gangrän infolge von Hämorrhagien oder Harninfiltrationen. Eine weitere Quelle von Harnröhrendefekten sind Ulcerationen der Sohleimhaut, follikuläre Geschwüre meist blennorrhoeischen Ursprungs und Abscessbildung im Callus von Strikturen. Alle diese Läsionen widerstehen oft der Behandlung; eine plastische Operation, die Verfasser einmal mit Erfolg ausgeführt, schildert er eingehender. Sie ging darauf hinaus, daß an einer Seite der granulierenden Wunde ein tiefgehender Entzündungsabschnitt ausgeführt wurde, der dadurch entstehende Lappen nach der anderen Seite herübergelegt und dann die beiden granulierenden Flächen durch Drähte vereinigt wurden, nachdem die Granulationen abgeheilt waren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ruptur der Urethra mit ausgedehnter Urininfiltration. Erfolgreiche Behandlung durch perinealen Steinschnitt und rückläufiges Katheterisieren, von O. HORWITZ. (*New York med. Journ.* 6. und 13. Juli 1895.) Die erste Beschreibung des Katheterisierens a tergo stammt aus dem Jahre 1757, als VERGUR das Verfahren bei einem Patienten mit Blasenfistel anwandte. HORWITZ schildert ausführlich einen interessanten Fall, bei welchem die Methode wegen einer ausgedehnten traumatischen Zerstörung des Perineums und der Urethra mit Harnretention bei einem 36jährigen Arbeiter ausgeführt wurde und vom besten Erfolg gekrönt war. Der Patient hatte sich erst spät zur Aufnahme ins Krankenhaus entschlossen; die Blase war stark angefüllt, und es war Urin auch in reichlicher Menge in die Umgebung ausgetreten. Da die Einführung eines Katheters auf dem üblichen Wege nicht gelang und der Zustand des Patienten ein längeres Suchen nach dem proximalen Ende der zerrissenen Harnröhre bedenklich erscheinen ließe, führte HORWITZ kurz entschlossen, die Sectio alta aus. Auf diese Weise gelang es nach einigem Bemühen, indem ein Assistent mittelst des ins Rectum eingeführten Fingers die Blase emporhob, einen Katheter durch das Orificium internum in die Harnröhre einzuführen. Hierbei zeigte es sich, daß der Stand des proximalen Stückes der Urethra (wahrscheinlich durch die ersten Versuche zum Katheterisieren) ins Lumen derselben eingestülpt war. Es wurden ausgiebige Einschnitte in den Penis, das Scrotum, Oberschenkel und Glutealgegend zur Entfernung des extravasierten Urins gemacht. Auf eine Vereinigung der Urethralenden mußte wegen allzustarker Blutung bei den vorbereitenden Einschnitten ins Perineum zunächst verzichtet werden. Vierzehn Tage später aber wurde unter Benutzung der durch die retrograde Katheterisation gewährten eminenten Vorteile ein Verweilkatheter durch die ganze Länge der Harnröhre hindurchgeleitet, und nach weiteren fünf Wochen verlief der Mann vollständig geheilt die Anstalt. HORWITZ glaubt, daß in solchen Fällen dieses Verfahren der stets schwierigen und oft langwierigen und mit starker Blutung verbundenen Boutonnière vorzuziehen sei.

Bei der Diskussion bemerkte J. R. DEEVER betreffs des Verweilkatheters, daß er (abweichend von den Vorschriften HORWITZ') denselben niemals länger als 4—5 Tage liegen zu lassen wage. Trotzdem seien keine erheblichen Strikturen eingetreten.

Zum Aufsuchen der Urethra empfiehlt er, an derjenigen Stelle des Perineums einzugehen, wo die Infiltration am stärksten ist. Auf diese Weise ist es ihm immer gelungen, die Urethra zu finden. Auch T. R. NELSON und T. G. MORTON halten das rückläufige Katheterisieren für entbehrlich. Im Schlusswort hielt HORWITZ seine Ansicht aufrecht und hob noch hervor, daß das lange Liegenbleiben des Katheters (bis zu vier Wochen) dem Patienten keine Beschwerden verursache, falls der Stiel senkrecht, statt in horizontaler Richtung gehalten werde, und man durch tägliche Ausspülungen mit Borlösung die Ansetzung von Phosphaten verhindere.

Philippi-Renscheid.

LOUVEAU hat mit bestem Erfolge zwei Fälle von Harnröhrenfisteln durch *Cystostomia suprapubica* behandelt. Die Bauchwunde bleibt so lange offen, bis die Fisteln zugeheilt sind (durch Naht etc.), was zuweilen erst nach Wochen geschieht. (*Annal. de la Polyclin. de Bordeaux.* 1895. No. 27.) C. Müller-Bern.

Zur Behandlung der chronischen Entzündung und der Fisteln der Cowperschen Drüsen, von J. ENGLISCH. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 49.)

Die chronische Entzündung der COWPERschen Drüsen ist bisher wenig beachtet worden. Sie geht entweder aus der akuten hervor oder beginnt von vornherein als chronisches Leiden. Sie führt zu einer Geschwulstbildung zwischen Bulbus urethrae, Musculus transversus perinei und Corpus cavernosum penis, im Trigonum bulbo-urethrale, bald in der Mittellinie, bald näher dem Sitzbein gelegen. Bei Lage nahe der Raphe findet leicht eine Verschmelzung beider Drüsen statt. Die Größe der Geschwulst variiert nach der ursprünglichen Größe der Drüse. Sie ist um so deutlicher, je entfernter sie von der Raphe ist; die Oberfläche ist glatt oder gelappt, die Konsistenz eine derbe bis knorpelharte. Im Mastdarm ist meistens nur eine geringe Vorwölbung der Fascia perinei propria fühlbar. Druckempfindlichkeit und Harnstörungen fehlen; zuweilen bestehen Stiche im Mittelfleische und After.

Eine nicht seltene Erscheinung ist das plötzliche Auftreten einer geringen Sekretion lange nach Ablauf eines Trippers nach irgend welcher Reizung. Es können dann periurethrale Abscesse entstehen vor, hinter oder in der Fascia perinei propria. Eine weitere Folge ist die weitere Umwandlung in einen tuberkulösen Abscess. Es können sich daran anschließen eine Periurethritis tuberculosa, Nebenhodentuberkulose, Tuberkulose der Harnröhre, Fistelbildung. Letztere ist bei der chronischen Form häufiger als bei der akuten, zumal bei subakuter Verschlimmerung. Die Eiterung läßt Teile der Drüsen unzerstört, und diese Reste bilden später den Ausgangspunkt der Fisteln. Dieses können sein: *Fistula glandulo-urethralis, glandulo-perinealis s. cutanea, glandulo-rectalis, glandulo-urethro-perinealis, glandulo-urethro-rectalis, glandulo-perineo-rectalis, glandulo-urethro-perineo-rectalis*; am häufigsten ist die kutane, perineale Fistel. Manche inkomplette Mastdarmfistel entspringt einer Cowperitis. Diese liegen am vorderen Umfange des Mastdarms. Heilung ist nur durch Exstirpation des Drüsenrestes zu erzielen, deren Ausführung Verfasser näher schildert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung parurethraler Hohlgänge und der Urethralpapillome, von EHRMANN. (*Wien. med. Presse* 1895. No. 8.) Zur Beseitigung der oft so hartnäckigen parurethralen Gänge empfiehlt Verfasser die Zerstörung derselben durch Elektrolyse. Er führt eine stumpfe Nadel sondierend in den Gang ein, verbindet sie mit dem negativen Pol und läßt den Strom in Stärke von 3—5 M.-A. 10 Minuten lang einwirken. In ähnlicher Weise werden die Urethralpapillome zerstört: kleinere werden mit einer Kugelelektrode zerstört, bei größeren wird die elektrolytische Nadel in den Stiel gestochen; dieser wird zerstört, und die Geschwülste stoßen sich ab. Finden sich zahlreiche Papillome, so werden sie zunächst mit scharfem Löffel ab-

gekratzt und dann die Basis elektrolytisch geätzt. Vor der Galvanokaustik hat die Elektrolyse den Vorzug, daß sie keine Reaktion erzeugt und keine Narben bildet.

F. Hahn-Bremen.

Beitrag zum Studium der Ätiologie der Harnröhrenverengerungen beim Manne, von GETZ. (*Ann. d. mal. d. org. gén.-ur.* 1895. No. 8.) Für die Mehrzahl der nicht traumatischen Harnröhrenstrikturen nimmt GETZ einen angeborenen krankhaften Zustand der Harnröhre an, welcher nur gesteigert und erschwert werde durch jene Reize, welche allgemein als ursprüngliche Ursachen der Strikturen galten. Eine ursprünglich normal kalibrierte Harnröhre würde nicht durch blennorrhische und andere Entzündungen so verändert, daß Strikturen entstünden, während diejenigen von ihnen befallen würden, welche von Haus aus schon ein fehlerhaftes Lumen besäßen. Dann führten freilich bei so Disponierten Blennorrhoe, Masturbation, der Durchtritt eines pathologischen Harns, selten eine andere Ursache die Verengerung herbei.

Neuhaus-München.

Beiträge zur Ätiologie der Harnröhrenstrikturen, von HUGO FELEKI. (*Wien. Klin. Rundsch.* 1895. No. 34.) Nicht die bekannten blennorrhischen, traumatischen und Narbenstrikturen will Verfasser besprechen, sondern diejenigen, deren Ätiologie noch dunkel ist. Es gehören dazu: a) die kongenitalen Strikturen; b) durch abnorme chemische Zusammensetzung des Harns verursachte; c) infolge krankhafter Konstitution (Skrophulose, Gicht, Rheumatismus) entstandene; d) durch geschlechtliche Excesse, besonders Masturbation, hervorgerufene.

a) Kongenitale Strikturen, richtiger kongenitale Stenosen, giebt es zwei Arten: klappenförmige und cylindrische. Die klappenförmigen findet man am häufigsten nahe der Harnröhrenöffnung, dann auch hinter und vor dem Samenhügel. Zuweilen bestehen zugleich Divertikel. Auch auf die angeborene Enge des Orificium externum urethrae weist Verfasser dabei hin. Die kongenitalen cylindrischen Stenosen hält Verfasser nicht für zweifellos erwiesen.

b) Daß durch abnorme Zusammensetzung des Harns Strikturen entstehen können, will Verfasser auch nicht anerkennen.

c) Ebenso ist die krankhafte Konstitution an sich kein ätiologisches Moment für Urethralstrikturen.

d) Auch geschlechtliche Excesse, besonders Masturbation, können wohl kaum Strikturen erzeugen.

Es bleibt nun die Frage, welches sind die Ursachen jener Strikturen, für die keines der allgemein anerkannten ätiologischen Momente in Frage kommt. Da weist Verfasser hin auf das Vorkommen blennorrhischer Urethritis bei Knaben. Fünf Fälle hat er selbst gesehen. Wo die Blennorrhoe unbeobachtet geblieben ist, wird die Entstehung einer beim Erwachsenen gefundenen Striktur natürlich unklar bleiben. Neben der Blennorrhoe ist auch an eine durch Lithiasis der Kinder bewirkte traumatische Entstehung zu denken. Für Urethralstrikturen der Frauen ist die Blennorrhoe auch das häufigste ätiologische Moment.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Die Behandlung der Striktur in der hinteren Harnröhre, von Dr. THORNDIKE. (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Oktober 1895.) Ein grosser Procentsatz von Strikturen der hinteren Harnröhre bedarf eines unmittelbaren operativen Eingriffes, der durch die allmähliche Dilatation mit Bougies nicht ersetzt werden kann. In solchen Fällen von tieferen Strikturen, bei denen filiforme Bougies nicht mehr passieren können, vollzieht Redner zunächst mittelst des MAISONNEUVESCHEN Instrumentes die Urethrotomia interna und läßt sofort die perineale Urethrotomia externa nachfolgen.

Dr. PALMER spricht sich gegen die äussere Urethrotomie aus. Die Gefahren,

welche die Urethrotomia posterior ohne die äußere begleiten sollen, seien stark übertrieben. Sorgfältige Asepsis sei natürlich notwendig, und der Urin sollte für einige Tage nicht über die gespaltene Striktur gelassen werden. Die Blutungen seien bisweilen sehr heftig, doch habe er niemals Schwierigkeit gehabt, sie zu bewältigen. Dr. OTIS kann dem Vorredner nicht beipflichten, daß die Gefahren der inneren Urethrotomie übertrieben seien. Er habe einmal eine Blutung gehabt, die beinahe tödlich verlaufen wäre. Bei der perinealen Operation könne eine Hämorrhagie besser kontrolliert werden.

C. Berliner-Aachen.

Zur Therapie der impermeablen Striktur, von KARL FEDERER. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 38.) Bei einem Fall von Relatio impermeabler, durch Narbenbildung bewirkter Striktur, bei dem allerdings der Urin mit Mühe entleert werden konnte, aber kein Instrument eindrang, gelang die Einführung derselben doch, wenn Verfasser dem stehenden Patienten, während das Bougie in der Urethra lag, unter Kompression der Urethralmündung zum Urinieren veranlaßte. Der vordringende Urin erreichte die verengte Stelle, glich die Knickung aus und ermöglichte es so, daß das Bougie die Striktur passierte und letztere der Dilatation zugeführt wurde. Das Verfahren, das wohl auch schon von anderer Seite empfohlen wurde, wäre in gegebenen Fällen jedenfalls des Versuches wert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zu Harnröhrenirrigationen hat NIEHANS-BERN einen Katheter konstruieren lassen, der, wie folgt, aussieht: Die Spitze eines im übrigen wie ein gewöhnlicher Metallkatheter konstruierten Instrumentes trägt einen ca. 8 mm langen, blinden, olivenförmigen Ansatz, dessen Durchmesser nicht sehr viel denjenigen des Katheters übertrifft und sich auf letzteren kappenförmig aufschrauben läßt, jedoch so, daß zwischen Ansatz und Katheter ein schmaler Zwischenraum bestehen bleibt. Der Katheter hat vorne zwei Öffnungen, die unter den olivenförmigen Ansatz zu liegen kommen und von ihm vollständig verdeckt werden. Die durch den Katheter einströmende Flüssigkeit gelangt an die Spitze des Katheters, fließt durch die beiden Öffnungen hinaus in den Ansatz und aus demselben in hohlcylinderförmigem, rückläufigem Strome in die Urethra und nach außen.

C. Müller-Bern.

Ein einfaches Instrument zur Einführung von Salben in die Harnröhre und ähnliche Höhlen, von FRIEDLIEB. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 25.) Das Instrument besteht aus einem Metallkatheter, auf den oben die bekannten Zinntuben (GEARS Boroglycerinlanolin) aufgeschraubt werden. Durch Zusammenquetschen der Tube, die mit jeder beliebigen Salbe gefüllt sein kann, wird diese dann durch den Katheter in die Harnröhre etc. gebracht.

F. Hahn-Bremen.

Weitere Mitteilungen zur Kathetersterilisation, von ERNST R. W. FRANK. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 44.) Verfasser erwies sich Formalindämpfe als sehr geeignet zur Sterilisation von Kathetern, Cystoskopen etc.; nach 24 stündiger Einwirkung waren diese vollkommen steril, ohne irgendwie geschädigt zu sein. Er hat nun cylindrische Gläser konstruieren lassen, in deren abnehmbaren Fuß Formalinlösung oder Formalithpastillen (mit Formalin getränkte Kieselgurstücke) hineingelegt werden. Der luftdicht darüber aufgesetzte Cylinder enthält die Instrumente, die so sterilisiert und steril aufbewahrt werden. Die Instrumente müssen vor dem Einlegen absolut trocken gemacht werden. Das geschieht in einem Cylinder, der Chlorcalcium enthält. Zur vollkommenen Austrocknung sind nach JANET 48 Stunden nötig. Für Spezialisten hat Verfasser ein Stativ mit sechs Cylindern zusammengestellt. Die Instrumente sind von F. und M. Lautenschläger (Berlin) zu beziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über den Katheterismus von hinten (cathétérisme rétrograde), von P. MENDES. (*Ann. da soc. de med. e cirurg. da Bahia.* 1895. No. 2.) An der Hand eines Falles, betreffend einen 49jährigen Patienten, den er wegen multipler Urethralstrikturen und Perinealfistel der Cystotomia suprapubica mit nachfolgendem Katheterismus von der Blase aus und Urethrotomia interna unterzog, bespricht Verfasser die Vorteile dieses Verfahrens gegenüber der Urethrotomia perinealis. Die letztere will er auf die Fälle beschränkt wissen, wo es sich handelt: 1. um Strikturen, die mit Prostataaffektionen kompliziert sind, 2. um traumatische Strikturen mit ausgedehnter Zerstörung des Urethalkanals, 3. um aufsteigende Pylonephritis. Hieran knüpft er einige Betrachtungen zu Gunsten der unmittelbaren Blasennaht (in zwei Etagen, einer tiefen und einer oberflächlichen), die nur kontraindiziert sei bei ausgedehnten Zerstörungen der Blasenwand, bei tiefgreifenden Veränderungen derselben, bei Blutungen und bei Infektion des Harnapparates.

C. Müller-Bern.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoeen, welche durch Höllesteininstillationen nicht beeinflusst werden, empfiehlt PHÉLIP auf angelegentlichste den Gebrauch von Sonden, auch da, wo keine Verengung des Kanals besteht. Dieselben sollen aber nicht für sich allein, sondern neben den Instillationen und zur Unterstützung dieser letzteren zur Anwendung kommen. Der Urethralkanal soll dabei nicht dilatiert werden, sondern auf denselben bloß eine Kontaktwirkung, eine Reibung ausüben, die in derselben Sitzung oft wiederholt werden muß. (*Lyon. méd.* 1895. No. 29, 32, 33.)

C. Müller-Bern.

125 Fälle von Blennorrhoe nach der JANET'schen Methode behandelt, von CARL EKELUND - Stockholm. (*Hygiea.* 1895. No. 1.) Die Fälle sind auf WELANDER'S Abteilung behandelt worden. Der Verfasser gibt zuerst eine Beschreibung der hier oft beschriebenen Methode und deren Anwendung; mit den Irrigationen wurde erst angefangen, nachdem sich die meist akuten Entzündungssymptome verloren hatten, und sind einmal täglich unternommen worden. Die Dauer der Behandlung hängt vom Aussehen des Sekretes ab, und besonders vom Verhältnis der Gonokokken. Wenn die Menge der Sekretion, wie es bisweilen geschieht, am Anfange der Behandlung ein wenig zugenommen hat, hat Verfasser in einigen Fällen mit Vorsicht gleichzeitig gewöhnliche Injektionen von schwachen Antiseptics oder Adstringentien versucht und hat dabei in kurzer Zeit die Sekretion zu einem Minimum herabgesetzt. Bei Komplikationen ist Lokalbehandlung nicht angewendet worden, solange sich die komplizierende Entzündung im akuten Stadium befand; bei Epididymitis mag die Behandlung früh eingeschlagen werden; bei Prostatitis muß man vorsichtiger sein; das Material ist aber zu gering, um darüber Schlüsse zu ziehen. Nur wo Gonokokken Ursache der Urethritis und fortwährend im Sekrete nachweisbar sind, darf die Methode angewendet werden. Bei Urethritis posterior zeigen sich die Irrigationen am meisten wirksam und bieten den Vorteil dar, die Einführung von Instrumenten in den hintersten Teil der Harnröhre vermeiden zu können. Wegen der Irritation der Blasenschleimhaut durch das permangansäure Kalium bildet Cystitis eine Kontraindikation gegen diese Behandlung; endourethrale Follikulitiden schlossen sie dagegen nicht aus (der Meinung AUDREY'S zuwider); die Wirkung dieser Behandlung erstreckt sich eben tiefer in die Schleimhaut, als die der gewöhnlichen Injektionen. Bisweilen zeigt sich durch zu starke Konzentration des Irrigationwassers oder wegen einer schon anwesenden Cystitis eine kurz dauernde Blasenirritation. Nur in zwei Fällen — und daher wahrscheinlich zufällig — stellte sich bei Epididymitis eine Exacerbation

darselben ein; Urethralbluten dagegen beruht gewiß auf fehlerhafter Ausführung der Irrigation. Mit hinreichender Vorsicht ausgeführt, ist die Methode nach der Meinung des Verfassers (der Auffassung Fürsers entgegen) nicht gefährlicher, als die gewöhnlichen Injektionen, und weniger gefährlich, als Instillationen und Anthrophore. Das Resultat der Behandlung der 125 Fälle wird tabellarisch in drei Gruppen aufgestellt:

I. 56 unkomplizierte Blennorrhoen. Dauer vor der Behandlung von einer Woche bis zu fünf Monaten und darüber; von diesen gaben nur sieben negatives Resultat, einige trotz der wenigstens 20 Irrigationen, andere wegen zu früher Unterbrechung der Kur. Bei den übrigen 49 Patienten war die Anzahl der Irrigationen, ehe die Gonokokken aus dem Sekrete schwanden, von 1 bis zwischen 8—20.

II. 54 Blennorrhoen mit Epididymitis kompliziert. Dauer vor der Behandlung, wie oben genannt; nur drei gaben negatives Resultat; die übrigen 51 Patienten bekamen bis zu acht Irrigationen, ehe die Gonokokken schwanden.

III. 15 Blennorrhoen mit Komplikationen von der Prostata, Vesiculae seminales oder Glandulae Cooperi herrührend. Dauer vor der Behandlung, wie oben erwähnt; fünf gaben negatives Resultat. Die übrigen zehn bekamen 1 bis 8 Irrigationen, ehe die Gonokokken schwanden.

Im allgemeinen scheinen die subakuten und chronischen Fälle die besten Resultate gegeben zu haben, sowie auch die komplizierte Blennorrhoe schneller und besser als die unkomplizierte beeinflusst wird. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Über die Therapie der Blennorrhoe mittelst Formaldehyd, von ORLOW. In allen zehn Fällen konstatierte Autor die günstige Wirkung des Präparates; vor allem war ein schnelles Verschwinden der Gonokokken, dann ein Übergang des eiterigen Ausflusses in einen serösen zu bemerken; ferner ist dem Mittel keine reizbare Wirkung auf die Schleimhaut eigen, wenigstens nicht in den Lösungen, die Autor angewandt hatte. Eine 5%ige Lösung soll nicht überschritten werden, da eine solche nicht von allen vertragen wird; am besten ist eine 1—2%ige. Injektionen mit schwachen Lösungen sind drei- bis viermal, mit stärkeren einmal täglich vorzunehmen. (*Militär. med. Journ. Mai 1895.*) *J. Grünberg-St. Petersburg.*

Die Methylenblautherapie und deren Anwendung bei Urethritis, von W. J. ROBINSON. (*New York med. Journ. 3. August 1895.*) Verfasser hat elf Fälle von Blennorrhoe (vier chronische, sieben akute) nach dem Vorschlage von AUSTIN FLINT mit Methylenblau behandelt, jedoch keineswegs mit gutem Erfolge. Nur bei einem einzigen Falle, der zehn Stunden nach der Infektion in Behandlung kam, wurde ein günstiges Resultat, Heilung in sechs Tagen erzielt; bei zwei anderen akuten Fällen war die Behandlung eine gemischte, so daß es unsicher ist, welchem Mittel der günstige Erfolg zuzuschreiben sei. Bei zwei chronischen Fällen trat eine entschiedene Verschlimmerung ein, und bei zwei akut Erkrankten entwickelten sich geradezu beängstigende Symptome, intensiver Blasenentismus, Retentio urinae, Kopfweh, Ohnmacht, Erbrechen etc. Ein großer Übelstand ist ferner, daß bei den Droguisten (wenigstens in Amerika) große Unklarheit herrscht über den Unterschied der verschiedenen Präparate, Methylenblau, Methylblau, Pyoktaninblau, Methylviolett etc., und daß häufig das eine für das andere substituiert wird. *Philippi-Remscheid.*

Die Behandlung des Harnröhrentrippers mit Argentamin, von ARTHUR ASCHNER. (*Wien. med. Wochenschr. 1895. No. 13.*) Verfasser berichtet über 22 mit Argentamin klinisch behandelte Fälle; es wurden bei Urethritis posterior Instillationen, bei Urethritis anterior Injektionen mit der Spritze gemacht, und zwar Lösungen von 1:500 und 1:1000. Der Erfolg wurde durch regelmäßige mikroskopische Untersuchungen kontrolliert. Als geheilt wurden die Fälle betrachtet, welche 8—10 Tage

keine Gonokokken mehr zeigten. Die Resultate der tabellarisch wiedergegebenen Beobachtungen sind folgende:

1. Das Argentamin wird in dem hinteren Abschnitte der Harnröhre in der Konzentration von 1:1000—1:250 sehr gut vertragen; für den vorderen ist 1:1000 bis 2000 zu empfehlen. Es muß aber individualisiert werden. Die Eitersekretion ist nach der Applikation stets vermehrt.

2. Die Gonokokken schwinden nach 10—12 Tagen. Das Argentamin übertrifft hierin selbst das *Argentum nitricum*.

3. Argentamin besitzt eine bedeutende Tiefenwirkung.

4. Argentamin ist billiger, als *Argentum nitricum*, macht weder auf den Händen, noch in der Wäsche Flecke. Adstringentien sind zur Beseitigung des schleimigen Sekretes oft am Schlusse der Behandlung nicht zu entbehren.

Ob es möglich ist, durch Argentamin die Blennorrhoe zu coupiren oder das Übergreifen auf die Pars posterior zu verhüten, kann der Verfasser nicht entscheiden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

LECLERC hat acht Fälle von akuter Urethro-Cystitis mit Injektionen von Argentamin (Silber-Äthylidiamin-Phosphat) behandelt und damit sehr günstige Resultate erzielt. Zur Anwendung kamen 1½%ige Lösungen, von denen mittelst eines Kugelhatheters 6—8 ccm teils in die Blase, teils in die Urethra injiziert wurden; nach dem Herausziehen des Katheters wird die Urethralöffnung mit den Fingern verschlossen und die Flüssigkeit erst nach ca. zwei Minuten abfließen gelassen. Subjektive Beschwerden gering (leichtes Gefühl von Brennen). Resultat: Fehlen von Komplikationen von seiten der Samengänge, rasches Abnehmen der Gonokokken. Verfasser empfiehlt das Medikament in der Initialperiode der Urethritis. Dasselbe wird zwar in der großen Mehrzahl der Fälle nicht genügen zur vollständigen Heilung der blennorrhöischen Infektion, es führt aber rasch und schmerzlos zur Vernichtung der Gonokokken; ist dies erreicht, so haben andere Agentien die Aufgabe, sekundäre Infektionen zu verhindern. (*Policlin.* 1895. No. 21.) *C. Müller-Bern.*

Das Argonin (Argentum-Kasein) ein neues Antiblennorrhoeicum, von BENDER (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 1.) Verfasser berichtet zunächst den Inhalt der Arbeit JADASSOHN'S über Argonin und teilt dann seine eigenen Erfahrungen mit, die sich auf 30 akute und 24 länger bestehende Blennorrhoen beziehen.

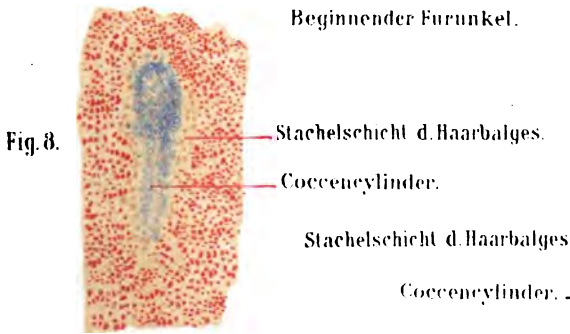
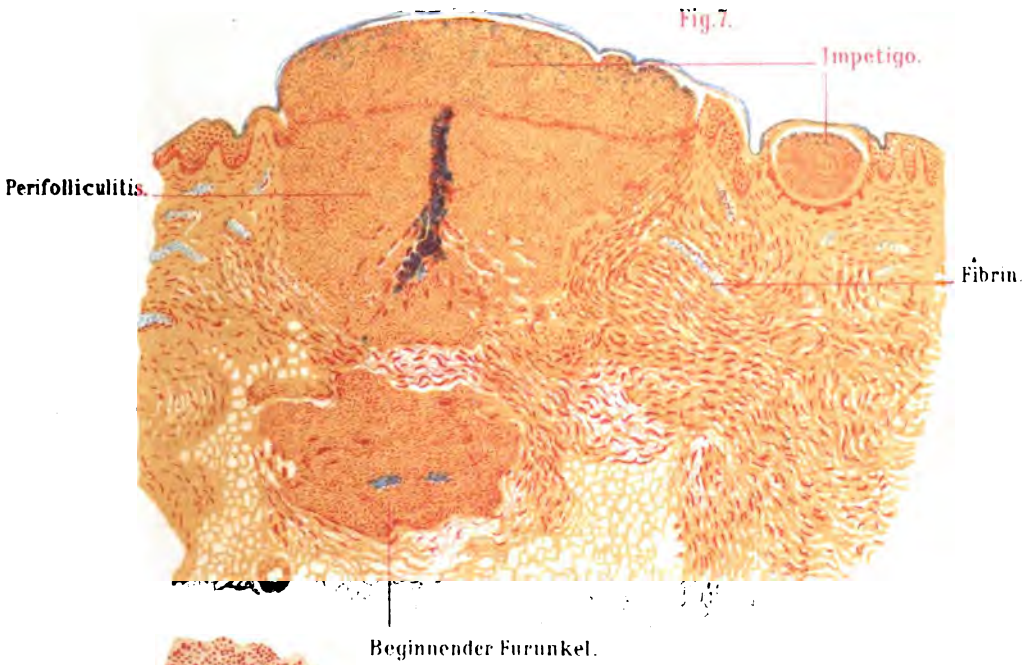
Die Gonokokken schwanden:

in der ersten Woche bei	12	akuten	und	7	älteren	Fällen
„ „ zweiten „ „	14	„	„	10	„	„
„ „ dritten „ „	1	„	„	3	„	„

Nebenher wurden angewandt Spülungen mit Argentamin (0,1:400,0) und nach dem Verschwinden der Gonokokken Ichthyol. Nur zweimal entstand bei den akuten Fällen eine Urethritis posterior, die nach täglicher Injektion von 7,5%iger Argoninlösung nach GUYON in fünf Tagen heilte. Injiziert wurde eine 3—5%ige Lösung von Argonin. Versagt hat das Mittel in zwei Fällen, in denen auch andere Medikamente bisher erfolglos blieben. Jedenfalls war die durchschnittliche Behandlungsdauer bis zum Verschwinden aller Symptome, auch des Sekrets, bei Argonin eine geringere, als bei den anderen bisher verwandten Mitteln. Argonin vernichtet schnell die Gonokokken, ohne entzündungserregend oder ätzend zu wirken. (Auffallend ist es, daß Ichthyol nebenher erst nach dem Verschwinden der Gonokokken gegeben wurde, ist doch dieses Mittel gerade wegen seiner gonokokkentötenden Wirkung empfohlen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

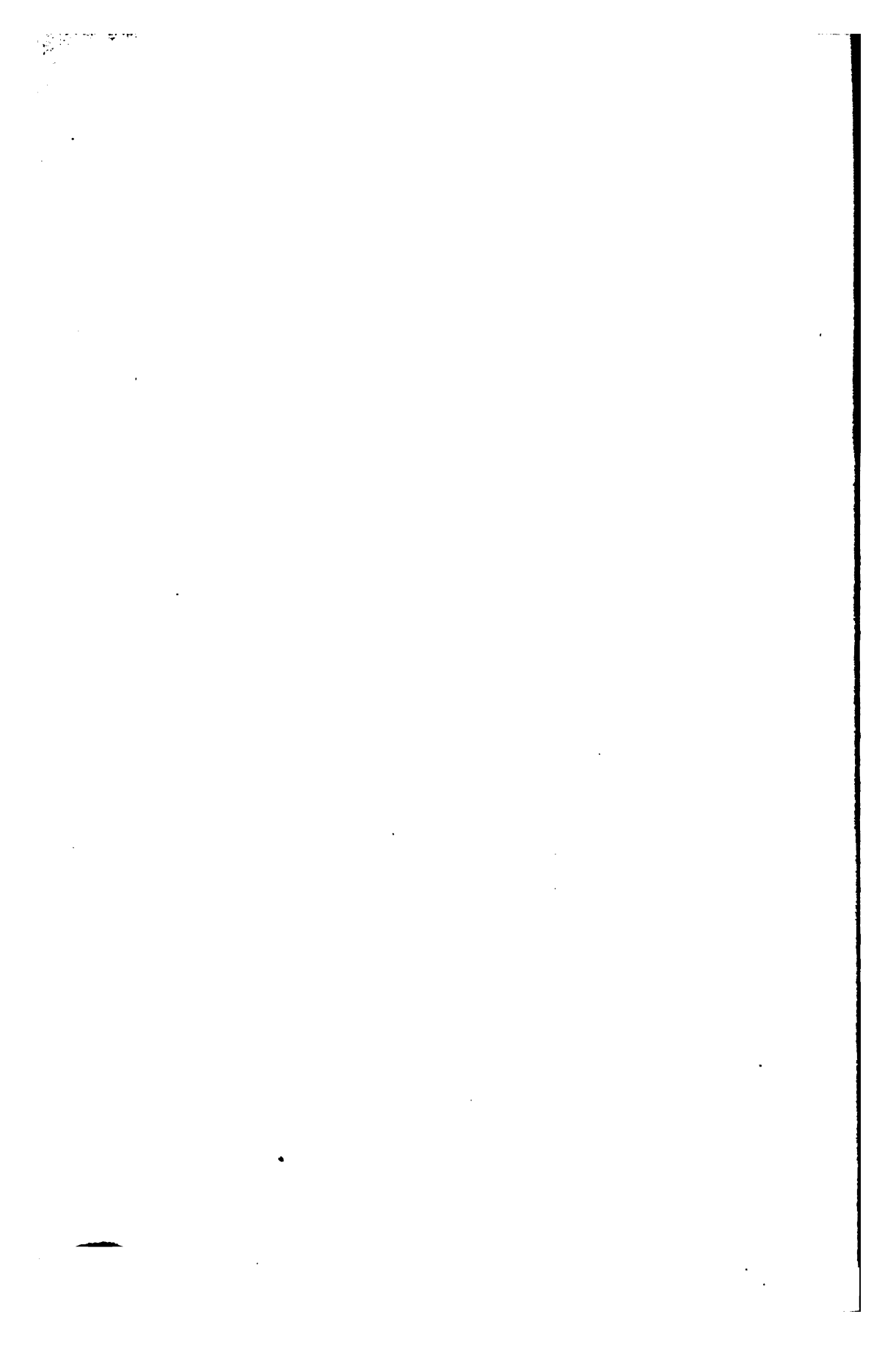
Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.



Gummelt del.

Folliculitis staphylogenes.

Stender lith



Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

№ 3.

1. August 1896.

Aus der dermatologischen Abteilung des Marinehospitals zu Konstantinopel.

Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut.

Von

Chefarzt Dr. MENAHEM HODARA.

Die keratolytische Wirkung der Salicylsäure ist bereits wohlbekannt. Täglich werden Hühneraugen und Schwielen mit Salicylkollodium oder -Pflaster entfernt, Para- und Hyperkeratosen mit Salicylsäure behandelt. Soviel ich weiß, hat UNNA¹ im Jahre 1882 auf diese Eigenschaft des Mittels zuerst hingewiesen; er drückte sich damals folgendermaßen aus: „Die Salicylsäure ist u. a. ein sicheres Mittel, um die normale oder pathologisch verdickte Hornschicht in beliebiger Ausdehnung als eine fest zusammenhängende, nicht abblätternde, weißlich verfärbte Membran schmerzlos abzuheben.“ Weiter heißt es dann: „Die Abhebung findet stets innerhalb der Hornschicht statt, und zwar in um so größerer Tiefe, je stärker die Konzentration des salicylhaltigen Mittels und je dicker die Hornschicht war. Niemals habe ich eine nässende Oberhautfläche nach der Abhebung konstatiert, wohl aber eine mit so dünner Hornschicht bekleidete, daß sich die spiegelnde Fläche tiefrot und sehr empfindlich gegen Berührung erwies.“

UNNA fügt noch hinzu, daß die Salicylsäure diese Wirkung am besten entfaltet, wenn man sie zusammen mit einem undurchlässigen Stoff anwendet, also in der Form von Pflaster, Kollodium, Salbe oder Salbenmull. In Alkohol- oder Ätherlösung dagegen bleibt sie ganz wirkungslos.

Es schien mir nun nicht ohne Interesse, auch histologisch die Einwirkung der Salicylsäure auf die gesunde Haut zu prüfen, um so eine gründlichere Kenntnis der klinisch beobachteten Thatsachen zu gewinnen. Ich habe diese Untersuchung auf Anraten meines verehrten Lehrers UNNA

¹ UNNA, *Eine besondere Eigenschaft der Salicylsäure.*

unternommen und habe zu diesem Zwecke eine Reihe von Versuchen bei Tieren und Menschen angestellt.

Erster Versuch.

Auftragung eines kleinen Stückchens 10%igen Salicylpflasters (Gutta-percha - Pflastermull von Beiersdorf) auf den Arm eines gesunden, 18jährigen Menschen; am Rande des Pflasters wurde noch etwas 30%iges Salicylkollodium aufgepinselt. Beide Teile wurden drei Tage auf der Haut belassen, als das Pflaster dann entfernt wurde, klebte ihm die Hornschicht als feine Membran an. Da, wo das Kollodium gesessen hatte, fand sich eine papelartige Erhebung, etwa wie eine Lichenpapel, die mit einem feinen Schüppchen bedeckt war. Die gesamte veränderte Hautpartie wurde nun mit dem Messer entfernt, wobei sich noch an dem ausgeschnittenen Präparate die von Kollodium bedeckte Stelle als viel dicker erwies, als die vom Pflaster bedeckt gewesene. Dort, wo das Pflaster gesessen hat, erkennt man unterm Mikroskop, daß die Hornschicht geschwollen und aus gelockerten Lamellen zusammengesetzt ist; die Auflockerung ist bei den tieferen Schichten geringer, als bei den oberflächlichen, hier sind die Lamellen nämlich gänzlich abgehoben und exfoliiert. Die Zellen der Körnerschicht sind desgleichen sehr geschwollen und enthalten umfangreiche, keratohyaline Körner. An anderen Stellen dagegen ist das Keratohyalin vermindert, und man gewahrt hier sogar in der basalen Hornschicht einzelne abgeplattete Kerne. Die Stachelschicht ist leicht ödematös, die intercellularen Lymphräume ein wenig erweitert, daneben besteht geringgradige Proliferation der Epithelien.

In der Cutis beobachtet man eine mäfsige perivaskuläre Infiltration, die aus proliferierten Perithelzellen besteht. Auch die intervaskulären Bindegewebszellen sind etwas proliferiert, dagegen besteht keine Auswanderung weißer Blutkörperchen.

Unter der Einwirkung des Salicylkollodiums ist das Epithel geschwollen und sehr ödematös, so daß es 2—3 Mal umfangreicher als im normalen erscheint. Das Ödem ist sowohl inter-, wie auch intracellulär. Sämtliche intercellulären Lymphkanälchen der Stachelschicht sind außerst erweitert, und an einzelnen Stellen haben sich kleine Bläschen gebildet unter Verdrängung von Epithelkomplexen durch andringendes Serum. Das intracelluläre Ödem erscheint unter zwei Formen. Einzelne Zellen weisen die von LELOIR beschriebene Veränderung ihrer Hohlräume auf (*altération courtaire de LÉLOIR*); der ganze Hohlraum um den Kern ist erweitert und voll von Serum, so daß der Kern in der Flüssigkeit schwimmt. Andere Zellen und Haufen von 20—30 Zellen hinwiederum sind homogenisiert und lassen sich mit Methylenblau und Hämatoxylin fast gar nicht mehr färben, vermutlich, weil sie durch das Ödem nahezu

verfüssigt sind; mit Orcein dagegen färben sie sich gleichmässig. Diese homogenisierten Zellhaufen finden sich planlos neben normalen Zellen in der ganzen Stachelschicht verteilt. Dabei sind einzelne ihrer Kerne ungefärbt, andere haben ihr normales Verhalten bewahrt, noch andere sind unregelmässig verlängert oder zerbröckelt, und man gewahrt hier und da die Trümmer dieser Kerne. Das Zellprotoplasma ist meistens homogenisiert und unfärbbar, nur in einzelnen Zellen sieht man in dem Protoplasma — selbst mittelst Hämatoxylin — ein System sich kreuzender Fibrillen, die sich in die Nachbarzellen verlängern. Das Keratohyalin ist fast überall aus dem mit Salicylkollodium behandelten Hautstückchen geschwunden und ein grosser Teil der Epidermis ist von der Hornschicht bis zur tiefsten Lage der Stachelschicht genau so homogenisiert, wie die Zellgruppen, von denen soeben die Rede war; auch hier erweisen sich nur einzelne Kerntrümmer als färbbar.

Diese nekrotische Epidermis ist in der Abstoßung begriffen. Darunter bilden sich bereits wieder, von der benachbarten, gesunden Epidermis her, neue Schichten von Epithelzellen. Die homogenisierte Epidermis wird wie ein Schüppchen abgehoben und abgestoßen, und einzelne Punkte dieser homogenisierten Masse nehmen bei der Färbung mit Pikrocochenille bereits die Pikrinfarbe an. Ausgewanderte weisse Blutkörperchen trifft man durchaus nicht in der Epidermis.

In der Cutis besteht regelmässig Gefässerweiterung, perivaskuläre Infiltration und Proliferation der Bindegewebszellen; daneben finden sich hin und wieder einzelne Lymphkörperchen und einkörnige Leukocyten.

Zweiter Versuch.

Ein kleines Stückchen 20%igen Salicyl-Guttapercha-Pflastermulls wird der nämlichen Versuchsperson auf den Arm geklebt. Nach sieben Tagen war die Hornschicht als weisliche Membran abgelöst. Das Pflaster blieb dann noch zwei Tage liegen; die Membran war nun mit dem Pflaster verklebt und liess eine rote, glänzende Fläche zurück.

Unter dem Mikroskop gewahrt man auf der Oberfläche der Hornschicht stellenweise abgeblätterte Lamellen. Unterhalb der veränderten Hornschicht ist ein Teil der Stachelschicht in bald grösserer, bald geringerer Tiefe homogenisiert und in eine Schuppe umgeformt, deren Protoplasma ungefärbt bleibt und an der Zellumrisse nicht mehr zu erkennen sind; die Kerne dagegen sind trotz sonstiger Veränderungen noch färbbar. Einzelne von ihnen sind nämlich abgeplattet, atrophiert, während andere noch ihre mehr runde Form bewahrt haben.

Diese ganze nekrotische Schicht nimmt bei Färbung mit Pikrocochenille die Pikrinfarbe an. Stellenweise besteht sie nur aus zwei bis drei Zellenreihen der Stachelschicht, an anderer Stelle dagegen umfasst

sie diese fast in ihrer ganzen Dicke. An ihrer unteren Fläche gewahrt man an einzelnen Punkten eigenartig veränderte Stachelzellen. Die Kernvakuolen sind ihres Kerns beraubt und bilden demgemäß leere Hohlräume; oder der Kern ist wohl vorhanden, aber geschrumpft und füllt den Hohlraum bei Weitem nicht aus. Die ganze homogenisierte oder nekrotische Schicht steht unmittelbar vor der Abstofsung, darunter hat sich schon wieder eine neue mächtige Stachelschicht mit zahlreichen Mitosen gebildet.

Zwischen dem neu entstandenen Epithel und der nekrotischen Schuppe hat sich auch fast überall eine starke Körnerschicht gebildet, die aus mehreren Lagen von Zellen besteht. Das neugebildete Epithel ist leicht ödematös, die Zwischenzellenräume zum Teil erweitert.

In der Cutis sind sämtliche Gefäße etwas erweitert, und es besteht Proliferation der Bindegewebszellen, die namentlich an der Peripherie der Gefäße sehr ausgesprochen ist. Auch eine Hypertrophie des Spongio- plasmas der Bindegewebszellen läßt sich feststellen. Ein- und mehrkernige Leukocyten sind nur in geringer Anzahl vorhanden. Die Kerne der Bindegewebszellen haben zum Teil eine doppelte Veränderung erfahren. Sie sind entweder verlängert und nehmen bizarre, keulenförmige Gestalten mit langen Ausläufern an, Formen, wie sie UNNA bei dem Rotz als „Chromatotexis“ beschrieben hat.² Oder das Chromatin der Kerne zerbröckelt in lauter kleine Teilchen von ganz unregelmäßiger Gestalt. Auch diese Veränderung ist kürzlich, und zwar von FRICKENHAUS, in einer Abhandlung über die Karbolsäure beschrieben worden; er gab ihr den Namen „Chromatorrhexis“.³

Versuche am Kaninchen. Erster Versuch.

Ein kleines Stückchen 10%igen Salicylpflasters wird auf das Kaninchenohr, nachdem die Haare ganz kurz abgeschnitten sind, aufgetragen und zehn Tage liegen gelassen. Beim Abheben bemerkte man etwas Rötung und Abschuppung der Haut.

Unter dem Mikroskop gewahrt man die nämlichen Veränderungen, wie sie beim Menschen beobachtet werden. Die Hornschicht besteht aus mehreren gelockerten Lamellen, deren obere gebrochen und exfoliiert sind. Die Stachelschicht ist an einzelnen Stellen nur teilweise, an anderen dagegen fast durchgängig in Schuppen verwandelt, die bereits abgestoßen sind. Unterhalb dieser Schuppen hat sich auch schon wieder eine neue Stachel-, Körner- und Hornschicht gebildet. In dem neugebildeten Epithel fallen zahlreiche Mitosen auf.

² UNNA, *Histopathol. d. Haut.* S. 459.

³ FRICKENHAUS, Ueber die Wirkung der Karbolsäure. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXII. pag. 277.

Die Schuppen enthalten keine Leukocyten, sondern bestehen aus homogenisierten Teilen der Stachelschicht; ihr Protoplasma ist nicht färbbar und Umriss von Zellen lassen sich nicht erkennen. Der größte Teil der Kerne ist auf den Schuppen noch erhalten; meistens sind sie atrophiert, während noch andere in Trümmer gegangen sind. Die homogenisierten und in Schuppen umgeformten Teile nehmen die Pikrinfärbung an.

An einzelnen Punkten kann man den Beginn der Schuppenbildung sehr gut verfolgen. Man sieht nämlich, wie unterhalb der veränderten Hornschicht das Keratohyalin sich vermindert und schließlich ganz verschwindet, und wie die zwei bis drei obersten Zellagen der Stachelschicht homogenisieren. Unmittelbar darunter findet teilweise eine Neubildung von Keratohyalin statt; dieses ist zur Bildung einer neuen Hornschicht und zur Entfernung der nekrotischen Teile bestimmt.

In der Cutis bestehen immer nur die nämlichen Veränderungen: eine mäßige Erweiterung der Gefäße und Zellproliferation. Daneben beobachtet man hier aber auch auffallende Veränderungen am Chromatin einzelner Kerne, die längliche, äußerst bizarre und der Beschreibung unzugängliche Formen angenommen haben; ihr Chromatin ist zu langen Fäden ausgezogen und verbindet mehrere Kerne miteinander (Chromatotexis). Das Chromatin zahlreicher anderer Kerne dagegen ist in lauter kleine Tröpfchen oder Körnchen auseinandergefallen (Chromatorrhesis).

Zweiter Versuch.

Die Versuchsanordnung ist eine ähnliche. Ein kleines Stückchen 10%igen Salicylpflasters wird wiederum auf das Kaninchenohr aufgetragen, nur daß diesmal die Haare nicht mit einer Schere abgeschnitten, sondern abrasiert sind. Das Pflaster wird nach neun Tagen wieder entfernt. Die Hornhaut erscheint ganz abgehoben, und es besteht etwas Rötung und Abschuppung.

Unter dem Mikroskop erweisen sich die Veränderungen als die nämlichen, wie im ersten Versuch: Exfoliierung der Hornschicht; stellenweise Homogenisation von Teilen der Stachelschicht und Abstoßung dieser Teile in Form von Schuppen, darunter völlige Neubildung der Epidermis und zahlreiche Mitosen. Auch die Veränderungen an der Cutis zeigen keine Abweichung, so daß es überflüssig ist, sie aufzuzählen.

Dritter Versuch.

Ein Stückchen 30%igen Salicylkollodiums wird auf das Kaninchenohr aufgetragen, so zwar, daß dasselbe von der vorderen Ohrfläche über den Rand hinweg zur hinteren zieht. Die Pinselung wird neun Tage lang wiederholt, und dann wird das Stückchen ausgeschnitten. Es besteht etwas Rötung und Abschuppung.

Unter dem Mikroskop finden sich wieder die nämlichen Veränderungen, wie beim vorhergehenden Versuch, nur erscheint hier etwas ausgesprochenener. Die ganze Hornschicht ist geschwollen, mehreren losgelösten und exfoliierten Blättern zusammengesetzt. Die Stachelschicht ist auf beiden Seiten und am Rande des (wechselnder Tiefe nekrotisch und homogenisiert, am Ohrrande tiefergehend, als an den beiden Flächen. Die Kerne sind bröckelt und ihre Trümmer willkürlich zusammengeballt. Unter homogenisierter Lage hat sich bereits eine neue Stachelschicht mit reichen Mitosen, eine Körnerschicht und zum größten Teil eine Hornschicht neu gebildet. Die nekrotisierte Haut ist meistens in Stücke, welche die Pikrinfärbung annehmen, abgehoben.

In der Cutis finden sich wiederum Gefäßerweiterung und Proliferation von Bindegewebszellen neben den bereits erwähnten Veränderungen. Chromatotexis und Chromatorrhexis.

Vierter Versuch.

Ein Stückchen 20%igen Salicyl-Guttapercha-Pflastermulls wird an einen kleinen Abschnitt des Randes und der beiden Flächen des perforierten Kaninchenohres geklebt. Nach sieben Tagen wird es entfernt, wobei eine serös-eiterige Flüssigkeit abfließt. Auf der inneren Seite ist die Hornschicht gänzlich als weiße Membran abgehoben, auf der anderen besteht etwas Rötung und Abschuppung.

Unter dem Mikroskop erkennt man, daß die Hornschicht und die Stachelschicht am Rande des Ohres vollkommen abgehoben und abgerollt sind. Wie im vorhergehenden Versuch, so erweist sich die Stachelschicht auch hier als durchweg homogenisiert und läßt sich mit Methylenblau nicht färben; nur einzelne Kerntümmer des abgestorbenen Gewebes sind färbbar. Mit Orcein färbt sich diese Schicht dagegen gleichmäßig. Die Abstofsung vollzieht sich hier aber nicht, wie bei den anderen Versuchen, dadurch, daß sich unmittelbar unter der nekrotischen Lage eine neue Stachelschicht bildet, vielmehr geht eine reichliche Eiterung voraus; ein Herd vielkerniger Leukocyten erstreckt sich bis zum Knorpel und hebt die tote Epidermis vollkommen ab. Diese starke Leukocytose ist erst durch das gänzliche Absterben der Epidermis bedingt, denn man sieht, wie die Gefäße unterhalb der letzteren mit vielkörnigen Leukocyten, die alle ihre Richtung nach oben nehmen, vollgestopft sind. Unter und neben diesem Eiterherd ist eine Neubildung und Proliferation von Epithel erkennbar, wobei das Epithel sich von beiden Flächen des Ohres bogenförmig dem Rande nähert, so daß die neugebildete Epidermis der beiden Flächen im Begriff steht, sich zu vereinigen. Mitosen sind

der jungen Epidermis vorhanden. Hornschicht und ich hier noch nicht gebildet. vielkerniger Leukocyten ist ausschließlich auf den chränkt und findet sich an keiner der beiden Ohr- es Eiterherdes stößt man auf Granulationsgewebe: von Bindegewebszellen und ausgesprochene Hyper- plasmas. Einzelne dieser Zellen sind mit mehreren hen und erhalten so ein spinnenähnliches Aussehen allgemeinen sind die Bindegewebszellen mit ein- leukocyten bunt durcheinander gemischt. er beiden Ohrflächen besteht Proliferation der d Anhäufung von Mitosen; stellenweise beobachtet e Infiltration mit Lymphkörperchen und vielkernigen

Fünfter Versuch.

alslich auch 20%ige alkoholische und ätherische säure auf das Kaninchenohr und die Menschenhaut e Versuche aber nach mehrtägiger Wiederholung nderungen, weder Abhebung, noch Abschuppung, ut, bewirkten, so unterliefs ich es, Hautstückchen ung auszuschneiden.

Schlussfolgerungen.

vorgenommenen Versuche ist folgendes:

st nach zwei- bis dreitägiger Einwirkung auf die 1 Form von Pflaster eine Schwellung der Horn- t sich in verschiedene Lamellen, deren oberflächlich gelegene lockerer und exfoliierend sind. Die exfoliierten Blätter sind um so dicker, je stärker der Gehalt an Salicylsäure war. Letztere verursacht außerdem ein mäßiges intercellulares Ödem der Stachel- und Körnerschicht.

Bei acht- bis zehntägiger Einwirkung des Salicylpflasters wird die Stachelschicht nach einem vorübergehenden ödematösen Stadium, in verschiedenen Tiefen homogenisiert und nekrotisch. Diese Veränderung ist aber durchaus keine gleichmäßige, denn während die Stachelschicht an einzelnen Stellen — vermutlich da, wo das Pflaster am unmittelbarsten der Haut auflag — fast in ihrer ganzen Tiefe homogenisiert ist, werden an anderen Stellen nur ihre obersten Zelllagen von dieser Veränderung betroffen. Im allgemeinen vollzieht sich der Prozeß um so rascher und gründlicher, je stärker der Salicylgehalt des angewandten Pflasters war. Unmittelbar nach dem Absterben dieser Haut beginnt darunter schon der Prozeß der Abstoßung und der Neubildung. Von den tiefer liegenden, unverändert gebliebenen Zelllagen, sowie von dem benachbarten Epithelium aus beginnt eine üppige

Proliferation, und unterhalb des nekrotischen Herdes entsteht eine neue, viel mächtigere Stachelschicht, als die abgestorbene, mit zahlreichen Mitosen; auch eine aus mehreren Zelllagen bestehende Körnerschicht und eine Hornschicht bilden sich neu. Diese junge Epidermis übt alsdann einen Druck auf die homogenisierte, abgestorbene Masse aus und hebt sie in Form einer Schuppe empor.

Etwas energischer wirkt das 30%ige Salicylkollodium auf die Menschenhaut ein. Schon am dritten Tage nach seiner Anwendung gewahrt man neben den Veränderungen der Hornschicht eine ganz ungeheure Schwellung der Stachelschicht, bedingt durch ein beträchtliches inter- und intracelluläres Ödem. Außerdem ist die Stachelschicht stellenweise fast in ihrer ganzen Tiefe, nekrotisch und man gewahrt diese homogenisierten Herde regellos zerstreut. Dieser ganze ödematöse, schwammige und homogenisierte Teil der Stachelschicht wird schliesslich von der jungen Epidermis, die sich darunter neu gebildet hat, in Form einer Schuppe abgestossen.

Die Salicylsäure veranlasst beim Menschen keine Auswanderung vielkerniger Leukocyten; diese letzteren Elemente spielen demnach bei der Abstossung des nekrotischen Gewebes auch keine Rolle. Die Wirkung der Salicylsäure besteht vielmehr darin, daß sie in der Cutis eine leichte entzündliche Reizung hervorruft, welche letztere an einer Gefässerweiterung, sowie an einer Proliferation der perithelialen und der intervaskulären Bindegewebszellen kenntlich wird. Aber auch für das Chromatin der Bindegewebszellkerne erweist sich die Salicylsäure als Gift, indem sie es entweder zu langen und äußerst bizarren Formen auszieht (Chromatotexis), oder es in kleine Trümmer zerbröckelt (Chromatorrhesis).

Beim Kaninchen wirken Salicylpflaster und Kollodium in ähnlicher Weise, nur daß hier ein konzentriertes, etwa 20%iges Salicylpflaster ein völliges Absterben der ganzen Epidermis mit Eiterung zuwege bringt; darunter bildet sich dann wieder ein neues Epithel. Beim Menschen dagegen ist die Mortifikation der Stachelschicht niemals eine vollständige und die Abstossung erfolgt hier nicht durch Eiterung, sondern durch eine neugebildete Epidermis.

Demnach entsteht beim Menschen durch kurzdauernde Einwirkung einer geringen Menge Salicylsäure auf die gesunde Haut eine Abblätterung der Hornschicht. In grösserer Menge und längere Zeit angewandt, ruft die Salicylsäure eine Bildung von Schuppen hervor, die teils von der Hornschicht, teils von der, stellenweise und bis zu verschiedener Tiefe, nekrotisierten Stachelschicht herrühren.

Aus dem Alten Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg.
(Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke. Oberarzt: Dr. ENGEL-REIMERS.)

Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe.

Von

Dr. SIEGMUND WERNER, Assistenzarzt.

Die Veröffentlichungen über die Erfolge in der Behandlung des Harnröhrentrippers beim Manne sind so zahlreich, daß die Litteratur über diesen Gegenstand ganz außerordentlich groß geworden ist. Das beweist indes nur, daß es noch nicht gelungen ist, ein Mittel oder eine Methode zu finden, bei deren Anwendung es in allen Fällen gelingt, die lästige, in ihren Folgen unabsehbare und so überaus verbreitete Krankheit zu heilen. Wenn auch die folgenden Beobachtungen wohl zum größten Teil wenig Neues bringen, so dürfte sich deren Veröffentlichung dennoch dadurch rechtfertigen lassen, daß sie an einem großen Krankenhausmaterial gewonnen sind und die erzielten Erfolge immerhin genügen, das von uns geübte Verfahren auch weiteren Kreisen bekannt zu machen.

Im Jahre 1894, bald nach JANETS und seiner Schüler Veröffentlichungen über ihre Methoden der Tripperbehandlung, sind auf unserer Abteilung von FÜRST¹ Versuche gemacht, die lediglich einer Nachprüfung des JANETSchen Verfahrens galten. Die Resultate, in der *Dtsch. med. Wochenschr.* veröffentlicht, waren nicht besonders gut und veranlaßten uns, die Methode bei unseren Kranken aufzugeben. Das Auftreten schmerzhafter Ödeme, Blutungen und periurethraler Infiltrate betonte dann auch ENGEL-REIMERS gelegentlich des Vortrages von E. W. FRANK: *Über Janetsches Verfahren in der Blennorrhoebehandlung* in der Abteilung für Dermatologie und Syphilis der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Lübeck, September 1895. Nichtsdestoweniger erklärte ENGEL-REIMERS, die Versuche nochmals wieder aufnehmen zu wollen mit Verwertung aller Erfahrungen und Änderungen des Verfahrens, die spätere Nachprüfungen desselben gelehrt hatten.

Da die üblen Zufälle, die wir bei der Anwendung von Kaliumpermanganicumlösungen gesehen hatten, uns hauptsächlich auf einen zu stark reizenden Einfluß des Mittels zurückzuführen schienen, so erschien es uns von vornherein ratsam, bei einer neuen Versuchsreihe ein möglichst geringgradig reizendes, dabei energisch parasiticid wirkendes Mittel zu wählen. Nachdem JADASSOHN² an einem großen Material die vorzügliche Wirkung von Ichthyollösungen auf die durch Gonokokkeninvasion entzündeten Schleimhäute festgestellt hat, Versuche, die auch von anderen

deutschen Beobachtern vollauf bestätigt sind, haben BALZER³ und sein Schüler DELAROCHE⁴ in Frankreich, LOHNSTEIN⁵ in Deutschland in einer verhältnismäßig kleinen Anzahl von Fällen ihre Erfahrungen mit Harnröhrenspülungen veröffentlicht. Indes ist die Zahl ihrer Beobachtungen nicht groß genug, um daraus ein definitives Urteil über Wert oder Erfolglosigkeit zu gewinnen. Auch eine neuere Arbeit aus einer Pariser Poliklinik für Geschlechtskranke von CANOVA⁶ berichtet nur über 26 Fälle. Immerhin enthalten diese vorerwähnten Abhandlungen so viel Lobspprüche der Spülmethode nach JANET, die übermangansaures Kalium durch Ichthyol ersetzt, daß es lehrreich erschien, an einem größeren Krankematerial Versuche in dieser Richtung zu unternehmen.

Ehe ich mich zur Besprechung der einzelnen Fälle wende, möchte ich in kurzem die Art und Weise beschreiben, in der die Spülungen vorgenommen wurden. Wir benutzen einen etwa vier Liter fassenden, gläsernen Irrigator, der mit einem Gummischlauch in Verbindung steht, dessen Lumen etwa daumendick ist. Derselbe endet am unteren Ende in eine gewöhnliche gläserne Tripperspritze, deren Conus eichelförmig gestaltet ist. Der mit 1%iger, nach fünf Sitzungen mit 2%iger Ichthyollösung gefüllte Glashafen steht auf einem hölzernen Balken, der an einem mit Metereinteilung versehenen Holzbalken durch eine Rolle verschieden hoch gestellt werden kann. Wir nehmen die Ausspülungen meist so vor, daß wir den Kranken uns gegenüber, Front zum Irrigator, auf einem Stuhle Platz nehmen lassen. Ursprünglich erschien uns aufrechte oder liegende Haltung des Patienten rationeller. Erstere haben wir indes nach den Erfahrungen, die wir bei Benutzung von Kaliumpermanganicumlösungen machten (Ohnmachten, Fortlaufen der Patienten etc.), aufgegeben; die Ausspülungen bei liegenden Kranken zu machen ist nicht bequem. Außerdem scheint uns auch beim Sitzen der Druck des Compressor urethrae und des Sphincterenapparates am leichtesten überwindbar. Ebenso läßt sich auch der Druck der Bauchpresse, die namentlich furchtsame Kranke, besonders bei der ersten Sitzung, energisch wirken lassen, was sicher dem Eindringen der Lösung in den hinteren Harnröhrenabschnitt hinderlich ist, nicht schwieriger, als im Stehen oder Liegen überwinden. Wir setzen die Kranken möglichst an die vordere Stuhlkante, lassen sie den Oberkörper weit zurück gegen die Stuhllehne legen und die Beine spreizen. Die Spülungen wurden einmal täglich, mittags, vorgenommen. Morgens und abends wurden mit 1/2%iger Ichthyollösung einfache Injektionen mit gewöhnlicher, 6—8 ccm enthaltender Tripperspritze vorgenommen. Wir glauben nicht, daß diese Injektionen, die mehr ut aliquid fiat gemacht wurden, was bei Tripperkranken, die sich im übrigen völlig gesund fühlen, im Hospital sehr wichtig ist, in unserer Versuchsreihe als wesentlicher Heilfaktor anzusprechen sind. Denn die an-

gewandte Konzentration erscheint nicht stark genug, um Gonokokken zu töten, während andererseits die geringe Flüssigkeitsmenge, die zu den Einspritzungen verwandt wurde, wohl auch mechanisch wenig Wirkung auf den Heilungsvorgang gehabt haben dürfte. — Vor jeder Sitzung ließen wir die Patienten urinieren. Handelte es sich um eine Urethritis anterior, so wandten wir einen Druck von etwa 1,00—1,20 m an, bei Entzündungen des hinteren Harnröhrenteiles stellten wir den Irrigator in eine Druckhöhe von 1,65—1,80 m. Die Ausspülungen wurden so vorgenommen, daß zunächst die vordere Harnröhre tüchtig ausgewaschen wurde, wozu etwa 100 — bei gewöhnlicher Urethritis anterior 250 bis 300 — ccm genügten. Hierdurch werden etwa anhaftende Tripperfäden, sowie die übrigen Produkte der oberflächlichen Schleimhautdesquamation entfernt, wovon man sich leicht überzeugen kann, wenn man Wasser oder klare Lösungen als Spülmittel benutzt: wenigstens bleibt das Spülwasser, das zuerst trübe, dann mit Fäden und Bröckeln vermischt ist, nach etwa 100 ccm klar. Wichtig ist es natürlich, möglichst viel Flüssigkeit in die Harnröhre gelangen zu lassen, damit jede Falte in der Schleimhaut ausgeglichen wird und somit die Mucosa in toto mit der Spülflüssigkeit in Berührung kommt. Es wird so die Urethra anterior bei jedem neuen Einströmen dilatiert und möglicherweise dadurch auch dem Zustandekommen von Strikturen und dergl. vorgebeugt. Spürt man an den beiden das Oreficium urethrae komprimierenden Fingern, daß die gewünschte Dilatation eingetreten ist und die Lösung bis zum Bulbus das Lumen der Urethra erfüllt, so wird durch Druck auf den Gummizuleitungsschlauch der Zufluß unterbrochen. Bei Beteiligung des hinteren Harnröhrenabschnittes modifiziert sich das Verfahren nur insofern, als nach der reinigenden Ausspülung der Pars anterior die Lösung unter vollem Drucke in die Harnröhre gelassen wird. Bei der von uns benutzten Druckhöhe von 1,70 cm im Durchschnitt gelangte die Flüssigkeit in 42% der Fälle in die Pars posterior, und damit in die Blase. Wir haben somit ähnliche — nur wenig größere Zahlen als SCHÄFFER,⁷ unter dessen Fällen bei 1,65 m Druckhöhe in ca. 34% der Widerstand des *M. compressor urethrae* überwunden wurde. Immerhin glauben wir, daß, besonders wenn man die Flüssigkeitssäule lange auf den kontrahierten Muskel einwirken läßt, doch noch einige Tropfen auf die zu behandelnde Stelle gelangen.* Wenigstens sah ich bei manchen Kranken einige

* Auch LOHNSTEIN ist der Ansicht, daß der *M. compressor urethrae* ungenügende Widerstandsfähigkeit besitzt. Machte er Ausspülungen mit $\frac{1}{10}$ -%iger Ferrocyankaliumlösung, die er durch einen Katheter in die Pars anterior einfließen ließ, so konnte er in 94 Fällen 39 mal Berlinerblaureaktion im Urin konstatieren. GOLDENBERG,⁹ dessen Versuchsanordnung in manchen Punkten der unseren entspricht, konnte allerdings bei 100 Versuchspersonen kein mal ein Durchfließen der Spülflüssigkeit feststellen. Dagegen hält auch SCHLIFKA²¹ in seinen Bemerkungen zur modernen Trippertherapie den *M. compressor* für kein Bollwerk.

Stunden nach der Spülung im Urin eine Trübung und Braunfärbung, die mir durch das Ichthyol hervorgerufen zu sein schien, während bei Kranken, bei denen lediglich die Pars anterior behandelt war, der Urin klar blieb. Gelangte die Ichthyollösung in die Blase, so ließen wir etwa 100 ccm einfließen, ließen dann die Kranken aufstehen und die injizierte Flüssigkeit durch unterbrochenes Urinieren entleeren, was wir durch abwechselndes Zuhalten und Öffnen (Zusammenkneifen des Oreficium an der Glans) der Mündung bewerkstelligten. Die gleiche Prozedur wurde dann noch ein bis zwei mal wiederholt. Im allgemeinen kamen wir mit 500 ccm Lösung pro Sitzung aus.

Die angewandte Lösung haben wir bald warm, bald kalt einfließen lassen. Ich glaube, daß ein Erwärmen nicht nötig ist, daß warme Lösungen indes leichter in die Pars posterior gelangen. Andererseits empfehlen sich kalte Lösungen, weil durch niedrige Temperatur die desinfizierende Kraft vielleicht noch erhöht und eine adstringierende Wirkung noch nebenbei erzielt wird. Daß durch kalte Urethralspülungen tatsächlich eine Temperaturerniedrigung erzielt wird, haben SCHÜTZES⁹ Versuche der hydriatischen Behandlung der Blennorrhoe ergeben.

Wir sind mit dem beschriebenen, einfachen Instrumentarium außerordentlich zufrieden und haben lediglich, um ein Vergeuden der Spülflüssigkeit durch Verspritzen u. s. w. möglichst einzuschränken, die zu diesem Zwecke angegebenen Kanülen von VANGHETTI^{10, 11} einer Prüfung unterzogen. Soweit sich in der kurzen Zeit, während welcher wir dieselben benutzten — wir benutzten zwei verschiedene Modelle der doppel-läufigen Kanüle — ein Urteil bilden läßt, läßt sich wenig Lobenswertes darüber sagen. Die Handhabung derselben erscheint mir nicht bequemer, als ein einfaches Zusammendrücken eines Gummischlauches; außerdem funktioniert der Mechanismus nicht immer tadellos und besonders bei starkem Drucke der Flüssigkeitssäule kommt doch das fatale Heraus-spritzen der Lösung, das ja gerade vermieden werden sollte, vor. Dazu kommt noch, daß mir es ein großer Vorteil dünkt, das quantitative Zufliessen und damit den Druck der einfließenden Flüssigkeitsmenge durch das Gefühl — zusammendrückende Finger — kontrollieren zu können.

Ich habe alles in allem ungefähr 1500 Duschen an etwa 120 Patienten vorgenommen. Da aber ein nicht unbedeutender Teil dieser 120 Kranken das Krankenhaus ungeheilt, auf eigenen Wunsch, oder auf Veranlassung einer Behörde verließ, da mir außerdem bei einzelnen Kranken die genaue mikroskopische Kontrolle des Heilverfahrens aus äußeren Gründen nicht möglich war, so möchte ich lediglich die genau geführten Protokolle von 88 Kranken der Besprechung der Erfolge unserer Therapie zu Grunde legen. Ich betone, daß unter den fort-

gebliebenen Fällen eine große Reihe ist, die meine weiter unten folgenden Zahlen noch günstiger beeinflusst haben würden, wenn ich sie in die Rechnung eingezogen hätte; andererseits gebe ich später noch Rechenschaft über fünf nicht geheilte Urethritiden, deren Träger das Krankenhaus vor Beendigung der Behandlung meist aus dem Grunde verließen, weil die erwartete Heilung zu lange ausblieb.

Unter den erwähnten 88 Fällen befinden sich sechs akute Blasenkatarrhe auf blennorrhöischer Basis, die ich einer besonderen Besprechung unterziehen möchte. Unter den restierenden 82 Fällen sind nur 20, bei denen sich der Tripper auf die Pars anterior beschränkte. Es ist diese Zahl nicht besonders gering, da ja bekannt ist, daß schon im akuten Stadium in den ersten Tagen nach dem Auftreten der Blennorrhoe der entzündliche Prozeß sich der Pars posterior urethrae mitteilt. Andererseits ist es auch kaum zu verwundern, daß das Gros unseres Materials aus Kranken besteht, die an Urethritis antero-posterior, oder posterior allein leiden, da naturgemäß fast nur beim Auftreten von Komplikationen — Epididymitis, Prostatitis, Deferentitis etc. — die Arbeiter — und aus diesem Stande rekrutiert sich unser Krankenhauspublikum vornehmlich — das Krankenhaus aufsuchen. Wir diagnostizieren eine Entzündung der Pars posterior vermittelt der Zweiglaserprobe, der Irrigationsprobe oder auch, indem wir in der Art, wie PEZZOLI¹³ es in der neuesten Veröffentlichung aus der FINGERSchen Klinik angiebt, das Sekret der Pars posterior und der Prostata getrennt von dem der Pars anterior und der LITTRÉSchen Drüsen entnehmen und auf Gonokokken untersuchen. Handelt es sich um eine Komplikation der Blennorrhoe mit Epididymitis, Prostatitis, Deferentitis und Entzündung der Samenblasen, so braucht der Nachweis, daß die Pars posterior erkrankt ist, wohl nicht erbracht zu werden. Wir beobachteten unter den zu dieser Kategorie gehörenden 62 Fällen 35 Nebenhodenentzündungen, von denen je 16 rechts- und linksseitig, drei doppelseitig waren.* In einem Falle liefs sich eine Beteiligung des Vas deferens allein konstatieren, das verdickt und schmerzhaft war, ohne daß im Nebenhoden eine entzündliche Schwellung oder Schmerzhaftigkeit festzustellen war. Die Prostata und die Samenblasen waren in einem nicht unbedeutenden Prozentsatz der Fälle gleichfalls erkrankt. Ich habe besonders in der letzten Zeit meiner Versuche sehr häufig vor der Spülung, bevor die Kranken den Urin entleerten, die Prostata vom

* Die Nebenhodenentzündungen waren also ebenso häufig rechts- wie linksseitig. Dies absolut gleiche Verhältnis ist nicht die Regel. Bei unserem großen Krankematerial sehen wir, daß die rechte Seite bevorzugt ist. Rechts zu links verhält sich etwa wie 8:7. Allerdings haben wir in manchen Jahren das umgekehrte Verhältnis beobachtet. Immerhin erlauben mehr als 3000 Nebenhodenentzündungen unter 9000 Trippern einige statistische Schlüsse. Beifolgende Tabelle zeigt das jährliche Verhältnis der Epididymitis zu den Blennorrhöen einerseits, sowie

Rectum aus ausgedrückt und glaube bei dieser Manipulation eine erhebliche Anzahl vergrößerter, schmerzhafter Vorsteherdrüsen erkannt zu haben bei Kranken, bei denen eine derart leichte Entzündung keine klinischen Erscheinungen gemacht hatte, und kann damit COLOMBINI'S²² Angaben nur bestätigen. Ich möchte besonders in mechanischer Beziehung auf dies Moment Gewicht legen, weil es mir nicht unwahrscheinlich erscheint, daß durch eine solche Expression ein großer Teil der Entzündungserreger, sowie der von ihnen erzeugten Produkte durch den ausströmenden Harn entfernt wird. Was die Vorbehandlung der mit Urethritis blennorrhoeica komplizierten Epididymitiden anbelangt, so war sie naturgemäß eine rein symptomatische und bestand bis zum Verschwinden der akuten Entzündungserscheinungen in Bettruhe, Hochlagerung der Hoden, Applikation der Eisblase, Setzen von (zwei) Blutekeln. Erst nach völligem Verschwinden des Fiebers, der Schmerzen und der entzündlichen Schwellung des Samenstranges, sowie nach beträchtlicher Abnahme der Nebenhodenschwellung unter feuchtem Verband, Jodeinpinselungen oder FRICKEScher Heftpflastereinwickelung wurde mit der Spülung begonnen.

Die Resultate sind folgende:

Unter den 82 mit Ichthyolspülungen behandelten Kranken sind zehn, bei denen durch dieses Verfahren keine Heilung

unter diesen andererseits, wie oft rechts, links- oder doppelseitig der Nebenhoden entzündet war.

Jahr	Blennorrhoe	Epididymitis		dextra		sinistra		duplex	
		absolut.	in %	absolut.	in %	absolut.	in %	absolut.	in %
1878	271	97	35,8	49	50,5	39	40,3	9	9,2
1879	259	105	40,5	39	37,1	56	53,3	10	9,6
1880	309	97	31,4	49	50,5	38	39,4	10	10,1
1881	257	107	41,5	49	45,8	53	49,5	5	4,7
1882	298	133	44,6	72	54,1	55	41,4	6	4,5
1883	375	137	36,5	72	52,5	59	43,1	6	4,4
1884	332	118	35,5	64	54,2	48	40,7	6	5,1
1885	409	154	37,7	76	49,4	70	45,4	8	5,2
1886	467	160	34,3	85	53,1	67	41,9	8	5,0
1887	540	225	41,7	125	55,6	93	41,3	7	3,1
1888	602	194	32,2	91	46,9	87	44,8	16	8,3
1889	658	245	37,2	132	53,9	102	41,6	11	4,5
1890	629	254	40,4	129	50,8	109	42,9	16	6,3
1891	737	269	36,5	140	52,0	110	40,9	19	7,1
1892	764	257	33,6	130	50,6	112	43,6	15	5,9
1893	704	221	31,4	105	47,5	104	47,1	12	5,4
1894	660	214	32,4	101	47,2	103	48,1	10	4,7
1895	655	200	30,5	105	52,5	88	44,0	7	3,5
Summa	8926	3187	35,7	1613	50,6	1393	43,7	181	5,7

erzielt wurde, bei denen vielmehr ein Wechsel des Mittels oder der Behandlungsmethode erst vollständiges Schwinden der Entzündung und ihrer Erreger zur Folge hatte. Als „geheilt“ werden von unserer Station die Kranken entlassen, wenn, trotz 24stündigem Aussetzen der Behandlung 1. keine sichtbare Sekretion der Urethral-schleimhaut mehr stattfindet, 2. der Urin, in zwei Portionen aufgefangen, in beiden Gläsern frei von Fäden ist, und 3. keine Gonokokken in den letzten Tripperfäden mehr gefunden worden sind. Wir glauben mit diesen Postulaten eine gewisse Garantie für die definitive Heilung unserer Kranken zu haben, wenn wir auch nicht den Vorteil einer weiteren, länger andauernden ambulant-poliklinischen Beobachtung übersehen. Letzteres läßt sich aber bei den bestehenden Verhältnissen nicht einrichten und somit entlassen wir unsere Kranken als „geheilt“, sobald vorstehende Bedingungen erfüllt sind. Ich bin somit nicht im stande, meine Kranken nach dem Dreiklassensystem „A“ „B“ „C“ JADASSOHNs einzuteilen, sondern unterscheide, wie CHOTZEN,¹³ nur Geheilte (A) und Ungeheilte (C).

Urethritis anterior.		Urethritis posterior (anterio-posterior).		Summa.	
Geheilt:	Ungeheilt:	Geheilt:	Ungeheilt:	Geheilt:	Ungeheilt:
19	1	53	9	72	10
95%	5%	85,5%	14,5%	87,8%	12,2%.

Die folgenden Tabellen zeigen die Anzahl der Spülungen bis zum Verschwinden der Gonokokken bei den geheilten Fällen, sowie die Zeit, in welcher nach der blennorrhischen Infektion die Behandlung eingeleitet wurde:

Tabelle I.

Urethritis blennorrhica anterior.

Alter der Blennorrhoe bis zum Beginne der Behandlung	Anzahl der Spülungen bis zum Verschwinden der Gonokokken														
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15 und mehr	Summe
1 Woche	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	6
2 Wochen	2	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4
3 Wochen	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
4 Wochen	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3
2 Monate	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
3 Monate	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 Monate	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5 Monate und darüber	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	8	2	1	2	—	—	1	2	—	1	—	—	—	2	19

Urethritis blennorrhoeica antero-posterior.

Alter der Blennorrhoe bis zum Beginne der Behandlung	Anzahl der Spülungen bis zum Verschwinden der Gonokokken																											
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	28	Summe				
1 Woche	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3			
2 Wochen	—	1	—	—	—	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6			
3 Wochen	3	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6			
4 Wochen	2	—	1	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	8			
2 Monate	6	2	1	2	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14			
3 Monate	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6				
4 Monate	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2				
5 Monate u. mehr	2	2	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8				
	16	6	3	4	1	3	1	2	5	1	3	1	—	2	1	—	1	—	—	1	1	1	—	53				

Die Anzahl der Ichthyolspülungen bis zum Verschwinden der Gonokokken deckt sich naturgemäß nicht mit der Zahl der Duschen bis zur definitiven Heilung.

Tabelle II.

Bis zur definitiven Heilung waren nötig:

bei Urethritis anterior	bei Urethritis posterior
3—5 Duschen — mal	2 mal
6—10 " 4 "	5 "
11—15 " 5 "	10 "
16—20 " 4 "	15 "
21—25 " 2 "	8 "
26—30 " 2 "	9 "
31—35 " 2 "	2 "
36—40 " — "	2 "
19 Fälle	53 Fälle
Durchschnitt: 17,4 Duschen.	19,2 Duschen.

Es erscheint mir überflüssig, auf die genauere Analyse der Tripperfälle einzugehen. Ich möchte nur erwähnen, daß ich die Sekrete, resp. Tripperfäden jedes einzelnen Falles während der ersten acht Tage nach der Behandlung täglich auf das Vorhandensein von Gonokokken prüfte; später wurden die Untersuchungen zwei- bis dreimal wöchentlich vorgenommen. Andererseits glaube ich in Kürze über diejenigen Fälle, in denen die Ichthyolspülungen versagten, referieren zu sollen.

Bei dem einzigen negativen vorderen Harnröhrentripper lag die Infektion vier Wochen zurück. Nach 28 Spülungen verschwanden die Gonokokken, nach 35 Spülungen war der Harnröhrenkatarrh nicht gemindert, so daß von nun an Zinc. sulf.-Injektionen benutzt wurden, die bald zum gewünschten Ziele führten.

Von den übrigen neun Fällen verdienen vier spezielle Erwähnung, weil während der Behandlung Komplikationen auftraten, die ein zeitweises Unterbrechen der Waschungen veranlassten. In einem Falle gesellte sich am achten Tage eine akute Entzündung der Pars posterior zu der bestehenden Urethr. anter. In einem zweiten, dritten und vierten entwickelte sich am dritten, bezw. siebenten, bezw. elften Tage eine Epididymitis. Soll man dieses doch immerhin seltene Auftreten von Nacherkrankungen der Methode zur Last legen? Ich glaube, nein; denn ähnliche Beobachtungen pflegen wir bei allen anderen Methoden zu machen, nur noch in häufigerer Weise. In den übrigen fünf Fällen, die in ihrem Verlaufe außer einem sehr langen Vorhandensein von Gonokokken nichts Abnormes bieten, schwanden die akuten Entzündungserscheinungen rasch; die eiterige intensive Sekretion cessierte und machte einer serösen Platz, die einige Male gleichfalls rasch verschwand. In den Tripperfäden fanden sich indes noch lange, selbst nach mehr als 30 Spülungen; Gonokokken. Nachfolgend eine kurze Übersicht über diese zehn Fälle.

Tabelle III.

No.	Dauer der Blennorrhoe	Diagnose	Zahl der Spülungen	Wann schwinden die Gonokokken?
1	4 Wochen	U. a.	35	28
2	2 Wochen	U. a. p. acut.	20	noch vorhanden
3	2 Wochen	U. a. p. acut.	8	" "
4	2 Wochen	U. a. p. acut.	27	" "
5	4 Wochen	U. a. p.	19	" "
6	5 Wochen	U. a. p.	21	" "
7	6 Wochen	U. a. p.	8	" "
8	4 Monate	U. a. p.	36	14
9	1/2 Jahr	U. a. p. chron.	30	3
10	6 Jahre	{ U. a. p. chron. Prostatitis Vasculitis seminal. }	20	noch vorhanden

In den oben erwähnten fünf Fällen, die ungeheilt gegen unseren Rat das Krankenhaus verließen und bei denen die Behandlung demgemäß abgebrochen werden mußte, lagen die Verhältnisse folgendermaßen:

Tabelle IV.

No.	Dauer der Blennorrhoe	Diagnose	Zahl der Spülungen	Wann verschwinden die Gonokokken?
1	4 Tage	U. a.	5	noch vorhanden
2	6 Tage	U. a.	5	" "
3	10 Tage	U. a.	12	" "
4	3 Wochen	U. a. p. acut.	7	3
5	3 Jahre	U. p. chron.	16	noch vorhanden

In Fall 5 ist bemerkenswert, daß die Gonokokken zuerst nach der dritten Spülung fortblieben, nach dem Aussetzen der Behandlung jedoch wieder gonokokkenhaltige Sekretion auftrat.

In einer großen Anzahl von Krankengeschichten verzeichnete ich den Längen- und Weitengrad der Harnröhre. Da diese Notizen aber lediglich nach dem Gefühl gemacht sind und keine genauen Volumbestimmungen des Füllungsgrades der Urethra vorgenommen sind, wie DREYSEL¹⁴ sie jüngst veröffentlicht hat, so machen sie keinen Anspruch auf Präzision. Immerhin möchte ich bemerken, daß sich bei acht von den zehn Ungeheilten eine kurze, enge, ziemlich rigide, zum Teil ödematöse Harnröhre vorfand.

Um zu entscheiden, ob eine Methode in der Behandlung des Trippers wesentliche Erfolge aufzuweisen hat, verdient die Frage, in wie rascher Zeit die spezifischen Erreger getötet werden und aus der Harnröhre verschwinden, am meisten Bedeutung. Wie verhält sich dies nun bei unserer Methode? Ich nehme mit anderen Autoren, vornehmlich CHOTZEN,¹³ JADASSOHN¹⁷ und MÖLLER¹⁵ den siebenten Tag als Grenze und ziehe demgemäß aus Tabelle I, III und IV* folgende Konsequenzen:

Bei Urethr. ant. verschwanden die Gonokokken 13 Mal innerhalb der ersten Woche, 10 Mal wurden sie auch ferner getroffen; bei Urethr. post. ist das Verhältnis 35 : 29; also in Summa 48 : 39 oder 55,2 %.

Innerhalb der ersten sieben Tage waren definitiv gonokokkenfrei:

bei der Behandlung mit Alumol (CHOTZEN)	53 %
mit Argent. casein. (JADASSOHN)	25 %
mit Kal. perm. Janet (MÖLLER)	29 %
mit Kal. perm. Janet (EKELUND)	71 %
mit Ichthyolduschen (WERNER)	55 %.

Während die so erhaltene Zahl gewiß als außerordentlich günstig zu bezeichnen ist, ist die Anzahl derjenigen Gonokokken, bei denen nach erheblich langer Anwendung des Verfahrens noch Blennorrhoen sowohl durch das Mikroskop, wie durch die Kultur (also virulent!) nachzuweisen waren, keine geringe. Nehmen wir die 20. Spülung als Grenze, so finden wir — hierbei muß naturgemäß Tabelle IV unbenutzt bleiben — noch in zehn Fällen negatives Resultat, also in 12,2 %. Diese Zahl ist indes doch noch kleiner, als JADASSOHN sie bei der gewöhnlichen Injektionsbehandlung mit Ichthyollösungen gefunden hat; 44 Urethritides anteriores — 19 Mal Gonokokken noch nach einem Monat; 25 Urethr. posteriores — 14 Mal positiver Gonokokkenbefund nach einem Monat. Gerade hierbei möchte ich indes betonen, daß ein Vergleich der Erfolge bei dieser oder jener Behandlung der Blennorrhoe fast stets hinkt, besonders deswegen, weil ein

* Bei Fall 1 und 2 der Tabelle IV nehme ich an, daß die Gonokokken bei weiter fortgesetzter Behandlung erst nach dem siebenten Tage verschwunden wären.

Hauptfaktor in der Vergleichsreihe so überaus verschieden ist: das Krankenmaterial. JADASSOHN hat in der schon oft zum Vergleich herangezogenen Arbeit in vorzüglichster Weise die Gesichtspunkte ausgearbeitet, nach denen die Beurteilung der Tripperbehandlung erfolgen sollte; trotzdem ist nur eine geringe Anzahl von Autoren in ihren Veröffentlichungen diesen Plänen gefolgt. Man vergleiche nur die beiden von MÖLLER und EKELUND¹⁶ bei Anwendung der gleichen Methode erhaltenen, obenstehenden Zahlen, und man wird die Schwierigkeit einer Kritik begreifen. Und doch geben uns nur Zahlen das Mittel an die Hand, erzielte Resultate in ihrer Wirkung zu vergleichen. Ich kann daher auch nicht darauf verzichten, meine Erfolge, in Prozenten ausgedrückt, denen anderer Autoren gegenüberzustellen. Ich muß mich aus den oben angeführten Gründen darauf beschränken, meine Fälle nur in Geheilte (A) und Ungeheilte (C) zu teilen. Unter den unter Lit. B befindlichen Fällen sind nach JADASSOHN'S Vorschlag solche zu verstehen, „die nicht genügend lange verfolgt worden sind, um den positiven Erfolg — definitives Ausbleiben der Gonokokken — zu konstatieren.“

Tabelle V.

		A	B	A + B	C
MÖLLER Kal. perm. Janet.	U. a.	69,5%	—	69,5%	30,5%
	U. p.	51,6%	9,4%	61,0%	39,0%
JADASSOHN Argonin	U. a.	71,5%	29,5%	100%	—
	U. p.	85,3%	49,0%	84,3%	15,7%
CHOTZEN Alumnol	U. a.	86,5%	—	86,5%	13,5%
	U. p.	100,0%	—	100%	—
JADASSOHN Ichthyol	U. a.	46%	46%	92%	7%
	U. p.	32%	40%	72%	28%
WERNER Ichthyolspülung	U. a.	95%	—	95%	5%
	U. p.	85,5%	--	85,5%	14,5%

Die Tabelle zeigt, daß das, was wir mit unserer Methode erzielt haben, ruhig einen Vergleich mit den Resultaten Anderer aushält, insbesondere daß durch diese Applikation der Ichthyollösungen günstigere Ergebnisse gewonnen werden, als mit einfachen Injektionen. Das, was nach meiner Überzeugung die Ursache dieses Faktums ist, scheint mir überhaupt in der Therapie der Blennorrhoe äußerst wichtig und bisher nicht genügend betont: das mechanische Moment. Ich glaube, daß es gewiß darauf ankommt, die pathognomonischen Erreger zu zerstören, resp. den Nährboden, auf dem sie sich angesiedelt haben und den sie weiter benutzen wollen, ungeeignet zu machen;

aber es scheint mir, daß hierzu nicht allein ein parasiticides Mittel genügt, sondern daß zunächst mal eine gehörige Reinigung des Wundbodens angestrebt werden muß. Auf dieser mechanischen Reinigung beruht meines Erachtens auch ein erheblicher Teil der Wirkung des JANETschen Verfahrens. Um diese Vermutung zu bestätigen, sind zur Zeit auf unserer Abteilung Versuche im Gange, in denen wir mit möglichst indifferenten Lösungen — physiologische Kochsalzlösung, steriles Wasser und dergleichen — ähnliche Spülungen, wie die beschriebenen, bei akuten und chronischen Trippern vornehmen. Sollten die Versuche zu einem günstigen Ergebnis führen, so werden wir nicht anstehen, dieselben zu veröffentlichen.

Daß es keineswegs gleichgültig ist, mit welchen Mitteln man arbeitet, ist uns allerdings bereits klar geworden, als wir an Stelle der Ichthyollösungen einprozentiges Resorcinwasser benutzten. Es lag nahe, den Versuchen mit Ichthyol solche mit dem verwandten Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel (UNNA¹⁸) anzuschließen, zumal da Resorcin als wenig reizendes Antisepticum gleichfalls in der Blennorrhoe-therapie seinen Platz behauptet hat. Die Versuche, über die mir ein kurzes Referat gleichfalls gestattet sei, haben indes ein unbefriedigendes Resultat ergeben und sind, nachdem wir 18 Kranke in der gleichen Weise wie sonst mit Ichthyollösungen behandelt haben, aufgegeben worden. Es gelang uns nur eine Urethr. anter., die seit 14 Tagen bestand, durch 15 Duschen zu heilen, nachdem die Gonokokken am zweiten Tage geschwunden waren. Unter den übrigen 17 waren 4 anteriore, 13 posteriore blennorrhische Harnröhrentzündungen, von denen 8 mit Epididymitis, eine mit Abscessus paraurethralis und eine mit Cystitis kompliziert waren. Fünfmal verschwanden die Gonokokken nach zwei (zwei Fälle), bzw. acht (zwei Fälle), bzw. zwölf Spülungen. Es entwickelten sich aber später Nebenhodenentzündungen, Blasenhalstreizungen, posteriore Urethritiden etc., oder aber der katarrhalische Zustand der Harnröhrenschleimhaut nahm eine Wendung zum Schlimmeren. (Vergl. Tabelle pag. 137.)

Es erübrigt noch, über sechs akute Blasenkatarrhe, die mit Ichthyolspülungen behandelt wurden, zu berichten. Vorerst möchte ich erwähnen, daß auch vier nicht blennorrhische (der Nachweis der Gonokokken gelang weder durchs Mikroskop, noch durch die Kultur) Urethritiden mit Ichthyolduschen geheilt wurden. In allen vier Fällen bestand eine mäßig eiterige, nicht sehr intensive Sekretion; im Sekret fanden sich Kokken und Stäbchen von verschiedener Form, die sich teils nach GRAM färbten, teils entfärbten. Sieben bis neun Duschen brachten die Sekretion und den entzündlichen Prozeß zum Schwinden, Zahlen, wie sie auch VILLETTI¹⁹ in derartigen Fällen erhalten hat. Bei den sechs Fällen von akutem blennorrhischen Blasenkatarrh —

Tabelle VI.

No.	Dauer der Blennorrhoe bis zum Beginn der Behandlung	Womit vorher außerhalb des Hospitals behandelt	Diagnose beim Eintritt	Zahl der Duschen	Nach wie viel Duschen verschwinden die Gonokokken?	Warum wurde die Behandlung ausgesetzt?
1	17 Tage	—	Ur. ant.	6	noch vorh.	Auftreten einer Urethritis posterior
2	21 Tage	—	U. a. Abscess. para-urethralis	8	" "	Eiterige Sekretion unverändert
3	3 Wochen	—	U. a.	5	" "	Auftreten einer Urethritis poster. Blutharn.
4	2 Monate	Ichthyol-Injekt.	U. a.	16	" "	Urethrit. poster. und Cystitis acuta
5	1 Monat	Zinc. sulf.-Injekt.	U. poster.	12	8	Urethr. poster. macht akute Symptome. Epididymitis
6	6 Wochen	—	U. p.	10	noch vorh.	Sekretion erheblich vermindert. Gonokokken!
7	?	—	U. a. p. Epididymitis	8	" "	Gonokokken!
8	7 Wochen	—	U. a. p. Epididymitis	2	" "	Akute Urethr. poster. Tenesmen, Blutung etc.
9	5 Monate	—	U. p.	14	2	} Keine Verminderung der Sekretion; Urin immer sehr trübe und voll Fäden
10	2 Monate	—	U. a. p. Epididymitis	19	2	
11	8 Monate	Bleiwasser-Injekt	U. p. Cystitis	26	8	Sekretion unverändert. Ödem der Glans penis
12	6 Monate	Zinc. sulf.-Injekt.	U. a. p.	20	12	Urin immer trübe und fädenhaltig
13	2 1/2 Mon.	" " "	U. a. p. Epididymitis	12	noch vorh.	Tenesmen, Blutung, Ödem des Penis
14	1 1/4 Jahr	" " "	U. a. p. E. dupl.	14	" "	Gonokokken!
15	4 Wochen	Wildung. Balsam	U. a. p. E. dupl.	2	" "	} Akute Urethritis poster. Tenesmen. Blutung
16	?	—	U. a. p. E. dupl.	4	" "	
17	8 Wochen	—	U. a. p. Epididymitis	20	" "	Gonokokken!

Nachweis der Gonokokken in dem durch Centrifugieren erhaltenen Urinsediment — genügte in drei Fällen eine einfache Spülung analog der Behandlung der Urethr. post., um die Ichthyollösung in die erkrankte Blase zu bringen, bei der anderen Hälfte wurde die Ausspülung mittelst Katheters vorgenommen. Dreimal bestand erhebliche Temperatursteigerung, sehr häufiger Harndrang, Blutharn, gestörtes Allgemeinbefinden. In diesen Fällen sahen wir ganz vorzügliche Erfolge: nach zwei Spülungen schwand der Tenesmus, die Temperatur ging herab, der Urin wurde klar oder war kaum noch trübe; nach 11, 14 bzw. 15 Spülungen definitive Heilung. In einem vierten Falle trat ursprünglich grofse Besserung ein: Abnahme des Tenesmus, Verschwinden der Gonokokken nach fünf Spülungen, dann

während der Behandlung leichtes Recidiv. In zwei weiteren Fällen erzielten wir nur ganz geringe Besserung, so daß wir nach fünf, resp. zehn Spülungen (Katheter) zu Argoninlösungen griffen, bei deren Anwendung rasche Besserung eintrat. Ähnliche zweifelhafte Resultate erzielte auch ULLMANN.⁹⁰ Wir glauben, daß bei mit hohem Fieber einhergehenden Blasenkatarrhen mit starkem Harndrang und Blutbeimengung die Ichthyolapplikation indiziert ist.

Litteratur.

1. FÜRST, Zur Behandlung der Blennorrhoe nach dem JANETSchen Verfahren. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1894.
2. JADASSOHN, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Ichthyol. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. No. 38 u. 39.
3. BALZER, *Thérapeutique des maladies vénériennes.*
4. DELAROCHE, Traitement de la blennorrhagie par des lavages au siphon. *Thèse de Paris.* 1893.
5. LOHNSTEIN, Über die Verwendbarkeit des Ichthyols bei Krankheiten des Urogenitaltraktes. *Allg. med. Centralztg.* 1893. No. 103.
6. CANOVA, De l'ichthyol dans le traitement de la blennorrhagie. *Thèse de Paris* 1895.
7. SCHÄFFER, Zur Diagnose der Urethritis posterior. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. XXX.
8. GOLDENBERG, Über den diagnostischen Wert der modifizierten THOMPSONSchen Zweigläserprobe. *Centralbl. f. Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorg.* 1894. Bd. V. Heft 7. pag. 356.
9. SCHÜTZER, Die hydriatische Behandlung der Blennorrhoe. *Bl. f. klin. Hydrotherap.* 1895. No. 10.
10. MIBELLI, Über die Behandlung der Urethritis blennorrhagica mittelst Ausspülungen mit Kal. permang. Demonstration einer doppelläufigen Kanüle von Dr. G. VANGHETTI zu Urethralirrigationen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XIX. No. 6.
11. VANGHETTI, Glaskanülen zu Irrigationen der Harnwege. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. No. 5. pag. 231.
12. PEZZOLI, Zur Histologie des blennorrhoeischen Eiters. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 34. Heft 1.
13. CHOTZEN, Alumol, ein Antiblennorrhoeicum. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 31. pag. 207.
14. DREYSEL, Urologische Beiträge. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 34. pag. 349.
15. MÖLLER, 100 Fälle von Urethritis blennorrhoeica, behandelt nach JANETS' Methode. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 35. pag. 45.
16. EKLUND, Beitrag zur Behandlung der Blennorrhoe nach der JANETSchen Methode. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 31. pag. 343.
17. JADASSOHN, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Argonin (Argonia). *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1895. Bd. 32. Heft 1 u. 2.
18. UNNA, Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel. *Dermatol. Studien.* 2. Heft. Hamburg 1886.
19. VILLETTI, *L'ichthyol dans le traitement des uréthrites et cystites.* Rom 1894.

20. ULLMANN, Erfahrungen über die Wirkung des Ichthyols bei äußerlicher Anwendung. *Ärztl. Centralans. Wien.* 1893. No. 5 u. 6.
21. SCHLIFFKA, Bemerkungen zur modernen Trippertherapie. *Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 52.
22. COLOMBINI, Über die Häufigkeit der Prostatitis etc. *II Policlin.* 15. September 1895. Ref.: *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 23. Heft 1. pag. 49.

Zur neuesten Geschichtsschreibung über Syphilis.

Von

J. K. PROKSCH in Wien.

Obwohl die Geschichte der venerischen Krankheiten, und besonders der Syphilis, seit Jahrhunderten aufs eifrigste beforcht, in zahlreichen Broschüren und Specialwerken niedergelegt und darum auch unter der Geschichte aller Krankheiten am besten bekannt ist, so gehört es in unseren Tagen dennoch zu den größten Seltenheiten, wenn wir diesen Gegenstand in dem einen oder anderen von den wirklich dicht gesäten Compendien, Lehr- und Handbüchern in nur halbwegs befriedigender Weise behandelt finden.

Es existieren darüber Meinungsverschiedenheiten, ob es überhaupt notwendig oder auch nur nützlich und zulässig ist, die mannigfachen Zweige der Heilkunde in den der Praxis gewidmeten Werken historisch zu bearbeiten; doch dürfte darüber wohl Stimmeneinhelligkeit herrschen, daß, wenn es geschieht, es allen Anforderungen der Wissenschaft entsprechen muß.

Demnach mag es also genügend gerechtfertigt erscheinen, wenn in folgendem auf eine lange Reihe von Irrtümern hingewiesen wird, welche sich auch in das neueste Opus von ISIDOR NEUMANN¹ eingeschlichen haben. Dabei soll jedoch von allen Meinungs-differenzen, die ja zwischen den einzelnen Forschern über einige noch nicht hinlänglich aufgehellte Punkte auch für die Zukunft bestehen mögen, völlig abgesehen werden, und nur die Verstöße gegen vollkommen feststehende historische Thatsachen sollen Berücksichtigung finden.

Was zunächst und am raschesten, beim bloßen Durchblättern, einen Geschichtsschreiber in den Augen des historisch geschulten Lesers diskreditiert, ist, wenn sich die Versehen in der Rechtschreibung der einzelnen Autorennamen allzu häufig wiederholen. Manche Namen sind allerdings fast unverwüstlich und können, wie auch immer geschrieben, nur schwer zu irgend einer Verwechslung oder einem Irrtum anderer Art Anlaß geben. Wenn wir daher in dem eben erwähnten Buche lesen: DIAZ DE ISLA, BOERHAVE, FALLOPIA, GIETANER, VALESCUS DE TARANTOS, PELLIZARI, ROLETT, BIDENCAP, LEISTRIKOW, MANNIO, HAMONIE, LANCEREAUX, GASPART, MAKENZIE, MACKENZI, CHWOSTEK, BOTALLI, RHAYER, MATHIOLUS, PANKRITIUS, FRANÇOIS DELEBOR (und so viele, viele andere), so weiß doch jeder in der Litteratur nur halbwegs bewanderte Fachmann, welchen Schriftsteller er eigentlich vor sich haben soll; zudem ist auch ein Teil dieser Namen im Register korrigiert. Freilich ist auch auf dieses Autorenregister kein Verlaß; denn nicht nur, daß eine beträchtliche Anzahl von

Versehen stehen geblieben sind, sondern es kamen auch noch eine Reihe von Irrungen die sich im Texte gar nicht finden, in dasselbe gerade erst hinein. So finden sich z. B. im Text richtig: SCHMAUS, AQUILANUS, LINDMANN, DREYFUS; im Register jedoch unrichtig: SCHMAUSS, AQUITANUS, LINDEMANN, DREEFUS; auch ganz neue Namen, die sich im Text überhaupt nicht finden, z. B. WALLENT, kamen erst in das Register. Vielleicht lesen auch noch die meisten Fachleute leicht

statt:	richtig:
MÉSNE	MESÜE
H. WILLIAM BECKE	WILLIAM BECKETT
ASTHUC	ASTRUC
RICHON DE BRU	RICHOND DES BRUS
PENADA JAKOSSO und PENADA JAKOPO	JACOPO PENADA
ANGERIUS FERRIERUS	AUGERIUS FERRERIUS
PETRON. ALEX. TRAJANUS	ALEXANDER TRAJANUS PETRONIUS
LUISMUS und LUISIN	LUISINUS
DIDIER	DEIDIER
MACENAMARA	MACNAMARA
BURLACH	BURDACH u. s. w.

Etwas schwieriger dürfte es sich jedoch gestalten und manchmal auch erst durch langwieriges Nachschlagen zu ermitteln sein, das

statt:	richtig:
OFFERKORN	PFEFFERKORN
BOCKBURN	COCKBURN
BROGHEST	BURGHART
POMSTONUS	TOMITANUS
BJÖRNSEN	BJÖRKÉN
RAMUSSOW	RASUMOW
BOGER und BOGHER	PHILIPPE BOYER
HOGARTH	HOYACK
PAUL H. JULIUS	HERMANN JULIUS PAUL
BRUNEKENS	BRÜHLKENS
MAGAGNIX	MORGAGNI u. s. w.

zu lesen ist. Diese Namen sind, in derselben Weise verstümmelt, auch in das Autorenregister übergegangen; nur die beiden letzteren Namen sind daselbst überhaupt ganz weggeblieben. Manchmal sind durch Verwechslungen und Verschreibungen eines Namens zwei, auch drei vermeintlich verschiedene Schriftsteller entstanden; so z. B.

aus:	auch ein:
PH. BOYER	BOGER und BOGHER
BENEDICTUS VICTORIUS	VICTORIUS BENEDICTUS
BAUMÈS	BEAUMÈS
ALESSANDRO BENEDETTI	ALEXANDER BENEDICTUS
BERKELEY HILL	HILL BERKELEY
ALFONSO FERRO	ALF. FERRI und FERRIUS
ANTONIUS MUSA BRASSAVOLUS	ANTONIUS MUSA ²
BARTOLOMEO MAGGI	BARTH
DESPRÈS	DEPRÈS
SPEK	SPEETH;

doch werden dem Leser hierfür genügende Kompensationen geboten, da ja doch auch oft genug aus zwei verschiedenen Schriftstellern ein einziger gemacht wird. JOHANNES SALICETUS (gewöhnlich WIDMANN genannt), der Tübinger Professor zu Ende des 15.

und Anfang des 16. Jahrhunderts, ist als SALICETO mit dem berühmten Bologneser Wundarzt aus dem 13. Jahrhundert, WILHELM VON SALICETO zusammengeworfen; ebenso der bedeutende JOHN HUNTER im vorigen mit einem in der Hälfte dieses Jahrhunderts lebenden, nicht näher bekannten CHRIST. HUNTER; auch MANARDUS und MAYNARDUS scheinen gleich eins zu sein. Die im Text manchmal richtig als verschieden angedeuteten BEHREND, BELL, BOECK, CULLERIER, MACKENZIE, PELLIZZARI, SCHMAUS, TAYLOR, WENDT und viele andere, verzeichnet das Autorenregister ebenfalls als je einen. Welcher von den verschiedenen und nur glattweg genannten FABRE, DEVERGIE, FISCHER, HECKER, LAGNEAU, MAYER u. s. w. gemeint ist, dürfte sich manchmal nur schwer entscheiden lassen.

Dieselben, teils nur störenden, teils aber irreführenden Ungenauigkeiten finden sich in derselben Häufigkeit auch in der Bibliographie; doch würde deren Vorführung einen allzu großen Raum in Anspruch nehmen, denn schon auf der ersten Seite finden sich unter fünf Litteraturangaben nur zwei richtige, weshalb auch hierüber nur einige Stichproben gemacht und die Korrekturen in Klammern beige setzt werden sollen:

BENEDETTI, *Diaria de Cello (bello) Carolino.*

FEBRI, *De ligni somet (sancti).*

BREDA, *Casi di spondilite cervicale et di pattura (frattura). . . Giorn. ital. di (delle) mal. ven. Milano 1883. (1888).*

BROSSARD, *Des tumeurs solides des (l) du couclon (cordon) spermatique. Arch. génér. de méd. 1884, 2267. (II, 267.)*

Wer diesen fast auf jeder Seite sich findenden Litteraturangaben nachgehen will, wird manchmal viel unbelohnte Mühe haben. Noch weitaus schwieriger und zeitraubender wäre es für alle, die nicht ein ganzes Leben mit der Geschichte der Medizin und speziell der Syphilis zugebracht haben, die sachlichen Irrtümer aufzufinden, weshalb diese etwas eingehender, wenn auch bei weitem nicht erschöpfend behandelt werden mögen. Gänzlich ausgeschlossen müssen billigerweise alle die zahlreichen Irrungen werden, welche teils stillschweigend, teils nur obenhin angedeutet von den älteren Syphilishistorikern herübergenommen worden sind, trotzdem es schon an der Zeit wäre, auch mit diesen einmal aufzuräumen.

GIOVANNI DE VIGO steht pag. XIX mitten unter den ärztlichen und Laienschriftstellern des Mittelalters und muß mit diesen die Existenz der venerischen Bubonen für diesen Zeitraum erweisen, während er aber pag. 4 „der bedeutendste Schriftsteller im Beginne des 16. Jahrhunderts“ genannt wird, welcher „bereits 1513 weiche und harte Geschwüre unterscheidet“. Diese Unterscheidung der Geschwüre datiert jedoch mindestens um anderthalb Jahrtausende zurück, da sie bereits bei CELSUS⁸ mit vollkommener Deutlichkeit zu finden ist. Demselben VIGO, dessen erste, überaus wichtige Schrift von IS. NEUMANN bald mit 1513, bald mit 1514 und 1516 angegeben wird, werden außerdem noch die sonderbarsten Funktionen zugebracht; so heißt es z. B. pag. 101: „Der Name „Bubas“, spanisch Pocken, ist eingeführt von DE VIGO,“ und zwar in der ersten Zeit, der auch von IS. NEUMANN angenommenen Syphilisepidemie, also um 1495. Ist es denkbar, daß ein späterer italienischer Chirurg diese Benennung vorher beim spanischen Volke einführt? Dem aufmerksamen Leser ist jedoch noch aus pag. XXVII der vom 5. April 1488 datierte Brief des PETRUS MARTYR AN ARIUS LUSITANUS in Salamanca im Gedächtnis, woselbst es deutlich ausgesprochen wird, daß die Syphilis schon damals unter dem Namen „Bubas“ in Spanien bekannt war. Auch der wiederholt citierte spanische Arzt DIAZ DE ISLA⁴ erzählt als Ohrenzeuge und sehr breitspurig, daß die spanischen Weiber bereits zehn Jahre vor der Ankunft des Columbus aus Amerika (also schon 1483) mit den „Bubas“ gerade so

fluchten, wie schon der König David bei den alten Israeliten mit Zazaath und Eiterfuß. In der von Is. NEUMANN mit so großem Fleiße verwendeten, jedoch nicht citierten, später zu erwähnenden Bibliographie findet sich der Name „Bubas“ bereits auch bei dem ältesten spanisch schreibenden ärztlichen Schriftsteller, bei VILLALOBOS⁴ (1498).

Pag. XXV lesen wir: „MAYNARDUS erklärte die Syphilis als eine Species der Lepra.“ Dagegen pag. 100: „Auch die Hypothese erwies sich als unhaltbar, die Krankheit mit dem Aussatz des Mittelalters zu identifizieren, wie seiner Zeit durch NAT. MONTESAURUS und LEB. (richtig SEBASTIAN) AQUILANUS geschehen.“ Da die Werke dieser Schriftsteller dreißig Jahre auseinanderliegen, so sind sie doch nicht alle gleichzeitig zur Erklärung einer Meinung heranzuziehen. Das Richtige in dieser Sache ist indes, daß wir von den ältesten Syphilographen aus dem Ende des 15. bis fast an das Ende des 16. Jahrhunderts beinahe die meisten in dem Streit über die Identität der Syphilis mit der Lepra oder irgend einer anderen aus dem Altertum und Mittelalter bekannten Krankheit (besonders chronischen Exanthenen), verwickelt finden; erst später wurde dieser Streit nur mehr sporadisch geführt.

Ferner heißt es pag. XXV: „Eine Hypothese, die bald nach dem epidemischen Auftreten der Syphilis (d. i. also um 1495) aufgestellt wurde, war, daß die neue Krankheit amerikanischen Ursprungs sei . . . Diese Behauptung wurde zuerst von dem Spanier OVIEDO aufgestellt.“ — Nun ist es aber bekannt, daß OVIEDO 1495 noch ein Knabe war, und seine *Relacion sumaria de la historia natural de las Indias* viel später erschienen ist, als die auf den amerikanischen Ursprung hinweisenden Stellen des LEONARD SCHMAUS⁵ und ULRICH VON HUTTEN.⁷

Pag. LXVIII ist gesagt: „Gerechtes Aufsehen machten die schon in den 1840er Jahren bekannt gewordenen Fälle von Übertragung der Syphilis durch die Vaccination.“ — Einzelne Fälle reichen bis in den Beginn unseres Jahrhunderts, so daß bereits der auch als Syphilidologe rühmlich bekannte Mailänder Prof. GIOVANNI BATTISTA MONTEGGIA am 17. Februar 1814 in der Sitzung der dortigen Akademie der Wissenschaften den Lehrsatz aufstellen konnte: „Bei der Vaccination eines Syphilitischen bildet sich eine Pustel, die beide Giftarten enthält.“ In demselben Jahre am 16. Juni impfte Prof. MARCOLINI in Udine von einem Mädchen zehn Kinder, und von diesen am 30. Juni dreißig andere, die fast alle syphilitisch wurden. Genauer beschrieben sind die dem Prof. GASPARRE CERIOLI im Jahre 1821 vorgekommenen Fälle an vierzig Kindern, und die des Distrikts- und Bataillonsarztes in Frederiksberg EWERZEN aus dem Jahre 1830, wodurch schon damals einige Streitschriften provoziert wurden, die in dem Ausspruch gipfelten: Es existiert keine Vaccinalsyphilis. Dann wurde allerdings die Sache wieder vergessen, bis in den vierziger Jahren dasselbe Unglück neuerdings hereinbrach.⁸

Wenn pag. 2 CELSUS neben GALENUS als „Kommentator der Schriften des HIPPOKRATES“ genannt wird, so beruht dies wohl auf einer ganz neuen, allen Historikern bisher unbekanntem litterarischen Entdeckung, welche uns der Verfasser doch nicht allzu lange vorenthalten wird.

Dagegen ist es offenbar ein nicht gleichgültiges Versehen, wenn es pag. 3 heißt: „Erst von den arabischen Ärzten im 13. Jahrhundert wird der Ursprung der in Rede stehenden Krankheitsformen e coitu cum muliere foeda aut meretrice erwähnt.“ — Weder die Araber des 13., noch die eines früheren oder unmittelbar folgenden Jahrhunderts sprechen davon auch nur ein Wort; erst die abendländischen Ärzte dieses Zeitraumes, die sog. Arabisten, unter diesen besonders SALICETO, LANFRANCO, VALESCUS VON TARANTA und GÉRAUD VON BERRY nennen diesen schon viel früher bekannten Ansteckungsweg zuerst in wissenschaftlichen Werken.

Auf derselben Seite 3 ist die bekannte Erzählung des Byzantiners KEDREUS lang und breit zum zweiten Male (zuerst pag. XIII) wiedergegeben; nur wird der Erzähler einmal als „Kirchenvater CEDREUS“ und dann als „Chronist CEDREUS“ vorgeführt. Wiederholungen, die sich in dem einen oder anderen Punkte widersprechen, oder irreführende, manchmal auch nur nebensächliche Variationen aufweisen, kommen übrigens ziemlich häufig vor. Da dieselben jedoch einfach darauf zurückzuführen sind, daß einmal dieser, ein andermal jener Historiker abgeschrieben wurde, so mag dieses Vorgehen hiermit eben nur angedeutet sein.

Pag. 4—5 wird gesagt, daß BRASSAVOLUS „eine Unzahl von Varietäten der Syphilis aufstellte“; diese Unzahl wird pag. 107 mit 294 angegeben, soll aber richtig 284 heißen.

Ebenda wird JOHN ANDREE als ein Gegner der Identität der venerischen Kontagien hingestellt, auch werden ihm eigene beweisende Inokulationsversuche zugeschrieben. ANDREE⁹ sagt jedoch bezüglich dieser nicht ein Wort mehr als: „Ein scharfsinniger Wundarzt hat bewiesen, daß die Trippermaterie einen wahren venerischen Chanker verursachen könne, indem er sich mit einer Lanzette inokulierte, die mit dieser Materie befeuchtet war. Gleichergestalt inokulierte er sich mit einer Materie, die von einem Chanker genommen war, und fand, daß der Chanker, der von der Trippermaterie verursacht wird, ebenso gewiß venerisch und giftig sey, als derjenige, der durch Einimpfung mit der Materie von dem Chanker entsteht.“ Damit erzählt ANDREE offenbar eben nur die 1767 von JOHN HUNTER ausgeführten Experimente, welche dieser erst 1786 veröffentlichte, und will damit ja gerade die Identität beweisen. Von demselben Berichte ANDREES sagt Is. NEUMANN auch pag. 6: „Schankermaterie, in die Harnröhre gebracht, erzeugte keinen Tripper.“ Davon steht im ANDREE doch nicht eine Silbe!

Eine für jeden Geschichtskenner unmögliche Stelle kommt noch pag. 5 vor: „Da man zu jener Zeit (Beginn des 16. Jahrhunderts) auch den Tripper von Geschwüren in der Harnröhre ableitete, faßte man alle jene Zustände, die wir gegenwärtig als Tripper, Schanker und Syphilis scharf trennen, unter den Namen „Caries gallica“ zusammen.“ — Diesen Namen gebrauchten doch nur sehr wenige Ärzte, unter ihnen allerdings auch FALLOPIO,¹⁰ und nur für die äußerlich sichtbaren ulcerösen Initialaffekte.

Die Seite 41 ist zur Hälfte mit litterarhistorischen Rätseln erfüllt, von denen jedoch nur ein kleiner Abschnitt erwähnt sei: „PIETRO DE ARGELATA (1480, 1492, 1497, 1499), MARCELLUS CUMANUS (1495), JOANNES DE VIGO (1516), JOHANNES SALICETO (1497, 1501), PARACELsus (1528—1568), FALLOPIA (1564—1606) bringen die Entstehung des Bubo mit Geschwüren am Penis in ursächlichen Zusammenhang.“ — Abgesehen davon, daß es schwer verständlich ist, warum für die seit dem Altertum stets wohlbekannte Thatsache, wonach die einem Geschwüre zunächst gelegenen Lymphdrüsen zu Bubonen werden, ein mittelalterlicher und mehrere neuzeitliche Autoren citiert werden, so fallen außerdem die eingeklammerten Zahlen recht sonderbar auf; daß dieselben sich nicht, wie dies bei den meisten Historikern und auch bei Is. NEUMANN zumeist üblich ist, auf die Lebenszeit der Autoren, sondern nur auf die Druckjahre ihrer Schriften beziehen können, ist dem Geschichtskundigen allerdings auf einen Blick klar. Aber warum stehen dann pag. XIX für ARGELATA grundverschiedene Ziffern, nämlich 1476, 1489, 1495, 1505, 1509 und 1546? Warum steht für VIGO, dessen Werke erwiesenermaßen von 1514 bis 1677 im Originale und Übersetzungen sehr oft herausgegeben wurden, bloß 1516? Weshalb steht für PARACELsus 1528—1568, da doch die meisten unter seinem Namen circulatingen Schriften erst nach dieser Zeit herausgegeben wurden? u. s. w.¹¹

Pag. 106 heisst es, „dafs noch 1726 SYDENHAM sagt.“ — Dieser grofse Arzt starb jedoch am 29. Dezember 1689, und seine dort interessierende Schrift¹² stammt aus dem Jahre 1680. Weiter lesen wir ebenda: „Bereits 1767 leugnet BALFOUR die Existenz syphilitischer Tripper, unterstützt durch die gleichzeitigen Arbeiten des TODE und ELLIS.“ — BALFOUR¹³ hat nicht gelehnet, sondern nur einen sehr gelinden Zweifel ausgesprochen; auch konnte er durch TODE¹⁴ und ELLIS¹⁵ nicht unterstützt sein, da diese Autoren erst vier, resp. acht Jahre später geschrieben haben.

Wenn pag. 110 die Beschreibung der syphilitischen Initialsklerose von JOHN HUNTER neben die Erwähnungen des MAYNARDUS und FALLOPPIO gestellt wird, so ist dies durchaus unstatthaft, denn diese berühren nur so nebenher, was jener ausdrücklich hervorhebt und genau beschreibt; allerdings hatte JOHN ANDREE vor JOHN HUNTER die Initialsklerose noch besser beschrieben. Ebensowenig korrekt ist die bereits erwähnte Bemerkung pag. 4: „VIGO unterscheidet bereits 1513 weiche und harte Geschwüre.“ — Dies thaten vor VIGO, wie gesagt, bis hinauf zu CELSUS die meisten Ärzte des Altertums und Mittelalters. Das historische Interesse liegt hier aber gar nicht in der beiläufigen Erwähnung der Härte irgend eines Geschwürgrundes, sondern in der Erkenntnis der pathologischen, resp. diagnostischen Bedeutung derselben; und darin machte um 1592 NICOLÒ MASSA¹⁶ den ersten wesentlichen Fortschritt, indem er das kallöse, indurierte Geschwür an den Genitalien als ein „signum demonstrativum morbi Gallici sine fallacia“ bezeichnete. Ebenda (pag. 4) ist es auch unrichtig, dafs die Aufzeichnungen des MARCELLUS CUMANUS¹⁷ „aus dem Beginne des 15. Jahrhunderts stammen“; richtiger, wenn auch nicht ganz sicher, ist die pag. 41 dafür angegebene Jahreszahl 1495.

Ferner ist pag. 110 noch gesagt: „Auch SWEDIAUR schliesst sich der HUNTERSchen Lehre an, auch er sieht Tripper, harte und weiche Geschwüre als Produkte eines und desselben Virus an.“ — Der HUNTERSchen Lehre¹⁸ konnte sich SWEDIAUR¹⁹ in der von Is. NEUMANN in der Fußnote citierten Schrift noch nicht anschließen, da diese zwei Jahre vor der ersten Ausgabe von HUNTERS berühmtem Werke erschienen ist. Pag. 693 wird jedoch SWEDIAUR zwischen BALFOUR und HERNANDEZ als ein „Vertreter der Nichtidentität der beiden Kontagien“ angeführt, was SWEDIAUR aber niemals war.

Eine andere neue, aber noch sicher zu stellende Entdeckung findet sich pag. 111—112: „Die Anhänger BROUSSAIS stellten die Existenz eines Virus in Abrede, eine Anschauung, welche schon im 16. Jahrhundert bestanden hatte und schon damals von POMETONUS widerlegt worden war.“ — Bisher waren in der Geschichte blofs TOMITANO²⁰ und MINADOUS²¹ als die Gegner der Avirulisten des 16. Jahrhunderts bekannt.

Pag. 372 lesen wir: „Obgleich die vom After in den Mastdarm sich erstreckenden syphilitischen Affektionen keineswegs selten sind, sind sie doch erst spät erkannt und gebührend beachtet worden. HENRY JAMES JOHNSON hat (1835) zuerst eine genauere Beschreibung der Geschwüre geliefert.“ — Mastdarmgeschwüre sind seit den Urzeiten her bekannt und bereits von HIPPOKRATES²² mittelst des Speculums diagnostiziert und behandelt worden; auch in der Syphilislitteratur wurden primäre und sekundäre Affektionen sehr häufig, wenn zumeist auch nur oberflächlich, beschrieben. Eine ausführliche Darstellung über „Ulcerazione e stringimento del retto“ gab GIOVANNI BATTISTA MONTEGGIA in seinen *Annotazioni pratiche sopra i mali venerei*, Milano, 1794, von pag. 182—196, auf Grund seiner eigenen klinischen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen und der des „GRANDE DESAULT“.

Pag. 407—408 findet sich in dem neuen Buche von Is. NEUMANN ein ganzes Nest voll unrichtiger Angaben über die Lebersyphilis, aus welchen jedoch nur die

eine berichtet sei, daß MORGAGNI²² die Erkrankung dieses Organes durch die Syphilis „in Abrede stellt“. — Dieser große Forscher sagt nur, daß er sich eines solchen Falles momentan (in praesentia non memini) nicht erinnere, und bemerkt unmittelbar darauf ausdrücklich: „Nec tamen propterea insicias ivero, quae rarius, aut nunquam mihi, ea saepius aliis, et quae saepius mihi, ea rarius aliis occurrere potuisse.“

Eine Berichtigung verlangt wohl auch die pag. 471—472 vorkommende Stelle: „Schon bei den Schriftstellern des vorigen Jahrhunderts, wie LANCISI, ANT. MATANI, ANT. JOSEPHUS TESTA, finden wir die Syphilis als Ursache aneurysmatischer Erweiterung der Blutgefäße angeführt. Doch verdanken wir genauere Kenntnis der syphilitischen Erkrankung der Blutgefäße erst den grundlegenden Arbeiten von VIRCHOW . . .“ — Auf die klassische Schilderung MORGAGNI'S von den syphilitischen Erkrankungen der Blutgefäße und besonders der Gehirnarterien habe ich²³ bereits im Jahre 1878 aufmerksam gemacht; auch bin ich²⁴ und andere Autoren, unter diesen EDUARD LANG,²⁵ wiederholt darauf zurückgekommen. Überdies finden sich Andeutungen über diese Erkrankungen lange vor MORGAGNI, besonders bei ASTRUC.²⁶

Pag. 485—486 gewährt den klarsten Einblick in die in dem ganzen besprochenen Buche IS. NEUMANN'S niedergelegte historische Thätigkeit: „Erst im Anfange unseres Jahrhunderts finden wir eine syphilitische Ulceration des Kehlkopfes erwähnt (W. CHANNING) und eine anatomische und klinische Beschreibung der syphilitischen Geschwüre des Larynx (CAESAR W. HAWKIN [richtig CAESAR H. HAWKINS]).“ — Diese Notiz ist, sowie überhaupt die meisten historischen Einleitungen zu den Kapiteln über die Visceralsyphilis, ohne den Lesern irgendwo auch nur ein einziges Wörtchen zu ver raten, aus meiner *Bibliographie*²⁷ konstruiert; denn richtig finden sich da ebenfalls als die ersten Spezialabhandlungen über diesen Gegenstand die Schriften von CHANNING und HAWKINS genau angeführt. Nun haben aber, wie sattsam bekannt, der Bibliograph und der Historiker zwei voneinander ganz verschiedene Aufgaben: Der erstere beschreibt ganz mechanisch, aber, falls er brauchbar sein will, sehr genau die Bücher und Schriften nach ihrem Titel, Format, Jahreszahl — kurz nach allen Äußerlichkeiten —; der andere beforcht ihren Inhalt und bestimmt ihren wissenschaftlichen Wert. Wer sich also dieser letzteren Arbeit unterzieht, wird finden, daß die Erkrankungen des Kehlkopfes bereits von einigen der ältesten Syphilographen als *Ranecdo vocis* erwähnt werden, daß MAYNARDUS²⁸ schon 1527 von einer Korrosion der Trachea arteria und einer *Strictura anhelitus* spricht, daß bereits G. F. IGERASSIA²⁹ in seinem *Liber de tumoribus praeter naturam*, Napoli 1553, einen Defekt an der Epiglottis einer syphilitischen Leiche beschreibt; ja diese Sache war schon Ende des 16. Jahrhunderts so allgemein bekannt, daß SHAKSPEARE dem der undankbaren Menschheit die Syphilis zufuchenden Timon von Athen³⁰ auch die Erkrankung des Kehlkopfes in den Mund legen konnte: „Crack the lawyer's voice, that he may never more false title plead.“ Und auch danach ist diese Krankheit niemals vergessen und von mehreren Forschern vor und nach MORGAGNI, und auch von diesem selbst,³¹ an den Leichen nachgewiesen worden. Dies alles und noch mehr kennt allerdings nur der Historiker sehr genau; der Bibliograph dagegen braucht nicht mehr zu wissen, als daß CHANNING und HAWKINS die Larynxsyphilis zuerst in separat erschienenen Artikeln beschrieben haben. Wie fleißig und sorgfältig die einzelnen Kapitel nach den Artikeltiteln in meiner *Bibliographie* bearbeitet wurden, zeigt auch der dem eben citierten, unmittelbar folgende Passus: „weiteres ist gegen die Mitte unseres Jahrhunderts nur eine spärliche Kasuistik über syphilitische Affektionen des Kehlkopfes vorhanden“. Darauf werden nun zwölf verschiedene Autoren und die zu ihnen gehörigen Separatartikel, genau so, wie sie sich in meiner *Bibliographie* finden,

vorgeführt; was aber während des ganzen Zeitraumes innerhalb der Litteratur geleistet wurde, ist nicht gesagt; im Gegenteil: es wird über sie als gar nicht vorhanden gesprochen; also nur die Titel der separat erschienenen Abhandlungen gelangen zur Geltung.

Ähnlich verhält es sich mit den pag. 508—509 vorgeführten historischen Bemerkungen über die Lungensyphilis; dieselben sind jedoch zumeist, und diesmal zugestandenermaßen, meiner 1879 erschienenen Arbeit *Zur Geschichte der Lungensyphilis* (NEUMANN hat dafür allerdings wieder „Lungensucht“), freilich ebenso wie der Titel verstümmelt, entnommen. Auch diese Erkrankung wurde bereits von den Syphilographen im Beginne des 16. Jahrhunderts aus der Semiotik erschlossen, in der Folgezeit von JOHANNES SCHENCK VON GRAFENBERG,³³ MARCO AURELIO SEVERINO³⁵ und besonders von MORGAGNI an der Leiche nachgewiesen. Seit BRAMBILLA³⁴ findet sich darüber eine nicht unbedeutende klinische Kasuistik, die aber in IS. NEUMANN'S Buche auch nur insoweit berücksichtigt wird, als dieselbe in separat herausgegebenen Abhandlungen erschienen und somit in meine *Bibliographie* aufgenommen ist. Mit dem pag. 509 von IS. NEUMANN für die Befunde von Lungensyphilis citierten MAGAGNIX kann wohl niemand anderer als MORGAGNI gemeint sein; wenigstens habe ich trotz langwierigen Nachsuchens zu keinem anderen Resultate gelangen können.

Auch gegen die pag. 787—788 gegebenen Nachrichten über die syphilitischen Erkrankungen der Muskeln lassen sich mancherlei Einwendungen erheben. Von weit größerem Interesse, als die verstümmelt wiedergegebene, allgemein gehaltene Bemerkung des ULRICH VON HUTTEN, ist doch die in seiner eigenen Krankengeschichte gemachte Angabe, nach welcher er an seiner Scapula „in medio musculo tuber ovi magnitudine“ hatte. Ferner sagt MAYNARDUS³⁵ lange vor BAYRUS³⁶ und FALLOPPIO ausdrücklich: „in multis infectis tali morbo (Gallico) apparent apostemata sclerotica in musculorum extremitatibus . . .“ Ebenso spricht derselbe Autor von einer Imbibition der Brustmuskeln und daher rührender Inobedientia derselben; und auch in der Folge ist dieser Gegenstand nicht wie behauptet wird „nahezu zwei Jahrhunderte fast gänzlich unbeachtet geblieben“, sondern von DANIEL TURNER,³⁷ ASTRUC,³⁸ PLENK,³⁹ JOHN HOWARD,⁴⁰ BENJAMIN BELL⁴¹ u. a. mehr oder weniger eingehend berücksichtigt worden; namentlich blieben die Muskelgummata, die sicher schon ULRICH VON HUTTEN und MAYNARDUS vor sich hatten, bekannt.

Pag. 820 wird gelehrt: „Ein historischer Rückblick lehrt uns, daß die Vererbung der Syphilis schon den ältesten Autoren auf dem Gebiete der Syphilidologie bekannt war.“ Als Bestätigung dieser Aussage werden dann FALLOPPIO, PARACELsus, FERNEL und FERRERIUS vorgeführt, von denen eben kein einziger unter die „ältesten“ Syphilographen gezählt werden kann; der älteste von diesen unchronologisch und teilweise verstümmelt vorgeführten Autoren, PARACELsus,⁴² hat die Lehre über den zweifachen Vererbungsmodus der Syphilis 1537, also 16 Jahre vor FERRERIUS,⁴³ veröffentlicht, ist jedoch keineswegs unter die ältesten Syphilographen zu stellen, da als diese nur die aus dem Ende des 15. und höchstens noch aus den fünf bis zehn ersten Jahren des 16. Jahrhunderts gelten können.

Für das Alter der „frühzeitigen Kauterisation venerischer Lokalfektionen“ ist pag. 862 VIGO angegeben. Diese Methode reicht jedoch weit in das Altertum zurück und ist besonders dringend von CELsus empfohlen; auch die alten Indier haben sie bereits geübt. Doch wurde diese Methode seit den abendländischen Ärzten des Mittelalters bis tief hinein in die Neuzeit ein häufiger Streitpunkt; denn schon ABELATA befürchtete davon die Entstehung von Entzündung und Eiterung der Leistendrüsen.

In demselben Raum, der pag. 874 für eine durchwegs irrthümliche Darstellung der Geschichte der Inunktionskur benutzt worden ist, hätte ganz bequem auch das Rich-

tige Platz finden können. Die Geschichte dieser Kur, welche seit den mittelalten Arabern, trotz der heftigsten, in den verschiedenen Jahrhunderten auftauchenden Anfeindungen von seite vieler und darunter höchst angesehener, gelehrter Ärzte, niemals aus der Praxis völlig verdrängt werden konnte, hätte für die Neuzeit wenigstens in ihren Hauptetappen, welche durch ALMENAR, MASSA, SYDENHAM, die Montpellierrische Schule im Beginne des vorigen Jahrhunderts, ASTRUC und dann erst durch LOUVIER⁴⁴ und RUST zu bezeichnen gewesen wären, dargestellt werden müssen.

Aus der schier endlosen Kette von Irrungen und Widersprüchen sei hier nur mehr ein einziges Glied betrachtet und dann mit einer historischen Hauptfrage geschlossen. Von der hypodermatischen Behandlung der Syphilis ist pag. 893 gesagt: „Wenn wir auch sporadische Versuche hierüber schon bei HUNTER ... finden ...“ Hier ist vorerst zu bemerken, daß immer nur ein HUNTER, nämlich der berühmte JOHN HUNTER, in dem Buche genannt und derselbe auch für die eben citierte Stelle im Autorenregister nachgewiesen wird. Nun ist es aber bekannt, daß der berühmte JOHN HUNTER (es war später noch ein JOHN HUNTER) bereits am 26. Oktober 1793 gestorben ist, und CHARLES GABRIEL PRAYAZ seine ingenüose Erfindung erst in den vierziger Jahren unseres Jahrhunderts machte, worauf erst ALEXANDER WOOD im Jahre 1856 die subkutanen Injektionen mit verschiedenen, zumeist narkotischen Mitteln in Vorschlag brachte, und dann erst ein nicht näher bekannt gewordener CHRIST. HUNTER noch vor FERDINAND VON HERBA, also noch vor 1861, dieselben mit Sublimat gegen Syphilis in Anwendung zog.⁴⁵

Über den nun gerade seit vollen vier Jahrhunderten geführten Streit bezüglich des Alters der Syphilis erhält der Leser in dem neuesten Buche von ISIDOR NEUMANN pag. XXVIII die folgende Auskunft:

„Wir können demnach es als geschichtlich erwiesen ansehen: daß venerische und syphilitische Affektionen bereits zu einer Zeit, von der die frühesten vom Altertum auf uns gekommenen Werke der religiösen und weltlichen Litteratur datieren, in Europa existierten und von Ärzten und Laien gekannt waren.“

Bezüglich des Mittelalters erfahren wir pag. XXI:

„Es unterliegt keinem Zweifel, daß durch Infektion bei einem Coitus immundus entstandene Geschwürsprozesse am Genitale lokaler Natur, wie solche denen konstitutionelle Erscheinungen folgten, auch im Mittelalter nicht bloß häufig, sondern auch von Ärzten und Laien gekannt und von letzteren sehr gefürchtet waren.“

Diesem schnurstraks entgegen heißt es jedoch pag. 100:

„Ob die Syphilis gegen Ende des 15. Jahrhunderts wirklich zum ersten Male auftrat? Ob sie nicht früher vielleicht in milderer Form oder vereinzelt vorgekommen? Wer möchte es wagen, dies mit Sicherheit zu entscheiden! Aus den anderenorts angeführten Mitteilungen der Bibel, indischer oder chinesischer Schriftsteller den sicheren Schluß auf das damalige Vorhandensein der Syphilis zu ziehen, dürfte wohl immer ein ziemlich problematisches Bestreben bleiben. So dürften auch wohl die Bemühungen, aus den spärlichen und unklaren Andeutungen der medizinischen Schriftsteller des klassischen Altertums, des HIPPOKRATES, GALENUS, CELSUS, AETIUS u. s. w. das Krankheitsbild der Syphilis zu rekonstruieren, mehr oder minder auf wenn auch geistreiche Spielerei hinauslaufen.“

Litteratur und Anmerkungen.

¹ NEUMANN, Is., Syphilis. — In: *Spezielle Pathologie und Therapie*. Herausgegeben von HERM. NOTHNAGEL. Wien, 1896. Bd. XXIII. pag. LXXVI. 928.

² Diese Verwechslung ist um so mehr irreführend, als es im Altertum einen ANTONIUS MUSA, Leibarzt des Augustus, gab.

³ CELSUS, A. CORNEL., *De medicina libri octo*. Editio LEONARDA TARGAE Argentorati. 1806. II.

⁴ DIAZ DE ISLA, Ein Beitrag zur Geschichte der Syphilis. Von R. BREHM. — In *Leopoldina*. Amtliches Organ d. kaiserl. Leopold.-Carol.-Deutschen Akademie der Naturforscher. Dresden, 1866. Heft 5.

⁵ VILLALOBOS, *Tratado de la enfermedad de las bubas*. Salamanticae, 1498. Fol.

⁶ SCHMAUS, LEONARDUS, *Lucubratiuncula de morbo Gallico*. Auguste Vindelicorum, 1518. 4^o.

⁷ HUTTEN, ULERICHUS DE, *De Guaiaci Medicina et morbo Gallico liber unus*. Moguntiae, 1519. 4^o.

⁸ Die genauen litterarischen Nachweise darüber finden sich bei W. HEYD: *Zur Frage der Übertragung der Syphilis durch die Schutzpockenimpfung*. Stuttgart und Leipzig, 1867.

⁹ ANDREE, JOHN., *Über den venerischen Tripper und die venerischen Krankheiten überhaupt*. Aus dem Englischen. Leipzig, 1781.

¹⁰ FALLOFFIO, GAB., *De morbo Gallico*. Editio prima. Patavii, 1564. 4^o. Da dieses Werk erst zwei Jahre nach dem Tode des Autors herausgegeben wurde, so veranlafte es auch bei IS. NEUMANN eine Reihe chronologischer Konfusionen.

¹¹ Die genauesten Nachweise darüber finden sich in: KARL SUDHOFF, *Versuch einer Kritik der Echtheit Paracelsischer Schriften*. Berlin, 1894. I. Teil.

¹² SYDENHAM, THOMAS, *Epistola de luis venereae historia et curatione*. Londini, 1680.

¹³ BALFOUR, FRANCIS, *Dissert. inaug. de gonorrhoea virulenta*. Edinburgi, 1767.

¹⁴ TODE, J. C., *Vom Tripper in Ansehung seiner Natur und Geschichte*. Kopenhagen, 1774.

¹⁵ ELLIS, W., *An essay on the cure of the venereal gonorrhoea in a new method*. London, 1771.

¹⁶ MASSA, NIC., *Liber de morbo Gallico*. Venetii, 1532. — Dafs IS. NEUMANN meint, diese Ausgabe stehe im *Luisinus*, oder wie er ebenda pag. 205 sagt im *Luisinus* pag. 649 (statt 39—113), ist nach den vorangegangenen Stichproben wohl nicht zu verwundern.

¹⁷ CUMANUS, MAROELLUS, *Curationes et observationes medicae*. In: G. H. WELSCH (WELSCH) *Sylloge*. Ulmae, 1667. 4^o. pag. 25—29. — Den in meiner *Geschichte der venerischen Krankheiten* II, pag. 151 nachgewiesenen Irrtum, dafs die Benennung der Syphilis als Lues venerea nicht von CUMANUS herrührt, hat IS. NEUMANN pag. 101 demungeachtet dem KAPOSI nachgeschrieben.

¹⁸ HUNTER, JOHN, *A treatise on the venereal disease*. London, 1796. 4^o.

¹⁹ SWEDIAUR, F. X., *Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints*. London, 1784.

²⁰ TOMITANO, B., *De morbo Gallico libri duo*. In: *Luisinus Aphrod.* pag. 1015 bis 1106.

²¹ MINADOUS, AUREL., *Tractatus de virulentia venerea*. Venetiis, 1596. 4^o.

²² HIPPOKRATES, *Opera omnia*. Edit. K. G. KÜHN. Lipsiae, 1827. III. pag. 330.

²³ MORGAGNI, G. B., *De sedibus et causis morborum*. Epist. LVIII. Art. 14.

²⁴ PROKSCH, J. K., Die Lehre von der Visceralsyphilis im 18. Jahrhundert. In: *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* Wien, 1878. V.

²⁵ PROKSCH, J. K., Zur Syphilis des Nervensystems. In: *Wien. med. Blätter*. 1884. VII. — Über die Leistungen auf dem Gebiete der Syphilidologie im 18. Jahrhundert. Ebenda. 1886. IX.

- ²⁵ LANG, EDUARD, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis*. Wiesbaden, 1884—1886; zweite Auflage 1895—1896.
- ²⁶ ASTRUC, J., *De morbis veneris libri novem*. Edit. altera. Lutetiae Parisiorum, 1740. II.
- ²⁷ PROKSOH, J. K., *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten*. Bonn, 1889—1891. III.
- ²⁸ MAYNARDUS, P., *De quidditate morbi Gallici causis et accidentibus et curationibus libellus*. S. l. 1527. 4°.
- ²⁹ INGRASSIA, G. F., Vergl. meine *Geschichte der venerischen Krankheiten*. II. pag. 363.
- ³⁰ SHAKSPEARE, W., *The works of*. The Globe Edition. London, 1874. pag. 756.
- ³¹ MORGAGNI, S. l. c. Epist. XLIII. Art. 39 u. 40; Epist. XLIV. Art. 15 und an anderen Orten.
- ³² SCHENCK VON GRAFENBERG, JOH., *Παρατηρήσεις*. Friburgi, 1594—1599.
- ³³ SEVERINO, M. A., *De recondita abscessuum doctrina*. Libri VIII. Napoli, 1632.
- ³⁴ BRAMBILLA, J. A., *Trattato chirurgico pratico sopra il flemmone*. Milano, 1777. II.
- ³⁵ MAYNARDUS, S. l. c. und *Luisimus Aphrod.* I. pag. 304 E.
- ³⁶ BAYRUS, PETRUS, Ebenda. pag. 393 A.
- ³⁷ TURNER, DANIEL, *Syphylis*. Dissertation on the venereal disease. 5. edit. London, 1737.
- ³⁸ ASTRUC, S. l. c.
- ³⁹ PLENK, J. J., *Doctrina de morbis veneris*. II. edit. Vienne, 1787.
- ⁴⁰ HOWARD, JOHN, *Natural history and cure of the venereal disease*. London, 1787. III.
- ⁴¹ BELL, BENJ., *A treatise on gonorrhoea virulenta and lues venerea*. Edinburgh, 1793. II.
- ⁴² PARACELSUS, *Chirurgische Bücher vnd Schriften*. Straßburg, 1618. Fol. I. pag. 143—144. — Die Widmung des dritten Buches „der großen Wundartzney“, in welchem „Von den Frantzosen“ gehandelt wird, ist vom 4. Juni 1537 datiert.
- ⁴³ FERREBIUS, AUGEBIUS, *De pudendagra, gravi lue Hispanica libri duo*. Tolosae, 1553. 12°; im: *Luisimus Aphrod.* pag. 905—930.
- ⁴⁴ LOUVRIER, JOS., *Nosographisch-therapeutische Darstellung der syphilitischen Krankheitsformen*. Wien, 1809 und 1819.
- ⁴⁵ Dafs diese Methode eigentlich erst durch GEORG LEWIN in die Praxis eingeführt wurde, ist ja allgemein bekannt; über seine Vorläufer habe ich schon 1875 einiges in einer litterarhistorischen Studie über „Die Quecksilbersublimatkuren gegen Syphilis“ im *Med.-chir. Centralbl.*, und im Sonderdruck, Wien, 1876, 8°, pag. 108 gesagt.

Ver sammlungen.

Gesellschaft der Charitéärzte zu Berlin.

Sitzung vom 5. Dezember 1895.

(Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 15.)

Über einen primären Blasentumor bei einem 3⁸/₄ Jahre alten Mädchen berichtet LÖHR. Das Mädchen erkrankte vor fünf Wochen unter Blasenbeschwerden,

Monatshefte. XXIII.

Inkontinenz, magerte ab. Aus der Urethra trat beim Drängen eine blaurote Geschwulst von Bohnengröße hervor. Die äußeren Genitalien waren exkoriert, die Inguinaldrüsen beiderseits geschwollen. Das Cystoskop ergab einen traubenförmig gelappten Tumor an der hinteren, unteren Blasenwand. Da derselbe sich allmählich bis zur Taubenseigröße aus der Urethra hervordrängte, wurde das hervorgetretene Stück mit dem Paquelin weggebrannt. Jetzt konnte man leicht mit dem Finger in die Blase dringen und eine Reihe kleinerer Geschwülste abtasten, zum Teil auch herausholen. Das Mikroskop ergab ein kleinzelliges Sarkom. Die primären Tumoren im Kindesalter sind selten, es überwiegen die malignen. Blutungen kommen selten vor. Recidive sind nach der Operation bisher stets eingetreten, ausgenommen einen Fall von GUSSENBAUER.

Einen Patienten mit paroxysmaler Hämoglobinurie demonstriert STRAUSS. Der 20jährige Mann zeigt das typische Bild einer intermittierenden Hämoglobinurie; interessant ist der fast regelmäßige Beginn der Anfälle in den Morgenstunden und die Abhängigkeit derselben von nasalkaltem Wetter. Die Blutuntersuchung ergab etwas Hämoglobinämie; die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen war im Anfall etwas vermindert. Das gefärbte Präparat ergab keine bemerkenswerten Anomalien. Zur Fixierung des Blutes wurde Formol, zur Kernfärbung eine Mischung von konzentrierter wässriger Methylenblaulösung ($\frac{1}{8}$ Reagensglas) und 50 Tropfen ZIEHLscher Fuchsinlösung verwendet.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Hufelandsche Gesellschaft.

Sitzung vom 21. November 1895.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.)

Über blennorrhische Pyelonephritis spricht MENDELSON. Ein 70jähriger Mann hatte an Erscheinungen einer Nierenentzündung lange schwer krank gelegen. Als derselbe in die Poliklinik des Vortragenden kam, stellte sich heraus, daß eine fast impermeable Striktur der Urethra bestand, welche auf eine vor 45 Jahren gehabte Blennorrhoe zurückzuführen ist. Die Pyelonephritis ging Hand in Hand mit der fortschreitenden Erweiterung der Striktur zurück. — Bemerkenswert ist, daß noch immer Gonokokken im Sediment sich nachweisen lassen.

G. LEWIN giebt doch zu bedenken, ob die gefundenen Diplokokken wirklich Gonokokken sind, da doch die mikroskopischen Merkmale nicht allein maßgebend sind.

Über Kantharidintherapie spricht LIEBREICH. Die vom Vortragenden mit Kantharidin erzielten günstigen Heilerfolge veranlaßten ihn, dasselbe mit anderen Heilverfahren zu kombinieren. Besonders bewährte sich dieser Versuch bei einer knotigen Affektion in dem Gesichte einer Dame, wo die mercurielle Therapie im Verein mit Kantharidin einen vorzüglichen Erfolg erzielte; ferner bei einem Patienten mit Wunden und Knoten im Gesichte, die als lupös früher betrachtet worden waren.

SAALFELD bestätigt die Ausführungen des Redners.

Jessner - Königsberg i. Pr.

Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. Januar 1896.

Dr. M. MANASSEIN führte zwei Patienten mit begrenzter Alopecia vor, deren Ätiologie er auf trophoneurotische Störungen zurückführte (Alopecia trophoneurotica) und die bei verhältnismäßig indifferenten Behandlung eine günstige Prognose aufstellen lassen.

Dr. WEDENSKY sprach über Lues bei den Prostituierten der Petersburger öffentlichen Häuser.

Dr. ABRAMYTSCHEW sprach über die **Wirkung des statischen Stromes bei Urticaria** und über einen Fall von **Idiosynkrasie gegen Quecksilber**, bei dem jedesmal nach einmaliger Injektion von Hydrargyrum carbamid. ($\frac{1}{6}$ gran), zwei Friktionen von Unguentum cinereum (3β) und Gebrauch von Sublimat, zwei Pillen (zu $\frac{1}{16}$ g), in verschiedenem Grade eine Rötung und Schwellung des Gesichts, der Hände und der Brust auftrat, mit einer Temperaturerhöhung bis $38,4^{\circ}$. Später folgte Schuppung. Autor bringt diese Erscheinungen unter die Kategorie der Arzeneierytheme unter.

Während der Diskussion teilte Dr. M. MANASSEIN einen Fall mit, wo bei einer Frau eine Sublimatkompressen von 1:4000 ein Erythem hervorrief, dem eine **Schuppung am ganzen Körper** folgte.

Dr. RULNEW sprach die Meinung aus, dass diese Idiosynkrasien häufig nach der dritten bis vierten Injektion schwinden, und Dr. SCHERESCHEVSKY stellte die Möglichkeit auf Grund einer Beobachtung eines Kranken, dass Quecksilber bei hypertrophierter Leber schlecht vertragen werde.

Julius Grünberg-St. Petersburg.

New Yorker Akademie der Medizin.

(Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Januar 1896.)

Sitzung vom 12. November 1895.

Dr. G. SWINBURNE berichtet über einen Fall von **urethralem Schankroid**. Der Patient hatte seit vier Tagen einen Harnröhrenausfluss nach vorausgegangener elftägiger Inkubation. Zahlreiche Mikrokokken fanden sich in dem Sekrete, aber keine Gonokokken. Einige Tage später wurde im Eingange der Harnröhre an der Fossa navicularis ein Schankroid entdeckt. Bei einer weiteren Untersuchung des Sekretes fanden sich neben den zahlreichen Mikrokokken DUCREY-KREFTINGSche Bacillen. Es wurde eine Stelle am Abdomen des Patienten gründlich gereinigt und mit dem Sekrete des Schankers geimpft. Nach 48 Stunden hatte sich eine runde Pustel entwickelt, von diesen wurden in zweitägigen Intervallen Kulturen angelegt. Die dritte Kultur zeigte nur Mikrokokken.

Einen Fall von **Chylus-Hydrocele** zeigt Dr. T. BROWN. Der junge Mann bemerkte vor einem Jahre, ohne dass besondere Veranlassung (Verletzung, Geschlechtskrankheit) vorangegangen wäre, eine Schwellung an der linken Seite des Scrotums. Die Hydrocele wurde angestochen und etwa 3—4 Unzen einer milchigen Flüssigkeit abgesapft. Dieselbe enthielt eine beträchtliche Zahl roter Blutkörperchen, keine Leukocyten, dagegen eine große Zahl von Fettkörnchen. Tuberkelbacillen, Fäden fanden sich nicht. Auf Agar geschah kein Wachstum. Der Urin enthielt weder Blut noch Chyluselemente.

Dr. PEYOB spricht: **Über die Behandlung der Beckenkomplikationen im Gefolge der Blennorrhoe bei Frauen**. Einige Gynäkologen entfernen immer den Uterus und seine Adnexa, wenn die letzteren durch die Krankheit zerstört sind. Nach dieser radikalen Operation ist die Mortalität geringer und die Heilung eine glattere. Aber die Uterusexstirpation sei nicht selten, namentlich bei jungen Frauen wegen des Aufhörens der Menstruation von psychischen Störungen gefolgt, und deshalb werde man gezwungen, zu weniger radikalen Eingriffen seine Zuflucht zu nehmen.

Vortragender unterscheidet Fälle von akuter, von chronischer Salpingitis mit akuten Exacerbationen und von Hydrosalpinx und Pyosalpinx. Von den ersteren hat er 17 operiert und dabei Gewicht darauf gelegt, dass die Operation möglichst frühzeitig, während der ersten Attacke geschah. In allen 17 Fällen waren Vergrößerung der einen oder beider Tuben, heftige Schmerzen, Spannung, oftmals Tympanites und

Erbrechen vorhanden. Es wurde die Curettage vorgenommen. Alle Patientinnen bis auf drei, bei denen nachträglich noch der Uterus entfernt werden mußte, erholten sich rasch, wurden von ihren Schmerzen befreit und menstruierten in normaler Weise.

Bei der chronischen Salpingitis, bei der die Tuben Eiter enthalten, die Wände mit fibrösem Gewebe besetzt sind und sich hart anfühlen, ist die Curettage des Uterus wenig wirksam. Redner öffnet den DOUGLASSCHEN Cul-de-sac, reißt die Adhäsionen auf und stopft den untersten Teil des Sackes mit Gaze aus. Mit dieser, allerdings Übung voraussetzenden Operation hat er oftmals wohlthunende Wirkung erzielt. — In ähnlicher Weise empfiehlt Vortragender die Hydro- und Pyosalpinx zu behandeln, jedoch die Adhäsionen mit dem Omentum nicht zu zerstören.

Der Elektrolyseur bei der chirurgischen Behandlung der Striktur, von J. A. FORR-Paris. Das von F. empfohlene Instrument wird mit dem negativen Pol verbunden und in die Urethra eingeführt, während die positive Elektrode auf dem Oberschenkel oder über den Pubes aufgesetzt wird. Das Instrument, dessen kleines, biegsames, distales Ende die Striktur bereits passiert hat, wird hinabgestoßen, bis der Platinbogen die Striktur trifft. Dann wird der Strom, der 10 Milliampères oder bei harten Strikturen auch 20 Milliampères stark sein kann, für 90 Sekunden geöffnet. Die Blutung war in fast allen Fällen gar nicht, oder in nur sehr geringem Maße vorhanden. Die Urethra wird vor und nach der Operation gründlich gereinigt. Die Operation selbst ist nahezu schmerzlos. Die Wunde heilt gewöhnlich rasch ohne lokale Behandlung. In den meisten Fällen passiert am dritten Tage nach der Operation gut die Sonde, oftmals auch schon am darauffolgenden Tage. Der Patient muß die Sonde einen Monat und noch länger gebrauchen.

Vortragender hat in Europa 135 Operationen wegen Striktur des Oesophagus vorgenommen und mit Ausnahme der durch maligne Geschwülste hervorgerufenen habe er überall gute Erfolge erzielt.

Dr. TAYLOR will ein endgültiges Urteil über die Methode nicht fällen, bis man nicht mehr Resultate erhalten habe. Er zweifle aber nicht, daß sie der weiteren Prüfung wert sei. In einem Falle, bei welchem er sicher die externe Urethrotomie gemacht hätte, habe Dr. FORT den Elektrolyseur mit gutem Erfolge angewandt.

Dr. MORROX sieht keinen großen Unterschied zwischen dem Durchschneiden der Striktur mit dem Messer bei der internen Urethrotomie und der elektrolytischen Zersetzung durch die Platinnadel. Wenn ein solches Instrument, wie das demonstrierte, innerhalb von 30 Sekunden eine Striktur passiere, so müsse es sich nur um ganz loses, nicht dichtes Gewebe handeln. Bei einer harten Striktur habe er bemerkt, seien zehn Minuten gebraucht worden. Das sei eine lange Zeit, die vielleicht durch den Gebrauch von anderen Metallen an Stelle des Platins beim Elektrolysieren abgekürzt werden könnte.

Dr. S. ALEXANDER ist von den wenigen Fällen, die er mit der Methode habe behandeln sehen, noch nicht von der Brauchbarkeit derselben überzeugt worden.

Dr. GUITERAS hat vier Fälle operieren sehen und hält den Elektrolyseur bei kleinen Strikturen für ein sehr wertvolles Instrument.

Dr. T. BROWN spricht sich weniger günstig über die Operation aus.

Über einen Fall von **Dislokation des Testikels** berichtet Dr. GUITERAS. Der Patient war überfahren worden, und zwar war ein Rad ihm zwischen die Oberschenkel und über die linke Schambeinleiste und das Scrotum hinweg gegangen. Nachdem er drei Wochen im Hospital zugebracht hatte, bemerkte er, daß sein Scrotum nicht normal aussehe. Er wurde Dr. G. überwiesen, der eine Dislokation des Testikels feststellte. Derselbe war von dem Nebenhoden losgerissen und durch die Parietal-schicht der Tunica vaginalis hindurch längs des Penis nach vorn gedrängt worden.

Vortragender replacierte den Testikel nach einem chirurgischen Eingriffe. Der Patient wurde gesund.

Dr. GUITERAS berichtet ferner über einen letal verlaufenen Fall von **Pyonephrosis infolge von Nephrolithiasis**. Die Patientin erkrankte vor 1 $\frac{1}{2}$ Jahren mit Schmerzen in der rechten Lumbalgegend. Der Urin enthielt etwas Eiweiß, etwas Eiter, war bisweilen auch klar. Die erkrankte Niere wurde entfernt. Sie war stark vergrößert und enthielt viel Eiter und eine Anzahl von Phosphatsteinen. Die Patientin starb an akuter Urinverhaltung. Bei der Autopsie zeigte sich die andere Niere akut entzündet. Vortragender glaubt, daß es besser gewesen wäre, anstatt die vielen Diuretica zu verordnen, wenn man diese vermeide und damit die gesunde Niere nicht irritiert, wenn man ferner die Nephrotomie und die Drainage der Niere vorgenommen hätte, welche Operation viel weniger Zeit in Anspruch genommen hätte.

Diskussion (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Februar 1896.)

Dr. FULLER empfiehlt in Fällen, bei denen der Zustand der anderen Niere nicht genau festgestellt ist, zuerst die Nephrotomie und dann, wenn notwendig, die Nephrektomie. Nach einer langen Drainage falle die vergrößerte Niere zusammen und lasse sich leichter entfernen. Während der Zeit der Drainage lasse sich der Charakter des von der anderen Niere secernierten Urins studieren.

Dr. ALEXANDER sagt, der Ratschlag des Vorredners sei zweifellos gut, aber er könne nicht in allen Fällen ausgeführt werden. Was die Behandlung der *Suppressio urinae* betrifft, so ziehe er heiße Einwickelungen und milde Diuretica allen anderen Mitteln vor.

Dr. VAN DER POEL berichtet über einen Fall von Tuberkulose der einen Niere, die operativ entfernt wurde, weil man die andere Niere für gesund gehalten hatte. Sieben Tage nach der Operation stellte sich Urämie ein, und vier Tage später starb der Patient. Die Sektion ergab eine vollständige cystische Degeneration der zurückgebliebenen Niere, der Ureter war von einem fibrösen Strang vollständig verstopft.

Sitzung vom 10. Dezember 1895.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* Februar 1896.)

Dr. S. ALEXANDER spricht über einen Fall von **doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis** bei einem jungen Manne, der wegen dieser Krankheit auf Syphilis behandelt worden war. Der Nebenhoden wurde auf beiden Seiten nahe dem Testikel durchgeschnitten und entfernt. Die Operation verlief mit gutem Resultate. Die Untersuchung der Nebenhoden ergab Tuberkelbacillen in denselben. Vortragender beschreibt hierauf einen zweiten Fall mit doppelseitiger und einen mit einseitiger tuberkulöser Erkrankung des Nebenhodens.

Dr. T. BROWN fragt, ob die Samenbläschen und die Prostata miterkrankt gewesen wären, was der Vortragende bezüglich des ersten Falles verneint. In dem zweiten Falle sei die Prostata zweifellos erkrankt gewesen.

Dr. GIBSON stellt einen Fall zur **Diagnose** vor. Der 59jährige Patient hatte vor einigen Jahren eine Leistendrüsenezündung. Vor drei Monaten erlitt er bei einem Unfälle eine Quetschung beider Testikel. Es folgte eine sechs Wochen anhaltende akute Entzündung derselben. Gegenwärtig zeigt er an der rechten Seite eine typische tuberkulöse Epididymitis. Auf der anderen Seite erinnern die Symptome an eine syphilitische Orchitis. Der Testikel ist vergrößert, fest und zeige vollständigen Mangel des Testikelgefühls. Der Zustand sehe einem tuberkulösen Prozesse nicht ähnlich; der Patient gebe aber keine Anhaltspunkte für Syphilis.

Die Mehrzahl der anwesenden Mitglieder spricht sich für doppelseitige tuberkulöse Erkrankung der Testikel aus.

Sitzung vom 14. Januar 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* März 1896.)

Über die Technik der Amputatio penis spricht GUITERAS. Die hauptsächlichsten Komplikationen einer solchen Operation sind: 1. Blutungen; 2. Retraktion des Orificiums des übriggebliebenen Harnröhrenstumpfes; 3. Verengung des Orificiums infolge von narbiger Zusammenziehung; 4. Feuchtwerden der Wunde durch den Urin. Dem ersten Übelstande, der Hämorrhagie kann man begegnen, wenn man einen elastischen Katheter um die Wurzel des Penis bis zur Vollendung der Amputation bindet. Die größeren Arterien werden mit feinem Katgut unterbunden. Blutende, kleinere Gefäße können mit heißem Wasser und einem geeigneten Verband gestillt werden. — Vor der zweiten Komplikation, der Retraktion des Harnröhrenstumpfes schützt man sich, wenn man die Urethra an einem niedrigeren Punkte, als wo der Körper des Penis entfernt ist, durchschneidet. Die Verengung des Orificiums der Urethra durch narbige Einziehungen ist vielleicht das ernsteste Hindernis bei der Operation. Die Chirurgen überwinden dasselbe, indem sie die Urethra an ihrer dorsalen oder unteren Fläche freilegen und mit der Haut gut vereinigen. Sobald aber Kontraktion auftritt, kann die Meatotomie notwendig werden. Um das Naßwerden der Wunde durch den Urin zu verhindern, empfiehlt es sich, einen weichen Dauerkatheter einzulegen. — Der Vortragende beschreibt sodann die Einzelheiten der Amputatio penis.

Sitzung vom 11. Februar 1896.

(*Journ. of cut. and gen.-ur. dis.* April 1896.)

Demonstration eines Blasensteines, entfernt durch suprapubikale Operation, von Dr. HAYDEN. Der Stein wog $22\frac{1}{2}$ g und war vom Patienten ohne besondere Beschwerden ein volles Jahr herumgetragen worden. Das einzige Symptom waren gelegentlich einmal dumpfe Schmerzen über der Blase. Cystitis war nur in geringem Grade vorhanden.

Dr. B. BANGS hatte einen 67jährigen Patienten, der fünf Jahre einen Stein in seiner Blase herumtrug, ohne besondere Beschwerden zu empfinden. Eine Cystitis trat erst kürzlich auf infolge Einführens eines nicht gründlich gereinigten Katheters in die Blase.

Einen Fall von **doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis** zeigt Dr. J. HANCK. Der Patient war ein 30jähriger, verheirateter Mann, dessen Frau die letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre und länger an Lungentuberkulose gelitten hatte. Vor $1\frac{1}{2}$ Jahren bemerkte er, daß er öfter als gewöhnlich urinieren und zu diesem Zwecke auch des nachts 1—2 Mal aufstehen mußte. Sein Allgemeinbefinden war nicht gestört. Vor vier Wochen begann der rechte Testikel zu schwellen, und eine Woche später auch der linke. Gleichzeitig stellten sich wieder Harnbeschwerden ein. Die Inguinaldrüsen waren beiderseits etwas vergrößert. Der Urin enthielt kein Eiweiß. Die mikroskopische Untersuchung ergab zahlreiche Eiterzellen und einige Tuberkelbacillen im Urin. Ein tuberkulöser Herd in einem anderen Organ, namentlich in den Lungen, konnte nicht festgestellt werden.

Der Vortragende bemerkt, daß er während seines Aufenthaltes am Saranacsee mehrere Fälle von tuberkulöser Epididymitis in Behandlung gehabt habe. Die See rufe einen wohlthätigen Einfluß auf die Patienten hervor.

Dr. BANGS bespricht die Therapie der tuberkulösen Epididymitis. Er kastrierte nicht die Patienten, wenn die Schmerzen nicht derart sind, daß sie das Leben bedrohen, oder wenn nicht ein eiteriger Prozeß vorhanden und auf andere Weise nicht beseitigt werden kann. Er habe einen Fall gesehen, bei welchem ein chirurgischer

Eingriff unmittelbar danach Anlaß zur Ausdehnung der Krankheit auf den anderen Testikel und auf andere Körperteile gegeben hat.

Demonstration eines Sektionspräparates der Prostata nach doppelseitiger Kastration, von Dr. KELSEY. Das Präparat bezieht sich auf einen 69jährigen Patienten, dem die Operation keinerlei Erleichterung gebracht hat. Er starb sechs Wochen nach derselben infolge einer parenchymatösen Nephritis. Die Prostata hatte sich nach der Kastration gar nicht verändert. *C. Berliner-Aachen.*

Fachzeitschriften.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 2 und 3.

I. Über Neurodermia parasitophobica, von L. PERRIN-Marseille. Mit diesem etwas schwerfälligen Wort bezeichnet P. jene Hautneurosen, deren Träger an der Vorstellung, richtiger: Zwangsvorstellung erkrankt sind, mit Ungeziefer behaftet zu sein. Es wird zwischen einer primären und sekundären Form unterschieden. Letztere, bei weitem häufiger und mit günstigerem Ausgang, findet sich bei Patienten, die tatsächlich an Krätze, an Läuse such u. s. w. gelitten hatten und sich nur schwer überzeugen lassen, daß sie geheilt sind. Der primären Parasitophobie dagegen fehlt diese tatsächliche Unterlage einer früher vorhanden gewesenen Erkrankung. Sie ergänzen sich, nach Aussage des Verfassers, aus dem großen Heer der erblich Belasteten, der psychisch Entarteten und Minderwertigen. Für diese letztere Behauptung sind allerdings die drei mitgeteilten, höchst interessanten Krankengeschichten nicht beweiskräftig, indem wir über die Familie der betreffenden Kranken und ihr eigenes Vorleben nichts erfahren.

In allen drei Fällen handelte es sich um die primäre Neurodermia parasitophobica. Aus geringem äußeren Anlaß erkrankten die Patienten unter der Zwangsvorstellung, mit Läusen behaftet zu sein. Diese Wahnvorstellung wurde genährt und rege erhalten durch ein unerträgliches, andauerndes Jucken an den verschiedensten Hautstellen, ohne daß die Haut irgendwelche Anomalien darbot. Man ist beinahe versucht, von einer „Hauthalluzination“ zu reden. Wir haben es demnach, schließt P. nicht mit Hautkranken, sondern mit Geisteskranken zu thun; die Behandlung ist dementsprechend einzurichten.

II. Beitrag zum Studium der Syphilis spinalis. Vorläufige Mitteilung, von F. ORLOWSKI-Moskau. Diese Arbeit ist eine rein statistische und verfügt über ein Material von 72 Beobachtungen; davon stammen 52 aus früheren Jahrgängen der Klinik für Nervenkrankheiten zu Moskau, während 20 vom Verfasser in dieser Klinik behandelt wurden. Diese Fälle werden hier nach ihrer verschiedenen klinischen Form, ihrem Verlauf und ihrer Symptomatologie einer ausschließlich statistischen Bearbeitung unterzogen. Eine weitere Inhaltsangabe, die auf die Nennung von nackten Zahlen herauskäme, erscheint demnach überflüssig.

III. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ursache der Alopecia areata. Erster Teil, von R. SABOURAUD. Zu diesen Untersuchungen wurde S. durch folgenden Gedankengang gedrängt. Seine zahlreichen und epochemachenden Arbeiten über Trichophytiasis hatten ihn zu der Erkenntnis geführt, daß dieses Leiden aus mechanischen Gründen durch keines der bekannten Antiseptica heilbar sei.

Nur mit einer vollständigen Beseitigung der kranken Haare läßt sich auch die Krankheit bewältigen; diese Bedingung zu erfüllen ist uns aber bis jetzt noch nicht gelungen. Ein solcher gänzlicher Haarschwund besteht nun aber bei der Alopecia areata, die vermutlich bacillären Ursprungs ist. Gelingt es, diesen Bacillus zu ermitteln, so lassen seine Toxine sich vermutlich dazu verwenden, bei der Trichophytiasis vorübergehend eine Alopecie zu erzeugen, d. h. die kranken Haarwurzeln zum Ausfall zu bringen und so den Kopfgrund gründlich zu heilen. Zu diesem Zwecke ist die ganze Untersuchung über die Alopecia areata unternommen.

Diese ist eine ansteckende, übertragbare Krankheit. Die Übertragung findet meistens in den Barbierstuben oder durch Friseure statt, die in Pflegenstalten, Schulen, Kasernen u. s. w. mit demselben Kamm eine große Zahl von Köpfen bearbeiten; daher die auffälligen Erscheinungen in der Ausbreitungsweise der Krankheit.

Die Haare erleiden eine auffallende Veränderung, sie nehmen die Form eines Ausrufungszeichens an, indem sie nach unten zu immer dünner werden, wobei sie gleichzeitig ihre Farbe einbüßen; auch der Markkanal wird immer enger und ist in der Haarwurzel ganz verschwunden; diese ist nicht mehr zwiebelförmig und unten durch die Haarpapille ausgehöhlt, sondern rübenförmig. Diese Veränderungen werden durch eine fortschreitende Atrophie der Haarpapille hervorgerufen; der obere, normale Teil des „Keulenhaares“ — poil massué nennt S. solches Haar — stammt noch von der gesunden Papille, mit zunehmender Atrophie der letzteren wird das Haar in seinem unteren Abschnitt immer dünner und farbloser, bis es schließlich ausfällt.

Das Keulenhaar ist für die Alopecia areata pathognomonisch; sein Vorhandensein bedeutet das Bestehen der Krankheit; es verschwindet mit dem Aufhören derselben.

Demnach ist die Alopecie keine Krankheit der Haare, sondern der Haut, und nur in der letzteren darf man den parasitären Erreger suchen. Nichts von dem, was man in dem „Keulenhaar“ an Mikroben findet, hat für die Alopecie eine spezifische Bedeutung.

In einer nächsten Untersuchungsreihe wird S. die Histologie der erkrankten Papille studieren; erst dann wird es möglich sein, sich mit Wahrscheinlichkeit über die letzten Ursachen der Krankheit auszusprechen.

Die vorliegende Abhandlung ist das Ergebnis einer zweijährigen Arbeit; sie baut sich auf einem Beobachtungsmaterial von 300 Kranken auf, und zahlreiche histologische und bakteriologische Untersuchungen stützen die Schlusfolgerungen, die S. uns vorlegt.

IV. Über einen eigentümlichen Fall von Lymphangiectasie der Haut, mit Lymphorrhagie und Elephantiasis, von A. und H. MALHERBE - Nantes. Die Neubildung, die hier beschrieben wird, war bei einem 16jährigen Mädchen am linken Oberschenkel dicht unter der Leiste und an der Vulva, nach einer unbedeutenden Verletzung entstanden. Es bildeten sich kleine, stecknadelkopf- bis weizenkorngroße, durchscheinende Knötchen, aus denen sich beständig Lymphe absonderte; der linke Oberschenkel wird in seinem oberen Drittel stark ödematös; trotz Kauterisation u. s. w. wächst die Neubildung und greift auch auf die Bauchhaut über; vielfach fließen die einzelnen Bläschen ineinander. Im weiteren Verlauf wird auch die Vulva ödematös, und am rechten, sehr umfangreichen Labium hat sich eine regelrechte Elephantiasis mit Pachydermie entwickelt. Mehrfach traten auch erysipelatöse Entzündungen des linken Schenkels mit starkem Fieber auf.

An die Darstellung des Falles knüpft sich eine ausführliche Schilderung des histologischen Befundes und eine eingehende Würdigung eines neben bekannteren Arten in der Lymphe gefundenen Bacillus. Derselbe ist wenig beweglich, hat 2–6 μ Länge und 0,2–0,3 μ Breite. Seine Gestalt ist sehr veränderlich, sein Protoplasma

färbt sich nur ungleichmäßig. Auf Gelatine wächst er nur schlecht, dagegen sehr gut auf Gelose. Impfversuche mit diesem Bacillus hatten beim Kaninchen keinen Erfolg; Meerschweinchen und Mäuse gingen zu Grunde, ohne daß er sich in ihrem Blut nachweisen ließe.

V. **Ein Fall von Lepra erfolgreich mit Tuberkulin behandelt**, von ARNAUD-Tunis. Verfasser, der seit drei Jahren in Tunis lebt, hat hier verschiedene Fälle von Lepra aufgestöbert, ist aber überzeugt, daß die Zahl der Aussätzigen eine beträchtlich größere sei. Trotz eifrigster Nachforschung gelang es ihm in keinem Falle, die Infektionsquelle zu ermitteln; an eine erbliche Übertragung der Krankheit glaubt er nicht.

Der Patient, bei dem die Tuberkulineinspritzungen sich erfolgreich erwiesen, litt seit ungefähr sieben Jahren an der Lepra tuberosa. Er stammte aus gesunder Familie, war verheiratet, Frau und Kinder, auch die intra morbum geborenen, gleichfalls gesund. Er erhielt im ganzen sieben Einspritzungen zu 1—2 mg; nach einer einmaligen Anwendung von 0,008 stellten sich lebensgefährliche Reaktionserscheinungen ein. Der Erfolg war ein sehr guter, indem die zahlreichen Leprome sich erweichten und wetrockneten. Die Heilung hält bereits über zwei Jahre an.

Türkheim - Hamburg.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 2.

I. **Die Kalomeleinspritzungen bei der Behandlung der Syphilis**, von LOUIS JULLIEN. Die Behandlung der Syphilis mit subkutaner Einverleibung des Quecksilbers, sei es in Form von Kalomelöl, von Sublimatlösung, von Oleum cinereum u. s. w., wird in Deutschland seit langem geübt. Sie hat bei uns ihre Freunde und ihre Gegner, ihre Indikationen und Kontraindikationen gefunden; jeder Arzt hat sie schon versucht, hat ihre Vorzüge und ihre Gefahren schon kennen gelernt, weiß von den Schmerzen zu erzählen, mit denen die Gespritzten häufig einherlaufen, hat plötzliche, heftige Stomatitiden erlebt, oder sah die Kanüle seiner Spritze plötzlich von dem aufgeschwemmten Kalomel verstopft, u. s. w. u. s. w. Anders, so belehrt uns der Vortrag von JULLIEN, liegen die Dinge in Frankreich, besonders in Paris, „wo man es kaum liebt, seine Gewohnheiten zu verändern,“ wo noch vor anderthalb Jahren die Société de Dermatologie dies Verfahren von den subkutanen Kalomeleinspritzungen rundweg verworfen hat. Seitdem hat sich nun aber auch in Frankreich ein Umschwung vollzogen, auch hier hat die neue Methode ihre Verteidiger gefunden und keinen der Ungeschicktesten in JULLIEN, der mit warmen Worten und aus der Fülle seiner reichen Erfahrung heraus die subkutane Einverleibung des Quecksilbers empfiehlt und alle Einwendungen ihrer Gegner zu entkräften versteht. Sicher wird dieser Vortrag auch in Frankreich dieser Methode neue Anhänger zuführen.

II. **Die Behandlung der Syphilis mit verschiedenen Jodsalzen**, von Dr. BÉQUER. Verfasser hat die schon von anderen angestellten Versuche, neben dem Jodkalium auch andere Jodsalze in der Behandlung der Syphilis zu verwenden, wieder aufgenommen, und zwar hat er mit Jodnatrium, Jod-Ammonium, Jod-Calcium, Jod-Strontium, Jod-Lithium, Jod-Amylum und Jod-Rubidium gearbeitet. Im allgemeinen kann B. nur bestätigen, was die früheren Untersucher schon ermittelt haben: die Minderwertigkeit aller übrigen Jodverbindungen gegenüber dem Jodkalium. Das einzige Salz, das ihm an Wirkung ungetähr gleichkommt, ohne seinen unangenehmen Geschmack zu teilen, ist das Jod-Rubidium. Durch seinen hohen Preis ist es aber für die allgemeine Verwendung nicht geeignet. — Wo Jodkalium nicht vertragen wird, thut man gut, einen Versuch mit Jodnatrium zu machen.

I. Über die Degeneration der Zellen in der Wand eines aktinomykotischen Hautabscesses, von CH. AUDRY. A. bestätigt die bekannten Angaben von UNNA. Er stiefs in der Wand des Abscesses auf grosse runde Zellen mit feinkörnigem Protoplasma und einem runden oder ovalen, gut färbbaren Kern. Diese Zellen erweitern sich allmählich unter ungeheurer Schwellung des Protoplasmas, wobei der anfangs zentral gelegene Kern mehr und mehr seitwärts rückt, schrumpft und schliesslich ganz verschwindet, während die Zellen in dem umliegenden Gewebe untergehen. Vielleicht haben wir es hier mit einkernigen Leukocyten zu thun.

Mit Hilfe des GRAMschen Verfahrens gewahrt man noch eine andere Art von Zellen, die etwas gröfser erscheinen und mit groben, blau gefärbten Körnern vollgestopft sind. Es handelt sich hier um eine eigenartige protoplasmatische Degeneration, die aber, nach A.s Ansicht, mit der Aktinomykose nichts zu thun hat. Die von UNNA vorgenommene Vergleichung dieses Prozesses mit der hyalinen Entartung beim Molluscum contagiosum will A. nicht gelten lassen.

II. Über einen Fall von Syphilom des Nebenhodens, von VICTOR DURAND. Die tertiär-syphilitische Erkrankung des Nebenhodens wird recht selten beobachtet. Im vorliegenden Falle war die rechte Epididymis erkrankt, fühlte sich namentlich am Kopf geschwollen und hart an, ohne indessen auf Druck nennenswert zu schmerzen. Der Hoden selber war unverändert. Bei gemischter Behandlung (Quecksilber und Jodkalium) ging der Zustand in Genesung über. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 2.

I. Die seit sechs Jahren in der chirurgischen Behandlung der Blasenektomie erzielten Fortschritte, von POUSSON. Schon im Jahre 1889 hat POUSSON über 79 Fälle von Ectopia vesicae berichtet, welche mittelst der autoplastischen Methode behandelt worden waren. Nun hat er weitere 52 Fälle von Ectopia vesicae aus der Litteratur zusammengestellt und knüpft daran ausführliche kritische Bemerkungen über die zur Zeit geübten Methoden, welche im wesentlichen drei Richtungen verfolgen. Die eine ist die von POUSSON bevorzugte, von POWERT und ihm modifizierte autoplastische Methode SECONDS. Diese besteht ursprünglich darin, die vorgefallene Blasenoberfläche extraperitoneal abzulösen, den so erhaltenen Lappen auf die Penisrinne herüberzuschlagen und mit deren angefrischten Lippen zu ernähren. Hierauf wird das an seiner Basis durchbohrte und über die Eichel gezogene Präputium an seiner blutigen Fläche zur Deckung des Blasenlappens benutzt. Schliesslich wird durch Lappen aus der Umgebung der Blasendefekt gedeckt. POWERT suchte den abgetrennten Blasenlappen möglichst gros zu gestalten, dabei blieb aber, wie bei SECOND, der Mifsstand, dafs dieser Lappen zu dünn ausfiel und leicht brandig wurde. POUSSONs Abänderungsvorschlag besteht in folgendem: Statt die Blasenwand extraperitoneal abzulösen, trenne man Teil um Teil bis zum Peritoneum und nehme dieses mit, welches hier sehr derb anhängt, man bekommt dann einen Lappen, dessen Ernährung nichts zu wünschen läfst. Bei der Beweglichkeit des Peritoneums hat der Verschluss der Bauchhöhle hinterdrein keine Schwierigkeit.

Die zweite Richtung in der operativen Behandlung der Ectopia vesicae trachtet danach, die Blasenränder zu vereinigen, und zwar ohne oder mit Annäherung der Schambeine. Das letztere, also die Bildung einer Symphyse, kann dadurch erreicht werden, dafs man die zwischen den getrennten Schambeinen liegenden Gewebe entfernt (nach SCHLANGE), oder indem man von hinten her durch eingreifende Operationen an den Darmbeinen das Nähertreten der Schambeine erzwingt. So

wurde von TRENDLENBURG und PASSAVANT die Trennung des Symphyses sacro-iliacae ausgeführt, von BERG eine Osteotomia iliaca. Auch auf unblutige Weise, durch Gurt und Hohlschiene, suchte man diese Annäherung zu erlangen. Bei diesen operativen Eingriffen sind vier Todesfälle zu verzeichnen, einer durch Chloroform, einer durch Jodoformintoxikation; zwei Operierte erlagen einer akuten Nephritis. Die Operationen selbst können nicht als direkte Todesursache beschuldigt werden.

Die dritte Richtung in der chirurgischen Behandlung der Ectopia vesicae strebt danach, den Lauf des Harns unter Preisgebung der Blase in ein anderes Organ, nämlich direkt in die Penisrinne oder in den Darm zu lenken.

Alle sechs diesbezüglich erwähnten Fälle nahmen einen günstigen Ausgang. Schließlich sei noch hervorgehoben, daß auch keiner der Fälle, welche autoplastisch operiert wurden, verloren ging.

II. Sterilisation der Katheter durch die Dämpfe von Formol und Trioxymethylen, von JANET. Die sehr ausführliche und lesenswerte Arbeit enthält genaue Angaben über die vom Verfasser angestellten zahlreichen Kulturversuche, schildert die verschiedenen, in Betracht kommenden Apparate, giebt Rechenschaft über alle hierbei verwendeten urologischen Instrumente und läßt folgende Schlüsse hervortreten:

Das Formol und sein festes Polymer, das Trioxymethylen, sind der schwefligen Säure bezüglich der Sterilisation der Katheter weit überlegen, sie sind bequemer, wirken schneller und sicherer. Die Sonden und besonders deren Metallteile werden weniger von ihnen angegriffen. Das Trioxymethylen übertrifft das Formol darin, daß es trocken einwirkt, wodurch die Katheter nicht weicher werden und dadurch, daß man es niemals erneuern braucht; aber es ist weniger flüchtig, deshalb seine Einwirkung begrenzter und weniger rasch.

Man muß deshalb das reine Formol anwenden, wenn man eine große Zahl von Kathetern in einem großen Schrank — etwa von 240 l Inhalt — sterilisieren will.

Bei kleineren Apparaten dagegen, mit etwa 8–10 l Inhalt, nimmt man besser zum Trioxymethylen seine Zuflucht.

Als passende Schränke erscheinen solche von rechtwinkliger Form, aus Metall gefertigt, die das Formol oder sein Polymer enthaltenden Glasgefäße werden senkrecht gestellt und bieten so eine möglichst große Verdunstungsfläche dar; auf horizontal eingefügten Gittern ruhen nahe bei einander, aber nicht aufgeschichtet, die Katheter.

Die größeren Apparate verlangen eine mittlere Temperatur von 15°, der Verdunstung der Arzneikörper halber, bei den kleineren genügt eine geringere, sie gehe jedoch nicht unter 10°.

Die Katheter sollen sorgfältig abgewaschen, mit Seifenwasser, sodann mit gewöhnlichem Wasser durchgespritzt, geschüttelt, abgetropft und möglichst vollständig getrocknet werden, ehe sie in den Schrank kommen. Hierin lasse man die stärkeren 24 Stunden, die feinsten länger, etwa 48 Stunden. Die Uretherenkatheter sind auch in dieser Zeit noch nicht sterilisiert. Die einfachen Cystoskope, wenn sorgfältig gewaschen, sind in 24, sicherer in 48 Stunden, in den von JANET beschriebenen Apparaten zu sterilisieren, aber die Irrigationscystoskope sind in 48 Stunden noch nicht sterilisiert.

Die mit Trioxymethylen versehenen Schränke oder Apparate dürfen ohne Schaden einmal und öfter während der Sterilisation geöffnet werden, was besonders für die Ärzte und für diejenigen Kranken von Bedeutung ist, welche sich selbst katheterisieren.

Derartige Apparate mit Formol und Trioxymethylen können auch für kleine Verbandstücke, Urethroskope u. a. verwendet werden.

Falls man das Trioxymethylen in Schubladen oder Schächeln gebracht hat, in

welchen sich die sterilisierten Instrumente befinden, so kann man bis zu einem gewissen Grade deren Asepsis aufrecht erhalten, darf sich aber nicht lange darauf verlassen, da ja diese Schachteln etc. zu oft geöffnet werden.

III. Versuch der Sterilisation von Kathetern durch die Dämpfe von Formol, von CLAISSE. Verfasser hat ebenfalls durch Kulturen die Verwertbarkeit von starken Formalinlösungen zu erproben versucht und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

Formoldämpfe können solche Katheter sterilisieren, welche man nicht sofort benutzen muß. Die Sterilisation ist leicht, vollständig, verdirbt die Instrumente nicht, das Formol belästigt die Umgebung nicht. Da längere Zeit zur Sterilisation benötigt wird, sollen Ärzte oder Kranke, die sich selbst katheterisieren, stets einen gewissen Vorrat an Kathetern bereit halten, die bereits sterilisiert sind. Um die den Instrumenten nach Formolsterilisation anhaftenden Reizungen zu vermeiden, empfehle es sich, mittelst sterilisiertem Wasser oder aseptischer Borlösung den Überschuss von Formol zu entfernen.

IV. Chronische Urinverhaltung mit Ausdehnung der Blase. Behandlung durch Katheterismus, welcher in progressiver und antiseptischer Weise die Entleerung bewirkt und die Heilung ohne irgend eine Infektion der Blase erzielte, von МИХОН. Der Fall ist klinisch dadurch interessant, daß er einen 80jährigen Prostatiker betraf, der durch die kolossale Ausdehnung der Blase, welche bis zum Nabel reichte, dem Ende bereits nahe war. Trotzdem war sein Harn klar geblieben. Die regelmäßige unter allen Kautelen der Antiseptik und Aseptik vorgenommene Entleerung der Blase wurde in der Weise ausgeführt, daß stets nur ein Teil des Inhaltes entleert und eine mäßige Menge Borlösung in der Blase gelassen wurde. Die Besserung aller Symptome erfolgte rasch, die Ausdehnung verminderte sich. Schließlich wurde dem Patienten der Katheterismus überlassen, der auch bei diesem eine Infektion der Blase nicht verursachte. МИХОН weist darauf hin, daß hauptsächlich die von außen mittelst des Katheters eingeführten Mikroben, nicht die in der Harnröhre gedeihenden die Infektion verursachen, Sterilisation der Instrumente sei daher das wichtigste.

Neuhaus-München.

Mitteilungen aus der Literatur.

Pharmakologie.

Bericht von E. MERCK-Darmstadt über das Jahr 1895. Aus dem Berichte seien folgende Medikamente erwähnt:

Hydrargyrum jodicum oxydatum, weißes amorphes Pulver, fast unlöslich in reinem Wasser, löslich in Wasser, dem Kochsalz oder Jodkalium zugesetzt ist.

RUHEMANN, welcher das Mittel in allen möglichen Stadien der Lues in Form intraparenchymatöser Injektionen anwandte, sah keine schädlichen Nebenwirkungen, auch nicht auf die Nieren. Geringe Reaktion der Mundschleimhaut, geringe lokale Schmerzen.

℞ Hydrarg. jodici oxyd.	0,12
Kalii jodati	0,08
Aq. destill.	10,0.

DS. Zu intraparenchymatösen Injektionen, 1—1½ Pravazspritze jeden zweiten bis vierten Tag.

Für eine Kur genügen 20 bis 30 Injektionen.

Lithium jodicum, weißes, in Wasser sehr lösliches Pulver.

BUHREMANN verordnete Lithiumjodat subkutan zu 0,1 g bei harnsaurer Diathese und bei Nierenkoliken. Schon nach wenigen Injektionen hörte die vorher bestehende massenhafte krystallinische Ausscheidung der Harnsäure auf. Innerlich 0,15—0,2 g dreimal täglich bei eingewurzelter Gicht.

Subkutan: ℞ *Lithii jodici* 1,0
Aq. destill. 10,0.

DS. Zu Injektionen, 1 Pravazspritze täglich.

Innerlich: ℞ *Lithii jodici* 7,5
Mucilag. g. tragac. 9,5. ut f. pil. No. 50.

DS. Dreimal täglich ein Stück zu nehmen.

Aluminium borico-tannicum (Cutolum). Nach P. KOPPEL (*Therap. Monatsh.* 1895. pag. 614) ist das Kutol indiziert bei nässenden, akuten Ekzemen, stark sezernierenden Hautdefekten, Intertrigo, Erosionen, Fissuren, Brandwunden und Geschwüren, besonders bei eiternden Fufageschwüren, wo es zumeist in Form von Salben oder Streupulvern gebraucht wird. Kutolstreupulver und 10—20%ige Kutol-Lanolinsalben wirken bei profuser Schweißabsonderung recht günstig.

℞ *Cutoli* 4,0—8,0
A. oliv. 10,0
Lanol. ■ 40,0.

Mf. ungt. S. Äußerlich. (Nässendes Ekzem.)

℞ *Cutoli*
Zinc. oxyd.
Talci ■ 10,0.

Mfp.-DS. Streupulver. (Ekzem, Intertrigo.)

Argentamin. ASCHNER (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 13—18) empfiehlt für Injektionen in die ganze Urethra Lösungen 1:1000—1:2500, für die Urethra anterior allein nur Lösungen 1:2000—1:1000. Er rühmt die Tiefenwirkung des Mittels. In den ersten Tagen wird der Ausfluß in der Regel stärker, nimmt jedoch dann rasch ab. Behandlungsdauer 7—15 Tage.

℞ *Argentamini* 0,5—0,1—0,2—0,4
Aq. destill. 100,0.

DS. ad vitr. nigr. S. Äußerlich.

Argonin. Es entsteht durch Umsetzung von Kaseinnatrium und Argentum nitricum. Das Pulver ist farblos. Um es zu lösen, befeuchtet man vorsichtig die Partikelchen der Substanz in einem Becherglas oder in einer Abdampfschale mit kaltem Wasser, bis sie von der Flüssigkeit völlig benetzt sind, bringt sie dann auf das Wasserbad und erwärmt unter Umrühren, bis eben Lösung eingetreten ist. Etwa ungelöst bleibende Teilchen werden durch Filtrieren über Glaswolle entfernt. Die Argoninlösungen, welche bis zur Stärke von 10% leicht darzustellen sind, halten sich nicht lange und sind vor Licht zu schützen. 15 g Argonin enthalten soviel Silber wie 1 g Argentum nitricum.

Nach den Untersuchungen von A. LIEBRECHT (*Therap. Monatsh.* 1895. pag. 307), R. MEYER (*Zeitschr. f. Hyg.* 1895. pag. 109) und J. JADASSOHN (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896) weist das Argonin gleich dem Silbernitrat bakterientötende Eigenschaften auf, hat aber keine Ätzwirkung. Adstringierende Eigenschaften scheinen dem Mittel zu fehlen.

℞ *Argonini* 1,5—2,0
Solve lege artis in Aq. destill. 100,0.

D. ad vitr. nigr. S. Äußerlich (Blennorrhoe).

Extractum Myrtilli Winternitz. Auf Grund der Erwägung, daß Heidelbeer auszügel Epithelien und verhornte Epithelialgebilde intensiv zu färben vermögen, hat WINTERNITZ (*Blätt. f. klin. Hydrotherap.* 1895. No. 4) das **Extractum Myrtilli** zur Bekämpfung von Hautaffektionen angewandt und damit bei *Eccema seborrhoicum* und mykotischen Ekzemen die besten Erfolge gesehen, indem die subjektiven und objektiven Beschwerden schnell verschwanden, ohne daß Recidive folgten. Auch K. ULLMANN (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 41 u. 42) und W. STECKEL (*Med. Post.* Wien. 1895. No. 91) erzielten ähnliche Resultate. Das Mittel ist wirkungslos bei nässenden und pustulösen Ekzemen. Der Extrakt wird auf die gereinigte Haut dick aufgespritzt, darüber Watteschicht und Binde, resp. Puder. Applikation täglich einmal oder seltener. Die festhaftende Watte entferne man mit 10%iger lauer Kochsalzlösung.

Haemolum hydrargyro-jodatum weist selten und nur im geringen Grade Nebenwirkungen auf. RILLE (*Wien. med. Blätt.* 1895. No. 20 und *Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 20) behandelte damit 25 Syphilitiker. Er empfiehlt das Mittel als ein wirksames inneres Antisyphiliticum. Es ist das erste Präparat, welches Jod und Quecksilber zusammen mit Eisen enthält und so neben den spezifischen Einwirkungen auch eine tonisierende Einwirkung gestattet. Es dürfte daher besonders bei Fällen indiziert sein, welche durch Skrophulose oder darniederliegenden Ernährungszustand und Anämie kompliziert sind.

℞ *Haemoli hydrargyro-jodati* 10,0
Opii pulverati 0,8
Albuminis ovi recentis
g. s. ut f. pil. No. 50.

DS. Täglich dreimal zwei Stück nach den Mahlzeiten zu nehmen.

Haemolum cupratum ist von Prof. KOCH auf KOBERTS Empfehlung hin (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 1—3) bei Lupuskranken in der Dorpater chirurgischen Klinik versucht worden. Die lupösen Infiltrationen gingen zurück und die Haut erhielt zum Teil wieder die normale Beschaffenheit. Dieser Erfolg ermunterte zu Versuchen bei anderen Affektionen, wo Kupferverbindungen infolge ihrer antiparasitären und tonisierenden Wirkung angezeigt erscheinen, z. B. bei Tuberkulose, Skrophulose, Lues, Ekzemen, Chlorose etc. KOBERT empfiehlt:

℞ *Haemoli cuprati* 0,1
Pastae cacoon. vanillinat. 0,5.

M. f. p. Dispens. tal. dos. No. XX. DS. Dreimal täglich ein Pulver zu nehmen.

Jodoformin (geruchloses Jodoform), weißes Pulver, mit 75% Jodoformgehalt, in Wasser unlöslich, spaltet bei Einwirkung von Alkalien, Säuren und der Wandsekretion Jodoform ab. IVEN (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 96) und TROSTOFF (*ibid.* pag. 849) haben das Präparat sowohl bei frischen Wunden, als auch bei chronischen, stark secernierenden Geschwüren, *Ulcus molle*, chronischer *Blennorrhoe* etc. angewendet und fanden, daß das Jodoformin dem Jodoform an antiseptischer Kraft gleichkomme, keinerlei Reizerscheinungen auslöse und nahezu vollständig geruchlos sei, dazu schnelle Vernarbung und Krustenbildung herbeiführe.

Lithium bromatum, graues, in Alkohol und Wasser lösliches Pulver. M. MENDELSON (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. pag. 861) führte die erprobte Wirksamkeit der Lithiumsalze bei Gicht nur auf die durch sie bewirkte Steigerung der Diurese und nicht auf ihre harnsäurelösende Kraft zurück. Die Lithiumsalze sind daher in Zukunft den Diureticis zuzuzählen. Dies stimmt mit den Erfahrungen K. V. POLAKOWS (*Sem. méd.* 1895. pag. 380) bei akuter und chronischer parenchymatöser Nephritis vollständig überein. Neben der diuretischen Wirkung trat Verminderung der Ödeme, der Eiweißmenge ein, ohne Milchdiät und ohne Bäder.

℞ <i>Lithii bromati</i>	1,0—2,0
<i>Natrii bicarb.</i>	4,0
<i>Aq. destill.</i>	200,0
<i>Ol. menth. pip. angel. gtt.</i>	II.

DS. Drei bis vier Eßlöffel in 24 Stunden zu nehmen.

Prostata siccata. pulv. Prostata-tabletten, bereitet aus der Vorsteherdrüse des Stieres.

Auf dem VIII. Kongresse für innere Medizin berichtete E. REINERT über die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Fütterung von Prostata-Drüsen. R. wählte die Prostata von Farren; man gab anfangs $\frac{1}{4}$, später $\frac{1}{2}$ Prostata fein gewiegt auf Butterbrot und wiederholte die Dosis 2—3 mal wöchentlich. Nach mehrwöchentlicher Behandlung war eine wesentliche Verkleinerung des Organes eingetreten, gleichzeitig Besserung des Allgemeinbefindens und der subjektiven Beschwerden, besonders Verminderung des Harnzwanges. Keine ungünstige Nebenwirkungen wurden beobachtet.

Die Tabletten enthalten pro Stück 0,1 g getrockneter Drüsensubstanz und würden davon täglich 5 Stück in 2 Gaben zu je 2, bzw. 3 Tabletten zu nehmen sein.

Renes siccati pulv., aus frischen Schafs- und Schweinsnieren bereitet. SCHIPROWITSCH (*Therap. Monatsh.* 1895. pag. 650) gab die frische Niere und einen daraus gewonnenen Extrakt bei 35 Nephritikern. Trotz Fleischkost stieg die Diurese, Eiweiß nahm sehr ab oder schwand gänzlich. Bei Schrumpfniere nahm die Polyurie ab, das Allgemeinbefinden besserte sich. Ähnliche Erfolge erzielte W. DONOVAN. (*Brit. med. Journ.* 1895. I. pag. 15.)

Tannoform, lockeres, weisarötliches Pulver, unlöslich in Wasser, löslich in Ammoniak und Sodalösung, sowie in Natronlauge, sehr empfohlen bei Decubitus und Hyperidrosis, Ulcus molle (ein Teil Tannoform mit vier Teilen Amylum), bei Pruritus vaginae der Diabetiker.
A. Strauß's-Barmen.

Silber und Silbersalze als Wundverbandmittel, Aktol und Itrol. (*Pharm. Centralbl.* 1896. No. 11.) Auf Grund der Erfahrung, daß metallisches Silber mit Ansiedelungen von in Spaltpilzen Berührung gebracht, abtötend auf diese einwirkt, bedeckte Dr. CAZÉ die antiseptische Wunde mit der sog. Silberfolie, worüber sterile Gaze und eventuell Watte gelagert wird. Die Wundsekrete blieben wochenlang steril; es zeigten sich Heilungsverhältnisse von solcher Reaktionslosigkeit und Stetigkeit, wie sie unter keinem anderen Verbandsverbande beobachtet wurden. Von MAX ARNOLD in Chemnitz wird jetzt ein Silberverbandstoff, den man beliebig zerschneiden kann, und ein Silbermull, der Jodoformgaze ersetzt, hergestellt. Das Silber geht mit einem Stoffwechselprodukte der Spaltpilze, der Milchsäure, eine Verbindung, milchsaures Silber, ein, welches schon in großen Verdünnungen die Entwicklung der Pilze hemmt. Noch besser als das milchsaure Silber (Aktol) wirkt das citronensaure Silber (Itrol), welches ein geradezu tadelloses und vorzügliches Wundstreupulver darstellt (hergestellt in der chemischen Fabrik von HEYDEN in Radebeul). Es ist billig, in braunen Gläsern lange haltbar, ist sehr feinkörnig und ganz geruchlos, reizlos und gefahrlos. Es wird als Pulver, Salbe (1:50—100), wässrige Lösung (1:4—5000 als Desinficiens, 1:5—10000 zu Umschlägen etc.) angewandt. A. Strauß's-Barmen.

Das Ichthyol und seine Wirkung, von Dr. M. EBERSON in Tarnow. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 42.) Nach Besprechung der pharmakologischen und physiologischen Eigenschaften des Ichthyols teilt Verfasser seine Erfahrungen auf dem Gebiete der Haut- und Geschlechtskrankheiten etc. mit und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Ichthyol ist im Arzneischatze an die Seite der wenigen spezifischen Mittel zu stellen.

2. Ichthyol ist eine Spezificum gegen Erysipel.

3. Es ist ein mächtiges Mittel gegen Erythem, Ekzem, Rosacea, Intertrigo, Blennorrhoe und seine Komplikationen.

4. Innerlich genommen, entfaltet es günstigste Wirkung bei Gicht und Rheumatismus, chronischen Nephritiden und bei entzündlichen Uterusleiden und seinen Adnexa.

J. Strauß-Barmen.

Über Airol. Ein neues Ersatzmittel des Jodoforms und ähnlicher anti-septischer Pulvermittel, von CARL S. HÄGLER. (*Beitr. z. klin. Chirurg.* Band XV, Heft 1.) Verfasser stellte Untersuchungen über die giftigen Wirkungen des Dermatol, Airol und Jodoform bei subkutaner und intraperitonealer Darreichung an Katzen, Kaninchen, Meerschweinchen und weißen Ratten an, fernerhin durch Verfütterung und Kulturversuche. Mit Bezug auf die näheren Ergebnisse muß auf das Original verwiesen werden. Aus den Erfahrungen mit Anwendung des Airol am Krankenbette geht die im Verhältnis zum Jodoform relative Ungiftigkeit, Geruchlosigkeit und Beizlosigkeit auf die intakte Haut hervor. Vor dem Jodoform hat es sodann voraus, daß es in Verbindung mit den warmen Körpersäften sofort einen kleinen Teil Jod abgibt, sowie daß es durch seinen Wismutgehalt (Airol ist eine basische Wismutoxyjodid-Verbindung, welche dadurch entsteht, daß im Dermatol Jod eingeführt wird) austrocknend wirkt. Aus den vergleichenden Untersuchungen und Erfahrungen am Menschen geht hervor, daß Airol als Trockenantisepticum alle Beachtung verdient. Es entspricht den Forderungen, die wir an solche Pulverantiseptica stellen, am vollständigsten von den bisher bekannten ähnlichen Mitteln; es darf dem Jodoform, was seine Wirksamkeit betrifft, wohl an die Seite gestellt werden, übertrifft dieselbe sogar in einigen Beziehungen, ohne die üblen Eigenschaften des Jodoforms zu haben.

A. Strauß-Barmen.

In einer längeren Abhandlung über den Jodismus, seine Varietäten, Ätiologie und Behandlung, worin unter anderem auch die Hauterscheinungen einläßlich behandelt sind, kommt Biquet-Armentières zum Schlusse, daß es keine absolut sichere Mittel giebt, die Jodintoxikation zu vermeiden, indem es sich um eine Idiosynkrasie handelt, die nicht vorausgesehen werden könne, es sei denn bei bestehenden Nierenläsionen. Die Ansicht, als seien kleine Dosen gefährlicher als massive, muß absolut fallen gelassen werden. Am besten vermeidet man Intoxikationen, wenn man mit geringen Dosen beginnt und nur allmählich steigt. Die einzigen Medikamente, welche gegen den Jodismus ihre Probe bestanden zu haben scheinen, sind die Belladonna gegen die Nasenrachenercheinungen und das Natron bicarbonicum. (*Semaine méd.* 1896. No. 18.)

C. Müller-Bern.

Über das Thyrojodin, von E. BAUMANN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Der Entdecker des Thyrojodin bringt hier weitere Mitteilungen über diese organische Jodverbindung, welche aus den Schilddrüsen von Menschen und Tieren beim Kochen mit Schwefelsäure oder durch künstliche Verdauung abgeschieden werden kann. Das Thyrojodin enthält darnach außer Stickstoff Jod in sehr fester Bindung, außerdem vielleicht einen kleinen Gehalt an Phosphorsäureverbindungen. Nur ein kleiner Teil des in der Schilddrüse enthaltenen Thyrojodins ist darin als solches enthalten. Die Hauptmenge desselben sei in der Schilddrüse an zwei Eiweißkörper, eine Albumin und eine Globulinsubstanz gebunden, unter welchen die erstere stark vorwiege.

Die Wirksamkeit der Thyrojodinpräparate wurde durch Dr. Roos zunächst bei parenchymatösen Kröpfen festgestellt. Von einem solchen Präparate, welches 10%

Jod enthielt, erwiesen sich Milchnuckerverreibungen, welche 1 mg der Substanz, somit $\frac{1}{10}$ mg Jod enthielten, nach mehrmaliger Darreichung als gut wirksam. Die von den Elberfelder Farbenfabriken dargestellten Präparate, von welchen 1 g (der Verreibung) 0,3 mg Jod enthält (entsprechend 1 g frischer Schilddrüse) zeigten eine Wirksamkeit, welche derjenigen eines gleichen Gewichtes frischer Schilddrüse mindestens gleichkam.

Die charakteristischen Wirkungen des Thyrojodins seien seither bewiesen bei parenchymatösen Kröpfen, bei Myxödem, bei Adipositas, durch Stoffwechselversuche an Tieren und Menschen und endlich durch den Eintritt bestimmter Vergiftungserscheinungen, welche nach Anwendung allzugrosser Dosen sich zeigten. Letztere Beobachtungen sind unfreiwillig gemacht worden, bevor die Donierung des Thyrojodins genügend feststand.

Aus allem ergibt sich, dass in der Schilddrüse nur eine spezifisch wirksame Substanz, das Thyrojodin, enthalten ist.

Bei allen Versuchen mit Thyrojodin zeigte sich der überraschend schnelle Eintritt der Wirkung, der früher erfolgt, als bei der Anwendung von Schilddrüsen in frischem Zustande oder in Form von Tabletten, was darin seine Erklärung findet, dass aus den letzteren durch den Verdauungsprozess erst das Thyrojodin abgespalten werden muss.

Des Weiteren suchte BAUMANN zu erfahren, in welchen Mengen das Thyrojodin resp. das Jod in der Schilddrüse des Menschen und von Tieren vorkommt, in welcher Beziehung es zu den Kröpfen stehe und woher die Schilddrüsen ihren Bedarf an Jod beziehen. Hier zeigten sich je nach der Örtlichkeit grosse Unterschiede. In Freiburg z. B., wo starke Vergrösserungen der Schilddrüsen und Kröpfe häufig vorkommen, fand sich in den Schilddrüsen der Erwachsenen und der Kinder ein wesentlich geringerer Jodgehalt als in den Schilddrüsen aus Hamburg und Berlin. Sehr bedeutend ist der Einfluss des Lebensalters auf den Jodgehalt der Schilddrüsen. Sie enthalten im kindlichen Alter am wenigsten Jod, sehr gering ist nicht selten ihr Jodgehalt bei sehr alten Leuten. Schon jetzt lässt sich erkennen, dass eine Beziehung des Jodgehaltes der Schilddrüsen und des Vorkommens von Kröpfen in bestimmten Gegenden existiert. BAUMANN'S Beobachtungen führen dahin (wo die Ernährung mit Seefischen nicht in Betracht kommt), die Quelle des Jods in der pflanzlichen Nahrung zu suchen. Die Asche fast aller Landpflanzen enthält nachweisbare Spuren von Jod. Daraus geht hervor, dass das Jod in grösster Verbreitung, wenn auch immer in sehr kleinen Mengen, in der festen Erdrinde enthalten ist. Um welches jodhaltige Mineral es sich hierbei handelt, ist noch unbekannt. Aus dem Boden können Spuren von Jodverbindungen jedenfalls auch in Quell- und Flusswasser übergehen. Ob aber diese Spuren von Jod für die Jodansammlung in den Schilddrüsen einen wesentlichen Einfluss besitzen, erscheint noch fraglich.

Um den geringeren Jodgehalt der Schilddrüsen in der Kropfgegend zu erklären, kann man daran denken, dass die im Wasser der Kropfgegenden enthaltenen Mikroorganismen der Assimilation der in der Nahrung enthaltenen kleinen Spuren von Jod entgegenwirken können. Das Thyrojodin würde aber diesem Einflusse nicht unterliegen.

Im allgemeinen sei für den Menschen und für viele Ländtiere das Jod als ein für ihr Leben notwendiges Element erwiesen.

In der Thymusdrüse des Kalbes konnte BAUMANN neuerdings das Vorhandensein geringer Mengen von Jod deutlich feststellen. So klärt sich auf, warum Kröpfe nach wiederholten Eingaben von 10—25 g Thymusdrüse erheblich abnehmen. Wahrscheinlich enthält auch die Thymusdrüse das Jod in Form von Thyrojodin, wenn auch in geringerer Menge als die Schilddrüse.

Diese letztere kann als das empfindlichste Reagens für Jodverbindungen benutzt werden. Ihr Jodgehalt steigt nämlich stets nach äußerer oder innerer Behandlung mit Jodmitteln, besonders aber nach Schilddrüsenbehandlung und nach Eingabe von Thyrojodin. Und diese Jodverbindung ist nicht ein Produkt des allgemeinen Stoffwechsels, sondern wird in der Schilddrüse gebildet; dafür spricht die Erfahrung, daß bei Myxödem Thyrojodin sehr wirksam ist, während Jodkalium die Erscheinungen des Myxödems nicht beeinflusst, weil bei Myxödem die Schilddrüse nicht mehr leistungsfähig ist.

Was den Jodgehalt der Kröpfe betrifft, so hält BAUMANN denselben normalerweise für einen sehr geringen, die Fälle mit erheblichen Mengen von Jod wären wohl so aufzufassen, daß zu irgend einer Zeit vorher Jodpräparate eingegeben worden waren.

Der Jodgehalt der Schilddrüsen der Tiere ergäbe ebenfalls erhebliche Schwankungen. Das beste Material für die Gewinnung des Thyrojodins liefere die Hammelschilddrüse.
Neuhaus-München.

Beitrag zur Wirkung des Thyrojodins auf den Stoffwechsel bei Fettsucht, von E. GRAWITZ. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Das für die Versuche verwendete Präparat wurde von den Elberfelder Farbenfabriken bezogen und bei zwei an Fettsucht leidenden Frauen erprobt; bei einer derselben wurde eine genaue Bestimmung des Stickstoffstoffwechsels vorgenommen.

Bei der einen Patientin, einer 53jährigen Näherin, ergab sich in acht Tagen bei täglichen Gaben von nur 1 g Thyrojodin eine starke Abnahme des Körpergewichts um drei Kilo. Dies ist um so bemerkenswerter, als die Patientin in ihrer Nahrung ca. 45 g Fett täglich und auch an Eiweiß und Kohlehydraten ein für ihr Bedürfnis vollständig ausreichendes Quantum erhielt, während einige Zeit vorher bei kohlehydrat- und fettarmer, knapp bemessener Diät nur ein ganz geringer Gewichtsverlust erzielt worden war. Die Vermehrung der Stickstoffausscheidung fand sich deutlich ausgeprägt. Der Verlust an Stickstoff, welcher in der achttägigen Thyrojodinperiode 81 g betrug, erklärt natürlich nicht ohne weiteres die stärkere Abnahme des Körpergewichtes, es muß vielmehr ein beträchtlicher Verlust an Körperfett eingetreten sein. Vermehrte Flüssigkeitsabgabe fand sicher nicht statt.

Eine zweite Patientin, 30jährige Arbeiterin, an chronischer deformierender Arthritis und starker Fettleibigkeit leidend, erhielt während drei Wochen täglich je 1 g Thyrojodin bei gemischter, nach keiner Richtung hin beschränkter Nahrung. Auch diese Patientin zeigte nach Ablauf jeder Woche während des Thyrojodingebrauches eine Abnahme um 1 kg, im ganzen also um 8 kg, während nach dem Aussetzen des Mittels das Gewicht zunächst gleich blieb und dann zu steigen begann. Das subjektive Befinden blieb in beiden Fällen ungestört. *Neuhaus-München.*

Über Thyrojodin, von A. HENNING. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Verfasser hat früher das Thyreoidextrakt beim reinen Kropf, beim Morbus Basedowii und bei Obesitas versucht, aber keinen Erfolg erzielt. Neuerdings hat er bei den gleichen Affektionen mit Thyrojodin durch Monate hindurch Versuche angestellt und berichtet hierüber. Er behandelte nur Erwachsene im Alter von 26—45 Jahren, die Tagesdosis schwankte zwischen 0,5—3,0. Die Wirkung war in allen Fällen von Obesität vorhanden, Gewichtsabnahme von 1—3—5 kg in der Woche wurden beobachtet. Dabei wurde keine Diät eingehalten. Interkurrente Krankheiten, wie Influenza, Schnupffieber, wie das Auftreten der Periode wurden nicht als Gegenanzeigen angesehen, der Gewichtsverlust war dann stets bedeutender.

Weniger konstant war der Einfluß von Thyrojodin auf den Morbus Basedowii und den erworbenen Kropf. Bei letzterem wurde das Mittel in beiden Fällen nicht

gut vertragen. Eine ganze Anzahl von Nebenerscheinungen wurden bei Dosen von 1,0 pro die beobachtet: allgemeines Krankengefühl, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Rücken- und Brustschmerzen, Zittern in der linken Hand, leichte Albuminurie und Glykosurie, Pulserhöhung, Schwindel; diese Symptome verloren sich bei Herabsetzung der Dosis. *HEXNIG* hält schliesslich Versuche bei Haut- und Geschlechtskranken mit Thyrojdin für voll berechtigt.

Neuhaus-München.

Über die Anwendung des Jodols bei venerischen Krankheiten, von DOMENICO MALOCCHI - Bologna. (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 4.) Reines Jodol oder Jodol mit Kalomel zu gleichen Teilen ergaben das beste Resultat bei der Behandlung der weichen Schanker. Die Anwendung des Mittels empfiehlt sich in allen Perioden des Schankers, vom Anfang des nekrotischen Stadiums bis zur vollendeten Narbenbildung. Die gleiche Wirkung zeigte sich auch beim harten Schanker, und ebenso beim chancre mixte, besonders das Gemisch von Jodol mit Kalomel. Günstige Erfolge hat Verfasser vom Jodol noch bei granulösen Erosionen des Uternahalses gesehen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Xeroform (Tribromphenolwismuth), ein neues pulverförmiges Antisepticum, von E. HEUSS-Zürich. (*Therap. Monatsh.* 1896. Heft 4.) Das Xeroform ist nicht giftig, es ist gänzlich geruch- und geschmacklos, vollständig reizlos, auch auf erkrankte Schleimhäute. Es vereinigt die Wirkungen des Phenol bezw. des Tribromphenol und des Wismuth; es wirkt stark antibakteriell und antifementativ; daneben austrocknend und ist nicht nur ein vorzügliches Darmantisepticum, sondern vor allem ein ausgezeichnetes Wundantisepticum. Auf Wunden wirkt es befördernd auf das Epithelwachstum, zugleich schmerzlindernd. Das Xeroform ist lichtbeständig und kann, da bei 120° noch nicht zersetzbar, leicht sterilisiert werden. Er hat ein doppelt so grosses Volumen, wie ein gleiches Gewichtsquantum Jodoform. Man braucht also zum Bedecken einer Wunde nur die Hälfte des Gewichtes von Jodoform.

L. Hoffmann-Berlin.

Verschiedenes.

Über Lokalanästhesie, von C. SCHLATTER - Zürich. (*Corresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1896. No. 10.) Wie oft auch diese Frage in den Fachblättern behandelt worden, müssen wir jede neue Mitteilung auf einem so hochwichtigen Gebiete mit Freude begrüßen, zumal wenn dieselbe von einem Verfasser herrührt, der aus langjähriger Erfahrung spricht und über ein so reichhaltiges Material verfügt, wie die Zürichsche Poliklinik bietet. In sehr übersichtlicher und praktischer Weise bespricht S. nacheinander die drei Arten von Lokalanästhesie durch Kompression, Kälte und Injektion lokalanästhesierender Medikamente. Die Mängel der beiden ersteren, besonders der Anästhesie durch Kälte (Äther, Äthylchlorid) sind hinlänglich bekannt. Was die dritte Art anbelangt, wo ausschliesslich das Kokain in Frage kommt, so hat dieselbe neben ihren begeisterten Anhängern bis zur heutigen Stunde auch ihre Widersacher gefunden. Zu ersteren gehört hauptsächlich RECLUS, der sich mit der Frage einlässlich beschäftigt und mit Hilfe des Kokains zum Teil recht schwierige Operationen ausgeführt hat, wie Radikaloperationen von Hernien, Hasenscharten- und Wolfsrachenoperationen, Finger- und Zehenablationen etc., so dass bei ihm die Lokalanästhesie durch Kokain die Regel, Chloroformnarkosen zur Ausnahme geworden sind. Wenn

die Verbreitung dieser so bequemen Analgesieerzeugung noch immer von gewissen Seiten auf hartnäckigen Widerstand und skeptisches Kopfschütteln stößt, so liegt dies, wie es der Verfasser in Übereinstimmung mit anderen sehr richtig angiebt, in der fehlerhaften Injektionstechnik. Diese soll eben so ausgeführt werden, daß sich die Einspritzungen nicht zu subkutanen, sondern zu endermatischen gestalten, was dadurch geschieht, daß man, nachdem die Nadelspitze eingestochen, die Nadel unter fortwährendem Verschieben des Stempels in der zu anästhesierenden Richtung in die Haut weiterstößt. Jede tiefere Schicht erfordert ihre besondere Einspritzung. Durch Injektion unter das zugehörige Periost lassen sich auf diese Weise sogar Knochenoperationen unter vollständiger Analgesie ausführen. Wie RECLUS verwendet S. gegenwärtig nur noch 1%ige Lösungen, injiziert dann aber unter Umständen davon sechs bis zehn Spritzen (Rippenresektionen, Tracheotomien etc.). Ein Haupterfordernis ist außer der richtig ausgeführten Injektion die Verwendung frischer Lösungen, da ihre Wirksamkeit schon nach zwei oder drei Tagen beträchtlich abnimmt. Bei Operationen in entzündetem Gewebe (Furunkel, Abscesse) gestaltet sich die Analgesierung etwas schwieriger, so daß man die doppelte Anzahl von Injektionen vornehmen, bis zum Incidieren etwas länger warten und bereits in gesundes Gewebe injizieren muß.

S. kommt dann auf die SCHLIMMICHsche Infiltrationsanästhesie zu reden, die er ebenfalls öfters in Anwendung gebracht hat und zwar meist bei kleineren Eingriffen, zweimal aber auch bei Exstirpation größerer Lymphdrüsenpackete am Halse und bei Rippenresektionen. Er ist mit den Resultaten sehr befriedigt, solange es sich um Operationen in nicht entzündetem Gewebe handelte, wogegen der Erfolg nur mangelhaft ausfiel in entzündlich infiltrierten Partien. *C. Müller-Wallisellen (Zürich).*

Einige Apparate zur Krankenpflege, von H. QUINCKE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 16.) Zunächst empfiehlt Verfasser eine Badewanne, in der die Kranken mehr eine liegende Stellung einnehmen, die außerdem weniger Wasser braucht. Wo man Dauerbäder geben will, legt man auf den Boden dieser Wanne einen zweiten aus verzinnem Kupferblech, der vom Boden und vom Rande ca. 3 cm absteht. Unter die Wanne, die auf Rädern steht, stellt man eine Gasflamme oder auch eine große Spiritusflamme. Durch Regulierung der letzteren gelingt es, die gewünschte Temperatur dauernd konstant zu erhalten, wodurch das lästige Nachgießen, jede Temperaturschwankung vermieden werden.

Als Thermophore bezeichnet Verfasser eine Vorrichtung, um Breiumschläge längere Zeit in möglichst gleichmäßiger Temperatur zu erhalten. Dieselbe beruht auf dem Prinzip der Cirkulationsheizung. Hohlkapseln aus verzinnem Kupferblech stehen durch Röhren und Gummischläuche in Verbindung mit einem heizbaren Wasserreservoir, das sich auf dem Fußboden befindet. Wird das Wasser in diesem erwärmt, so steigt es in die Hohlkapseln; das aus diesen durch das andere Rohr in das Reservoir zurückkehrende Wasser erhält wieder die passende Temperatur. Man kann die Hohlkapseln so herstellen, daß sie sich allen möglichen Körperteilen anpassen. Solche für Hoden und Penis werden abgebildet. Man kann denselben Apparat auch als Kühlapparat, z. B. bei der Epididymitis, benutzen. Zum Schlusse weist Verfasser darauf hin, daß man die Zersetzung der Breiumschläge, den dadurch entstehenden unangenehmen Geruch vermeidet, wenn man zur Anfeuchtung 2%iges Borwasser nimmt. Auch für Prießnitzumschläge ist dasselbe geeignet. Das Einpudern der Genitalien und des Betttuches mit pulverisierter Borssäure ist bei Incontinentia urinae etc. sehr empfehlenswert.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

N^o. 4.

15. August 1896.

Über die tiefen und eiternden Trichophyton-Erkrankungen und deren Krankheitserreger.

Vortrag

gehalten auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress in London.

Von

Dr. F. J. ROSENBACH, Professor in Göttingen.

Meine Herren!

Ich habe der Aufforderung, mich an der heutigen Besprechung zu beteiligen, Folge geleistet, weil ich glaube, daß gerade für die Trichophytonlehre eine persönliche Verhandlung der Beobachter zur Klärung nützlich sein kann. Freilich erstrecken sich meine Untersuchungen in erster Linie nur auf die tiefen und eiternden Trichophytien und zum Vergleich auf die oberflächlichen Herpes circinnatus-Fälle, während ich über scheerende Flechten am Kopfhaar und über Favus keine Beobachtungen habe.

Was meine Methoden anbetrifft, so habe ich bisher der direkten mikroskopischen Untersuchung des erkrankten Haares wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Ich will dieser Methode, namentlich klinisch, ihren Wert nicht streitig machen. Gelang es doch SABOURAUD, durch sie einen bestimmten Pilz und eine durch diesen veranlafte scheerende Flechte von den übrigen abzutrennen und ferner Trichophytien zu unterscheiden, bei denen der Pilz nur im Haare selbst wächst, und solche, bei denen er um dasselbe wächst. Ich hatte mir vielmehr die Aufgabe gestellt, durch Kultivierung der Pilze auf künstlichen Nährböden die Frage zu untersuchen, ob es verschiedene Trichophytonpilze giebt und, wenn dies der Fall ist, ob den verschiedenen Trichophyton-Erkrankungen, namentlich den tiefen und oberflächlichen, bestimmte Arten der Pilze entsprechen.

Als Nährmedium wurde zur Anlage der Kulturen gewöhnliches Bouillonpeptonagar benutzt. Um weiter die Verschiedenheiten der Trichophytonreinkulturen hervortreten zu lassen, wurde auf Scheiben gekochter Kartoffeln und später auch auf Maltosepeptonagar nach SABOURAUDS Formel übertragen. Mir schienen die Kartoffelkulturen am besten die Verschieden-

heiten erkennen zu lassen. Frühere Forscher und auch SABOURAUD sind derselben Ansicht. Wenn letzterer dennoch glaubt, diesen Nährboden verwerfen zu müssen, weil die verschiedenen Arten der Kartoffeln zu sehr in der Zusammensetzung ihrer Stoffe differieren, so möchte ich den Einfluss dieser Verschiedenheiten doch nicht so hoch anschlagen, wenn man bei der Auswahl der Kartoffel vorsichtig ist, sondern möchte vielmehr mit KRÖSING diesen ausgezeichneten Nährboden, welcher überall bequem zur Hand ist, sehr empfehlen.

Die Reinzüchtung der Trichophytonpilze machte meistens keine Schwierigkeiten, da bei den tieferen Trichophytien meistens nur ein Pilz aufzutreten pflegt. Es wurden nach Sterilisation der Haut ausgezogene Haarstümpfe oder ausgeschnittene Hautpartikelchen auf den Nährboden gebracht und bei 20—22° C. bebrütet. Entstand nun eine Pilzkultur, so wurde vom äußersten Rande übertragen. Meist wurde auf diese Weise eine Reinkultur erhalten. Wenn nicht, so führte oft eine Wiederholung der Abimpfung vom Rande der neuerhaltenen Kultur zum Ziele, ein Verfahren, welches neuerdings von MIBELLI empfohlen ist. KRAUS Methode der Reinzüchtung ist schwierig und unsicher. Dagegen gelang mir in einfacher Weise die mechanische Trennungsmethode, durch welche KOCH die Isolierung der Spaltpilze ermöglichte. SABOURAUD verwirft diese, weil das verfilzte Pilzmycel sich im Wasser nicht verteile. Mir schien die Verteilung dadurch verhindert zu werden, dass das Mycel das Wasser nicht annimmt. Eine momentane Berührung des Mycels mit starkem Alkohol bewirkt eine diffuse Verteilung desselben in Wasser. In Bezug auf die weitere Technik der Methode verweise ich auf meine Schrift.¹

Was nun die Untersuchung der erhaltenen Reinkulturen betrifft, so lernte ich bald einsehen, dass die Erkennung und Unterscheidung sich bei weitem nicht so einfach gestaltet wie bei den Spaltpilzen. Es ist schwierig, die Farben und Gestaltungen solcher Trichophyton-Kulturen, mag man sie mit bloßem Auge oder unter dem Mikroskop betrachten, im Gedächtnis zu behalten. Erst wenn man sie nebeneinander vergleichen kann, gelangt man dazu, sie sich einzuprägen. Dieselben aber so zu beschreiben, dass ein Anderer sich danach ein Bild machen und sie sicher wiedererkennen könnte, dürfte wohl unthunlich sein. Bis dahin, dass es gelingt, gute makroskopische wie mikroskopische Dauerpräparate herzustellen, müssen also gute Abbildungen und Photogramme ihre Dienste leisten. Ganz dasselbe Bedürfnis hat SABOURAUD gehabt und demselben durch eine große Zahl ausgezeichneter Photogramme in seinem Atlas Rechnung getragen. Ich bin sehr erfreut, dass inzwischen KRÖSING

¹ *Über die tieferen, eiternden Schimmelerkrankungen der Haut und deren Ursache*, von Dr. F. J. ROSENBACH. 1894. Verlag von J. F. Bergmann, Wiesbaden.

nach meinen Abbildungen einen Teil seiner Trichophytonpilze mit den meinigen vergleichen und zum Teil identifizieren konnte.

Es ergab sich nun durch die Untersuchungen, daß eine ganze Anzahl verschiedener Pilze existiere und daß jedem derselben eine ganz charakteristische Beschaffenheit zukomme. Es handelt sich nicht um Varietäten, sondern um distinkte Arten, welche ihre Beschaffenheit wohl mit dem Wachstum und auf anderem Nährboden ändern, auf dem ursprünglichen Nährboden dasselbe Aussehen aber wieder annehmen. Auch ist die Art und Weise, wie sie mit dem Wachstum und auf anderen Nährböden ihr Aussehen ändern, charakteristisch. Ferner findet man bei Kulturen desselben Pilzes auf verschiedenen Nährböden gemeinschaftliche Merkmale heraus.

Ich mußte mich in meiner Schrift darauf beschränken, die Kartoffelkulturen von sieben verschiedenen Trichophytonpilzen in farbigem Druck und in Photogrammen wiederzugeben. Die makroskopische Diagnose allein kann indes im Stich lassen. So sind z. B. in rapidem Wachstum begriffene Kulturen gewisser Trichophytonpilze schwer voneinander zu unterscheiden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung stößt man zunächst auf die Frage, auf welche Teile der ganzen Kolonien man sein Augenmerk richten soll. Bei den Spaltpilzen ist die Form eines jeden Bacillus oder Coccus charakteristisch. Hier handelt es sich um eine höherstehende Pflanze mit einem Mycel im Nährboden, einem solchen in der Luft und um verschiedene Fruktifikationsorgane. Ich habe zur Untersuchung aller dieser Dinge Kulturen auf erstarrten Nähragartropfen auf Deckgläschen wachsen lassen, natürlich vor Austrocknung und Verunreinigung geschützt und habe diese teils frisch, teils an getrockneten Präparaten mikroskopisch untersucht.

Betrachten wir zunächst die Pilzverzweigungen im Nährboden. Ganz schwache Vergrößerungen ergaben wenig, fünfunddreißigfache dagegen lassen, je nach dem Verlauf der Fäden, ob mehr geradlinig oder mehr gewunden, ferner nach der Verzweigung, der Dichtigkeit etc. charakteristische Unterschiede erkennen. Ich habe mir im Anfang viel Mühe mit der Herstellung von Dauerpräparaten, durch Trocknenlassen und Färben der Deckgläschenkolonien, gegeben. Sie gelingen gut, doch wenn auch dieses Nährbodenmycel bei genau gleichen Bedingungen für jedes Trichophyton charakteristisch genug ist, so wird es in seinem Wachstum doch so sehr durch geringe Veränderungen der äußeren Verhältnisse beeinflusst, daß solche Präparate zur Unterscheidung weniger Wert haben. Ein zufälliges rascheres Wachstum z. B. macht die Fäden dicker und seltener, ein langsames feiner und reichlicher verzweigt. Höhere Temperatur bewirkt, daß der Pilz anstatt in geradlinigen Fäden, in gewundenen Ketten dicker Mycelsporen wächst. Ich erlaube mir Photogramme vorzulegen, welche das Verhalten der Wurzelmycelien demonstrieren.

Das Luftmycel mit den Luftfrüchten charakterisiert die Pilze sehr viel besser. Ich habe dasselbe zunächst an getrockneten, gefärbten Präparaten zu studieren versucht. Allein weder die Größe der Sporen, noch der Ansatz an die Hyphen, noch die Gestaltung letzterer treten dabei unverändert hervor. Viel mehr leistet die Untersuchung der frischen Deckglaskulturen. Die Vergleichung derselben nebeneinander habe ich mir durch Photogramme ermöglicht und solche in meinem Buche veröffentlicht. Auch hier sind genau dieselben Wachstumsbedingungen innezuhalten. Die Größe und Gestalt der Sporen, ihre Verbindung mit den Hyphen, die Verschiedenheit der Traubenbildung ist aus jenen Photogrammen, die ich vorlege, zu ersehen.

Außer den sporentragenden Hyphen und den Luftsporen kommen nun weiter die eigentümlichen, spindelförmigen Gebilde in Frage. Sie wurden, soviel ich weiß, zuerst von QUINCKE bei einem seiner Favuspilze und anderen Schimmelpilzen gesehen und beschrieben. FURTHMANN und NEEBE benutzten diese Gebilde zur Unterscheidung von Trichophytonarten und benannten diese nach der Form jener. SABOURAUD fand, daß diese Organe auftreten, wo die Luftsporen seltener sind, und umgekehrt, daß sie oft an Stelle einer Luftspore an der Hyphe auftreten und daß sie oft einen Teil einer Sporeentraube ersetzen. Er hält sie für Chlamydosporen: Nebenfruchtformen, welche aus einer Fruchträgeranlage entstehen. Ich kann SABOURAUDS Beobachtungen nur bestätigen. In meinen Photogrammen ist das Auftreten von Spindeln an Stelle von Luftsporen und auch als Fortsetzung einer Traube zu ersehen. Die Spindeln sind nicht immer endständig. Es kann sich eine Spindel unmittelbar in eine zweite fortsetzen. Auch kann sich eine Spindel wie ein Mycelfaden winklig teilen. Die Neigung, solche Spindeln zu bilden, ist bei verschiedenen Pilzarten sehr verschieden. Bei einem meiner Trichophytonpilze sah ich solche Organe überhaupt nicht, bei anderen selten, bei anderen sehr häufig. Die Spindeln haben im Innern eine sehr verschiedene Anzahl (1—7 und mehr) von viereckigen Abteilungen, deren Zahl bei derselben Pilzart schwankt. Doch trägt die sonstige Beschaffenheit der Spindeln zur Charakterisierung des Pilzes wesentlich bei.

Ferner bilden die Trichophytonpilze eigentümliche Spiralen und kugelförmige Auftreibungen, deren Deutung bis jetzt nicht sicher ist.

Von Interesse sind nun weiter Veränderungen der Pilzkulturen, welche unter äußeren, schädigenden Einflüssen wachsen. So beobachtete ich die Einwirkung zu großer Wärme. Kulturen, welche bei 37,5° verhältnismäßig umfangreich gewachsen waren, ergaben ein von den bei 20° gewachsenen sehr verschiedenes Bild. Die sonst schlank vorwachsenden Fäden bildeten gewundene, durcheinander liegende Ketten. Stärkere Vergrößerung zeigte, daß schon bei fünftägigem Wachstum bei 37,5° die sonst

in sehr langen Gliedern abgetrennten peripheren Endfäden in Reihen von breiten Rechtecken, deren Breite oft die Länge übertraf, zerfallen waren. Bei sehtägigem Wachstum bei 37,5° waren diese Fäden zu gewundenen Straßen unregelmäßig nebeneinander liegender Kugeln geworden, deren Durchmesser oft die Breite der breitesten zentralen Fäden kaltgewachsener Kulturen vierfach übertraf. Die Kugeln sandten feine, gewundene Keimfäden aus. SABOURAUD berichtet in seiner Schrift ähnliche Veränderungen bei alternden Kulturen. Es scheint sich hier um eine verbreitete Eigenschaft niederer Pilze zu handeln. A. RICHTER² beobachtete bei einer großen Anzahl von Süßwasseralgeln eine solche Verdickung der Zellen durch die Anpassung an Salzwasser. Es ist begreiflich, daß auch im Körper die Trichophytonpilze um das Haar und in demselben in Ketten dicker Mycelsporen wachsen.

Die Lebensdauer meiner Trichophytonkulturen in Proberöhrchen war auf zwei bis drei Monate beschränkt, während eingetrocknete Reinkulturen auf Kartoffelscheiben jetzt nach fast drei Jahren noch leicht auf Nährböden aufgehen und dann ein rapides Wachstum zeigen.

Einimpfungen machte ich mit einem meiner Pilze, nachdem derselbe durch viele Generationen gezüchtet war. Die Übertragung geschah auf derb rasierte Hautstellen. Bei Menschen entstanden nach etwa sechs Tagen unter heftigem Jucken rote Pünktchen, dann Kreise, dann eine tiefe Sykosis, welche erst nach Jahresfrist ganz verschwunden war und Narben hinterließ. Aus den Knoten wuchs derselbe Pilz in Reinzuucht. Bei Kaninchen und Meerschweinchen erregte derselbe nur Herpes circinatus, welcher in einigen Wochen spontan verschwand.

Was nun die Frage betrifft, ob und inwiefern den verschiedenen Trichophytonpilzen verschiedene klinische Bilder von Trichophytonerkrankungen entsprechen, so stellte sich heraus, daß ein und derselbe Trichophytonpilz bald die Ursache von oberflächlichem Herpes, bald von tiefen eitrigen Formen sein kann. Dasselbe Resultat erhielt SABOURAUD und teilt auch neuerdings MIBELLI mit. Dies entspricht auch ganz den Erfahrungen, welche wir bei den Spaltpilzen gemacht haben. Eine Eiterblase, ein Furunkel, eine Osteomyelitis, endlich eine tödliche Pyämie können denselben Coccus als Ursache haben.

Man kann die Frage aufstellen, ob vielleicht die tieferen, eitrigen Sykosisformen durch Komplikation mit Kokkeninfektion entstehen. Meine Beobachtungen machen dies unwahrscheinlich, trotzdem ja Eiterkokken stets auf der Haut vorhanden sind und bei den Trichophytonkulturen erscheinen. Der Trichophytonpilz ist an sich Eitererreger genug. Ich habe aus geschlossenen Trichophytonabscessen in zwei Fällen den Eiter

² *Über die Anpassung der Süßwasseralgeln an Kochsalzlösungen*, Inaugural-Dissertation von ADOLF RICHTER, Erlangen.

auf Bouillonpeptonagar gebracht und bei 37,5° bebrütet. Es keimte in diesen Fällen nichts weiter als eine Reinzucht des Trichophyton. SABOURAUD und andere hatten ähnliche Resultate. Dafs in späteren Stadien zu den Trichophytoneiterungen Kokkeneiterungen hinzutreten, ist nicht ausgeschlossen.

Es giebt nun, abgesehen von der oberflächlichen und tiefen Form der Trichophytien, nach anderen Richtungen hin deutliche Verschiedenheiten zwischen den Erkrankungsfällen. Ganz abgesehen von dem exotischen Ringworm bieten auch die hiesigen Fälle von Herpes circinnatus erhebliche Verschiedenheiten. Bei den tiefen Formen kann man Fälle mit raschem Verlauf und rascher eiteriger Einschmelzung unterscheiden von anderen, bei denen hartnäckig derbe Knoten bestehen ohne viel Absonderung. Es ist Gegenstand weiterer Beobachtung, zu entscheiden, ob solche (oder auch noch andere Unterschiede) von der Eigenart der Pilzspecies abhängen.

Zum Schluß noch einige Worte über die Herkunft der Trichophyton-Infektionen beim Menschen. Sie kennen, meine Herren, SABOURAUDS Darlegungen über die Abstammung derselben von Tieren, welche er besonders für alle Infektionen mit Trichophyton ektotrix, also besonders auch für alle tieferen Formen annimmt, und seine weiteren Aufstellungen, daß bestimmte Haustiere die Träger bestimmter Trichophytonpilze seien. SABOURAUD regt damit sehr interessante Fragen an. Indessen möchte ich in betreffs der Deutung des Beobachtungsmaterials zu großer Vorsicht raten. Ein Pilz kann bei einer Tierart in einem Distrikt regelmäfsig als Krankheitserreger gefunden werden aus rein äußeren Umständen. Nehmen wir an, es erkrankte in einem Stall der Pferdebahngesellschaft ein Pferd an einem beliebigen Trichophyton, so ist die Verbreitung dieses Pilzes in die anderen Ställe dieser Gesellschaft durch Personal, Geschirr, Wagen etc. eine leichte, während für diesen Pilz keine Gelegenheit besteht, in Ställe anderer Tiere einzudringen.

Eine Beobachtung über eine solche zufällig entstandene Epidemie möge zur Erklärung beigefügt werden. Vor vielen Jahren häuften sich einmal in hiesiger Poliklinik Erkrankungen an einer ganz gleichen Art von Herpes circinnatus. Alle Patienten kamen aus einem und demselben Dorfe und waren alle von Kühen infiziert. Zweifellos würde man auch in allen diesen Erkrankungen denselben Pilz gefunden haben und hätte dann wohl das Recht gehabt, einen besonderen Kuhtrichophyton anzunehmen. Weitere Nachforschung ergab jedoch, daß ein Zufall einem Trichophytonpilze diese Verbreitung ermöglicht hatte. Die Dorfgemeinde hatte sich nämlich unlängst einen neuen Gemeindebullen angeschafft, welcher die Krankheit mitgebracht und in die Kuhherde verbreitet hatte.

Aus der dermatologischen Klinik der Charité zu Berlin.

Oesypus als Salben- und Pastengrundlage.

Von

Marine-Stabsarzt Dr. RUGE, klinischem Assistenten.

Oesypus wurde wegen seiner absoluten Reizlosigkeit zuerst von IHLE als Salbengrundlage empfohlen.¹ IHLE sah namentlich gute Erfolge bei Kindereczemen, Intertrigo und Impetigo, und fand, daß der Oesypus die Haut durchfettete und geschmeidig machte. Reizende Mittel, wie Pyrogallol oder Chrysarobin, die bei Verarbeitung mit den üblichen Fetten und fettähnlichen Substanzen nicht vertragen werden konnten, wurden, nachdem Oesypus als Grundlage genommen worden war, gut, ja sogar in doppelter Stärke als vorher, vertragen. In einem weiteren Aufsätze empfahl TAENZER² den Oesypus als Pastengrundlage zu verwenden, und zwar mit gleichen Teilen Oleum olivarum. Pasten derart mit den nötigen Mengen Zincum oxydatum, Amylum etc. versetzt, erwiesen sich als sehr günstig wirkend bei den verschiedenen Formen des Ekzems, vor allem dem der Kinder, bei Eczema impetiginosum, bei Impetigo und Sycosis coccogenes, sowie bei Verbrennungen und Prurigo. TAENZER schreibt dabei dem Oesypus eine direkte Heilkraft zu gegen Kindereczem und Prurigo, Krankheiten, bei denen er den Oesypus rein anwandte.

In einer dritten Arbeit endlich giebt IHLE³ folgende Vorschrift:

Oesyp.

Zinc. oxyd.

Ol. olivarum ■

„Auf 30 g Pasta Oesyphi 1 g Ol. odorat. genügt, um dieselbe so angenehm riechend zu machen, daß der spezifische Geruch des Wollfettes vollständig verdeckt wird.“

„Meine Ansicht geht nun dahin, daß es keine Fettsorte giebt, die im Durchschnitt der Fälle — ich sage keineswegs in jedem — besser und andauernder vertragen wird, als das ordinäre Wollfett, das unreine, schlecht riechende, rohe Wollfett Oesypus.“

Außer IHLE haben noch BERLINER⁴-Aachen und ROSENTHAL-Berlin ihre Erfahrungen über Oesypus veröffentlicht. Ersterer giebt an, daß er

¹ *Monath. f. prakt. Derm.* 1890. II. pag. 312.

² l. c. 1891. II. pag. 411.

³ l. c. 1894. I. pag. 525.

⁴ l. c. 1893. II. pag. 504.

bei den oben erwähnten Krankheiten, denen er noch die Akne hinzufügt, mit nachstehender Paste gute Resultate erzielte:

<i>Zinc. oxydat.</i>	
<i>Amyli</i>	≈ 4,0
<i>Oesypti</i>	
<i>Ol. olivar.</i>	≈ 3,0
<i>Mfpasta,</i>	

und spricht sich dahin aus, daß diese Paste kühlend, beruhigend, juckstillend und austrocknend wirkt, sich monatelang hält und die Haut nicht reizt; schreibt aber dem Oesyptus an sich eine spezifische Wirkung nicht zu. Er erwähnt auch, daß im Beginne der Behandlung das Jucken durch die Paste gemildert wird, daß aber im weiteren Verlaufe unter dem schnellen Heilungsprozesse erneutes Jucken auftritt und durch besondere juckstillende Maßnahmen beseitigt werden muß. Er empfiehlt es ferner bei allen durch Kratzen entstandenen Ekzemen, z. B. nach Scabies.

Endlich ROSENTHAL⁵ - Berlin rühmt Oesyptussalben bei trockenen, schuppigen und borkigen Ekzemen, besonders beim Gesichtsekzem der Kinder, bei Gewerbeekzem, z. B. Karbol- und Jodoformekzem der Ärzte, bei konsekutivem Ekzem nach Scabies, Dysidrosis und bei Prurigo, neben Teerbädern. Der Juckreiz wird dabei gemildert. Bei Pruritus ani fand R. eine 2%ige Teerpaste sehr wirksam. Bei Acne rosacea gab R. mit gutem Erfolg Schwefel-Resorcinsalbe, bei Sycosis coccogenes eine Schwefeltanninsalbe, bei Psoriasis eine Chrysarobinpaste mit oder ohne Zusatz von Acid. salicyl. Als Korrigens schlägt er Vanillin 0,1 oder Tinct. Benz. 1,0 auf je 50 g der Pasta vor.

Ehe ich auf die Verwendung des Oesyptus eingehe, möchte ich einige allgemeine Bemerkungen voranschicken.

Oesyptus ist bei gewöhnlicher Zimmertemperatur fest. Will man ihn in eine brauchbare Salben- oder Pastengrundlage umwandeln, so muß man ihn mit *Ol. olivarum* mischen. Dabei ist die Vorsichtsmaßregel zu beachten, nicht nur den Oesyptus zu erhitzen, sondern auch das Öl, das zugesetzt werden soll. Wird das Öl kalt zugesetzt, so bilden sich Klumpen, und die Mischung wird ungleich. Das Zusetzen von medikamentösen Pulvern darf erst geschehen, nachdem die Mischung von Oesyptus und *Ol. olivarum* erkaltet ist. Werden Medikamente dem erhitzten Öl-Oesyptusgemenge zugesetzt, so bilden sich beim Erkalten steinige Brocken, oder die ganze Masse erstarrt zu Stein. Läßt man die Mischung aber erkalten, so erhält man eine braune Masse von gleichmäßiger Beschaffenheit von der Konsistenz einer Lanolin-Vaselinmischung ≈, die sich mit fast allen medikamentösen Pulvern gut verreiben läßt. Erhebliche Schwierig-

⁵ Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. II. pag. 376.

keiten bietet nur das Resorcin. Wenn eine Resorcin-Oesyypuspaste nicht in einer neuen Schale mit einem neuen Mörserstempel angerieben wird, sondern abgeriebene Schalen gebraucht werden, so wird das Resorcin nie ordentlich verrieben, sondern bleibt als feiner Sand beim Auflegen der Pasta unangenehm bemerkbar.

Eine unangenehme Zugabe des rohen Wollfettes ist sein widerlicher Bocksgeruch. Ich habe deshalb den Oesyypus nie rein angewendet, sondern stets unter Beimengung des von IHLE angegebenen Geruchskorrigens. Dann aber lassen sich Salben oder Pasten mit Oesyypusgrundlage auch in der Praxis aurea verwenden. Der unangenehme Geruch läßt sich völlig verdecken.

Meine Versuche mit Oesyypus stellte ich nun in der Weise an, daß ich nicht nur eine bestimmte, z. B. die von BERLINER besonders empfohlene Zink-Amylum-Oesyypuspaste verwandte, sondern auch Salben mit Oesyypusgrundlage herstellen ließ, die sonst mit Lanolin oder Vaseline, oder beiden zugleich hergestellt wurden. Ich verfuhr dann so, daß ich bei ausgedehnten Erkrankungen symmetrisch gelegene Stellen wählte und auf der einen Seite die Salbe mit Oesyypus-, auf der anderen Seite dieselbe Salbe mit Lanolin-Vaselingrundlage versuchte.

Ich fand im allgemeinen die von IHLE, TAENZER, BERLINER und ROSENTHAL gemachten Angaben bestätigt, daß die mit Oesyypusgrundlage bereiteten Pasten und Salben mit verschwindenden Ausnahmen stets besser und namentlich längere Zeit vertragen wurden als die mit anderen Fetten oder fettähnlichen Substanzen bereiteten Pasten und Salben, daß sie bis auf einen einzigen Fall (unter 62 Fällen) nie Reizerscheinungen hervorriefen, daß sie stark austrocknend wirkten, im Anfang fast immer juckstillend, bei längerem Gebrauch aber oft Jucken hervorriefen, die Haut trotz ihrer Austrocknung geschmeidig erhielten und last not least sehr fest auf der Haut klebten. In diesem außerordentlich festen Kleben, in der Zähigkeit, die die mit Oesyypus bereiteten Pasten und Salben besitzen, sehe ich einen Hauptgrund ihrer Wirksamkeit. Die Haut wird bedeckt wie durch ein Pflaster, ohne daß die Salbe bzw. Paste die reizenden Eigenschaften einer Pflastermasse besäße.

Bei meinen Versuchen stellte sich nun heraus, daß sich Oesyypus als Salbengrundlage hauptsächlich bei der Wilkinson'schen Salbe (mod. von HEBRA) bewährte. Während nämlich sonst nach mehrtägigem Gebrauch dieser Salbe die Haut trocken, spröde und rissig wurde, und ein unangenehmes Gefühl von Hitze und Spannung auftrat, das den weiteren Gebrauch der Salbe oft unmöglich machte, fehlten diese Erscheinungen sämtlich, sobald die Salbe mit Oesyypusgrundlage hergestellt war. Die Haut blieb geschmeidig und weich und die Salbe konnte in dieser Form wochenlang angewendet werden, ohne daß unangenehme Nebenwirkungen von

Seiten der Haut aufgetreten wären. Bei anderen Salben, z. B. Chrysarobin- oder Resorcinsalben, fand ich die Unterschiede in der Wirkungsweise nicht so bedeutend, als die vorstehenden Mitteilungen es angeben. Ich habe daher in dieser Hinsicht keine ausgedehnteren Versuche angestellt.

Gut wirkend und die anderen bei Ekzem angewendeten Mittel überrtreffend, zeigt sich der Oesypus als Pastengrundlage in der von BERLINER angegebenen Form (s. S. 175). Diese Oesypuszinkamylumpaste möchte ich beinahe ein Spezifikum gegen Ekzeme aller Art nennen, namentlich gegen das Gesichtsekzem der Kinder. Nur bei den in den Gelenkbeugen isoliert auftretenden Ekzemen läßt diese Paste im Stich. Hier fand ich 10%iges Thiol. liquid. in Kombination mit dem offizinellen Ungt. Zinci am besten wirkend.

Ich pflege die Paste gewöhnlich zweimal am Tage: früh und abends messerrückendick auflegen zu lassen und zwar vier Tage hintereinander. Am fünften Tage wird heiß gebadet und dabei der Erfolg der Pastenbehandlung untersucht. Beim Baden werden die Kranken darauf aufmerksam gemacht, Pastenreste, die fest kleben, ja nicht etwa mit Gewalt herunterzusehuern. Thun das Kranke, so stellt sich natürlich infolge dieses Verfahrens eine starke Reizung der erkrankten Körpergegend ein und das liegt ja unter Umständen durchaus nicht in der Absicht des Arztes. Bleibt aber etwas Salbe auf der Haut sitzen, so schadet das nicht im geringsten. Denn die Salbenreste zersetzen sich weder, noch reizen sie die Haut. Unter der Behandlung mit dieser Oesypuspaste tritt oft Jucken ein, nachdem das ursprüngliche Jucken durch Auftragen der Paste anfänglich gestillt worden war. Gegen das Jucken kann man verschieden vorgehen, je nachdem es die Art des Falles verlangt: Einreiben mit 2%igem Karbolöl- oder 10%iger Iohthyolsalbe oder Zusatz von 2—5% — 10% Teer zur Paste. Dann kann man die ursprüngliche Oesypuspaste ruhig wieder vier Tage hintereinander auflegen lassen, ohne daß Jucken aufträte.

Wendet man die oben beschriebene Behandlungsweise an, dann ist es ganz auffallend, wie sehr viel günstiger die Oesypuspaste ein Ekzem beeinflusst, als irgend eine andere ähnlich zusammengesetzte Paste, deren Grundlage Lanolin, Vaseline oder Adeps lanae ist. Ich habe wiederholt Versuche derart angestellt, daß ich erstens bei ausgedehnten Erkrankungen symmetrisch gelegene Stellen auf der einen Seite z. B. mit der LASSARschen Zinkamylumvaselinpaste, auf der anderen Seite mit der Oesypuspaste behandelte. Fast regelmäßig war auf der mit der Oesypuspaste behandelten Seite objektiv ein weitaus stärkeres Zurückgehen der Krankheitserscheinungen zu beobachten und subjektiv war die Paste dem Kranken angenehmer, weil sie die Haut trotz ihrer austrocknenden Wirkung geschmeidig

erhielt. Das machte sich namentlich dann bemerkbar, sobald Rhagaden vorhanden waren. Unter Oesypusbedeckung hatten die Kranken keine Schmerzen von den Rhagaden, während die mit der LASSARSCHEN PASTE bedeckten Rhagaden schmerzhaft blieben. Auch kam es öfters vor, daß bereits mit Oesypuspaste behandelte Kranke wegen Mangels an vorgenanntem Fett mit der LASSARSCHEN ZINKAMYLUM- oder VASELIN-, LANOLIN- oder ADEPS LANAЕ behandelt werden mußten. Danach trat sehr regelmäßig eine Verschlimmerung ihres Zustandes ein und erst wenn wieder die alte Oesypuspaste aufgelegt werden konnte, schritt die Heilung weiter vor.

Gute Dienste hat mir diese Paste noch in zwei Fällen von Sycosis coccogenes geleistet. Die Sycosis darf allerdings weder von der knotigen tiefgreifenden Form sein, noch darf sie das Gebiet des Bartes stark überschritten und auch das übrige Gesicht befallen haben. Es gelang mir aber z. B. einen Fall von Sycosis coccogenes, der bereits 1½ Jahre von spezialistischer Seite behandelt worden war und nicht zur Heilung kommen wollte, durch die einfache Paste — in der oben angegebenen Weise angewendet — in sieben Wochen zu heilen. Während der Kur wurde weder rasiert noch epiliert.

Ausgezeichnet wirkt die Paste auch auf eine skabiöse Haut, die durch eine Perubalsamkur gereizt worden ist. Ich kenne kein Mittel, das eine derart gereizte Haut so rasch in Ordnung bringt.

Behandelt wurden im Ganzen:

32 Fälle von Ekzemen verschiedener Art und zwar alle mit gutem Erfolg — nur einer ausgenommen. Dieser Ausnahmefall betraf einen älteren Mann, der an einem chronischen schuppigen Ekzem des Gesichtes, der Unterarme, Hand- und Fußrücken litt. Hier trat Blasenbildung nach Oesypuspaste auf und das Ekzem fing an zu nässen.

21 Fälle von Eczema post scabie mit gutem Erfolg.

3 Fälle von Intertrigo mit gutem Erfolg.

2 Fälle von Impetigo mit gutem Erfolg.

2 Fälle von Dermatitis exfoliativa bei älteren Leuten ebenfalls mit gutem Erfolg.

2 Fälle von Sycosis coccogenes mit gutem Erfolg.

2 Fälle von Sycosis coccogenes (Knotenform) ohne Erfolg.

Wenig wirksam zeigte sich Oesypus bei Pruritus cut. und Acne.

Nach diesen Erfahrungen glaube ich die Zinkamylumoesypuspaste namentlich bei Ekzemen aller Art empfehlen zu dürfen.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 9. Juni 1896.

(Original-Bericht von L. HOFFMANN.)

1. Herr KOCH: **Über angeborenes primäres Keloid.** Bei dem vorgestellten, acht Wochen alten Kinde findet sich auf der dorsalen Fläche des linken vierten Fingers ein blafs rosafarbener, sehr derber, unregelmäßig gebuckelter, breit aufsitzender, 1 cm langer und $\frac{1}{2}$ cm hoher Tumor, ein erbsengroßer, mehr in der Tiefe sitzender auf dem kleinen Finger. Die angeborenen Keloide an den Fingern, resp. Zehen sind anscheinend viel seltener als die bekannten symmetrischen Keloide des Thorax, resp. der Sternalgegend. Der Vortragende konnte in der Litteratur nur wenige einschlägige Fälle (VOLKMANN, NASSE und THORN) verzeichnet finden. Die Recidivfähigkeit der Geschwülste war in diesen Fällen eine sehr große, in einem von NASSE operierten Falle wurde sogar das Entstehen neuer Geschwülste in den Exartikulationsnarben der entfernten Zehen beobachtet. Die Geschwülste besitzen also entschieden eine lokale Malignität, so daß K. bisher eine Operation vermieden hat. Histologisch giebt es von diesen reinen Geschwulstformen des Keloids alle Übergänge zu den mehr diffusen, resp. bis zu der an der Grenze stehenden hypertrophischen Narbe. Das Verhalten des Papillarkörpers ist nicht immer charakteristisch; je nachdem die Geschwulst an der Oberfläche sitzt oder in der Tiefe, wird sie Papillarkörper und Epidermis durch Druckwirkung verstreichen, resp. verdünnen, oder nicht. Man wird deshalb gut thun, zur Unterscheidung zwischen Keloid und hypertrophischer Narbe mehr Gewicht auf die klinischen Merkmale zu legen; das „echte“ Keloid, gleichviel, ob es scheinbar spontan, oder sich im Anschluß an eine Narbe entwickelt hat, zeigt seinen Geschwulstcharakter darin, daß es bis zu einem gewissen Grade progredient ist, resp. später stabil bleibt, daß es leicht recidiviert und sich schließlich häufig mit den bekannten scherenartigen Ausläufern über die Grenzen des primären Insultes ausdehnt, während die hypertrophische Narbe lokalisiert bleibt und stets Tendenz zur allmählichen Rückbildung zeigt.

2. Herr PLANSKI: **Über Keloide.** P. stellt einen Fall von Keloid vor, dessen Ätiologie von Interesse ist. Der Begriff des Keloids ist nicht feststehend; ALIBERT hat zuerst die Krankheit aufgestellt, und als er nach Aufstellung des Krankheitsbegriffes dieselben auch auf Narben fand, da hat er in dem Narbenkeloid noch einen Unterschied gemacht. SCHÜRZ leugnet überhaupt das Keloid und betrachtet es als physiologische Narbengeschwulst. Das Keloid ist aber eine Geschwulst sui generis, wenn man den mikroskopischen Befund in Betracht zieht. Bei ihm finden sich parallel der Hautoberfläche Bindegewebszüge, die bei der Narbe wegfallen. Was die elastischen Fasern anbetrifft, so sind dieselben weder im Keloid, noch in den Narbengeschwülsten zu Grunde gegangen. Was die Ätiologie des vorgestellten Falles anlangt, so ist dieselbe in der Lues zu suchen. Patientin kam vor ca. einem Jahre in die LASSARsche Poliklinik und zeigte am Kopf, Gesicht und Extremitäten starke kopiose Wucherungen, die bereits ein halbes Jahr bestanden haben sollen. Der Primäraffekt hat wahrscheinlich im Munde gesessen, doch konnte hierüber nichts mehr mit Bestimmtheit festgestellt werden. Die Diagnose: Lues wurde durch die Therapie bestätigt, indem die Rupiausschläge nach einer spezifischen Kur weichen. Seit einiger Zeit zeigen sich nun an einzelnen Stellen Keloide. Bei dem Fall, dem

Herr LEWIN vor einiger Zeit vorgestellt hatte und der einen Neger betraf, sind die Keloide nach einer spezifischen Behandlung zurückgegangen; in diesem Falle hat nichts, weder Hg, noch Jodkalium einen Einfluss ausgeübt.

Ein Stück eines Keloids ist extirpiert und zeigen die mikroskopischen Präparate das typische Keloidgewebe.

Diskussion.

Herr HELLEB erwähnt in Bezug auf Kasuistik, daß er einen Fall von Keloiden nach Syphilis in der Charité beobachtet habe.

Herr LEWIN bemerkt zu dem Fall, der den Neger betraf, daß die Keloide nur teilweise und nicht gänzlich zurückgegangen sind.

Herr JOSEPH bezweifelt die Diagnose in dem KOCHSchen Falle. Beim wahren Keloid ist die Epidermis über der Tumorbildung vollkommen normal, während man beim falschen Keloid Narbengewebe findet; außerdem findet man beim wahren Keloid elastische Fasern, während beim falschen die meisten zu Grunde gegangen sind.

3. Herr LASSAR: **Zur Nasenplastik.** Der erste Patient, den L. vorstellt, war im vorigen Sommer mit Rhinophyma zu ihm gekommen. Da dasselbe sich immer mehr entwickelte, so wurde es im Februar d. J. operativ entfernt. Nach der Operation wird nur ein Jodoformverband angelegt, und man kann eine sehr günstige Heilung konstatieren.

Die zweite Patientin, die Herr LASSAR vorstellt, betrifft eine Frau die vor zwei Jahren mit einem Kankroid der Nase zu ihm kam, und der er damals eine Ablatio vorschlug. Die Patientin wollte auf den Vorschlag nicht eingehen, und als sie im April d. J. wiederkam, war die ganze Nase fast zerstört, man konnte die ganzen Choanen sehen. Deshalb wurden jetzt die Reste des Kankroids abgetragen und dann wurde eine plastische Operation vorgenommen. Der Lappen wurde aus der Stirn genommen; er mußte sehr groß sein, da der Defekt ein sehr bedeutender war. Die Form wurde in Thon geknetet, dann auf der Stirn entrollt und so viel aus derselben excidiert. Es wurde Sorge getragen, daß der Stiel so groß wie möglich sein sollte. Unmittelbar nach dieser Operation wurde die THIERSCHSche Transplantation aus dem Arme auf die Stirn vorgenommen.

Herr LEWIN bemerkt hierzu, daß das Rhinophyma nichts weiter als eine Acne hypertrophica ist und daß es gelingt durch Auslöflung der Aknepusteln und Entfernung des Bindegewebes dieselben zur Heilung resp. Besserung und Verschönerung zu bringen.

4. Herr LEWIN: **Fall von Purpura.** Als der Patient in die Charité kam, sah das Exanthem wie ein Erythem aus, allein bald stellte es sich heraus, daß es sich um Purpura handelt.

Was die Ätiologie der Purpura anbetrifft, so kommt sie nach Vergiftungen mit Metallen, wie Arsen, Jodkalium, ferner nach Genuß faulen Fleisches, auch nach Genuß von verdorbenen Vegetabilien, wie Kartoffeln, Spargel etc. vor. Hier in diesem Falle war anfangs kein ätiologisches Moment zu eruieren, bis der Patient erzählte, daß er wegen einer Blennorrhoe Balsamum copaivae genommen hätte, welches ebenfalls Purpura erzeugen kann. Der Patient giebt aber an, seit vier Wochen keinen Balsam mehr gebraucht zu haben.

Herr ROSENTHAL will auch nach Merkur toxische Erytheme beobachtet haben.

5. Herr LEWIN: **Fall von universellem Ekzem.** Die vorgestellte Patientin wurde im Dezember v. J. infiziert und behauptet, daß das universelle Ekzem nach einer subkutanen Injektion oder nach dem Gebrauch von Jodkalium, welche Medikation gegen die Lues angewandt wurde, aufgetreten sei. Dasselbe ist mit hohem Fieber verbunden, dabei sieht man an einzelnen Stellen Rupiakrusten. Neben der intensiven

Röte des ganzen Körpers besteht an einzelnen Stellen eine Abschuppung. Die Patientin hat ferner Lata an den Genitalien und an den Tonsillen. Bei den schweren Formen des universellen Ekzems hat L. in einzelnen Fällen von großen Dosen Ergotin, täglich bis mehrere Gramm genommen, günstige Wirkungen gesehen; von dem Medikament hatte er sonst außer einem Magenkatarrh keine unangenehmen Erscheinungen beobachtet.

6. Herr LEWIN: Fall von **pustulösem Syphilid**. Die vorgestellte Patientin kam mit Pusteln- und Papelnbildung in die Charité, so daß es den Anschein hatte, als wenn es sich um Variola handelte, zumal nebenbei Fieber bestand. Allein es ist ein pustulöses Syphilid, da die Patientin Lata an den Genitalien hat. Daneben besteht eine Acne syphilitica. Die Akne hat an einzelnen Stellen viel Ähnlichkeit mit Lichen ruber planus, aber während Lichen ruber planus meistens stark juckt, fehlt hier jedes Jucken, so daß Herr L. es für Acne syphilitica ansieht.

7. Herr SCHREIBER: Über **Mykosis fungoides**. Der Vortragende stellt ein 29-jähriges Mädchen wegen seines charakteristischen klinischen Krankheitsbildes vor. Die Eltern der Patientin sind vollkommen gesund; sie selbst will stets gesund gewesen sein, bis sich im Winter vor zwei Jahren ein stark schuppendes Kopfekezem einstellte. Im Juli v. J. kam sie in die LASSARsche Klinik ebenfalls mit einem schuppenden Kopfekezem. Seit der Zeit hatte sie sich nicht wieder sehen lassen, bis sie vor 14 Tagen wieder erschien und jetzt zeigten sich mehrere Tumoren am Kopf. Da Drüenschwellungen und auch sonstige Erscheinungen von Lues fehlten, so konnte man nur an maligne Neubildungen oder an Mykosis denken. Die Diagnose wurde auf Mykosis gestellt. Auf der Brust zeigen sich gerötete Stellen, die Vorläufer von Mykosis sein sollen, wie UNNA angiebt. Ein exstirpiertes Stück eines Tumors zeigt von der Papillargrenze bis zum Corium eine Infiltration, die nach der Geschwulst hin zunimmt. Dieselbe besteht aus Rund- und Spindelzellen; auch sind Zellen mit Kernen vorhanden. Kurz das ganze Präparat zeigt alle charakteristischen Eigenschaften von Mykosis fungoides.

Therapeutisch wurde bisher Solutio arsenicalis Fowleri angewandt.

8. Herr SAALFELD: Über **Pityriasis rubra pilaris**. Der Fall, den S. in voriger Sitzung vorgestellt und dessen Diagnose angezweifelt wurde, wird nochmals erklärt und bemerkt S. hierbei, daß er ein mikroskopisches Bild angefertigt habe, das mit dem von Herrn LEWIN in der Nummer der *Berl. klin. Wochenschr.* vom 6. März beschriebenen Präparaten vollkommen übereinstimmt.

9. Herr PALM: Fall von **Tuberculosis verrucosa cutis**. Der vorgestellte Fall zeigt alle Charaktere, die seit RIEHL und PALTAUF zur Sicherung der Diagnose gefordert werden. Man bemerkt auf der Dorsalseite der linken Hand, beginnend an der Ulnarseite und sich erstreckend bis zum Metakarpalknochen der Mittelfinger einerseits und vom ersten Gelenk des kleinen, Ring- und Mittelfingers bis zur Mitte des Handrückens andererseits eine Affektion, die zunächst den Eindruck von gedrängt nebeneinanderstehenden Warzen macht. Durch das Interstitium zwischen Ring- und Mittelfinger gehen einzelne Ausläufer zur Vola manus, wo sich wieder ein fünfzigpfennigstückgroßer Kreis von dichtgedrängten Warzen findet. Dieselben haben eine schmutzig-gelbe Färbung, so daß selbst bei sorgfältiger Reinigung das Bild des Ungewaschenseins besteht. Zwischen den einzelnen Warzenkegeln befinden sich Rhagaden, die bei forcierten Bewegungen der Hand zu bluten anfangen. Um diese Anhäufung von papillären Wucherungen herum hat sich ein Kranz von Pustelchen und Krustchen, den Residuen von geheilten Pustelchen, gebildet. Diese Zone ist von einem roten, nicht über die Haut hervorragenden, entzündlichen Rande umgeben, einem Hauptcharakteristicum der Tuberculosis verrucosa cutis. Lupöse Knötchen sind nicht nach-

zuweisen, auch nicht durch Diaphanie. Die Form der Affektion ist nicht kreis-, sondern guirlandenförmig, Teile eines Kreises bildend, die Konvexität nach außen, so daß der Eindruck des serpiginösen Fortschreitens hervorgerufen wird. Eine zentrale Narbenbildung ist noch nicht eingetreten, es ist daher anzunehmen, daß der Prozeß noch auf der Höhe steht, daß eine Zurückbildung noch nicht eingetreten ist. Ganz genau dieselbe Formation, nur in geringerer Größe, findet sich an der Ulnarseite des ersten Gliedes des rechten Mittelfingers und, was besonders hervorzuheben ist, ein Abklatsch davon an der Radialseite des rechten Ringfingers, so daß wohl an dieser Stelle ein Paradigma für Autoinokulation vorliegt. Druck auf die affizierten Stellen ist nicht schmerzhaft. Auf der Haut des übrigen Körpers ist nichts zu finden.

Aus allen diesen Erscheinungen geht hervor, daß wir es unzweifelhaft mit der von RIEHL und PALTAUF zuerst beschriebenen Tuberculosis verrucosa cutis zu thun haben. Es ist dies um so auffallender, als es sich um einen 10jährigen Knaben handelt; in diesem jugendlichen Alter ist die Affektion noch nicht beobachtet worden. Die bisher publizierten Fälle betrafen Patienten im besten Mannesalter von 19 Jahren aufwärts. Ein Fall von LEVSTRAE, der einen 9jährigen Knaben betraf, ist von REICHERT als Lupus verrucosus erklärt worden. Bei diesem Patienten besteht das Leiden bereits seit vier Jahren, so daß der Anfang in das sechste Lebensjahr zu setzen ist. Patient, von zarter Konstitution, ist, außer daß er in den ersten Lebensjahren die üblichen Kinderkrankheiten durchgemacht hat, stets gesund gewesen. An den Lungen ergibt die physikalische Untersuchung nichts Abnormes. Zu betonen ist jedoch, daß allgemeine Anschwellung der Drüsen vorhanden ist. Ganz besonders aber ist eine Anschwellung der linken Kubital- und Axillardrüsen zu konstatieren. Ein für die Tuberkelbacillen günstiger Boden war gegeben. Des Patienten Vater ist schwächlich, Potator strenuus; leidet an chronischem Bronchialkatarrh; Tuberkelbacillen sind im Sputum nicht nachzuweisen.

10. Herr LEDERMANN: Vorstellung zweier Fälle von Lichen ruber planus. Was den ersten Fall anbetrifft, den L. schon in der vorigen Sitzung vorgestellt hatte, so ist er ein Unikum wegen der Lokalisation des Leidens. Bei dem Patienten zeigt sich die Ausbreitung des Lichen strichweise. Anfangs konnte er nur im Verlauf des Nervus ischiadicus konstatiert werden, jetzt sind aber neue Licheneruptionen auch im Gebiete des Nervus femoralis entstanden. Die älteren Eruptionen sind bereits blässer geworden. Der Fall gleicht den neuesten Veröffentlichungen über Neurodermitis circumscripta.

Der zweite Fall zeigte die ersten Efflorescenzen vor einem Jahre am Penis, am Arm und Unterschenkel, dann wurde auch die Mundschleimhaut befallen. Seit einiger Zeit klagt der Patient über große Müdigkeit und Mattigkeit, der Appetit hat wesentlich nachgelassen, kurz, es sind alle Erscheinungen der Kachexie vorhanden. Dabei besteht eine Verfärbung der Haut, besonders an den Gelenkbeugen; dieselbe sieht nämlich bronzefarbig aus. Die Frage, ob es sich um ein Arzneiexanthem oder um Morbus Addisonii handelt, möchte L. dahin beantworten, daß er glaubt, daß es sich um Morbus Addisonii handelt, da die Kachexie zu bedeutend ist. Im Urin sind weder Zucker noch Eiweiß nachweisbar.

11. Herr BLASCHKO: Über eine gelungene experimentelle Übertragung von Alopecia areata mit Krankenvorstellung. Es besteht noch immer ein Streit unter den Autoren, ob die Alopecia areata neurotischen oder parasitären Ursprungs ist. JOSEPH sprach sich erst in der letzten Zeit für die Neurose aus, während in Frankreich die Mehrzahl der Ärzte sich dahin neigt, daß es sich bei der Alopecie um eine kontagiöse Krankheit handelt. Diesen Widerstreit zu lösen, dürfte vielleicht der nachstehende Fall geeignet erscheinen. B. hatte früher auch geglaubt, daß es sich um

einen nervösen Prozeß handelte; seitdem er aber beobachtet hatte, daß fast alle frischen Fälle einen entzündlichen Charakter zeigten, und dabei sogar Drüsen-schwellungen beobachtet hat, konnte er nicht mehr an der nervösen Störung festhalten. Der vorgestellte Patient, der seit zwei Jahren an Alopecie leidet, hat sich nun selbst infiziert. Als er nämlich einen neuen kleinen Herd am Kopfe bekam, versuchte er mit dem linken Zeigefinger Schuppen der erkrankten Stelle mit seinem Speichel abzulösen und rieb dieselben am Arm ein. Drei Wochen danach trat an der eingeriebenen Stelle am Arm ebenfalls ein Ausfallen der Haare ein. Es wäre nun nichts Absonderliches, wenn die Flaumenhaare auch am Körper bei Area ausfielen, allein hier erfolgte der Ausfall nur an der Stelle, wo der Patient eingerieben hatte, und an keiner anderen Stelle des Körpers. Wollte man behaupten, daß der Patient sich nicht die Schuppen allein eingerieben hat, sondern mit seinem Speichel vermischt, so muß man doch sagen, daß der Speichel keine derartige spezifische Wirkung hat. Die Wirkung muß demnach von den Haaren des Kopfes ausgegangen sein. Herr JOSEPH bemerkt hierzu, daß ihm dieser Fall nicht beweisend sei; der Patient kann sich die Haare, da er sehr nervös ist, auf andere Weise, wie z. B. mit einem Rasiermesser, beseitigt haben; man hätte den Patienten in eine Klinik aufnehmen müssen, und wenn das Experiment dann gelungen wäre, dann würde er daran glauben. Ferner scheine ihm das Bild am Arm nicht dem Bilde zu entsprechen, wie es bei der Alopecie des ganzen Körpers vorkommt. Herr BLASCHKO erwidert hierauf, daß an Rasieren nicht gedacht werden kann, da er beobachtet hat, daß, als die Haare anfangen auszufallen, dieselbe beim Ausziehen sehr leicht folgten.

Französische Gesellschaft für Dermatologie und Syphiligraphie.

Sitzung vom 11. Juni 1896.

(Original-Bericht von LOUIS WICKHAM-Paris.)

Herr SABOURAUD: **Die Ursachen der Alopecia areata.** Verfasser, welcher sich schon mehrere Monate mit der Histologie dieser Affektion beschäftigt, fand in den Haarfollikeln ähnliche sackartige Gebilde vor, wie man sie bei den Komedonen und der Seborrhoea oleosa beobachtet. Beim Komedo liegt dasselbe sehr tief in einer flaschenförmigen Einsenkung, umgeben von einer Talg-schicht und einer Scheide aus verhornter Epidermis. Bei der Seborrhoea oleosa und der Alopecia areata sehen sich die genannten Gebilde ziemlich ähnlich, unterscheiden sich aber voneinander dadurch, daß die Lakunen der Säckchen bei der Alopecia areata ganz regellos verteilt, bei der Seborrhoe schraubenförmig angeordnet sind. Bakteriologisch hat Herr S. die Identität der Parasiten bei der Seborrhoea oleosa und der Alopecia areata nachweisen können. Es lassen sich aber bakteriologische Merkmale anführen, welche zur Festsetzung der Diagnose beider Affektionen dienen können. Bei der Seborrhoe sind nämlich die von UNNA und HODARA entdeckten Mikroorganismen verhältnismäßig wenig zahlreich. Andererseits giebt es keine Krankheit, wo gleichzeitig so viele Parasiten vorkommen wie die Alopecia areata; außerdem existiert bei letzterer ein charakteristisches bakterielles Mycelium. Je akuter und heftiger eine Affektion nämlich ist, um so mehr Mikroben lassen sich bei ihr nachweisen. S. will vorläufig noch keine Schlüsse ziehen, sondern einfach auf die in Bezug auf die Mikroorganismen bestehende Analogie der beiden Affektionen hinweisen.

Herr DARIER: **Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis. Eosinophilie.** Es handelt sich um eine Patientin mit einer erythemato-bullösen, subakuten Eruption mit successiven, sich sehr rasch folgenden Schüben. Es ist dies eine DUNBAR'sche Dermatitis, jedoch insofern leichterer Art, als die Schmerzen und das Jucken bei der

Patientin nur schwach angedeutet sind. Die Blutuntersuchungen bezüglich der Vermehrung der eosinophilen Zellen stimmten vollständiger mit den Berichten von LEREDDE und PERRIN überein.

Herr LEREDDE: **Neue Mitteilung über die anatomischen Merkmale der DUHRING'schen Dermatose.** Die Technik zum Nachweis der eosinophilen Zellen im Blute ist nach dem Autor folgende:

1. Aufstreichen des Blutes auf die Deckgläschen.
2. Trocknen lassen.
3. Fixation mit Alkohol und trocknen lassen.
4. Färbung während fünf Minuten mit Meyerschem Haematein.
5. Abwaschen.
6. Rasches Eintauchen in folgende Lösungen, welche unmittelbar vor dem Gebrauche vermischt werden:

a) <i>Eosin</i> 1	b) <i>Orange</i> 1
<i>Alkohol</i> 100	<i>Wasser</i> 100.

Mit den Bläschen und Blasen verfährt man in ähnlicher Weise, indem man aber Sorge trägt, daß nur solche Bläschen gewählt werden, deren Inhalt ungetrübt ist. Auf diese Weise gelingt es, bei DUHRING'scher Dermatose 30—95% eosinophiler Zellen zu finden, statt 12—15 auf 100 weiße Blutkörperchen, wie dies unter normalen Verhältnissen der Fall ist. Was die DUHRING'sche Dermatose charakterisiert, ist nicht nur die Anwesenheit eosinophiler Zellen im Blute oder den Blasen, was ja noch bei anderen Affektionen vorkommt, sondern die Vereinigung folgender zwei Merkmale:

1. Überzahl von eosinophilen Zellen im Blute.
 2. Große Anzahl derselben im Inhalt der Bläschen und Blasen.
- L. hat einen demjenigen von SARRAGES analogen Fall von polymorphem Erythem beobachtet, wo die eosinophilen Zellen im Blute und den Blasen sehr zahlreich vorhanden waren.

Herr BROcq nimmt in seiner Arbeit vom Jahre 1888 über die DUHRING'sche Dermatose eine Form des akuten juckenden, polymorphen Erythems an, das sich durch folgende Merkmale auszeichnet:

1. eine ausgesprochen polymorphe Eruption,
2. sehr ausgesprochen subjektive Erscheinungen,
3. einen raschen Verlauf in 14 bis 30 Tagen und mit kleinen successiven Schüben,
4. die Beibehaltung eines beständig guten Allgemeinbefindens.

Herr LEREDDE betrachtet seinen Fall von polymorphem Erythem als eine DUHRING'sche Dermatose in akuter Form. Den Pemphigus simplex will er nicht in den Rahmen der DUHRING'schen Dermatose aufnehmen und betrachtet letztere als eine parasitäre Affektion.

Herr DARIER: **Perforierendes Geschwür des Gaumensegels.** Bei dem Patienten bestehen zwei Perforationen des Velum palati. Die eine hat deutlich an Umfang zugenommen, die andere ist unter unserer Beobachtung entstanden, und zwar ohne entzündliche Erscheinungen. Die Rhinoscopia posterior hat nichts ergeben und die spezifische Therapie mit hohen Dosen zu keinem Resultat geführt. Das ungewöhnliche Aussehen des Geschwürs läßt keine bestimmte Erklärung zu. Es konnte weder hereditäre noch acquirierte Syphilis nachgewiesen werden: auch um tabetische, trophische Störungen handelt es sich nicht. Auch bei Annahme einer von Kindheit an datierenden verkannten Syphilis würden uns die Anhaltspunkte fehlen zur Erklärung der Perforationen, die sich so rasch durch bloße Atrophie und ohne vorangegangene Neubildung oder entzündliche Erscheinungen gebildet hatten.

Herr FEULARD: **Fall von verkannter infantiler Lues.** Seit sechs Monaten dauernde Plaque muqueuse der Lippenkommissur. Die Mutter leidet an florider Syphilis.

Herr GALEZOWSKY beschreibt drei Formen von **syphilitischer Arteriitis der Retina:**

1. Eine partielle Arteriitis oder Periarteriitis mit Ausgang in retinale Blutungen.
2. Kapilläre, disseminierte, heilbare Arteriitiden, wobei der Hauptast frei blieb.
3. Totale Obliterationen der zentralen Arterie, embolischer Natur und auf einer Veränderung der inneren Gefäßwand beruhend, unheilbar.

Herr Prof. FOURNIER: **Cerebrospinale Syphilis. Zwei aphasische Anfälle. Meningomyelitis cervicalis superior.** Eine Frühform der Hirnsyphilis mit folgenden vier Hauptmerkmalen:

1. Schmerzhaftes Erscheinungen: heftige, vom Nacken in den Rücken und die Arme ausstrahlende Schmerzen.
2. Motilitätsstörungen: zögernder Gang, Unmöglichkeit zu springen, ROMBERG'sches Phänomen.
3. Erhöhung der Reflexe.
4. Ungleichheit der Pupillen.

Herr Prof. FOURNIER: **Pseudo-Lupus syphiliticus. Übt das Kalomel eine heilende Wirkung auf den Lupus aus?** Anlässlich eines Falles, welcher von HULLAIRET und BESNIER als Lupus diagnostiziert wurde und bereits zweimal durch Skarifikationen und Kauterisationen geheilt, außerdem durch Kalomelinjektion günstig beeinflusst worden war, stellt F. folgende Fragen auf: 1. Giebt es vielleicht Fälle, welche als Lupus aufgefasst werden und nichts anderes sind als Syphilide? 2. Kann man in diesem Falle, welcher früher als Lupus betrachtet worden, von einer heilenden Wirkung des Kalomels sprechen?

Herr DANLOS: **Über einige Arsenikpräparate und ihre Verwertung in der Pathologie.** Nach einer historischen Einleitung über den Gebrauch des Arsens studiert D. drei neue Präparate: 1. das metalloide Arsenik, 2. das Arseniksulfid, 3. die Kakodylsäure.

1. Das metallartige Arsenik ist zwar in Wasser unlöslich, wird aber gut resorbiert und vertragen, wirkt auch gut bei Psoriasis.
2. Das Sulfid, dessen sich die Arsenophagen bedienen, ist in Säuren unlöslich und deshalb für den Magen unschädlich. In alkalischen Flüssigkeiten und somit auch im Darmsaft ist es leicht löslich; es wird mit Honig verabreicht (1%ige Mixturen).
3. Die Kakodylsäure wurde von BUNSEN entdeckt und stellt die Dimethylarsensäure dar. Sie ist sehr sauer, in Wasser leicht löslich und enthält mehr als 54% Arsenik, d. h. also weniger als die Arsensäure, aber weit mehr als das arsensaure Natron. D. hat diese Säure per os und per inject. subcut. probiert und zwar in einer Dosis von 0,1 pro Injektion. Der Vorteil dieser Präparate liegt in dem Umstände, dass hohe Arsenikdosen verabreicht werden können, wie sie die Psoriasisbehandlung erfordert.

Herr GASTON stellt zwei Fälle von **Dysidrosis** vor. Bei der einen Patientin bekleidet die Affektion die typische Form in den Interdigitalfalten und hat auf die Handteller übergreifen, wo sich die Elemente zu Bläschengruppen vereinigen, die sich im Verlaufe der Krankheit nicht verändern und spontan abheilen. Hyperidrose und manifeste Zeichen von Neuropathie fehlen. Die Affektion ist vor zwei Jahren nach einem Schreck entstanden und erscheint zur Sommer- oder Winterzeit in Schüben. Die andere Patientin hat beide Handteller mit syphiloïden Efflorescenzen bedeckt, welche Plaques bilden, die einer psoriasiformen Syphilis ähnlich sehen.

Außerdem bestehen aber große Bläschen, die sich stellenweise in größerer Anzahl anhäufen, und in den Interdigitalfalten kleine Bläschen. Syphilitische Antecedentien fehlen vollständig, und die Patientin trägt ihre Affektion seit zwölf Jahren, zuweilen im Sommer. Sie leidet an heftiger Hyperidrosis, die seit dem Beginne der Menstruationsperiode besteht. Die Sensibilität ist deutlich herabgesetzt, andere nervöse Störungen existieren aber nicht. Diese Krankengeschichten zeigen einerseits, wie schwierig hie und da die Diagnose der Dysidrose ist, indem sie Ekzeme oder Syphilis vortäuschen kann, andererseits, wie wenig die Pathogenese der Affektion noch aufgeklärt ist, indem die eine der Patientinnen an Hyperidrose leidet, die andere nicht.

Herr G. BROUARDEL bespricht einen Fall von Elephantiasis der äußeren Genitalien nach Exstirpation der inguinalen Lymphdrüsen. Derselbe stellt gleichsam ein physiologisches Experiment dar, in dem die Entfernung der Lymphdrüsen den Abfluss der Lymphe so sehr gehindert hat, daß daraus ein chronisches lymphatisches Ödem durch Stase entstanden ist.

Herr ALGLAVE: Fall von seborrhoischem Ekzem des Haarbodens medikamentösen Ursprungs und von syphillisartigem Aussehen. Die Affektion sieht aus wie ein psoriasiformes squamöses Syphilid; in Wirklichkeit handelt es sich aber keineswegs um ein solches, indem keine Spur hereditärer oder acquirierter Lues nachgewiesen werden konnte. Die irritative Form dieser Seborrhoe läßt sich vielmehr aus der Menge der verschiedenen Medikamente erklären, die der Patient gebraucht hat.

Herrn GAUCHER und BARBE: Erythematobullöse Trophoneurose des Gesichts und des Haarbodens. Seit drei Monaten bestehen beim Patienten erythematobullöse Plaques auf beiden Wangen, auf der Nase, auf der linken Seite der Stirn und am oberen Teile der Parotisregion derselben Seite. Außerdem besteht eine erythematöse Verfärbung der Nase, sowie regellos verbreitete Krusten und Blasen. Auf dem übrigen Körper ist nichts bemerkbar, abgesehen von einigen Geschwüren auf der Rachenschleimhaut. Doppelseitige Myosis, Schmerzen in den Gliedern, Abnahme der Patellarreflexe. Es handelt sich weder um Pemphigus, noch um ein medikamentöses Erythem, noch um Syphilis; die spezifische Therapie mit hohen Dosen blieb erfolglos.

Herr DANLOS: Sclérodermie en plaques. Von der zentralen Partie derselben gehen zahlreiche, unter sich anastomosierende Äste ab, unter welche sich ein Netz von Gefäßen mischt.

Herr MARTINET: Über einige Fälle von Lupus. Behandlung derselben mit chemischen Causticis. Das Verfahren ist folgendes: 1. Entfernung der Krusten und Asepsis der Haut; 2. Auskratzung; 3. Auftragen von Wiener Pasta (mit Alkohol verdünnt) mittelst Spatel, und zwar um $\frac{1}{2}$ cm über die Ränder der affizierten Stelle hinaus. Die Pasta bleibt 10 Minuten lang liegen; 4. Auflegen von Canquoinpasta (Chlorzink enthaltend), welcher 4—6 Stunden liegen bleibt; 5. feuchter Verband bis zum Abfallen des Schorfes, was am 10.—18. Tage geschieht; 6. eventuell THIERSCHSche oder REVERDINSche Transplantationen. — 2, 4, 6 können eventuell übergangen werden.

Herrn HALLOPEAU und BUREAU: Über einen weiteren Fall von bedeutender und dauernder Besserung eines Lupus durch Erysipel. In einer der letzten Sitzungen der medizinischen Gesellschaft der Pariser Hospitäler hatte Herr THIBIERGE folgende Behauptungen aufgestellt: 1. niemand hat bisher nachgewiesen, daß das Erysipel eine definitive Lupusheilung herbeigeführt hätte; 2. statt ein Zusammenreffen der KOCHSchen Bacillen mit Streptokokken zu begünstigen, muß dasselbe im Gegenteil nach Kräften verhindert werden. Das Auftreten der letzteren kann zur

Ausbildung elephantiasischer Läsionen führen, wodurch zu einer sehr hartnäckigen Affektion eine nicht weniger persistierende und unbequeme Difformität hinzutreten würde. Als ТН. diese Ausprüche that, mußte ihm offenbar die Erinnerung an einen Fall entgangen sein, den einer von uns in der dermatologischen Gesellschaft vorgestellt hatte. Es handelte sich damals um eine Patientin, welche seit sechs Jahren an einem Lupus litt und durch ein interkurrierendes Erysipel vollständig geheilt wurde. Im gegenwärtigen Falle kam es unter gleichen Umständen zu einer bedeutenden Besserung des lupösen Prozesses; diese Fälle sind nach der Ansicht der Autoren sehr demonstrativ. Was aber die Elephantiasis anbelangt, welche ТН. bei seiner Patientin beobachtet hat, so läßt sich dieselbe nicht so leicht erklären, indem es sich wahrscheinlich gar nicht um ein Erysipel, sondern um Lymphangitis gehandelt hat.

Herrn HALLOPEAU und BUREAU: **Über einen neuen, wahrscheinlich trophoneurotischen Fall von Pseudo-Alopecia areata.** Die Patientin zeigt mehrere kahle Stellen mit Weißwerden der Haare, welche auf mehreren dieser kahlen Partien nachzuwachsen beginnen. Aus der vollkommenen Symmetrie der Läsionen, die Akromatose der Plaques mit einer hyperpigmentierten Randzone derselben, das Nachwachsen kräftiger Haare, die zwar pigmentlos sind, leichte Sensibilitätsstörungen an den befallenen Stellen sprechen für eine Trophoneurose und lassen eine wahre Alopecie nicht in Frage kommen.

Herr CANNET: **Maligne Syphilis.** Der Fall charakterisiert sich durch symmetrische phagedänische Syphilide auf beiden vorderen und inneren Oberschenkelflächen mit halb flektierter Kniestellung und Kontraktur der Muskeln auf der hinteren Oberschenkelfläche. Die Lues dauert seit zwei Jahren.

Herr EUDLITZ: Fall von **Urticaria pigmentosa ohne Pruritus** bei einem kleinen Kinde.

Herr EUDLITZ: **Dermatitis exfoliativa mercurialis** nach Sublimatverbänden.

Herrn CANNET und BARASCH: **Syphilis maligna praecox.** Die Patientin zeigt eine auffallend polymorphe und konfluierende Eruption, die den ganzen Körper bedeckt: papulöse, papulo-squamöse, papulo-krustöse Efflorescenzen, welche besonders am Rücken konfluieren, wo sie ausgedehnte Krusten bilden, die sich tief in die Haut einsenken. Trotz dieser Läsionen ist der Allgemeinzustand befriedigend: keine Cephalalgie, keine Gelenkschmerzen oder Fieber. Vom Initialaffekt läßt sich nichts nachweisen, doch läßt sich aus den inguinalen Adenitiden auf einen Schanker der Vulva schließen, der etwa vor sechs Monaten aufgetreten ist. Der Polymorphismus der Elemente läßt die Hypothese einer tertiären Affektion ausschließen. Tuberkulose, Malaria etc. sind nicht nachzuweisen, dagegen dürfte der Alkoholismus bei der Schwere des Falles mitgewirkt haben.

Übersetzt von C. MÜLLER-Wallisellen (Zürich).

Fachzeitschriften.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band VII. Heft 5.

I. Zur Frage der Absorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase, von HOTTINGER. Verfasser hat neue Überlegungen und Untersuchungen über die Resorption von Stoffen seitens der gesunden Harnblase angestellt. Ausgehend von der Ansicht

dafs die Schleimhaut der Blase keine Schleimhaut im eigentlichen Sinne des Wortes sei, da ihr sämtliche Drüsen fehlen, kommt er auf Grund seiner Versuche zu der Überzeugung, dafs eine eigentliche Resorption nicht stattfindet, dafs aber Resorption oder Diffusion doch einen Durchtritt von Fremdstoffen und so deren Aufnahme in den Organismus gestattet. Wenn man mit sehr starken Gifflösungen arbeitet, fallen die Versuchstiere der Wirkung derselben zum Opfer, andererseits deckt aber der künstlich durch Schwitzen oder durch Blutverlust an Flüssigkeit verarmte Körper seinen Flüssigkeitsverlust nicht aus der gefüllten Blase.

II. Ein Fall von perverser Sexualempfindung, von KREPS. Verfasser beschreibt den an und für sich interessanten Fall eines Patienten, der nach lange gefübter Onanie auf den Gedanken kam, durch Einführung von Fremdkörpern in die Harnröhre zu masturbieren, und der sich zu diesem Zwecke bei ihm einer Kur mit Metallsonden wegen angeblicher Strikturen unterzog.

III. Die Desinfektion der Harnwege durch inneren Gebrauch von Enterol, von FOSS. Verfasser plaidiert für die innere Darreichung des Enterols bei Pyelitis, Cystitis, Operationen in den Harnwegen und akuter Blennorrhoe. Bei chronischen Erkrankungen muß aufer der Enteroldarreichung auch noch eine topische Behandlung stattfinden. Die Harn desinfektion wird durch Enterol sicherer als mit irgend einem anderen inneren Mittel erreicht. Das Enterol ist eine eigentümliche Mischung der Enterokresole, welche als Gegenprodukt der Darmfäulnis gebildet wird. Man giebt es stark verdünnt wegen seiner ätzenden Eigenschaften, oder in Kapseln mit Ol. oliv. \approx 0,25, und zwar in Dosen von 2,5—5,0 pro die.

F. Hahn - Bremen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 4—5.

I. Weitere Bemerkungen zu der Dermatitis bullosa congenita, von H. HALLOPRAU. Unter dieser Bezeichnung hat H. im Jahre 1890 einen Fall beschrieben, bei dem sich von der Geburt an auf der Haut Blasen mit zitronenfarbenem oder blafsrotem Inhalt bilden; diese Blasen hinterlassen Narben und kleine knotenförmige Cysten in der Epidermis; mit Vorliebe werden die Extremitäten, die Ellenbogen und Knie befallen; auch die Mundschleimhaut kann erkranken, und gleichzeitig kommen an den Nägeln trophische Störungen vor.

Ein weiterer, derartiger Fall wird in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt. Bemerkenswert ist bei dieser Beobachtung, dafs die Mutter, die Großmutter und die Urgroßmutter des Patienten bereits mit der nämlichen Dermatitis bullosa behaftet waren. Auch traten die Blasen, die bisher nur an den bezeichneten Stellen saßen, bei dem jetzt 55jährigen Patienten plötzlich fast überall am Körper auf, wobei der Ausschlag gleichzeitig stark juckend wurde.

H. führt diese Dermatoze nicht mehr wie früher auf eine Intoxikation, sondern auf eine Trophoneurose zurück.

II. Über die Ursachen der Alopecie, zweite Abhandlung, von R. SABOURAUD. In der ersten Abhandlung über den nämlichen Gegenstand, die gleichfalls in diesen Blättern referiert war, hatte S. festgestellt, dafs bei der Alopecia areata nicht, wie bei der Trichophytiasis, das Haar der erkrankte Teil ist, — dieses fällt vielmehr einer einfachen Atrophie zum Opfer, — dafs infolgedessen also die Krankheit ihren Sitz in dem Haarboden, in der Papille haben müsse. Mit der Histologie der enthaarten Kopfhaut der Alopecia areata beschäftigt sich demgemäß die vorliegende Arbeit.

S. hat die Haut nun während der verschiedenen Perioden der Krankheit untersucht. Wo diese ganz abgelaufen ist und die Neubildung der Haare bereits wieder

begonnen hat, fand er, daß viele Haarfollikel ganz geschwunden, die übrigen von einem derben Bindegewebe umgeben waren; viele Haare sind bereits wieder in Neubildung begriffen, und hier sind die Talgdrüsen immer vergrößert. Die Pigmentbildung hat im ganzen Gebiet der erkrankten Haut aufgehört.

In einem früheren Stadium der Alopecie, wenn der Haarschwund bereits vollendet, das Wachstum neuer Haare aber noch nicht begonnen hat, stiefs S. auf ebenso wichtige, überall gleichmäfsig anzutreffende Veränderungen, die er als *Folliculitis chronica atrophica* zusammenfaßt und die im wesentlichen in einer narbigen Umwandlung der Haarfollikel und in einer Anhäufung von Mastzellen und einkernigen Leukocyten um diese und die kleinen Hautgefäße bestehen. Niemals findet man in diesem Stadium in der Tiefe der Haarfollikel irgend ein Mikrobion.

Diese Befunde führten S. zu einer neuen Theorie über die Alopecie: sie ist die Wirkung einer chronischen Intoxikation. Der Haarschwund, die Bildung von kahlen Stellen ist kein aktives Stadium der Krankheit mehr; dieses liegt viel weiter zurück, und was uns an klinischen und histologischen Befunden über die Alopecie bekannt ist, das ist alles nur die Wirkung von Toxinen, deren parasitäre Erzeuger schon lange vom Schauplatz ihrer Thätigkeit abgetreten sind.

In der dritten, den nämlichen Gegenstand betreffenden Arbeit (Heft 5), wird dieser Gedankengang weiter verfolgt. Hier wird die Untersuchung um ein gutes Stück gefördert, wenn auch bei weitem noch nicht ihrem Ende zugeführt. Auf jeden Fall scheint der Befund, mit dem S. uns hier in seiner ebenso gründlichen, wie fesselnden Weise bekannt macht, den interessantesten und wichtigsten Inhalt seiner ganzen, mit so großer Umsicht unternommenen Studie zu bilden.

Zwei Angaben sind es namentlich, die reliefartig aus dem Rahmen dieser ganzen dritten Abteilung hervorspringen: die eine betrifft das Vorhandensein von Erweiterungen in dem erkrankten Haarfollikel, die andere das Vorkommen eines Mikro-Bacillus in diesen Höhlungen.

Untersucht man am Rand einer enthaarten Stelle, da, wo noch abgebrochene, keulenförmige Haare sitzen, den Haarboden, so stößt man sehr bald auf Follikel, die in ihrem oberen Drittel, zwischen der Mündung der Talgdrüsen und der Hautöffnung, eine ampullenartige Erweiterung zeigen. Diese Höhle ist eine gleichmäfsige und ungefähr $\frac{3}{40}$ mm breit und 0,5 mm lang. Ungefähr jeder zweite Haarfollikel weist eine solche Höhlung, die der Verfasser *Utriculus* nennt, auf. Die Höhlungen enthalten die letzten Ueberreste des verloren gegangenen Haares, Pigmenttrümmer, verschiedene, nichtssagende Mikrobienarten, sind aber zum größten Teile leer.

Dringt man mit seinen Untersuchungen nun aber noch weiter gegen den anscheinend gesunden Haarboden vor, so gelangt man zu etwas jüngeren Haarfollikeln, deren *Utriculus* mit geschichteten Lagen von Epidermis angefüllt ist, und in ihrer Mitte befindet sich ein dichter Knäuel, der aus einer Reinkultur eines Mikro-Bacillus besteht; dieses Mikrobion ist das kleinste, das S. je zu Gesicht bekommen hat; er nennt es einstweilen „*Microbacille de l'Utricule peladique*“, denn in ungefähr 50 Fällen, die er innerhalb der letzten sechs Monate untersuchte, wurde dieser Bacillus nie vermifst; aber er fand sich immer nur in dem erweiterten Haarfollikel, niemals auferhalb desselben in der Haut. Es ist S. noch nicht gelungen, zu beobachten, wie die Bazillen in den *Utriculus* hineingelangen; ihre Anzahl ist eine erstaunliche, sie beziffert sich nach Millionen und Milliarden.

Nachdem der Verfasser uns dann mit der Technik des Verfahrens zur Gewinnung solcher mit Bazillen gefüllter *Utriculi* und zur Herstellung brauchbarer Präparate bekannt gemacht, nachdem er ferner auf Grund der gefundenen Thatsachen eine Theorie über das Zustandekommen der Alopecie aufgestellt hat, gelangt er zu der

wichtigen Frage, ob der von ihm entdeckte Mikro-Bacillus der spezifische Erreger der Alopecia areata sei. S. läßt diese Frage einstweilen unentschieden, denn Eines hat ihn stutzig gemacht: die große Ähnlichkeit, die sein Bacille de l'Utricule peladique mit dem Bacillus der Akne-Komedonen (UNNA-HODARA-ENGMANN) hat. Vielleicht sind beide Mikroben identisch. Weitere bakteriologische Untersuchung, sowie eine demnächst zu veröffentlichende Arbeit über die Alopecia chronica totalis sollen die gewünschte Aufklärung bringen.

III. Das Verhalten des Magens bei Behandlung wegen Syphilis, von J. BABON. Nicht die Einwirkung der Syphilis, sondern die Einwirkung der wegen Syphilis verschluckten Medikamente auf den Magen hat der Verfasser einer Untersuchung unterzogen. Die Litteratur über diese Frage ist noch nicht sehr reichlich und eine Untersuchung über den Chemosmus des Magens lag bisher noch nicht vor. Der Verfasser hat nun eine solche in acht Fällen von Magenstörung bei Patienten, die wegen Syphilis innerlich behandelt wurden, angestellt, und hat dabei sechsmal eine Hypopepsie, einmal eine Hyperpepsie und einmal eine Apepsie beobachtet.

Klinisch macht sich die Störung namentlich in Beschwerden nach dem Essen bemerkbar, indem sich ein Gefühl von Druck und Völle, von Schmerz in der Magen-egend einstellt; saures Aufstossen ist häufig, selten dagegen kommt es zum Erbrechen. Der Appetit ist meist vermindert, nur in einem Falle bestand im Gegenteil Bulimie. Verstopfung bildet die Regel. Der Magen ist fast nie erweitert.

Zuweilen genügt schon das Aussetzen der medikamentösen, antisypilitischen Behandlung, um diese Erscheinungen abseits des Magens zu beseitigen, andernfalls müssen noch Regelung der Diät, Magenausspülungen u. s. w. in Anspruch genommen werden.

IV. Erythema nodosum und Syphilis, von DE BEURMANN und CLAUDE. Das Erythema nodosum ist nach Ansicht der Verfasser eine Varietät des Erythema polymorphum. Es kann sowohl als selbständige Krankheit, wie auch namentlich als Symptom bei anderen Krankheiten auftreten und wird besonders häufig im Gefolge der Syphilis beobachtet. Die Frage ist nun: ist das Erythema nodosum eine einfache Komplikation der Syphilis, oder ist es als ein Symptom derselben, als ein Erythema nodosum syphiliticum zu betrachten. MAURIAC, der erste und einzige, der sich eingehend mit dieser Frage beschäftigte, hat sie in bejahendem Sinne beantwortet; von späteren Autoren wurde sie meistens nur flüchtig berührt, dann aber im entgegengesetzten Sinne entschieden.

Eine größere Reihe von Fällen ihrer Klinik (Lourcine-Paris), in denen zu einer bestehenden Syphilis sich ein Erythema nodosum hinzugesellte, haben den Verfassern nun Veranlassung gegeben, auch ihrerseits dieser Frage näherzutreten, und indem sie eine ausführliche Symptomatologie des Erythema nodosum bei Syphilitikern liefern, weisen sie darauf hin, daß diese Dermatose, ohne sich wesentlich von dem bekannten Typus zu entfernen, hier doch häufig Formen resolutiver oder ulzeröser Natur annimmt, die vollkommen einem Gumma syphiliticum entsprechen. Die intra- und subkutanen Veränderungen der Syphilis entsprechen so ziemlich den beim Erythema polymorphum beobachteten; sie entstehen beide unter der Einwirkung ähnlicher pathogener Prozesse. Aber auch der anatomische Befund weist eine nahe Verwandtschaft zwischen dem Gumma und dem Knötchen des Erythema nodosum auf, letzteres wird von den Verfassern sogar als „unvollkommenes Gumma“ bezeichnet, und sie ziehen aus ihren Fällen und Betrachtungen den Schlufs, daß das Erythema nodosum der Syphilitiker „fast immer“ durch die Syphilis bedingt sei.

Türkheim-Hamburg.

I. Über die intramuskulären Einspritzungen von Oleum cinereum, von LE PILEUR. Aus dem anfänglichen Gegner ist LE PILEUR zu einem warmen Lobredner der neuen Behandlungsweise der Syphilis geworden. Die anfangs zaghaft vorgenommenen Einspritzungen sind nunmehr an einem Material, das bereits nach Tausenden zählt und das zum größten Teil aus dem Krankenhaus Saint Lazare, zum geringeren aus der Privatpraxis stammt, erprobt worden. Die bei dieser reichen Kasuistik gemachten Erfahrungen plaudert uns LE PILEUR hier in gefälliger und offener Weise aus.

Über den der Einspritzung nachfolgenden Schmerz haben sich die Krankenhausinsassen niemals ernstlich beklagt, in der Privatpraxis mußte die Behandlung aus diesem Grunde dreimal abgebrochen werden. Eine Abscessbildung kam nur einmal zur Beobachtung; fünfmal kam es zu einer entzündlichen Verhärtung, die sich indessen allemal nach einigen Tagen wieder ausglich. Von Embolien blieb der Verfasser ganz verschont und bei nur $3\frac{1}{2}\%$ entwickelte sich eine Stomatitis, dank der Fürsorge, die namentlich im Krankenhaus den Zähnen gewidmet wurde. Was die Heilwirkung anbelangt, so giebt LE PILEUR der Spritzkur bei weitem den Vorzug vor der innerlichen Darreichung von Quecksilber oder der Schmierkur; die hierfür angeführten Gründe enthalten keine neuen Gesichtspunkte.

II. Ein Fall von Ulcus simplex mit Perforation der Vorhaut, von VICTOR DURAND. In diesem Falle bestand weder Lymphangitis noch ein Abscess, auch zeigte der Schanker gar keine Neigung, phagadänisch zu werden, trotzdem kam es zu einer Perforation an der unteren Fläche der Vorhaut; Veranlassung dazu gab natürlich die bestehende Phimosis. Nach Beseitigung der letzteren heilten Schanker und Perforationsstelle sehr rasch.

III. Über einen Fall von Prostataabscess, von E. SOREL. In diesem Falle, der sich an eine akute Blennorrhoe anschloß, gelang es, durch Punktion des Abscesses einwandfreien Eiter zu gewinnen, und dieser Eiter erwies sich als stark gonokokkenhaltig.

IV. Über ein sehr umfangreiches, serpiginöses, tuberkulo-ulceröses Syphilid, von MARMONIER-Marseille. Die tuberkulösen Syphilide treten entweder als trockene, oder als ulcerierende Hautknoten auf; erstere bilden feste, schmerzlose, kupferrot gefärbte Verhärtungen der Haut, die unter Hinterlassung von Dauernarben einschnelzen; letztere dagegen zerfallen geschwürig und nehmen entweder einen mehr oberflächlichen, aber fortkriechenden, serpiginösen Verlauf, oder dringen in die Tiefe und zerstören alle Gewebe, selbst einschließlic der Knochen. Die Geschwüre vernarben nach längerem Bestande in der Regel von selber. Einen solchen Fall von serpiginösem Syphilid beschreibt MARMONIER. Das hervorstechendste Symptom desselben ist seine ungeheure Ausdehnung, die es wohl nur dank der Gleichgültigkeit des Patienten erlangen konnte. Es nahm fast die ganze linke Rückenhälfte bis zu den letzten Rippen ein. Ähnliche Syphilide hatten bei dem jetzt 60jährigen Patienten schon vorher bestanden, waren zuerst zwei Jahre nach der Infektion aufgetreten und von selber geheilt. Die gemischte Behandlung führte auch diesen Ausschlag bald in Heilung über. Da eine Verwechslung dieses Syphilids mit dem Lupus möglich wäre, so verweilt Verfasser etwas länger bei den unterscheidenden Merkmalen der beiden Formen.

V. Über die syphilitischen Veränderungen am Nabelstrang, von LAUGIER. Die histologischen Veränderungen des Nabelstranges, die bei syphilitischen Früchten beobachtet wurden und über die namentlich in Deutschland eine reiche Litteratur

besteht, werden in Kürze mitgeteilt und im Anschluß daran über zwei eigene Beobachtungen berichtet, deren Befund im wesentlichen mit den früheren Angaben übereinstimmt. Fast immer handelt es sich um Endophlebitis und Enderteriitis; etwas weniger häufig sind Periphlebitis und Periarteriitis, während Veränderungen der WHARTONschen Sulze und des Amnion nur ganz selten vorzukommen scheinen. Bestehen nun derartige Veränderungen des Nabelstranges neben ausgesprochener Syphilis der Placenta und des Fötus, so darf man von einer syphilitischen Erkrankung der Nabelschnur sprechen; andernfalls muß man mit seinem Urteil zurückhaltender sein.

Türkheim-Hamburg.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 3.

I. Totale oder partielle, subakute, glanduläre Prostatitis stürmischen Charakters, von MAYET. Mit der eben genannten weitschweifigen Bezeichnung glaubt der Verfasser, nach dem Vorgange GUYONS eine besondere Form von Prostatitis bezeichnen zu sollen, die er ausführlich beschreibt und zu deren besseren Verständnis eine diesbezügliche Krankengeschichte beigelegt wird.

Die wichtigsten Charaktere des Leidens wären etwa folgende: Diese Prostatitis entwickelt sich zunächst nur langsam und ohne irgend ein Zeichen einer heftigen allgemeinen Infektion. Aber wie mit einem Schlage, stürmisch tritt plötzlich die heftige Entzündung des Drüsengewebes in der Prostata hervor, das Parenchym nimmt nicht immer bedeutenden Anteil daran, die Prostata wird dabei immerhin groß, manchmal sogar in ungewöhnlichem Maße. Der vom Rectum aus untersuchende Finger kann eine harte Masse fühlen, aber in derselben noch eine Anzahl kleiner Kerne, welche härter erscheinen, als das sie umgebende Parenchym. Diese Kerne treten an der hinteren Wand der Prostata hervor, man könnte meinen, sie seien Schrotkörner, verkrustet in einer elastischeren Masse. Ihre Betastung ist schmerzlos. Auch fühlt man an der Oberfläche der ganzen Prostata niemals das Schlagen der Arterien. Hierdurch, sowie durch das Fehlen des Fiebers unterscheidet sich die Affektion von der gewöhnlichen akuten Prostatitis, mit der sie die Entstehungsursache, die funktionellen Zeichen, wie Retentio urinae, Verstopfung, sowie manchmal die Abscedierung gemeinsam hat. Von der tuberkulösen Form unterscheidet sie sich durch die Art der Entstehung, die Hypertrophie der Drüse, die ganze Art der Entwicklung und das Fehlen sonstiger tuberkulöser Veränderungen der Nachbarschaft. Auch das Resultat der passenden Behandlung erscheint auffällig. Wendet man nämlich Quecksilbersuppositorien an, so schwinden, wenn auch langsam, aber stetig, die Drüseninfiltrate der Prostata, rascher die sonstigen Symptome.

II. Bemerkungen über die Behandlung des chronischen Trippers, von TREKAKI. Die Arbeit hebt besonders den Nutzen der Höllesteineinträufelungen hervor, giebt einige Notizen über die vom Verfasser hierbei befolgte Methode und bringt als Übersicht folgendes:

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Höllesteineinträufelungen hängt von der entzündlichen Reaktion ab, welche diese chemische Substanz hervorruft.

Diese Reaktion kann und muß bei allen (?) Patienten mit chronischer Blennorrhoe erzielt werden.

Fehlt sie manchmal, so haben dann die Instillationen keinen Erfolg.

Fasst man diese durch Höllestein erzeugte Reaktion so auf, so bildet sie die beste Behandlung des chronischen Trippers.

III. Über die moderne Behandlung der Prostatahypertrophie, von VAUTRIK.

In dieser sehr beachtenswerten Arbeit berücksichtigt der Verfasser mit objektiver Kritik alle hier in Betracht kommenden palliativen und heilenden Maßnahmen. Verschiedene Krankengeschichten sind beigelegt. Seine Ansichten faßt er schließlic in folgendem zusammen:

1. Der Wert des Katheterismus und seine Zweckmäßigkeit in kritischen Fällen braucht nicht geleugnet zu werden. Jedoch kann

2. in den ersten Perioden der Prostatahypertrophie die Elektrolyse vortreffliche Dienste leisten, indem sie eine innere Umstimmung des Organs bewirkt.

3. Später, in der Periode der bleibenden Harnverhaltung und verschiedener Komplikationen, finden der Dammschnitt und der hohe Blasenschnitt nützliche Anwendung.

4. Gegenwärtig empfehlen sich die Kastration oder mehr noch die Resektion der Samenleiter als oft wirksame, fast ungefährliche Methoden mit häufig bleibenden Erfolgen.

5. Die Prostatotomie und die Prostataktomie sollen für bestimmte Fälle verspart bleiben und bilden zur Zeit noch Ausnahmsoperationen.

IV. Die Behandlung der chronischen Urethritis mit den OBERLÄNDERschen Dilatoren, von VERHOOGEN. Verfasser giebt eine genaue Beschreibung der von OBERLÄNDER bei der Behandlung des chronischen Trippers eingeführten Dilatoren, schildert die Art und Weise ihrer Verwendung, bezeichnet die Indikationen. Im allgemeinen hält er sich ziemlich genau an OBERLÄNDERS Vorschriften und ist mit seinen Erfolgen sehr zufrieden. In der Mehrzahl der Fälle genüge die Dilatation und Ausspülmethode, um Heilung zu erzielen, für die umschriebenen Erkrankungsherde empfiehlt er ebenfalls die von OBERLÄNDER und KOLLMANN angegebenen und vielfach beschriebenen Instrumente.

Um einen Patienten für geheilt anzusehen, verlangt VERHOOGEN, daß jede Art von Fäden vollständig und in bleibender Art aus dem Urin schwinde und das Fehlen kranker Stellen durch das Urethroskop nachgewiesen werden könne.

V. Neubildung der Blase, welche lange nicht erkannt, endlich mittelst des Cystoskops diagnostiziert wurde. Zwei Operationen in einem Abstand von neun Monaten, von POUSSON.

Eine ausführlich gehaltene Krankheitsgeschichte läßt den hohen Wert des Cystoskops für die Diagnose der Blasengeschwülste hervortreten. Etliche Momente aus dieser Krankengeschichte seien hiermit hervorgehoben: Der Kranke, ein 55jähriger ehemaliger Offizier, hat vor 13 Jahren im Jahre 1882 zum ersten Male eine Hämaturie erlitten. Blutungen und andere Blasensymptome wiederholten sich in den nächsten sieben Jahren öfters, bald wurde Cystitis, bald Stein als ursächliches Moment angenommen, die verschiedenen Behandlungsarten ergaben schwankende Resultate. Als POUSSON im Jahre 1889 den Patienten zur Untersuchung bekam, nahm er eine Urethro-Cystitis an, empfahl Höllesteininstillationen, wodurch wenig Nutzen erzielt wurde. Erst später (1893) bei einer zweiten Untersuchung kam POUSSON auf den Gedanken, daß ein Neoplasma vorliegen könne, und empfahl zur Klarstellung die Sectio alta, die zunächst jedoch nicht angenommen wurde. Endlich im Oktober 1894 konstatierte nun POUSSON mit Sicherheit durch das Cystoskop die Anwesenheit eines an der linken Seite des Blasenhalbes angewachsenen Tumors. Dieser wurde dann von POUSSON im März 1895 durch den hohen Blasenschnitt entfernt. Diese Geschwulst besaß die Größe einer kleinen Mandarine, war mittelst eines daumendicken Stieles angewachsen, von weicher und zerreiblicher Beschaffenheit. Außerdem befanden sich zahlreiche Wucherungen in der Nachbarschaft. Anscheinende Heilung. Aber schon nach einem halben Jahre kam das Recidiv, das große Schmerzen verursachte. Des

halb zweite Operation (Sectio alta), neun Monate nach der ersten. Die ganze Innenfläche der Blase erweist sich bespickt mit feststehenden und gestielten Wucherungen. Der Erfolg war daher nur ein relativer. Schmerzen und Blutungen hörten auf, aber noch nach zwei Monaten war die Kapazität der Blase null, die Drainage mußte noch liegen bleiben, der Urin war trübe, die Blasenwand derb infiltriert, kurz die Prognose für das Leben des Patienten düster.

Über die Natur des exstirpierten Tumors giebt Pousson keine Notiz, vermutlich war es ein maligner.

VI. Lithotripsie wegen eines großen Harnsäuresteines bei einem 75-jährigen Manne. Betrachtungen über den Gebrauch des Chloroforms bei der Lithotripsie, von IMBERT.

Bei einem jetzt 75 Jahre alten Manne, der schon seit 30 Jahren an Steinen leidet und die letzte Hämaturie vor 14 Tagen erlitten hat, entdeckt die Untersuchung einen Stein von 4 cm Durchmesser. Es bestand dabei keine Cystitis. Zwei Tage nach der Aufnahme wird sodann von Professor GUYON die Lithotripsie in der üblichen Weise vorgenommen, und hierbei wird der Patient nur „à la reine“ chloroformiert, d. h. durch das tropfenweise aufgegossene Chloroform wird er nur in einer halben Anästhesie erhalten, sein Bewußtsein verliert er nicht ganz, aber dabei ist das Schmerzgefühl für die Lithotripsie genügend herabgesetzt. Die Nachwirkung ist unbedeutend. Nur bei fehlender Cystitis solle man so narkotisieren; besteht aber Cystitis, sei die Empfindlichkeit der Blase so bedeutend, daß man gut thut, noch Morphin subkutan dem Chloroform vorausgehen zu lassen.

Der Operierte befand sich nach der Operation völlig wohl, stand schon am anderen Tage auf und blieb fieberfrei.

VII. Drei Lithotripsien ohne Chloroform und ohne Kokain, von PICARD
Da Fälle selten sind, in denen von einem anästhesierenden Mittel bei der Lithotripsie abgesehen wird, mögen die von PICARD beschriebenen kurz erwähnt werden.

1. Fall. 28jähriger Jüngling mit Skoliose und Beckenverengerung leidet seit länger als einem Jahr an einem Harnsäurestein von 4 cm Länge. Herz verdächtig, Lithotripsie, Aspiration. Kein wesentlicher Zufall. Patient steht nach acht Tagen auf. Fühlt seit zwei Jahren nichts mehr von Steinen.

2. Fall. 68jähriger Mann, sehr fett. Schon zweimal wurden ihm durch die Sectio alta große Blasensteine bis zu 7 cm Länge entfernt. Später Phosphatsteine durch Lithotripsie und Aspiration. Dabei wurde bisher Chloroform gebraucht. Jetzt, da ein neues Phosphatkonkrement vorliegt, wird bei der Lithotripsie weder Chloroform noch Kokain benutzt. Guter Erfolg, schon seit drei Monaten bestehend.

3. Fall. 57jähriger Reisender trägt einen Harnsäurestein von $2\frac{1}{2}$ cm Durchmesser. Dieser wird ohne Anästhesie durch Lithotripsie und Injektionen mittelst der Spritze entfernt. Der Kranke leidet nicht, steht nach vier Tagen auf und leidet seitdem nicht mehr.

Neuhaus - München.

Travaux de la Clinique de Dermatologie de Bordeaux.

Jahrgang 1895; zusammengestellt von W. DUBREUILH.

Die Lokalanästhesie in der Dermatologie, von W. DUBREUILH. D. verwendet zu seinen Kokaininjektionen 2%ige Lösungen, die er mit gleichen Teilen Wasser und Aqua laurocerosi bereiten läßt; er behauptet, daß die Haltbarkeit einer solchen mit Kirschlorbeerwasser bereiteten Lösung eine unbegrenzte sei (? Ref.). Er injiziert sogar niemals über 3 ccm für dieselbe Operation. Die Kanülen seiner Spritzen sind nicht gerade, sondern in der Nähe des Ansatzes in einem Winkel von ca. 45° gekrümmt, damit die Injektion wirklich intradermal ausfalle und nicht ins Unterhaut-

zellgewebe gelange und dieselbe leichter auf einer größeren Ausdehnung ausgeführt werden kann. Beim Einstoßen der Kanüle wird alle 5—10 mm ein Quantum Lösung injiziert. In gewissen Körpergegenden (Nase, Finger) eignen sich statt der krummen, besser die geraden Kanülen, die dann auch feiner sein können.

Über einen Fall von chronischer, circinärer Eruption der Haut, von W. DUBREUILH. Derselbe ist identisch mit demjenigen, welchen C. Fox 1895 der Londoner dermatologischen Gesellschaft als „ringed eruption on the fingers“ vorgestellt hat. Die Läsion, die zum Teil seit fünf Jahren datierte, bestand aus festen, blassen Erhabenheiten an den Dorsalteilen der Finger. Mit dem Zunehmen dieser Exkrescenzen sank das Zentrum ein, während sich die Peripherie ringförmig erweiterte. Im Zentrum dieser Ringe nimmt die Haut allmählich normale Beschaffenheit an. Die Ausdehnung der Efflorescenzen wird durch die Jahreszeiten nicht beeinflusst. Die Konsistenz derselben ist sehr fest, keloidartig; sie lassen sich auf der Unterlage leicht hin- und herbewegen, erstrecken sich durch die ganze Dicke der Cutis und verursachen bei Druck keine Schmerzen. Ziemlich rasche Besserung unter VIDALSchem Pflaster (Minium und Zinnober). Die mikroskopische Untersuchung ergab in der Epidermis keine besonderen Veränderungen. Im mittleren Cutisabschnitte lag ein Herd zelliger Infiltration, deren Elemente relativ groß waren, an Protoplasma reicher schienen als die gewöhnlichen Wanderzellen und den fixen Bindegewebszellen ähnlich sahen. Wenige Mastzellen, keine Riesenzellen, keine Mikroorganismen. Die oberflächlichen und tiefen Cutisschichten unverändert. Die Affektion zeigt eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Lupus erythematosus.

Drei neue Fälle von Pityriasis rubra pilaris, von MÉNEAU. Dieselben, welche ausführlich beschrieben werden und typische Exemplare darstellen, betreffen einen 26-, einen 45- und einen 60jährigen Patienten.

Beitrag zur klinischen und anatomischen Untersuchung der Verruca vulgaris, von DUBREUILH. (Ref. diese Zeitschrift. Bd. XXI. Heft 2.)

Über einen Fall von Trichophytie des Haarbodens und der Nägel, von W. DUBREUILH. Auf dem Kopfe zeigte die Affektion bei dem Mädchen die klinische Form des Kerion Celsi und zwar in großer Ausdehnung. An den Nägeln war ausschließlich die Hornsubstanz befallen und keine Spur von entzündlicher Reaktion sichtbar. Verfasser betont die Verschiedenheit des durch den gleichen Pilz verursachten klinischen Bildes der Affektion.

Über Erythema pellagroides, von W. DUBREUILH. (Ref. in dieser Zeitschrift. Bd. XXI. Heft 7.)

Eleidin und Keratohyalin, von W. DUBREUILH. Die Untersuchungen des Verfassers führten ihn zu dem Resultate, daß das RANVIERSche Eleidin und das WALDEYERSche Keratohyalin sich wesentlich voneinander unterscheiden, einmal durch: 1. ihre Lokalisation in der Epidermis, indem die Keratohyalinkörner die Zellen des Stratum granulosum ausfüllen und besonders dicht in der Umgebung des Kernes stehen; das Eleidin hingegen erscheint in Gestalt kleiner Tröpfchen; 2. ihre verschiedenen Farbenreaktionen, indem einzelne Farbstoffe (Nigrosinsulfat, alkoholisches Alkanaextrakt) nur das Eleidin färben, andere nur das Keratohyalin färben; 3. ihre physikalischen Merkmale. Dennoch besteht zwischen den beiden Körpern eine verwandtschaftliche Beziehung, indem sie stets gemeinsam vorkommen und eine quantitative Modifikation bei dem einen eine solche beim anderen nach sich zieht.

Über einen Fall von Mykosis fungoides, von W. DUBREUILH. Derselbe betrifft einen 71jährigen Mann, bei dem das ekzematoide Vorstadium zehn Monate gedauert hatte (an Intensität zunehmendes Jucken, Entwicklung münzenförmiger Ekzemplagues, aus denen später die typischen Mykosisknötchen hervorgegangen sind).

Alopecie der Augenbrauen infolge von Keratosis pilaris, von W. DUBREUILH. Verfasser weist auf die von Brocq nachgewiesene Identität des TAENZERSCHEN Ulerythema ophryogenes mit der Keratosis pilaris hin, indem erstere nur eine besondere Lokalisation dieser letzteren Affektion darstelle. Therapeutisch hat D. gute Erfolge erzielt mit dem Ichthyol (10%ige Salben).

Über Exantheme bei der Serotherapie, von W. DUBREUILH. (Ref. in dieser Zeitschrift.)

Die Aktinomykose im Südosten Frankreichs, von DUBREUILH und FRÈCHE. (Ref. in dieser Zeitschrift. Bd. XII. Heft 1.)

Über deformierende Ostitis PAGETS, von W. DUBREUILH. Verfasser giebt die Krankengeschichte eines Falles dieser Affektion, welche eine 58jährige Frau betraf: hochgradige Verdickung und Deformation, besonders der beiden Unterschenkelknochen beider Beine; die oberen Extremitäten sind bedeutend weniger befallen, die Wirbelsäule normal, ebenso die Füße. Die Haut über allen befallenen Knochen zeigt normale Beschaffenheit und ist leicht beweglich. Die Affektion trat bei der Patientin nach einem Puerperium auf. Patientin litt an Arteriosklerose.

Favus des Scrotum, von W. DUBREUILH. (Ref. diese Zeitschrift. Bd. XXII. pag. 590.)

Zosterrecidiv, von W. DUBREUILH. Die 55jährige Patientin hatte in der Kindheit an der Stelle (Intercostalräume) der nunmehrigen Eruption einen schweren gangränösen Zoster durchgemacht, welcher leicht sichtbare Narben zurückgelassen hatte. Verfasser betrachtet den zweiten Anfall für ein Recidiv, konnte aber, trotzdem derselbe wie der erste mit heftigen Schmerzen verbunden war, keine Ursache ausfindig machen (keine Läsion der Wirbelsäule, nichts von Tuberkulose, Kohlenoxyd- und anderen Intoxikationen, kein Contagium).

DUBREUILH beschreibt einen Fall von **fixem Antipyrirexanthem** bei einer 35jährigen Patientin. Die Läsion bestand in einer blaserosaroten Plaque von runder Form und ca. 1,5 cm Durchmesser, scharf begrenzt, über das übrige Hautniveau merklich erhaben, mit Sitz auf der linken Wange. Bei einem der letzten Anfälle, welche jeweilen nach der Einnahme von Antipyrin auftraten, zeigte sich außerdem noch eine ähnliche Eruption auf der Stirn.

Primäre Psoriasis der Nägel, von W. DUBREUILH. (Ref. diese Zeitschrift. Bd. XII. Heft 9.)

DUBREUILH beschreibt einen Fall von **Trichophytie der Lider**, welcher ganz mit dem von MIBELLI beschriebenen übereinstimmt. Es handelte sich um einen 12jährigen Knaben. Kulturversuche fielen negativ aus.

Behandlung des Lupus mit Salicyl-Kreosotpflaster, von W. DUBREUILH und BERNARD. (Ref. diese Zeitschrift. Bd. XXII. Heft 3.)

Über Zungenlupus, von SPINK. Den elf bisher in der Litteratur publizierten Fällen von Lupus der Zunge reihen sich drei weitere an, welche dem Verfasser von MOURE und DUBREUILH zur Untersuchung und Beschreibung überlassen wurden. Sie betreffen Mädchen im Alter von 15, 16 und 19 Jahren. Es bestanden gleichzeitig lupöse Läsionen der Schleimhaut und des Rachens, von wo aus dieselben auf den Zungenrund übergegangen waren. Die Seltenheit des Zungenlupus läßt sich auf die besondere Resistenzfähigkeit der Zungenschleimhaut gegenüber der Affektion zurückführen. Fast alle Fälle von Zungenlupus stimmen darin überein (und so auch die vom Verfasser beschriebenen), daß die aus den agglomerierten Knötchen bestehenden Plaques ein erhabenes, höckeriges, graurosarotes Aussehen aufweisen, von harter Konsistenz sind, keine Schmerzen verursachen und geringe oder keine Tendenz zur Ulceration zeigen. Die richtigste Behandlung besteht in der Ignipunktur.

Über Hauteruptionen bei Hysterischen, von FRÈCHE. (Ref. diese Zeitschrift. Bd. XXII. Heft 8.)

Zum Schlusse geben DUBREUILH und FRÈCHE eine statistische Übersicht der während der Jahre 1893, 94 und 95 an der dermatologischen Klinik in Bordeaux beobachteten Fälle, deren Gesamtzahl 4529 beträgt.

C. Müller - Wallisellen (Zürich).

Archives of Surgery, by JONATHAN HUTCHINSON.

1895.

Über die Schwierigkeit in der Beurteilung syphilitischer Ausschläge.

H. belegt die Schwierigkeit, sich über die syphilitische oder anders geartete Natur eines Ausschlags klar zu werden, durch Mitteilungen aus seiner Praxis. In sieben der erwähnten Beobachtungen handelte es sich um einen Ausschlag, der an und für sich für einen syphilitischen gehalten werden mußte. Diese Diagnose wurde aber allemal durch die begleitenden Umstände erschüttert; in einzelnen Fällen ist auch H. nicht zu einem ganz sicheren, abschließenden Urteil gelangt. Der achte, letzte Fall zeichnet sich dadurch aus, daß im Verlauf einer offenkundigen Syphilis ein als Scharlach diagnostiziertes Exanthem auftrat. H. läßt die Möglichkeit durchblicken, daß solche, unter hohem Fieber einhergehende skarlatinöse Ausschlagsformen auch rein syphilitischer Natur sein könnten.

Über zweimalige Infektion mit Syphilis. Verfasser beginnt diese längere Abhandlung mit einem Hinweis auf die Schwierigkeit der Diagnose. Durch den Schanker wird der Penis zu Erkrankungen an Herpes geneigt gemacht, und solch ein herpetisches Geschwür nimmt wiederum häufig die Formen eines Ulcus an und kann zuweilen auch lange Zeit bestehen bleiben, so daß man an eine frische Infektion denken könnte. Eine andere Quelle des Irrtums liegt in dem Vorkommen des Pseudo-Schankers, um dessen Beschreibung sich besonders A. FOURNIER sehr verdient gemacht hat. HUNTER hatte allerdings schon zwei Jahre vor der Veröffentlichung FOURNIERS den „Relapsing indurated Chancere“ in den *London Hospital Reports* besprochen (1866).

Bei Ausschluß dieser doppelten Fehlerquelle ist H. nun aber doch im stande, mit einer Statistik von 54 eigenen Fällen aufzuwarten, in denen es zu einer zweimaligen Infektion mit Syphilis kam. Zwar sind diese Fälle in Bezug auf ihre Beweiskraft nicht ganz gleichwertig. Aber immerhin bleiben nach Ausscheidung der zweifelhaften noch 32 Krankengeschichten nach, in denen jeder Zweifel sowohl an der ersten wie an der zweiten Ansteckung ausgeschlossen werden kann. Dabei muß freilich bemerkt werden, daß H. die Syphilis als erwiesen annimmt, wenn ein harter Schanker vorhanden ist und die Drüsen geschwollen sind; er reicht bei solchem Befund auch sofort Quecksilber, ohne erst die bekannten sekundären Symptome, Roseola und Halsentzündung, abzuwarten. Will man aber nur solche Fälle als beweiskräftig ansehen, bei denen sich auch die sekundären Symptome einstellten, so bleibt immerhin noch die stattliche Zahl von 23 Fällen übrig. Der kürzeste Zeitraum, den H. zwischen der ersten und zweiten Ansteckung beobachten konnte, betrug 15 Monate.

Die reichhaltige, von HUTCHINSON mitgeteilte Kasuistik bietet aber auch in Einzelheiten viel des Interessanten. In einem Falle z. B. zog sich der Patient seine zweite Infektion zu, während er noch tertiäre Symptome der ersten Syphilis aufwies. In einem anderen Falle erfolgte die Ansteckung beide Male auf extragenitalem Wege. Ein anderer Patient mit zweimaliger Infektion hatte auch zweimal an Blattern gelitten u. s. w. H. zieht auch diese einzelnen Thatsachen in den Kreis seiner Betrachtungen und macht sie zum Ausgangspunkt anregender Erörterungen.

Fliegen, Flöhe u. s. w. als Krankheitsübertrager. In dieser kurzen Note

weist HUTCHINSON auf die Möglichkeit hin, daß manche Epidemien in Schulen, Pensionaten u. s. w. — er führt Angenerkrankungen und „Erysipelasekzem“ namentlich an — durch Fliegen eine so schnelle und weite Verbreitung erfahren und er berichtet von interessanten Versuchen eines englischen Kollegen, der Fliegen nur einen Augenblick mit Kulturen von *Bacillus prodigiosus* in Berührung gebracht hatte. Als er sie dann nach Stunden, während deren sie in einem großen Zimmer umhergeflogen waren, über Kartoffelschnitte laufen ließ, entwickelten sich hier die prächtigsten *Prodigienskolonien*. Den Schluss dieser kurzen Betrachtung bildet der Bericht über einen Fall von Syphilis, in welchem die Übertragung dieser Krankheit per exclusionem auf einen Flohstich zurückgeführt wird.

Türkheim-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

Protest gegen die übereifrige Behandlung des Ekzems, von M. MORRIS-London. (*Brit. med Journ.* 27. Juli 1895.) Eine allgemeine Formel für die Behandlung aller Ekzeme giebt es nicht. Man wird individualisieren, insbesondere die Ätiologie berücksichtigen und die Therapie darnach einrichten. Solange wir aber noch zu sehr an alten Anschauungen hängen, solange wir die Hautkrankheiten ausschließlich von einer Dykrasie, von schlechten Blutsäften etc. hervorgerufen glauben, werden wir bei der Behandlung manche Mißgriffe thun, die der Sache mehr schaden als nützen.

Verfasser beschreibt ein drastisches Beispiel, wie eine einfache Intertrigo am After und am Scrotum durch die Ansicht des Arztes, die Krankheit stecke im Blute, nahezu zu einem universellen Ekzem werden kann. Der betreffende Patient wurde von dem ersten Arzte auf strenge Diät gesetzt und äußerlich, aber ohne besonderen Erfolg, behandelt. Der zweite Arzt verordnete eine hydropathische Kur. Der Patient nahm Dampf- und Sitzbäder, wurde nach allen Regeln der Kunst massiert, erhielt Bandagen längs der Wirbelsäule, um den Leib und am After, durfte nur drei Mahlzeiten des Tages einnehmen und bei diesen nur Fische, Blumenkohl, Hühnerfleisch und trockenes Brötchen essen und warmes Wasser trinken. Verfasser warnt vor Übereifer bei der Behandlung des Ekzems.

C. Berliner-Aachen.

BORDIER berichtet über einen sehr schönen Erfolg mit der **elektrostatischen Behandlung des Ekzems**. Es handelte sich um eine 29jährige Dame (*Arthritica*) mit einem trockenen Ekzem zu Plaques. Die Herde wurden einzeln in der Weise behandelt, daß Patientin auf einem Isolierstuhle zunächst mit dem positiven (später mit dem negativen) Pole einer statischen Elektrisiermaschine in Verbindung gesetzt wurde, während eine am Ende rechtwinkelig abgeknickte Spitze in einer Entfernung von 15 cm von der kranken Hautpartie auf diesen gerichtet war. Unter der Einwirkung dieses elektrischen Windes nahm zuerst das Jucken sehr schnell ab, und nach zwei Monaten war vollständige Heilung eingetreten. Verfasser ist der Ansicht, daß sich die elektrostatische Behandlung für alle Ekzemformen eignet, obwohl die feuchten schneller heilen als die trockenen. Kinder reagieren rascher als Erwachsene. Die Methode scheint vor Recidiven zu sichern. (*Lyon. méd.* 1896. No. 5.)

C. Müller-Wallisellen.

LIBERSON wendet mit ausgezeichnetem Erfolge beim **chronischen Ekzeme den heißen Wasserdampf** an. Mit einem eigens hierzu konstruierten kleinen Apparate projiziert er in Sitzungen von $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde den mit einer Spiritusflamme erzeugten Wasserdampf auf die zu behandelnde Körperstelle. Nach dem Durchtritt durch einen Schlauch ist die Temperatur des Dampfes auf eine erträgliche Temperatur herabgesunken. Mit Hilfe dieser Methode gelingt es sehr leicht, Krusten, Schuppen und andere Anhäufungen zu entfernen, eine starke Desquamation zu erzeugen, die Resorption oberflächlicher und tiefer Infiltrate zu begünstigen, die eiterige Sekretion herabzusetzen oder gänzlich zu verhindern und eine Regeneration der Gewebelemente herbeizuführen. Die Methode hat die günstigsten Resultate geliefert, wo andere ganz im Stiche gelassen hatten. (*Lyon. méd.* 1896. No. 8.) C. Müller-Wallisellen.

In seinen Untersuchungen über einige **morphologische und histologische Besonderheiten der Ichthyosis** kommt Rocchi zum Resultate, daß man bei dieser Affektion mehr atrophische, denn hypertrophische Veränderungen antreffe. Was das Condyloma accuminatum betrifft, das er als eine Varietät der Ichthyose betrachtet, so erklärt er die als Nervenfasern beschriebenen Gebilde für weiter nichts als Färbungserscheinungen, die von albuminoiden Substanzen herrühren und auch in anderen Geweben konstatiert wurden. (*Clinica dermosiflopatica della r. Università di Roma* 1895. Heft 5.) C. Müller-Wallisellen.

Zur **Ätiologie des Pemphigus neonatorum**, von WALDEMAR PETER-Königsberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Es ist erwiesen, daß der akut fieberhafte Pemphigus eine akute Infektionskrankheit ist; vor kurzem hatte Verfasser Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der dafür spricht, daß die Infektion der Haut auch beim Pemphigus neonatorum auf dieselbe Weise zu stande kommt, wie es für den Pemphigus acutus sichergestellt scheint, nämlich auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen. In diesem Falle fand er dieselben Mikroorganismen, wie beim akut febrilen Pemphigus. L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von **Psoriasis von zwanzigjähriger Dauer mit Ausgang in Heilung**, von R. H. HEMSTED. (*Brit. med. Journ.* 28. Dezember 1895.) Der Patient ist 59 Jahre alt, Farmer und ein ziemlich starker Potator. Seit 20 Jahren hat er seine Hautkrankheit, gegen die er bereits viele Mittel ohne besonderen Erfolg gebraucht hatte. In den letzten Monaten hatte er nichts mehr dagegen gethan. Verfasser verordnete ihm Arsenik. Ohne daß Patient das Mittel in starker Dosis einnahm, trat rasch Besserung ein. In fünf Wochen war bis auf eine dunkle Pigmentation der Haut die Psoriasis gänzlich verschwunden. C. Berliner-Aachen.

Über **Psoriasis vulgaris im frühen Kindesalter**, von J. H. RILLE. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 50.) Die Psoriasisfälle im frühen Kindesalter sind bekanntlich Raritäten. Verfasser stellt zunächst zusammen, was in der Litteratur darüber bekannt ist, um dann über seinen eigenen Fall zu berichten. Ein 38 Tage altes Kind wird in das NEUMANNsche Ambulatorium gebracht mit einer Hautaffektion, die schon am fünften oder sechsten Lebenstage in der Leistenbeuge und an der Innenfläche der Oberschenkel begonnen haben soll. Die Affektion war trotz des dasselbe zum Teil deckenden intertriginösen Ekzems deutlich als Psoriasis zu erkennen. Dieselbe schwand unter Anwendung von Borsalbe (Acid. boric. 5,0, Paraffin. Cera alb. \approx 10,1 Ol. oliv. q. s. ut f. ung). Der Vater des Kindes leidet an Psoriasis, die drei Geschwister sind frei. Jessner-Königsberg i. Pr.

Gewöhnliches Salz gegen Tinea tonsurans, von REILLY-Hackney. (*Brit. med. Journ.* 23. November 1895.) Folgende Thatsachen haben den Verfasser auf das Mittel geleitet:

1. Hunde hatten seine Lorbeerbäume durch Urinieren auf die Wurzeln und Blätter desselben zerstört.

2. Auf dieselbe Weise hatte ein Hund einen Rasen vernichtet. Diese Wirkung ist den im Urin enthaltenen Salzen, namentlich dem Chlornatrium, zuzuschreiben.

3. Der Gärtner des Verfassers vernichtet das Unkraut auf den Wegen mit gewöhnlichem Kochsalz.

4. Kinder, welche an *Tinea tonsurans* leiden, schickt man zuweilen an die See und erzielt dort gute Resultate. Die Wirkung ist, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch wenigstens teilweise auf das in der Seeluft aufgelöste Kochsalz zurückzuführen.

Verfasser hat also auf Grund dieser Thatsachen eine Anzahl von Fällen in der Weise behandelt, daß er eine Kochsalzlösung bereitete, dieselbe jede Nacht auf die erkrankte Kopfhaut applizierte und sie mit einer 10%igen Borsauresife abwusch, und dies in fünf aufeinanderfolgenden Nächten that. Das Resultat dieser Behandlung war wunderbar. In weniger als vier Wochen war in allen Fällen Heilung erzielt.

C. Berliner-Aachen.

Über Trichophytie der Nägel, von BOYER. (*Journ. de méd. et de chir. prat.* 25. Febr. 1896.) Die Nägel sind in 13% aller Fälle von Trichophytie befallen und erkranken durch Eindringen der Pilze unter die Hornsubstanz beim Kratzen. Oft wird die Affektion mit Ekzem, Psoriasis oder traumatischen Läsionen verwechselt. Die *Onychomycosis trichophytica* erscheint unter drei klinischen Formen. Bei der ersten ist der Nagel in zwei Schichten getrennt, eine oberflächliche, harte, nur wenig verdickte, aus der eigentlichen Nagelsubstanz bestehende und eine tiefere, brüchige, aus einer subungualen Hyperkeratose gebildete, welche lufthaltig ist und mit Hollundermark verglichen wird. Die erstere zeigt die Farbe von altem Elfenbein und führt weisse Längsstreifen. Der Nagel ist oft, statt in der Längsrichtung, quer gekrümmt. Bei der zweiten Form ist der Nagel zum Teil oder vollständig vom Bette losgelöst, welches letzteres hyperkeratotisch verändert ist. Bei der dritten Form ist der Nagel nicht nur nicht verdickt, sondern im Gegenteil verdünnt und außerordentlich fest auf der Unterlage adhärent, so zwar, daß der freie Rand verschwindet. Die Therapie bezweckt den künstlichen Abfall des Nagels, was DUBREUILH mit Pyrogallolsalben erzielt. SABOURAUD hingegen verwendet eine Jod-Jodkaliumlösung (1 : 2 : 1000 Wasser), womit Wattebäuschchen getränkt, die um den Nagel gewickelt werden und mit einem Kautschukfinger festgehalten werden. Unter diesem Verbands hört der Pilzwachstum auf und der Nagel trennt sich zuletzt in zwei quere Schichten, eine vordere kranke und eine hintere frische.

C. Müller-Wallisellen.

Akute Dermatitis, von D. MACGREGOR-Jedburgh. (*Brit. med. Journ.* 23. März 1895.) Die Krankheit begann bei dem 22jährigen Mädchen am 4. Dezember 1894 um die Zeit der Periode mit Jucken an den Oberschenkeln und an den Vorderarmen. Das Jucken wurde in den nächsten Tagen intensiver, insbesondere am linken Oberschenkel. Die Haut derselben war dunkelrot und mit schwach roten Papeln dicht besät. Das Allgemeinbefinden war gut. Am 18. Dezember zeigten sich am Halse und auf der Brust rote Flecken. Die Arme waren bis zum Handgelenk diffus rot, aber ohne Papeln. Nach und nach bedeckte sich der ganze Stamm und die Extremitäten mit dem erythematösen Ausschlage, dem Papeln, Bläschen, schliesslich Desquamation unter Fiebersteigerung und Verdauungsstörungen nachfolgten. Über die Ursache sind keine Angaben gemacht.

C. Berliner-Aachen.

Über Erythema scarlatiniforme, von EMIL SCHWARZ. (*Wien. med. Bl.* 1895. No. 20. *Allg. med. Centr.-Ztg.* 1895. No. 97.) Ein Knabe erkrankte unter Fieber, Halschmerzen, Schnupfen, Conjunctivitis, Bronchialkatarrh; am dritten Tage trat ein

scharlachähnlicher Ausschlag auf. Vom zehnten Tage ab schwindet das Fieber und beginnt bei noch geröteter Haut die bald sehr starke Abschuppung. Am Ende der dritten Krankheitswoche Nephritis mit lebhafter Temperatursteigerung. Verfasser will den Fall nicht als Scharlach auffassen, weil der Knabe vor kurzem (wann? Ref.) Scharlach überstanden, die Beteiligung der Bindehaut und Nasenschleimhaut eine lebhaft war, das Exanthem stellenweise eine papulöse Form zeigte und die Rötung über den Beginn der Desquamation hinaus anhielt. (Überzeugend sind alle diese Momente nicht. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

BÉNARD berichtet (*Annales de la Société d'hydrologie*. 1895) über seine Erfolge mit der Zerstäubung von Mineralwassern in Fällen von Sclerosis und Leukokeratosis linguae. In jeder Sitzung läßt er zwei bis sechs Liter Mineralwasser (deren Wirkung durch ihren schwachen Gehalt an Mineralsalzen erhöht wird) bei einem Drucke von 18—20 Atmosphären auf die Zunge einwirken. In der mitgetheilten Statistik konstatiert man in 100 Fällen 49 Besserungen, während 8 unverändert blieben.

C. Müller-Walksellen.

Über Stomatitis und Vulvitis aphthosa, von Dr. med. OTTO CHRISTLIES. (*Inaug.-Diss.* Würzburg 1895.) Nach eingehender Schilderung des Aussehens, Verlauf, Vorkommens, der Ätiologie, des Ausgangs und der Therapie der Aphthen der Mundschleimhaut und der weiblichen Genitalien beschreibt Verfasser einen selbst beobachteten Fall von Vulvitis aphthosa. Es handelt sich um eine 24jährige Köchin, die mit Geschwüren an den äußeren Genitalien, Schwellung des rechten Unterschenkels (außerdem zeigte derselbe rote Flecken, die auf Druck schmerzhaft waren) in die Klinik aufgenommen wurde. Letzte Kohabitation ca. zwei Monate vor der Aufnahme ins Spital. Nach diesem Coitus geschwollene Drüsen.

Submaxillardrüse fühlbar. Inguinaldrüse etwas geschwollen und schmerzhaft. An beiden Unterschenkeln zahlreiche, dicht stehende, teils rot, teils bläulich gefärbte Efflorescenzen, undeutlich kreisförmig angeordnet, auf Druck schmerzhaft, an stärker befallenen Stellen ist die Haut ödematös. An der Innenseite der großen Labie rechts vier kleine bis erbsengroße, links zwei größere bis fünfpfennigstückgroße Geschwüre mit scharfen Rändern, die etwas unterminiert erscheinen; der Geschwürsgrund zeigt einen grau-gelben Belag. Die große Labie ist stark geschwollen und bei Berührung äußerst schmerzhaft, an der Innenseite der kleinen Labie ebenfalls ein Geschwür mit gewulsteten Rändern, die sich knorpelhaft anfühlen, doch ist der Geschwürsgrund nicht induriert.

An der Gingiva des Unterkiefers unter dem linken unteren ersten Schneidezahn sitzt ein kleines aphthöses Geschwür; außerdem geringe Stomatitis vorhanden. Am unteren Pole der geröteten Uvula sitzen einige kleine Geschwüre mit weißlichem Belag. Keine Plaques. Pharynxschleimhaut normal. Die ausgedehnte Geschwürbildung an der Vulva, die Geschwüre, die geschwollenen Leistendrüsen, das Exanthem und die Geschwüre in der Mundhöhle sprachen sehr für Syphilis, auffallend war jedoch die außerordentliche Schmerzhaftigkeit der Leistendrüsen, der Geschwüre (nur ein einziges zeigt einen indurierten Rand). Außerdem ist das Exanthem kein universelles, sondern nur auf die Unterschenkel beschränkt, Druck auf die Efflorescenzen ist schmerzhaft. So kam man zur Diagnose einer aphthösen Vulvitis.

Karl Ries - Stuttgart.

b. der Cutis.

Über die Behandlung der Rosacea, von HEUSS - Zürich. (*Corresp. f. schweiz. Ärzte*. 1896. No. 2.) In sehr dankenswerter Weise behandelt Verfasser ausführlich

die Therapie dieser für den Patienten in verschiedener Beziehung so unangenehmen Affektion und resumiert am Schlusse den Inhalt seiner Arbeit in folgenden Sätzen:

1. Da die Rosacea kein morbus sui generis, sondern als ein Symptom tiefer liegender Allgemein- oder Lokalerkrankungen aufzufassen ist, so hängt die Prognose in Bezug auf dauernde Heilung von der Möglichkeit der Erkennung und Beseitigung dieser primären Ursachen und begünstigenden Momente ab. Die Behandlung zerfällt demnach in eine kausale (meist allgemeine) und eine symptomatische (mehr lokale).

2. Die kausale Behandlung hat in Betracht zu ziehen: Erkrankungen des Darmkanals, des Urogenitalapparates, von Herz und Lungen, Anämie und Chlorose, Erkrankungen der Nasenrachenhöhle; von äußeren, schädlichen Einflüssen von seiten der Ernährung, Kleidung, Beruf etc. Erst bei Möglichkeit der Beseitigung dieser Momente ist Aussicht auf dauernde Heilung, sei es mit, sei es ohne lokale Behandlung gegeben.

3. Bei der Lokalbehandlung sind, abgesehen von den verschiedenen Intensitätsgraden der Rosacea, eine indolente, mehr bei seborrhoischen Individuen vorkommende, und eine erethische Form zu unterscheiden. Letztere erweist sich besonders hartnäckig.

Noch nicht lange bestehende, nicht hypertrophische Formen gehen gewöhnlich auf eine thermische, medikamentöse Behandlung (heiße Abschreckungen, schwefel-, resorcin- etc. haltige Salben, Pasten, dann medikamentöse Lehmkompressen) zurück. Bei chronischer, nicht mit stärkerer Hypertrophie des Binde- und Drüsengewebes komplizierter Rosacea erzielt die Schälmethode (UNNA und LASSAR) oft wunderbaren Erfolg.

Gefäßektasien, alle stärker hypertrophischen Formen (Rhinophyma) verlangen eine chirurgische Behandlung (Skarifikationen, Excisionen, Dekortikation), vorteilhaft in Verbindung mit einer thermisch-medikamentösen Behandlung. Die medikamentöse Behandlung muß auch nach Schwinden der Symptome noch längere Zeit fortgesetzt werden. Die mechanische (Massage) und elektrolytische Behandlung scheint keine nennenswerten Vorzüge zu bieten.

Ref. möchte in obiger Arbeit noch speziell die Berücksichtigung des Allgemeinzustandes und des Einflusses der Diätetik lebhaft begrüßen, welche besonders von namhaften, um die Dermopathologie so sehr verdienten französischen Autoren (BROOQ, BESNIER etc.) betont worden sind.

C. Müller-Wallisellen.

Bei beginnender Akne hypertrophica verfährt BROOQ in folgender Weise:

1. Verordnung derselben hygienischen Maßnahmen wie bei allen Aknearten, ferner einer geeigneten Nahrung; Beaufsichtigung der Darm- und Uterusfunktionen, Berücksichtigung der Zirkulationsstörungen; Beseitigung schnürender Mieder etc.

2. Untersuchung event. Behandlung der Nasenhöhlen.

3. Anwendung der gewöhnlichen lokalen Hilfsmittel: Waschungen und Umschläge mit warmen Präparaten (Sublimatlösung, Coaltar, Salmiak, Schwefel); Salben aus Schwefel, grüner Seife, Resorcin etc. Lassen diese Methoden alle im Stiche, so nimmt B. Zuflucht zu den sog. chirurgischen und zwar bei Frauen: Skarifikationen mit nachfolgenden Applikationen von Sublimat- oder Salmiaklösungen, wenn die Gewebe nicht zu sehr verdickt sind. Ist aber letzteres der Fall, so wendet B. die Elektrolyse nach seinen verschiedenen Methoden an, der dann in der gleichen Sitzung noch Skarifikationen nachfolgen können, um die Haut möglichst weiß, glatt und schmiegsam zu machen. Bei Männern gestaltet sich die Behandlung für die leichteren Fälle wie bei Frauen. Hat aber die Hypertrophie zu wirklichen Entstellungen geführt, so soll man zuerst tiefe Kauterisationen mit dem feinsten Elektrokauteransatz

machen, in den folgenden Sitzungen dann Elektrolyse und Skarifikationen anwenden. (*Journal des Praticiens*. 1895.) C. Müller-Wallisellen.

In *Presse méd. belge* (1896. No. 5) wird über einen Fall von **Akne hypertrophica** (Pfundnase) berichtet, welche chirurgisch behandelt wurde und ohne Recidiv heilte. Der sehr stark gewucherte Nasenweichteil wurde mit dem Messer gründlich entfernt, die Wundfläche mit dem Thermokauter energisch gebrannt, was nicht nur die Hämorrhagie sistiert, sondern auch eine nachfolgende Zusammenziehung der operierten Fläche durch das Narbengewebe bewirkt. Es ist von größter Wichtigkeit, nach der Operation mehrere Tage lang den Patienten genau zu beobachten, damit beim Abfall der Brandeschorfe keine eventuell tödlichen Blutungen eintreten. C. Müller-Wallisellen.

In einem klinischen Vortrage über die **Komplikationen des Erythema nodosum** bespricht POTAIN die Beziehungen dieser letzteren Affektion unter anderen mit der Tuberkulose. Vortragender führt mehrere Fälle an, wo die Tuberkulose in Form von Meningitis, Lungenphthise, Gelenktuberkulose etc. erst im Verlaufe oder nach Ablauf des Erythema nodosum manifest wurde, wenn sie auch wahrscheinlich im latenten Zustande bereits zuvor bestand. Entwickelt sich das Erythema nodosum auf tuberkulösem oder skrophulösem Boden, so nimmt ersteres einen etwas modifizierten Verlauf, indem die Knoten weniger scharf ausgeprägt sind, eine mehr diffuse Form zeigen und sich die Prognose bedeutend schwerer stellen kann.

Therapeutisch haben sich außer dem salicylsauren Natron bewährt das Ammonium valerianicum, sowie eine kombinierte Jodkalium-Quecksilbermedikation. (*Indépendance méd.*) C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von Hautdiphtherie, von MAX FLESCHE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 43.) Verfasser berichtet über einen Knaben, der wegen einer Brandwunde an Brust, Hals und Gesicht in Behandlung kam. Als dieselbe am Halse bereits mit frischer, zarter Epidermis bedeckt war, küßte die Mutter die eben geheilte Stelle. Tags darauf erkrankte die Mutter und später drei Hausgenossen an Diphtherie. Beim Kinde schwoll die geküßte Stelle an, die Haut verfärbte sich weiß, wurde ödematös, grenzte sich durch einen roten Saum von der Umgebung ab. Die bakteriologische Prüfung ergab typische Diphtherie-Kolonien. Die affizierte Stelle vergrößerte sich nicht und heilte unter Granulationsbildung. Der Hals des Kindes, dem zweimal je 100 Einheiten von Serum injiziert waren, blieb frei. Von Interesse ist es, daß die Diphtherie, an der bereits mit Epithel bedeckten Hautstelle lokalisiert, sich nicht auf die noch granulierenden Teile der Brandwunde ausbreitete, welche unmittelbar angrenzten. Die Inkubationszeit vom Kufs bis zum Sichtbarwerden der Hautveränderung dauerte vom 10. August 11 Uhr vormittags bis zum 13. August morgens früh.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Polymyositis, resp. Dermatomyositis acuta, von RICH. PREIFFER. (*Centrbl. f. Allg. Pathol. und Pathol. Anat.* 1896. No. 3.) Nach einer Zusammenstellung der Litteratur über die Dermatomyositis giebt Verfasser an der Hand derselben ein zusammenfassendes Referat, dabei das vorhandene Material sichtlich. Er kommt zu folgendem Resumé:

1. Die Kombination von Hautschwellung und Muskelentzündung genügt nicht zur Annahme einer Dermatomyositis, vielmehr ist die Entwicklung und das ganze Gepräge des einzelnen Falles zu berücksichtigen.

2. Die Zugehörigkeit zu der Dermatomyositis im Sinne UNVERRICHTS ist in typischen Fällen leicht zu beurteilen, in anderen zur Zeit zweifelhaft.

3. Die Existenz von Abortivformen und chronischen Fällen bedarf noch weiterer Bestätigung.

4. Die wahre Ursache und Ätiologie der Dermatomyositis ist unklar, die Annahme eines infektiösen Agens am wahrscheinlichsten. Keine der aufgestellten Theorien ist genügend gestützt.

5. Eine Förderung unserer Kenntnisse ist nur von einer Vermehrung der Kasuistik sorgfältigster klinischer, bakteriologischer und histologischer Untersuchung zu erwarten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Pathogenese der Elephantiasis congenita, von MONCORVO (Paris, 1895). Im Gegensatz zu der großen Mehrzahl der Autoren, speziell den Paediatrikern, betrachtet M. nicht nur die Affektionen des Lymphgefäß- und Drüsensystems bei den Kindern überhaupt, sondern die Elephantiasis als eine nicht seltene Affektion, indem nach seiner Beobachtung von sämtlichen Fällen dieser Krankheit 18% auf Kinder fallen. In dem vom Verfasser beschriebenen einen Falle, ebenfalls ein kleines Kind betreffend, mußte dessen syphilitische Mutter während ihrer Gravidität verschiedene Traumata über sich ergehen lassen, welche jeweiligen Lymphangitiden verursachten. Da Verfasser im Blute des Kindes (Elephantiasis der rechten unteren Extremität) den Fehleisenischen Streptococcus nachgewiesen hatte, ohne zwar dafü es zu Lymphangitis, Erysipel etc. gekommen war, glaubt er, dafü es sich um eine intrauterine Infektion des Kindes durch die Mutter auf dem plantaren Wege gehandelt habe, wie er dann auch früher schon nachgewiesen hat, dafü Entzündungen des Lymphgefäßsystems häufig durch den Streptococcus des Erysipels (FEHLEISEN) verursacht werden. Die Elephantiasis wird nämlich auch in Ländern beobachtet, wo die *Filaria sanguinis hominis* (WUCHERER, DA SILVA LIMA) nicht vorkommt, so dafü diese jedenfalls nicht mehr als die alleinige Ursache der Affektion betrachtet werden darf.

C. Müller-Wallisellen.

Über die Behandlung des Erysipels mit Orthochlorphenol, von Dr. A. MATWEJEW. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 22.) Die ersten Versuche mit diesem Mittel bei Erysipel führte TOCHUSLOW aus, indem er an 25 Patienten eine Orthochlorphenolsalbe (1–3%) anwandte und sehr gute Resultate erzielte. M. hat das Mittel als 2% Vaselinsalbe an 7 Erysipelatösen mit nicht besseren Resultaten, als bei anderen Mitteln angewandt.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Außer bei exsudativer Pleuritis, Peritonitis und Lungentuberkulose hat MARGLIANO auch beim Erysipel Aufpinselungen von Guajakol (mit Oleum α) in der Dosis von zehn Tropfen angewendet und zwar mit bestem Erfolge, indem dabei starker Temperaturabfall, Einschränkung der Ausbreitung und Abkürzung der Krankheitsdauer beobachtet wurde. M. ist überzeugt, dafü es sich dabei um eine Wirkung des Guajakols auf das Zellprotoplasma handelt, und hält er es für besonders wirksam gegen die pyogenen Agentien (Streptokokken und Staphylokokken). Eliminiert wird das Guajakol nicht durch die Expirationsluft, sondern durch den Speichel in Form von ätherischen Kombinationen. (*Rif. med.* 1896. No. 3.)

C. Müller-Wallisellen.

GONIN berichtet über den günstigen Verlauf eines Gesichtserysipels, das mit Antistreptokokken-Serum nach MARMOREK behandelt wurde. (*Lyon méd.* 1896. No. 8.)

C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von Erysipelas neonatorum behandelt mit Antistreptokokken-Serum, von E. STEELE-Plaistow. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1895.) Das drei Wochen alte Kind zeigte am 4. Oktober 1895 eine dunkle Röte, die sich vom Nabel abwärts über die Regio hypogastrica und iliaca, das Gesäß und den oberen Teil der Oberschenkel ausbreitete. Die Röte ergriff auch das Glied und das Scrotum, welches sehr stark geschwollen war. Der Nabel war noch nicht abgeheilt. Das Kind war sehr

krank und wies die Brust zurück. Die Temperatur war 102° F., Puls 150. Verfasser gab eine Einspritzung von 6 ccm von RUFFERS und ROBERTSONS Antistreptokokken-Serum zwischen den Schultern. Am 5. Oktober war die Temperatur 101,2° F. Das Kind nahm die Brust und sah besser aus. Die Röthe hatte sich nicht weiter ausgebreitet, hat ihren scharf abgegrenzten Rand verloren; die Haut war nicht mehr so gespannt. Das Scrotum war jedoch noch mehr angeschwollen. Eine zweite gleich starke Injektion wurde gegeben. Am 6. Oktober war die Röthe verschwunden. Die Temperatur war 100° F. und das Allgemeinbefinden des Kindes weit besser. Am 8. Oktober befand sich das Kind wohl. Jedoch zeigte sich eine frische rothe Stelle am linken Oberschenkel ohne Temperatursteigerung. Eine weitere Injektion von 5 ccm Serum wurde gegeben. Am 13. Oktober ist alles bis auf eine ganz geringe Schwellung des Scrotums verschwunden.

C. Berliner - Aachen.

In seinen vergleichenden Untersuchungen zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden des Erysipels und der Serotherapie bei dieser Affektion kommt BOLOGNESI zum Schlusse, daß der Prozentsatz der Todesfälle sowohl bei ersteren, als bei letzterer derselbe sei, wenn man die Schwere der Fälle in Berücksichtigung ziehen wolle. CHANTEMESSE hatte nämlich, in einer Statistik, zu Gunsten der Serotherapie andere Verhältnisse gefunden. Will man sichere Angaben über die Wirksamkeit der Serumtherapie gewinnen, so sollen dazu ausschließlichschwere, cyklische Fälle ausgewählt werden. Vorläufig empfiehlt B. folgende Behandlungsweise des Erysipels: für abgeschwächte Fälle rein lokale Therapie, am besten Ichthyol; für akute Fälle Iohthyolkollodium; für schwere Fälle die Balneotherapie (kalte Bäder) mit oder ohne lokale Behandlung. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 12.)

C. Müller - Wallisellen.

Ein Fall von Heilung der Sykosis, von Prof. KOSHEWNIKOW. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 21.) Der Fall ist ein ganz aufsergewöhnlicher, und wir würden denselben als Humbug betrachten, wenn nicht die Autorität des bekannten Neuro-pathologen Prof. KOSHEWNIKOW dafür einstände.

Es handelte sich hier um einen 30jährigen Herrn mit Sykosis barbae. Die Diagnose wurde von vielen europäischen Größen bestätigt (SCHWIMMER, KAPOSI, LASSAB), doch trotzte diese Hauterkrankung jeder Medikation. Schließlichsch kehrte Patient ganz verzweifelt nach Moskau zurück; die Sykosis war so vorgeschritten, daß er sich nicht mehr in Gesellschaft zeigen konnte. In Moskau riet man ihm, sich an eine alte Frau zu wenden, die im Rufe stand, viele Krankheiten heilen zu können. Dieselbe behauptete, daß er binnen kurzer Zeit von seinem Leiden befreit werden könne, und zwar durch ein Gebet; er ging zur Kirche, dort stellte sich die Frau neben ihn hin und betete vier Minuten lang, am anderen Tage wiederholte sie die Procedur — und in der That trat bald Heilung ein; die Eiterung liefs nach, die Hautinfiltration verschwand, statt dessen trat eine starke Schuppung auf. KOSHEWNIKOW sah den Patienten wieder und konnte eine völlige Heilung konstatieren. Verfasser sucht eine Erklärung für diese Kur zu geben; da der Patient sehr nervös war, so et anzunehmen, daß das Hautleiden auf nervöser (!) Grundlage entstand, und daß die betreffende Frau, indem sie ihm kategorisch erklärte, er würde in kurzem von seinem Leiden befreit werden, gleichsam Suggestion übte.

Prof. KOSHEWNIKOW weist darauf hin, daß man bei der Behandlung der Sykosis in Zukunft auf den Zustand des Nervensystems mehr Rücksicht nehmen müsse, eventuell müßten Nervina zur Anwendung kommen. (Nach dem Bericht des „Russischen Blattes“ ist Patient kürzlich wieder von derselben Krankheit befallen mit derselben Intensität wie früher. Ref.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

FABRE beschreibt (*Ann. de la Polyclin. de Bordeaux*. 1896. No. 30) einen Fall von **Lichen ruber verrucosus** bei einer 69jährigen Patientin. Diese ziemlich seltene Affektion, von der im ganzen nur wenige Fälle publiziert sind, wurde unter anderen von GEBERT seinerseits (*Derm. Zeitschr.* 1898—94) in klinischer und histologischer Beziehung näher beschrieben. Im vorliegenden Falle bedeckten die warzenähnlichen, zunächst glänzendroten, später violett und livid werdenden Effloreszenzen nicht nur die Unterschenkel, sondern auch die Oberschenkel und Arme. Außerdem bestand ein seborrhoisches Ekzem des Kopfes, Gesichtes und Halses. Wenn diese Effloreszenzen makroskopisch mit den gewöhnlichen Warzen große Ähnlichkeit haben, ist dies in histologischer Beziehung keineswegs der Fall, indem nur das Derma, keineswegs aber die Epidermis verändert ist. In ersterem findet man zwei Arten von Zellen: runde, welche stets vorhanden sind und kleine Inselchen bilden, und spindel-förmige, den Sarkomzellen ähnliche, welche, in Streifen angeordnet, die ganze Länge der Papillen durchziehen; zwischen diesen Streifen sind die stets vorhandenen runden Zellen eingelagert. Kleinzellige Infiltration um die Knäueldrüsen und ihre Ausführungsgänge.

C. Müller-Wallisellen.

Über den gegenwärtigen Stand der Erkenntnis des Schankergiftes, von M. v. ZEISSL. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 2 u. 3.) Nach einer Übersicht über die den DUCREY-KREFTING-UNNASchen Schankerbacillus betreffenden Arbeiten berichtet der Verfasser die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen an 18 Schankern, 11 Impfschankern erster und zweiter Generation und zwei verdächtigen Erosionen am Penis. Auf Grund derselben kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß der DUCREY-KREFTINGSche Bacillus mit dem UNNASchen identisch und als der wahre Urheber des Ulcus molle anzusehen ist, trotzdem es noch nicht gelungen ist, Reinkulturen zu erzielen. Für die Spezifität spricht: 1. die Konstanz des Befundes; 2. der ausschließliche Befund der Bacillen bei Impfschankern späterer Generationen; 3. die Lagerung in Leukocyten; 4. der Nachweis in Schankerbubonen; 5. das Fehlen bei ähnlichen Geschwürsprozessen. Wenn der Bacillus bei Impfschankern manchmal vermisst wird, so ist dieser negative Befund nicht maßgebend. Man sollte als Schanker nur Geschwüre bezeichnen, bei denen der DUCREY-KREFTINGSche Bacillus nachweisbar ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Mikroorganismen des Ulcus molle, von ARTHUR JORDAN. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 1.) Der Diplobacillus DUCREY wurde in 34 frischen Fällen von Ulcus molle stets, bald reichlich, bald spärlich gefunden. Bei Behandlung mit desinfizierenden Pulvern gelang der Nachweis bereits am zweiten Tage nur sehr schwer. Der Bacillus fehlte im Sekret von syphilitischen Papeln, von Sklerosen und im Inhalte von Aknepusteln, wurde jedoch unter sechs Fällen von Exulcerationen des Präputiums, welche klinisch nicht den Eindruck von Ulcera mollia machten, viermal nachgewiesen. Diese vier Fälle werden demnach als weiche Geschwüre betrachtet, in welchen sich infolge vorausgegangener Behandlung oder wegen des frühen Stadiums der Erkrankung die Bacillen noch nicht in dem Maße entwickeln konnten, daß sie das typische Bild des Ulcus molle erzeugten. Die Identität des Diplobacillus mit dem Streptobacillus UNNA ist wahrscheinlich. In zwei typischen Fällen, in welchen auch der Nachweis des spezifischen Mikroorganismus gelang, entwickelte sich eine Initialsklerose. Für die praktisch bedeutungsvollste Frage, ob ein weiches Geschwür weich bleibt oder in einen harten Schanker übergeht, ist demnach der bakteriologische Befund wertlos, wie dies auch aus den Beobachtungen von KREFTING hervorgeht.

H. Einhorn-München.

Fall von Ulcus molle der Urethral-schleimhaut, berichtet von G. K. SWINBURNE vor der Section on Genito-Urinary Surgery der New York Academy of Medicine.

(*Amer. med.-surg. bull.* 1. Dezember 1895.) Nach siebentägiger Inkubationsdauer eiteriger, nicht gonokokkenhaltiger Ausfluss aus der Urethra. Die endoskopische Untersuchung ergiebt ein Ulcus in der Fossa navicularis, das sich 2 cm nach hinten erstreckt, KREFTING-DUCREYSche Bacillen und Staphylokokken. Die Inokulation des Sekrets auf der Bauchhaut des Patienten erzeugt nach 48 Stunden typische Pusteln, Bacillen und Kokken in ungefähr gleicher Anzahl enthaltend. Nach einer zweiten Impfung überwiegen die Kokken, und die dritte Generation zeigt eine Reinkultur von Kokken. S. glaubt, dass durch die im Beginne der Behandlung angewandten Permanganatlösungen die Virulenz der DUCREYSchen Bacillen abgeschwächt, während die Mikrokokken durch dieselben nicht beeinflusst wurden. — Ätzung der nach innen gelegenen Teile des Geschwürs mit Solutio Argentum nitricum (2,4:30), der nach außen gelegenen mit Acidum nitricum. — Heilung nach zehn Tagen. *H. Einhorn-München.*

Zur Behandlung des Ulcus molle, von A. LANZ. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 2.) Verfasser macht darauf aufmerksam, dass der weiche Schanker sehr rasch geheilt werden könne durch Jodkalium. Die Heilung der Geschwüre geht bei dieser Behandlung sehr rasch vor sich, selbst dort, wo lokal nur indifferente Mittel angewandt werden, wie Acidum boricum. Autor hat nur die Fälle im Auge, die die charakteristischen Zeichen des Ulcus molle darbieten; in Fällen, wo weder Jodoform, noch Kauterisation mit Acidum carbolicum liquefactum Heilung erzielte, trat sie rasch nach Jodkaliumgebrauch ein.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Einige Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Ulcus molle, von G. GRINZOW. (*Med. Beilagen z. Marinejourn.* Mai 1895.) Autor löffelte bei 50 Patienten, darunter 16, die an Ulcus phagadaenicum kranken, das Geschwür aus, wodurch dasselbe der gewöhnlichen Wundbehandlung zugänglich werde. In 7—40 Tagen trat Heilung ein. G. betont, dass der Löffel nicht zu energisch geführt werden dürfe, dass die unterminierten Ränder mit der Schere entfernt, und dass dicht bei einander liegende Geschwüre zu einer Wunde vereint werden müssen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Betrachtungen über die endemische Beule der heißen Länder, speziell in Bahia, von A. DE SOUZA. (Dissert. Bahia 1895.) In seiner sehr ausführlichen Arbeit giebt Verfasser zunächst eine geographische Übersicht der Gegenden, wo diese Affektion beobachtet wurde, welche je nach ihrem Vorkommen verschiedene Namen führt, unter denen die bekanntesten sind: Biskra-, Aleppo-, Orient-, Dehlieule oder -Furunkel. Die Identität aller dieser in Asien, Afrika, Südamerika, Europa (Krim, Tartarei, Eupatoria Kandia, bei den Zingaren etc.) auftretenden Krankheiten ist zweifellos. Nach Bahia und einzelnen anderen Regionen Brasiliens ist die Affektion ebenfalls verschleppt worden. Verfasser giebt dann eine genaue Beschreibung des klinischen Bildes unter seinen verschiedenen Formen und ausführliche therapeutische Angaben. Ätiologisch wurde die Krankheit mit dem Genuße gewisser Wasser in Verbindung gebracht, was aber in dem Sinne, wie es ältere Autoren verstanden, nicht richtig ist. In einzelnen Gegenden scheinen die Jahreszeiten einen Einfluss auf das Auftreten der Krankheit auszuüben, der aber mit den verschiedenen Ländern variiert. Rasse, Geschlecht, Alter, Heredität spielen eine untergeordnete Rolle. Unter den zahlreichen Parasiten, welche bei der Affektion vorgefunden wurden, scheinen dem von DUCLAUX entdeckten und gezüchteten Mikrooccus, welcher mit dem von DEPERET und BOINET beschriebenen identisch ist, wirklich spezifische Eigenschaften zuzukommen. Auch histologisch hat Verfasser die Affektion einlässlich beschrieben.

C. Müller-Wallisellen.

GUILLEMOT teilt die Krankengeschichte eines 22jährigen Mannes mit, bei welchem eine Aktinomykose der linken Wange konstatiert wurde (*Lyon. med.* 1896. No. 4).

Der Mann, der sich niemals mit Tieren abgegeben oder Landwirtschaft getrieben hatte, verletzte sich an der Wange mit einem Stücke Holz, von dem ein Splitter in der Wunde zurückblieb. Zwei Monate nachher trat an der Stelle der früheren Verletzung eine Entzündung der Haut von der Größe eines Pfirsichsteines auf, mit kollateralen, auf den Unterkiefer übergelenden Erscheinungen. Im Eiter wurden die charakteristischen Aktinomycespilze nachgewiesen. Außerdem bestand bereits zwei Jahre lang rechts am Halse ein seither stationär gebliebener, haselnußgroßer Knoten, der dem Patienten weiter keine Beschwerden verursachte, bis er sich infolge Reibung am Kragen ebenfalls entzündete. Bei der Incision konstatierte man große Mengen gelber Massen, welche Verfasser, obschon keine Pilze nachgewiesen werden konnten, ebenfalls als aktinomykotische Produkte auffaßt, die wahrscheinlich zur Entstehung der Affektion an der linken Wange den Anlaß gegeben haben. Jodkalium wirkte in diesem Falle sehr gut auf die ziemlich beträchtlichen Schmerzen, welche letztere verursachte.

C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von Rhinoskleroma, von K. MORELLI. (*Verhandl. d. Vereins d. Spitalärzte in Budapest*. 1894.) Die 31jährige ledige Kranke giebt an, daß vor sieben Jahren der Rand des linken Nasenloches und der linke Nasenflügel sich allmählich verdickte, Die Stellen entfernte ein Arzt mit einer Schere und ätzte sie mit *Argentum nitricum*, aber ohne Resultat, indem nach kurzer Zeit die Geschwulst recidivierte und auf den rechten Nasenflügel sich verbreitete. Zur Zeit sind ähnliche Veränderungen in der Mundhöhle und Kehlkopf, auf den hinteren Gaumenbögen, so auch auf dem Palatum molle als sich emporwölbende, höckerige, hart sich anfühlende Infiltrate. Sowohl die mikroskopische, als auch die kulturelle Untersuchung bestätigte die Diagnose. Im Blute der Kranken konnten die Rhinosklerom-(Kapseln)Bacillen weder mikroskopisch, noch kulturell nachgewiesen werden. M. konstatiert noch, daß diese Erkrankung in Ungarn eine seltene ist, bis jetzt sind ihm bloß vier Fälle bekannt.

A. Aschner-Budapest.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über das Selbstkatheterisieren der Patienten, von MARC. (*Zeitschr. f. Krankenhpf.* Mai 1895.) Verfasser hält die skrupulöseste Reinlichkeit der Instrumente im ganzen für genügend, um bei Patienten, die sich selbst katheterisieren müssen, die Infektion zu verhüten: Der Patient wäscht sich sorgsam mit Seife und lauwarmer Wasser, gießt 5%ige Karbollösung oder 1%ige Sublimatlösung durch den Katheter, spült mit warmem oder kaltem Wasser nach, trocknet ihn mit einem ganz reinen Tuch oder Sublimatgaze und fettet ihn mit reiner Vaseline, die in Zinntuben gehalten wird, ein ohne Zusatz von Desinficientien. Nach dem Gebrauche wird der Katheter in einer Waschschißel mit Seife und lauwarmem Wasser gereinigt, mit reinem kaltem Wasser und dann wieder mit Karbol- oder Sublimatlösung abgespült und in einem reinen Tuche oder Sublimatgaze aufbewahrt. Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Erkrankungen der Blase des Weibes spricht KOLISCHER im Wiener medizinischen Dokorenkollegium, Sitzung vom 2. Dezember 1895. (*Wien. klin. Rundschau*. 1895. No. 49.) Die cystoskopische Untersuchung muß zu einer Änderung in der Nomenklatur führen. So sind bei manchen Leiden, die klinisch als Cystitis bezeichnet werden, gar keine Entzündungsercheinungen zu finden. Eine Urethritis, ein Desquamativkatarrh, wie er weibliche Genitalleiden begleiten kann, täuscht eine Cystitis vor. Bei parametralen Exsudaten findet man ein „bullöses Ödem“ der Blasen-schleimhaut, ebenso bei Pyosalpinx. Auch Verlagerungen der Blasenwand imponieren

als Cystitis. Eine chronische und akute Cystitis zu scheiden, hält Verfasser nicht für ersprieflich, wohl aber eine oberflächliche und eine mit tieferen Veränderungen einhergehende. Die blennorrhische Cystitis führt zu Geschwüren am Orificium internum, bei Vernachlässigung zu Pericystitis. Die Geschwüre bedürfen zuweilen zur Heilung der Auskratzung unter Leitung des Cystoskops. Dieses muß unter Umständen auch bei entzündlichen Zuständen angewendet werden; vor Kokainanwendung ist wegen der leichten Resorbierbarkeit bei vorhandenen Geschwüren zu warnen. Eine puerperale Cystitis kommt auch ohne Katheterismus vor. Blut im Urin stammt oft von Geschwüren oder gewucherten Papillen bei chronischer Cystitis. Der Thermo-kauter stillt dann die Blutung am sichersten.

Über die Pubertät hinaus bestehende Cystitis führt zu einem Verwischen der scharfen Grenzen zwischen Orificium internum und Blasenschleimhaut. Das Blasenepithel bildet zungenförmige Fortsätze in das Epithel des Orificiums hinein. Durch Ätzung dieser Fortsätze wurde dreimal Heilung der Enuresis erzielt.

Die Auswaschung des Nierenbeckens nach Sondierung des Ureters mittelst cystoskopischer Beleuchtung gelingt nicht, wohl aber Instillation ins Nierenbecken, die aber die Eitermenge wenig beeinflusst.

Die Tumoren der weiblichen Blase sind selten operabel.

Verfasser demonstriert zum Schluß sein Cystoskop, mittelst dessen sich kleinere Eingriffe ausführen lassen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der Enuresis nocturna, von J. STUMPF-Werneck: (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 24.) Die therapeutischen Vorschläge des Verfassers berücksichtigen hauptsächlich das mechanische Moment. Er glaubt: der Urin könnte bei der üblichen Hochlagerung des Oberkörpers der betreffenden Kinder ausschließlich nach dem Gesetze der Schwere die Harnröhre passieren; freilich infolge einer allzugroßen nächtlichen Erschlaffung der durch Erziehung zu wenig geübten oder durch anderweitige pathologische Umstände beeinträchtigten Blasenmuskulatur.

Nach dieser Voraussetzung müßte sich durch Tieflagerung des Kopfes und Rumpfes und eine Hochlagerung der Beine und etwa noch des kleinen Beckens der Schwerpunkt des Harnquantums mehr gegen den Fundus vesicae verlegen, wodurch eine Bespülung des Orificium urethrae vesicae mit Urin, dessen Eintritt in die Harnröhre und die hierdurch auszulösende Reflexwirkung die Enuresis beseitigen lassen.

Dementsprechend liefs STUMPF die Kinder mit dem Oberkörper ganz eben legen, unter den Kopf nur ein dünnes kleines Kissen bringen, durch Kopfpolster die Beine höher stellen, so daß sie mit der horizontalen Wirbelsäule einen Winkel von 130—150° bilden.

Der Erfolg sei bei 12 Kranken (11 Kindern und einem 34jährigen Manne) ein überraschend günstiger gewesen; das Bettnässen blieb von der ersten Nacht ab aus, um nicht wiederzukehren.

Neuhaus-München.

Blasenruptur, von G. Fox-Sydney. (*Brit. med. Journ.* 14. September 1895.) Ein 18jähriger Bursche ritt über einen rauhen, holprigen Weg, wobei sein Pferd stolperte und mit ihm hinstürzte. Bald bemerkte er, daß seine Hand sich mit Blut und Urin tränkte, und daß er einer Ohnmacht nahe war. Bei der ersten Besichtigung des Patienten fand Verfasser in der linken Weiche eine große blutunterlaufene Stelle, die sich nach der Innenseite des Oberschenkels hinab erstreckte. Auch in der rechten Weiche war eine solche Sugillation, wenn auch nicht in demselben Umfange wie links, zu sehen. Blutaustritt in das Scrotum oder Perineum wurde nicht bemerkt.

Die nähere Untersuchung stellte eine extraperitoneale Ruptur der Blase fest. Der Riß befand sich in der vorderen Wand der Blase, war 1½ Zoll lang. Das untere Ende erreichte fast den Blasenhal. Hier war auch die Quelle der beträchtlichen, hauptsächlich venösen Blutung. Der Plexus prostaticus war fast vollständig quer durchrissen. Die Operation wurde, weil der Patient sich sehr schwach fühlte, auf den nächsten Tag verschoben und dann glücklich zu Ende geführt. Aber es stellten sich einige Stunden später urämische Erscheinungen ein, unter denen der Patient starb. Verfasser glaubt, daß diesem unglücklichen Ausgange hätte vorgebeugt werden können, wenn die Operation, Vernähen des Blasenrisses, einen Tag früher vorgenommen worden wäre.

C. Berliner-Aachen.

Kasnistische Beiträge zur Diagnose der Blasenruptur, von S. KOFMANN. (*Allg. med. Centralsty.* 1895. No. 48 u. 49.) Ein Betrunkener stürzt hin, verspürt starke Schmerzen im Unterleibe und starken Harndrang, ohne urinieren zu können. Der Katheter entleert ein wenig blutigen Urin. Die Subumbilicalgegend ist gedämpft, die Dämpfung ändert sich beim Lagewechsel. Es wird Blasenruptur diagnostiziert und Laparotomie gemacht. Das Cavum Retzii ist durchtränkt mit sauer reagierender Flüssigkeit. Die Rupturstelle wird nicht gefunden, es bleibt auch trotz Eröffnung der Peritonealhöhle unentschieden, ob sie intra- oder extraperitoneal liegt. Bei einer zweiten Operation erst wird nach Ablösung der Recti die Rupturstelle gefunden und durch Naht geschlossen. Nach langem Krankenlager tritt Genesung ein. Diese Krankengeschichte giebt Verfasser Veranlassung, die Symptomatologie der Blasenruptur zu besprechen. Die Schmerzen, die Harnverhaltung, die „blutige Anurie“, die Dämpfung sind für die Diagnose wichtig, jedoch können die schwereren Anfangsercheinungen im Beginne fehlen, da die Ruptur nur eine partielle ist, und plötzlich kann der Exitus letalis eintreten. Einen festen Anhalt dafür, ob der Riß intra- oder extraperitoneal liegt, hat man nicht, da die Dämpfung auch täuschen kann. Die Rißstelle wird besonders da oft schwer gefunden, wo sie hinter der Symphyse liegt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Kasuistik der intraperitonealen Blasenruptur, von A. LENZ. (*Centralbl. f. Chir.* 1895. No. 48.) Ein Trinker erwacht nach einem bis zur Bewusstlosigkeit fortgesetzten Excefs in baccho nachts mit heftigen Schmerzen; die Erscheinungen und der Katheterismus führen zur Diagnose einer intraperitonealen Blasenruptur. Laparotomie, Naht des zwei Zoll langen Blasenrisses, Placierung von Jodoformgaze in die Excavatio recto-vesicalis als Diaphragma zwischen Därme und Blase; Naht der Bauchwunde mit Ausnahme des unteren Wundwinkels; spontane Entleerung des Urins, Opium. Der Kranke genas.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cystitis crouposa mit saurem Harn, von RUDOLF SAHOR. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 44.) Bei einer 58jährigen Patientin wurde eine Tuboovarialcyste durch Laparotomie bloßgelegt; es findet sich daneben noch ein primäres Tubercinom und Nekrose der Cystenwand, so daß die supravaginale Uterusexstirpation ausgeführt wäre. Am vierten Tage post operationem tritt eine fieberhafte Blasenentzündung auf, die zur Entleerung mehrerer Membranen mit dem eiterhaltigen Urin führt. Dieser bleibt dabei stets sauer. Die Membranbildung dauerte eine Woche. Die bakteriologische Prüfung ergab stets Bacterium coli in Reinkultur, das also wahrscheinlich die Ursache war. Die Membranen bestanden aus einem Fibrinnetz und Ritzzellen. Von sonstigen croupösen Entzündungen der Harnwege sah Verfasser nur einen Fall von Cystopyelitis crouposa mit croupöser Urethritis bei einem zwei Jahre alten Knaben. In diesem Falle wurde nur Streptococcus pyogenes gefunden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Cystitis, verursacht durch die Zufuhr von Alkalien in großer Dosis, von MATHIEU. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 7.) Die Alkalien, welche bei Magenleiden so gute Dienste leisten, sind in hohen Dosen nach MATHIEU nicht ohne Schaden. Er macht darauf aufmerksam, daß er nach Verwendung des Vichywassers, des Natrium bicarbonicum, der Magnesia besonders Blasenhalreizungen, Schmerzen am Ende des Urinierens, Hämaturie, Blasenschmerzen beobachtet habe. Diese Zufälle seien geschwunden, als er die Behandlung mit Alkalien wegließ.

Neuhaus-München.

Über eine Komplikation der Cystitis junger Männer, von F. KORNFIELD. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 51.) Bei der Blennorrhoe kommen Fälle von subakuter oder chronischer Cystitis, resp. Urethritis posterior vor, bei denen der Urin auffallend hell, diluirt, durch Eiter gleichmäßig getrübt erscheint, wie bei der Pyelitis. Diese Fälle widerstehen allen Heilbestrebungen. Verfasser fand nun, daß in diesen Fällen die Blase sich nicht beim Urinieren vollkommen entleert, eine erhebliche Menge Residualharn zurückbleibt, trotzdem es sich um junge Leute handelt. Dieser Residualharn ist ein Hindernis für die Heilung, und es muß deshalb auf diesen Punkt geachtet werden. Außerdem weist der Verfasser noch hin auf andere bei der akuten blennorrhoeischen Cystitis vorkommende Komplikationen, so die komplette Harnretention, die Inkontinenz; beide Zustände sind nur vorübergehend. Die post-blennorrhoeische Blasenparese ist wohl äußerst selten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

LOUMBEAU beobachtete bei einer 47jährigen Frau, welche eine schwere, wahrscheinlich blennorrhoeische Cystitis durchgemacht hatte, mit Hilfe der Endoskopie eine **gewaltige kreuzförmige Narbe**, welche einen großen Teil der Blasenschleimhaut umfaßte. Am Kreuzungspunkte derselben befand sich ein Geschwür, das trotz der sorgfältigsten Behandlung nur äußerst langsam heilte. Außer der Cystitis bestand eine ausgedehnte, sehr schmerzhaft Pericystitis. (*Progrès méd.* 1895. No. 35.)

C. Müller-Wallisellen.

Als falsche Cystitis ist nach GUEPIN (*Gas. méd. de Paris.* 1895. No. 29) diejenige aufzufassen, bei welcher zwar die drei pathognomischen Symptome der Pokiurie, der Schmerzhaftigkeit beim Urinieren und der Pyurie vereinigt angetroffen werden, bei der aber die Blase keine Veränderungen zeigt. Diese Art der Cystitis kommt vor bei Affektionen der Nieren, Nierenbecken, Ureteren (Harnsteine), bei Urethritis posterior, bei Krankheiten der Prostata und der Umgebung der Blase (Pericystitis, Salpingitis etc.). Sie wurde öfters verwechselt unter der Bezeichnung von Blasen neuralgie, Spasmus des Blasenhalases, irritable bladder, Contractio vesicae etc., welche Affektionen, wenn überhaupt vorkommend, doch äußerst selten sind. Bei der Diagnose müssen die Befunde der Cystoskopie und der Verlauf der Affektion berücksichtigt werden. Die Diagnose von Cystitis vera kann nur dann gestellt werden, wenn alle Gründe zur Annahme einer falschen Cystitis ausgeschlossen werden können. Die Behandlung richtet sich selbstverständlich nach den ursächlichen Momenten und vor allem — nil nocere!

C. Müller-Wallisellen.

Über die innerliche Anwendung des Kantharidins bei cystischen Beschwerden, von A. FREUDENBERG. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895.) Die Kanthariden wurden früher viel intern, auch gegen Blasenleiden, verwendet, jedoch ist das fast gar nicht bekannt gewesen. Verfasser hat in dieser Richtung wieder Versuche angestellt und dabei das Kantharidin (MERCK) nach folgender Formel verschrieben:

Cantharidin (MERCK)	0,001 (mg I)
Alkohol	1,0
Aq. dest.	ad 100,0

Dann werden 3—4 Theelöffel täglich genommen, am besten in Wasser verdünnt. Wo nicht schon in 3—4 Tagen eine eklatante Besserung der Blasenbeschwerden eintritt, ist der Fortgebrauch des Mittels nutzlos. 56 Fälle mit cystitischen Beschwerden, 14 akute, 31 subakute, 10 chronische hat Verfasser mit Kantharidin behandelt; nur bei fünf Fällen blieb der Erfolg negativ. Einer von diesen heilte später unter lokaler Behandlung, vier widerstanden jeder Therapie. In 19 Fällen war die Wirkung eine mälsige oder fragliche. Die übrigen 32 Fälle wurden durch Kantharidin zur Heilung gebracht, so daß das Mittel bei Cystitis, auch bei der blennorrhöischen Cystitis colli, nur zu empfehlen ist. Der Drang, die Trübung schwindet. Dreimal erwies sich das Mittel bei blennorrhöischer Cystitis dem Oleum Santali überlegen, welches Verfasser sonst für das beste Mittel in solchen Fällen hält. Das Kantharidin verdient auch den Vorzug wegen der Geschmacklosigkeit und der fehlenden Nebenwirkungen; vor allem wurde Albuminurie nie beobachtet. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Diagnose und Behandlung der Blasentumoren, von FENWICK. (*Brit med. assoc.; Presse méd. belge.* 1895. No. 4.) Verfasser weist auf die Schwierigkeiten hin, welche zuweilen bei der Differentialdiagnose zwischen Blasentumoren und Blasenstein bestehen, da gewisse pedikulierte und obstruierende Papillome die Symptome der Lithiase vortäuschen können. Er warnt ernstlich davor, in Fällen von Papillom (obstruierende und nicht obstruierende) die Patienten zu sondieren. Ist die Indikation einer Operation gestellt worden, so läßt man letztere am vorteilhaftesten gleich auf die Untersuchung (eventuell Cystoskopie) folgen, da die Erfahrung gezeigt hat, daß dann die Resultate am günstigsten ausfallen. Gestielte Papillome sind häufiger beim Weibe, als beim Manne, und können die ersteren nicht selten per vias naturales exstirpiert werden. Die durch die Operation geschaffene Hämorrhagie muß sofort gestillt werden und zwar entweder mittelst Naht, wobei man die Fadendenen aus der Blase heraushängen läßt, oder mittelst Thermokanter, der durch eine KATHETERische Röhre eingeführt wird.

Maligne Tumoren, wenn sie langsam wachsen und vereinzelt stehen, können exstirpiert werden, nur muß ihre Implantationsstelle sorgfältig mit entfernt werden. Maligne Geschwülste, die im Trigeminus gelegen oder multipel vorhanden sind, bilden eine Kontraindikation zur Operation (Exstirpation). *C. Müller-Wallisellen.*

LOUVEAU berichtet über einen Fall von **Papillom der Blase**, welcher mit Hilfe der Cystoskopie diagnostiziert und durch Sectio suprapubica vesicae entfernt wurde. (*Ann. policl. Bord.* 1895. No. 28.) *C. Müller-Wallisellen.*

In der Société des Sciences médicales de Lyon berichtete ADENOT über einen Fall von **Oarcinoma vesicae urinariae**, das auf Blasenhal und Corpora cavernosa übergegangen war, durch Cystotomia suprapubica operiert wurde, aber zu Metastasen in den Lungen und in der Leber mit letalem Ausgange führte.

ROGER über: 1. einen Fall von Otitis media syphilitica;

2. einen Fall von Epithelioma amygdalae bei einem Syphilitiker. (*Lyon. méd.* 1895. No. 39.) *C. Müller-Wallisellen.*

Polypöses Sarkom der Blase bei einem zehnjährigen Knaben. Sectio alta. Exstirpation. Heilung, von ADOLF KLEIN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 27.) Den spärlichen, in der Litteratur niedergelegten Fällen von polypösem Blasenarkom bei jugendlichen Individuen reiht Verfasser einen neuen an. Bei einem 10jährigen Knaben, der nach einem Fall heftige Blasenblutungen mit schweren Folgeerscheinungen bekam, erkannte der Verfasser mittelst der Steinsonde das Vorhandensein einer Neubildung. Bei der Sectio alta fand sich im Fundus ein gestielter, nußgroßer Tumor, der mit der Hohlsehne abgetragen wurde; der Stielrest wurde unter partieller

Resektion der Blasenschleimhaut herausgeschnitten. Blasennaht. Heilung. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein Sarkom handelte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Periphere Versteinerung einer Zottengeschwulst der Blase, von NICAIER. (*Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 9.) Es handelt sich hier nicht um die kalkige interstitielle Umwandlung einer Geschwulst, wie man sie manchmal bei alten Uterusfibromen trifft, sondern um die Ablagerung von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk rings um die Verästelungen einer zottigen Blasengeschwulst. Etwas Analoges beobachtet man, wenn unter dem Einflusse einer Versteinerung bewirkenden Ursache hin rings um die Fäden von Moos Ablagerungen sich bilden, es entsteht dann eine Geschwulst von schwammigem Aussehen. Die Kalkablagerung ergriff die Basis der Zottengeschwulst von dem Punkte an, von welchem aus sie mit der Schleimhaut zusammenhing, aber sie umfaßte nur das Zentrum der Geschwulst. Aus ihrer Oberfläche und aus kalkigen Kanälen sah man die Verästelungen heraustreten. Diese Kanäle haben sich durch die Ablagerung von Phosphaten rings um die untere Partie dieser Verästelungen gebildet. Zu gleicher Zeit umgaben andere zottige Büschel die kalkige Geschwulst und bedeckten die Seitenflächen.

Derartige Fälle sind selten; der hier in Betracht kommende betraf einen 78jährigen Mann, der zwei Tage nach der Aufnahme ins Hospital im Delirium seinem Blasenleiden erlag.

Neuhaus-München.

Eine Vorlesung über Blasensteine, von CH. HEATH-LONDON. (*The Brit. med. Journ.* 1. Juni 1895.) Der Vortragende spricht eingehend über die Symptome, welche Blasensteine machen (Schmerzen, häufiges Urinieren, besonders am Tage, im Gegensatz zu den Prostatikern, die namentlich in der Nacht von Harndrang geplagt werden, Blasensteine im Urin etc.), ferner über den Nachweis der Steine mittelst der Sonden, die Therapie der Blasensteine und die Nachbehandlung. Wir verweisen im Einzelnen auf das Original.

C. Berliner-Aachen.

Großer Blasenstein in der Gravidität. Sectio alta, von ROSENFELD-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 39.) Der vom Verfasser durch den hohen Blasenchnitt bei einer 27jährigen, im fünften Monate schwangeren Bauerntochter entfernte Stein war ein das ganze Blasenlumen ausfüllender Uratsteine von 7 cm Länge und einem Gewicht von 148 g. Enorme Schmerzen, lange Urinverhaltung und drohende Urämie zwangen zur Operation. 40 Stunden nach derselben erfolgte Abortus, zwei Tage später Exitus. Die Sektion wies diffuse Pneumonien und kranke Nieren nach.

Neuhaus-München.

SENGENSSÉ entfernte eine Haarnadel aus der Blase eines 21jährigen Mädchens mit Hilfe eines einfachen Häkchens aus Metall, welches ad hoc extemporiert worden war. (*Ann. polyclin. de Bordeaux.* 1895. No. 28.)

C. Müller-Wallisellen.

Aus der Harnblase eines 26jährigen Mannes entfernte ADENOT ein 26 cm langes Bruchstück eines Thermometers mittelst Urethrotomia externa (Perinealchnitt). Das abgebrochene Ende des Fremdkörpers stak im Blasenhal und hatte keine Verletzung der Schleimhaut verursacht. (*Lyon méd.* 1895. No. 33.)

C. Müller-Wallisellen.

Anästhesie der Blase durch Antipyrin, von POUSSON. (*Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 9.) POUSSON fand die Wirkung des Kokains auf die Blasenschleimhaut unsicher und seine Wirksamkeit für die Anästhesie der Blase nicht befriedigend. Er versuchte deshalb das Antipyrin. Dieses wurde benutzt: 1. bei der Cystoskopie, 2. bei der Untersuchung der Blase nach Lithotripsie, 3. bei kleinen

Zertrümmerungen, 4. bei Spülungen der Blase mit *Argentum nitricum*. Die Lösung war stets 2^o/_{sig}; hiervon wurden 10—40 g gebraucht. In drei Fällen fand Pousson die durch das Antipyrin erzielte Toleranz genügend, um etliche chirurgische Eingriffe vornehmen zu können.
Neuhaus-München.

Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua mit Muskel- und Ventilverschluss, von FRANZ SCHOFF. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 46.) Die Übelstände bei der üblichen Blasenpunktion in der Mittellinie, das spätere Vorbeisickern des Urins an dem Katheter, die Ekzeme, der üble Geruch etc. veranlaßten den Verfasser, eine Punktionsmethode zu wählen, bei der diese Übelstände wegfallen. Er wählte deshalb eine Einstichstelle 2—3 cm über dem Schambogen, nach außen von der Medianlinie. Der Troicart wird unter einem Winkel von 70° nach außen aufgesetzt und schief nach hinten, unten und gegen die Mittellinie hin eingestochen. Die Kanüle des *FLURANTschen*, mit beweglichem Schilde versehenen *Blasentropicarts* bleibt 5—6 Tage liegen und wird dann durch einen weichen Katheter ersetzt. Nach 3—4 Wochen genügt das tägliche Einführen eines weiblichen Katheters und das Einlegen eines Zinnnagels oder einer Sperrkanüle für die Nacht. Der gebildete schiefe Kanal wird durch den *Rectus* verschlossen gehalten, zumal bei Anspannung desselben während des Gehens, Stehens, Niesens, Hustens etc.; die Kanüle liegt den Wandungen eng an. An Kranken wurde das Verfahren mit gutem Erfolge erprobt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua nach Primarius
Dr. SCHOFF, von v. DITTEL. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 48.) DITTEL hat mit der Punktion in der *Linea alba* nur gute Erfahrungen gehabt. Es ist bei derselben jede unbeabsichtigte Nebenverletzung ausgeschlossen und es fließt auch neben dem *Nelaton*, wenn er richtig befestigt wird, kein Urin aus. Für das von SCHOFF angegebene Verfahren giebt Verfasser folgendes zu bedenken: An der Innenfläche der unteren Bauchwand verlaufen drei Stränge: ein mittlerer von der Blase zum Nabel als Rest des *Urachus*, je ein seitlicher, von den verödeten Nabelgefäßen stammend und ein auswärts liegender, von der *Arteria epigastrica* gebildet. Zwischen diesen Strängen liegen die *Fossa inguinalis interna, media und externa*; wo erstere beide sehr tief sind, liegen leicht Darmstücke darin, die auch durch die volle Blase nicht verdrängt werden. Dies könnte man nun bei dem *SCHOFFschen* Verfahren verletzen, und deshalb ist dasselbe bedenklich. In einem Falle, wo der Strich etwas nach links von der *Linea alba* lag, hat Verfasser eine Läsion des Darms mit tödlichem Ausgange gesehen. Den Stich knapp neben der *Linea alba* zu machen, ist bei älteren Leuten besonders zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua, von FRANZ SCHOFF. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 49.) Im Anschluß an seinen früheren Aufsatz und die daran von v. DITTEL geknüpften Bemerkungen führt Verfasser aus, daß eine Verletzung einer etwa vorhandenen abnormen Bauchfellfalte bei seiner Methode ausgeschlossen ist, da der Troicart nur durch die Bauchdecken schräg laufe, in die Blase aber in der Medianlinie oder nahe an derselben eindringe. Die Führung des Troicarts schief durch die Bauchdecken ist besonders zu beachten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Meatus hypogastricus und Meatus perinealis, von PONCET-LYON. (*Sem. méd.* 1895. No. 59.) Diese künstlichen Blasenöffnungen, welche der *Cystostomia suprapubica*, resp. der *Urethrostomia perinealis* entsprechen, bezwecken die Sicherung des aus irgend einem Grunde gehinderten, durch keine anderen Eingriffe zu bewerkstelligenden Urinabflusses. Während die erstere mit einem mehr oder weniger kontinuierlichen

Aussickern des Harns verbunden ist, steht der Meatus perinealis in einem Abhängigkeitsverhältnisse zum Sphincter vesicae, welcher die Kontinenz sichert. Die Indikationen der beiden Operationen sind verschiedene: Während die Cystostomia suprapubica bei Prostatikern mit akuter oder schwerer chronischer Urininfektion, bei infektiösen Cystitiden, bei hartnäckigen, dem Katheterismus trotzensen chronischen Blasenentzündungen ihre Anwendung findet, ist die Urethrostomia perinealis überall da indiziert, wo eine auf andere Weise unheilbare Urethralstriktur (irgend welcher Natur) vorliegt oder zu befürchten ist. Ob die Kastration oder die Resektion des Canalis deferens in gewissen Fällen die obengenannten Operationen zu ersetzen vermag, wird die Zukunft lehren.

C. Müller-Wallisellen.

Zur Frage der Blasennaht bei hohem Steinschnitte, von OTTOKAR KUKULA (*Wien. med. Wochenschr.* 1895. No. 27.) Nachdem Verfasser die historische Entwicklung der Blasennaht bei der Sectio alta dargestellt und gezeigt, daß es drei verschiedene Ansichten jetzt giebt — Drainage, partielle Naht und Drainage, vollständige Naht —, berichtet er über die auf der MAYDLACHEN Klinik befolgten Maximen. Dieselben gehen dahin, daß für die Wahl der Methode der Zustand der Blase maßgebend ist. Wo der Harn gar nicht oder nur unbedeutend katarrhalisch verändert ist, wo die Ränder der Wundränder nicht gequetscht sind, wird die vollständige Blasennaht ausgeführt, die äußere Operationswunde bis auf einen kleinen Rest geschlossen. Wo aber starke Cystitis besteht, die Blasenwände pathologisch verändert sind, wird die partielle Naht mit Blasendrainage gewählt, eventuell permanente Irrigation angewendet. Verfasser schildert die Technik der Drainage und der Vorrichtung zur Irrigation und citirt sieben Krankengeschichten von geheilten hohen Blasenschnitten. Der Behauptung DITTELS, daß die Dauer der Nachbehandlung eine längere ist bei Blasennaht, als bei Drainage, kann Verfasser nicht zustimmen. Den Vorschlag RASUMOVSKYS, die vollständig genähte Blase noch an die Bauchwände festzunähen (Cystopexia), will Verfasser nur für Fälle hochgradiger diphtheritischer Cystitis probiert haben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In seinen Untersuchungen über Indikation und Technik der **Blasennaht** kommt VSTERE (*Giorn. ital. d. sc. med.* 1895. No. 17) zu folgenden Schlüssen:

1. Bei normaler Blase oder wenn dieselbe sich infolge eines künstlichen Steines in einem mehr oder weniger intensiven Grade der Entzündung befindet, führt die Naht mit Pferdehaar (LEMBERT) zur Heilung der Wunde per primam.
2. Das Pferdehaar läßt sich sicher und leicht sterilisieren, und zwar in 1%iger Natron- oder Kalilauge (worin das Haar nicht über 15 Minuten bleiben darf), in welcher es elastisch wird, so daß damit leicht einfache und chirurgische Knoten gemacht werden können.
3. Infolge der besonderen Anordnung seiner kutikularen Elemente wird es nicht von den Flüssigkeiten durchtränkt, mit denen es in Kontakt kommt.
4. Resorbiert wird es wie das Katgut, jedoch erst in einer viel längeren Zeit, nämlich erst nach 40 Tagen oder vier Monaten, d. h. zu einem Zeitpunkte, wo die Narbe hinlänglich fest geworden ist.

C. Müller-Wallisellen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

№ 5.

1. September 1896.

Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. UNNA.

III. (Tafel III.)

Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes.

(Cf. *Histopathologie der Haut*, pag. 368 ff., 372 ff.)

Figur 10. Auf der letzten Tafel wurde ausführlich die Entstehung der Folliculitis aus der Impetigo staphylogenes geschildert; die meisten harten und schmerzenden „Eiterpickel“ des gewöhnlichen Lebens stellen derartig erkrankte Follikel dar, denen bisher bakteriologisch und klinisch zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Die vorliegende Abbildung giebt ebenfalls noch das Bild einer solchen staphylogenen Impetigo wieder, deren Entstehung an den nahezu senkrecht aufsteigenden, zentral gelegenen Kokkencylindern kenntlich ist. Sie hat hier deshalb Platz gefunden, weil klinisch in diesem Falle Pyämie vorlag und die Diagnose auf embolische Hautabscesse gestellt war. Das Präparat hatte jahrelang in Balsam gelegen; demontiert und auf Kokken gefärbt, ergab es das vorliegende Bild, welches durch die Art der Kokkenverbreitung die Entstehung auf embolischem Wege ausschloß, da in solchem Falle eine fächerförmige Ausstrahlung der Kokken von innen nach außen, eine baumförmige Verästelung hätte hervortreten müssen. Das Wort: Kokkencylinder in der Figur zeigt auf die von Kokken erfüllte Haarspalte hin. Mir ist bisher trotz eifrigen Suchens noch kein Bild aufgestoßen, welches die Entstehung einer Folliculitis staphylogenes auf embolischem Wege bewiesen hätte.

Figur 11. Das Bild zeigt — ein Nachtrag zu unserer ersten Tafel der Impetiginos — eine etagenförmig gebaute Doppelimpetigo. Die der Oberfläche zunächst gelegene, größere und ältere Impetigo staphylogenes ist in Abheilung begriffen durch Unterwachsung mit neugebildeter Hornschicht. Während sie auf diese Weise von innen her abgekapselt wird und eintrocknet, ist der noch dünne Hornboden an einer Stelle von neuem von Staphylokokken durchbrochen. Die Folge ist die Entstehung einer

zweiten Impetigo unterhalb der ersteren, welche die letztere in die Höhe hebt. Die Existenz solcher Doppelimpetigines ist eine weitere, willkommene Illustration für die lediglich chemotaktische Entstehung der Impetigines überhaupt.

Figur 12. Mit diesem Bilde wenden wir uns von der Vereiterung der Oberhaut und der kleinen Lanugohaarbälge zu der der großen Haarbälge mit starken Haaren. Dasselbe stellt einen sykotischen Furunkel der Bartgegend dar, welcher in evidenter Weise aus einer sehr großen, interfollikulären, staphylogenen Impetigo hervorgegangen ist. Dieselbe lehnt sich an einen großen Haarbalg an; die Eiterung schreitet aber nicht — wie stets bei der Folliculitis — zugleich außerhalb und innerhalb dieses Haarbalgs nach abwärts fort, sondern nur seitlich von demselben. Erst in der unteren Balgregion tritt zu dieser Perifolliculitis staphylogenes eine Folliculitis. Dieser anscheinend sprungweise Fortschritt von der Impetigo zur Folliculitis profunda tritt nur bei starken Haaren auf, ist aber für diese ebenso charakteristisch, wie die hier vorkommende direkte Fortsetzung der Impetigo in eine seitliche Perifolliculitis. Beides erklärt sich aus dem Umstande, daß bei allen starken Haaren vorzugsweise die mittlere Balgregion eine Membran von größerer Festigkeit aufweist. Die hier hinab gelangenden Kokken haben nicht die Kraft, die mittlere Balgregion chemotaktisch mit Eiter zu überschwemmen — es kommt nur zu einer eiterigen Perifolliculitis. Gelangen die Kokken in die untere Balgregion, so kann es auch dann bei einer Perifolliculitis bleiben; oft aber geht, wie in diesem Falle, nun der Einbruch des Eiters in den Haarbalg vor sich; Perifolliculitis und Folliculitis profunda fließen zusammen. Man sieht, daß die dem Furunkel abgewandte Seite des Haarbalgs ganz intakt ist und den Abscess nach einer Seite scharf begrenzt. Auf der gegenüberliegenden Seite ist die Begrenzung des Abscesses unscharf, indem er sich hier aus der Konfluenz vieler, schmaler Eiterstraßen bildet. Den Hauptanteil des Eiters für die Folliculitis profunda liefert eine kleine Vene, welche als Ast einer größeren subkutanen Vene innerhalb eines Septums des Fettgewebes, unterhalb der Haarwurzel, sichtbar wird. Die vielen Knäueldrüsen, welche dem Furunkel benachbart sind, zeigen weder Kokken noch Eiterung.

Figur 13. Auch dieses Bild stellt eine Perifolliculitis dar, und zwar von einer furunkulösen Brusthaut. An zwei ziemlich kräftigen, wenn auch nicht den ganz starken Haaren (des Bartes, der Achselhöhle und Pubes) entsprechenden Brusthaaren findet sich an der Oberfläche je eine staphylogene Impetigo. Beide Eiterbläschen sitzen an derselben Seite des betreffenden Haares, also nur einseitig. Die mittleren Regionen beider Haare zeigen keine Veränderung, aber zwischen ihnen dehnt sich eine perifollikuläre Eiteransammlung aus, welche nach unten scharf

begrenzt ist, seitlich an beiden Haaren in einen tiefen, follikulären Abscefs übergeht. Hier wird die interfollikuläre und intrafollikuläre Eiterung von Haarbalgresten — und ebenfalls scharf begrenzt. Man sieht mitten im Abscefs in gewohnter Weise die Staphylokokken in Form traubenförmiger Herde eingelagert und rechts in der Tiefe einen durch die Eiterung isolierten, nekrotischen Block von kollagenem Gewebe. Die anscheinend sprungweise Verbreitung des Abscesses von der Oberhaut zur Tiefe der Cutis, von der Impetigo zur Perifolliculitis und Folliculitis profunda wird auf einigen zugehörigen Schnitten durch einzelne Kokken vermittelt, welche reihenweise, aber nicht in Form eines kompakten Cylinders die Haarspalte hinabziehen. Dieses Bild illustriert die Entstehung der anscheinend kryptogenetischen Furunkel, für deren Erklärung man früher unberechtigterweise einen Ausgang von den Knäueldrüsen annahm. Die benachbarten Knäueldrüsen sind hier — wie stets — kokkenfrei.

Aus der syphilidologischen Klinik der Charité zu Berlin.

Erfahrungen über Nosophen.

Von

Marine-Stabsarzt Dr. RUGE, klinischem Assistenten.

Zu den zahlreichen, in letzter Zeit als Ersatz für Jodoform empfohlenen Mitteln gehört das Nosophen.

NOACK¹ empfahl es nicht nur bei frischen, aseptischen Wunden, sondern auch bei eiternden und nekrotisierenden Wundflächen. Er giebt an, sowohl mit reinem Nosophen als auch mit nachstehender Mischung (Serumpulver 60, Nosophen 37, Nuclein 3,0) die besten Erfolge erzielt zu haben. Er rühmt die Reizlosigkeit und Austrocknungsfähigkeit des Nosophens. In der Dermatologie wurde das Nosophen meines Wissens zuerst von LASSAR² empfohlen. LASSAR hob ebenfalls die Reizlosigkeit des neuen Mittels hervor und gab an, daß es nicht nur bei Balanitis und Herpes progenerialis, sondern auch bei weichem Schanker gute Dienste that. Als hervorragende Eigenschaft des Nosophens stellt er seine außerordentlich austrocknende Wirkung hin.

¹ *Münch. med. Wochenschr* 1895. No. 35.

² *Dermatol. Zeitschr.* II. 4.

Ich selbst habe auf der syphilitologischen Klinik der Charité das Nosophen häufig angewendet und bin zu folgenden Resultaten gekommen.

Zunächst machte ich Versuche mit Nosophengaze und reinem Nosophenpulver beim Ausstopfen von Bubonenhöhlen. Es stellte sich bald übelriechende Wundabsonderung ein, die Wundflächen erschienen dauernd graugelb belegt und die Heilung machte absolut keine Fortschritte. Ich ersetzte die Nosophengaze und das Nosophen durch Jodoformgaze und Jodoform. Bald schossen gute Granulationen auf, die Wunden reinigten sich und die Heilung ging ohne Zwischenfall von statten.

Ich wendete Nosophen nun bei hartem Schanker an. Es zeigte sich absolut wirkungslos. Auch bei frischen weichen Schankern, die ihren spezifischen schmierigen Beleg hatten, war es wirkungslos. Wohl aber ist bei der Behandlung des weichen Schankers folgendes zu bemerken. Wenn das Schankergeschwür durch Behandlung mit Jodoform seines spezifischen Charakters entkleidet und in eine gut granulierende Fläche verwandelt ist, die aber trotz weiterer Anwendung von Jodoform keine Neigung zur Überhäutung zeigt, so ist Nosophen anzuwenden. Unter Bestreuung mit Nosophen heilen solche kreisrunde, gut granulierende, aus weichen Schankergeschwüren hervorgegangene Flächen, die unter weiterer Jodoformbehandlung keine Neigung zur Überhäutung zeigten, oft überraschend schnell. Bedingung ist allerdings, daß die Wundfläche vollkommen glatt und ohne Taschen oder Buchten ist. Nosophen auf zerklüftete, selbst gut granulierende Wunden gebracht, unterstützt niemals die Wundheilung in befriedigender Weise.

Von guter Wirkung und anderen Streupulvern, auch dem Schleichschen Glutol überlegen, fand ich das Nosophen in der Behandlung des Pemphigus vulgaris. Sticht man die Blasen an und entfernt die Blasen- decke, so daß das nässende Corium freiliegt, so erzielt man durch Auf- pudern von Nosophen am schnellsten die Überhäutung der bloßliegenden Flächen. Recidive an den mit Nosophen behandelten Stellen lassen sich durch Nosophen natürlich nicht verhindern.

Seine beste Wirksamkeit entfaltet das Nosophen aber im Vorhautsack. Hier übertrifft es das Jodoform bei weitem und wird vielleicht nur von dem Schleichschen Glutol erreicht.

Jodoform reizt immer etwas im Vorhautsack. Wendet man es beim Verband nach der Phimosenoperation an, so sind die Wundränder in den nächsten Tagen nach der Operation immer etwas feucht, gerötet und geschwollen. Anders ist es bei der Anwendung von Nosophen. Da bleiben die Wundränder stets trocken und sehen absolut reizlos aus. Ich habe den Versuch gemacht und eine frisch operierte Phimose zuerst mit Nosophen, am zweiten Tage mit Jodoform und am dritten Tage wieder mit Nosophen verbunden. Am zweiten Tage beim Abnehmen des Verbandes

sah die kleine Wunde absolut reizlos aus, am dritten Tage waren infolge der Jodoformanwendung die Wundränder etwas gerötet und geschwollen, um am vierten Tage nach abermaliger Nosophenwirkung wieder reaktionslos zu erscheinen.

Der Umstand aber, daß das Nosophen an der Haut des Vorhautsackes so gut vertragen wird, hat noch einen zweiten günstigen Umstand im Gefolge. Je geringer nämlich der Reiz ist, der durch die Operation gesetzt wird, um so seltener treten die die Heilung so unangenehm störenden Erektionen auf, die sich bei gereizter Wunde trotz Eisblase, Morphium, Opium und Bromkalium doch regelmäßig einstellen und die Heilungsdauer ganz erheblich verlängern. Wurde nach der Phimosenoperation mit Nosophen verbunden, so waren die Erektionen weit seltener als bei Jodoformverbänden, und die Heilung ging in fünf Tagen unter erster Vereinigung glatt von statten. Als Verbandstreupulver nach der Phimosenoperation kann ich das Nosophen daher bedingungslos empfehlen. Ein Übelstand wird dem Nosophen allerdings stets anhaften: das ist sein hoher Preis. Dieser hohe Preis macht aber eine ausgedehntere Verwendung des Nosophens unmöglich.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Zur Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen.

Von

Dr. ADOLF SPIEGEL, Köln a./R.

Der Nachweis, daß die 1882 von ROBERT KOCH entdeckten Bacillen, die unabhängig von dem genannten Forscher auch von BAUMGARTEN in spontan entstandenen und experimentell erzeugten Tuberkeln gefunden wurden, konstant in den tuberkulösen Herden vorkommen, ist zuerst von KOCH selbst erbracht und später durch zahlreiche Angaben anderer Autoren bestätigt worden. Ebenso steht wohl heute fest, daß der von HANSEN und NEISSER gefundene Bacillus leprae der organisierte Infektionsträger des Aussatzes ist. Beide Bacillen nun, der Bacillus tuberculosis und Bacillus leprae, besitzen so viele sich ähnelnde Farben-, Form- und Größenverhältnisse, daß es nicht leicht ist, sie voneinander zu unterscheiden. Es ist daher schon von den verschiedensten Forschern versucht worden, differentialdiagnostische Verschiedenheiten beider Bacillenarten nachzu-

weisen, und als beste Methode gilt wohl die von BAUMGARTEN angegebene. Derselbe wies nämlich durch seine Untersuchungen nach, daß, wenn auch keine prinzipiellen Färbungsdifferenzen zwischen beiden Bacillenarten bestehen, so doch recht erhebliche graduelle Unterschiede in der Färbbarkeit, resp. Entfärbung vorhanden seien. Zu dem Zwecke „bereitet man sich eine verdünnte alkoholische Fuchsinlösung, hergestellt durch Eingießen von 5—6 Tropfen der gesättigten alkoholischen Lösung in ein kleines Uhrsälchen von destilliertem Wasser, läßt die frisch angefertigten Deckgläschentrockenpräparate 6—7 Minuten auf dieser Farblösung schwimmen, entfärbt sie danach $\frac{1}{4}$ Minute in mit reiner Salpetersäure versetztem Alkohol absol. (1 Teil HNO_3 : 10 Teilen Alk. abs.), spült mit Aqua dest. ab und benetzt sie hierauf mit wässriger Methylenblaulösung. Bei der Untersuchung mittelst homogener Immersion ZEISS $\frac{1}{12}$, resp. $\frac{1}{15}$, präsentieren sich nun die Leprabacillen als feine, deutlich rotgefärbte Stäbchen, während die Tuberkelbacillen keine Färbung aufweisen.“

BAUMGARTEN nimmt also an, daß nach sechs Minuten langer Färbung in genannter Fuchsinlösung sich nur die Leprabacillen, nicht Tuberkelbacillen tingieren.

Im folgenden sei es mir nun gestattet, einige Mitteilungen über die von mir im UNNASchen Laboratorium angestellten Versuche zu machen, die vielleicht ein gewisses Interesse beanspruchen werden, weil ich als Untersuchungsmaterial für Lepra außer Gewebssaft und exocidierten Lepromen das Sputum einer Patientin benutzen konnte, die in der UNNASchen Klinik behandelt wurde und deren Anamnese ich hier kurz mitteilen will. Zugleich erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. UNNA, für die freundliche Überlassung des Materials, sowie für die Anregung und Unterstützung bei meiner Arbeit, meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Mademoiselle N. N., geboren den 1. Juni 1870, trat am 7. Juni 1895 in die UNNASche Klinik ein. Patientin bemerkte vor drei Jahren an den Unterarmen, in der Nähe des Handgelenks, kleine weißliche Knoten in der Haut, die nicht juckten und auch nicht schmerzhaft waren. Anfangs erbsengroß, erreichten sie bald Zehnpfennigstückgröße; allmählich verbreiteten sich ähnliche Knötchen über den ganzen Körper. Sonst will Patientin stets gesund gewesen sein; auch die Eltern der Patientin sind gesund, ebenso die Geschwister. Eine alte Dienerin soll an einem ähnlichen Hautleiden wie Patientin lange erkrankt gewesen sein.

Status praesens: Patientin ist mäßig entwickelt, von grazilem Körperbau und mäßigem Panniculus adiposus. Kein Ödem, keine Cyanose. An der oberen und unteren Extremität, sowie über den ganzen Körper disseminierte, erbsen- bis wallnufsgroße, bräunlich verfärbte, von ihrer Unterlage verschiebbliche Tumoren, die bei histologischer Untersuchung

sich als Leprome erweisen. Herz- und Lungenbefund normal; ebenso ergibt mehrfache Untersuchung der Mundhöhle, des Rachens, Gaumens, Kehlkopfes u. s. w. nichts Pathologisches. Urin ohne Albumen und Saccharum.

Drei Monate nach ihrem Eintreten in die Klinik klagt Patientin über Hustenbeschwerden; doch besteht kein Auswurf. Perkussion und Auskultation der Lungen ergibt: Grenzen normal, keine Dämpfung, verschärftes Expirium, sowie überall zahlreiche trockene Rasselgeräusche. Mitte Januar 1896 stellt sich ein ziemlich reichlicher Auswurf ein. Wiederholte Untersuchung der Lunge ergibt folgenden Befund: Links hinten Dämpfung ziemlich stark gegenüber rechts von der Spitze herab bis zur Mitte der Scapula, dann allmählich schwindend. Ante mortem auch eine Dämpfung am linken unteren Lungenrande, einem pleuritischen Exsudat entsprechend; Rasselgeräusche zerstreut über der ganzen Lunge, nicht charakteristisch, deutliches Bronchialatmen nicht hörbar.

Vordere Thoraxfläche: kein charakteristischer Befund, hier und da großblasiges Rasseln; Ante mortem auch (wie hinten) kleinblasiges Rasseln. Deutliche Dämpfung nur oberhalb der linken Clavicula. Exitus am 7. März 1896.

Eine Obduktion konnte nicht stattfinden.

Es hat keinem Zweifel bei den behandelnden Ärzten unterlegen, daß es sich bei dieser im Verlauf einer Lepra auftretenden und mehrere Monate dauernden Lungenaffektion um eine wirkliche Lungenlepra handelte und nicht etwa um eine zur Lepra hinzutretende Tuberkulose, für welche weder hereditäre Belastung, noch sonstige tuberkulöse Affektionen irgend welche Anhaltspunkte gaben. Der Hauptgrund, weshalb in diesem Falle gar nicht der Gedanke an Tuberkulose aufkommen konnte, war das Resultat der täglich durchgeführten Sputumuntersuchung. Die Menge des Sputums blieb sich vom Beginne der Erkrankung an bis zum Tode gleich (ca. $\frac{1}{3}$ Weinglas), und von Anfang bis zu Ende wimmelte dieses Sputum von Bacillen ohne Unterschied der einzelnen Sputumteile, so daß man keinen Tropfen untersuchen konnte, ohne auf sehr zahlreiche Bacillen zu stoßen. Sodann waren in diesen Sputumpräparaten die Bacillen nie bloß vereinzelt und in regellosen Haufen vorhanden, sondern von vornherein in der für Lepra charakteristischen Cigarrenbundform. Ein weiterer Grund, die Bacillen für Leprabacillen zu halten, lieferte die Nachuntersuchung der BAUMGARTENSCHEN Methode mit meinem Material, wo ich die Angaben genannten Autors vollauf bestätigen konnte.

Viel eher als an Lungentuberkulose hätte nach sonstigen Erfahrungen am Sputum Lepröser der Verdacht aufsteigen können, daß es sich nicht um Lungensputum, sondern um ein solches der Rachen- und Mundhöhle handelte, und zwar um lepröses. Dieser Idee Rechnung tragend, wurden die Rachenorgane wiederholt inspiziert, ohne daß jemals lepröse

Geschwüre des Rachens, Kehlkopfes, der Mund- und Nasenhöhle zu entdecken gewesen wären. Auch waren dahin zielende subjektive Beschwerden nicht vorhanden.

Lepröse Sputa anderer Herkunft können also mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Tuberkulöse Sputa sind meines Erachtens ebenfalls aus den schon oben angeführten Gründen auszuschließen; speziell möchte ich noch anführen, daß in Fällen sicherer Lungentuberkulose bei Leprösen, welche in Dr. UNNAS Klinik beobachtet wurden, niemals ein so gleichmäßig bacillenreiches Sputum gefunden wurde, wie in diesem Falle.

Diese gut begründete Überzeugung von der leprösen Affektion der Lunge war Ursache, daß mit dem Sputum unserer Patientin keine Inokulationsversuche am Meerschweinchen gemacht wurden, um durch negativen Erfolg, auch nach dieser Richtung hin, den Verdacht einer komplizierenden Tuberkulose auszuschließen.

Ich bedaure das, muß aber betonen, daß diese Unterlassung für das Resultat der tinktoriellen Untersuchung völlig irrelevant ist, denn, wie ich noch ausführen werde, habe ich positive Differenzen zwischen Tuberkulose und Lepra gefunden und zwar genau dieselben in den leprösen und tuberkulösen Organen wie im leprösen und tuberkulösen Sputum. Die gefundenen Differenzen würden also auch dann noch bestehen bleiben, wenn jemand bloß auf Grund der unterlassenen Impfung die lepröse Natur des Lungensputums bezweifeln sollte. Andererseits fällt aber die Thatsache, daß ich in diesem Sputum der leprösen Patientin dieselben charakteristischen Merkmale der Bacillen auffand, welche ich in der leprösen Haut aufdeckte, a posteriori schwer ins Gewicht für die Richtigkeit der aus anderen Gründen gestellten Diagnose.

Hätte es sich um Lungentuberkulose gehandelt, so wäre ich sicher nicht in der Lage gewesen, die an der Haut gefundenen *Characteristica* der Leprabacillen in dem Lungensputum der Leprösen wiederzufinden, im Gegensatz zum Lungensputum Tuberkulöser.

Meine angestellten Untersuchungen erstrecken sich also auf lepröses Sputum, sowie auf excidierte und in Alkohol gehärtete Leprome; als tuberkulöses Material benutzte ich das Sputum eines Patienten mit großen Cavernen, sowie in Alkohol gehärtete tuberkulöse Lunge und Reinkulturen.

Das Sputum, lepröses sowohl als tuberkulöses, wurde in einem Schälchen mit Sublimatlösung aufgefangen und so aufbewahrt.

Die Strichpräparate wurden folgendermaßen angefertigt: Mit einer Platinnadel wurde ein geballtes Klümpchen von Hirsekorn- bis Erbsengröße des tuberkulösen und leprösen Sputums auf den Objektträger gebracht, dann entweder mit der Nadel fein verrieben oder mit einem zweiten Objektträger abgeklatscht, — so daß wir immer ein Kontrollpräparat hatten — bis eine dünne durchsichtige Schicht entstand; zur

besseren Fixierung wurde dann das lufttrockene Präparat einige Male durch die Spiritusflamme gezogen.

Um genau zu vergleichen und um lepröses und tuberkulöses Sputum denselben Manipulationen auszusetzen, wurde beides dicht nebeneinander in zwei parallelen Streifen auf denselben Objektträger gebracht, so daß bei der Untersuchung beides mit einem Deckglas bedeckt werden konnte.

Von besonderer Wichtigkeit scheint mir gerade, daß wir unsere Untersuchungen bei der Differenzierung der Bacillen mit Sputum anstellen konnten, das in derselben Weise gewonnen und aufbewahrt wurde, während die bis jetzt vorliegenden Vergleiche sich auf Organuntersuchungen stützen.

Bei allen von mir angestellten Methoden, der von BAUMGARTEN, KOCH, LUSTGARTEN, GRAM u. s. w. hat es nie einem Zweifel unterlegen, um was es sich handelte, denn im leprösen Sputum wimmelte es in jedem Gesichtsfeld von Bacillen, die cigarrenbündelnähnlich in Haufen angeordnet waren, während die Bacillen im tuberkulösen Sputum unregelmäßig zerstreut in Stern- oder Garbenform verteilt waren.

Da sich nun niemals ein konstanter Unterschied in Form und Größe beider Bacillen herausstellte, so versuchte ich, entmutigt durch das Resultat der Säuremethode, die die Organismen in Bacillenform darstellen, ein Unterscheidungsmerkmal dadurch zu erhalten, daß ich die Bacillen in „Coccothrixform“ auflöste, analog den Versuchen von LUTZ und UNNA. (Of. *Dermatol. Studien*. Heft I: Zur Morphologie des Mikroorganismus der Lepra von LUTZ. 1886.)

Allerdings läßt sich diese zu diesem Zweck notwendige Jod- resp. Rote-Blutlaugensalzmethode nicht in derselben Weise auf Sputum anwenden, wie auf Organschnitte, denn im Sputum befinden sich Lepra- und Tuberkelbacillen gemischt mit verschiedenen großen Mengen der aller- verschiedensten anderen Organismen. Behandelt man Sputumpräparate mit starken Säuren nach Vorgang von KOCH, so werden jene Saprophyten entfärbt und Lepra- und Tuberkelbacillen treten allein hervor. Erzielt man die Entfärbung jedoch mit schwächeren Entfärbungsmitteln, wie mit Jod oder rotem Blutlaugensalz, so erhält man auch sämtliche Saprophyten und besonders zahlreiche Kokken mitgefärbt, wodurch die Untersuchung der Bacillen sehr erschwert wird, da es ja gerade darauf ankommt, diese Bacillen in „Kokkenform“ zu erhalten. Man muß also das Sputum nach der Färbung ebenfalls erst durch die Kochsche Säurebehandlung vorbehandeln, um die Auflösung der Bacillen in „Coccothrixform“ dann lediglich an den übriggebliebenen Lepra- und Tuberkelbacillen vorzunehmen.

Nebenbei gesagt, läßt sich die Thatsache, daß die auf diese Weise sekundär erzeugten Jod- und Blutlaugensalzbilder sich in keiner Weise von den direkt und primär mittelst derselben Substanzen erzeugten unter-

scheiden, durchaus nicht mit der Ansicht vereinigen, daß Jod, resp. rotes Blutlaugensalz die Bacillensubstanz im Gegensatz zur alleinigen Wirkung der starken Säuren merklich verändern, wie das anfangs von verschiedenen Seiten den mit Jod erzeugten Bildern entgegengehalten wurde.

Es ist ja hinlänglich bekannt, daß die Frage über die Struktur der Lepra- und Tuberkelbacillen noch nicht genügend aufgeklärt ist. UNNA und LUTZ halten die Mikroorganismen, weil sie aus einer Reihe, auf einen Faden aufgereihter Körner bestehen, die strukturell und tinktoriell den Kokken sehr ähnlich sind, für eine besondere Unterklasse der Bacillen und geben ihnen deshalb den Namen „Coccothrix“. KOCH und seine Schüler halten an der einfachen Bacillennatur fest; ja man hält die Auflösung in Körner hier und dort sogar für ein Produkt, das durch komplizierte und nicht schonende Methoden zu stande gekommen ist. Hierbei bleibt man allerdings den Beweis schuldig, daß und weshalb die Jodmethode oder die neue mit rotem Blutlaugensalz zerstörender wirken und eher Kunstprodukte hervorbringen soll, als die KOCHSche Methode, der Entfärbung mit 30%iger Salpetersäure.

Ich kann diesen Beweis nicht für erbracht halten; doch zeigt, glaube ich, gerade die ungemein große Regelmäßigkeit dieser Strukturen, (of. die unten folgenden Beobachtungen) daß die Form der Körnerfäden für die Struktur dieser beiden Organismen eine ebenso große Bedeutung besitzt, wie die zufällig zuerst entdeckte einfache Bacillenform.

Doch es ist nicht der Zweck meiner Untersuchungen, diese Frage hier näher zu beleuchten, sondern nur die Befunde, die ich bei der Auflösung der Lepra- und Tuberkelbacillen erhielt, in Bezug auf ihre gegenseitige Differenzierung zu besprechen.

Zur Färbung benutzte ich Anilinwasser, dem ich einige Tropfen konzentrierter Gentianaviolettlösung zusetzte, bis Opalescenz eintrat. (Auf ein Uhrsälchen mit Anilinwasser 2—3 Tropfen der Gentianalösung.) Von dieser Flüssigkeit brachte ich einige Tropfen auf das Präparat, ließ die Lösung von 10 Minuten bis 24 Stunden darauf einwirken, in der Kälte sowohl als in der Wärme, entsäuerte mit einer 30%igen Salpetersäuremischung, spülte mit Spiritus dilutus ab, jodierte 1—10 Minuten (eine Lösung von Jodkalium und Jod, oder Jodkalium und H_2O^2) und spülte hierauf wieder mit Alkohol absolutus ab. Bei der Untersuchung des Präparates mittelst LERTZ Ölimmersion $1/16$ fand ich nun regelmäßig, mochten die Präparate kurze oder lange Zeit, in der Kälte oder in der Wärme behandelt sein, folgenden Befund: Der Leprabacillus war in „Coccothrixform“ aufgelöst, seine Endpunkte waren stark dunkelblau gefärbt, ebenso wie beim Tuberkelbacillus, der gleichfalls in eine perlschnurähnliche gefärbte Kokkenkette verwandelt war, die schon VOLTOLINI gezeigt hat, der diese Auflösung mit rauchender HNO^3 erhielt; doch war der

„Coccothrix leprae“ bedeutend dicker und die einzelnen Körner weiter voneinander entfernt als bei der Tuberkulose, wo die einzelnen Körner sich feiner zeigten und näher zusammen lagen. Außerdem war der „Coccothrix tuberculosis“ fast durchweg mehr geschwungen und öfters \sim förmig, der „Coccothrix leprae“ zeigte mehr eckige Biegungen, d. h. richtige Knickungen. Der „Coccothrix leprae“ präsentierte sich als dickes, aufgelöstes Stäbchen; der „Coccothrix tuberculosis“ machte den Eindruck eines biegsamen, körnertragenden Fadens.

Färbte man nun mit einer schwachen wässerigen Eosinlösung nach, so zeigte sich eine Doppelfärbung des „Coccothrix“, und zwar derart, daß die zwischen den einzelnen blaugefärbten Körnern liegende Substanz rot gefärbt erschien, wodurch der Unterschied in der Größe, resp. Dicke und in der Entfernung der einzelnen Kokken noch mehr hervortrat.

Das gleiche Resultat lieferte uns die UNNASche polychrome Methylenblaulösung, mit der ich 10 Minuten bis 24 Stunden färbte, worauf ich dann in der vorhin angegebenen Weise mit Säure behandelte und jodierte.

Auch hier erschienen die Bacillen in perlschnurartige Körnerreihen aufgelöst; die Endpunkte zeigten eine tiefblaue Färbung, während die interstitielle Substanz eine bläulichrote Farbe angenommen hatte.

Dasselbe Bild erhielt ich, wenn auch nicht in so prägnanter Weise, mit der LÖFFLERSchen Methylenblaulösung, während die Versuche mit konzentrierter wässriger oder alkoholischer Lösung negativ ausfielen.

Wandte ich bei der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung statt des Jods rotes Blutlaugensalz (nach UNNA) an und entfärbte dann mit salzsaurem oder salpetersaurem Anilinöl, so erhielt ich die gleichen Bilder, wie bei der Jodmethode.

Bei einem weiteren Versuche benutzte ich konzentrierte Gentianaviolettlösung und Karbolfuchsin, das ich zu gleichen Teilen dem Anilinwasser zusetzte. Im übrigen wurden die Präparate, wie vorhin angegeben, behandelt. Auch hier hatten wir wieder bei beiden Bacillen das Bild des „Coccothrix“; die Körner waren von tiefblauer Farbe und die zwischenliegende Substanz erschien rotgefärbt. Sehr deutlich sah man auch wieder, daß die Körner bei der Lepra größer und dicker als bei der Tuberkulose und auch mehr voneinander entfernt waren. Ich erzielte hier also eine schöne Differentialfärbung, die noch mehr hervortrat, wenn ich statt des Gentianaviolett und Karbolfuchsin Viktoriablau und Karbolfuchsin benutzte, und zwar einen Teil konzentrierter Viktoriablaulösung zu drei Teilen konzentrierter Karbolfuchsinlösung.

Während es mir nur in unvollkommener Weise gelang, sowohl Lepra- als Tuberkelbacillen bei Anwendung mit Karbolfuchsin allein in „Coccothrixform“ aufzulösen, worauf auch schon UNNA hingewiesen hat (cf. *Dermatol.*

Stud. Heft IV. p. 13 u. s. w. „Die Rosaniline und Pararosaniline), bekam ich schöne Bilder von „Coccothrixform“, wenn ich Karbolfuchsin mit Anilinwasser verdünnte. Auch hier machte ich wieder dieselbe Wahrnehmung, wie bei den anderen Versuchen, nämlich, daß die einzelnen Körner der Leprabacillen dicker erschienen und weiter voneinander entfernt waren, als es bei der Tuberkulose der Fall war.

Diese Serie von Untersuchungen kontrollierte ich nun an Organschnitten, und zwar an tuberkulösen Lungen und an lepröser Haut. Hierbei fiel die Säurebehandlung, die ich ja sonst nur zur Entfärbung der übrigen Saprophyten nötig hatte, fort und es konnte sofort die Jod-, resp. die Rote-Blutlangensalzmethode angewandt werden.

Um mich kurz zu fassen, will ich nur mitteilen, daß dieselben Unterschiede, die beim leprösen und tuberkulösen Sputum auftraten, auch in den Organschnitten sich zeigten und die hier erhobenen somit völlig mit den vorhin angegebenen Befunden übereinstimmen.

Auch eine Reinkultur von Tuberkelbacillen, die einige Wochen alt, im Aussehen aber frisch war, wurde nach den oben angeführten Methoden behandelt und zeigte dieselben Bilder, wie das tuberkulöse Sputum und die Schnitte tuberkulöser Lunge.

Fassen wir nun unsere Versuche, die sich sowohl auf Sputumpräparate als Organpräparate erstrecken, zusammen, so geht daraus mit Sicherheit hervor, daß sich das Coccothrixbild bei der Lepra immer anders gestaltet, als bei der Tuberkulose; d. h. die „Körner“ der Leprabacillen sind jedesmal dicker, plumper und weiter voneinander entfernt, als bei der Tuberkulose, und es dürfte vielleicht, wenn es sich um die Differentialdiagnose zwischen Lepra und Tuberkulose handelt, sich der Mühe lohnen, die angegebenen Methoden zur Differenzierung mitzugebrauchen.

Sicherlich muß man auch die anderen Methoden, besonders die von BAUMGARTEN berücksichtigen und außerdem auf die Anzahl und Lagerung der Bacillen Rücksicht nehmen.

Bei den von mir angegebenen Methoden ist es allerdings zur sicheren Differentialdiagnose durchaus notwendig, die beiden verdächtigen Sputa oder Organschnitte auf einen Objektträger nebeneinander zu bringen, um so sicher zu sein, daß die Präparate genau denselben Manipulationen ausgesetzt sind. Dann ist man aber auch im stande, mit genügender Vorsicht wirklich vergleichbare Präparate zu erhalten.

In der folgenden kleinen Tabelle stelle ich die von mir gefundenen Differenzen zwischen beiden Bacillen noch einmal übersichtlich zusammen.

	Lepra.	Tuberkulose.
1. Zahl der Bacillen.	Äußerst reichlich in allen Organen und Sekreten.	Stets weniger zahlreich.
2. Lagerung der Bacillen.	In cigarrenbundähnlichen Haufen angeordnet.	Mehr vereinzelt; seltener in unregelmäßigen Haufen.
3. Form der Bacillen.	Stäbchenförmig, gerade und plump.	Fadenförmig, gebogen und fein.
4. Knickungsstellen.	Eckig.	Rundlich.
5. Aussehen der Körner.	Grob.	Fein.
6. Lagerung der Körner.	Weit auseinander liegend.	Nahe zusammenliegend.

Aus der Praxis.

Ein Fall von Mykosis fungoides,

vorgelegt in der Medizinischen Gesellschaft zu Konstantinopel.

Von

Dr. MENAHEM HODARA.

Der kleine, zwölfjährige Patient Mouhareem, den ich Ihnen vorstelle, wurde am 31. März 1896 auf meiner Abteilung des Marinehospitals aufgenommen. An beiden Ellenbogen und beiden Unterextremitäten ist er mit einem Ausschlag behaftet. Die hinteren Flächen der Unterschenkel, sowie die vordere untere Hälfte des linken Oberschenkels sind völlig mit großen, dunkelroten, glatten Streifen bedeckt; dieselben schuppen nicht ab, die darunterliegende Cutis ist infiltriert und verdickt. Einige ähnliche Flecke befinden sich auch an den Ellenbogen. In der Mitte und am Rande dieser Streifen oder flachen Infiltrate gewahrt man, besonders an den Beinen, kleine, erbsen- bis haselnußgroße und auch noch größere Knötchen von der nämlichen Farbe. Diese Knötchen sind unregelmäßig verteilt und haben auch keine gleichmäßige Form, sind bald oval, bald halbkugelförmig u. s. w. Meistens stehen sie einzeln, und nur wenige sind am Grunde miteinander verschmolzen. Ihre Konsistenz ist verschieden, die meisten sind weder ganz hart, noch ganz weich; nur wenige unter ihnen fühlen sich weich an. Dagegen sind etliche ulceriert und mit Krusten bedeckt; auf den nicht geschwürig zerfallenen gewahrt man feinste Schuppen. Besonders interessant und charakteristisch ist nun aber, daß sowohl an den Ellenbogen, wie an den Unterschenkeln und dem Gesäß eine Rückbildung dieser Infiltrate stattgefunden hat, indem sie von selbst resorbiert wurden und, ohne Narben zu hinterlassen, verschwanden; man erkennt die Spuren der ehemaligen Herde auch jetzt noch sehr deutlich an gelblichen Verfärbungen.

Nach Aussage unseres kleinen Patienten hat dieser Ausschlag vor vier Jahren mit den roten Flecken begonnen; diese schmerzten und juckten nicht und waren ihm in keiner Weise hinderlich. Seine Gesundheit wurde nicht im geringsten von der Dermatoze beeinflusst. Erst seit ungefähr einem Jahre haben die Flecke sich verdickt und sind die Knötchen entstanden, die dann schliesslich zum Teil ulcerierten.

Über etwaige erbliche Belastung des Knaben war nichts zu ermitteln. Er selber giebt an, bis zu seinem achten Jahr, und auch in letzter Zeit wieder an Intermittens gelitten zu haben.

Über die Diagnose kann ein Zweifel nicht herrschen; das vierjährige Bestehen des Ausschlages in Form von erythematösen Flecken ohne Veränderung des Allgemeinbefindens, die Bildung von Knötchen nur auf den erkrankten Hautstellen, schliesslich, was das Wichtigste ist, die unbeeinflusste Resorption, ohne dass Narben zurückblieben — das alles spricht für Mykosis fungoides. Ein kleines Knötchen aus dem Unterschenkel wurde ausgeschnitten. An dem Präparate, das hier aufgestellt ist, gewahrt man eine ungeheure Erweiterung sämtlicher Gefässe und eine reichliche Zellinfiltration — zum Teil von Plasmazellen —, die sich von dem Papillarkörper bis in die Tiefe der Cutis erstreckt. Dagegen fehlen die Riesenzellenhaufen und die Tuberkelknötchen des Lupus: das Bindegewebe ist einfach verdrängt; weder Bindegewebswucherung, noch exklusive perivaskuläre Zellinfiltration, wie bei der Syphilis, sind vorhanden. Aus diesen Verhältnissen erklärt es sich, warum die Knötchen bei unserem Patienten weder die Härte der syphilitischen Infiltrate, noch die Weichheit des lupösen Gewebes besitzen. Stellenweise sieht man in dem Präparate auch mit Methylenblau gefärbte Zelltrümmer, die wahrscheinlich von dem Zerfall der Zellen herrühren. Nach UNNA sind diese Zelltrümmer für die Mykosis fungoides charakteristisch; sie werden durch den Lymphstrom fortgeschleppt und erklären die Rückbildung der mykosischen Knötchen. Alle in dem Präparate beobachteten histologischen Veränderungen stimmen völlig mit den UNNASCHEN Befunden bei der Mykosis fungoides überein.¹

Der vorliegende Fall wurde zwei Monate lang mit Jodkalium in Gaben von 2,0—5,0 täglich behandelt, weil einer von den Kollegen Verdacht auf Syphilis hatte. Aber diese Behandlung brachte nicht nur keine Besserung, sondern beförderte sogar das Auftreten neuer mykosischer Knötchen, so dass auch durch diese misslungene Therapie die Diagnose Mykosis fungoides bestätigt wurde.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

¹ Vergl. Mykosis fungoides. *Histopathologie der Haut*, von UNNA.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 7. Juli 1896.

Original-Bericht von L. HOFFMANN.

1. Herr PALM: Fall von Sklerodermie. Bei dem im ersten Stadium der Sklerodermie vorgestellten Fall fällt dreierlei im Gegensatz zu den meisten bis jetzt beschriebenen Fällen auf: 1. daß ein männliches Individuum betroffen ist, 2. daß die Affektion den Patienten in höherem Lebensalter befallen hat, und 3. daß das Leiden an den unteren Extremitäten aufgetreten und sich hauptsächlich ausgebreitet hat.

Patient, 56 Jahre alt, bemerkte vor etwa acht Wochen an beiden Waden je einen fünfmarkstückergrößen, roten, schwach juckenden Fleck. Die Röte ging rasch weiter, verbreitete sich beiderseits bis zu den Cristae tibiae, griff auf die hintere Seite der Oberschenkel über und erreichte jetzt die Nates. In dieser ganz symmetrisch fortschreitenden Röte liegen, ebenso symmetrisch, normale Hautinseln mit stark ausgeprägten Follikelmündungen. An der Peripherie bemerkt man den charakteristischen, livid roten Streifen, über den die normale Haut mächtig hervorragt. Das Ganze macht den Eindruck des entzündlichen Vorgangs. Die Haut fühlt sich an den affizierten Stellen wärmer an, als an normalen; die Röte läßt sich wegdrücken, es bleibt ein gelbliches Kolorit zurück, und es dauert eine geraume Zeit, bis das Blut zurückkehrt. Das subjektive Gefühl an den affizierten Stellen ist das des Brennens und der Spannung. Die Bewegungen sind nicht beschränkt. Die Schweißsekretion ist fast ganz aufgehoben. Schmerz auf Druck ist nur da vorhanden, wo die Haut den Knochen dicht aufliegt. Vor drei Wochen zeigten sich auf der Beugeseite beider Unterarme in der Nähe der Ellenbogengelenke wieder ganz symmetrisch ebensolche Flecke, etwas erhaben, ödematös, die sich bis jetzt nicht vergrößert haben. In betreff der Ätiologie ist nichts Bestimmtes zu eruieren. Rheumatismus, wie er als Vorläufer der Sklerodermie oft beobachtet ist, ist auch in diesem Falle vorhanden seit 26 Jahren — seit der Belagerung von Metz —, wie Patient angiebt. Vor einiger Zeit hat er ein Trauma erlitten, indem ihm ein schweres Fals gegen das rechte Bein fiel. Heredität ist nicht vorhanden; es fehlen Zeichen von Tabes, Syringomyelie, Neuritis. Wenn auch symmetrisch auftretend und fortschreitend, ist die Affektion nicht an bestimmte Nerven gebunden. Der Leitungswiderstand in den affizierten Hautpartien zeigt keine Abnormität, für die elektrokutane Sensibilität scheint eine Hyperästhesie vorhanden zu sein. Was die Therapie anbetrifft, so wird PALM, da aus der KAPOSI'schen Klinik günstige Erfolge mit Thyreoidin gemeldet wurden, dasselbe versuchen, trotzdem in diesem Falle keine Veränderungen der Thymusdrüse zu konstatieren sind.

Diskussion:

Herr LASSAR möchte die Frage stellen, ob jemand versucht hat, im ersten Stadium den primären Herd zu exstirpieren und darüber eine Transplantation normaler Haut zu machen?

Herr LEWIN hat im ganzen wenige Fälle gesehen, er hat wohl in einzelnen Fällen ohne nachteiligen Einfluß Stücke excidiert, im ganzen rät er zur Anwendung einer antiphlogistischen Therapie (Einreibungen von grauer Salbe, Kälte etc.) und zur Elektrizität.

Herr LASSAR bemerkt hierzu, daß er von keinem Medikamente einen Erfolg gesehen hat.

Herr LEWIN will auch Spontanheilungen beobachtet haben.

Herr HELLER: In den letzten Jahren ist die Zunahme der Sklerodermie eine auffallende geworden, man kann sie mit der Zunahme der Nervenkrankheiten in Verbindung bringen. HOFFA habe einen Fall nach der Operation beschrieben. Er habe mehrere Fälle gesehen, in denen die exstirpierten Stellen als Wunden sehr schwer heilten.

Herr GEBERT hat in einem Falle von der Anwendung des Thyreoidins und des Kantharidins keine Wirkung gesehen. Der Fall besserte sich durch elektrische Massage. In einem anderen Falle erfolgte glückliche Heilung nach Anwendung von Schwitzbädern und Jodkalium, doch war der Patient vorherluetisch.

Herr MANKIEWITZ will in Wien einen Fall beobachtet haben, bei dem durch energische Massage vollständige Heilung eintrat. Selbst die Beweglichkeit des Armes, die infolge der Zunahme der Verdickung der Haut eine geringe war, besserte sich durch die Massage ganz bedeutend.

Herr LASSAR gibt zu, daß Sklerodermiewunden im sklerodermatischen Gewebe schwer heilen, solches sei ja ganz bekannt, er wollte nur die Frage ventilieren, ob nicht im Anfangsstadium die Exstirpation von Erfolg wäre, darüber scheinen noch zu geringe Erfahrungen zu bestehen.

2. Herr PALM stellt einen Fall von ausgesprochenem Lichen ruber verrucosus vor. Er betrifft einen 59jährigen, schwächlichen früheren Tuchmacher, der seit seinem 19. Lebensjahre an Varicen des linken Unterschenkels und Fußes leidet, wegen welcher Patient damals vom Militärdienst befreit wurde. Im 24. Lebensjahre bemerkte er in der Gegend des linken Malleolus internus, der nach seinen Aussprüchen leicht schuppte und juckte und nie heilte. Erst vor acht Jahren zeigten sich die ersten Anfänge des Leidens, wie es sich jetzt in so charakteristischem Grade darbietet. Man bemerkt an der linken inneren Knöchelgegend von handflächengroßem Umfange warzige Erhabenheiten, die bis zur Höhe von 5 mm teils eng aneinanderstehend und den Eindruck eines knorrigten Auswuchses an einem Baume machen, teils isoliert aufraten. Die erstere Form bietet eine Menge Vertiefungen, sieht wie durchsiebt oder, um ein deutlicheres Bild zu geben, wie ein Stück Bimsstein aus; die Farbe ist graubraun, schuppt stark und fühlt sich rau und derb an. Die isoliert stehenden Warzen haben verschiedene Größen, sind braunrot, jucken ebenfalls stark und sind mit einer Delle versehen. An einzelnen Stellen ist spontan eine Rückbildung eingetreten mit Hinterlassung von brauner Pigmentierung der Haut und kleinen narbigen Einziehungen. Am Rande der Affektion finden sich ganz charakteristische Lichen-ruber-planus-Knötchen. Die Ausbreitung der Affektion ist ganz unregelmäßig, sich ganz und gar nicht an den Verlauf der ausgedehnten Venenstämme haltend. Während die meisten Autoren die Entstehung, Förderung und Ausbreitung des Leidens von bestehenden Varicen abhängig sein lassen, möchte Vortragender bemerken, daß er gestern einen kräftigen, 25jährigen Arbeiter, bei dem von Varicen keine Rede ist, mit derselben Affektion in Behandlung bekommen hat. Bei ihm sitzt das Leiden gerade entsprechend der Mitte der Tibia dextra.

3. Herr HELLER: Über *Dactylitis syphilitica*. Die Diagnose der *Dactylitis syphilitica* ist nicht immer leicht; sie ist bis jetzt relativ selten beobachtet. Sie kommt bei acquirierter und hereditärer Syphilis vor; im ersteren Falle gehört sie zu den Spätformen. Meist koincidiert die *Dactylitis* mit schweren Symptomen der lokomotorischen Apparate oder der Eingeweide. Am häufigsten erkrankt der Zeige- und der Ringfinger. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die erste Phalanx affiziert. Die *Dactylitis* kommt bei Erwachsenen und bei Kindern vor; die Symptome sind bei

beiden verschieden. Bei den Erwachsenen kann man Erkrankungen der Weichteile, der Knochen und des Knochenmarkes unterscheiden. Die Affektion der Weichteile kann circumskript sein und akut verlaufen; sie sieht dann einem Panaritium ähnlich. Es fehlt jedoch die spontane Schmerzhaftigkeit, sowie die gesteigerte Druckempfindlichkeit. Der Umfang der erkrankten Glieder ist erheblich vergrößert. Bei der circumskripten Form kommt es zur Bildung von Gummiknoten, nach deren Erweichung Ulcerationen entstehen. Auch das Periost kann in den Ulcerationsprozess hineingezogen werden.

Die Knochenkrankung (*Dactylitis osteo-periostitis*) ist gekennzeichnet durch die spindelförmige Auftreibung der erkrankten Phalanx, durch die Spannung der Haut über derselben, durch das Verstreichen der Hautfalten. Der Verlauf ist schmerzlos. Bilden sich im Knochen gummöse Prozesse, und werden die syphilitischen Neubildungen resorbiert, so verfällt der Knochen der fortschreitenden Resorption (*Caries sicca*), und es kommt zu Spontanfrakturen, zu Defekten und Mißbildungen. Bei der osteomyelitischen *Dactylitis syphilitica* entsteht relativ schnell ein der *Spina ventosa* ähnliches Krankheitsbild. Infolge des Durchbruchs von erweichten Gummigeschwülsten nach außen bilden sich Fisteln, aus denen sich eine fadenziehende, Eiterballen enthaltende Flüssigkeit entleert. Der Ausgang der Affektion hängt von dem Umfang der Knochenzerstörung und von der Beteiligung der Gelenke ab.

Die *Dactylitis* der Kinder gehört fast ausschließlich zu der osteomyelitischen Form. Meist handelt es sich um hereditär-syphilitische, in den ersten Lebensjahren stehende Kinder. Chronisch oder subakut entwickelt sich eine Verdickung des Fingers, die ihm bei Erkrankung der ersten Phalanx eine flaschenförmige, bei Affektion der zweiten Phalanx eine spindelförmige Gestalt giebt. Relativ früh bilden sich Geschwüre und Fisteln. Die *Dactylitis syphilitica* kann verwechselt werden mit:

a) *Arthritis*. Bei derselben ist jedoch das Alter der Kranken ein höheres, der Verlauf mehr chronisch, die Schmerzparoxysmen mehr ausgeprägt. Der Sitz der arthritischen Erkrankung sind mehr die Finger- und Zehengelenke, als die Diaphysen der Phalanxknochen. Sie hat eine bestimmte Prädilektionsstelle.

b) *Tuberkulose*. Dieselbe produziert charakteristische Tuberkeln, die der käsigen Metamorphose anheimfallen. Es kommt eventuell zur Erweichung, Eiterung, Ulceration, es entstehen peripherische Knochengeschwüre mit zentralen Knochenkavernen, um welche herum der neugebildete Knochen die spindelförmige Hervorwölbung (*Spina ventosa*) bildet. Der Verlauf ist bei Erwachsenen rapider, als der der syphilitischen *Dactylitis*. Bei Kindern entwickeln sich beide Prozesse schnell, es ist deshalb die Diagnose von der Anamnese, von dem gleichzeitigen Bestehen anderer syphilitischer Symptome abhängig.

c) *Tumoren*, insbesondere *Eenchondrome* und *Sarkome*. Diese Tumoren sind sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern an den Fingern nicht selten, und wird sich die Diagnose auf den Verlauf, Anamnese, An- und Abwesenheit syphilitischer Symptome und auf eine vorzunehmende antiluetische Therapie stützen.

d) *Diabetische Geschwüre der Zehen*. Es entwickeln sich dabei chronisch oder subakut an den Weichteilen Schwellung und Rötung, die auch auf den Fußrücken übergreifen und dort Infiltration der Weichteile mit Verdickung der Knochen bedingen. Es kommt zur Eiterung, event. zur Nekrose des Knochens. Die Diagnose stützt sich auf die Harnuntersuchung.

e) *Vulgäre Panaritien*. Abgesehen von der Entstehung und dem Verlauf, sind dieselben schon durch ihre Schmerzhaftigkeit charakterisiert.

f) *Primäre Infektion*. Der Unterschied zwischen der *Dactylitis* und dem *Ulcer durum* besteht in dem Aussehen der Ulceration, der typischen Schwellung der Axillar-

drüsen und dem spätern Auftreten der sekundären Symptome. Die Therapie der *Dactylitis syphilitica* ist die der Syphilis überhaupt. Häufig wurde mit Erfolg Jodkalium gegeben. In einzelnen Fällen hat man auch eine entsprechende chirurgische Behandlung — Incision, Ausschabung etc. — angewandt mit nachfolgender Jodoform- oder Kalomel-salbe. Bei anämischen, sehr heruntergekommenen Individuen wird man tonisierend verfahren und nebenbei Jodeisen gebrauchen lassen. Selbstverständlich ist von jeder verstümmelnden Operation abzusehen.

Der Vortragende hat folgende zwei Fälle beobachtet. Die 2 $\frac{1}{2}$ -jährige Patientin, deren Vater an Orchitis gummosa litt und deren Mutter Plaques muqueuses hatte, hat im Alter von $\frac{3}{4}$ Jahren an *Coryza specifica* gelitten. Ein spezifisches Exanthem wurde durch eine antisiphilitische Kur bekämpft, die jedoch bald abgebrochen wurde. Im Januar 1896 klemmte sich die Patientin an einer Schrankthür den vierten rechten Finger. Es entstand eine langsam sich entwickelnde Entzündung und Eiterung, die recht schmerzhaft war. Am 27. Januar wurde der Nagel entfernt. Die Eiterung sistierte nicht, der nachwachsende Nagel war gleichfalls von Eiter umgeben. Auch dieser wurde entfernt. Im weiteren Verlaufe entwickelte sich eine Schwellung des ganzen Fingers. Die Haut wurde blaurot, dabei war die Schmerzhaftigkeit gering. Jede Therapie war fruchtlos, erst die Anwendung von Unguentum cinereum in Pflasterform brachte in acht Tagen Heilung.

Der zweite Fall betraf ein 49-jähriges Fräulein, das als Kind gesund, als junges Mädchen stark bleichsüchtig war. Der Vater ist im Alter von 61 Jahren an Gehirnerweichung gestorben; die Mutter litt viel an Kopfkolik, starb an Lungenlähmung. Die Patientin hat neun lebende Geschwister, die Mutter soll mehrere Male abortiert haben. Bis zu ihrem 44. Jahre war Patientin relativ gesund, dann nahm das Gehörvermögen ab. 1891 litt sie zum ersten Male an Krämpfen, die sich alle Vierteljahre wiederholten und mit Bewusstlosigkeit und Schaum vor dem Munde einhergingen. 1893 entstand ein Geschwür am linken Fuß unter der großen Zehe. Dasselbe war wenig schmerzhaft. Die Haut rötete sich und wurde dünner, das Geschwür brach, nachdem es Pflaumengröße erreicht hatte, auf. Es entleerte sich eine wässrige, gelblich zähe Flüssigkeit. Es schloß sich, um dann wieder aufzubrechen. Ein ähnliches, jedoch kleineres Geschwür entwickelte sich auf dem Fusrücken. Einige Monate später entwickelte sich auf dem rechten Vorderarme eine handgroße, weiche Geschwulst. Die Haut über derselben war unverändert. Eine gewisse Fluktuation war sehr bald nachweisbar. Anfangs 1895 war auch eine Schwellung des linken Zeige- und Mittelfingers zu konstatieren. Es wurde nun Jodkalium und Unguentum cinereum ca. sechs Wochen lang zu Einreibungen gebraucht. Die Geschwulst am Arme wurde kleiner; bei der Incision wurde ein wässriges, flockiges Sekret entleert, wonach völlige Heilung eintrat. An den Fingern trat keine wesentliche Änderung ein, wohl besserten sich die Geschwüre an den Füßen. Anfang Januar 1896 traten aber Ödeme der Unterextremitäten, Luftmangel etc. ein, und der Tod erfolgte am 24. Februar.

4. M. JOSEPH: *Lichen ruber planus* und *acuminatus* mit mikroskopischen Demonstrationen. J. will nicht über das klinische Bild der Krankheit sprechen. Man wird heutzutage wohl kaum einem allgemeinen Widerspruche begegnen, wenn man sagt, daß Lichen ruber eine große einheitliche Krankheitsform ist mit drei Symptomen, und zwar Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus. Auf die klinischen Differenzen geht J. nicht ein, sondern nur auf die anatomischen Eigenheiten. J. hat sich seit etwa acht Jahren mit Untersuchungen über diesen Gegenstand beschäftigt, es ist ihm nicht leicht geworden, das Material hierzu in den verschiedenen Stadien zu bekommen. Herr Prof. LASSAR war so liebenswürdig, ihm in einigen Fällen mit seinem Material zu Hülfe zu kommen.

Was die anatomischen Eigenheiten des Lichen ruber planus betrifft, so hat J. zunächst als erstes Präparat ein solches mit schwacher Vergrößerung aufgestellt, an welchem eine Übersicht über den ganzen Prozess zu gewinnen ist. J. hat immer und immer wieder dasselbe gesehen, eine Lückenbildung, eine Abhebung des Epithels vom Corium, welche J. auch in seinem Lehrbuche angegeben, und die CASPARY zuerst beschrieben hat. In diesen Präparaten sind die Abhebungen deutlich vorhanden. J. hat schon früher einmal auf dem Demonstrationsabend der Gesellschaft (März 1896) Präparate von Lichen ruber verrucosus gezeigt, in welchen dieselbe Abhebung zu konstatieren war. Man könnte sich fragen, ob das nicht vielleicht Kunstprodukte wären. Man sieht aber Leukocyten und fibrinähnliche Fäden in diesen Lücken, so dass wohl nicht daran zu zweifeln ist, es handle sich hier um ein in das Rete abgelagertes Exsudat. Primär entsteht im Corium eine Gefäßerkrankung und perivaskuläre Infiltration, alsdann kommt es zu einer Exsudation und dadurch entsteht diese Lücke in den tieferen Lagen des Rete. Die Differenz zwischen CASPARY und J. besteht nur in der Deutung. Erst später kommt es dann zu einer Infiltration in den Papillarkörper, zunächst auch um die Gefäße herumgelagert. In dem zweiten Präparate war diese Lückenbildung mit reichlichen Leukocyten und fibrinähnlichen Fäden deutlich zu beobachten. Was hat nun diese Abhebung zu bedeuten? J. glaubt, dass nach der Resorption dieses Exsudates die Dellenbildung zu stande kommt, welche wir bei jedem längeren Zeit bestehenden Knötchen finden. Außerdem scheinen ihm durch diese starke Exsudation auch die sicher beobachteten Fälle von Lichen ruber pemphigoides leicht zu erklären.

Zur anatomischen Untersuchung eines Lichen ruber acuminatus gelangte J. durch die Beobachtung einer 34jährigen Dame, welche nur über geringes Jucken zu klagen hatte. Sie zeigte an den dritten Phalangen sämtlicher Finger typische rote folliculäre Knötchen an den Härchen sitzend, genau so wie bei typischen Fällen von Pityriasis rubra pilaris. Dann hatte sie Lichen-planus-Efflorescenzen auf der Wangenschleimhaut und am übrigen Körper ein Gemisch von zahlreichen flachen und spitzen Lichenknötchen. Die typischen Planusknötchen waren über einen großen Teil des Körpers verbreitet. Die Acuminatusknötchen ergaben beim Herüberfahren ein reib-eisenartiges Gefühl. Sie waren besonders zwischen den Mammae, an der inneren Seite der Oberschenkel und am Rücken vertreten. J. beobachtete die Dame zwei Jahre lang, sie erhielt nur 0,5 Acidum arsenicosum und indifferente Salben. Die Erkrankung bildete sich also fast spontan zurück, und als J. die Patientin zuletzt sah, waren am Körper nur noch eine große Anzahl brauner Pigmentierungen vorhanden, welche den früheren flachen und spitzen Knötchen entsprachen. Von dieser Patientin stammten die übrigen sechs demonstrierten Präparate der Acuminatusknötchen in den verschiedenen Stadien. Mit der Publikation hat J. deshalb gezögert, weil er erst durch seine Untersuchungen über den Lichen ruber verrucosus auch Klarheit über den Vorgang bei den Acuminatusknötchen gewonnen hat. Eben wie dort zuerst eine außerordentlich stark entwickelte Acanthosis besteht, welche später einer fast normalen Hornschicht Platz macht, ebenso spielt sich der Vorgang bei dem Acuminatusknötchen ab. In dem dritten Präparate demonstrierte J. ein frisches, etwa vier Wochen nach Erscheinen exstirpiertes Knötchen, und hier trat die Hornschicht, stark gewuchert sehr plastisch über die Oberfläche hervor. In dem nächsten Präparate, welches von einem nach etwa fünfmonatlichem Bestande exstirpierten Knötchen stammte, fand sich das Stratum corneum atrophisch, die ganzen oberflächlichen Epidermisschichten machten einen fast normalen Eindruck, vor allem aber fiel ein starkes Infiltrat zwischen der inneren und äußeren Wurzelscheide auf. Auch hier war die Abhebung der Epidermis vom Corium angedeutet, aber lange nicht so stark wie beim Lichen ruber planus.

Beim Lichen ruber verrucosus ist die Abhebung ebenfalls angedeutet, aber lange nicht so stark wie beim Planus. Nun entwickelt sich das Infiltrat beim Lichen ruber acuminatus zwischen innerer und äußerer Wurzelscheide weiter. Man findet in diesem Infiltrat hauptsächlich mononukleäre Leukocyten, einige Mastzellen und mehrere Riesenzellen. Im fünften Präparate war eine solche Riesenzelle bei schwacher und im sechsten Präparate waren zwei Riesenzellen bei starker Vergrößerung eingestellt. Beim Lichen ruber acuminatus waren die Mastzellen nicht sehr zahlreich, beim verrucosus dagegen sehr zahlreich, und zwar innerhalb des Infiltrates.

Von einem großen Interesse nicht nur klinisch, sondern auch anatomisch waren die Beziehungen dieses Falles zu der Pityriasis rubra pilaris. Es fanden sich in J.'s Falle Hornzapfenbildungen, wie sie bisher immer als charakteristisch gerade für die Pityriasis angesprochen wurden. Dieselben saßen, wie aus dem siebenten Präparate ersichtlich, genau so wie in dem von LEWIN publizierten Falle, in dem Follikeltrichter der Wollhaare. Diese waren bedeutend erweitert, und die dadurch entstandene Röhre war mit Hornmasse angefüllt. Schließlich hinterläßt der Prozeß, wie in dem achten Präparate demonstriert wurde, eine sehr starke Pigmentierung, und nur im oberen Teile des Coriums ist noch eine geringe Infiltration zu konstatieren, in welchem neben zahlreichen Spindeln nur noch wenige Leukocyten zu finden sind.

Ähnlich sind die schon früher von J. mitgeteilten Befunde beim Lichen ruber verrucosus. Zunächst nimmt hier die Acanthosis beträchtliche Dimensionen an, und das im Corium befindliche Infiltrat ist ganz unregelmäßig ausgebreitet. Später organisiert sich dasselbe gewissermaßen, die Granulationszellen ordnen sich in fast einander parallelen Reihen an, welche durch feine Kapillaren voneinander getrennt sind. Mastzellen sind ebenfalls sehr reichlich zu finden, und die ehemals stark hypertrophische Hornschicht ist fast auf das normale geschwunden. Eine Erscheinung kommt allen drei Symptomengruppen des Lichen gemeinschaftlich zu, das sind Retentionscysten der Schweißdrüsen, die schon UNNA beim Lichen obtusus beschrieben hat.

Im Wesentlichen kann man aber sagen, daß auch nach den anatomischen Untersuchungen eine sehr große Übereinstimmung in diesen drei Symptombildern besteht. Man kann auch anatomisch sagen, der Lichen ruber scheidet sich in drei Gruppen: den Lichen ruber planus, acuminatus und verrucosus.

Diskussion.

Herr KÖBNER hat zwei Abbildungen mitgebracht von einer Abhandlung, die er im April 1887 in der *Berl. Klin. Wochenschrift* veröffentlicht hat von Lichen ruber planus, als auch von Lichen acuminatus. Die Frau, von der die Präparate stammen, litt an einem sehr vorgerückten Stadium des Lichen acuminatus, und in den Präparaten aus einem ihr nach etwa zweijährigem Bestehen des Lichen ruber entnommenen Hauptstücke sah man höchst entwickelte anatomische Veränderungen, die sich außer reichlicher perivaskulärer Zelleninfiltration um das obere und tiefere Gefäßnetz und minder reichlicher, aber in der ganzen Cutis diffundierter, wengleich in der oberen Hälfte vorwiegender Infiltration von Rund- und mehr noch von Spindeln, durch Zunahme der Hornschicht der geblähten und sich abblätternden Epidermis abnorme Verhornung des wenig gewucherten Rete Malpighii und Epidermiskugeln innerhalb jener, und durch teilweise Atrophie der Papillen, eine ganz erhebliche, um das Vier- bis Fünffache gesteigerte Hypertrophie der Talgdrüsen, gleichzeitig auch noch in vereinzelten Resten sichtbarer Hypertrophie der Haarwurzelscheiden, zum größten Teil aber auch schon durch Atrophie der Haarbälge und Ausfallen der Langohärchen auszeichnen.

Er glaubt, daß die Abhebung der Epidermis nie beobachtet ist, wie CASPARY berichtet. Da er sowohl wie BESNIER auf dem Standpunkte stehen, daß es sich um

einen neurotischen Prozefs handle, so stelle er an den Vortragenden die Frage, ob er durch bestimmte Färbungsmethoden eine Veränderung der peripheren Nerven beobachtet habe, oder ob er jemals Bakterien in größerer Menge gefunden habe.

Herr JOSEPH hat in allen Präparaten die Lückenbildung gesehen, deshalb ist er der Ansicht, daß dieselbe etwas mit dem Prozefs zu thun habe, zumal da er dieselben Lücken auch beim Lichen ruber verrucosus gesehen hat.

Was die Färbung der Nervenendigungen betrifft, so ist keine Methode bis jetzt bekannt, nach der man die Nervenendigungen färben kann. Die EHRLICHsche Methode kann nur an Lebenden ausgeführt werden. Auch sei es ihm nicht gelungen, Bakterien bestimmter Art zu konstatieren.

Herr LEDERMANNS glaubt, daß nach KÖBNERs Ansicht es sich um einen entzündlichen Prozefs handle, während JOSEPH es für einen epithelialen Prozefs hält. Auch er habe bei seinen Untersuchungen keine Nerven finden können; nach ihm beginnt der Prozefs im Corium.

Verhandlungen

der ungarischen dermatologischen und urologischen Gesellschaft in Budapest.
Sitzung vom 6. Februar 1896.

1. Ein Fall von eigentümlicher Hauterkrankung, von SCHWIMMER. Die derzeitige Erkrankung datiert seit zwei Monaten, indem sich auf beiden oberen Extremitäten und hauptsächlich auf beiden Unterarmen gruppenweise stecknadelkopfgroße juckende warzige Gebilde entwickelten. Vor 1½ Jahren war Patient bereits mit einer Sklerose auf der Klinik in Behandlung, welche sich auf Quecksilberinspritzungen zurückbildete; damals schon waren ähnliche Efflorescenzen vorhanden. An Stelle derselben verfärbte sich die Haut rötlich, welche Röthe sich erst nach langer Zeit mit der normalen Haut ausglich. Status praesens: Auf dem rechten Unterarm, hauptsächlich auf der Innenfläche, mit Ausnahme einzelner freier Inseln, ist die Haut rotbräunlich verfärbt, woselbst zahlreiche stecknadelkopfgroße, mit einem roten Hof umgebene Efflorescenzen sichtbar sind, stellenweise in kleine Pustelchen verwandelt, stellenweise exkorierte Kratzeffekte, deren Basis infiltriert ist. Auf dem oberen Drittel und der äußeren Fläche des rechten Unterarmes sind gruppenförmige Exkoriationen, welche zum Konfluieren neigen. Ähnliche Veränderungen in milderem Grade sind auf dem linken Unterarme. SCH. spricht sich vorläufig über die Diagnose nicht aus.

2. Ein Fall von Blaseninsuffizienz, mit unwillkürlichem Harnlassen verbunden, von FELEKI. Der 36jährige Kranke leidet seit 1¼ Jahren an unwillkürlichem Harnlassen, welches durch Insuffizienz und Schlahheit der Schließmuskel verursacht ist. Die Harnorgane zeigen keine lokalen Veränderungen. Es besteht rechtsseitige Oculomotoriuslähmung. Die Erkrankung ist auf eine Gehirnaffektion zurückzuführen, deren ätiologisches Moment nicht mit Bestimmtheit zu konstatieren ist, nach Annahme des Nervenarztes mag es sich um eine beginnende Periencephalitis handeln. Dieses unwillkürliche Harnlassen tritt weniger häufig auf durch regelmäßiges Cathétérismus, und die Menge des Residualharns nimmt bedeutend ab.

BAKÓ konnte dem Vortrage nicht deutlich entnehmen, ob der Kranke den Urin nicht halten kann, oder ob er an häufigem Harndrang leidet. Denn, wenn z. B. der Kranke häufig uriniert, haben wir es mit einem nervösen Individuum zu thun, oder mit jemandem, der viel Wasser trinkt. Es wäre wünschenswert, noch nähere Daten vom Nervenarzte einzuholen.

HAVAS wollte eigentlich auch dieselben Fragen stellen, möchte aber noch wissen, ob die Anamnese nicht einige Anhaltspunkte bietet für vorhergegangene Blennorrhoe oder Onanie. Er hält es auch für wahrscheinlich, daß es sich um eine Erkrankung des Zentralnervensystems oder um eine reflektorische Neurose handelt.

FELEKI bemerkt hierzu, daß der Kranke nicht an häufigem Harndrang, sondern an unwillkürlichem Harnlassen leidet. Der Nervenarzt stellte ihm keine weiteren Daten zur Verfügung. Der Urin des Kranken ist ganz normal.

BAUMGARTEN fragt, ob der Kranke nicht etwa an einer chronischen Intoxikation laboriert; er hatte Gelegenheit, einen solchen Fall zu beobachten.

FELEKI konnte keinerlei Art von Intoxikation konstatieren.

MEISELS hatte auch Gelegenheit, Fälle von Blasenatonie zu beobachten, bei denen er die Ätiologie der Erkrankung nicht eruieren konnte.

ALAPI ist der Ansicht, daß dieser Casus unter diejenigen einzureihen ist, bei denen wir mit bestem Willen die Ursache des Blasenleidens nicht eruieren können.

BAKÓ bemerkt noch, daß Atonie auf diesen Fall nicht anwendbar ist. Denn bei Atonie der Blase ist auch Atonie des Darmtraktes vorhanden, und die Kranken klagen über unregelmäßigen Stuhlgang; nun haben wir aber von dem allen nichts gehört.

FELEKI bemerkt schließlic, er habe diesen Fall hauptsächlich aus therapeutischem Interesse besprochen, währendem die Herren stets die Ätiologie des Falles erörterten.

3. Ein Fall von hochgradiger Striktur mit Cystitisercheinungen, von FELEKI. Der Fall ist bloß vom therapeutischen Standpunkte aus interessant. Der 35jährige Kranke hat eine hochgradige kallöse Striktur in der Mitte der Pars cavernosa und in der Gegend des Bulbus, welche bereits Retentio urinae verursachen. Er konnte bloß mit dem Lefortschen Instrument die hintere Striktur bis auf No. 21 Ch. dilatieren. Eine nicht armierte Sonde konnte er einestells wegen der resistenten Striktur, andererseits wegen der falschen Wege nicht benutzen, es wäre daher eine Urethrotomie angezeigt gewesen. Der Kranke willigte aber in eine Operation nicht ein. Nachdem die Cystitis einer Behandlung unterzogen werden mußte, konstruierte er nach Muster des Lefortschen Instrumentes einen Katheter, mit welchem er die Blase gewaschen, worauf sich die bereits hochgradigen pathologischen Veränderungen der Blase in Zurückbildung befinden.

SCHWIMMER fragt, welche Nummer der Katheter einführbar ist.

FELEKI erwidert, nur das Lefortsche Instrument.

BAKÓ ist der Ansicht, wo wir im stande sind, mit einem Lefort einzudringen, da ist es auch möglich, mit einem gewöhnlichen Katheter; er findet es auffällig, daß FELEKI eine Stahlsonde No. 21 Ch. einführte und dies mit einem entsprechenden Katheter nicht erreichen konnte.

MEISELS fragt, warum FELEKI nicht einen Katheter à demeure einführte, wenn er im stande ist, ein Filiformis einzuführen?

ALAPI ist der Ansicht, es wäre bei diesem Falle ein komplizierter Katheter eben nicht notwendig. Man trachte, mit ein als No. 20 Ch. dünneren Sonde olivair, durch welche eine Mandrine gezogen ist, oder mit tunnellierte Katheter sein Ziel zu erreichen.

BAUMGARTEN macht FELEKI aufmerksam, daß, wenn auch die externe Urethrotomie stattgefunden hätte, später die Sondierung doch erfolgen muß.

BAKÓ macht noch einmal die Bemerkung, daß, wo eine Stahlsonde eingeführt werden kann, dasselbe auch mit einem Katheter geschehen kann, wenn derselbe eine gleiche Krümmung hat.

FELEKI bemerkt, wenn wir eine Bougie filiformis einführen, wir dem Kranken schaden können. Was die Blasenwaschungen anbelangt, giebt er zu, daß er auch eine andere Methode hätte anwenden können, aber der Kranke wollte sich einer anderen nicht unterwerfen.

4. Ein Fall von Argyrose der Harnröhre, von FELEKI. Die Harnröhre des

34jährigen Kranken wird bereits seit zehn Jahren behandelt. Der Ursprung war eine Blennorrhoe, zu der sich die Erkrankung der Prostata und der Samenbläschen gesellte. Das Resultat der jahrelangen Lapisbehandlung ist eine grau-schwärzliche Verfärbung des verdickten Harnröhrenepithels. Auf Sondierungen und Jodtinktureinpinselungen löst sich das verdickte Epithel in Form von Filamenten ab, und diese Filamente zeigen auch unter dem Mikroskope die Zeichen der Argyrose. Die angegebene Behandlung besserte bereits den Zustand. Das Prostataleiden behandelte er mit dem Prostatamassator, worauf sich auch dieses bedeutend besserte.

RÓNA fragt nun FELEKI, ob er mit dem Instrumente ebensosicher die Prostata abtastet, als mit dem Finger? Ob er sicher darin ist, wenn er mit dem Instrumente massiert, bloß die Prostata massiert?

FELEKI nimmt dieses mit Bestimmtheit an.

RÓNA machte die Erfahrung, wenn man noch so gut mit einem Instrument eingeübt ist, die Abtastung der Prostata doch nicht so sicher geschehen kann, wie mit dem Finger.

BAKÓ beantragt, die Diskussion über den Prostatamassator auf eine andere Zeit zu verschieben.

5. Ein Fall von Erythema scarlatiniforme, von TÖRÖK. T. stellt einen Fall von typischem Erythema scarlatiniforme vor, welches durch einmaliges Einreiben von Unguentum cinereum auf die Schamgegend hervorgerufen wurde.

RÓNA beobachtete auch einen ähnlichen Fall.

6. Ein Fall von Urethritis und Prostatitis nonblennorrhoeica, von RÓNA. Man kann annehmen, daß in beiläufig $\frac{1}{2}, 0\%$ aller Urethritiden solche vorkommen, die nicht durch Gonokokkeninfektion entstanden sind. Er will nicht auf alle Fälle der Litteratur eingehen, will bloß bemerken, daß außer den von AUBERT (1884) und BOCKHART (1886) als Pseudoblennorrhoe beschriebenen Fällen noch anderweitige, nicht-blennorrhoeische Urethritiden vorkommen, deren Ätiologie bis jetzt noch unbekannt ist. Von diesem Standpunkte betrachtet, ist auch der Kranke vorgestellt.

Der 26jährige Buchbinder ist seit neun Monaten verhehlicht, hatte außer Ehe keinen geschlechtlichen Verkehr und bis jetzt noch keine blennorrhoeische Erkrankung durchgemacht. Derselbe meldete sich am 6. Dezember 1896 mit Harnröhrenfluß, welcher seit $2\frac{1}{2}$ Wochen anhält. Im Anfange waren Schmerzen während der Erektionen und des Urinierens vorhanden, welche seit $1\frac{1}{2}$ Wochen sistieren. Seit $1\frac{1}{2}$ Wochen benutzte Patient Hydrargyrum-salicylicum-Einspritzungen. In der Familie kam Tuberkulose nicht vor. — Die Untersuchung ergibt minimales Sekret. Die erste Portion des Urins ist leicht getrübt mit vielen Filamenten, zweite Portion rein. Die mikroskopische Untersuchung weist keine Gonokokken nach, bloß zahlreiche Eiterkörperchen und Pflasterepithel. Am 27. Dezember entwickelte sich eine Urethrocystitis und Prostatitis follicularis. Während zweimonatlicher Beobachtung wurde das Sekret der Harnröhre fünfmal, das Prostatasekret öfter auf Gonokokken und Tuberkelbacillen, und stets mit negativem Resultate untersucht. Das cervikale und urethrale Sekret seiner Frau wurde sowohl mikroskopisch, als auch kulturell auf Gonokokken untersucht, ebenfalls mit negativem Resultate.

SCHWIMMER und MEISELS beantragen, die Diskussion der Pseudoblennorrhoe auf eine andere Zeit zu verschieben.

HAVAS hält die fünfmalige Gonokokkenuntersuchung nicht für ausreichend, um bei einer in Abheilung begriffenen Urethritis die Annahme einer Pseudoblennorrhoe machen zu können.

RÓNA hält in ähnlichen Fällen die drei- bis viermalige Gonokokkenuntersuchung für genügend.

7. Ein Fall von extragenitaler Infektion, von BASCH. Der 14jährige Kellner giebt an, daß er vor zwei Monaten auf der rechten unteren Bauchdecke einen Abscess bekam, welcher unter Jodoformbehandlung vor zwei Wochen heilte. In dieser Zeit bemerkte er auf dem Kopfe kleine Efflorescenzen und seit einer Woche zunehmende Kahlheit. Zur Zeit bestehen Kopfschmerzen, außerdem hat er ein starkes Jucken auf dem ganzen Körper. Patient schläft stets mit seinem Bruder, der auf dem Penis ein Geschwür hat. — Status praesens: Auf der Kopfhaut zahlreiche ausgebreitete Kahlstellen, woselbst die Haut teilweise graubraun pigmentiert ist, teilweise weiß und glänzend. Auf der allgemeinen Decke fleckiges Exanthem. Im rechten Hypochondrium parallel zum Inguinalkanale eine 3,5 cm lange und 2 cm breite rot-bräunliche, vom Niveau der Haut emporragende harte Infiltration. Allgemeine Adenopathie. Ausgebreitete Scabies. — Der Fall besitzt in ätiologischer Beziehung und wegen der frühzeitigen und hochgradigen Alopecie ein Interesse.

A. Aschner-Budapest.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 25. Heft 2. 1896.

I. Weitere Studien über Trichophytonpilze, von B. KRÖSING-Stettin. (Schluß.) Das Gesamtergebnis seiner Untersuchungen giebt Verfasser in folgenden Schlusssätzen wieder:

1. Die SABOURAUDSche Einteilung der Trichophytonpilze in groß- und kleinsporige (megalosporon und mikrosporon) scheint ungerechtfertigt. Die Sporengröße ist bei demselben Pilz und in derselben Kultur innerhalb weiter Grenzen wechselnd. Damit fällt zugleich die auf die Sporengröße der Pilze basierte Einteilung der menschlichen Trichophytien nach ihrer Lokalisation. (Trichophytien der Kopfhaut, des Bartes, der unbehaarten Haut.)

2. Zum Vergleich sind nur aus einer Spore bzw. einem Mycelgliede gewachsene Kulturen verwendbar. Nur solche dürfen als Reinkulturen in bakteriologischem Sinne gelten.

3. Die Gewinnung einzelner Mycelglieder gelingt am besten und schonendsten durch anhaltendes energisches Schütteln von Kulturpartikeln in sterilem Wasser. Die Verreibung von Haaren, Schuppen, Krusten, Eiter etc. mit Kieselsäure nach KALL ist für viele Fälle nicht anwendbar, die Verteilung von Luftmycel in Wasser mit eventuellem Zusatz von Alkohol nicht selten erfolglos.

4. Aus einer Affektion ist nur ein Pilz zu gewinnen, der der Erreger ist.

5. Der Versuch, die Trichophytonpilze durch mikroskopische Untersuchung von Kulturen zu unterscheiden (FURTHMANN und NEEBE) ist wegen der Mannigfaltigkeit von Generations- und Fruktifikationsorganen in ein und derselben Kultur und wegen der Inkonzanz derselben zu verschiedenen Zeiten oder bei Wiederholung der Kultur aussichtslos.

6. Dagegen scheint der makroskopische Vergleich von unter möglichst gleichen Bedingungen gewachsenen Kulturen geeignet, diese Unterscheidung zu ermöglichen.

7. Unter gleichen Bedingungen ist namentlich zu verstehen: Gleichartigkeit des Nährbodens, Gleichartigkeit der Temperatur, gleiches Alter, gleicher Feuchtigkeitsgehalt der umgebenden Luft.

8. Verschiedenheit eines dieser Faktoren verändert das Kulturbild und macht es zum Vergleich ungeeignet.

9. Die charakteristischste und zum Vergleich geeignetste ist, wenn auch alle gewöhnlichen künstlichen Nährböden dem Trichophyton genügen, doch die Kartoffelkultur, und zwar kann man gesunde Kartoffeln derselben Ernte für den vorliegenden Zweck als gleichartigen Nährboden ansehen.

10. Nach den Kartoffelkulturen ließen sich die untersuchten Pilze in drei Gruppen teilen:

a) In solche mit trockenem, pulverigem Belag und Braunfärbung der Kartoffel am Bande der Kultur;

b) in ebensolche ohne Kartoffelverfärbung;

c) in solche mit weißem, wollig-wattigem Belag ohne Kartoffelverfärbung.

11. Tiefe und oberflächliche Affektionen (Sykosis und Trichophytia circinata) können durch den gleichen Pilz verursacht sein.

12. Es giebt Eiterungen, durch Trichophyton allein bedingt.

13. Es ist bisher unmöglich, aus dem klinischen Bilde einer Trichophytie auf den zu Grunde liegenden Pilz zu schließen.

14. Verschiedenartigkeit im Nährboden, wie im Alter von zur Anlegung von Kartoffelkulturen benutzten anderweitigen Kulturen desselben Pilzes war bei den von mir untersuchten Pilzen belanglos für das neue Kartoffelkulturbild.

15. Die von mir untersuchten Pilze wuchsen ebensowohl auf stark angesäuerten, wie auf stark alkalisirten Nährböden, ebensogut bei Sauerstoffabschluss, als bei Sauerstoffzutritt und veränderten nicht die Reaktion der Nährböden.

16. Bei elf Meerschweinchen, die mit Pilzen verschiedener Provenienz epidermidal geimpft wurden, entwickelte sich in keinem Falle das klinische Bild der Sykosis; subkutane Einverleibung von Pilzmaterial hatte in wiederum elf Fällen ausnahmslos Knotenbildung zur Folge; die weitere Entwicklung entsprach jedoch nicht dem klinischen Bilde menschlicher Sykosis.

II. Zur Serumtherapie der Syphilis, von Dr. MÜLLER-Kannberg. In Prof. LEWINS Klinik wurden Ende des Jahres 1895 Versuche mit Injektionen von Pferdeserum gemacht, um den Einfluß derselben auf die Syphilis kennen zu lernen. Das Serum wurde von der Schering'schen Fabrik zuerst mit einem Zusatz von 5, später 4%igem Trikresol steril geliefert. Zwölf Patienten wurden damit behandelt. Fast alle erkrankten einige Tage nach Beginn der Behandlung an mehr oder weniger schweren Allgemeinerscheinungen; insbesondere universellen Erythemen- und Urticariaauschlägen, welche vielfach zwangen, die Injektionen wieder einzustellen und die übliche Syphilistherapie einzuschlagen. Im ganzen ergaben die gemachten Versuche, daß die Behandlung mit Pferdeserum auf die Symptome der Syphilis keinen besonderen Einfluß ausübe.

III. Über einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesichte, von K. ULLMANN - Wien. Die 40jährige, früher stets gesunde Frau zeigte bei ihrem ersten Besuche in der Poliklinik des Herrn Dr. H. v. HERRA im Jahre 1892 etwa 4—5 hanfkorn- bis kleinerbsengroße, halbkugelige, blauschwarze Hervorragungen, und zwar an der Wange über dem Jochbein, ferner auf der Stirn und an der Grenze zwischen Haut und Schleimhaut der Oberlippe je eine noch kleinere derartige Neubildung. Außerdem fanden sich im Bereiche des Gesichtes, Halses und Nackens mehrere verschieden, erbsen- bis über bohngroße, verschieden gestaltete, teils warzige, teils auch pigmentierte und mit Haaren besetzte Muttermaler. Die Patientin giebt an, daß die Tumoren erst kürzlich aufgetreten und rasch gewachsen sind. Dieselben verursachten keinerlei Schmerzen. Die anderen Organe waren normal. Zum

Zwecke der Untersuchung wurde ein Knötchen excidiert. Die Patientin erhielt, da man an eine Melanombildung dachte, innerlich Arsenpillen. Im Laufe der nächsten zwei Jahre hatten sich die Tumoren außerordentlich stark vermehrt. An der linken Gesichtshälfte, die vorzugsweise befallen war, konnte man allein an 50 Efflorescenzen zählen, von denen die größte erbsengroß mitten auf der Wange saß, die kleinsten und jüngsten wie dunkelrote bis blaurote erweiterte Gefäßreiser aussahen. Im übrigen herrschte die größte Verschiedenheit bezüglich der Form, Größe, Prominenz, Farbe und Konsistenz der Tumoren. Fast alle fühlten sich derb elastisch an, wie wenn sie mit einer zähen Flüssigkeit prall gefüllte Blasen wären.

Im Jahre 1895 wurde abermals eine Excision eines größeren Tumors gemacht. Sowohl nach der Untersuchung des ersten, wie des zweiten Tumors konnte ein Sarkom oder eine sonstige maligne Bildung vollkommen ausgeschlossen werden, weshalb dem Wunsche der Patientin, ihr wenigstens einen Teil der Neubildungen zu entfernen, willfahrt werden konnte. Es wurden zu diesem Zwecke einige größere Knoten mit dem spitzen Brenner verkohlt und dabei vorsichtig stets etwas von der gesunden Umgebung mitgenommen. Bei den kleinen, wie mittleren Knoten zeigte sich jedesmal ein Tropfen dunkelrotes, jedoch flüssiges Blut.

Der Verfasser beschreibt im folgenden ausführlich das Resultat der histologischen Untersuchung. Die Befunde waren bei den zu verschiedenen Zeiten im ersten und dritten Jahre der Erkrankung exstirpierten erbsengroßen Knoten vollkommen dieselben. Es handelte sich um die Entwicklung multipler, schubweise aufgetretener, zunächst rein kutaner, fissuraler, kaverneröser Angiome, die wegen ihres geringgradigen, weder nach der Fläche, noch nach der Tiefe über eine gewisse Größe zunehmenden Wachstums als gutartige zu bezeichnen sind. Ganz ungewöhnlich ist das akute, eruptionsartige Auftreten und der Stillstand in der Entwicklung der einzelnen Knoten bei einer gewissen Größe.

Die Frage, ob hier eine primäre Neubildung an Gefäßen vorliegt (Endothel sprossung) oder primäre Ektasie eines Gefäßes mit Hyperplasie der Wand (Hyper trophie mit Dilatation) vermochte Verfasser nicht zu entscheiden, da sich ein Zusammenhang der Geschwulst mit dem normalen Gefäßnetz der Haut weder makro noch mikroskopisch nachweisen ließ.

IV. Zur Ätiologie der Hautwarzen, von SCHÖAL-Efelingen. Verfasser ist in der Lage, über eine Veranlassung zum Entstehen einer Warze berichten zu können. Beim Hantieren mit einer Glasröhre zersprang diese in zahllose Splitter, wobei Verfasser an der Beugeseite eines Fingers einen kleinen Schmerz verspürte. Da aber eine Wunde nicht zu sehen war, so schenkte er der Sache keine weitere Beachtung, wengleich die Stelle auf Druck immer etwas empfindlich blieb. In den nächsten acht Tagen bildete sich an dieser Stelle eine regelrechte Warze, die, abgeschnitten, immer wieder recidivierte, bis sie mit Ätzkali geätzt wurde. Nach zwei Tagen war die Druckempfindlichkeit verschwunden. Der Ätzschorf wurde abgeschnitten, wobei das Messer auf einen harten Gegenstand stieß. Bei genauerer Untersuchung des weggeschnittenen Gewebes fand Verfasser zwei mit dem unbewaffneten Auge kaum wahrnehmbare Glassplitterchen. Die Warze war dauernd beseitigt. Die Glassplitter hatten also einen mechanischen Reiz der Papillen im Corium hervorgerufen, der Reiz hatte zu einer Schwellung derselben und zu vermehrter Bildung von Epidermis an eng umschriebener Stelle geführt.

V. Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen, von E. von DÜRSCH-Konstantinopel. Verfasser will in der Gruppe der polymorphen Erytheme, zu denen Affektionen gezählt werden, die anatomisch und in der Form ihrer Läsionen einander ähneln, ätiologisch aber und in ihrem klinischen Verlauf, in ihrer Benignität, Malignität,

in ihren Komplikationen grundverschieden sein können, einige Ordnung schaffen. Vor allem, betont Verfasser, müßten die idiopathischen einfachen oder primitiven Formen der papulösen oder nodulösen Erytheme, des Erythema iris oder einiger weiterhip blasig werdender Erytheme, von einer ganzen Reihe von Erythemen, die im Entwicklungsmodus und Entwicklungsprozefs jenen vielfach ähneln, aber durchaus nicht mit ihnen identisch sind, getrennt werden, da sie in allen für die Krankheit in Betracht kommenden Faktoren, in Ursache, Läsionen, Symptomen, Verlauf, Dauer, Ablauf etc. genügend Einheitliches aufweisen. Nach den Beobachtungen des Verfassers giebt es eine ganz selbständige, akute, exanthematische Infektionskrankheit, auf die die von HEBRA für das Erythema exsudativum multiforme gegebene Beschreibung paßt. Diese Infektionskrankheit kommt, wie schon RIGLER im Jahre 1852 mitgeteilt hat, in den Provinzen der europäischen Türkei endemisch vor. Verfasser verfügt über ein Material von 105 klinischen Fällen, deren Erkrankungen hauptsächlich in die Herbst- und Frühjahrsmonate fallen. Am zweiten oder dritten Tage der Erkrankung pfllegt das Exanthem aufzutreten. Dasselbe zeigt sowohl, was die Formen und die Farbe der Efflorescenzen, als auch was die Phasen ihrer Entwicklung betrifft, eine große Polymorphie. Die hauptsächlichsten Grundformen kann man als die papulöse und als die vesikulöse bezeichnen. Es bilden sich der Häufigkeit nach auf dem Handrücken, Gesicht (besonders Stirn), Sterno-Klavikulargegend, Nacken, Hals (seitliche Partien), Knien, Unterschenkeln, Fußrücken, sehr selten am Thorax, bald hochrota, bald etwas livide, bald — besonders bei dunkler Hautfarbe — rotbraune, runde Erhabenheiten von oberflächlichem Sitz. Innerhalb von 24 Stunden wachsen die Knötchen peripher, während das Zentrum sich leicht abflacht und eine im Beginn nur schwach cyanotische Färbung annimmt. In den nächsten 2—3 Tagen dauert das periphere Wachstum fort, und die zentrale, nunmehr deutlich ausgesprochene cyanotische, auf das normale Niveau der Haut eingesunkene Partie macht den bei weitem größeren, von einem roten Saum begrenzten Teil der Läsion aus. Häufig kommt es zur Konfluenz benachbarter Läsionen, wobei meist regelmäßig ovale oder runde Kreise entstehen. In dieser Phase der Entwicklung findet man die Formen des sog. Erythema papulatum, marginatum, gyratum wieder. Zuweilen tritt innerhalb des blau verfärbten Zentrums ein neues Knötchen mit demselben Verlauf auf, wir haben dann das Bild des Erythema iris. In anderen Fällen bilden sich, so besonders an der Stirn, herpesähnliche Efflorescenzen, die so ziemlich dieselben Veränderungen durchmachen, wie die Knötchen. Alle Formen können sich an demselben Individuum vorfinden. Nach 10—12 Tagen ist der Prozefs abgelaufen, in seltenen Fällen treten während der ersten Eruption neue Nachschübe auf, durch welche die Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes größer wird; häufiger sind Nachschübe nach Ablauf der ersten Eruption. Jede einzelne zurückgebildete Efflorescenz läßt sich noch wochenlang durch eine Pigmentation nachweisen. — Im folgenden beschreibt der Verfasser die Besonderheiten des Exanthems nach den einzelnen Regionen, das Aussehen der Schleimhäute, besonders des Mundes und Rachens, eine Conjunctivitis exanthematica, von der mehr als drei Viertel aller Fälle ergriffen waren, und giebt dann eine zusammenhängende Symptomatologie des Erythema exsudativum multiforme Hebrae, um zu zeigen, daß dasselbe ganz den Charakter einer akuten, exanthematischen Infektionskrankheit mit Inkubation, Invasion, Eruption und Ablauf nach einer bestimmten Zeit habe und auch die objektiven und subjektiven Allgemeinerscheinungen einer Infektion aufweist.

(Fortsetzung folgt.)

VI. Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf das Jahr 1894, von R. LEDERMANN und RATKOWSKI-Berlin. In dem allgemeinen Teil stellen die Verfasser Referate über Reagentien, Härtung, Fixierung,

Einbettung, Konservierung, Differenzierung etc. zusammen. Wie die früheren, so werden auch die vorliegenden Arbeiten der Verfasser dem mikroskopierenden Dermatologen ein nützliches Hilfsmittel sein.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band III. Heft 3. 1896.

I. Zur Histogenese der weichen Hautnaevi. Metaplasie von Epithel zu Bindegewebe, von E. KROMAYER-Halle. Über die Natur der weichen Naevi herrschen zur Zeit verschiedene Ansichten. Die alte Anschauung von RECKLINGHAUSEN, daß die den Grundstock dieser Geschwülste bildenden, endotheliomartig angeordneten Zellmassen von den Endothelien der Lymphgefäße abstammen, wird von der Mehrzahl der Autoren wie RIBBERT, O. ISRAEL, LUBARSCH, BAUER geteilt, während nur ein einziger, DELBANCO, sich für UNNAS Ansicht aussprach, der die Zellmassen als Abkömmlinge der Epithelien von Epidermis, Haarbälgen und Schweißdrüsen ansah. Verfasser hat bei seinen im Jahre 1892 angestellten Untersuchungen über die Natur der Naevizellen die Neubildung von elastischen Fasern in den fraglichen Zellkomplexen konstatiert und auf Grund dieses Befundes sich damals gegen UNNAS Anschauung erklärt. Die jüngst vom Verfasser gemachten Studien über das Pigment der Naevi ergaben jedoch als wesentliches Resultat, daß in zahlreichen Naevi thatsächlich Abschnürungsprozesse an den Epithelien der Epidermis stattfinden, die in direkten Beziehungen zu den fraglichen Zellnestern und Strängen des Naevus stehen. Verfasser glaubt nunmehr UNNAS Ansicht unterstützen zu können.

Im folgenden werden die Untersuchungen und die Ergebnisse, die den Verfasser von dem einen Standpunkte zu dem anderen geführt haben, eingehend detailliert und am Schlusse dahin resumiert:

1. Die endotheliomartig angeordneten Zellmassen, die „Naevizellen“ der weichen Naevi, stammen von den Epithelien der Epidermis ab.

Damit soll nicht gesagt sein, daß vom Epithel der Haarbälge und Schweißdrüsen nicht auch Tumoren mit Naevistruktur ausgehen könnten; im Gegenteil hat Verfasser solche im mittleren und unteren Drittel der Cutis liegende Tumoren untersucht. Die sog. „weichen Naevi“ sind aber wesentlich ganz oberflächliche Geschwülste, die in die Cutis propria nicht eindringen und vom Deckepithel oder auch von obersten in der Cutis vasculosa liegenden Abschnitten der Knäueldrüsen und Haarbälge abstammen.

2. In den erwähnten Zellmassen werden elastische und Bindegewebsfasern neu gebildet.

3. Diese Bindegewebsentwicklung geht von den Naevizellen selbst aus.

4. Daraus folgt, daß während des postembryonalen Lebens in den Naevi eine Metaplasie von Epithelzellen in den Bindegewebszellen statthat.

Für die theoretische Auffassung von Epithel- und Bindegewebe sind diese Ergebnisse von Interesse; für die Stellung der Alveolarcarcinome und Sarkome, besonders derjenigen, die aus den Naevi hervorgehen, ist dadurch eine neue Sachlage geschaffen, denn die Naevizellen können mit derselben Berechtigung als Epithelzellen, von denen sie abstammen, wie als Bindegewebszellen, deren Eigenschaft sie angenommen haben, aufgefaßt werden.

II. Ätiologische Studien über Lepra besonders in Island, von E. EHLERS-Kopenhagen. Mit einer ausführlichen, sehr interessanten Geschichte des Aussatzes leitet der Verfasser seine umfangreiche, außerordentlich anregende Arbeit ein. Eine besondere Berücksichtigung findet die Geschichte des Aussatzes auf Island. Wir entnehmen derselben, daß der Aussatz auf Island und ebenso in Norwegen und Däne-

mark geschichtlich sich nicht weiter als bis zum Schlusse des zwölften Jahrhunderts zurück verfolgen läßt. Demnach entbehrt die Annahme einiger Autoren, die Lepra sei schon vor Beginn der Kreuzzüge auf Island bekannt gewesen, der Begründung. Island hat seine ersten Bewohner und wahrscheinlich seinen ersten Aussatz von Norwegen bekommen. Es ist besonders der südwestliche, vom Fremdenverkehr zumeist in Anspruch genommene Winkel der Insel, welcher immer zuerst und am stärksten von den Epidemien heimgesucht wurde und auch gegenwärtig der hauptsächlichste Sitz der endemischen Lepra ist.

Der Verfasser bespricht weiter die Geschichte des Aussatzes im 19. Jahrhundert besonders auf den Sandwichsinseln, die Lepraepidemien in der Provinz Alicante (Spanien), auf Kap Breton (Kanada), in Louisiana und in Riga, den Einfluß der Wohnung, der Nahrung auf die Entstehung und die Verbreitung der Lepra auf Island. Auf Grund von 119, in kurzen Auszügen angeführten, vom Verfasser auf Island persönlich untersuchten Leprafällen wird die Behauptung aufgestellt, daß die Lepra eine ansteckende und nicht erbliche Krankheit sei. Aussätzige Frauen können selbst im Endstadium ihrer Krankheit gesunde Kinder zur Welt bringen.

Verfasser beschäftigt sich sodann mit der Frage, ob es eine *Lepra frusta sive abortiva* giebt. Er ist geneigt, auf Grund seiner Beobachtungen die Frage in bejahendem Sinne zu beantworten.

ZAMBACO PASCHAS Theorien werden eingehend besprochen und teilweise widerlegt.

Der Verfasser sagt am Schlusse seines lesenswerten Aufsatzes: „Nach dem, was ich auf Island gesehen habe, wäre ich geneigt, mich den Anschauungen ZAMBACO PASCHAS mit Rücksicht auf die Identität der MORVANSchen Krankheit und der mutlierenden Lepra anzuschließen. Ich glaube nicht an die Identität der Sklerodermie und Sklerodaktylie mit der anästhetischen Lepra, und ich werde mich jeder Kritik hinsichtlich der anderen Krankheiten, welche er mit dem Aussatze identifizieren will, enthalten, da ich diese Krankheiten nicht persönlich kenne und auch nicht auf Island gesehen habe. Aber indem ich mich teilweise ZAMBACO PASCHAS Ideen anschliese, wünsche ich in einem Punkte Abstand von ihm zu nehmen, weil ich Kontagionist bin.

ZAMBACO PASCHA ist so freundlich gewesen, mir eine ganz neue Arbeit, in welcher er seine Auffassung auf folgende Weise resumiert, zu senden:

„Die autochthone Lepra besteht heute auch in Frankreich, so wie ich es vor der Akademie und der Société de Dermatologie entwickelt habe, durch Vorzeigen von Photographien und Mitteilungen von Krankenberichten über unbestreitbar Aussätzige, welche in den verschiedenen Departements, welche sie nie verlassen haben und in welchen sie nie in Berührung mit Elephantiasikern gekommen sind, leben. Lepra ist in Frankreich autochthon und zeigt sich so gut wie überall vereinzelt kraft des Atavismus.“

Meine (EHLERS') Konklusionen würde ich lieber so formulieren: 1. Die autochthone Lepra existiert überhaupt nicht. Ich bin so glücklich, mich auf die große Autorität BESNIERS berufen zu können. ZAMBACO PASCHA hat bewiesen, was LÉLOIR betreffs Flandern und Artois vor ihm bewiesen hat, daß der Aussatz noch heute in der Bretagne existiert. Aber er ist uns noch den Beweis für die Existenz des autochthonen Aussatzes schuldig.

2. Daß der Aussatz in Frankreich noch existiert, ist aussätzigen Patienten zu zuschreiben, welche durch zwei Jahrhunderte die Aufhebung der Isolationshospitäler überlebt haben. Man hat den großen Fehler begangen, wie die Geschichte Islands beweist, die Leprosorien vor dem Tode des letzten Patienten zu schließen.

Oder auch — die Möglichkeit liegt vor — das Vorkommen des Aussatzes in

Frankreich in der Gegenwart ist auf die Einführung durch neue Patienten, welche fortgesetzt von jenseits des atlantischen Oceans stattfindet, zurückzuführen.

3. Man kann unmöglich versichern, daß eine Person nie mit Elephantiasikern in Berührung gewesen sei. Versicherungen dieser Art sind wohl vollständig wertlos.

In unseren Tagen sind die Ansteckungsgefahren fast ebensogroß wie im Mittelalter, denn der Fortschritt der Hygiene hat sich hauptsächlich in Europa und Amerika geltend gemacht und viele Europäer bekommen den Aussatz auf den Kreuzzügen, welche die Civilisation in den Kolonien führen muß. Was die Bretagner betrifft, so stehen sie unter anderem in einer lebhaften Verbindung mit Island, was man nicht vergessen sollte, wenn man die Versicherung abgibt, daß sie nie mit Elephantiasikern in Berührung gekommen waren. Jedes Jahr sind ungefähr 4000 französische Fischer auf der Westküste von Island, und der größte Teil von ihnen sind Bewohner der Bretagne. Die fremden Fischer haben vereinzelt kleine, lokale Epidemien der Syphilis, welche übrigens so gut wie unbekannt auf dieser Insel ist, importiert. Vielleicht haben die Isländer ihre Schuld mit Aussatz bezahlt.

4. Der Aussatz ist eine ansteckende Krankheit, bei welcher die Vererbung durchaus keine Rolle spielt. ARMAUER HANSENS Standpunkt ist der richtige.

III. **Einige urologische Hilfsapparate**, von DUFAUX-Berlin. Der Verfasser beschreibt zunächst ein Gefäß zum sterilen Aufbewahren elastischer Katheter und Sonden. Dasselbe besteht aus einem einfachen Glaszylinder, der oben geweitet ist zur Aufnahme einer neusilbernen Platte mit Knopf, welche mit einer Charrièreschen Filière versehen ist. Die Löcher für die häufiger gebrauchten Stärken sind doppelt vorhanden, alle sind je nach ihrem Durchmesser durch entsprechende Nummern der genannten Filière bezeichnet. Nachdem die Katheter gründlich gewaschen und gut abgetrocknet sind (es genügt nach SCHIMMELBUSCH ein einfaches, eine Minute langes Abreiben mit einem nassen und nachfolgendes Trockenreiben mit einem trockenem Tupfer, um sie keimfrei zu machen), werden sie in den Cylinder, ein jeder in das zugehörige Loch der Filière, eingehängt. Das Ganze ist durch einen eingeschlifenen Glasdeckel staubdicht abgeschlossen.

Zur Aufnahme der Einfettungsmasse für die Instrumente empfiehlt Verfasser einen Glyceringießser. Derselbe besteht aus einem massiven Ständer mit schwerem Fuß, auf dem ein Hohlzylinder sich auf- und abbewegt. Der Hohlzylinder trägt oben eine leicht abnehmbare, schräg gestellte Hohlrinne. Das zu gebrauchende Instrument wird in diese Rinne gelegt und mit Glycerin begossen. (N. B. Somit hätten wir außer für die Sterilisierung des Katheters und für die Desinfizierung des vom Verfasser konstruierten Katheterzylinders noch für die penible Reinhaltung und Reinigung des Glyceringießers Sorge zu tragen. Wir bedienen uns eines einfacheren Verfahrens. Wir gießen auf die wohl gereinigte Hohlhand — (die Hände müssen ja beim Manipulieren mit Sonden und Kathetern ohnedies gut sauber sein) — etwas 2^o/oiges Bor-glyzerin, beugen die Hand im Metakarpalgelenk und ziehen den Katheter durch die so gebildete Hohlrinne der flachen Hand. Ref.)

Der im folgenden vom Verfasser empfohlene urologische Untersuchungs- und Operationsstuhl ist eine Modifikation und Vervollkommnung der von Prof. v. FASCI in Wien benutzten urologischen Bank.

Katheterzylinder und Glyceringießser sind bei Reimer, Friedrichstraße 20, der Operationsstuhl bei Spangenberg, Neanderstraße 3, in Berlin zu haben.

IV. **Über einen eigenartigen Fall von Häutung bei einem neugeborenen Kinde**, von H. BRAUNS-Schwerin i. M. Etwa vier Stunden nach der Geburt des Kindes nahm Verfasser an demselben folgende eigentümliche Epidermisbildung wahr.

Das Kind steckte in einem dünnen, bräunlich-gelben, lederartigen Integumentsacke. Dieser Sack zeigt an vielen Stellen, besonders an Hals, Brust und Bauch, Risse, durch welche die darunterliegende gut gebildete Oberhaut zu Tage tritt. An den seitlichen Rumpfteilen, von Armen und Beinen hat sich der Hautüberzug von den Rissen aus vielfach in größeren Schuppen schon abgelöst oder ist im Begriff sich abzulösen. Weiterhin jedoch haftet der Überzug recht fest. Am Gesicht und Kopfe sitzt die Hautdecke im ganzen noch fest und verleiht dem Kinde das Aussehen etwa eines Mulattenkinds. Am folgenden Tage begann ein Abschilferungsprozess, der mehrere Tage anhielt, und nach welchem das Kind ein fast normales Aussehen gewann.

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose des Falles, der mit Beziehung auf die Desquamation folgende Haupteigentümlichkeiten zeigt: 1. das gleichzeitige Befallensein des ganzen Körpers und der Extremitäten;

2. die Integrität der Haut an den abgeschuppten Stellen sofort nach der Schuppung;

3. die Größe der abgepellten Flecke;

4. den intrauterinen Beginn der Affektion.

Danach wird man Ichthyosis congenita, Pemphigus foliaceus, Dermatitis exfoliativa und wohl auch Scharlach ausschließen müssen, wenngleich es an Beispielen von angeborenem Scharlach und Masern in der Litteratur nicht fehlt, und der Gedanke bei der im Winter 1895/96 in Schwerin herrschenden Scharlachepidemie wohl nahe liegt.

Verfasser möchte, da der seltene Fall sich nirgends recht unterbringen lässt, die Affektion eine „Superdesquamatio membranacea“ nennen und dieselbe als eine wirklich krankhafte ansehen. Es handelt sich um eine abnorm gesteigerte Produktion von verhornten Zellen und insofern um eine Art Bildungshemmung, als diese Zellen sich eigentlich schon intrauterin hätten abstossen sollen, sich aber in zusammenhängender Schicht bis zur Geburt erhalten und erst dann ablösen.

V. **Fremdkörper in der Urethra**, von SCHREIBER-Berlin. Verfasser beschreibt einen Fall, in welchem mittelst der RÖNTGENschen Strahlen in der Urethra eines 14-jährigen Knaben eine Haarnadel photographiert worden ist, die wahrscheinlich beim Masturbieren mit ihrem konvexen Teil in die Harnröhre eingedrungen und während der Erektion den Fingern entglitten ist. Der photographische Befund ist von außerordentlicher Klarheit und Anschaulichkeit.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Einiges über Endknöpfe der Nerven, von F. LEYDIG. (*Anatom. Anzeiger* 1895, No. 13.) An der äußeren Wurzelscheide der Tasthaare des Hundes hat Verfasser früher eigentümliche Körper gefunden, die bestanden aus einer kernartigen centralen Substanz, eine „leichte, scharf abgegrenzte Zone“, und die Rindensubstanz. Diese Körper ließen einen Stiel erkennen, in den die kernartige Substanz sich als entsprechend feiner Cylinder fortsetzt. Verfasser war damals geneigt, diese Gebilde als Endknöpfe von Nerven anzusehen, konnte aber nicht den Zusammenhang mit diesen nachweisen. Jetzt haben J. T. WILSON und C. J. MARTIN die gleichen Gebilde gefunden und sie als Ausläufer der Achsencylinder festgestellt, so daß Verfasser seine früher geäußerte Anschauung jetzt bestätigt findet. Das Hyaloplasma des Nerven

verdickt sich am Ende knopfförmig und wird umhüllt von der Fortsetzung der bindegewebigen Wand des Nerven. Es liegen diese Terminalkörperchen in epidermoidalen Gebilden, sind aber nicht solche, sondern senken sich nur in dieselben hinein. Ähnliches hat Verfasser auch in der Bauchhaut des Laubfrosches und im Integument der Urodelen (*Salamandrina perspicillata*) gefunden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über eigentümliche Organe in der Haut einiger Reptilien. Ein Beitrag zur Phylogenie der Haare, von ED. OPPENHEIMER. (*Morphol. Arbeiten*. Bd. V. Heft 3.) Nach den Untersuchungen des Verfassers an einigen Spezies von Reptilien (*Hatteria*, *Crocodylus vulgaris*, *Crocodylus porosus*, *Alligator sclerops*) werden bei denselben innerhalb der Schuppen Gebilde gefunden, welche den ersten Entwicklungsstadien der Haare auffallend gleichen; das Säugetierhaar nimmt demnach seinen Ursprung innerhalb der Schuppe. *H. Einhorn-München.*

Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut spricht MEISSNER in der Berliner medizinischen Gesellschaft. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 10.) Mittels der TÄNZERSCHEN Orceinfärbung hat der Vortragende das Studium der elastischen Fasern in Angriff genommen. Die physiologische Funktion des Fasernetzes sucht derselbe einerseits in der Begrenzung der physiologischen Schrumpfung des Bindegewebes, der Bildung von Spalträumen, andererseits darin, daß es physiologischer Länge- und Gestaltsveränderung entgegenwirkt. In der Verbindung mit den Arrectores pilorum unterstützen die elastischen Fasern die Talgdrüsen und unterhalten sie auch bei der Erschlaffung der Muskeln. Der Vortragende geht dann auf die Anordnung des elastischen Organs in der Haut und dessen Genese ein; die letztere hält er für eine intercelluläre. In anschaulicher Weise schildert er sodann das Verhalten des elastischen Gewebes bei pathologischen Zuständen. Bei Hypertrophien und Bindegewebstumoren ist dasselbe stark entwickelt, ebenso tritt eine Neubildung bei der Vernarbung ein. Beim Lupus, bei der Tuberculosis cutis wird das elastische Gewebe zerstört, nur, wo spontane Vernarbung eintritt, sieht man regenerierte Fasern. Ähnlich verhält es sich bei der Lepra, Syphilis, der Sklerose. Beim Epitheliom ist das Verhalten der elastischen Fasern geeignet, die RIBBERSCHES Auffassung zu widerlegen, daß beim Carcinom die Bindegewebswucherung das primäre, die Epithelwucherung das sekundäre ist. In der Cutis, auch in den durch die Epithelzapfen abgesprengten Teilen, erkennt man an der Dunkelfärbung der elastischen Fasern, daß das Bindegewebe nicht neugebildetes, sondern altes ist. Von Wert ist die Färbung der elastischen Substanz für die Feststellung der Grenzen einer Neubildung und der Ausdehnung mancher pathologischen Veränderung.

VIRCHOW betont, daß er niemals behauptet habe, die elastischen Fasern gingen aus Zellen hervor.

DÜHRESSEN geht auf die Verhältnisse des elastischen Gewebes in der Portio vaginalis ein, dessen Abwesenheit die Rigidität des Muttermundes bedingt. Er hat die Färbung durch Safranin mit Erfolg benutzt. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Funktion der menschlichen Haare, von SIGMUND EXNER. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.) DARWIN erklärt den Wegfall des Haarkleides, ebenso wie die mächtige Entfaltung desselben im Gesichte des Mannes als das Ergebnis der geschlechtlichen Zuchtwahl, da im allgemeinen gegen ausgedehnte Behaarung bei Männern und Frauen ein Widerwille stets herrschte. Jedenfalls sind die Haare des Menschen degenerierte Organe, Residuen aus alter Zeit, deshalb sind sie aber nicht bedeutungslos. MAURER betrachtet sie als degenerierte Sinnesorgane, Analoga gewisser epidermoidaler Bildungen bei Fischen und Amphibien. Jedenfalls sind die Funktionen der Haare an verschiedenen Körperteilen nicht die gleichen.

1. **Das Haar als Tastorgan.** Tasthaare sind die Cilien, deren Haarbalg von einem Ring markhaltiger, korbartig verflochtener Nerven besteht. Eine geringere, aber ausgesprochene Empfindlichkeit zeigen auch die kleinen Haare an den Streckseiten der Extremitäten. Empfindlich sind auch die Augenbrauenhaare. Alle Haare am Auge bilden einen Schutzapparat für dasselbe, indem sie zunächst reflektorischen Lidchluss bewirken und außerdem Schweiß und Staub fernhalten. Sehr unempfindlich sind Kopf, Bart, Achsel-, Urogenital-, Analhaare.

2. **Das Haar als Walze.** An allen Körperstellen, wo zwei Hautflächen bei der Bewegung aneinanderreiben, findet man wirr stehende, krause, nach den verschiedensten Richtungen eingepflanzt, die bei der Bewegung walzenartig um die Achse gedreht werden. Dadurch wird das Aneinandergleiten der Hautflächen erheblich erleichtert.

3. **Das Haar als Temperaturregulator.** Diese bei den Tieren wichtigste Funktion des Haares ist beim Menschen sehr zusammengeschrumpft, sie kommt nur beim Kopfe zur Geltung. Die Haare sind schlechte Wärmeleiter. Außerdem setzen die in feinen Spalträumen zwischen der Hornsubstanz eingelagerten Luftteile den Luftströmungen einen Widerstand entgegen. Bei der gleichmäßigen Anordnung der Haare spielt die Elektrizität eine Rolle. In vielen Pelzen findet man zwei Arten von Haaren, die steiferen, längeren und die weichen, kürzeren. Erstere sind positiv, letztere negativ elektrisch; während also die steiferen, ebenso wie die weicheren untereinander sich abstofsen, ziehen die beiden Gruppen sich gegenseitig an. Dadurch wird der Flaum locker erhalten, die steifen Haare aber werden durch Zug zu den Flaumhaaren herangezogen. Eine große Rolle spielen am Kopfe die Haare als Schutz gegen die strahlende Wärme, wie sie von der Sonne ausgeht. Die Wärme erwärmt zunächst die Haare, die wiederum kraft der großen Oberfläche ihrer Gesamtheit die Wärme leicht wieder ausstrahlt und außerdem durch ihr schlechtes Wärmeleitungsvermögen das Eindringen der Wärmestrahlen in die Haut hindern. Der Verfasser hat experimentell die Werte zahlenmäßig festgestellt und in einer Kurve versinnbildlicht. Die Entstehung des Sonnenstiches bei unbedecktem, behaartem Kopf erklärt sich durch Erwärmung der zwischen den Haaren gelegenen Luft infolge der von den erwärmten Haaren ausgehenden Ausstrahlung.

4. **Das Haar als Schmuck.** Das Haar an Kopf und Bart ist ein Anlockungsmittel für das andere Geschlecht (DARWIN). Das Freibleiben der Stirn von Haaren beruht darauf, daß hier der Schädel durch die Stirnhöhlen vor Temperatureinflüssen geschützt ist und deshalb das Schönheitsgefühl über den Lebensvorteil hier siegen konnte. Der Kampf dieser beiden Momente hat wohl die Grundform des menschlichen Antlitzes bedingt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Progressive Ernährungsstörungen.

Über die Bakteriotherapie der bösartigen Neubildungen und ihre Grundlagen, von GLÜCKSMANN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 5.) In der vorliegenden Arbeit lassen sich zwei Abschnitte erkennen; der erste erscheint als eine geschichtliche Darstellung der Entwicklung der Bakteriotherapie der bösartigen Neubildungen; im zweiten wird ausgeführt, wie sich diese auf rein empirischer Basis entstandenen Bestrebungen unter die zur Zeit herrschenden allgemein-pathologischen Grundanschauungen einordnen lassen.

Nach der geschichtlichen Übersicht geht der Verfasser daran, den Mechanismus der Erysipelwirkung auf bösartige Geschwülste in allgemein-pathologischem Sinne zu deuten. Er sieht in der natürlichen Reaktion des Organismus, sowohl in der allgemeinen, fieberhaften, wie ganz besonders in der lokalen, entzündlichen, welche das

Erysipel hervorruft, die in Bezug auf bösartige Neubildungen heilenden Faktoren. Allerdings habe nicht jede Entzündung ihre Wirkung auf bösartige Neubildungen, sondern wir müssen sie als eine spezifische Eigenschaft der erysipelatösen Entzündung ansehen. Zur Erklärung dieser Spezifität reichen aber die geläufigen allgemein-pathologischen Grundanschauungen völlig aus. Denn die Entzündung sei ein sehr zusammengesetzter pathologischer Vorgang, eine Kombination einer Reihe pathologischer Faktoren, insbesondere der entzündlichen Störungen am Grundgewebe einerseits, am Cirkulationssysteme andererseits. Jeder dieser Faktoren vermöge quantitative Verschiedenheiten aufzuweisen, und da es natürlich nur eine Folge des entzündlichen Reizes sein könne, ob in einem bestimmten Falle mehr die Störungen von Seiten des Cirkulationsapparates oder die von seiten des Gewebeparenchyms hervortreten, so werde jeder Entzündungsreiz auch eine bestimmte, ihm eigentümliche Spezifität der Entzündung zur Folge haben. Vielleicht bestehe die Spezifität der erysipelatösen Entzündung in dem Hervortreten der entzündlichen Ernährungsstörungen im Grundgewebe, in unserem Falle also an den typischen Geschwulstelementen.

Verfasser glaubt, daß seine Erklärungsart besonders drei Vorzüge besitze. „Sie erkläre sämtliche Beobachtungen und ermögliche ein weiteres wissenschaftliches Begehen der betretenen Pfade, ohne daß man betreffs der so viel umstrittenen Natur und Ätiologie der bösartigen Geschwülste irgend welche bindende Voraussetzungen zu machen brauche. Dann stelle sie die Heilwirkungen dar als das rein zufällige Produkt eines nach den allgemein gültigen Gesetzen der Pathologie verlaufenden entzündlichen Vorganges, verbanne aus der ganzen Betrachtungsweise jedwedes aprioristisches Streben des Erysipelregers, den Tumoren als solchen zu nahe zu treten. Endlich stelle diese Theorie die lokale Einwirkung in den Vordergrund und gebe damit die Erklärung für die häufig gemachte Beobachtung, daß sämtliche entfernte Metastasen ruhig weiterwachsen, während ein Tumor unter erysipelatöser Entzündung hinwegschmilzt.“

Am Schlusse legt Verfasser besonders gegen das Zusammenwerfen der in ihren Ursprüngen noch unerkannten Tumoren — speziell Carcinom und Sarkom — in eine Kategorie Verwahrung ein.

Newhaus-München.

Die Behandlung maligner Tumoren mittelst Toxinen des Erysipelstreptococcus und des Bacillus prodigiosus, von J. SWAIN-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 7. Dez. 1895.) Verfasser wirft einen Rückblick auf die diesbezügliche Litteratur, insbesondere auf die Versuche, die COLLEY mit dieser Methode angestellt hat. — Von 33 Sarkomfällen, über die die Autoren berichten, sind neun durch die obige Behandlungsweise geheilt worden. Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles von Rundzellensarkom bei einem 48jährigen Manne mit, der trotz der sehr sorgfältigen, nach COLLEYS Angaben vorgenommenen Behandlung starb. Das Präparat (die Toxine) war direkt von Amerika, wo es nach den Vorschriften von COLLEY angefertigt worden, bezogen worden.

Der Fall dient zwar nicht dazu, um die Heilkraft der Toxine zu beweisen, er soll aber auch nicht vor weiteren Versuchen abschrecken. Verfasser hält es im Interesse der richtigen Wertschätzung des Mittels für notwendig, auch die nicht erfolgreichen Fälle zu registrieren.

C. Berliner-Aachen.

Über sog. idiopathische multiple Pigmentsarkome der Haut (КАРОИ), von Dr. ТРАПСНИКОВ. (*Medicina.* 1895. No. 38. 40. 42. 43.) Autor bespricht ausführlich die verschiedenen Ansichten, die über diese Krankheit in der inländischen und ausländischen Litteratur herrschen, und beschreibt einen neuen, von ihm selbst beobachteten Fall. Patient, ein 60jähriger Gensdarmerie-Unteroftizier, der stets sich einer guten

Gesundheit erfreut hatte, bemerkte vor drei Jahren auf der inneren Seite der linken Sohle einen blauen Fleck, der starken Juckreiz verursachte. Die Sohle schwoll an. Nach drei bis vier Monaten schwoll auch die linke Hand an; im Augenblick sind nun auch die rechte Hand, die rechte Sohle und das linke Ohr geschwollen. In den Händen und Füßen empfindet Patient heftigen Juckreiz, Schmerz und Hauttraffheit, die ihn am Gehen und am Arbeiten hindern. An der Dorsalfäche des Zeige- und vierten Fingers der linken Hand sind flache Geschwülste vorhanden von dunkelvioletter Farbe, die die ganze Dorsalfäche der Finger einnehmen und zeitweise auf die innere Fläche des dritten Fingers übergreifen. Auf der Dorsalfäche der linken Hand, über der Basis des vierten Fingers sind zwei kleine Geschwülste vorhanden von der Größe einer Walnuss, flach, erhaben, rund und von derselben Farbe, wie die am Finger. Eine eben solche Geschwulst, etwas kleiner, befindet sich am Radialrande der Hand, etwas über der Basis des linken Daumens. Die Konsistenz all der Geschwülste ist eine elastische. Eben solche Neubildungen waren auf den Fingern und auf den beiden Flächen der rechten Hand, des Armes, den Füßen und am linken Ohr vorhanden gewesen. Unter dem Einflusse der subkutan injizierten Sol. ars. Fowleri waren sie kleiner geworden, und der Kranke konnte wieder gehen. Leider war der Patient nur kurze Zeit in Beobachtung des Autors, der keine Gelegenheit sich hatte nehmen können, den mikroskopischen Bau der Geschwülste einer Untersuchung zu unterziehen.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Sind Kohlenarbeiter immun gegen Krebs? Die obige Frage wird von einigen englischen Ärzten bejaht oder teilweise bejaht, von anderen verneint. Vergleiche hierüber *Brit. med. Journ.* 19. Oktober, p. 985 und 26. Oktober 1895, p. 1063.

C. Berliner-Aachen.

Epitheliale Neubildungen der Haut. STRAVINO beschreibt (*Giorn. internas. delle scienze med.* 1896. No. 1) einen Fall von Blutpigmentation bei einem Hautcarcinom (Fußrücken) mit pigmentierten Metastasen in der Inguinalgegend (Lymphdrüsen), im Peritoneum, in Lungen, Pleura, Herz, Leber und Milz. Mikroskopisch liefs sich nachweisen, daß das Pigment nicht, wie es zunächst schien, in den Epithelzellen eingeschlossen war, sondern aus dem Blute kam und sich (infolge von Endarteriitis) in den Bindegewebszellen und den Lymphspalten ablagerte. C. Müller-Wallisellen.

Über Lipomprotozoen, von VEDELER. (*Centrabl. f. Bakteriöl., Parasitenkde. etc.* 1896. No. 8.) Verfasser fixierte kleine Lipomstücke in 5%iger Sublimatlösung, extrahierte das Fett durch Äther, was bei häufiger Erneuerung des Äthers doch wochenlang dauert, härtete in Alkohol, färbte dann mit Hämotoxylin und Eosin und bettete schließl. in Paraffin ein. Auf den Schnitten fand er dann ein Netzgewebe der leeren Fettzellen, endothelähnliche Zellen, zum Teil hyalin degeneriert, darüber aber, besonders in der Nähe der Kapsel, violett gefärbte, kreisrunde Körper von einer Größe bis 16 μ . Sie haben eine Begrenzungsmembran, die durch einen helleren Zwischenraum von dem undurchsichtigen Inhalt getrennt sind. Auf ferneren Schnitten erkennt man einen blasenförmigen Körper mit Kernkörperchen und ein fein punktiertes Protoplasma. Verfasser faßt diese Gebilde als Protozoen auf und ist geneigt, sie mit der Genese der Lipome in Zusammenhang zu bringen. Jessner-Königsberg i. Pr.

In *L'indépendance médicale* (1896, No. 6) werden aus der Litteratur eine Reihe von Angaben zusammengestellt, welche die traumatische Entstehung der Lipome darstellen.

C. Müller-Wallisellen.

Kondylomata, von S. GOTTHEIL. (*Amer. med.-surg. bull.* 11. Januar 1896.) Kurze, gute Darstellung der Symptomatologie, Ätiologie, Anatomie, Diagnose und Therapie

der spitzen und breiten Kondylome. Bei ersteren wird besonders bei Kindern und alten Leuten, wenn die chirurgische Entfernung vermieden werden soll, *Acidum salicylicum pulveratum rein*, oder mit *Zincum oxydatum* gemischt, als Streupulver empfohlen. Als Ätzmittel verwendet G. mit Vorliebe: *Plumb. oxyd. 0,12, Solut. Kal. carbon. (33%) ad 3,75*. Die Umgebung ist mit Vaseline zu schützen, die kauterisierte Stelle mit Borsäurepulver oder Borsalbe zu bedecken. Ein- bis zweimalige Applikation genügt.

H. Einhorn-München.

JAQUEAU-Lyon stellte ein Kind vor mit **plexiformem Neurom des oberen Lides**, welches das Auge vollständig verdeckte; die Konsistenz war eine teigige, zwischen derjenigen des Lipoms und des Emphysems stehende; im Innern waren die charakteristischen, an ein Packet Bindfaden erinnernde, gewundenen Stränge fühlbar. Oberhalb des Augenlides waren Pigmentationen sichtbar. Der übrige Körper war ganz frei von ähnlichen Bildungen. Ein Strang von der Dicke des Medianus wurde mit Osmium behandelt und mikroskopisch untersucht; der Befund stimmte vollständig mit dem typischen Bilde überein: im Zentrum 10—12 Nervenfibrillen mit intensiv schwarz gefärbter Scheide; die Peripherie von grobfaserigem, an fixen Zellen armem Bindegewebe gebildet; diese Zellen werden zwar gegen das Zentrum hin zahlreicher, ihre Kerne rund oder oval. Die mittlere Zone, zwischen Bindegewebe und Nervenfasern, wird durch ein myoides Gewebe gebildet, das aus einer klaren amorphen Masse mit darin enthaltenen, glanzlosen, durch das Eosin rosarot gefärbten Fibrillen und runden Zellen mit wenig Protoplasma und blasenartigem Kerne besteht. Dieses Zwischengewebe ist ganz mit der schleimigen Substanz des Nabelstranges zu vergleichen. (*Lyon méd.* 1896. No. 51 u. 52.)

C. Müller-Walkisellen.

Ein Fall von Xanthoma diabeticum, von E. GANS. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 1.) Bei einem 40jährigen Patienten, der wegen Diabetes zur Kur nach Karlsbad kam, konnte G. ein seit sechs Wochen bestehendes Hautexanthem konstatieren, das zuerst die Streckseite beider Kniegelenke, dann die beiden Gluteal- und Lumbalgegenden, ferner die Streckseite beider Sprunggelenke-Unterschenkelgelenke und zuletzt die Streckseite beider Ellenbogengelenke befallen hatte. Außerdem zeigten sich in der Gegend der beiden Scapulae, sowie am rechten Daumenballen und der Streckseite des rechten Zeige- und kleinen Fingers einzelne Eruptionen. Das Exanthem war im ganzen symmetrisch angeordnet, bei Berührung nicht schmerzhaft, aus rundlichen, scharf begrenzten, knötchenartigen, kirschroten Prominenzen bestehend, die etwa 3—4 mm das Hautniveau überragen, etwa 3 mm im Durchmesser haben, kein Jucken verursachen und beim Öffnen mit dem Messer helles Blut entleeren. Die Schnittfläche selbst war gelblich-rötlich gefärbt und machte den Eindruck, als ob das Gewebe des Knötchens aus Fett bestände, doch liefs sich kein Inhalt durch seitlichen Druck auspressen. Seit dem Auftreten des Exanthems klagt Patient über Schmerzen in der Gegend beider Kniegelenke und in den Fußsohlen, sowie über zeitweiliges Gefühl von Abgestorbensein in den Sohlen. Beim Gebrauch der Karlsbader Kur ging die Rückbildung des Exanthems vor sich.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum linguae, von E. SCHWIMMER. (*Verhandl. d. Ver. d. Spitalärzte in Budapest 1894.*) Der Fall betraf einen zwölfjährigen Knaben, bei dem zwei Drittel der Zunge eine normale Beschaffenheit und Form hatte, auf dem vorderen Drittel sind stellenweise mohnkorn- bis stecknadelkopfgroße Knötchen dicht angereiht bemerkbar, welche auf den ersten Blick als ein Granuloma imponieren, makroskopisch aber nicht mit Bestimmtheit zu diagnostizieren sind. Die mikroskopische Untersuchung ergab das Bild des Lymphangioma circumscriptum, die Lymphgefäße sind erweitert, zeigen kleine Höhlen, die Papillen sind

stellenweise verschwunden, bei anderen sind deren Höhlen mit Protoplasma gefüllt. Was die Ätiologie dieses Falles anbelangt, glaubt S., daß dieses Leiden angeboren ist, welches nach mehreren Nachschüben die jetzige Gröfse erreicht hat. Subjektive Beschwerden fehlen, blofs nach gewürzten Speisen und stärkeren Getränken treten etwas Schmerzen auf.

A. Aschner-Budapest.

Ein Fall von Akromegalie, von E. MENDEL. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 52.) Der Fall von Akromegalie bietet neben dem abnormen Wachstum als beachtenswerte Erscheinungen: Hemianopsia temporalis, welche als erstes Symptom auftrat und auf eine Erkrankung der Hypophysis cerebri deutet, die mit Entwicklung der Krankheit einsetzende Menopause, endlich das Fehlen der Patellarreflexe. Die Anwendung von Thyreoidtabletten brachte keinen Nutzen. Jetzt nimmt sie seit 14 Tagen die Hypophysis von Rindern in Kapseln, wie es scheint, nicht ohne Wirkung. Die Patientin giebt an, die Zähne besser zusammenzubekommen, als früher, und ausserdem gelingt es jetzt, links den Patellarreflex hervorzurufen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Angeborene Wucherungen der Haut. Abnorm starke Pigmentation. „Lokale Diathese“, von THIRY. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 7.) Ein junges Mädchen zeigt von der rechten Lende bis zur Linea alba und von da aufwärts bis zum Lebertrand ungleiche, warzenförmige Erhabenheiten, teils dünn und sich dachziegelförmig deckend, teils gröfser, fester, isoliert. Alle Gebilde waren weich, schwärzlichbraun, von harten Epidermisauflagerungen überdeckt, die leicht abzuheben waren und eine dunkelgefärbte, rauhe, etwas blutende Stelle zurückliessen. Das Mädchen war sonst vollständig gesund. Die Affektion hatte sich nach beginnender Menstruation gebildet aus einem bald nach der Geburt bemerkten kleinen roten Fleck. Verfasser stellt sich den Vorgang als in folgenden Perioden sich abspielend vor: 1. Blutüberfüllung; 2. Erweiterung der Gefäfsse; 3. Gewebs-, Gefäfs-, Epithel-, Bindegewebeneubildung; 4. Pigmentanhäufung; 5. Bildung von Epidermisschuppen. Es ist also ein irritativer Zustand, hervorgegangen aus einer „lokalen Diathese“, und vergleicht den Vorgang mit der recidivierenden Neubildung von spitzen Kondylomen. Er schabte die Gebilde mit dem scharfen Löffel ab, zerstörte die Blutgefäfsse durch wiederholte Ätzung mit Pulvis Sabinæ und mit Quecksilberoxydnitrat, das ihm das geeigneteste, am tiefsten eindringende Ätzmittel zu sein scheint. Auf diese Weise wurde die lokale Diathese beseitigt. (Da die Verfärbung nur an die auflagernden Epidermisschuppen gebunden war, handelt es sich wohl nicht um eine eigentliche Pigmentierung, sondern um eine durch die Eigenfarbe der dicken Hornschichten bedingte Farbenveränderung. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

RICHARDIÈRE berichtet über einen Fall von Cirrhosis hepatica mit Melanodermie bei einem 44jährigen Alkoholiker; keine Malaria oder Syphilis. Die ganze Haut war dunkelbraun-schwarz verfärbt, die Schleimhäute dunkelgrau. Die Antopsie ergab: normale Nieren und Nebennieren, Leber auf das doppelte Volumen hypertrophiert, von normaler Konsistenz, mit mächtigen Pigmentanhäufungen in der Umgebung der Venen (hepaticae et portae); Milz vergröfsert. Glykosurie war nicht konstatiert worden. (*Union méd.* Dezember 1895.)

C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von Addisons Krankheit, von F. W. FISH. (*Brit. med. Journ.* 9. November 1895.) Die 30jährige verheiratete Frau war bis zu ihrer Niederkunft im September 1894 gesund. Kurze Zeit später hatte sie einen Influenzaanfall. Seitdem fühlte sie sich schwach und schwächer werden. Gleichzeitig merkte sie, daß ihre Haut eine gelbe Farbe annahm, die niemals verschwand. Häufiges Erbrechen datierte ebenfalls von dieser Zeit. Die Patientin war nicht phthisisch, und auch in der Familie

war kein Fall von Phthisis vorhanden. Der Status zeigte bei der Aufnahme der Patientin die charakteristische „bronzed skin“. Die Conjunctivae waren nicht gelb. Unter zunehmender Schwäche, Abmagerung und ständigem Fieber ist die Patientin gestorben. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab nichts Besonderes.

C. Berliner-Aachen.

Bemerkungen über einen Fall von Addisonscher Krankheit, geheilt mit Suprarenalextrakt, von E. L. JONES. (*Brit. med. Journ.* 24. August 1895.) Die Patientin, eine verheiratete Frau, konsultierte am 26. April 1895 den Verfasser wegen häufigen Unwohlseins, großer Mattigkeit und eigentümlicher Entfärbung der Haut. Die Krankheit begann vor zwei Jahren mit heftigen Rückenschmerzen, Diarrhoe und Erbrechen. Bald nachher bemerkte Patientin, daß ihre Hautfarbe brauner wurde. Seit der Zeit litt sie beständig an Unwohlsein und Ohnmachtsanfällen. Manche Monate verging auch nicht ein Tag, wo sie nicht zwei bis drei Attacken hatte. Gegenwärtig bestehen außer diesen Beschwerden noch die Schmerzen im Rücken. Das Gesicht ist sehr braun, aber nicht abgemagert, die Conjunctivae sind ganz weiß, die Lippen blaß. Starke Pigmentation zeigen Hals, Achselhöhlen, vordere Fläche der Ellenbogen- und Handgelenke, das Gesäß, die Nabelgegend. Puls 116, sehr klein und weich. An der Herzspitze ist ein weiches systolisches Geräusch vernehmbar. Der Magen, namentlich die große Krümmung, reicht weit abwärts, nahezu bis an die Sohamgegend.

Am 30. April erhielt sie Suprarenaltabletten, zuerst drei pro die, steigend bis auf zwölf. Von dieser Zeit trat auffallende Besserung ein, bis die Patientin vollständig frei von Krankheitsgefühl, Ohnmachtsanfällen und mit normaler Hautfarbe aus der Behandlung entlassen wurde. Sie nimmt noch ein bis zwei Tabletten in geringeren Dosen fort.

C. Berliner-Aachen.

Regressive Ernährungsstörungen.

Unter der Überschrift **Beingeschwüre: Alle können geheilt werden** empfiehlt CARTER S. COLE folgende Behandlungsweise: Gründliche Reinigung mit Wasser, Seife und Bürste; Entfernung alles erkrankten Gewebes, eventuell bis zu tiefen Fascien oder bis zum Knochen mittelst des scharfen Löffels, Anfrischung der Geschwürsränder, Karbolverband (2%), der 24—48 Stunden liegen bleibt. Hierauf wird der Geschwürgrund mit trockener Watte gereinigt und mit Emplastrum diachylon bedeckt, die Pflasterstreifen werden durch eine genau angelegte Gasbinde fixiert (keine Gummibinden). Der Verband, der entfernt wird, sobald er durchnäßt oder gelockert ist, kann nach 2—3maliger Erneuerung 5—7 Tage liegen bleiben. Ungesunde Granulationen sind sofort wieder zu entfernen; bei reizendem Sekret wird nach vorausgegangener Curettierung für einige Tage der Karbolverband erneuert. Die Geschwüre heilen für gewöhnlich in ca. drei Wochen, in ganz besonderen Fällen nach sechs Wochen. Konstitutionelle Verhältnisse sind in jedem einzelnen Falle zu berücksichtigen. (*Amer. med.-surg. bull.* 15. Oktober 1895.) H. Einhorn-München.

Zur Massagebehandlung variköser Wunden, von BEKOREWITSCH. (*Mikro-med. Journ.* Dezember 1895.) Autor empfiehlt die Massagebehandlung der erkrankten Extremität bei varikösen Wunden mit nachfolgendem Verbands nach der Anweisung von UNNA. Die Behandlung geht folgendermaßen vor sich: Die Haare der Extremität werden rasiert, dann wird nach erfolgter Desinfektion der Haut und der Wunden die Extremität mit einer mit 10%igem Borvaselin behandelten Gaze bedeckt und zusammen mit ihr erst einer leichten Massage unterworfen, worauf effleurage mit pétrissage abwechselt; die Behandlung dauert 15—20 Minuten. Nach Beendigung der

Massage wird die Extremität wieder sorgfältig gewaschen und gereinigt, die Wunden mit Jodoform eingestreut, mit einem antiseptischen Verbands bedeckt und, nachdem das Bein mit erwärmtem Zinklein:

℞ <i>Zinc. oxydati</i>	
<i>Gelatini</i>	≈ 10,0
<i>Glycerini</i>	
<i>Aq. dest.</i>	≈ 40,0,

bestrichen, mit einer gewöhnlichen appretierten Marlybinde verbunden. Die Binde muß aber fest angelegt und die ganze wunde Fläche bedeckt sein. Über diesen zweiköpfigen Verband kann noch ein einköpfiger Verband angelegt werden. Die Binde wird hart und verbleibt so ca. 2—3 Tage. Beim Verbandwechsel wird die ganze Prozedur wiederholt. Zuweilen muß man Zuflucht zur Beschneidung der Wundränder, den Fixationsnähten nach GAFFKY, dem Auslöfeln der Granulationen, Kauterisation u. s. w. nehmen. Bei einer solchen Behandlung konnte Autor glänzenden Erfolg in der Mehrzahl seiner Fälle konstatieren, die er in einer Zahl von 264 hatte.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von angeborener (?) allgemeiner Alopecie, von SHANOW. (Russ. med. Bundsch. 1895. No. 22.) Der Fall betraf einen Patienten, bei dem sieben Monate nach einer Fieberkrankheit (Thyphus exanthematicus [?]) die Haare vollkommen ausfallen begannen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall fleckiger Atrophie der Haut (Maculae atrophicae cutis) während der Schwangerschaft, von B. TEMESVÁRY. (Gyógyászat. 1895. No. 52.) Patientin hatte bis jetzt nie eine Hauterkrankung; sie ist 23 Jahre alt, ledig. Im dritten Schwangerschaftsmonate traten bei ihr Hauteruptionen auf, welche weder erythemartig waren, noch juckten. Diese Eruptionen lokalisierten sich zumeist auf der Brust, auf dem Bauche und Rücken, einzeln auf den Oberarmen und auf dem oberen Drittel der Oberschenkel, hatten die Größe einer Linse bis Kronengröße. Die Farbe ist blafschamoix, ein wenig ins Graue und Rosa übergehend. Die Form ist stets rundlich, die meisten ragen einige Millimeter von der gesunden Haut plateauähnlich empor, die anderen stehen unter dem Niveau der Haut und sehen den Narben ähnlich, welche nach luetischen Papeln zurückbleiben. In den Gegenden, wo die Haut Falten macht, ragen dieselben sackförmig empor gleich dem Molluscum fibrosum, sind leicht gefaltet, sehen wie plissiert aus. Der klinisch-pathologische Charakter dieser Flecke ist den Schwangerschaftsnarben ähnlich, unterscheiden sich aber von diesen sowohl in der Form, als auch in der Lokalisation, und währenddem die ersteren auf mechanischem Wege zu stande kommen, hält Verfasser diese Hautaffektion für eine idiopathische, wahrscheinlich eine trophoneurotische. Die Kranke brachte ein gesundes Kind zur Welt; nach der Entbindung wurden keine neueren Flecke beobachtet.

A. Aschmer-Budapest.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit). Tod infolge von Apoplexie. Arteriosklerose, von J. THIERSCH. (Mönc. med. Wochenschr. 1895. No. 48.) Das Leiden begann im 27. Lebensjahre mit häufigen Kopfschmerzen und Schwindelanfällen. Als der Patient im 34. Lebensjahre stand, befahl ihn an verschiedenen Fingerkuppen heftiges Kribbeln, das manchmal zu empfindlichem Schmerze sich steigerte. Zugleich juckten die befallenen Finger heftig, währenddem wurden sie bald blafs, bald rot. Ein Jahr später bildete sich an der Kuppe der vierten Zehe des rechten Fußes ein erbsengroßes, wasserhelles Bläschen, das nur langsam heilte. Aber schon einige Wochen später erkrankte die dritte, zweite und fünfte Zehe desselben Fußes in derselben Weise. Die drei Stadien der Raynaudschen Krankheit: lokale Asphyxie, lokale Synkope und Gangrän

mit schließlicher Vernarbung der gangränösen Stellen, traten deutlich zum Vorschein. In dieser Art ging es die nächsten Jahre weiter, sämtliche Zehen beider Füße wurden befallen, mit Ausnahme der beiden großen Zehen. Bemerkenswerte Störungen anderer Organe stellten sich aber nicht ein, der Herzbefund ergab nichts Auffälliges. Im Alter von 36½ Jahren erkrankte der Patient plötzlich unter allen Zeichen eines apoplektischen Anfalles und starb schon nach 24 Stunden. Die Sektion ergab als Hauptbefund eine ausgebreitete Hämorrhagie im linken Seitenventrikel und eine allgemeine, sehr bedeutende Arteriosklerose. Letztere betraf in besonders hohem Grade die Arteriae tibiales posticae. In der Epikrise verweist Verfasser auf die Vielgestaltigkeit der Raynaudschen Krankheit, deren Ätiologie und Wesen dunkel sei. Für gewisse Fälle mag die Ansicht MORGANS begründet sein, nach welcher die Krankheit als eine Reflexneurose zu betrachten sei, die, den verschiedenartigsten Ursachen entspringend, durch Rückenmark und die großen vasomotorischen Ganglien des Unterleibes vermittelt werde. Andere Fälle dagegen, besonders die mit Infektionskrankheiten, einschliesslich Syphilis, komplizierten, sowie zahlreiche mit Veränderungen des Blutes selbst einhergehende, liessen die Möglichkeit eines anderen Vermittlers als des Nervensystems zu. Zu diesen gehöre auch der vom Verfasser beschriebene. Dieser entspräche dem klassischen Raynaudschen Typus mit den schon oben erwähnten drei Stadien. In der Arteriosklerose sei hier eine genügende Erklärung für das Zustandekommen der symmetrischen Gangrän gegeben. Dafs eine in ihrer ganzen Wand so stark sklerotisch veränderte Arterie durch Zerrung oder sonstwie mechanisch auf die in ihr verlaufenden Vasomotoren einwirken könne, scheint THIERSCH eine ungewundene Erklärung des Gefäfskrampfes. Wie diese Wechselwirkung zwischen Sklerose und Spasmen im einzelnen sich vollziehe, bliebe dabei freilich noch dunkel. Die natürlichste Annahme ginge dahin, dafs sich der ganze Prozess, veranlafst durch die Arteriosklerose, in der äufsersten Peripherie abgespielt habe. Der CHARCOTSchen Vermutung, dafs die symmetrische Gangrän immer als Folge von Arteriosklerose zu betrachten sei, könne dieser Fall als Stütze dienen. Der Gedanke, das Atherom zur Erklärung der eigentümlichen Erscheinungen heranzuziehen, liege ja sehr nahe. Freilich entziehen sich die Anfänge der Sklerose jeder Feststellung, und dafs man auch bei fortgeschrittenerem Grade die Diagnose nicht ganz sicher stellen könne, fand THIERSCH in seinem Falle bestätigt. Nur mit Hilfe des Sphygmographen war er im stande, die Diagnose zu stützen. Er empfiehlt daher dieses Instrument zur Sicherung der Diagnose in zweifelhaften Fällen. *Neuhaus - München.*

Aus der Privatpraxis von Dr. HESS-Kairo teilt PFISTER unteren anderen fünf Fälle von Vitiligo bei jugendlichen Arabern mit. Drei derselben zeichneten sich aus durch ihre Lokalisation im Verlaufe von Interkostalnerven, beim vierten waren die beiden Zeigefinger, beim fünften die Nagelphalangen beider Hände symmetrisch befallen; bei diesem letzten Falle waren auferdem noch mehrere auf den Unterschenkeln und dem Stamme unregelmäfsig verteilte Herde zu konstatieren. (*Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte.* 1896. No. 5.) *C. Müller - Wallisellen.*

Vitiligo bei einem sechsjährigen Knaben, von Dr. G. WLADIMIBOW. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 22.) Die weifsen Flecke fanden sich auf den rechten Augenlidern und den anliegenden Partien der Wange; die rechten Augenwimpern weifs (Poliosis circumscripta acquisita); allmählich verschwanden die Vitiligoflecke unter dem Einflufs von Sol. Fowleri (innerlich). *J. Grünberg - St. Petersburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über die Anwendungswaise der **hypogastrischen Drainage** bei der **Epi-cystotomie** mittelst zwei Kautschuckschläuchen (nach PÉRIER-GUYON) teilt BLASCOOT (*Bif. med.* 1895. No. 290 und 291) folgendes mit: Die Anlegung einer vollständigen Blasennaht ist zu unterlassen. Die Drainage muß folgenden Indikationen entsprechen:

1. Sie muß leicht entfernt werden können.
2. Sie muß eine doppelströmige Irrigation zulassen.
3. Sie muß eine breite innere Öffnung aufweisen.
4. Sie darf nur eine schwache Aspirationskraft ansüben.
5. Sie muß in Funktion gesetzt werden können, ohne daß Luft in die Blase tritt.

C. Müller-Wallisellen.

Spermatorrhoe und nächtliche Pollutionen, von H. JACOBSON. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. Juli 1895.) Kurze Besprechung des Krankheitsbildes an der Hand von vier Krankengeschichten. Die Spermatorrhoe beruht auf einer Parese der Musculi ejaculatorii, während die Pollutionen eine motorische Neurose, einen Reizzustand dieser Muskeln, der Pars bulbo-cavernosa urethrae und der Samenbläschen darstellen. Ätiologisch kommen außer Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks in Betracht: sexuelle Excesse und Masturbation, Erkrankungen des Anus und des Rectums (Hämorrhoiden, Polypen, Würmer, Ulcera, Pruritus, Proctitis), kongenitale und acquirierte Strikturen, Neubildungen in der Urethra, Phimosen, Balanitis, Herpes, Urethritis posterior, Prostatitis und entzündliche Prozesse an den Samenbläschen.

Die Jugend ist vor den Folgen excessiver Masturbation zu warnen. Wenn möglich, Entfernung der Ursache. Kauterisation der Urethra posterior mit dem negativen Pol des galvanischen Stromes, oder Silbernitratlösungen wirken bei nächtlichen Pollutionen besser, wie bei Spermatorrhoe. Innerlich: Tinctura zinci chlorati, Bromkalium, Ergotin, Tonica. Kalte Sitzbäder, kalte Salzwasserduschen auf die Genitalien, Rektaleingießungen. Einlegung eines metallenen Doppelkatheters, der während der Nacht mit kaltem Wasser durchspült wird. Vermeidung aufregender Gesellschaft; Excitantien und geschlechtlicher Verkehr sind zu untersagen.

H. Einhorn-München.

Über die Behandlung der Hydrocele durch Punktion mit Injektion von **konzentrierter Karbolsäure**, von HEINRICH BACH. (Inang.-Dissert. Tübingen. 1895.) Auf der Tübinger chirurgischen Klinik sind 40 Hydroceelen mit Injektion von je 2,0 verflüssigter Karbolsäure behandelt worden. Davon wurden 28 durch eine, vier durch zwei Injektionen geheilt. Sechs Fälle recidivierten, jedoch war bei vier von ihnen die Flüssigkeitsansammlung später nur eine sehr geringe. Die Resultate sind, wenn man die zweimal injizierten Fälle hinzurechnet, ähnlich wie nach Jodinjektionen. Jedoch sind die Karbolinjektionen vorzuziehen, weil der Eingriff schmerzloser ist, eine Unterbrechung der gewohnten Thätigkeit darnach nicht zu erfolgen braucht, keine Bettruhe nötig ist. Einer eventuellen Wiederholung der Injektion werden sich die Patienten in Anbetracht der Schmerzlosigkeit und der geringen Reaktion gern unterziehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine neue von BRAULT empfohlene **operative Methode zur Behandlung der Varicocele** besteht darin, daß nach außen und hinten aus der Skrotalhaut ein längliches rautenförmiges Stück excidiert wird, wodurch der Inhalt in großer Ausdehnung frei liegt und die Ligaturen oder Excisionen der Venenknäuel mit Leichtigkeit ausgeführt werden können. Nach der Operation wird die untere Hälfte des Substanzdefektes mit der oberen in Verbindung gebracht und vernäht. Die Naht erhält dadurch die Form eines Λ , und die nun verkürzte Haut übt auf den

Hodeninhalt einen gewissen, von allen Seiten gleichmäßigen Druck aus. (*Lyon. méd.* 1895. No. 41.)
C. Müller-Wallisellen.

Klinischer Bericht über sieben Fälle von Varikocelen, die mit Incision, Ligierung der Venen und Verkürzung des Scrotums behandelt wurden, von PARKER. (*Med. News.* 23. März 1895.) Verfasser macht bei Varikocelen eine Incision in der Längsrichtung des Scrotums, isoliert das Venenpaket, ligiert oben und unten und trägt die erweiterten Venen ab; dann wird der Längsschnitt quer vernäht und so eine Verkürzung des Scrotums erzielt. Recidive hat er nicht gesehen.

F. Hahn-Bremen.

Die Wirkung der unilateralen Atrophie des Testikels auf die Grösse der Prostata, von A. BALDWIN-LONDON. (*Brit. med. Journ.* 80. März 1895.) Verfasser hatte jüngst Gelegenheit, eine mit Atrophie des einen Testikels vergesellschaftete Prostata bei einem 49jährigen Patienten zu untersuchen, der an einer chronischen Gehirnkrankheit litt. Es konnte aus der Anamnese nur festgestellt werden, daß links der Testikel schon fünf Jahre fehlte. Der rechte Lappen der Prostata war nur sehr wenig größer, als der linke. Dem Gefühle nach hatten beide gleiche Konsistenz.

C. Berliner-Aachen.

Über die Diagnose und Behandlung der chronischen Prostatitis, von KEESMÄCKER. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895 No. 8.) Den Verfasser haben die bisher geübten Methoden der Diagnose und Behandlung der chronischen Prostatitis wenig befriedigt. Er verwirft zwar nicht die hierbei in Betracht kommenden Untersuchungen der hinteren Harnröhre und des Veru montanum mittelst Sonde und Urethroskop, sowie die Untersuchung der gewöhnlich zu beobachtenden Harnröhrensekrete, aber das Hauptgewicht legt er darauf, daß für die Diagnose die direkte Abtastung der Prostata vom Mastdarm aus die besten Aufschlüsse gebe, und daß die ebenfalls vom Rectum aus geübte Massage für die Behandlung das Meiste leiste.

In der Einteilung der Prostatitis-chronica-Formen folgt er HOFFMANN (im Handbuch von ZÜLLEN-OBBERLÄNDER) und nimmt mit diesem eine Prostatitis catarrhalis, ulcerosa und tuberculosa an. Ferner unterscheidet er eine Prostatitis glandularis und Prostatitis interstitialis und schildert, wie diese gewöhnlich durch die Palpation voneinander unterschieden werden könnten.

Die Massage betrachtet er als die Grundlage in der Diagnose und besonders in der Behandlung aller Formen von chronischer Prostatitis mit Ausnahme der tuberkulösen. Durch sie wird die Stauung der Sekrete, welche die bestehende Entzündung noch steigert, beseitigt, es schwindet die Volumenzunahme und der Schmerz. Die Zeit, in welcher die Restitution erfolgt, ist natürlich verschieden. Die Zahl der Sitzungen kann anfänglich zwei pro Tag betragen, später kann eine Massage jeden vierten oder fünften Tag genügen.

Drei beigelegte Krankengeschichten bestätigen den hohen Wert dieser Behandlungsweise.
Neuhaus-München.

Über Prostatahypertrophie spricht KORNFELD im Wiener medizinischen Doktorenkollegium. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 48.) Nachdem er die Symptomatologie und die verschiedenen Behandlungsmethoden, auch die operativen, besprochen, wendet er sich zu einer Erörterung der Heilung der Prostatahypertrophie durch Kastration und bezweifelt, daß die Erfolge wirklich stets so günstige sind, wie sie von manchen Autoren geschildert werden.

In der Diskussion erwähnt ENGLISCH eines alten Palliativverfahrens, der Punktion mittelst eines dicken Troicarts. Sehr geeignet, die Gefahren des Leidens zu mildern, ist oft das Einlegen eines weichen Katheters. Die Erfolge der Kastration sind

unsweifelhaft, aber nur, wenn dieselbe beiderseitig ausgeführt werde. Ein Ersatz für die Kastration ist die Unterbindung, Discission oder Excoision des Vas deferens; dadurch braucht die Potentia coeundi nicht zu schwinden. Die Hoden und die Prostata atrophieren, aber Erektionen können doch eintreten. Die Experimente an Tieren haben in dieser Richtung große Beweiskraft.

KORNFELD bezweifelt die Erfolge der Unterbindung des Vas deferens und zieht PORCETS Fistulisation der Punctio vesicae vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica, von H. LOHNSTEIN. (*Allgem. med. Centralztg.* 1895. No. 91.) Nachdem Verfasser die Verhältnisse bei der unter stürmischen Erscheinungen und bei der schleichend sich entwickelnden Urethro-Prostatitis follicularis geschildert, betont er die Schwierigkeit, welche die fest anhaftenden Pfropfe von abgestorbenen Drüsenepithelien der Behandlung und der Tiefenwirkung der Medikamente entgegensetzen. Hier nützen Sonden nichts, können sogar schaden. Mehr leistet die Massage, zumal bei gleichzeitiger Anwendung von Irrigationen oder Salbenspritzen. Bei derbem Prostatakörper muß die Dehnung des hintern Harnröhrenabschnittes ausgeführt werden mittelst der Dilatatoren. OBERLÄNDERS einachsiger Dilator ist weniger zweckmäßig, als KOLLMANN'S vierarmiger. Nötig ist es, gleichzeitig für die Entfernung des gelockerten Sekretes zu sorgen. Irrigationen nach DIDAY oder PHILIPSON, Injektion von Jod-Jodkalium-Salben genügen da nicht, erfolgreich sind aber auch hier die Spüldilatoren. Dieselben sind aber nur anzuwenden, wo Massage, heiße Eingießungen, Ichthyol-Suppositorien, Spülungen mit 0,5% igen Argentum-nitricum Lösungen versagen. Die Spüldilatoren werden alle drei bis fünf Tage appliziert, eventuell nach abgelaufener Reizung. Als Medikament dient anfangs 0,5% ige Ichthyollösung, später 1—3—5% ige Argentum-nitricum-Lösung; Temperatur: 40—50% C.; Menge: drei Liter. Von 82 Fällen chronischer Blennorrhoe heilten 26 nach Anwendung von Höllensteinspülungen, Jod-Jodkaliumsalben, Massage. Von den übrigen 56 wurden 44 mittelst Spüldilatoren geheilt; 12 blieben ungeheilt. Einige Beispiele erläutern die Ausführungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion der Canales deferentes, von CHALOT. (*Indép. med.* 1895. No. 1.) Verfasser excidiert unter Schonung der Arterie und Vene den Canalis deferens (nach doppelter Ligatur) entweder nur auf der einen Seite bei einseitiger Hypertrophie der Prostata oder beiderseits, wenn diese Drüse in ihrem mittleren Teile oder in ihrer Gesamtheit vergrößert ist. Bei einem 64jährigen Patienten, bei dem er diese Operation ausführte, war das Resultat sehr gut, das Volumen der Prostata hatte bedeutend abgenommen, die Geschlechtsfunktionen waren noch längere Zeit nach der Operation ungestört. *C. Müller-Wallisellen.*

Neuere Methoden zur Behandlung der Prostatahypertrophie bespricht JOSEF ENGLISH in der *Wien. klin. Rundsch.* 1896. (Sitzung vom 21. Dezember 1895.) Der Vortragende geht auf die Beziehungen der Prostata zum Hoden ein, welche ja die Basis der neuesten operativen Behandlungsmethode der Prostatahypertrophie bilden. Um die Wechselbeziehungen zwischen beiden Organen zu beurteilen, stehen ihm 1282 Beobachtungen in den verschiedensten Lebensaltern zur Verfügung. Diese ergeben: Im Alter von 10—15 Jahren ist die Prostata ebenso wie der Hoden meist noch nicht vollständig entwickelt. Im Alter von 16—20 Jahren schreitet die Entwicklung beider Organe gleichmäßig fort, aber die Testikeln eilen der Prostata etwas voraus. Im Alter von 21—25 Jahren ist die Prostata nachgekommen, die Entwicklungsdifferenz ist ausgeglichen. Dieses ändert sich erst mit den fünfziger Jahren dahin, daß jetzt die Prostata überwiegt. Es besteht also meist ein gewisser Parallelismus, der noch Bestätigung findet durch jene Fälle, in denen die Entwicklung der Prostata, wie

der Testikel gleichmäßig zurückgeblieben ist. Bei Kleinheit nur eines Testikels kann die Prostata normal sein, bei welligem Defekt eines Hodens war dieselbe auffallend klein. Bei Eunuchen ist die Prostata ebenso erheblich verkleinert. Die Fälle von Kastration oder Schwund des Hodens nach entzündlichen Prozessen sind nur sehr vorsichtig für diese Betrachtung zu verwenden, da die Prostata oft an dem Prozesse teilgenommen haben und dadurch verkleinert sein kann. Der Parallelismus wird bestätigt durch die Experimente am Hunde, wie sie LENOIR und WIGHT ausgeführt haben. Bei jungen Tieren bleibt nach der Kastration die Prostata auf derjenigen Stufe stehen, auf der sie sich gerade befand, bei ausgewachsenen schwindet sie. Die auf diese theoretischen Voraussetzungen sich aufbauende operative Behandlung der Prostat hypertrophie unterwirft der Vortragende auf Grund von 102 in der Litteratur genauer geschilderten einer Kritik. Von diesen Fällen trat in 68 voller Erfolg ein mit Bezug auf die Größe der Prostata, wie mit Bezug auf die Beseitigung der sekundären Erscheinungen; in 32 Fällen wurden letztere gebessert ohne nennenswerte Verkleinerung der Prostata. In den übrigen zwei Fällen nahm das Volumen der Prostata ab ohne Besserung der Nebenerscheinungen.

Eine dauernde Heilung wurde in 39 Fällen, eine Besserung in 57 erzielt, es ist also der Erfolg ein sehr bedeutender. Wo Urinretention bestand, trat spontane Entleerung in Stunden oder Tagen, in wenigen erst nach Monaten ein. Wo letztere aber doch nicht erzielt wurde, wurde wenigstens der Katheterismus weniger häufig notwendig. Veränderung im Volumen der Prostata ist schon nach wenigen Stunden zuweilen konstatiert. Das Schwinden der sekundären Erscheinungen ist nicht konstant, da dieselben ja auch von verschiedenen anderen Umständen abhängen. Jedenfalls hält der Vortragende diese Methode sehr hoch. Ihren Ersatz durch einseitige Kastration und durch Unterbindung des Vas deferens will er in einem weiteren Vortrage besprechen.

DITTEL hält die Unterbindung des Vas deferens für das aussichtsvollste Verfahren, zumal die Patienten selten zu der Kastration sich entschließen. Die Angaben von WIGHT, daß er schon nach drei bis vier Tagen eine Verkleinerung der Prostata wahrgenommen habe, scheinen ihm verdächtig. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Wirkung der unilateralen Kastration auf die Prostata, von C. A. MORRIS-Bristol. (*Brit. med. Journ.* 11. Mai 1895.) Verfasser entfernte am 7. März einem 17jährigen jungen Manne den rechten, unvollkommen entwickelten, innerhalb des Leistenkanals gelegenen und von einer kongenitalen Hydrocele umgebenen Testikel zusammen mit dem Hydrocelesack. Sieben Wochen nach der Operation wurde die Prostata untersucht und eine entschiedene Atrophie der korrespondierenden Seite wahrgenommen, während der linke Prostatalappen sehr gut entwickelt war. Verfasser vermag allerdings nicht zu sagen, ob dies der unvollkommenen Entwicklung oder der Beseitigung des rechten Testikels zuzuschreiben sei. *C. Berliner-Aachen.*

Kastration wegen vergrößerter Prostata, von G. FAULDS-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1895.) Verfasser berichtet über sechs Fälle, von denen Fall 1, am 24. Dezember 1894 operiert, eine Woche später zwar wesentliche Erleichterung der Harnbeschwerden hatte, aber am 19. Januar 1895 an einer Hemiplegie erkrankte und am nächsten Tage starb. Drei Fälle starben kurze Zeit nach der Operation unter Erscheinungen einer akuten Manie. Der fünfte Fall erfuhr keine bemerkenswerte Besserung der Harnbeschwerden. Fall 6 starb ebenfalls wenige Tage nach der Operation in geistesgestörtem Zustande.

Dr. CLARK berichtet über einen Fall, bei welchem die Entfernung eines Testikels von deutlicher Geisteschwäche gefolgt war und den Tod des Patienten herbeiführte.

Hervorzuheben ist, daß alle Fälle sich zur Zeit der Operation in einem leidlich guten Gesundheitszustande befanden.

Angeichts solch trostloser Erfahrungen glaubt Verfasser, daß es nicht gerechtfertigt sei, die Kastration ohne die dringendste Notwendigkeit bei alten Leuten vorzunehmen, während dieselbe bei jüngeren Individuen bessere Resultate zeitigt.

C. Berliner-Aachen.

Kastration bei vergrößerter Prostata, von KENDALL. (*Brit. med. Journ.* 28. September 1895.) Der 82 jährige Patient litt seit einigen Jahren an Retentio urinae und Cystitis und mußte fast beständig den Katheter gebrauchen. In der letzten Zeit stellten sich zu diesen Beschwerden so heftige Schmerzen ein, daß er keine Nacht mehr schlafen konnte. Er ließ sich ins Krankenhaus aufnehmen, wo am 18. April die beiderseitige Kastration vorgenommen wurde. Es folgte unmittelbar auf die Operation Erleichterung. Der Patient konnte den Urin vier Stunden halten und dann denselben ohne Schmerzen entleeren. Im Juli wurde er, vollständig von seinen Beschwerden befreit, entlassen. Vorher war die rektale Untersuchung gemacht und die Prostata stark verkleinert gefunden.

C. Berliner-Aachen.

Hypertrophie der Prostata, geheilt durch die doppelseitige Kastration, von F. und A. KOREN. (*Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 10.) Der Kranke war ein 66jähriger Mann, der an Prostatahypertrophie mit Harnverhaltung litt. Die ersten zwei Wochen nach der Operation mußte der Urin noch mittelst Katheter entleert werden, obwohl die Drüse, welche ursprünglich 4 cm in der Höhe und 6 cm in der Breite ergab, vom siebenten Tage ab ein Weicherwerden und eine Volumenverminderung erkennen ließ. Nach diesen 14 Tagen konnte der Urin freiwillig gelassen werden; zwei Monate später fand man vom Mastdarme aus als Masse für die Prostata nunmehr 2, resp. 3 cm; sie bildete keinen Vorsprung mehr. Der Patient konnte beliebig urinieren, mit kräftigem Strahle, brauchte nachts nur mehr einmal aufzustehen — kurz, die Hypertrophie mit allen Symptomen waren geschwunden. Die Kastration erscheint also zur Zeit als die wirksamste Behandlungsmethode bei der Hypertrophie der Prostata.

Neuhaus-München.

Zur Kastration bei Hypertrophie der Prostata, von THORKILD ROVSING. (*Centralbl. f. Chir.* 1896. No. 2.) Der Verfasser stand der Heilung der Prostatahypertrophie durch die Kastration selbst sehr skeptisch gegenüber, da er nicht glaubte, daß die Blase die in schweren Fällen verloren gegangene Funktionstätigkeit wieder gewinnen könne. Ein hier beschriebener Fall hat ihn eines besseren belehrt. Ein 85 jähriger Mann, der seit elf Jahren nicht mehr ohne Katheter urinieren konnte und in der letzten Zeit beim Katheterismus große Schwierigkeiten zu überwinden hatte, wurde der Kastration unterworfen. Zwölf Tage später geht Katheter No. 15 leicht hinein, die Prostata ist bereits erheblich verkleinert. Sechs Wochen nach der Operation kann der Patient spontan urinieren. Jedenfalls spricht die Möglichkeit, auch in solch alten Fällen die Blasenfunktion wiederkehren zu sehen, gegen die GUYONSche Hypothese von der Bedeutung der Arteriosklerose. Andererseits ist auch durch Distension und Erschlaffung infolge der mechanischen Behinderung die früher ausgebliebene Blasenfunktion nicht zu erklären, da ja der Katheter fleißig gebraucht wurde. Es ist also die Totalretention des Harns bei Prostatahypertrophie schwer zu erklären; jedenfalls beruht sie auf keinem tiefgehenden Leiden der Blase, da diese ja, wenn man das Hindernis beseitigt, selbst bei so alten Fällen wieder funktionsfähig werden kann.

Jesener-Königsberg i. Pr.

Divertikel des Ureters bei Atresie des letzteren, von W. LINDEMANN. (*Centralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.* 1895. No. 20.) In dem unterbundenen Ureter

sah Verfasser sich sackförmige Divertikel direkt über der stenosierten Stelle entwickeln bis zu 40 ccm Inhalt. Dieses trat aber nur auf bei Unterbindung unmittelbar an der Blase. In dem Divertikel wurde eine viel Eiweiß und Harnstoff enthaltende Flüssigkeit gefunden. Die Steigerung des Druckes und die Kontraktionen der Ureterenmuskeln sind jedenfalls die Veranlassung für die Divertikelbildung, die als Kompensationserscheinung aufgefaßt werden kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über abnorme Ausmündungen der Ureteren, von A. WOHLFLER. (*Prag. med. Wochenschr.* 1895. No. 22.) Verfasser schildert zunächst einen Fall, in dem neben der normalen Harnröhre noch eine Öffnung bestand, die Harn entleerte und zeitweilige Inkontinenz bestand. Die zweite Öffnung führte in einen erweiterten Raum, der hinter der normalen Blase gelegen war. Man faßte diesen Raum zunächst als zweite Blase; eine genauere Betrachtung lehrte aber, daß es sich um einen abnorm ausmündenden, erweiterten Ureter handelte. Im Anschluß hieran bespricht der Verfasser die abnormen Ausmündungen des Ureters. Derselbe kann am Uterus blind enden, ebenso an der vorderen Vaginalwand. Auch in der Blase sind blind endende Ureteren beobachtet, meistens sind es überzählige. Sie führen zu cysteartiger Hervorstülpung der Blasenwand, eventuell mit Prolaps derselben und tödlicher Gangrän des Prolapses. Die Niere fehlt in solchen Fällen gewöhnlich oder ist atrophisch. Beim Manne kommen Ausmündungen am Blasenhal und in der Pars prostatica vor; auch hier sind es stets überzählige Ureteren. Eine große klinische Bedeutung haben die offenen Einmündungen der Ureteren in die Harnröhre des Weibes, in die Vagina (angeborene Harnleiter-Scheidenfisteln.) Es können auch die Ureteren direkt in das Vestibulum einmünden; die Blase kann dabei fehlen. In vielen dieser Fälle kann ein operativer Eingriff in Frage kommen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales, von C. CASPER. Nachdem man mit Hilfe der Cystoskopie im stande war, in jedem Falle, in dem die Ureterenmündungen zu sehen sind, sowohl beim Manne, wie beim Weibe einen Katheter in dieselben hineinzubringen, mußte der Gedanke nahe liegen, die Methode des Katheterismus der Ureteren, die ursprünglich nur diagnostischen Zwecken dienen sollte, auch für die Therapie nutzbar zu machen. Der erste, der diese Idee bei der Frau ausgeführt hat, war H. A. KELLY. CASPER berichtet nun über zwei Pyelitisfälle, in denen er durch Instillation, bezw. Ausspülung des Nierenbeckens vollständige Heilung erzielt hat. Der erste Fall stellt eine doppel-seitige Pyelitis subacuta blennorrhoeica dar bei einem 34jährigen Kaufmann, der eine Reihe von Symptomen aufwies, die erst zur Diagnose einer Cystitis colli blennorrhoeica und einer entsprechenden Behandlung mit Spülungen der Urethra und des Blasen-halses mit Argentum-nitricum-Lösungen, reichlichem Trinken, Narcoticis und Salicyl-säure führten.

Er hatte damals heftige Schmerzen beim Harnen, besonders am Ende der Harn-entleerung und nach derselben. Dieser Schmerz saß fast ausschließlich in der Spitze des Penis. Dabei war ausgeprägter Tenesmus sowohl der Blase, als des Darmes vorhanden. Patient mußte alle Viertelstunden urinieren. Am Ende der Miktion kam mit dem Urin Blut. Allgemeinzustand hat sehr gelitten, Schlaf war durch das häufige Harnbedürfnis gestört, Appetit mäßig, Stuhl ging oft unwillkürlich während des Pressens beim Urinieren ab. Der Harn war in beiden Portionen trübe, dick, von Stücken durch-setzt, von saurer Reaktion, enthielt viel Pus, wenig Albumen, rote Blutzellen, große polymorphe Blasen-, geschwänzte und birnförmige Epithelien, keine Cylinder, keine Gonokokken, keine Tuberkelbacillen.

Da der Eisengehalt des Harns sehr stark, mehr Albumen vorhanden war, als

der Eitermenge entsprach, rote Blutzellen selten fehlten, die Blase nicht mehr als 50 ccm eingespritzter Flüssigkeit vertrag, die Gesamtmenge in 24 Stunden durchschnittlich 2 l betrug, da ferner der Verweilkatheter nur vorübergehenden Erfolg brachte, der Patient immer mehr abnahm, da schließlich die angewandte Therapie erfolglos blieb (was bei blennorrhöischer Cystitis selten der Fall ist), so glaubt Verfasser, annehmen zu dürfen, daß der blennorrhöische entzündliche Prozeß durch den linken Ureter in das Nierenbecken aufgestiegen sei. Beim Katheterismus des linken Ureters entleert sich eine dicke, weiße Masse, die zum großen Teil aus Rundzellen, vereinzelt roten Blutkörperchen und Blutschatten bestand. Bei diesem Ergebnis wurde der Katheter zur Drainage liegen gelassen. Den Tag darauf werden durch den Ureter-Katheter 15 ccm 8%iger Borsäurelösung in das Nierenbecken eingespritzt. Nach Abfluß derselben wurden zweimal 15 ccm 1%iger Argentin-nitricum-Lösung in einer Zwischenpause von zehn Minuten in das Pelvis renum gespritzt. Diese Procedur wird in den nächsten zwei Tagen wiederholt, danach Wohlbefinden des Patienten, Harnpausen von 1½ Stunden, Patient ist fieberfrei, Tenesmus der Blase und des Darmes hat nachgelassen, Urin sieht wesentlich besser aus. Von jetzt ab nur noch Spülung der Blase.

Beim Katheterismus der rechten Niere entleert sich Harn, in dem sehr reichliche Rundzellen gefunden werden; deshalb werden auch hier 10 ccm einer 2%igen Argentin-nitricum-Lösung in das Nierenbecken gespritzt, 5 ccm im Ureter in seiner ganzen Länge instilliert. An den folgenden Wochen Bor- und Argentinuspülungen der Blase. Nach seiner Rückkehr von Wildungen ist Patient völlig wohl, ohne Schmerzen und Beschwerden. Der Harn ist klar, hat nur noch Spuren von Rundzellen und Schleim. Albumen nicht mehr nachweisbar. Patient hat 20 Pfund zugenommen, Harnen 4–5 Mal täglich.

Der zweite Fall, der eine Pyelitis blennorrhöica chronica darstellt, betrifft einen 28jährigen Beamten. Seine Klagen bezogen sich auf Schmerzen beim Urinieren, Häufigkeit der Miktionen, trübes Aussehen des Harns, Mattigkeit und Abmagerung. Die Schmerzen saßen in der Glans penis und erstreckten sich bis in die linke Nierengegend. Da nach zweimonatlicher Behandlung (Spülungen der Blase mit Argentinum und Bor, innerlich Salol und Balsamica) der Zustand im wesentlichen derselbe geblieben war, wurde auch hier der verdächtige linke Ureter katheterisiert. In der entleerten trüben Flüssigkeit fanden sich Rundzellen, sehr viele Ureter-Epithelien und vereinzelt rote Blutzellen. Der Albumengehalt dieser Flüssigkeit war beträchtlich. Bei der daran angeschlossenen Anspülung des Nierenbeckens konnten 60 ccm Borsäure eingespritzt werden, ein Beweis, daß das Nierenbecken schon dilatiert war. Nach Abfluß dieser Flüssigkeit wurden von einer Argentin-Lösung (1:500) wenige Kubikzentimeter eingespritzt und nun abwechselnd die Blase und das linke Nierenbecken mit Argentinum (1:1000) in Zwischenräumen von je zwei Tagen ausgespült. Beim sechsten Mal war der Harn ganz klar und mit Ausnahme von einigen Ureter-Epithelien frei von Formelementen. Ebenso besserten sich der Blasenharn und die subjektiven Beschwerden des Kranken.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Nierenbecken- und Ureterspülungen haben bei vorstehenden Fällen die heilende Wirkung ausgeübt.

2. Dieses Verfahren ist in allen chronischen blennorrhöischen Pyelitiden und in allen Fällen, in denen sich nicht nach kurzer Zeit ein Umschwung zum Besseren zeigt, indiziert. Seine Unterlassung ist ein Fehler.

3. Alle diejenigen Pyelitisformen sind auszuschließen, die auf lokale, im Nierenbecken gelegene Ursachen zurückzuführen sind und deren Beseitigung nur durch Operation möglich ist.

Ries-Stuttgart.

Über posttraumatische Anurie, von FILANDEAU. (*Rev. de méd. et de chir.* 1896. No. 20.) Die Anurie, welche gewöhnlich sofort nach dem Trauma, resp. der Operation eintritt, zeigt sich weitaus am meisten nach Operationen am Abdomen oder den unteren Extremitäten und wird seltener, je weiter sich das Operationsfeld von diesen Regionen entfernt, so daß sie nach solchen im Gesichte oder den oberen Gliedmaßen sehr selten wird. Sie ist entweder indolent oder schmerzhaft. Die erstere Form wird gewöhnlich bei Patienten beobachtet, die keine uropathologischen Antecedentien haben. Die Dauer der posttraumatischen Anurie ist gewöhnlich kurz und beträgt kaum mehr als 36 Stunden. Die Behandlung besteht in der Applikation von Klystieren, eventuell gefolgt von Einführen von beruhigenden Suppositorien, wenn die Schmerzen heftig sind. Genügen die Klystiere nicht, so muß schließlich kateterisiert werden.

C. Müller-Wallisellen.

Beitrag zur Kenntnis der sog. „physiologischen“ Albuminurie, von H. ZIMMERS. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1896. No. 2.) Verfasser bespricht nach einer kurzen Erörterung der physiologisch-chemischen Seite die physiologische Albuminurie von rein klinischem Gesichtspunkte, von dem aus die Nuklealbuminurie nicht mitzählt, da Nuklealbuminurie kein durch Erhitzung fällbarer Körper ist. Er giebt die Litteraturangaben über die cyclische, transitorische und intermittierende Albuminurie und deren Deutung wieder, um dann seine eigenen Beobachtungen, die er an 144 Personen angestellt, zu berichten. Es waren durchweg Soldaten im Alter von 19 bis 20 Jahren, von denen einige an verschiedenen Leiden litten. Die Ergebnisse sind:

1. Viele der bei jugendlichen Personen vorkommenden Albuminurien (8 Personen von 144 = 5%) werden durch Affektionen des Nierenparenchyms erklärt.
2. Eine andere Reihe der Albuminurie dieses Alters ist extrarenalen, accidentellen Ursprungs (rote Blutkörperchen, Leukocyten, Spermatozoen etc.).
3. Funktionelle Albuminurien konnten bei den untersuchten Personen nicht nachgewiesen werden.
4. Auch von „physiologischer“ Albuminurie war bei den untersuchten Personen keine Spur zu entdecken (bei 103 von 144, also bei 71,5%, konnte mit den empfindlichsten Reagentien keine Spur von Eiweiß entdeckt werden).

Jessner-Königsberg i. Pr.

D. RAMOS hat bei zwei Patienten, denen er höhere Dosen Antipyrin (3,0 pro die) verabreichte, hochgradige, aber rasch vorübergehende Albuminurie beobachtet: Nephritis konnte ausgeschlossen werden. In dem einen Falle handelte es sich um eine Cystitis, im anderen um einen Rheumatismus bei einem Syphilitiker. Beide Male wurde der Urin vor der Antipyrinmedikation untersucht und albuminfrei befunden. (*Ann. da soc. de med. e cir. da Bahia.* 1895. No. 3.)

C. Müller-Wallisellen.

Zur Kenntnis der Pyurie und Hämaturie, von B. GOLDBERG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 49.) Die von POSNER angegebene Zählung der Zellen im Harn hat sich dem Verfasser als wichtiges diagnostisches Mittel bewährt. Die Zahl der Zellen verändert sich, sobald der aufbewahrte Harn alkalisch geworden. Auch für die Kontrolle therapeutischer Maßnahmen ist das Verfahren wertvoll. Durch Feststellung des Eiweißgehaltes bei gleichzeitiger Zählung gewinnt man ein Urteil darüber, ob wahre oder falsche Albuminurie besteht. Bei einer Eitermenge von 100 bis 6000 Zellen in 1 ccm ist das Filtrat noch eiweißfrei. Mehr als 1‰ Eiweiß auf 50 000 Eiterzellen deutet auf renale Albuminurie. Verfasser hat die Zählung auch bei Hämaturie vorgenommen. Die Auslaugung der Blutkörperchen bei längerem Verweilen im Harn, die Beimengung von Gerinnseln sind Fehlerquellen. Dennoch kann man die Höhe des Blutverlustes durch Zählung unter Berücksichtigung

der Blutkörperchenzahl im Blute annähernd feststellen, ebenso die Eiweissmenge, die auf Rechnung des Blutgehaltes kommt. Die Trennung der flüssigen Bestandteile eines Blutharns von den festen ist schwierig und nur durch Filtrieren durchzuführen. Verfasser zieht folgende Schlüsse: 1. Enthält ein Blutharn 1000—3000 Blutkörperchen in 1 ccm, so ist ein deutlich nach den gewöhnlichen Methoden nachweisbarer Eiweissgehalt ein Beweis einer wahren, renalen Albuminurie; 2. ist der Bruch, welchen man erhält, wenn man den pro Miliegehalt des hämoglobinfreien Filtrats an Eiweiss in die Zahl der Blutkörperchen in 1 ccm dividiert, grösser als $\frac{1}{100000}$, so besteht neben der falschen eine wahre Albuminurie; ist er kleiner, so besteht keine oder eine nur geringe wahre Albuminurie. — Tabellen illustrieren die Angaben.

Jessner-Königsberg i. Pr.

CAPPELLARI berichtet über einen Fall von intermittierender hysterischer Hämaturie (18 jähriges Mädchen). Es bestanden entzündliche Symptome von Hysterie, und die Anfälle selbst, die im Mittel zwölf Stunden andauerten, stellten sich jeweilen nach psychischen Insulten ein. Andere organische Affektionen konnten ausgeschlossen werden. (*Rif. med.* 1895. No. 235.)

C. Müller-Wallisellen.

Hämatologische Untersuchungen über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie e frigore, von G. VIOLA. (*Policlinico.* 1895. No. 10.) Die Untersuchungen beziehen sich auf die roten Blutkörperchen und auf das Plasma. Erstere fand er normal und glaubt er die Ursache der Affektion dem Plasma zuschreiben zu müssen; dieses erhält nämlich unter dem Einflusse der Kältewirkung in hohem Mafse die Eigenschaft, rote Blutkörperchen (auch beim Gesunden) aufzulösen.

C. Müller-Wallisellen

Über die differential-diagnostischen Merkmale des Blutharnens je nach seiner vesikalen oder renalen Herkunft spricht ASSMUTH. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1895. No. 35.) Aus diesem Vortrage seien einzelne Punkte hervorgehoben: Die Angabe, dafs die Miktionsfrequenz bei Nierenblutung normal, bei Blasenblutungen gesteigert ist, ist unwar. Bei letzteren kann die Miktionsfrequenz normal sein, wenn der Blasenhalstakt ist; bei ersteren ist sie vermehrt, wenn Gerinnsel in der Blase sich gebildet haben. Ebenso verhält es sich mit dem Miktionschmerz. Nur im beschränkten Mafse ist die tiefbraune Färbung, der Methämoglobingehalt, für Nierenblutungen charakteristisch; der Harn kann bei profusen Blutungen hellrot bleiben, wenn andererseits die blutende Blase tiefbraunen Inhalt hat, solange dieser lange retiniert ist. Wichtig ist das oft plötzliche Verschwinden des Blutharnens, beruhend auf Gerinnselbildung in den Ureteren. Blasenblutungen dauern lange, hören langsam auf; nach der Blutung hat der Urin meist noch einen üblen Geruch. Lange Gerinnsel, über 10 cm, entstammen dem Harnleiter; vorausgegangene Nierenkoliken bestätigen die renale Abstammung der Blutung. Die langen Gerinnsel sind aber durchaus selten. Vorsicht bedarf es bei der Verwertung eines Tumorbefundes in der Nieren- oder Blasenegend. Ein Nierentumor kann vorgetäuscht werden durch Erweiterung des Nierenbeckens bei Blasenblutungen, wenn die Gerinnsel die Ureteren verlegen. Eine Varikocoele auf der Seite des renalen Tumors soll für die renale Blutungsquelle charakteristisch sein. Die terminale Hämorrhagie (Terminalphänomen) beim Katheterisieren spricht stets für vesikalen Ursprung der Blutung.

Es sind drei Hauptursachen von Blutungen zu unterscheiden: 1. Variköse Venen am Blasenhalse; 2. Neubildungen; 3. Konkremente. — Die Blutungen im letzteren Fall werden meist durch äufsere Anlässe ausgelöst. Die Ausführung der Boutonnière zur Digitalexploration verwirft der Verfasser.

In der Diskussion hebt KERNIG als für Blutungen bei Nierentumoren bezeichnend hervor das Eintreten von Hämaturie nach Druck auf die Nieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Grundgesetze der Acetonurie und ihre Behandlung, von GEORG ROSENFELD. (*Centralbl. f. innere Med.* 1895. No. 51.) Der Diabetiker weist bei reiner Fleischkost Diaceturie und Acetonurie auf; letztere seltener; erstere tritt in demselben Falle auch beim gesunden Menschen auf. Ebenso steigert Hunger die physiologische Acetonurie. Zufuhr von Kohlenhydrat bringt diese in kürzester Zeit zum Schwund. Mäßiger Eiweißzerfall bei ausfallendem Kohlenhydratstoffwechsel ist die Ursache der Acetonurie. Das Fett beeinflusst letztere nur insoweit, als sie den Eiweißzerfall beeinflusst. Starker Eiweißzerfall vermindert die Acetonurie ebenso wie der Kohlenhydratstoffwechsel. Die Acetonurie bei Diabetikern nach Einleitung reiner Fleischkost ist ein Analogon der Vorgänge beim normalen Menschen. Auffallend ist dieselbe aber bei Diabetikern, die gemischte Kost, also auch Kohlenhydrate erhalten. Es beweist das, daß trotz Zufuhr von Kohlenhydraten die eigentliche Umsetzung derselben ausfällt, der Diabetiker sich wie ein Mensch verhält, der nur Eiweiß erhält. Die Kohlenhydrate werden unoxydiert im Harn ausgeschieden. Um die Acetonproduktion bei Diabetikern herabzusetzen, ist da, wo Kohlenhydratzufuhr nichts nützt und excessive Eiweißzufuhr nicht vertragen wird, Hunger das einzige Mittel bei gleichzeitiger Darreichung von Lävulose, Glycerin, Rohrzucker. In einzelnen Fällen gelingt es durch forcierte Kohlenhydraternährung beginnendes Coma, das ja mit erheblicher Acetonurie einhergeht, zum Weichen zu bringen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Entstehung des Urobilins, von A. BECK. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1895. No. 35.) Die Entstehungsweise des Urobilins ist sehr verschieden aufgefaßt, wie aus den Bezeichnungen Urobilinuria enterogenes, hepatogenes, haematogenes, histogenes, nephrogenes hervorgeht. Verfasser hat nun in dieser Richtung Versuche angestellt, deren Ergebnis ist, daß jedenfalls als Hauptort der Urobilinbildung das Darmlumen zu betrachten ist. Daß das Urobilin auch im Blute oder in den Geweben aus Blutfarbstoff gebildet werden könnte, ist aber nicht von der Hand zu weisen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harn, von ADOLF JOLLES. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 46.) Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind folgende:

1. Der normale Harnfarbstoff ist mit größter Wahrscheinlichkeit als identisch mit dem höchsten Oxydationsprodukt des Bilirubins anzusehen; im normalen Harn kommen zuweilen Farbstoffe vor, die sich vom normalen Harnfarbstoff nur durch ihren Sauerstoffgehalt unterscheiden.

2. Die Harnfarbstoffe, welche nach ihrem spektroskopischen Verhalten und nach ihrer chemischen Reaktion als Urobiline bezeichnet werden, lassen sich in physiologische und pathologische Urobiline trennen. Die unvollständig oxydierten Harnfarbstoffe gehören zu den physiologischen Urobilinen.

3. Zu den physiologischen Urobilinen gehört auch jener Farbstoff, der sich beim Stehen normal gefärbter Harne durch das Nachdunkeln des Harnes bemerkbar macht.

4. Beide Urobilinarten unterscheiden sich wesentlich dadurch, daß die physiologischen Urobiline nach erfolgter Oxydation mit einer alkoholischen Jodlösung oder Salpetersäure weder Fluorescenz noch ein charakteristisches Spektrum zeigen, während die pathologischen Urobiline nach der gleichen Behandlung ihr optisches Verhalten und ihre Fluorescenz beibehalten.

5. Um Verwechslungen der physiologischen und der pathologischen Urobiline

hintanzuhalten, ist es notwendig, das Urobilin aus dem Harn zu isolieren und dann genau zu untersuchen. (Eine entsprechende Methode wird angegeben.)

6. Als Quelle des pathologischen Urobilins sind der Gallenfarbstoff (Bilirubin) und der Blutfarbstoff anzusehen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Chylurie, von F. P. HENRY. (*St. Louis med. and surg. Journ.* Dezember 1895.) Verfasser hatte den Urin eines Kubaners, der seit zwei Monaten ununterbrochen einen milchigen Urin abgesondert und in der Zeit 20 Pfund an Gewicht verloren hatte, untersucht. Filarien konnten in diesem Falle nicht nachgewiesen werden. Zuckerreaktion war auch nicht deutlich. *F. Hahn-Bremen.*

Über die Entfärbung zuckerhaltiger Urine mit Tierkohle, von TH. LOHN-STEIN. (*Allg. med. Centralztg.* 1895. No. 74.) Zur Entfärbung des Urins vor der polarimetrischen Zuckerbestimmung dienen Bleizucker oder Tierkohle. Bei Anwendung des ersteren ist die Berechnung schwierig. Der Tierkohle wird aber vorgeworfen, daß sie Zucker zurückhalte. Verfasser prüfte die Berechtigung dieses Vorwurfs. Er benutzte zunächst zu seinen Versuchen die Blutkohle von Schernig und konstatierte, daß dieselbe aus den zuckerhaltigen Flüssigkeiten nicht unerhebliche Quantitäten des gelösten Zuckers zurückhält. Günstiger stellt sich aber das Ergebnis bei Verwendung von Beinschwarz, das durch Glühen von Knochen bei Luftabschluß erhalten wird und 30 Mal so billig ist, als Blutkohle. Beide Substanzen unterscheiden sich wesentlich durch den Gehalt an löslichen Substanzen. Das Beinschwarz hält weniger als den zehnten Teil der Mengen gelöster Substanz aus farblosen Lösungen zurück, als Blutkohle. Aber auch aus nicht entfärbtem Urin tritt nur ein Verlust von nicht mehr als $\frac{1}{100}$ der Größe des Traubenzuckergehaltes ein, also ein minimaler Fehler. Es ist also das billige Beinschwarz zur Entfärbung des zuckerhaltigen Urins bedeutend vorzuziehen. Die Bestimmung der Differenzen in den Zuckermengen der untersuchten Flüssigkeiten geschah durch Feststellung des spezifischen Gewichtes vor und nach erfolgter Vergärung mittelst des vom Verfasser angegebenen Urometers.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung der harnsauren Diathese, von ROSENFELD und ORGLER. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1896. No. 2.) Die Schlüsse der Verfasser lauten:

1. Erhöhung des Eiweißumsatzes erzeugt eine beträchtliche Steigerung der Harnsäureausscheidung, welche bei großen Differenzen im Eiweißumsatz sehr deutlich ist.
2. Zulage von 150—190 g Butter bei verschiedenen Eiweißumsatzstufen erhöht die Harnsäureausscheidung erheblich.
3. Rohrzuckerzulage erhöht ebenfalls die Harnsäureausscheidung.
4. Die durch Kalbmilch hervorgerufene Steigerung der Harnsäuremenge wird durch Harnstoffdarreichung (20,0 pro die) so beeinflusst, daß sowohl eine geringere Bildung von Harnsäure, als auch eine bessere Lösung der Harnsäure erzielt wird.
5. Unter gleichen Verhältnissen wirkt das Urotropin bildungsvermindernd und löungsvermehrend auf die Harnsäure ein, doch nicht so stark, wie der Harnstoff; auch treten Nebenwirkungen auf Blase und Magen-Darmtractus auf.
6. Nach der Kalbmilchperiode fand sich eine lange Nachzeit erhöhter Harnsäureausscheidung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die diuretische Wirkung der Lithiumsalze, von MARTIN MENDELSON. Verfasser bricht eine Lanze für die Lithiumsalze, die gutes in der Therapie der Gicht leisten, nur muß man die wirklich löslichen und daher diuretisch wirkenden anwenden: Lithium aceticum oder citricum, und nicht das unlösliche Lithium carbonicum oder Chlorlithium. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1895. No. 41.) *F. Hahn-Bremen.*

Verschiedenes.

Vestre-Hospital in 1895, von R. BERGH-Kopenhagen. (37 S.) Ein detailliertes Autoreferat dieses Jahresberichts wird wie gewöhnlich in *Virchow-Hirschs Jahresbericht* gegeben werden, worauf an dieser Stelle hingewiesen werden soll.

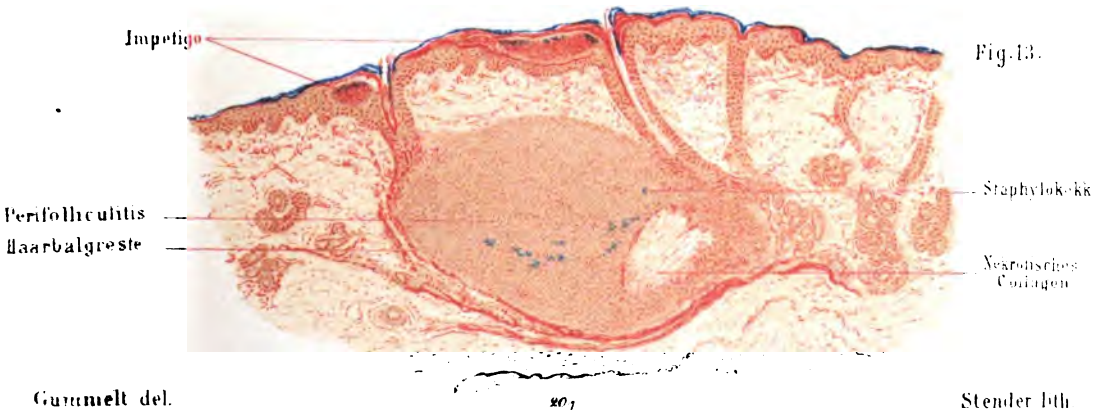
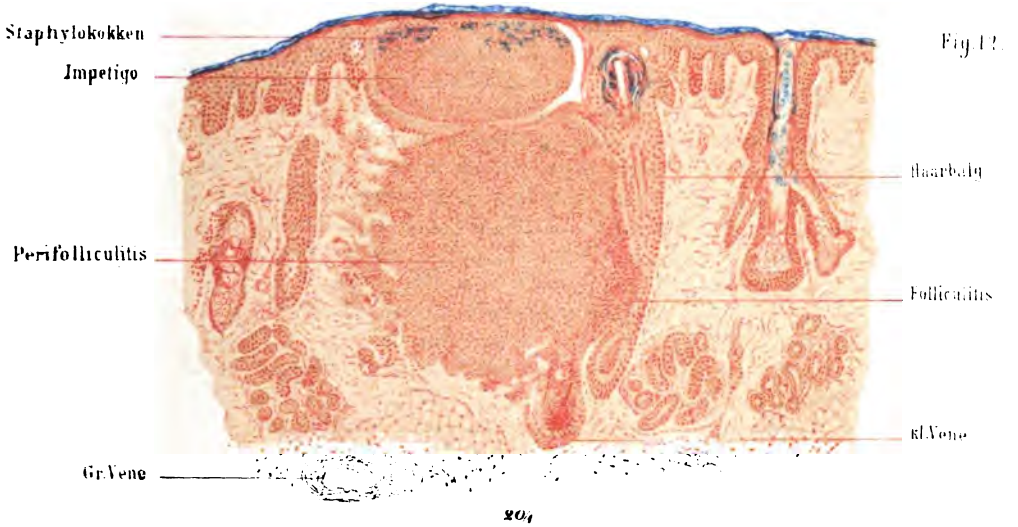
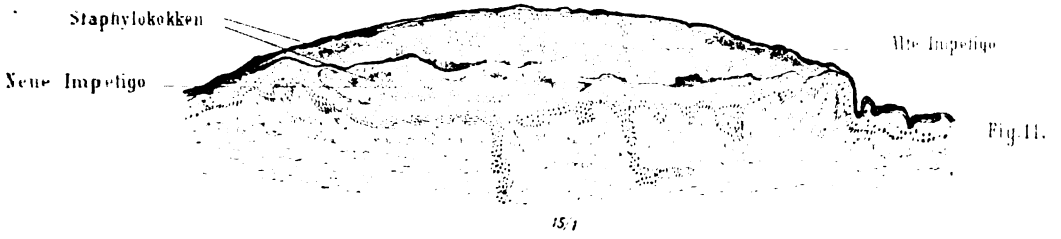
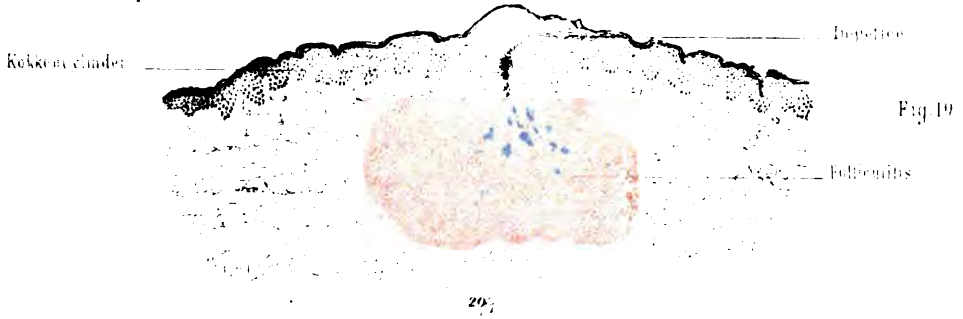
Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Vierteljahrsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates, von CASPER und LOHSTEN. (Berlin 1896. Oskar Coblentz.) Wir haben da das erste Heft eines neuen Werkes vor uns liegen, welches unter den Auspizien der bekannten Verfasser den Zweck verfolgt, in längeren ausführlichen Referaten einen guten Überblick des Publizierten zu geben. Trotz oder vielmehr gerade bei der Reichhaltigkeit unserer Litteratur erscheint das neue Unternehmen ein höchst verdienstliches und manchem willkommen, da es eine rasche Orientierung und Nachschlagung beim Suchen nach etwaigen Veröffentlichungen gestattet.

F. Hahn-Bremen.

Die ägyptischen Eunuchen, von LOBSTER. (*Ann. des mal. des org. gén. ur.* No. 6. 1896.) In Ägypten wird die Entmannung an Knaben von 7 bis 10 Jahren durch gewisse koptische Mönche um hohen Lohn vollzogen, während die Muselmänner selbst sie nicht ausüben. Die Operation wird auf zweierlei Arten ausgeübt. Die eine Methode besteht darin, daß mittelst des Rasiermessers die Geschlechtsteile möglichst nahe der Schamgegend abgeschnitten werden, und zwar Rute und Hodensack in einem Zuge. Der Operierte wird dann bis zum Hals förmlich eingegraben in trockenen und feinen Sand, welcher die Blutung aufhalten soll. Nach 4—5 Tagen gräbt man den Armen aus und legt einige Ölläppchen auf die Wunde. Bei der zweiten Methode durchschneidet oder zerquetscht man Samenstränge und die Rute mittelst eines feinen, aber festen Bindfadens, dessen beide Enden gewaltsam angezogen werden. Hierbei leidet der Knabe noch mehr, aber die Blutung ist weniger zu fürchten. Der so Behandelte wird nicht eingegraben, sondern einfach mit dem Bast von Akazien verbunden, welche reich an Tannin sind. Im einen, wie im anderen Falle gehen zwei Drittel der verstümmelten Knaben zu Grunde.

Neuhaus-München.



Gummelt del.

Stender lith.

Unna. Impetigo, Folliculitis u. Perifolliculitis staphyl.



.



Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

№ 6.

15. September 1896.

Zur Prurigofrage.

Referat,

erstattet auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress zu London.

Von

ERNEST BESNIER.

Nosologie und Pathogenese.

I.

Meine Herren!

In dem Augenblick, da sich das dermatologische Jahrhundert, das ich nicht anstehe, das WILLANSche Jahrhundert zu nennen, seinem Ende zuneigt, vermag wohl nichts die Leistung des berühmten Dermatologen der Londoner Poliklinik in ein helleres Licht zu rücken, als eine Besprechung der Prurigofrage, und ich schätze mich glücklich, daß es mir vergönnt ist, ROBERT WILLAN in dem Lande, das sich rühmt, ihn zu den Seinen zu zählen, meine Verehrung darzubringen.

Das heutige Problem der Prurigo entstand erst, nachdem WILLAN die Gruppe der Papeln geschaffen hatte. Ein halbes Jahrhundert lang hat dieses Problem sein Gesicht nicht verändert, und vielleicht würde es auch heute noch, abgesehen von den Klärungen, die der Fortschritt der Dermatologie im allgemeinen mit sich brachte, nicht gefördert sein, hätte der Wiener Meister, FERDINAND HEBRA, hier nicht mit mächtiger Hand eingegriffen. HEBRA, der geniale Kliniker und selbstbewusste Forscher, stieß die Gruppe der Papeln ohne viel Bedenken wieder um, verwies den Strophulus und Lichen, die WILLAN mit seinem wunderbaren Scharfblick so glücklich in eine Gruppe zusammengefaßt hatte, zu den auseinandergelegenen Formen der Hautkrankheiten und strich mit einem Federzug alles aus der Gattung Prurigo fort, was nicht unter die Arten „mitis“ und „formicans“ miteinbegriffen war, um es unter den „Pruritus cutaneus“ zu verweisen. Die glänzende Beschreibung, welche HEBRA von diesem Typus gab, seinem Lieblingstypus, für den allein er den Namen Prurigo zuließ — Prurigo simplex seu vulgaris

mihi, um seine eigenen Worte zu gebrauchen —, blendete seine Zeitgenossen und Schüler vollständig; sie verkannten ganz, daß der Knoten nicht gelöst, sondern einfach durchhauen sei, und daß durch diese Veränderung der Namen die noch jetzt andauernde Verwirrung herbeigeführt wurde.

Indessen ist der Widerspruch gegen die Alleinherrschaft¹ dieser neuen Ordnung im Laufe der Jahre, selbst in der Heimat **HEBRAS**, immer lebhafter geworden und fordert immer stürmischer Beachtung. Dem hat auch das Organisationskomitee des dritten internationalen Kongresses für Dermatologie Ausdruck gegeben, indem es die Prurigofrage an die Spitze der Tagesordnung der ersten Sitzung stellte. Eine erneute Prüfung dieser Frage ist notwendig. Scheuen wir vor der schwierigen Aufgabe nicht zurück!

Zweifelsohne werden die hervorragenden Dermatologen, die in dieser feierlichen Sitzung nach mir das Wort ergreifen werden, bedeutendes zur Klärung der strittigen Punkte beitragen; leider aber sind unsere Kenntnisse in der Pathologie der Haut nirgends so weit vorgeschritten, daß wir auch nur für eine Frage die sich drängenden Probleme einer endgültigen Lösung zuzuführen vermöchten. Ist es doch auch noch nicht möglich gewesen, auch nur für eine der vielen Fragen die anatomischen, physiologischen und klinischen Thatsachen in Einklang zu bringen; ohne das aber ist es heutzutage unmöglich, eine Theorie aufzustellen oder eine Krankheitsgruppe mit festen und unangreifbaren Typen zu bilden, eine Krankheitsgruppe, zu der auch notwendig Formen stark schwankenden Charakters, sowie eine beträchtliche Anzahl von Übergangsfällen gehören.

Im folgenden werde ich nun einen gedrängten Überblick über die Nosologie der Prurigo, über die angezweifelte und die neuen Gesichtspunkte der Frage geben. Dabei soll das ärztliche Denken, nicht das starre Festhalten an dem **WILLANS**chen System mein Führer sein.

II.

In dem **WILLANS**chen System umfaßt die Gattung Prurigo, die dritte in der Ordnung der Papeln, drei typische Arten: die Prurigo mitis, die Prurigo formicans und die Prurigo senilis; ferner eine Reihe nebensächlicher Arten, die, wie die Kenner des **WILLANS**chen Systems wissen, von jenem nicht mit den drei ersten Arten identifiziert worden sind. Über diesen Punkt besteht keine Frage. Denn nach der Beschreibung der drei ersten Arten fügt **WILLAN** mit der Deutlichkeit, die sein ganzes Buch auszeichnet, hinzu: „Im Anschluß an die eben besprochenen Gruppen sind einige pruriginöse, rein örtliche Krankheiten zu erwähnen.“ — Ich habe wörtlich übersetzt. — „**BATEMAN** weist noch besonders auf die Unterschiede hin und behauptet, daß die übrigen Arten

der Gattung Prurigo WILLAN mit deren drei Hauptarten kaum verwandt seien; nur der Pruritus sei allen gemeinsam, aber die Papeln fehlten den ersteren Formen.“

In Wirklichkeit ist es also nur die Prurigo senilis, um die der von HEBRA angefachte Streit sich dreht; denn die Prurigo mitis und formicans wurden nur umgestaltet und ergänzt, während die Prurigo senilis in den Pruritus senilis und die nebensächlichen Prurigiformen WILLANS in die Pruritus varii umgewandelt wurden. In That und Wahrheit hat HEBRA nur die Beschreibung der beiden ersten Arten der WILLANSchen Prurigo ergänzt; was er hier sonst noch gethan hat, kommt auf eine Umänderung der Terminologie, auf die Anwendung einer allgemeinen Bezeichnung für eine besondere Krankheitsform hinaus.

Dagegen war nichts verkehrter, als den Ausdruck „Pruritus“ zu einer umfassenden Krankheitsbezeichnung zu verwenden. Denn „Pruritus“ bezeichnet nur ein einzelnes Symptom, aber keinen Symptomenkomplex, kein Syndrom, so wenig, wie etwa dem Worte „Husten“ bei den Erkrankungen der Atmungswege eine andere Bedeutung zukommt. Keine Form von Pruritus, gerade weil er nur ein Symptom, der Ausdruck für einen subjektiven Zustand ist, ist wesentlich; wahrscheinlich giebt es auch gar keinen Pruritus, der auf eine rein funktionelle Störung der Nerven, auf eine reine Neurose, auf eine Neurodermie zurückgeführt werden könnte. Es ist nun aber doch ganz selbstverständlich, daß man keine Krankheit, d. h. keinen Symptomenkomplex mit einem Ausdruck benennen darf, der nur auf ein einzelnes, noch dazu nichtssagendes Symptom hinweist, ein Symptom, das einer großen Reihe ausgebildeter Krankheitszustände zukommt.

Die Bezeichnung „Pruritus“ ist für die pruriginöse Erkrankung der alten Leute ebenso ungenau, wie für die nebensächlichen Prurigiformen WILLANS, denn bei allen diesen Störungen sind auch die Nerven, die Gefäße, die Haut, bald vorher, bald gleichzeitig mit dem Jucken, bald nachher in Mitleidenschaft gezogen. Das alles aber muß in der Benennung zum Ausdruck kommen; dieselbe soll nicht ein einzelnes Symptom, sondern eine Vielheit von Symptomen andeuten; und vor allen Dingen darf sie nicht zu dem Irrtum verleiten, als ob es sich bei allen diesen Hautleiden bloß um eine rein funktionelle Störung der Hautnerven, um eine unregelmäßige Innervation der Haut, um eine Neurodermie handle.

Wenn wir auch von den Veränderungen der Greisenhaut, von der Arterio-Sclerose und den Auto-Intoxikationen bei der Cachexia senilis, von der ungenügenden Harnbeschaffenheit ganz absehen wollen, so entspricht doch die pruriginöse Erkrankung der alten Leute, die Pruriginosis senilis, im ganzen betrachtet, noch lange nicht der Legende vom Pruritus

senilis sine materia. Das ist ja allerdings sehr wahrscheinlich, daß WILLAN die Prurigo senilis simplex mit einzelnen pedikulösen Prurigoformen verwechselt hat. Aber er hat sich doch sicherlich nicht immer geirrt! Er untersuchte die Haut seiner Patienten mit derselben Gründlichkeit wie die gewissenhaftesten Forscher unter seinen Zeitgenossen, und mehr als einmal sind ihm Veränderungen vorgekommen, die der „Lichenifikation“ von BROcq entsprechen. Zuweilen, so sagt er, hat die ganze Körperoberfläche bei der Prurigo senilis ein glänzendes Aussehen, und er bediente sich dabei des nämlichen Ausdrucks — shining —, den ERASMUS WILSON gebrauchte, um den Glanz der Oberfläche der Lichen-planus-Papeln zu beschreiben. Diese Oberfläche, so fährt WILLAN fort, ist zuweilen uneben, rau, ohne deutliche Papeln: „Sometimes the whole surface has a shining appearance, and is irregular, or granulated, without an eruption of distinct Papulae.“

Nun kommt bei einzelnen Varietäten der pruriginösen Erkrankung der Greise wirklich ein Status eburneus der Haut neben Haarausfall und einer besonderen Widerstandsfähigkeit der Epidermis gegen Traumen vor, und außerdem zeigen sich fast immer, wenn die Krankheit lange genug dauert, Elemente vom Typus der reinen oder sekundären Lichenifikationen mit Lokalisationen und Pigmentierungen. Auch ist es ja allen denen, die eine grössere Zahl solcher Fälle von Greisen-Prurigo zu Ende beobachtet haben, wohl bekannt, daß dabei nur allzuhäufig Papelausschläge, Folliculitis, Ekzematisation und Inseln von pigmentierter Lichenisation vorkommen.

Der sog. Pruritus senilis ist eine Krankheit für sich, hat seine eigenen Vorboten und seine eigenen Symptome, dauert seine bestimmte Zeit und setzt traumatischen Reizen einen mit den verschiedenen Zeiten wechselnden Widerstand entgegen. Dabei ist seine Beziehung zur Prurigo aber doch so offenkundig, daß selbst BROcq, der ihn doch als Neurodermie auffaßt, dennoch seine enge Verwandtschaft zu der Neurodermia diffusa à forme de lichénifications pures zugiebt und ihn zwischen die Prurigo von der Form des Lichen circumscriptus und meine Prurigo diathésique einordnet.

Bei allen alten Leuten, die, gleichviel in welchem Grade, mit der Krankheit behaftet sind, tritt die konstitutionelle Anlage, die senile Auto-Intoxikation ebenso deutlich zu Tage wie bei der typischen Prurigo die erbliche Anlage, die Störungen in der Harnentleerung und die ständige Intoxikation vom Darne aus.

Leider gestattet mir die Zeit jetzt nicht eine eingehende Erörterung der nebensächlichen Formen der Prurigo nach WILLAN und der Gruppe des sog. Pruritus cutaneus. Letztere hat sich seit der Epoche HEBRAS ganz auffällig vermehrt; wir finden darin einen kurzdauernden, einen

chronischen und einen immerwährenden Pruritus, — Formen, die einerseits auf anerkannte Toxämien, auf Glykämie, Cholämie, Urämie u. s. w. zurückgeführt werden — andererseits auf noch dunkle Dyskrasien, auf die sog. Diathesen, an deren Spitze die arthritisch-rheumatische Diathese steht. Aber noch andere Ursachen hat man für diesen Pruritus verantwortlich gemacht: unbekannte und flüchtige Intoxikationen z. B., wie sie die Prurigo der Jahreszeiten zum Ausdruck bringt, die doch reichlich so real bedingt ist, wie das Heufieber; ferner bakterielle Gährungen im Darmkanal und schliesslich sogar chemische Vergiftungen. Fasst man alle diese Ursachen zusammen, was bleibt dann noch für die Legende des nervösen Pruritus übrig?

Und in der That, wenn man viele Fälle von Prurigo bei Cholämischen mit ihrem charakteristischen Auftreten und ihrer Cnidosis eingehend verfolgt hat, wenn man die Prurigo hiemalis und aestualis von DUHRING und HUTCHINSON, bei denen sich die ganze Reihe der elementaren Vorgänge der eigentlichen Prurigo wiederholt, beobachtet hat — kann man auch dann noch die Krankheit nur für eine subjektive erklären, kann man auch dann noch glauben, man dürfe mit einem so nichtssagenden Wort wie „Pruritus“ einen ganzen Symptomenkomplex bezeichnen, in welchem, ganz abgesehen von den vorhergegangenen Veränderungen, neben dem Pruritus auch Urticaria, Papulo-Vesikeln, Papeln u. s. w. anzutreffen sind?

III.

Besonders eifrig ist man daran, die beiden ersten Gattungen der Ordnung Papeln, den Strophulus und den Lichen, der Prurigo anzuhängen, trotz heftigen Widerspruchs, der sich dagegen erhebt.

Den WILLANSchen Strophulus hat man schon anatomisch und klinisch der Prurigo wieder eingeordnet, und dasselbe Bestreben macht sich jetzt für den Lichen geltend. Um dies Ziel zu erreichen, hat es der langwierigen Arbeiten EMILE VIDALS und seines hervorragenden Schülers BROCC bedurft; waren die anatomischen Nachweise von NEISSER, TOMMASOLI, HALLOPEAU, DARIER u. s. w. erforderlich; war vor allem der Staatsstreich TOMMASOLIS nötig, der den Lichen simplex acutus VIDALS, von ihm als Prurigo temporalis autotoxica, von BROCC als Prurigo simplex bezeichnet, unter die Prurigo verwies.

Zu diesem Ziele beigetragen hat auch die an Gedanken und Thaten so reiche Arbeit von TOUTON, in welcher er ausführt, dass trotz der bestehenden anatomischen und klinischen Unterschiede zwischen der Prurigo HEBRA, d. h. dem Pruritus cutaneus, und dem, was man Lichen simplex chronicus nennt, beide Krankheiten in Bezug auf ihre Nosologie dennoch in die nämliche Gruppe gehören. TOUTON fährt dann fort:

„Die Neurodermitis circumscripta chronica BROCCS, der Lichen simplex chronicus circumscriptus von CAZENAVE und VIDAL, ist weder ein *Eccema chronicum*, wie die HEBRASche Schule es lehrt, noch ein Lichen, sondern eine lokalisierte Pruriginose mit sekundärer Hautverdickung — Lichenifikation — und der Prurigo HEBRA ganz nahe verwandt.“

Um den Überblick über die Wandlung der Ansichten zu vervollkommen, sei hier schliesslich noch erwähnt, daß man, nach Brocq, unter dem „bequemen Ausdruck“ Prurigo diathésique die folgenden vier Gruppen zusammenfassen kann:

1. Prurigo diathésique mit dem objektiven Symptom der Lichenificatio pura circumscripta. (Lichen simplex chronicus, Neurodermitis chronica circumscripta.)

2. Prurigo diathésique mit dem objektiven Symptom der Lichenificatio pura abortiva (diffusa; Neurodermitis diffusa mit dem objektiven Typus der Lichenificatio pura).

3. Prurigo diathésique mit Ekzem-Lichenbildung (Typus E. BESNIER).

4. Prurigo diathésique à forme objective (Prurigo HEBRA).¹

Meine Herren! Ich glaube, diese Übersicht genügt, um den Unterschied zwischen der Gruppe Prurigo, wie sie WILLAN in seinem System gezeichnet hat, und demjenigen Bild, das man heute von ihr entwirft, zu würdigen.

IV.

Indessen erhebt sich auch gegen diese neue Auffassung von der Prurigo ein vielseitiger und beachtenswerter Widerspruch, und von neuem wird der Versuch gemacht, unter der Bezeichnung Prurigo eine abgeschlossene dermatologische Gattung, eine umschriebene Krankheitsform aufzustellen, die allerdings ihre Grenzen etwas weiter ausdehnt, sonst aber ebenso unbedingte Geltung beansprucht wie die HEBRASche Lehre.

Für TOMMASOLI hat das Wort Prurigo nur eine Bedeutung, nämlich diese:

„Eine Dermatose inneren Ursprungs, bei der neben heftigem Jucken gleichzeitig oder fast gleichzeitig ein Ausschlag von Papeln besteht. Diese Papeln sind klein, serös, aber regelmäßig vorhanden, bilden sich in wenigen Tagen und bedecken sich rasch mit einer kleinen Blutkruste. Diese Derma-

¹ Demgegenüber, fährt Brocq fort, erscheint auch die folgende Benennung ganz annehmbar:

1. Neurodermitis chronica circumscripta (Lichen simplex chronicus).

2. Neurodermitis diffusa mit Lichenificatio pura.

3. Neurodermitis multiformis mit Ekzem-Lichenbildung (Prurigo diathésique de M. le Dr. E. BESNIER).

4. Neurodermitis multiformis mit Prurigo HEBRA.

tose befallt mit Vorliebe die Außenflächen der Extremitäten Häufig kündet Urticariaquaddeln ihren Ausbruch an oder begleiten sie; die einzelnen Anfälle sind für gewöhnlich durch Zwischenräume voneinander getrennt, folgen nicht unmittelbar aufeinander. Verschlimmerungen pflegen mit einem Nachlaß der Erscheinungen zu wechseln, und dieser Wechsel scheint von der Jahreszeit abzuhängen. Jedoch treffen die letztgenannten Erscheinungen keineswegs immer zu.⁴

Wenn TOMMASOLI die seröse Papel, unter Ausschluss der lichenoiden und jeder anderen Papei, für die Prurigo für notwendig und spezifisch erklärt, so thut er das nicht nur mit Rücksicht auf deren klinische und histologische Eigenschaften, sondern auch, weil er die Seropapel für ein primäres, präpruriginöses Element hält, und weil er annimmt, daß unter der Einwirkung einer spezifischen Dyskrasie des Blutes auch eine dementsprechende Veränderung der Gefäßwände oder der Gewebelemente, in denen die Papel sich bildet, zu stande kommt, und daß hierbei auch vielleicht noch andere, verwickeltere Vorgänge mitspielen.

Ich will ohne weiteres für einen Augenblick die Annahme zulassen, daß unter den zahlreichen Ausschlags-elementen, die in Wirklichkeit den pruriginösen Symptomenkomplex ausmachen — und man kann, meines Erachtens, nicht umhin, diesen Symptomenkomplex der Bequemlichkeit halber mit der abkürzenden Bezeichnung Prurigo zu belegen —, daß, sage ich, unter jenen zahlreichen Ausschlags-elementen die Seropapel in einem bestimmten Lebensalter, zu einem gewissen Zeitpunkte der Erkrankung, ja auch in gewissen, einzelnen Krankheitsfällen vorherrschend ist. Ich gebe ferner zu, daß die gründlichste Untersuchung dieses bevorzugten Elementes in histologischer, bakteriologischer und chemischer Beziehung von hervorragender Wichtigkeit für die Pathogenese ist und uns vielleicht einen Einblick in das Zustandekommen der verschiedenen Prurigoarten ermöglicht.

Dagegen bestreite ich auf das Entschiedenste, daß jeder andere krankhafte Zustand, in welchem diese Seropapel fehlt oder durch eine andere ersetzt ist, schon allein dieserhalb sich gründlich von der Prurigo unterscheidet und nicht dazu gerechnet werden dürfe. Ich bestreite das, nicht nur, weil für derartige Krankheitsformen jede andere passende Bezeichnung fehlt, sondern auch, weil es sich, unbekümmert um die Ausschlagsform, um Krankheiten der nämlichen nosologischen Ordnung handelt, die notwendig aneinander gereiht werden müssen.

Aber nicht nur vom nosologischen Standpunkte aus, sondern auch als Kliniker und praktischer Arzt erhebe ich Einspruch. Denn ich bestreite rundweg, daß es jederzeit im Verlauf einer Prurigo möglich sei

die Seropapel scharf von anderen ähnlichen Elementen zu unterscheiden. Auch die unbedingte Bedeutung der Lokalisationen ist schon seit langem von mir angefochten worden.

Ein einförmiger Ausschlag besteht weder im Beginn noch im Verlauf irgend eines Falles von Prurigo. Urticaria und Erytheme spielen auch bei der HEBRASchen Prurigo unzweifelhaft eine hervorragende Rolle, und gerade die Vielfältigkeit und Nicht-Spezifität der Ausschlagsformen, die ausnahmslos bei allen Fällen und in allen Krankheitsabschnitten gewahrt bleiben, gehören zum Symptomenkomplex der Prurigo.

Um einen Symptomenkomplex mit einigem Recht zu einer Krankheitseinheit zu erheben und ihm auf Grund eines Ausschlagselements einen Namen zu geben, müßte dieses Ausschlagselement eine nosologische Bedeutung haben, d. h. es müßte zugleich histologisch und bakteriologisch, sowie auch in klinischer und therapeutischer Beziehung spezifische Eigenschaften aufweisen.

Ein derartiger nosologischer Charakter, wie ihn etwa die Papel des WILSONSchen Lichen besitzt, kommt aber der Seropapel nicht zu. Jene, die Lichenpapel, ist, soweit man sie wenigstens von den Verwechslungen, die täglich zwischen ihr und den primären und sekundären Lichenbildungen vorkommen, loszulösen vermag, in jeder Hinsicht spezifisch, anatomisch und klinisch sowohl, wie auch in ihrem Verlauf und in ihrer therapeutischen Reaktion. Die vielgestaltige Reihe nicht spezifischer Ausschlagselemente aber, die eine Prurigo begleiten, ihr voraufgehen oder folgen können, darf man doch nicht mit der WILSONSchen Lichenpapel gleichstellen.

V.

Unter den Arten, Formen und Varietäten der Prurigo, deren nosologische Verwandtschaft unbestreitbar ist, mögen wohl einzelne vorhanden sein, bei denen die Histologie, die pathologische Chemie oder die Bakteriologie später bestimmte Abweichungen herausfindet, denen eine wirkliche, verwertbare pathogenetische Bedeutung zukommt. Immer aber muß es doch ein Leichtes sein, dieselben durch ein besonderes, bezeichnendes Beiwort herauszuheben, ohne sie ganz aus der Gruppe zu entfernen. Es giebt aber kein nosologisches Gesetz, das uns berechnigte oder gar verpflichtete, die dermatologische Nomenklatur mit beweglichen Einheiten zu belasten, die man, je nach der herrschenden Ansicht, beliebig zulassen oder verwerfen könnte. Wir sind auch nicht berechnigt, die dermatographischen Formen und Varietäten grundlos und zwecklos zu vermehren oder eine große Zahl von Syndromen (= Symptomenkomplexen) ungeordnet umherstehen zu lassen und ihre Gruppierung von Tag zu Tag zu verschieben. Denn die Praxis verlangt ihre Einordnung, sei es auch nur eine vorläufige.

Für NEISSER und TOMMASOLI ist die Lehre von der ausschließlichen Prurigo feststehend, wobei sie allerdings einige Ausnahmen in Bezug auf den Lichen simplex acutus VIDALS und einige Abweichungen vom Haupttypus, z. B. einen Beginn auch zu anderen Lebenszeiten als gerade in der Kindheit u. s. w. zulassen. Das ist denn aber auch alles. Für die Prurigoformen dagegen, die umschriebene Dermatitisherde hervorrufen und gewöhnlich mit Papeln anfangen — TOMMASOLIS Pseudolichen —, die dann häufig durch Zusammenfließen zu Lichenifikation und Ekzematisation führen und von starkem Jucken begleitet sind — für diese Formen belieben sie eine besondere Gruppe in der Klasse der Ekzeme aufzustellen.

Gegen den ersten Punkt gelten die nämlichen Einwände wie gegen die Seropapel: Kein vernünftiger Grund berechtigt, das Wort Prurigo ausschließlich auf diese Pruriginosen zu beschränken.

Weder der Verlauf der HEBRASchen Prurigo, den NEISSER bis in seine feinsten Einzelheiten verfolgt, noch ihre typische Lokalisation, auf die er so großen Wert legt, berechtigen, dieselbe völlig von anderen Krankheitsformen zu trennen, weil diese ihr nicht in allen Einzelheiten gleichen. Denn für den weniger befangenen Blick, der auch die ursächlichen Momente, die therapeutischen Veränderungen u. s. w. mit ins Auge faßt, besteht zwischen beiden Gruppen eine unbestreitbare Verwandtschaft, so daß beiden dieselbe Bezeichnung Prurigo zukommt. Wohl aber kann man sie wissenschaftlich und für die Praxis trennen, indem man ihnen geeignete Beiwörter giebt.

Wer den Ausdruck Prurigo auf eine einzige pruriginöse Erkrankung beschränken will, der müßte zuvörderst alle jene Dermatosen, die in der WILLANSchen Ordnung der Papeln enthalten sind, in feste und richtig benannte Gruppen einordnen und dürfte sie nicht an Orten belassen, wohin sie nicht gehören. Zu dieser That ist aber fürs erste niemand im stande.

Was nun den zweiten Punkt, die Unterbringung der Pruriginosen vom Typus des Lichen circumscriptus CAZENAVE und VIDAL-BROCQ in die Ekzemgruppe anbelangt, so hat TOUTON die Verkehrtheit dieses Vorgehens in seiner Arbeit so gründlich nachgewiesen, daß es ganz überflüssig ist, das hier noch einmal zu erörtern. NEISSERS Meinung aber, meine Prurigo diathésique gehöre zu den Ekzemen, entspricht durchaus nicht dem wirklichen Verhalten der Pruriginosen. Denn bei ihnen stellt die Ekzematisation nur eine sekundäre Veränderung dar, bildet nur eine Episode in einem Syndrom, das denn doch viel verwickelterer Natur ist als ein echtes Ekzem. Jetzt, wo man sich auf allen Seiten jede Mühe giebt, die Ekzemgruppe zu reinigen, ist es wahrlich nicht angebracht, in derselben Formen zurückhalten oder unterbringen zu wollen, die nichts darin zu thun haben.

VI.

Für keine einzige Form von Prurigo ist das Vorhandensein, und das ausschließliche Vorhandensein eines spezifischen Ausschlagselementes erforderlich. Gibt es ja doch Pruriginosen, die durch das Nebeneinander bestimmter Symptome als Krankheitsindividuen erscheinen, und bei denen der Hautausschlag sich in ganz nichtssagende und verschiedenartige Formen kleidet, wie Urticaria, Lichen, Ekzem u. s. w., ohne daß wir es indessen darum mit einer Urticaria, mit einem Lichen, mit einem Ekzem u. s. w. zu thun hätten. Gerade auf diesen Punkt habe ich in meiner ersten Veröffentlichung über die Prurigo diathésique besonderes Gewicht gelegt, auch bei jener Gelegenheit schon Einsprache erhoben gegen die Gewaltbarkeit, mit der man das WILLANSche System nur dem Worte nach auslegte und mit der man dasselbe auf alle dermatologischen Krankheitseinheiten anwenden wollte.

Gewiß giebt es Dermatosen, bei denen das Ausschlagselement durch seine Einheitlichkeit, seine Spezifität, seine Beständigkeit, seine therapeutische Reaktion u. s. w. an der Spitze der Symptome steht und das Krankheitsbild erschöpft. Demgegenüber stehen aber wieder andere Formen, bei denen dasselbe als völlig nichtssagend vor den schwerer wiegenden klinischen Symptomen in den Hintergrund tritt. Die Symptomatologie hat aber immer das ganze Krankheitsbild ins Auge zu fassen und darf nicht ausschließlich bei einer Vielzahl wechselnder, sekundärer Ausschlagsformen verweilen. Nur auf diesem Wege wird man dahin gelangen, die ganz künstlich und willkürlich zusammengestellte Gruppe von Ekzem und Urticaria zu säubern und auseinander zu legen. Nicht nach dem gleichgültigen Symptome der Urticaria- oder Ekzembildung darf hier geordnet werden, sondern nach dem Gesamtbilde der klinischen Erscheinungen, unter deren Einwirkung der Ausschlag entsteht.

VII.

Das, was ich bis jetzt über die Prurigo HEBRA vorgebracht habe, erschöpft den Gegenstand zwar nicht völlig, aber es enthält doch eine Reihe von Thatsachen, die geeignet sind, zum Ausgangspunkt weiterer Erörterungen zu dienen. Ich hätte auch noch weitere Formen hier heranziehen können, so namentlich die Prurigo mit großen Papeln, die von unseren amerikanischen Kollegen mit Recht als ein Prototyp der Prurigo angesehen wird. Wie die pruriginöse Greisenerkrankung, so ist auch diese Form sozusagen in keine Zeitgrenzen eingeeengt, und die sekundären Symptome, die Lichenisation und die Ekzematization kommen hier nur ausnahmsweise oder in späteren Stadien vor, während sie gerade bei meiner ersten Gruppe der Prurigo diathésique sehr frühzeitig auftreten. Aber alle diese Krankheiten, die HEBRASche Prurigo, die Prurigo

mit großen Papeln, die erste Reihe meiner Prurigo diathésique, die Pruriginose der alten Leute u. s. w. werden unverkennbar durch das gemeinsame Band eines höheren nosologischen Elements zusammengehalten, das geht aus jeder Beobachtung hervor und ist für die weitere Erkenntnis von Nutzen.

In der ersten Reihe meiner Prurigos diathésiques ist das zeitlich erste und wichtigste Symptom der Pruritus, ein heftiger, an- und abschwellender Pruritus, mit regelmäßigen nächtlichen Steigerungen und mit Verschlimmerungen, die von den Jahreszeiten abhängen. Sehr gewöhnlich tritt die Krankheit in der ersten Kindheit oder in der Jugend auf, sie kann aber auch in anderen Lebensaltern einsetzen, oft in schleichender Weise, fast immer larviert und zuweilen auch nur umschrieben. Eine ihrer wesentlichsten Eigenschaften ist die, daß keines der Ausschlagselemente, mit denen sie beginnt, oder die im weiteren Verfolg entstehen, etwas Spezifisches hat. In der ersten Kindheit kann es sich um irgend eine der zahlreichen Varietäten des Erythema infantile, der Urticaria, des Pseudo-Lichen, oder eine der Formen von Ekzematisation bzw. Lichenisation handeln, die der Laie kurzweg als Skrofeln bezeichnet. Auch später, bei entwickelter Krankheit, erscheint noch die eine oder andere dieser Formen wieder, besonders die Lichenisation in Form von Papeln, Plaques oder großen Flächen, und, zu Zeiten der Anfälle, die Folliculitis und die Ekzematisation als *Eccema figuratum, folliculare, diffusum, impetiginosum* u. s. w.

Wenn die Krankheit in der ersten Kindheit anfängt, so läßt sie sich durch nichts von einer beginnenden HEBRASchen Prurigo unterscheiden. Wie letztere, so kann auch sie abortiv verlaufen oder nach mehrjähriger Dauer mit einem kürzeren oder längeren Nachlaß oder sogar mit endgültiger Heilung abschließen, mit oder ohne Erkrankung innerer Organe. In vielen Fällen nämlich verlegt der krankhafte Vorgang seinen Sitz vorübergehend oder dauernd in das Innere des Körpers, und das Krankheitsbild wird dann von Emphysem, Asthma bronchiale, Katarrhen und den mannigfachen neurasthenischen Beschwerden beherrscht. Diese Symptome behaupten dann entweder das Feld oder sie werden wieder von den Hauterscheinungen verdrängt.

Beobachtet man derartige Patienten während einer genügenden Reihe von Jahren nicht nur als Dermatologe, sondern auch als praktischer Arzt, oder nimmt man, wenn man einen Kranken zuerst in Behandlung bekommt, eine ganz gründliche Anamnese auf, so entdeckt man, daß die Wechselbeziehung zwischen jenen beiden Reihen von Symptomen, zwischen denen der Haut und denen der inneren Organe, sehr häufig vorkommt und zuweilen schon in der Kindheit angedeutet ist, ja, daß oft auch unter einer Reihe von Geschwistern der eine an Prurigo, der andere an

Asthma und Emphysem leidet, während beim dritten beide Symptomen-
gruppen miteinander abwechseln. Forscht man weiter nach etwaiger
Vererbung, so findet man häufig bei den Eltern das, was wir in Frank-
reich als Arthritisme nerveux bezeichnen, oder Gicht, Emphysem,
Neurasthenie, oder irgend eine Form von Prurigo. Letztere geht auf die
Nachkommenschaft nur als Anlage über, denn wenn der Vater z. B. an
Prurigo mit grossen Papeln litt, so kann bei den Kindern irgend eine
andere Prurigoform oder eine innere Lokalisation erscheinen.

In diesem ganzen Verhalten liegt ein weiterer Beweis für die noso-
logische Einheitlichkeit sämtlicher Prurigoformen und ein Einwand
gegen den Versuch, sie in lauter zusammenhanglose Krankheiten auf-
zulösen und mit verschiedenen Namen zu benennen.

Was mich veranlaßt und auch berechtigt, alle derartige Prurigo-
formen, einschliesslich der HEBRASchen, als Prurigo diathésique zu be-
zeichnen, ist der Umstand, daß sie alle, wie verschieden auch sonst ihre
Pathogenese sein mag, nur bei prädisponierten Individuen beobachtet
werden, d. h. nur bei Menschen mit abnormem Stoffwechsel. Durch diesen
werden Krankheiten erzeugt und unterhalten, Krankheiten, die in Bezug
auf ihren anatomischen Sitz, ihre Symptomatologie, ihren Verlauf, ihre
Pathologie ganz verschieden sein können, wie BOUCHARD das früher aus-
geführt hat.

„Prurigo diathésique“ will also besagen: eine Prurigo innerlichen
Ursprungs; die Prurigo hängt von dem Zustand der Gewebe und Organe
ab, dieser wird wiederum durch eine Störung des Stoffwechsels bedingt
und unterhalten. Die Stoffwechselstörung endlich kann individuell ver-
schieden stark sein und innerhalb weiter Grenzen schwanken. Nicht
immer braucht es sich um ernste Störungen zu handeln, und es kommt
daher öfter nur zu einer Andeutung von Krankheit, die dann von selbst
oder infolge der Behandlung bald wieder erlischt.

Hat sich die Krankheit aber einmal festgesetzt, so daß von einem
abortiven Verlauf nicht mehr die Rede sein kann, so bleibt sie, selbst
wenn die Veranlassung zum Ausbruch eine rein äusserliche, z. B. die Krätze
war, den Patienten für lange Zeit oder durchs ganze Leben als Diathese
zum Pruritus erhalten; aber auch jetzt noch kann sie sich abschwächen oder
ganz verschwinden, d. h. sie kann von selbst einer Rückbildung unter-
liegen. Solche Individuen, bei denen noch lange Zeit oder für immer
die Neigung zum Pruritus fortbesteht, nachdem die auslösende Ursache
schon längst geschwunden ist, sind eben prädisponiert. Ebenso wie
ein Prädisponierter jahrelang eine Neigung zu Urticaria behalten kann,
nachdem er einmal nach dem Genuss von Muscheln oder Erdbeeren eine
gewöhnliche Urticaria gehabt hatte, ebenso kann er nach der Krätze noch
lange Zeit oder fortwährend an Prurigo leiden, u. s. w.

Alle die Dermatosen, die ich in meiner ersten Reihe der Prurigo diathésique zusammengestellt habe, erschöpfen noch nicht die Gruppe der pruriginösen, chronischen, anschwellenden, paroxysmatischen Formen, aber sie sind die einzigen, bei denen die Ausschlagselemente während der langen Dauer des Verlaufs vielfältig sind und bis zu Ende charakterlos bleiben. Durch diesen letzteren Umstand unterscheiden sie sich deutlich von den pruriginösen Dermatitiden mit spezifischem oder speziellem Ausschlag, wie dem WILSONSchen Lichen oder der DÜRRINGSchen Dermatitis. Allerdings hat letztere vielfache Berührungspunkte mit der Prurigo diathésique, aber ihre klinische Eigenart ist doch zu ausgesprochen, als daß eine Verwechslung unter gewöhnlichen Umständen möglich wäre. In ihrer vollen Entwicklung weist die erste Reihe meiner Prurigo diathésique diejenigen Hautveränderungen auf, die ich der Kürze halber als Lichenisation und Ekzematisation bezeichne.

VIII.

Um die neuropathologische Theorie der Prurigo gründlich auszubauen — Neurose, Neuritis peripherica, zentrale Erkrankungen, Neurodermie, Neurodermitis — muß die allgemeine Neuropathologie erst noch einen Schritt weiter gemacht haben, muß erst entschieden sein, ob die Peripheriker oder die Zentralisten im Recht sind, müssen erst Sektionen mit positivem Ergebnis, das man verwerten könnte, vorhanden sein. Denn das steht ja ganz außer Frage, daß sowohl das Nervensystem und die nervöse Veranlagung, wie auch heftige Körper- und Gemütserschütterungen an dem Zustandekommen der krankhaften Vorgänge bei den Pruriginösen beteiligt sind. Jedoch meine ich, daß man die Beschwerden und Schilderungen mancher Kranken mit großer Vorsicht aufnehmen muß. Prurigo und Dermatosen sind lange nicht die einzigen Symptome des Nervoismus; er macht sich vielmehr überall in der Dermatologie und in der ganzen Pathologie breit und ist bei jeder Pathogenese zur gangbarsten Münze geworden. Man hüte sich also vor Übertreibungen.

Was nun die angioneurotische Lehre anbelangt, die bei den Erythemen, der Purpura u. s. w. bekanntlich versagt, so läßt sie uns hier ebenfalls schon bei der einfachen Prurigo von HEBRA, NEISSER, TOMMASOLI u. s. w. im Stiche, d. h. sie genügt nicht einmal bei denjenigen Formen, bei denen doch die Gefäßerweiterung und die kapillare Sekretion am ausgesprochensten sind, um die eigentliche pathogenetische Ursache, die erste Bedingung, das erste auslösende Moment für die Störung in der Gefäßinnervation aufzudecken. Diese erste Bedingung für die Störung der Nerven und Zellen, die sämtliche Symptome — das Jucken und die Veränderungen des Hautgewebes erst auslöst und die das Gefäßsystem der Nervenendigungen erst krankhaft verändert und vielleicht auch die

Gewebelemente direkt angreift — diese letzte *Causa morbi* ist immer noch nicht bekannt.

IX.

Aber wenn auch die Neuro-Pathogenese der Prurigo noch dunkel bleibt, so haben wir doch die nähere Ursache für das Zustandekommen dieser Erkrankung mit ziemlicher Sicherheit in einer Veränderung des Blutes oder der Lymphe und der Interzellularflüssigkeit zu suchen. Die toxischen und autotoxischen Keime, durch welche diese Säftevergiftung bewirkt wird, sind aber in der Kette der Ursachen wahrscheinlich nur die Zwischenglieder, die von dem Blut- und Lymphstrom einfach mit fortgeschleppt werden.

Mit dem Auftreten der humoralen Pathologie ist auch die pathogenetische Bedeutung der mittelbaren und unmittelbaren Säftevergiftung zur Anerkennung gelangt und man hat einzelne, allerdings noch recht unvollständig gekannte Toxämien aufgestellt, so die Cholämie, die Glycämie, die Urämie. Es ist freilich wenig wahrscheinlich, daß die Galle, der Zucker, der Harn in Substanz im Blute vorhanden seien. Die Fragestellung wurde etwas schärfer mit der Kenntnis von den Toxidermien und Toxinidermien, die nach den Serumeinspritzungen entstehen; ferner mit der Beobachtung von Prurigo nach eruptiven Fiebern, nach der Impfung u. s. w.; endlich nach den therapeutischen Erfolgen, die man durch Unterdrückung der biliösen, glykogenen und urämischen Intoxikationen erzielte. Die Frage wurde endlich auch noch durch die so sehr bemerkenswerten Erfolge geklärt, die durch die völlige Unterdrückung der Magen- und Darmgärung, sowie durch die Regelung der Gallen- und Nierenthätigkeit bei den meisten Formen der Prurigo Hebra, sowie bei der Prurigo temporalis, diathésique u. s. w. herbeigeführt werden. Mein verehrter und gelehrter Landsmann FEULARD wird Ihnen bald mitteilen, wie viel man durch diese therapeutischen Maßnahmen zu erreichen vermag. Die Neuro-Pathologie hat außerdem unumstößlich festgestellt, daß eine andauernde intestinale, und mehr noch eine gastrische Septikaemie Störungen des Zentralnervensystems bewirken können, die zu den greifbarsten und gefährlichsten peripherischen Veränderungen führen.

KÖBNER, BEHREND, COMBY und TOMMASOLI haben noch in jüngster Zeit Beiträge zu dieser Frage geliefert.

Noch ist allerdings eine sichere Formulierung dieser Autotoxien nicht gefunden, und viel Zeit und Arbeit wird hierauf noch verwandt werden müssen, wenn nicht etwa einem von uns eine plötzliche Erleuchtung kommt.

X.

Einstweilen aber können wir uns ganz gut eine grobe Vorstellung von der Entwicklung einer Prurigo von der ersten Einwirkung eines

toxischen Keimes an machen, wenn wir nur mit Sorgfalt die Pruriginosen äußeren Ursprungs untersuchen, die man so verachtungsvoll aus der Gruppe hinausgeworfen hat. Nehmen wir z. B. die Prurigo, die unter der Einwirkung des Krätzmilbengiftes entsteht. Man weiß ja seit GERLACH, daß dieses Gift mit dem aktiven Prinzip der Kanthariden identisch ist.

Hier entsteht zuerst, unter der unmittelbaren diffusen Einwirkung des Giftes um den Stich herum ein heftiges Jucken mit nächtlichen Steigerungen, wie bei der Prurigo und der Urticaria. Darauf entwickeln sich, in schwankender Heftigkeit, je nach dem Individuum, Erythem und Urticaria. Aber man muß diese Ausschläge des abends zwischen 10 bis 11 Uhr untersuchen, wenn man sich eine richtige Vorstellung von ihrer Natur, ihrer Form und Stärke bilden will. Der normale Widerstand der Epidermis geht verloren und unter der Wirkung des Kratzens entstehen jene Exkorationen, die für das ganze Syndrom so charakteristisch sind und die nicht nur den pyogenen und ekzematogenen Bakterien zur Eingangspforte dienen, sondern schließlic auch zur Lichenisation und Pigmentation der langdauernden, parasitären Pruriginosen führen, bis dann endlich das typische Bild der Vagabonds Disease fertig ist.

Genau in derselben Reihenfolge entwickelt sich nun die Symptomatologie der Prurigo aus innerer Ursache; die wenigen Abweichungen, die dabei vorkommen, sind für meine Betrachtung nicht von Wichtigkeit. Zuerst wieder nächtliche Anfälle von Jucken — angioneurotische Erscheinungen, die man desgleichen am späten Abend beobachten muß, wenn man alle Symptome beisammen haben will; — darauf Papeln von verschiedenem Typus, Exkorationen — Folliculitis, Lichenisation, Ekzematization, Pigmentation u. s. w. Wie kann man angesichts dieser Analogien zweifeln, daß es dem Gifte der Hautparasiten ähnliche, nur in ihrer Zusammensetzung viel mehr variierte Gifte sein müssen, die diese Symptome herbeiführen! Die Krankheitsursache scheint immer dieselbe zu sein; die große Menge der morphologisch verschiedenen Gruppen hängt von der Beschaffenheit und vielleicht auch von der Menge des Giftes ab, von seiner Lokalisation in den verschiedenen Teilen der Cutis und Epidermis, vom Alter, dem Geschlecht, der Veranlagung des Kranken u. s. w. u. s. w.

Welcher Natur aber auch immer das Gift sei, ob es im Blut oder in den Gewebslücken entsteht — immer wirkt es auf die sensiblen Herde des Stammes oder der Nervenendigungen und erzeugt neben dem Jucken, Störungen des Kreislaufs und der Ernährung, womit die notwendige Grundlage für das Zustandekommen aller weiteren Veränderungen geschaffen ist.

Wenn nun auch unsere Kenntnis der toxischen Bedingungen für alle Formen der Prurigo noch recht lückenhaft ist, so kennen wir doch schon

eine gewisse Anzahl von ihnen. Es genügt zum Verständnis, wenn ich hier nur einzelne erörtere: Zu den einfachsten gehören die gewöhnlichen Toxidermien; es giebt Menschen, bei denen z. B. der Gebrauch von Arsenik nicht nur eine Keratodermie, sondern eine richtige Prurigo mit Urticaria und Papeln auslöst; ferner die Hämatoxidermien ikterischen, glykämischen und urämischen Ursprungs; die große Klasse von Prurigo infolge Darmgärungen; die autoinfektiöse Prurigo bei Schwangerschaft, Eruptionsfiebern, verschiedenen Eiterungen u. s. w.; die autotoxische Prurigo der alten Leute, deren chemische Formel man finden kann, wenn man sich nur die Mühe giebt, sie zu suchen; sowie endlich die umfangreiche Gruppe der Auto-intoxikationen infolge einer Diathese, d. h. infolge von Bedingungen, die für lange Zeit oder für immer anhalten und die das Wesen der Prädisposition ausmachen u. s. w. u. s. w.

XI.

Sehr wichtig für das Verständnis der Prurigofrage ist es, genau zu bestimmen, welche Beziehungen zwischen dem Pruritus und den Erscheinungen abseits der Haut bestehen. Sehr wichtig ist das auch, um zu zeigen, daß man sich bei der Aufstellung der Gattung und der Arten Prurigo an den Geist des WILLANSchen Systems halten muß und daß man die von jenem gesteckten Grenzen nicht überschreiten soll, wie das HEBRA bei der Bildung seiner Prurigo gethan hat und wie das auch jetzt wieder mit der Entwicklung eines neuen Typus versucht wird, den man von der Anwesenheit eines für spezifisch erklärten Elements abhängig macht.

Im Gegensatz zu der HEBRASchen Behauptung erkläre ich, daß das Jucken zeitlich und kausal den Hautveränderungen vorausgeht und daß die Papel nicht etwa umgekehrt jenes bedingt.

In keiner seiner Schriften hat WILLAN die Vermutung durchblicken lassen, daß das Jucken bei der Prurigo eine Folge der Papelbildung sei. Wäre das seine Ansicht gewesen, so hätte er nicht die Prurigo senilis in die dritte Gattung seiner Ordnung aufgenommen. „Der Pruritus, sagt er wörtlich mit der sicheren Erkenntnis eines großen Beobachters, „ist ein Symptom, das bei einer mehr oder weniger großen Anzahl von Krankheiten vorkommt; jedoch bildet er bei einigen die wichtigste Erscheinung — it occurs as the leading circumstance — und ist von einem Papelausschlag begleitet — accompanied with an eruption of papules.“

Diese Worte sind so klar, daß ich nicht nötig habe, länger dabei zu verweilen. Auch nach CAZENAVE geht der Pruritus der Papelbildung voraus; er ist zuerst da, als greifbare oder nur funktionelle nervöse Erkrankung; er leitet die Erscheinungen ein und bedingt erst die Störungen

in der Hautzirkulation, in der trophischen und chromatischen Funktion der Epidermis u. s. w. Die Haut reagiert im Rahmen ihrer Autonomie, ihre Reaktionsfähigkeit ist durch den allgemeinen Status nervosus, durch die Erregung der Zentren gesteigert. Diese Auffassung wird Ihnen L. JACQUET in einem späteren Vortrag weiter entwickeln. Er hat diesem Gedanken in einem Aphorismus, dem er allerdings selber keine unbedingte Gültigkeit zuerkennt, Ausdruck gegeben: „Nicht der Ausschlag ist pruriginös, sondern der Pruritus ist eruptiv.“

Bei den langsamen Formen — das hat BROcq bis zum Überdruß nachgewiesen — geht der Pruritus dem Ausschlag während eines zuweilen recht ausgedehnten Zeitraumes voraus und auch bei den raschen Formen kann man sich leicht überzeugen, daß das Jucken nicht auf das von den Papeln eingenommene Gebiet beschränkt ist. Der Pruritus besteht an Stellen, an denen sich erst viel später Papeln entwickeln, oder man sieht, wie er bei den akutesten Ausschlagsformen seine Anwesenheit häufig auch objektiv erkennbar macht, indem er z. B. auf den Vorderflächen der Extremitäten eine rein diffuse Lichenisation hervorruft, dort wo niemals eine Seropapel bestanden hat oder bestehen wird. Diese von CAZENAVE aufgestellte Behauptung, daß der Pruritus früher als der Ausschlag vorhanden sei, ist auch schon energisch von AUSPITZ und unserem hervorragenden Kollegen H. v. HEBRA verteidigt worden; EDVARD EHLERS hat weitere beweisende Beobachtungen ins Feld geführt; sie ist also nicht mehr neu; aber ich halte es für nötig, sie immer und immer wieder zu betonen und mit weiteren Beobachtungen zu stützen.

Nun, was die Beobachtung zeigt, das lehrt auch ein einfaches logisches Nachdenken: Es gehört doch sicher weniger Zeit dazu, daß eine zentrale oder periphere Reizung zum sensiblen Ausdruck kommt, als daß ein Element wie die seröse Papel sich bildet. Letztere ist wohl im stande, ihre Nachbarschaft zu komprimieren oder einen angioneurotischen Reiz auszuüben, wodurch dann wieder ihr urticariaartiger Hof entsteht, aber das alles verschwindet ja wieder mit der Rückbildung der Papel, oder wenn sie durch Kratzen entleert ist. Das durch die Papel veranlaßte Spannungsgefühl geht nicht in dem vorausgegangenen örtlichen Pruritus oder in dem primären, diffusen Pruritus unter; letzterer greift weit über die Grenzen der Papel hinüber und ist der unmittelbare Ausdruck einer ursprünglichen Reizung des Nervenstammes oder seiner Endigungen, nicht aber der zufällig vorhandenen Papel. Diese nimmt ihren cyklischen Verlauf, während jener bestehen bleibt und mit den vielfachen Tagesschwankungen an- und abschwilt, oder auch wohl von der wechselnden Stärke des toxischen Prinzips in den Gewebssäften beeinflusst wird, von welcher die angioneurotischen Prozesse abhängig sind. Der Pruritus überlebt die Papeln häufig, jene diesen aber niemals.

XII.

Ich komme jetzt zu einem Punkt, den ich absichtlich bisher nicht berührt habe, um möglichst jede Unklarheit in dieser viel verwickelten Frage zu vermeiden. Zwischen die erste auslösende Bedingung der Prurigo, deren objektiver Ausdruck der Pruritus ist, und den Hautausschlag schiebt sich ein ganz trivialer Faktor ein, der mechanische Reiz des Kratzens nämlich. Man weiß seit undenklichen Zeiten, daß dadurch die vielfältigen und umfangreichen sekundären Ausschlagsformen gefälscht werden. Diese alte Erfahrung soll nun aber durch eine andere, besser formulierte, genauer gefasste ersetzt werden, die zu einem unerwarteten Schluss führen wird.

Man hat hierbei aber nicht nur das eigentliche Kratzen, sondern auch alle anderen mechanischen Reize ins Auge zu fassen, die auf die Haut einwirken können: die Luft, die Temperatur, alle Arten von Reibungen, der gewöhnliche Druck der Kleider am Halse, am Gürtel, an den Außenflächen der Gliedmaßen, an den physiologischen Knochenvorsprüngen u. s. w. Desgleichen hat man bei der Einwirkung derartiger Reize auf die Haut der Pruriginösen nicht nur an die sekundären Veränderungen, die durch sie hervorgerufen werden, zu denken, sondern muß sich auch der Bedeutung bewußt werden, die ihnen in der Erzeugung primärer Veränderungen jeglicher Art, die sich unter allen möglichen Formen auf der Haut einzeichnen, zukommt. Und diese Bemerkung gilt nicht nur für die Prurigo, sondern mit einigen Abweichungen auch für andere Krankheitsgruppen, einschließlic der Urticaria, Purpura u. s. w.

Mein gelehrter und hochgeschätzter Kollege EDVARD EHLERS berichtet in seinen verdienstvollen *Recherches clinique sur le Prurigo de Hébra*, die 1892 erschienen sind, daß AUSPITZ im Jahre 1880 erklärt habe, die Papeln der typischen Prurigo seien ein Kunstzeugnis, womit er namentlich sagen wollte, daß ihnen in der Reihenfolge der Symptome kein bestimmter Platz zukomme. Aber, wie ich das schon oben deutlich ausgesprochen habe, diese Ansicht ist bereits überholt. Denn aus einer Reihe höchst interessanter physiologischer und klinischer Beobachtungen, die mein ehemaliger ausgezeichneter Schüler und jetziger Kollege, L. JACQUET, angestellt hat, geht klar und deutlich hervor, daß sich zwischen die erste zentrale oder periphere Reizung einerseits, durch welche eine nach Art und Stärke schwankende intrategumentäre Störung bewirkt wird, und das Auftreten von Ausschlagselementen andererseits, eine Einwirkung sine qua non, der mechanische Hautreiz nämlich, einschleibt.

Ein kurzer Blick auf die physiologischen und klinischen Thatsachen, die beide eine gleich beredte Sprache reden, wird genügen, um diesen Punkt klarzustellen:

1. Physiologische Versuche. — a) Nachdem in beide Nn-ischiadici eines Hundes zehn Tropfen einer 10%igen Krotonöllösung eingespritzt waren, umwickelte JACQUET die eine der hinteren Extremitäten völlig mit Watte, während er die andere freiliess. Das Tier bleibt zwei Monate lang unter Beobachtung. An dem freigelassenen Gliede entwickeln sich tiefgreifende Hauterstörungen, das eingewickelte weist dagegen nur eine merkliche Atrophie auf. Bei der Sektion erweisen sich beide Nn-ischiadici gleichmäÙig verändert.

Auf die Einzelheiten der entstandenen Hauterkrankung gehe ich hier nicht ein; ebenso unterlasse ich es, weitere Schlusfolgerungen aus diesem Verhalten zu ziehen; nur die eine Thatsache, die meines Erachtens von grundlegender Bedeutung ist, sei hier hervorgehoben, dafs, nachdem beide Nn-ischiadici gleichmäÙig schwer beschädigt waren, diejenige Extremität, die den gewöhnlichen Hautreizen ausgesetzt blieb, bedeutende Störungen aufwies, während die andere, durch Watte geschützte, weder Hyperämie noch Entzündungserscheinungen darbot.

b) Bekannt ist Ihnen allen der berühmte Versuch von CLAUDE BERNARD. Durchschneidet man bei einem Kaninchen den Sympathicus einer Seite, so entsteht sofort in der entsprechenden Gesichtshälfte eine beträchtliche GefäÙserweiterung, mit Temperaturerhöhung, die namentlich am Ohr des Tiers bemerkbar ist, mit Pupillenverengung, Einsinken des Augapfels u. s. w.

Diesen Versuch wiederholten JACQUET und BUTTE in der nämlichen Anordnung, nur dafs sie mehrere Stunden vorher beide Ohren des Tieres mit einem Pflaster bedeckt hatten. Letzteres wurde nach Durchschneidung des Nervs wieder entfernt. Nun zeigte sich aber bei einer Vergleichung beider Ohren, dafs selbst 15—25 Minuten nach der Durchschneidung nur ein ganz geringfügiger Unterschied zwischen beiden bestand, so dafs bei den nämlichen Vorbedingungen CLAUDE BERNARD seine Entdeckung gar nicht gemacht hätte. Fing man nun aber an, beide Ohren gleichmäÙig zu reiben, so stellte sich plötzlich an dem Ohr der Seite, deren Sympathicus durchschnitten war, eine ungeheure Hyperämie ein. So verlief der Versuch in neun Fällen achtmal und nur einmal war schon vor dem Reiben der Unterschied groÙ genug, um eine gefäÙserweiternde Einwirkung des Sympathicus wahrscheinlich zu machen. Die übrigen Veränderungen traten ebenso ein, wie in dem klassischen Versuch.

Mir will scheinen, dafs für die Theorie des Ausschlags bei den Pruriginosen nichts belehrender ist, als dieser Versuch.

2. Klinischer Versuch. Zwei Fälle werden genügen:

a) Bei einem Greis mit einer zweifelhaften pruriginösen Erythrodermie schnitt JACQUET auf meine Veranlassung aus dem rechten Arm, der der

Sitz eines unstillbaren Pruritus war, ein Stückchen Haut aus und legte sofort einen festen Okklusivverband von Watte an. Sofort liefs das Jucken an der verbundenen Stelle ganz nach. Dann entfernte JACQUET den Verband nach 8—10 Tagen. Der Arm war dünn geworden, jede Schwellung war geschwunden und die Haut hatte fast wieder ihre normale Dicke und Färbung erreicht. Nun wurde wieder ein Hautstückchen ausgeschnitten: Auf dem ersten Präparat, das vor Anlegung des Okklusivverbandes entnommen war, fand sich eine gewaltige Anschoppung von Lymphoidzellen in Haufen und in perivaskulären Zügen; die Papillen waren stark hypertrophiert, die sie bedeckende Epidermis verdickt, mit dicken interpapillären Lagen. Auf dem zweiten Hautstück dagegen, das zehn Tage nach Bestand des Verbandes entnommen war, hatte sich alles wieder bis fast zum Normalen zurückgebildet. In weniger als zehn Tagen hatte also eine stark geschwollene Extremität mit roter Färbung und starkem Juckreiz, ihren normalen Umfang, ihre Weichheit, ihre natürliche Farbe, ihre normale anatomische Beschaffenheit wiedererlangt; während dieser ganzen Zeit war der Pruritus aus ihr verschwunden. Die übrige Haut hatte unterdessen alle ihre krankhaften Symptome, einschliesslich des Juckens, bewahrt.

Nun, meine Herren, ist dieses Verhalten nicht lehrreich und ebenso vollwertig, wie ein Tierversuch? Der Untersuchung ist nun ihr Weg vorgezeichnet und ich zweifle nicht, dass schon in nächster Zeit JACQUET, der zur Zeit durch äussere Umstände abgehalten ist, und mit ihm zahlreiche andere Forscher, uns über diese Punkte völlige Aufklärung bringen werden.

b) Einem jungen Mädchen, die seit ungefähr zwei Jahren an klassischer Prurigo mit reinen, unverfälschten Symptomen leidet, bei der täglich am Stamm und den Extremitäten ein Ausschlag einzelstehender typischer Prurigopapeln vorhanden ist, wickelt JACQUET den rechten Arm luftdicht in Verbandwatte ein, die er mit feuchten Tarlatanbinden befestigt. Dieser Verband wird jeden Morgen erneuert.

Während der ganzen Zeit zeigte sich auf dem Arm nicht eine einzige Papel, trotzdem ein recht lebhaftes Jucken bestehen blieb. Auf dem linken Arm dagegen waren während der ganzen acht Tage täglich drei bis sechs neue Papeln entstanden. Es wird nun der linke Arm mit Watte umwickelt und nun hört hier die Neubildung von Papeln acht Tage lang auf, obschon der Pruritus weiter besteht; auf dem rechten Arm erscheinen indessen täglich neue Papeln.

Indem nun TENNESON und ich die von JACQUET gemachten Erfahrungen auf die Therapie übertragen, lernten wir die praktische Wichtigkeit des von ihm erkannten Prinzips vollauf würdigen. In den meisten Fällen von Prurigo, gleichviel welcher Form, unterdrückt ein gut ar

gelegter Okklusivverband während der ganzen Dauer den Pruritus und den Ausschlag, oder doch wenigstens den letzteren. Bleibt der Pruritus bestehen, so muß man den Kranken scharf überwachen, damit er sich nicht kratze. Indessen, wenn der Verband nur fest schließt, und wenn nur eine dicke Schicht Watte jede Hautverletzung unmöglich macht, so entwickelt sich kein Ausschlag. Entfernt man dagegen den Verband und kümmert sich nicht weiter um den Kranken, so sind Ausschlag und Jucken bald wieder da. Damit ist der Gegenbeweis geliefert.

Der Schutzverband unterdrückt immer den Ausschlag, aber nicht immer das Jucken — ein neuer Beweis dafür, wenn das noch eines Beweises bedarf, daß jene beiden Symptome voneinander unabhängig sind. In den Fällen, in denen das Jucken unter der Einpackung bestehen bleibt, glückt es den Patienten fast immer durch den Verband hindurch an die Haut zu gelangen und sie zu kratzen. In diesen Fällen läßt der Versuch anscheinend im Stich, da man ja auch unter dem Schutzverband frische Papeln findet. Namentlich trifft das bei Leimverbänden zu, daß der Patient unter den Verband gelangen und seine Haut kratzen kann. Glückt es aber, durch die Einpackung das Jucken zu unterdrücken, so ist der Erfolg gesichert, denn da der Kranke kein Jucken verspürt, wird er auch die Haut nicht reizen, und in diesen Fällen ist die Wahl des Verbands gleichgültig, wenn er nur gut sitzt. Jeder, der diese Thatsachen nachprüfen will, hat sich vor den von mir hier angedeuteten Irrtümern und Fehlschlüssen zu hüten und seine Beobachtungen mit derselben wissenschaftlichen Strenge, wie beim physiologischen Versuch anzustellen.

Zum Schluß sei nur noch einer Beobachtung Erwähnung gethan, die JACQUET und ich, jeder von uns selbständig, gemacht haben. Es kommt ein Patient zu uns mit verschiedenen Ausschlagsformen und einem Pruritus über den ganzen Körper. Mit dem Schutzverband wird nur eine Extremität versehen. Der Kranke schläft danach die ganze Nacht hindurch, und unter Belassung dieses teilweisen Verbandes geht der Ausschlag allmählich zurück und das Jucken läßt nach. Solche Fälle gehören allerdings zur Ausnahme, aber sie kommen doch vor und werden auch von anderen beobachtet werden.

XIII.

Ich will Sie nun nicht länger aufhalten, meine Herren. Ich habe alles gesagt, was ich für notwendig hielt. Ich habe keine Auseinandersetzungen, sondern nur streng beobachtete Thatsachen mitgeteilt, Thatsachen, die jeder in Mufe nachprüfen kann.

Freilich, um meine Aufgabe ganz zu Ende zu führen, müßte ich Ihnen eigentlich noch diejenigen primären und sekundären Veränderungen, die durch den mechanischen Reiz auf der Haut im Zustande pruriginöser Spannung entstehen, im einzelnen beschreiben. Auch müßte ich be-

sonders noch die Frage der sekundären Lichenisation streifen, eine Hauptfrage nicht nur für die Prurigo, sondern auch für den eigentlichen Lichen.

Aber alles, was diesen Gegenstand anlangt, ist ja schon gestern in zwei klassischen Mitteilungen erörtert worden; die eine habe ich schon genannt, sie rührt von TOUTON her; die andere, auf breiterer Grundlage, ist von BROCC und betitelt sich: *Weitere klinische Bemerkungen zur Lichenifikation und zur Neurodermitis*. Im Verein mit den wertvollen Arbeiten von TOMMASOLI, den grundlegenden Untersuchungen und Experimenten von JACQUET eröffnen diese Mitteilungen der großen Frage der Pruriginosen ein weites Feld der Untersuchungen, einen langen, neuen Weg. Möge auf ihm die glänzende Reihe der jüngeren Dermatologen, die unsere Nachfolger sein werden, fortschreiten, mögen sie die Dermatologie zu der ersten und bedeutendsten unter den medizinischen Disziplinen erheben!

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Prurigo.

Referat, erstattet auf dem III. internationalen dermatologischen Kongress zu London.

Von

JAMES C. WHITE, M. D.,

Professor der Dermatologie an der Harvard-University.

Als mir seitens der Oberleitung dieses Kongresses die ehrenvolle Aufforderung zu teil wurde, mich mit den berühmten Abgesandten von Frankreich, Österreich und England an der Besprechung dieses rätselvollen Gegenstandes zu beteiligen, drängte sich mir naturgemäß die Frage auf: Warum verlangt man denn nach einem Delegierten aus einem Lande, wo die Kenntnis dieser Krankheit gerade am spärlichsten ist, da hier das Leiden eben am seltensten vorkommt? Hat man vielleicht im Vertrauen auf das Prinzip: *Lucus a non lucendo* sich der Hoffnung hingegeben, daß vielleicht gerade infolge der Geringfügigkeit unserer positiven Kenntnisse in Bezug auf genannte Affektion bestimmte Aufschlüsse aus der Betrachtung just der negativen Beziehungen zu erzielen sein dürften? Jedenfalls wird dies die Richtschnur für meine jetzt vorzubringenden Bemerkungen abgeben.

Zunächst nun gestatten Sie mir namens meiner amerikanischen Kollegen eine ganz präzise Erklärung über unsere Auffassung des Begriffes

Prurigo abzugeben. Wir haben fast ohne Ausnahme den Vorzug genossen, das Leiden in seiner eigentlichen Heimat, Wien, kennen zu lernen, die ältesten unter uns sind sogar noch von dem großen Meister HEBRA, der zuerst die Individualität der Affektion feststellte, damit vertraut gemacht worden. Die amerikanischen Dermatologen sind mehr noch als diejenigen irgend einer anderen Nation unter seiner unterweisenden Fürsorge herangewachsen und halten sein Gedächtnis in achtungsvoller Erinnerung. Seine Lehre ist demgemäß immer das Paradigma für unsere Prurigo gewesen. Während meiner Wiener Studienzeit, welche weiter zurückgreift als diejenige irgend eines meiner Zuhörer vielleicht, nämlich in die Jahre 1856 und 1857, hatte ich ausgiebigste Gelegenheit, die Krankheit unter seiner Anleitung zu beobachten. In dem Jahresbericht seiner Klinik für das Jahr 1855 sind unter einer Gesamtzahl von 3375 Patienten fünfundsiebzig Fälle von Prurigo angeführt. Demgemäß wurde ich damals mit dem Leiden sattsam vertraut und gelangte dahin, dasselbe als eine der gewöhnlichen Hautkrankheiten zu betrachten.

Nach Boston zurückgekehrt, suchte ich die Affektion vergeblich sowohl in der Privatpraxis wie auch in meiner öffentlichen Klinik. Es kamen eben in beiden keine derartigen Fälle vor, und ich fing sogar an, einen gewissen Zweifel zu hegen, ob wirklich eine selbständige Krankheit dieser Art überhaupt existiere.

Im Jahre 1876 unterbreitete ich dem in Philadelphia tagenden Internationalen medizinischen Kongress eine Abhandlung über *Variations in type and in prevalence of diseases of the skin in different countries of equal civilization*. Unter den beigegebenen Tabellen war eine, welche die relative Häufigkeit einiger der am meisten verbreiteten Krankheiten nach Beobachtungen in Amerika und in Europa darlegte, wobei zehntausend Dermatosen aus der Praxis von renommierten Hautspezialisten in den Vereinigten Staaten, welche sämtlich auch in Wien studiert hatten, einer Reihe von 24 000 Fällen aus der Praxis von Prof. HEBRA gegenübergestellt wurden. Unter diesen letzteren Erkrankungen fanden sich 740 Erkrankungen an Prurigo, während in der amerikanischen Liste sich keine einzige vorfand. Ich hatte demgemäß gar keine Bedenken, die Affektion zu klassifizieren als eine von denen, „welche in Europa einen deutlich ausgesprochenen Charakter haben und allgemein verbreitet sind, während sie in den Vereinigten Staaten gar nicht vorkommen“, und ich bemerkte des Weiteren: „Wie kann man sich diese auffallende Ungleichheit in der Verbreitung einer so deutlich charakterisierten Krankheit und ihre völlige Abwesenheit bei uns erklären? Die pathologische Anatomie und die Ätiologie, soweit man sie erforscht hat, bieten keinerlei Anhalt, worauf wir uns in dieser Beziehung stützen könnten. Sie findet sich am häufigsten gerade in demjenigen Lande, welches von ganz Europa in

Bezug auf Rassenverschiedenheit die größte Mannigfaltigkeit darbietet. Wir können nur blindlings uns gratulieren, daß wir mit dieser lebenslänglichen und so ziemlich unheilbaren Affektion nichts zu thun haben.“

Bei der ersten Zusammenkunft der American Dermatological Association im Jahre 1877 wurde von Dr. CAMPBELL über einen, wie es schien, typischen Fall von Prurigo bei einem Kinde deutscher Abstammung berichtet, und bei der darauffolgenden Diskussion fand es sich, daß bis zu jener Zeit nur sechs echte oder vermutliche Fälle in den Vereinigten Staaten von den anwesenden Mitgliedern des Vereins beobachtet worden waren.

Seitdem stehen uns bis zum Jahre 1889 keine weiteren ganz zuverlässigen Berichte über das Auftreten der Krankheit zu Gebote. Bei der Versammlung des Vereins in jenem Jahre hielt Dr. ZEISSLER-Chicago einen Vortrag über das Vorkommen von Prurigo in Amerika und teilte mit, daß er während seines fünfjährigen Aufenthalts in jener Stadt zwölf Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt hatte, fünf hochgradige und die übrigen milderer Art. Über die Richtigkeit der Diagnose kann bei diesen Fällen ein Zweifel nicht obwalten, denn der Berichtersteller hatte in seiner früheren Heimat, Wien, die vorzüglichste Gelegenheit gehabt, das Leiden in allen seinen Formen genau kennen zu lernen. Besonders bemerkenswert ist es indessen, daß nur in einem einzigen Falle ein Abkömmling amerikanischer Eltern betroffen worden war. An der hierauf folgenden Diskussion beteiligten sich fünfzehn der ersten Dermatologen Amerikas, aber kein einziger hatte weder in seiner Privatpraxis noch in der Poliklinik mehr als einen oder zwei ausgesprochene Fälle jemals behandelt. Fünf von den Rednern hatten niemals ein völlig unverkennbares Beispiel gesehen, und einige Mitglieder erklärten, daß sie noch immer im Zweifel seien, ob tatsächlich eine solche Krankheit als selbstständiges Leiden existiere, und daß sie die so bezeichneten Fälle vielmehr für ein nach Pruritus entstandenes, papulöses Ekzem zu halten geneigt seien.

Schließlich darf ich wohl, um diese historische Skizze der Entwicklung der Krankheit in den Vereinigten Staaten bis auf das gegenwärtige Jahrzehnt fortzuführen, auf einen Vortrag verweisen, den ich in der Versammlung unserer National Dermatological Association im Jahre 1890 über das Thema: „Die Dermatosen der Einwanderer“ hielt, und in welchem ich in Bezug auf Prurigo folgendes ausgeführt habe: „Es scheint demnach, daß Prurigo bei uns häufiger aufzutreten anfängt, oder daß die Dermatologen die Affektion mit größerer Sicherheit als früher diagnostizieren, oder auch, daß sie sich entschlossen haben, diese Bezeichnung auf Hauterkrankungen anzuwenden, welche sie ehemals unter anderen Gruppen klassifizierten. Ich bin der Ansicht, daß die echte Prurigo als

autochthone Krankheit in Amerika noch immer eine außerordentliche Seltenheit ist. Ebenso richtig ist es aber ohne Zweifel, daß sie als importiertes Leiden im Zunehmen begriffen ist und, besonders in Städten wie New York und Chicago, wo eine enorme Anzahl von Deutschen ansässig sind, wird man dies bestätigt zu finden erwarten, worauf ja auch die letzten Jahresberichte und die oben erwähnten interessanten Angaben von Dr. ZEISSLER ebenfalls hinweisen.“ Diese meine Ansicht hat durch die Beobachtungen der letzten fünf Jahre keine Änderung erlitten. Im Gegensatz aber will ich aus einem von Prof. NEISSER an meinen Sohn, Dr. CHARLES J. WHITE, vor kurzem gerichteten Briefe einige Zahlen anführen, aus denen die Häufigkeit der Krankheit in Breslau während der letzten Jahre zu erkennen ist. In seiner Klinik wurden an Prurigo-fällen behandelt: im Jahre 1887 fünfundvierzig, im Jahre 1888 zweiundsechzig, in 1889 sechsundfünfzig, in 1890 neunundfünfzig und im Jahre 1891 dreiundfünfzig.

Wie soll man nun diese merkwürdige Verschiedenheit der Häufigkeit erklären bei einer Krankheit, welche weder durch die pathologische Histologie, noch durch irgendwelche bisher nachgewiesenen ätiologischen Faktoren uns eine Handhabe für eine Erklärung darbietet? Es giebt zwar auch andere importierte Dermatosen, welche ebenfalls in den Vereinigten Staaten nur spärlich zur Beobachtung kommen, wie z. B. Melanosis lenticularis progressiva (PICK), resp. KAPOSIS Xeroderma pigmentosum, doch bieten sie, in dieser sowohl als auch in anderer Beziehung, so aparte Eigentümlichkeiten dar, daß wir hier eher geneigt sind, geographischen oder ethnographischen Einflüssen bei ihrer geheimnisvollen Entstehung eine gewisse Rolle zuzuerkennen. Anders ist es aber bei einem Leiden wie Prurigo, das ein Wesen so ganz gewöhnlicher Art aufweist, denn so sehr auch die Ansichten der Dermatologen über die allerersten Anfänge, deren Anatomie und Verlauf auseinandergehen mögen, jedenfalls kann kein Zweifel darüber herrschen, daß keins dieser Merkmale ausschließlich den in Rede stehenden Krankheiten eigen ist und daß ihre spezielle Individualität, falls man eine solche immerhin anerkennen will, ausschließlich auf gewissen Eigentümlichkeiten in der Verbindungsweise der landläufigen Symptome beruht. Mögen wir uns dem einfachen HEBRASCHEN Schema, das er in seiner graphischen Schilderung verewigt hat, anschließen, oder mögen wir die von den so zahlreichen erfahrenen Beobachtern aus verschiedenen Teilen Europas in den Berichten und Diskussionen der letzten Jahre betonten gelegentlichen Abweichungen anerkennen, so giebt es dennoch gar keine speziellen Symptome des Leidens, sei es in der einen oder der anderen Kombination, welche bei uns in Amerika nicht auch ganz gewöhnlich zu beobachten wären.

Die Urticaria infantilis ist ein sehr häufiges Leiden. Dasselbe wird

oftmals chronisch, und die charakteristischen Quaddeln schrumpfen zu persistierenden, entzündlichen Papeln zusammen im Verein mit früheren und später entstandenen Exkorationen und allerlei ekzematösen Erscheinungen. In vielen Fällen könnte man sie sehr wohl als Beispiele der Frühstadien der Prurigo bezeichnen, doch bleiben sie nicht lange genug bestehen, und ich kann mich keines einzigen Falles erinnern, welcher unter fortgesetzter Beobachtung einen so schlimmen Ausgang genommen hätte. Wenn wir hinwiederum Prurigo zwar nicht als eine modifizierte Urticaria, aber doch als eine Art von Neurose betrachten, wobei die sämtlichen sichtbaren Erscheinungen nur sekundäre, durch das Kratzen hervorgerufene Läsionen seien, dann müßte gerade Amerika ein bevorzugtes Feld für ihre Entwicklung abgeben, denn das Jucken ist bei uns fast als eine nationale Eigentümlichkeit zu bezeichnen. Sobald mit dem Beginne der kalten Jahreszeit, wenigstens in den nördlichen und westlichen Staaten, dickere und rauhere Unterkleidung getragen wird und die Innentemperatur der Wohnungen durch künstliche Erwärmung übermäßig erhöht wird und die Luft trockener ist als in den anderen Jahreszeiten, dann ist ein erheblicher Prozentsatz der Einwohner von einem mehr oder weniger allgemeinen Juckreiz heimgesucht. Derselbe hält auch monatelang an und bewirkt allerlei sekundäre Hautveränderungen je nach der individuellen Disposition der Gewebe, als da sind: einfache mechanische Exkorationen, Urticaria und zahlreiche klinische Abarten von Ekzem, um nur die Hauptanomalien zu nennen.

Ferner giebt es eine andere Art von Pruritus, welche in den ersten Lebensjahren anfängt und unabhängig von der Jahreszeit ohne Unterbrechung und auf unabsehbare Zeit hinaus fortdauert. Die Patienten kratzen sich ohne Unterlaß, bei Tage hauptsächlich an den am leichtesten zugängigen Teilen, den Händen, dem Kopfe, und nachts überall. Kein Teil der ganzen Hautoberfläche bleibt verschont; die Gelenkbeugen, der Hals, das Gesicht sind ebenso zerfetzt wie die Prädispositionsstellen bei Prurigo. Das Gesicht und die Kopfhaut namentlich befinden sich oft in einem chronischen Zustande von hochgradigem, gleichmäßigem Ekzem. Solche Patienten könnte man als kontinuierliche Kratzer bezeichnen; sie stellen typische Beispiele einer chronischen Hautneurose dar. Trotzdem sind sie von Patienten mit Prurigo ferox, denen sie sonst in Bezug auf Krankheitsverlauf und subjektive Erscheinungen sehr ähnlich sind, leicht zu unterscheiden.

Wenn also Prurigo nur als eine Nachkrankheit der Urticaria, eine Neurose, Pruritus oder eine Sensibilitätsstörung mit späteren objektiven Erscheinungen, welche aber nur durch das Kratzen bedingt sind, anzusprechen ist, so müßte die Affektion bei uns in den Vereinigten Staaten im Überflusse vorkommen. Solche ätiologischen Vorbedingungen können

kaum anderswo günstiger zu finden sein. Und trotz alledem ist das Leiden, abgesehen von den mehr oder weniger direkt importierten Fällen, ein äußerst seltenes.

Sollten möglicherweise ethnographische Unterschiede dieser Seltenheit des Auftretens zu Grunde liegen? Unsere Bevölkerung weist eine größere Mannigfaltigkeit der Zusammensetzung auf als irgend eine andere Nation der Welt, wenn auch eine irgendwie erhebliche Verschmelzung durch ausgedehntere Mischehen nicht stattgefunden hat. Enorme Gebiete sind wesentlich von Einwanderern des einen oder des anderen Stammes in Beschlag genommen, z. B. die sog. skandinavischen Staaten, die französischen Gebiete in Kanada, während einige unserer größeren Städte in bestimmten Vierteln Abkömmlinge auswärtiger Rassen in enormer Anzahl beherbergen. New York z. B. ist eine der größten deutschen Städte in der Welt. Unsere riesigen Bergwerksdistrikte enthalten große Kolonien von Wallisern, Polen und Ungarn, und von Russen, Juden und Italienern kommen ganze Scharen nach Amerika. Die beifolgende Liste giebt eine Übersicht über die in Europa geborenen Einwohner in den Vereinigten Staaten im Jahre 1890:

Aus Deutschland	2 784 894	Aus Böhmen	118 106
Irland	1 871 509	Frankreich	113 174
England	909 092	Schweiz	104 069
Schweden	478 041	Wallis	103 079
Norwegen	322 665	Holland	81 823
Schottland	242 231	Ungarn	62 435
Rußland	182 644	Belgien u. Luxemburg	25 521
Italien	182 580	Portugal	15 996
Polen	147 440	Spanien	6 185
Dänemark	132 543	Griechenland	1 887
Österreich	123 771		

Ferner füge ich eine Tabelle bei, welche über die Anzahl der Einwanderungen aus denselben Ländern nach den Vereinigten Staaten im Laufe der letzten fünf Jahre bis zum 30. Juni 1895 Aufschluß giebt:

Aus Deutschland	436 410	Aus Böhmen	29 982
Irland	242 282	Frankreich	26 013
England	211 398	Schweiz	25 555
Schweden	152 495	Wallis	5 428
Norwegen	59 349	Niederlande	25 812
Schottland	49 374	Ungarn	118 706
Rußland	226 363	Belgien	15 049
Italien	292 035	Portugal	10 365
Polen	77 032	Spanien	4 607
Dänemark	39 856	Griechenland	4 807
Österreich	133 090		

Nach Rassen zusammengestellt erhält man folgende Zahlen:

Irland, England und Schottland	413 267
Rußland und Polen	303 395
Österreich, Ungarn und Böhmen	281 778
Schweden, Norwegen und Dänemark	251 700.

Gesamteinwanderung aus Europa im genannten Zeitraum: 2 217 761.

Andererseits sind bei uns alle möglichen klimatischen und tellurischen Einwirkungen vertreten.

Es geht hieraus also hervor, daß in den Vereinigten Staaten dem Dermatologen ein ausnahmsweise günstiges Terrain zum Studium des Einflusses der Rasseneigentümlichkeiten auf die verschiedenen Krankheiten geboten ist, und des weiteren ist es unbestreitbar, daß angesichts der großen Anzahl von erfahrenen Spezialisten, welche über unser ganzes weites Reich verteilt sind, es nicht wahrscheinlich ist, daß irgend eine Hautkrankheit, sei sie welcher Art sie sei, von ihnen unerkannt sich ausbreiten könnte. Man darf wohl mit Recht behaupten, daß die Berichte unserer Nationalen Dermatologischen Vereinigung als ein zuverlässiger Maßstab für das numerische Vorherrschen der verschiedenen Hautkrankheiten in Nordamerika gelten kann.

Wenn demnach Prurigo beim amerikanischen Volke an und für sich ein fast unbekanntes Leiden ist und nur als ein äußerst seltenes Vorkommnis bei Einwanderern aus europäischen Ländern, wo es häufig auftritt, und deren Nachkommen beobachtet wird, so muß offenbar die Erklärung für eine derartige Immunität beim Übersiedeln nach den Vereinigten Staaten durch die andersgearteten Lebensbedingungen daselbst gegeben sein. Der Arbeitermann ist durch die ihm gezahlten höheren Löhne und den niedrigeren Preis von Lebensmitteln jeder Art in Amerika in den Stand gesetzt, für seine Familie eine reichlichere, verschiedenartigere und nahrhaftere Kost zu beschaffen, als in seiner früheren Heimat. Seine Wohnungsverhältnisse sind ebenfalls wesentlich bessere, weniger überfüllt und mit allen sanitären Vorrichtungen und den Mitteln zur Erzielung der notwendigen körperlichen Reinlichkeit genügend ausgestattet. Wer sich nicht durch eigene Beobachtung davon überzeugt hat, macht sich gar keinen Begriff von dem unbeschreiblichen Dreck, den ganze Klassen von neugelandeten Einwanderern am Körper und in der Unterkleidung mit sich führen. Sie sind in der That „the great unwashed“. Krusten von Fäkalmassen, eingetrocknete Menstrualflüssigkeit, schwarze Hüllen von Schweiß und Urin im Verein mit anderen heterogenen Bestandteilen bedecken gewohnheitsmäßig die Körperoberfläche und sind wiederum von übelriechenden Gewändern eingeschlossen, während oberhalb dieser ganzen Schmutzanhäufung das Gesicht immer noch dem Beschauer eine gewisse Reinheit und Gefälligkeit darbietet. Mit der Zeit lernen sie es, solche

tierischen Gewohnheiten abzulegen und für die Pflege der Haut leidlich Sorge zu tragen.

Wenn demnach Prurigo eine Krankheit ist, welche, wie die Forscher in Europa behaupten, hauptsächlich die ärmeren und schlecht genährten Klassen befällt, wird es nicht Wunder nehmen, daß zugleich mit der Verbesserung in der allgemeinen Ernährung und der durch die veränderte Lebensweise erhöhten Sorgfalt für die Pflege der Haut diese Individuen im großen und ganzen in ihrer neuen Heimat aufhören, dem Leiden ein Medium zur Entwicklung darzubieten; und wenn wir darin Recht haben, der Hygiene einen so großen Einfluß auf das Hintanhalten oder die Unterdrückung der Prurigo zuzuschreiben, so folgt es, daß wir einer gänzlichen Nichtbeachtung ihrer Gesetze eine ebensogroße Bedeutung als ätiologisches Moment, sei es der Hauptsache nach oder nur zum Teil, beimessen müssen. Inwiefern dürfen wir in der That eine derartige Schlusfolgerung als eine genügende Erklärung ansehen, und ist sie in Übereinstimmung mit unseren allerdings geringen Kenntnissen von den Ursachen und mit den Ansichten derjenigen, welche die beste Gelegenheit, die Affektion zu beobachten, gehabt haben? Ich meine damit nicht, was diese Krankheit ist, d. h., ob sie bloß eine Neurose der einen oder der anderen Art ist, ob der Ausschlag primär oder sekundär ist, ob die Papeln oder Quaddeln die ersten und wesentlichen Läsionen bilden, ob, mit einem Worte, wir es hier bloß mit gewissen Komplikationen oder mit einer selbständigen Krankheit zu thun haben, sondern ich frage nach dem Warum? Ich habe die Schriften von etlichen vierzig bekannten Dermatologen aus allen Ländern, Monographien und einzelne Kapitel eingesehen, und ich habe gefunden, daß, trotzdem zahlreiche und divergierende Ansichten über die Pathologie verzeichnet sind, kaum eine einzige präzise Anschauung betreffs der Ätiologie ausgesprochen worden ist. HEBRA hatte ursprünglich den Ausspruch gethan, daß die Affektion fast ausschließlich bei unbemittelten Personen und solchen, die in ihrer Jugend schlecht genährt worden sind, vorkomme und demgemäß am häufigsten bei Findlingen und den Kindern von Bettlern angetroffen werde, während diejenigen, denen eine gute körperliche Erziehung in frühester Jugend zu teil geworden ist, und welche stets ihrem Alter gemäß zweckmäßig genährt worden sind, nur außerordentlich selten an Prurigo erkrankten. Diese Argumentation stützt sich auf konkrete Beobachtungen, aber wenn wir uns mit solchen vagen Phrasen, wie „Dyskrasie“, „Arthritismus“, „Nervosität“ etc. einlassen, befinden wir uns im Reiche der absoluten Unbegreiflichkeit, das über das Verständnis von manchen unter uns hinausgeht und keinerlei Besprechung zuläßt.

Man kann also mit allem Rechte behaupten, daß mangelhafte Ernährung, ungesunde Wohnungen und Vernachlässigung der Hautpflege

die einzigen positiven Faktoren sind, welchen man bei der Ätiologie der Krankheit einen bestimmten Einfluss hat nachweisen können, und daß die wesentlich herabgesetzte Häufigkeit, sogar das fast völlige Fehlen in Ländern, wo diese Verhältnisse wohl am wenigsten vorherrschend sein dürften, wie England und die Vereinigten Staaten, eine gewichtige Bestätigung für die Richtigkeit eines solchen Schlusses abgeben.

Und nunmehr ist es wiederum angebracht, die Frage aufzuwerfen, ob nach alledem es wirklich eine einheitliche, selbständige Hautaffektion giebt, die durch einen so klar entwickelten Verlauf, so gleichmäßige anatomische Veränderungen, durch eine mit solcher Einstimmigkeit von den verschiedenen Forschern ausgelegte Pathologie, durch einen in allen Ländern identischen Typus gekennzeichnet ist, daß ihr individuelles Bestehen von uns ohne weiteres Zweifeln acceptiert werden müßte. Wenn ein erfahrener Dermatologe, welcher, nehmen wir an, ausschließlich in den Vereinigten Staaten seine Ausbildung genossen hat, zum ersten Male sich dem Studium dieser Krankheit ausschließlich auf Grund der ausgedehnten einschlägigen Litteratur widmen wollte, würde er nicht mit vollem Recht das faktische Vorhandensein eines derartigen Leidens bezweifeln? Herrscht denn eine derartige Uneinigkeit der Ansichten in Bezug auf sämtliche wesentliche Symptome bei irgend einer anderen der allgemein anerkannten Dermatosen vor? Wahrscheinlich hat die gerechte Würdigung dieses Zustandes der Dinge die Leiter dieses Kongresses veranlaßt, dieses Thema als ersten Gegenstand zur Diskussion zu wählen. Betrachten wir kurz einige dieser Meinungsverschiedenheiten bei den einzelnen Autoren. Als Maßstab zum Vergleichen soll dabei HEBRAS Originalbeschreibung dienen.

Verlauf.

Diesem Werke nach entsteht ein jeder Krankheitsfall im ersten Kindesalter, und „die Ansicht, daß das Leiden erst bei Erwachsenen auftritt, ist also unrichtig.“ (HEBRA.)

BESNIER und DOYON¹ leugnen den ausschließlichen Beginn in den ersten Lebensjahren und sagen, daß es auch im späteren Kindesalter und zur Zeit der Pubertät anfange. Es sei ebensogut wie andere Krankheiten auch Ausnahmen unterworfen.

EHLERS² sagt, es beginnt am häufigsten zwischen dem zweiten und siebenten Lebensjahr, und es sei noch im neunundzwanzigsten ein erstes Auftreten beobachtet worden.

VIDAL³ behauptet, daß es nicht immer im frühen Kindesalter anfängt.

NEISSER⁴ ist auch der Meinung, daß es nicht regelmäßig im frühesten Kindesalter anfängt.

Viele Forscher weichen ferner von der HEBRASchen Meinung ab,

daß die Krankheit immer im Winter schlimmer auftrate, und über den Grad der Unheilbarkeit stimmen wenige Dermatologen mit ihm überein.

Art des Ausschlags.

Nach HEBRAS Schilderung bestehen „die ersten Erscheinungen bei jedem Falle in der Entwicklung von subepidermoiden Papeln von Hanfkorngröße, welche dem Gefühl deutlicher erkennbar sind als dem Auge.“

KAPOSI sagt in seinen Vorlesungen (Ausgabe von 1879), daß die Krankheit im achten bis zwölften Monate zunächst mit Quaddeln und ohne Papeln beginnt und so bis zum Ende des ersten oder Anfang des zweiten Jahres fortbesteht.

HEBRA jun.⁵: Während der ersten ein bis zwei Jahre finden sich als einzige Läsionen nur Quaddeln in Verbindung mit Pruritus. Die charakteristischen Papeln treten später hervor und sind durch das Kratzen bedingt. Sie sind niemals das erste Symptom.

TOMMASOLI⁶: Zuerst Juckreiz und gleichzeitiges Auftreten der charakteristischen Papeln mit vorhergehender oder gleichzeitiger Entwicklung von Quaddeln.

MIBELLI⁷: Das Leiden charakterisiert sich durch eigentümliche Papeln mit gelegentlichen Bläschen und Quaddeln.

EHLERS⁸ bezeichnet die Papeln als eine durch das Kratzen bedingte Sekundärerrscheinung.

VIDAL⁹ erklärte in einem beim Wiener Kongress gehaltenen Vortrag, daß der Pruritus der Papelbildung vorhergeht, und daß letztere ebenso wie die begleitenden Quaddeln bei jugendlichen Fällen auf das Kratzen zurückzuführen sei.

NEISSER⁴ erkennt einen urticariaartigen prodromalen Ausschlag an, welcher zur Bildung von oberflächlichen papulösen Efflorescenzen Anlaß giebt.

RIEHL⁹ glaubt an eine innige Verwandtschaft zwischen den Papeln und der urticariaartigen Efflorescenz und meint, daß im Säuglingsalter erstere oft in letztere übergehen.

NEUMANN⁹: Das erste Symptom sind Papeln.

BEHREND¹⁰: Das Leiden beginnt als eine Urticaria papulosa.

SCHWIMMER¹¹: Quaddelartige Efflorescenzen gehen nicht nur dem Anfange der Krankheit überhaupt, sondern auch den jedesmaligen späteren Attacken voraus.

LESSER¹²: Während des ersten oder auch des zweiten Jahres ist die Diagnose sehr schwer zu stellen, aber jede anhaltende Urticaria in diesem Lebensalter muß unseren Verdacht rege machen.

AUSPITZ¹⁸: Die Papel spielt keine wichtigere Rolle als die niemals

fehlende Neurose, und bei späteren Anfällen weist mancher Fall keine Papeln auf, während das Jucken konstant fort dauert.

BESNIER und DOYON¹⁴: Die Urticaria kann als Prodrom oder als Begleiterscheinung wie bei anderen Affektionen auftreten, aber man kann doch nicht die Prurigo als eine Umänderung oder Degeneration der Urticaria bezeichnen.

CROCKER¹⁵ ist geneigt die Papeln als etwas Sekundäres zu betrachten.

A n a t o m i e.

Die pathologische Anatomie der Hautgewebe war zur Zeit der ersten HEBRASCHEN Veröffentlichungen über Prurigo noch nicht genügend erforscht, um die Präzisierung einer bestimmten Ansicht über diese Frage zu ermöglichen, obgleich schon damals besonderer Wert darauf gelegt wurde; es ist aber unverkennbar, daß er keinen deutlichen Unterschied zwischen den Papeln bei diesem Leiden und denjenigen der anderen entzündlichen Dermatosen anerkannte. Dagegen finden sich bei den neueren Autoren sehr widersprechende Ansichten über die zu beobachtenden Gewebsveränderungen.

KAPOSZ¹⁶ sagt, die Papeln zeigen eine mälsige zellige Infiltration und seröse Exsudation in die Papillarschichte und das Rete, ebenso wie beim *Eccema papulosum*.

CASPARY¹⁷ verlegt die Veränderungen ins Stratum spinosum und spricht von einer Hyperakanthose; die Gewebselemente des Corium verblieben sämtlich normal.

RIEHL⁸: Die Papeln zeigen das Aussehen einer akuten Entzündung in der Papillarschichte ohne Beteiligung der Epidermis.

AUSPITZ¹³: Die Papeln sind entstanden durch einen chronischen Spasmus der *Arrectores pilorum*, wir haben es hier mit einer konstanten *Cutis anserina* zu thun.

LELOIR¹⁸: Es ist eine Art von Cystenhöhlung, die in dem Stratum Malpighii entstanden ist und eine klare Flüssigkeit enthält.

CROCKER¹⁵: Die Papeln sind entzündlicher Art, doch besitzen sie keine charakteristischen anatomischen Eigenschaften.

P a t h o l o g i e.

In gleicher Weise zeigen die von den verschiedenen Autoren aufgestellten Ansichten betreffs der Pathologie oder dem eigentlichen Wesen des Leidens die größte Mannigfaltigkeit und Verschiedenheit. Natürlich sind es lauter Theorien. Folgende Vermutungen sind bereits ausgesprochen worden:

Ein Pruritus.

Sensibilitäts-Neurose.

Motilitäts-Neurose.
 Diathèse prurigineuse.
 Neurodermite.
 Lymphatisme - Arthritisme - Nervoisme.
 Vasomotorische Transudation.
 Tropho-Neurose.
 Dyskrasie.

Die freimütigste Erklärung, die ich angetroffen habe ist: Pathologie unbekannt.

Fragen wir nun zum Schluss, welche Deduktionen wir aus dieser ganzen Masse von sich widersprechenden Ansichten über das eigentliche Wesen und die Grundzüge der Krankheit ziehen können. Wir finden, daß ausgezeichnete Dermatologen ganz entgegengesetzte Auffassungen haben über die primären Erscheinungen und deren gegenseitige Beziehungen, über die anatomische Zusammensetzung der sog. charakteristischen Läsion oder Läsionen und über deren pathologische Bedeutung. Wir finden Abweichungen von dem HEBBRASchen Paradigma in Bezug auf die affizierten Teile und den Verlauf der Krankheit sowie ausgesprochene Verschiedenheiten in Bezug auf den Typus und die Häufigkeit des Auftretens in den verschiedenen Ländern und bei verschiedenen Nationen. Welche Merkmale sind uns denn nun geblieben, die so beständig wären, so allgemein und gleichmäßig beobachtet, daß man sie als Grundlage für die Präzisierung einer selbständigen Dermatose verwerten könnte?

Ich für meinen Teil kann nichts weiteres anerkennen als das Vorhandensein einer im frühen Kindesalter auftretenden Störung, welche in ihren sichtbaren Läsionen eine Verwandtschaft mit Pruritus und Urticaria aufweist, sich von diesen letzteren in den ersten Stadien nicht mit Bestimmtheit unterscheiden läßt, in einigen Gegenden der Welt infolge von gewissen unerklärlichen nationalen Eigentümlichkeiten der Haut oder der angeerbten Lebensweise eine chronische Form annimmt, welcher aber jedenfalls viele der unentbehrlichen Merkmale einer Individualität abgehen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Litteratur.

1. *Ann. de dermat. et de syph.* Mai 1885.
2. *Ann. de dermat. et de syph.* Juli 1892.
3. *Ann. de dermat. et de syph.* September 1892.
4. *Arch. f. Derm. et Syph.* XXVIII. pag. 95.
5. *Die krankhaften Veränderungen der Haut.* 1884.
6. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XX. 3 u. 4.
7. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXI. 6.
8. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* XI. pag. 41.
9. *Lehrb. d. Hautkrankh.* 1878.
10. *Lehrb. d. Hautkrankh.* 1883.

11. *Von Ziemssens Handb.* 1883.
12. *Lehrb. d. Hautkrankh.* 1885.
13. *System der Hautkrankheiten.* 1881.
14. *Englische Übersetzung von Kaposi's Vorlesungen.* 1891.
15. *Diseases of the Skin.* 1893.
16. *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* 1879.
17. *Vierteljahrsschr. f. Derm. u. Syph.* XI. 8 u. 4.
18. In *Brocq's Traitement des Mal. de la Peau.* 1890.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 25. Heft 3. 1896.

I. Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen, von E. VON DÜRNIG-Konstantinopel. (Schluß.) Nach den Beobachtungen des Verfassers und anderer Autoren tritt in der Türkei eine Krankheit epidemisch auf, die sich durch ihre Symptome: Invasion, Fieber und subjektive Erscheinungen, Eruption mit Exanthem, typischem Fieber, subjektiven Erscheinungen und cyclischem, typischem Ablauf als exanthematische Infektionskrankheit erweist und die wesentlich mit dem Erythema exsudativum multiforme Hebrae übereinstimmt. Bei der Besprechung der Ätiologie desselben weist Verfasser insbesondere gegenüber BESNIERS Ansichten über die polymorphen Erytheme für seine Fälle eine individuelle Disposition ab und nimmt vielmehr eine infektiöse Ursache für das Entstehen der Krankheit an. Es handelt sich beim Erythema exsudativum wahrscheinlich nicht um eine kontagiöse, vielleicht aber um eine miasmatische, akute, exanthematische Infektionskrankheit, die mit Vorliebe das jugendliche Alter befällt, überall sporadisch, in einigen Ländern endemisch vorkommt und zu gewissen Jahreszeiten, Herbst und Frühjahr, epidemisch wird. Anhäufung von Menschen in dem disponierten Alter scheint die Entwicklung des miasmatischen Infektionsstoffes in hervorragendem Maße zu begünstigen.

Im folgenden will der Verfasser zum Zwecke der Differentialdiagnose die übrigen polymorphen Erytheme zu Gruppen vereinigen.

An erster Stelle findet das Erythema nodosum eine eingehende Besprechung. Verfasser untersucht, „ob dasselbe nur eine der Erscheinungsformen der vielen, in Ursache, Verlauf, klinischem Bilde etc. so verschiedenen polymorphen Erytheme ist; ob verschiedene Ursachen bei prädisponierten Individuen in einem Falle ebensogut ein noduläres, wie in einem anderen Falle ein skarlatiniformes, oder in einem dritten Falle ein ganz polymorphes Erythem hervorrufen können; oder ob wir noch weiter aus dem großen Haufen der polymorphen Erytheme eine weitere Krankheitsinheit, ein Krankheitsindividuum isolieren können, das Erythema nodosum, eine Krankheit mit bestimmter Ätiologie, Lokalisation, Läsionen, Verlauf, Symptomen, Komplikationen“.

Verfasser gelangt unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur zur Ansicht, daß das Erythema nodosum thatsächlich eine Krankheit sui generis, eine akute, wahrscheinlich kontagiöse, exanthematische Infektionskrankheit sei.

Nach Ausscheidung der als Krankheiten sui generis erkannten Erytheme, das Erythema exsudativum multiforme und das Erythema nodosum, werden die poly-

morphen Erytheme im engeren Sinne und die pathologische Anatomie und Physiologie derselben einer kritischen Erörterung unterzogen.

Der Verfasser giebt folgendes Resumé seiner Betrachtungen:

„In der Gruppe „Erythema polymorphon“ im weitesten Sinne, so wie **BESNIER** z. B. dieselbe faßt, sind sicherlich dreierlei grundverschiedene Gruppen von Affektionen enthalten. Man hat auszuscheiden:

I. Allgemeine Infektionskrankheiten mit symptomatischer Hauterkrankung.

a) Das Erythema exsudativum multiforme Hebrae, so wie es in der vorliegenden Arbeit aufgefaßt und beschrieben ist.

b) Das Erythema nodosum nach obiger Beschreibung. Von einer individuellen Prädisposition für diese Krankheiten kann ebensowenig und ebensoviel die Rede sein, wie von einer solchen für Scharlach, Masern, Blattern, Intermittens etc.

II. Angioneurosen (Erythantheme **AUSPITZ-УННА**). Dazu gehört eine große Reihe der urtikariellen oder makulo-papulösen Affektionen, die den obigen Infektionskrankheiten ähneln (besonders dem Erythema exsudativum multiforme Hebrae).

Bei dieser Gruppe kommt die Frage der individuellen Disposition in Betracht. Für sehr viele der hierher gehörigen erythematösen Affektionen, z. B. für die toxischen Erytheme, welche durch Genuß von bestimmten Nahrungsmitteln, durch bestimmte Medikamente hervorgerufen werden, muß eine individuelle Disposition angenommen werden. Es sind dies die idiopathischen Erythantheme **УННА**s.

Für andere sekundäre Erytheme toxischer Natur (z. B. das Cholera-, Typhus-Erythem) ist die Annahme einer individuellen Disposition nicht erforderlich. Vielleicht gehören dieselben aber auch gar nicht zu den Angioneurosen, sondern sie sind alle der dritten Gruppe zuzuteilen, nämlich:

III. den durch Embolie hervorgerufenen erythematösen Eruptionen.

Hierher gehören sicherlich sehr viele der sog. „malignen polymorphen Erytheme“, sekundäre, meist bei septischen Prozessen vorkommende Hautmetastasen.“

II. Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän, von **V. JANOVSEK** und **H. MOUREK-Prag**. Die Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden drei in Prof. **JANOVSEK**s Klinik für Hautkrankheiten eingehend beobachtete Fälle, die den Beweis liefern, daß unsere Kenntnis, besonders der sog. spontanen Hautgangrän, noch lange nicht eine erschöpfende und ausreichende ist. Der Krankengeschichte dieser Fälle schicken die Verfasser eine Zusammenstellung der bisher in der Litteratur publizierten Fälle voran. In der Mehrzahl derselben handelt es sich um junge Leute mit neuropathischen Anlagen, bei welchen infolge irgend einer zufälligen Ursache gangränöse Herde an der Haut auftreten, deren Erscheinen gewöhnlich durch vasomotorische Störungen angekündigt wird. Die Gangrän betrifft zumeist die oberflächlichen Hautschichten und hat einen protrahierten Charakter, indem sie sich in gewissen Zeiträumen wiederholt.

In einer anderen, insbesondere von **DEMME** beobachteten Gruppe von Fällen handelt es sich um Erythema nodosum mit Purpura. Zwei derselben waren von Hautgangrän an den affizierten Stellen begleitet. **DEMME** nahm an, daß die Krankheit eine kontagiöse, resp. infektiöse war, da unter den vier Fällen drei — Geschwister betrafen. Außerdem gelang es ihm, aus dem Inhalte der Blasen, welche den Übergang zur Hautgangrän bildeten, und aus dem Sekrete, welches sich unter den gangränösen Schorfen befand, einen spezifischen Bacillus zu züchten. **DEMME** schließt daraus, daß die Gangrän durch Mikroorganismen hervorgerufen sei.

Zwei der von den Verfassern beobachteten Fälle lassen sich hier einreihen. Sie lehnen sich an schon bestehende Typen an, während für den eigenartigen dritten

Fall kein Analogon in der Litteratur gefunden werden konnte. Dieser Fall, dessen Krankengeschichte sehr ausführlich mitgeteilt wird, betraf einen 44 Jahre alten, aus gesunder Familie stammenden, luetisch nie infizierten Mann, dessen Frau und Kinder vollkommen gesund sind. Der Patient ist kein Trinker, aber ein ziemlich starker Raucher.

Die Affektion, welche vor 16 Tagen begann, ist, ohne besondere Prädispositionen zu bevorzugen, über verschiedene Körperstellen unregelmäßig verteilt und charakterisiert sich durch papulöse Efflorescenzen. Die Papeln, welche flach, blaurot, mit einem roten Saume umgeben, wenig über das Niveau der Umgebung hinausragend und hart elastisch sind, werden meist größer, seltener gehen sie abortiv ein. Die vergrößerten Efflorescenzen verfallen einem zweifachen Schicksal; einige verschwinden frei und vollständig und hinterlassen die Haut etwas mehr dunkelrot pigmentiert, als die Umgebung, und zart sich abschuppend; andere bedecken sich im Zentrum mit einem anfangs blätterigen, braunen oder braunschwarzen, fest am Boden adhären den, später dichter und dunkler werdenden Schorf. Entfernt man den Schorf gewaltsam, so zeigt sich ein Geschwür mit breitem, wenig über die Umgebung erhöhten, rötlichen und an der entferntesten Peripherie rotblauen, ziemlich senkrechten, 3 mm hohen, ungleichen, an der Grundfläche Eiter secernierenden, lebhaft granulierenden Rändern. Läßt man den Schorf intakt, so löst er sich nach längerer oder kürzerer Zeit von selbst ab, und dann findet man an Stelle der Efflorescenz nur einen pigmentierten Fleck.

Was die Ätiologie betrifft, so mußte, dem ganzen klinischen Verlaufe nach zu urteilen, eine infektiöse Ursache in diesem Falle angenommen werden, obwohl die bakteriologische Untersuchung ein negatives Resultat ergab. Die Anamnese unterstützte insofern diese Annahme, als der Patient angab, einige Monate vorher von einer Fliege an der Hand gestochen worden zu sein. Es bildete sich darauf eine Pustel, die mit Hinterlassung einer rötlichen Narbe verschwand. — Die Untersuchung auf Anthraxbacillen fiel ebenfalls negativ aus. Eine Veränderung der Gefäße, wie sie bei Hautangrän nach Endarteriitis obliterans vorkommt, wurde nicht gesehen. Diabetes war nicht vorhanden. Anhaltspunkte für die neurotische Natur der Affektion waren nicht vorhanden. Es blieb nur übrig, an eine Infektion zu denken.

Pathologisch-anatomisch nimmt der Prozeß seinen Ausgang aus einem Infiltrat um Knäuel- und Talgdrüsen, sowie um die Haarfollikel, und stellt sich somit als eine eigene Abart der Perifolliculitis dar, welche nach und nach gegen die höheren Hautschichten vordringt, sich den Weg nach der Epithelschichte bahnt und schließlich eine Gangrän der betreffenden Hautschichten herbeiführt.

III. Behandlung recenter Syphilis mit tertiärsyphilitischem Serum, von C. BOECK - Christiania. Verfasser hat seit November 1894 bei sieben Patienten aus seiner Privatpraxis ein Serum erprobt, das von einem syphilitischen Manne stammte, der vor sechs Jahren Syphilis acquiriert hatte und jetzt an einer Epididymitis syphilitica mit Hydrocele litt. Schon vor zwei Jahren war er wegen einer rechtseitigen syphilitischen Epididymitis in der Behandlung des Verfassers. Unter Jodkalium wurde sie zum Schwinden gebracht, ist jedoch vor kurzem recidiviert. Die hier gewonnene Hydroceleflüssigkeit wurde in den sieben Fällen angewendet. In sechs Fällen wurde die Behandlung schon vor dem Ausbruch der sekundären Symptome begonnen, in einem Falle erst nach dem Auftreten des Exanthems.

Die Krankengeschichten dieser sieben Fälle werden ausführlich mitgeteilt.

Die Injektionen wurden zumeist jeden zweiten Tag und stets subkutan am Rücken gemacht. Die Dosis Serum schwankte zwischen 1—4 g. Das Resultat wird in folgenden Sätzen resumiert:

1. Die Primärsymptome haben sich unter dem Einflusse der Seruminjektionen schneller involviert, wie bei expektativer Behandlung. Die Wirkung war mitunter, z. B. im ersten Falle, sehr auffallend. Auch die Drüsenanschwellung der Primärperiode ist im gleichen Sinne beeinflusst worden. Es war interessant gewesen, zu sehen, daß diese Wirkung des tertiären Serums auch von WIEWOROWSKY und COTTERELL ganz besonders hervorgehoben ist.

2. In denjenigen Fällen, in denen die Injektionen schon während der zweiten Inkubation angefangen wurden, ist die Eruption der sekundären Erscheinungen im ganzen etwas verzögert worden.

3. Die Sekundärsymptome sind in hohem Grade abgeschwächt gewesen, die Exantheme zum Teil sogar kaum bemerkbar, und die Geringfügigkeit der Schleimhautaffektionen ist geradezu auffallend gewesen.

4. Das Allgemeinbefinden hat sich ziemlich schnell und regelmäßig gebessert.

5. Die sekundäre Eruptionsperiode ist im ganzen recht bedeutend abgekürzt worden. In sechs Fällen hat die manifeste Sekundärperiode durchschnittlich vier Monate und zwölf Tage gedauert. Der siebente Fall wurde nicht lange genug beobachtet.

6. Die Injektionen sind wirksamer, je früher sie instituiert werden.

7. Das tertiäre Serum hat sich in den Händen des Verfassers viel wirksamer gezeigt, als das Serum der Sekundärperiode.

Fragt man sich nun, ob die vorgenommenen Seruminjektionen durchweg eine ebenso schnelle, eklatante und augenfällige Wirkung auf die Symptome der Frühperiode der Syphilis ausüben, wie die gewöhnlichen Specifica, Quecksilber und Jod, es thun, dann muß diese Frage mit einem entschiedenen Nein beantwortet werden.

Wird aber die ungleich viel wichtigere Frage aufgeworfen, durch welche Behandlung die Frühperiode der Syphilis in der Regel am schnellsten und sichersten zu Ende gebracht wird, dann scheinen die Beobachtungen des Verfassers von den obigen Fällen ebenso entschieden zu Gunsten der Serumtherapie zu sprechen.

IV. **Über den Nachweis der Pilze im Gewebe bei Trichophytosis.** Offener Brief an die Redaktion, von K. ULLMANN-Wien. Verfasser gesteht WÄLSCH die Priorität zu, den färbetechnischen Nachweis der Pilz im Gewebe nicht nur bei vesikulösen Formen der Trichophytie, sowie innerhalb der Follikel aller Trichophytosisarten überhaupt, sondern speziell auch bei Sykosis parasitaria im Exsudate außerhalb der Follikel bereits im September 1895 in Graz erbracht zu haben.

C. Berliner-Aachen.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

(Band VII, Heft 6.)

1. Ein Beitrag zur **Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion der Vasa deferentia**, von FRISCH. Da die Behandlung der Prostatahypertrophie dritten Grades (nach GUYON, Blase ad maximum dilatiert) mittelst des evakuatorischen Katheterismus oft ungünstig ausgeht, so beschloß Verfasser in einem derartigen Falle das neue Operationsverfahren zu erproben. Der Patient hatte eine Prostata von der Größe einer mittleren Orange und es bestand Ischuria paradoxa. Es wurden beide Vasa deferentia in etwa 4 cm Länge reseziert. Schon am zweiten Tage war die Prostata erheblich abgeschwollen, die Blase stand nur noch vier Finger breit über der Symphyse; zugleich trat eine bedeutende Vermehrung der 24stündigen Harnmenge auf; diese ging allmählich zur Norm zurück, Patient konnte wieder 1½–2 Stunden lang den Urin halten; die Blase stand nur noch zwei Finger breit über der Symphyse. Die Prostata war um mehr als die Hälfte ihres Volumens geschrumpft:

Verfasser macht darauf aufmerksam, daß auch eine längere Zeit atonische Blase keineswegs ihre Kontraktionsfähigkeit eingebüßt hat. Häufig liegt das Hindernis der Entleerung auch weniger in einer Schwächung des Detrusor, als vielmehr in einem Krampf des Sphinkter, wie die Erleichterung des Urinierens nach Morphindarreichung beweist. Die schon von THOMPSON beobachteten Fälle, wo nach Sectio lateralis mit Resektion eines Stückes der Prostata die Blase ihre normale Kraft wiedererlangte, lassen sich nunmehr wohl so erklären, daß dabei das Vas deferens mit durchschnitten wurde.

2. Eine nach Beckenbruch aufgetretene Verengung der Harnröhre, von BAKO. Der Patient fiel auf die Seite und konnte nach diesem Falle nicht mehr urinieren. Bei der Untersuchung fand man einen mit Dislokation geheilten Beckenbruch, den er sich vor dreißig Jahren zugezogen hatte; dadurch war die Blase nach links verzogen und es bestand eine Achsendrehung der Harnröhre, welche das Hindernis der Urinentleerung abgab; die akute Harnverhaltung war durch das jetzige Ausgleiten bedingt, indem der bestehende verminderte Tonus der Blase in Atonie der Detrusoren überging.

3. Bemerkungen zu Herrn Dr. HOTTINGER'S Arbeit „Zur Frage der Absorptionsfähigkeit der Harnblase“, von ALAPY. HOTTINGER hatte bekanntlich behauptet (cf. Ref.), daß der Blase doch eine gewisse Resorption nichtflüchtiger Stoffe zukomme; er hatte den Tieren die Blasen mit sehr starken Giftlösungen gefüllt, dann waren Vergiftungserscheinungen ausgebrochen, von denen sich die Tiere bald erholten. ALAPY nimmt dies als Beweis für seine Behauptung, daß die Blase nicht resorbiere, denn die Resorption gehe in HOTTINGER'S Fällen von der Harnröhre aus, in die eine ganz geringe Menge der „starken“ Giftlösung beim Zurückziehen des Katheters hineingelange.

4. Entgegnung zu den Bemerkungen des Herrn Dr. ALAPY, von Dr. HOTTINGER. Dagegen wendet sich H. mit der Erklärung, daß er stets bei genügend hohen Giftdosen eine Vergiftung der Tiere erzielt habe, auch wenn die Lösungen so verdünnt waren, daß das eventuell in der Harnröhre Resorbierte gar keine Giftwirkung entfalten konnte.

F. Hahn-Bremen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 4.

I. Studie über die Harnröhrensteine bei der Frau, von QUÉNU und PASTEAU. Die sehr beachtenswerte Arbeit behandelt das Thema in bisher nicht erreichter Ausführlichkeit (37 Seiten) und gelangt zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt ein ganz eigenartiges Krankheitsbild, das durch Steine erzeugt wird, welche in Taschen lagern, die in der Harnröhren-Scheide-Zwischenwand sitzen und mit der Harnröhre in Verbindung stehen.

2. Diese Steine stammen immer aus der Harnröhre; sie entwickeln sich, sei es primär, sei es häufiger sekundär, im Innern einer Urethrocele.

3. Der Sitz dieser Steine ist leicht zu erkennen, wenn man Harnröhre und Scheide untersucht.

4. Die beste Behandlung derselben besteht darin, den Harnröhren-Scheidenschnitt mit Resektion der Tasche und vollständiger Naht in zwei getrennten Ebenen in Anwendung zu bringen.

II. Dampfsterilisator für die Metallkatheter, von PAVONE. Der einfache, wenig Raum einnehmende Apparat bezweckt, dem Kranken zu jeder Zeit eine schnelle und leichte Sterilisation seines Metallkatheters zu ermöglichen. Der Sterilisator besteht aus einer kleinen Spirituslampe, einer kleinen Kaffeekanne und einem Träger.

Auf der Lampe ist ein Dreifuß angelötet, auf welchen man die Kaffeekanne setzt. Letztere ist durch einen abschraubbaren Metallpfropf verschlossen, der in seiner Mitte ein rechtwinkliges Rohr trägt. Dessen Lichtung ist in der Nähe der Kaffeekanne weit, am Ende aber ganz fein. Mit diesem Ende dringt das Rohr in den betreffenden Metallkatheter ein, der durch eine Stütze, den Träger, quer gehalten wird. Füllt man die Kaffeekanne teilweise mit Wasser und erhitzt dasselbe durch die Lampe, so dringt der Wasserdampf rasch in den Katheter und bewirkt dessen Sterilisation.

Neuhaus-München.

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Mai 1896.

I. **Impetigo contagiosa annulata et serpiginosa**, von J. F. SCHAMBERG. Nach einem kurzen Rückblick auf die Litteratur dieser seltenen Form der Impetigo beschreibt der Verfasser einen typischen Fall. Derselbe betraf einen zehnjährigen Knaben, der auf dem Gesichte nahe dem Mundwinkel einige erbsengroße, mit Krusten bedeckte Pusteln zeigte. An der seitlichen und hinteren Fläche des Halses sind ähnliche, wenn auch größere Efflorescenzen und auch einige Vesikopusteln. Die Achselhöhle und Regio pubica sind der Sitz eines höchst merkwürdigen Zustandes. In der Achselhöhle sieht man symmetrisch angeordnete, handtellergroße, ringförmige Plaques, deren Zentren nahezu, wenn auch nicht ganz, hell sind. Der serpiginös fortschreitende Rand wird von gelblich braunen, fettigen, lose haftenden Krusten gebildet. Die Zentren zeigen eine Anzahl runder, krustiger Efflorescenzen, ähnlich denen am Halse. Die Haut ist nicht deutlich gerötet, ausgenommen, wenn die Krusten entfernt werden. Keine Ulceration ist vorhanden. Eine große Plaque, die die Gestalt eines Schmetterlings hat, nimmt die Schambein- und Leistengegend und die innere Fläche der Oberschenkel ein. Die Krusten auf den Rändern der Plaques sind hier prominenter als in der Achselhöhle. Sobald die Krusten im Zentrum abfallen, pflegen typische, ringförmige Plaques zu entstehen. Einige Efflorescenzen sind an den Armen und auf dem Rücken vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung der Krusten ergab, was Pilzelemente betrifft, ein negatives Resultat. Die Affektion hatte anatomisch nur die oberste Hautschicht getroffen; weder Infiltration noch Ulceration waren vorhanden, so daß, zumal auch die Anamnese keine Anhaltspunkte dafür lieferte, trotz mannigfacher Ähnlichkeit Syphilis ausgeschlossen werden mußte. — Die Krusten zeigten die Anwesenheit von Mikrokokken, von denen die meisten sich paarweise gruppieren. Unter dem Gebrauche einer roten und weißen Präzipitatsalbe heilte die Affektion rasch ab.

II. **Die Behandlung der filiformen Strikture der Harnröhre mit Bemerkungen über Strikturen überhaupt**, von J. D. THOMAS. Verfasser unterscheidet Strikturen von großem (26 mm Durchmesser), mittlerem (14 mm Durchmesser), kleinem (weniger als 14 mm Durchmesser), filiformem Kaliber und solche, welche völlig undurchgängig sind. Die ideale Behandlung der filiformen Strikturen ist die perineale Urethrotomie, denn beinahe alle Strikturen dieser Art findet man in dem hinter dem Skrotum gelegenen Teile der Urethra. Wenn Strikturen sich mehr nach vorn befinden, so sollte man gleichzeitig die Urethrotomia interna ausführen. Diese Strikturen können jedoch in der Mehrzahl der Fälle auch ohne chirurgischen Eingriff behandelt werden. Und es empfiehlt sich, zur Operation nur als letzte Zuflucht zu schreiten.

Verfasser beschreibt zwei typische Fälle aus seiner Praxis und schließt an die Krankengeschichte allgemeine, die Strikturen und ihre Behandlung betreffende Bemerkungen an.

III. **Die Epicystotomie bei der Behandlung der Blase**, von W. O. ROBERTS.

Der 68jährige Patient litt an einer Blasenentzündung. Bei der Untersuchung wurde ein Stein vorgefunden. Von Interesse war in diesem Falle, daß der Patient zwei Jahre vorher den Verfasser wegen eines Stückes Katheter, das in die Blase geschlüpft war, konsultiert hatte. Es wurde damals die suprapubikale Cystotomie gemacht und das zwei Zoll lange Katheterstück, das mit Phosphaten dick überkrustet war, entfernt. Die Operationswunde heilte nach und nach ab. Vor vier Monaten begann der Patient wiederum über Blasenbeschwerden zu klagen, die an Heftigkeit zunahmen. Verfasser machte eine Incision in die alte vernarbte Stelle und entfernte aus der Blase einen großen Stein. Bei einem anderen in derselben Weise operierten Patienten wurde die suprapubikale Öffnung belassen, weil der Kranke durch dieselbe besser als auf natürlichem Wege urinieren konnte.

In der Diskussion über diesen Vortrag bemerkt Dr. BLOOM, die von Dr. ROBERTS empfohlene Methode sei eine Verbesserung der bisher bei Blasensteinen üblichen und lege den Gedanken nahe, die Operation auch in veralteten Fällen von vergrößerter Prostata, bei der die Katheterisation notwendig geworden sei. Es frage sich, ob es nicht besser sei, die Epicystotomie mit der Nachbehandlung, wie sie ROBERTS beschrieben, zu machen, als solchen Patienten den beständigen Gebrauch des Katheters zu überlassen. Er habe einen Patienten, der sich katheterisieren mußte, seinen Katheter in der Hosentasche herumtragen sehen. Derselbe sei nie gewaschen oder gereinigt worden, gleichwohl pflegte der Mann — und dies sei interessant — seinen Urin durch den Katheter in einem augenscheinlich klaren Strahl zu entleeren, ohne daß sich irgendwelche Bakterien vorgefunden hätten. Solche Fälle seien außerordentlich selten und dürften nicht verhindern, die größte Vorsicht zu üben.

Dr. DUGAN empfiehlt die Epicystotomie nicht erst vorzunehmen, wenn bereits schwere Blasenerscheinungen aufgetreten wären. Die Operation sei bei solchen Zuständen meist von zweifelhaftem Erfolge, häufig genug endige sie dann letal.

IV. Epithelioma des Penis, von W. L. RODMAN. Der 43jährige Patient wurde vor 1½ Jahren wegen Epithelioma penis operiert. Die mikroskopische Untersuchung hatte die Diagnose zweifellos bestätigt. Das Epitheliom befand sich an der Spitze der Eichel. Die Leistendrüsen waren noch nicht geschwollen. Verfasser schlug dem Patienten die Amputatio penis vor, welche jedoch abgelehnt wurde, weshalb ein weniger radikales Verfahren in Anwendung kam. Es wurde das Neoplasma gründlich ausgekratzt und mit Michels Paste bedeckt. Das Resultat war nach jeder Richtung hin ein vorzügliches. Verfasser ist in der Lage, über mehrere nur mit Kausticis erfolgreich behandelte Fälle von malignen Geschwülsten zu berichten.

V. Eine modifizierte Rektal-Kühlsonde zur Behandlung der Prostatitis, von H. GOLDENBERG. Das Instrument, welches der Verfasser seit einigen Monaten gebraucht, ist kein ganz neuer, wohl aber ein modifizierter bekannter Apparat, der als therapeutisches Hilfsmittel bei akuten oder chronischen Entzündungen der Prostata und Samenbläschen dienen kann. ARZBERGERS Hämorrhoidalapparat, der sich in den letzten Jahren auch bei der Behandlung der Prostatitis bewährt hat, hat den Nachteil, daß er eine gerade Röhre darstellt, die sich in manchen Fällen von Prostatahypertrophie nur schwer ins Rectum einführen liefs. Der Apparat in der vom Verfasser modifizierten Form ist in einem Winkel von etwas über 90° gekrümmt, hat eine Länge von 3½—4 Zoll und ist so lang genug, um die Prostata und die Samenbläschen bequem erreichen zu können. Die Firma G. Tiemann & Co. in New York fertigt die Kühlsonde an.

Juni 1896.

I. Keratosis follicularis (Psorospermosse folliculaire végétante, DARIER), von J. T. BOWEN. Der Verfasser beschreibt folgenden Fall. Die 29jährige, wohl-

genährte, stark dunkel aussehende Frau giebt an, an der gegenwärtigen Hautaffektion seit ihrem 16. Lebensjahre, wo sie zum ersten Male menstruierte, zu leiden. Im Beginn war das Gesicht befallen, später breitete sich die Affektion nach abwärts aus. Auf der Kopfhaut sind erst in der letzten Zeit Efflorescenzen aufgetreten. Das Leiden verursachte beträchtliches Jucken. Die Patientin klagt auch über Appetitlosigkeit und Schwäche. Das Gesicht zeigte das ganz charakteristische Aussehen der „Darierschen Dermatose“ für den, der diese Affektion gesehen und studiert hat. Es war bedeckt mit Efflorescenzen, welche eine nur wenig von der normalen Haut verschiedene Farbe aufwiesen, obwohl die Haut im ganzen ein ausgesprochen dunkles, rauhes, runzliges und fettiges Aussehen hatte.

Bei näherer Besichtigung bemerkte man, daß die einzelnen Efflorescenzen kleine, fettig aussehende Papeln waren. Jede hatte im Zentrum einen fettigen Pfropf oder eine kleine Pustel. Im Gesicht waren die Efflorescenzen ungleich stark verteilt. Die Stirn zwischen den Augenbrauen, die Wangen, nahe den Nasenflügeln und die Schläfen zeigten grössere und mehr hervorragende Papeln als andere Stellen des Gesichts. Da diese durch Konfluenz kleinerer Efflorescenzen entstanden waren, so hatte man, wenn man mit dem Finger über die Stelle fuhr, ein reibeisenartiges Gefühl. Sehr stark befallen waren auch die Ohren, die Sternal-, Interskapular- und Sakralgegend, ausserdem die Medianlinie abwärts vom Nabel bis zu den Pubes. An den Armen und Beinen waren nur wenige, kleine Efflorescenzen vorhanden. Hände und Füße waren vollständig frei.

Eine nähere Besichtigung der Efflorescenzen zeigte, daß der grössere Teil derselben sich um die Follikelmündungen gruppierte, namentlich beim Entstehen. Eine Salicylschwefelsalbe führte an manchen Stellen, namentlich auf dem Kopfe, eine deutliche Besserung herbei.

Die mikroskopische Untersuchung einzelner Efflorescenzen hat eine völlige Übereinstimmung mit den pathologischen Hauptmerkmalen anderer Fälle, so in der Anwesenheit der coccidienähnlichen Zellen, ergeben.

Der Verfasser bespricht unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur die klinischen und anatomischen Eigentümlichkeiten der Affektion. Es handelt sich bei derselben wesentlich um eine unregelmässige Keratinisation der Epidermiszellen, um eine Parakeratosis so gut wie um eine Hyperkeratosis. Die „Corps ronds“ sind vergrösserte und gedunsene Epidermiszellen. Daß sie Parasiten von der Species der Sporozoen repräsentierten, davon hat sich auch Verfasser nicht überzeugen können.

II. Dystrophia unguum et pilorum hereditaria, von CH. J. WHITE. Der vom Verfasser beobachtete Fall entspricht der von NICOLLE und HALIPRÉ im Jahre 1895 beschriebenen „Maladie familiale caractérisée par des altérations des cheveux et des ongles.“

Der 19jährige, an Geist und Körper gesunde Patient entstammt mütterlicherseits einer französischen Familie, von der zahlreiche Mitglieder bis ins vierte Geschlecht zurück mit Haar- und Nagelaffektionen behaftet waren. Die Mutter hatte stets nur sehr spärliches Haar, ihre Fingernägel waren Jahre hindurch verdickt und abnorm. Zwei Brüder der letzteren haben „schlechte“ Nägel. Der Patient ist, abgesehen von seiner Haar- und Nagelkrankheit, stets gesund gewesen, zeigt auch jetzt keine Symptome, die auf Syphilis, Tuberkulose oder eine Nervenkrankheit schliessen liessen. Die ganze Kopfhaut trägt eine ziemlich reichliche Menge von sehr blassen, weichen, dünnen und kurzen Haaren, die aber an ihren Enden nicht abgebrochen sind und dem Beobachter erst in der Nähe deutlich bemerkbar werden. Sie können mit grosser Leichtigkeit epiliert werden. Die Kopfhaut selbst erscheint normal und

gesund. Es besteht keine nennenswerte Seborrhoe, weder Schuppen, noch Atrophien, noch Narben sind vorhanden.

Die Augenbrauen und Augenwimpern weichen nur wenig von der Norm ab. Die letzteren besonders sind spärlicher und dünner als gewöhnlich. Schnurrbart- und Schamhaare sind knabenhaft entwickelt.

Was die Nägel betrifft, so waren dieselben bis zum neunten Lebensjahre des Patienten normal; um diese Zeit wurden zwei Finger von einem leichten Wagon überfahren. Kurz darauf begannen die Nägel der Finger und Zehen Veränderungen einzugehen, die wesentlich auf eine Entzündung des Nagelbettes zurückzuführen sind. Die Nägel aller Finger sind in verschiedenen Distanzen von der Matrix abgebrochen und im ganzen stark verdickt. Sie haften fest und zeigen keine Tendenz ganz abzufallen. Das Nagelbett zeigt eine unebene, aus hypertrophischem und ulcerierendem Gewebe bestehende Oberfläche, aus welcher an einzelnen Punkten auf Druck etwas seropurulente, übelriechende Flüssigkeit hervorquillt. Dieselbe wurde bakteriologisch untersucht und ergab flache, rosarote, durchscheinende Kolonien des *Staphylococcus pyogenes albus*, während einige ungewöhnlich gestaltete Rasen vom *Streptococcus pyogenes* herrührten. Die Anlegung von Kulturen aus den Haaren des Patienten ergab ein völlig negatives Resultat. Die mikroskopische Untersuchung der Haare zeigte die Charakteristica von normalen blonden Haaren. Parasiten wurden nicht vorgefunden.

Der Verfasser bespricht die Ätiologie der Affektion und zählt hierbei die verschiedenen Krankheiten auf, bei welchen Nagelanomalien vorkommen.

III. Formalin bei Blennorrhoe, von G. T. HOWLAND. Verfasser hat sechs Fälle mit Formalin behandelt, das er als ein Antisepticum ersten Ranges erkannt hat. Im Beginne wurde eine 5%ige Lösung gebraucht, aber da sie viel zu stark erschien, kam später nur eine $\frac{1}{2}$ %ige in Anwendung. In allen Fällen handelte es sich um akute Blennorrhoea anterior mit Gonokokken im Sekrete. Zuerst wurden zweimal täglich Irrigationen von heißen Formalinlösungen vorgenommen, später nur einmal, bis der Ausfluss keine Gonokokken mehr enthielt. Durchschnittlich hörte der Ausfluss in zwölf Tagen auf, worauf die Patienten aus der Behandlung entlassen wurden.

Ein entscheidendes Urteil über die Wirksamkeit des Formalins läßt sich angesichts der geringen Zahl der Fälle, zumal es ausschließlich solche von Blennorrhoea anterior acuta waren, nicht fällen.

IV. Ein Fall von phagedänischem Schanker, von E. R. OWINGS. Der Patient zeigte bei der ersten Besichtigung an der Glans und am Präputium kleine, oberflächliche, verschiedengroße, eiterabsondernde Geschwüre. Die Leistendrüsen waren nicht geschwollen. Am 17. Oktober wurden die seit drei Wochen bestehenden Geschwüre mit rauchender Salpetersäure (!!) gründlich kauterisiert nach vorangegangener Anästhesierung mit 6%iger Kokainlösung. Hierauf Irrigationen von heißer Sublimatlösung (1:20000) und Dermatol, dreimal täglich als Streupulver zu gebrauchen. Am 20. Oktober waren die Geschwüre zahlreicher und größer, als sie es vorher gewesen sind. (Kein Wunder, nach der eben beschriebenen Behandlung! Ref.) Am 22. Oktober. Die Geschwüre breiten sich aus. Der Patient wird mit Äther anästhesiert, jedes Geschwür kauterisiert, die Oberfläche abgetrocknet und noch einmal mit reiner Salpetersäure geätzt. 23. Oktober. Der Patient ist nicht im stande, die Vorhaut zurückzuziehen. (Das hat er vor Beginn der Behandlung leicht thun können! Ref.) Aus der Präputialhöhle fließt reichlicher Eiter. 25. Oktober. Der Penis ist stark geschwollen, die Phimosis bedeutend. Der Geruch penetrant. Statt der zahlreichen kleinen Geschwüre sieht man die Vorhaut und einen großen Teil der Glans penis in ein einziges großes Geschwür verwandelt. (Welch ein Erfolg der Behandlung!!

Ref.) Nachdem dasselbe sich noch bis in den November hinein ausgebreitet hatte, gelang es dem Verfasser, nach wiederholten tiefen Ätzungen und zahlreichen Irrigationen, den Prozess zum Stillstand zu bringen. Erst im Januar war das Geschwür völlig vernarbt. Der Patient hat jetzt einen sehr stark deformierten, aber noch „brauchbaren“ Penis. Das Frenulum ist natürlich zerstört, ebenso das Präputium: (Das hätte der Patient bequemer durch die Circumcision haben können! Ref.)

In dem Sekrete des Geschwüres fand Verfasser unter dem Mikroskope neben den gewöhnlichen pyogenen Mikroorganismen auch einen Bacillus, der dem DUCREYschen sehr ähnlich sah. Von Interesse in diesem Falle war, daß die Leistendrüsen freiblieben.

„Prompte und gründliche Kauterisation ist die einzige wirksame Methode der Behandlung,“ so meint der Verfasser. (Der Erfolg, wenigstens im Beginne der Behandlung, rechtfertigt diese Methode durchaus nicht. Wir stehen nicht an, zu behaupten, daß die ursprünglich kleinen Schankergeschwürcen erst durch die maltraitierende Behandlung mit Ätzmitteln zu dem geworden sind, was sie anfangs nicht waren, nämlich zu einem phagedänischen Schanker. Ref.)

Juli 1896.

I. **Ansprache des Vorsitzenden der zehnten Jahresversammlung der „American Association of Genito-urinary Surgeons“,** von C. H. MASTIN. Der Redner wirft einen historischen Rückblick auf das Entstehen der Versammlung und ihre bisherige zehnjährige Wirksamkeit.

II. **Die Diagnose der flüssigen und halbfüssigen Bildungen in der Inguino-Scrotalgegend,** von TH. H. MANLEY. Verfasser hält nach seinen Erfahrungen die Diagnose solcher Bildungen durchaus nicht für so leicht, wie sie andere Autoren, wie R. TAYLOR, RECLUS u. a. annehmen. Bei der Häufigkeit der Hydrocele beispielsweise ist es von außerordentlicher Wichtigkeit, die diagnostischen und differentialdiagnostischen Merkmale derselben kennen zu lernen. Verfasser beschäftigt sich in der vorliegenden Arbeit eingehend mit der Symptomatologie der Hydrocele und der serocystischen Bildungen. Die Diagnose ist sicherzustellen durch: 1. die Volumenszunahme des Scrotums; 2. die Palpation; 3. die Fluktuation; 4. Transparenz; 5. Aspiration; 6. Incision.

Die Vergrößerung einer typischen Hydrocele geht stets von der Basis des Scrotums nach oben im Gegensatz zu einer Hernie oder Sarkocele.

Die Palpation kann durch Schätzung der Temperatur der Scrotalgeschwulst Winke für die Diagnose an die Hand geben. Bei akuten Prozessen ist die Temperatur erhöht, bei einer Hydrocele ist dies nicht der Fall. Gleichzeitig stellen wir durch die Palpation die Konsistenz, Form, Lagerungsverhältnisse fest. Von Wichtigkeit ist es, ein klares Bild von der Lage des Testikels zu erhalten, was bei einer prall gefüllten Hydrocele nicht möglich ist.

Die Fluktuation ist für die Diagnose der Hydrocele wertvoll, wenn man auch zuweilen bei Bildungen, die nicht ganz flüssig sind, wie bei den Lipomata und gewissen Typen der Sarkocele ein Gefühl von Fluktuation verspürt.

Die Transparenz vermag Verfasser nicht als untrügliches Mittel zur Erleichterung der Diagnose anzusehen. Wenn Flüssigkeit nur in kleinen Quantitäten vorhanden ist, oder wenn die perivaginale Fascie durch chronische Entzündung stark verdickt ist, oder wenn die Ablagerungen eine Pigmentation eingegangen sind, so kann die Transparenz trotz bestehender cystischer Bildung oder Hydrocele fehlen. Verfasser hofft, daß die RÖNTGENschen Strahlen in dieser Beziehung einmal ein wertvolles Hilfsmittel bieten werden.

Die Probepunktion und noch mehr die freie Incision sind, wenn auch nicht die unbedenklichsten, so doch die für die Diagnose wertvollsten Hilfsmittel.

Verfasser bespricht weiter die Diagnose der komplizierten Hydrocele.

III. **Ein Fall von Folliculitis decalvans**, von G. TH. JACKSON. Die 35jährige nicht verheiratete Patientin ist dürrig genährt, nervös und regt sich leicht über Familienereignisse auf. Ihr Haar ist frühzeitig ergraut. Sie leidet oft an intensivem Kopfschmerzen. Vor zehn Jahren begann die Krankheit auf dem Scheitel und breitete sich seitdem aus. Gegenwärtig sieht man zehn, unregelmäßig gestaltete, im Zentrum vernarbte Stellen, welche hier und da über die Kopfhaut zerstreut sind. Die Affektion pflegt mit einem kleinen roten Fleck, in dessen Mitte sich ein Haarstumpf befindet, zu beginnen. Allmählich werden die angrenzenden Partien ergriffen, während die alten sich verkrusten. Wenn die Kruste abgefallen ist, sieht man die Kopfhaut an der erkrankten Stelle vernarbt und gerötet. Die Affektion bereitet der Patientin keine Beschwerden.

Die Behandlung war bisher erfolglos.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose des Falles, bei der vor allem Trichophytie und Alopecia areata in Betracht kommen. Für beide fehlen jedoch die wesentlichsten Anhaltspunkte.

Die Ursache dieser eigentümlichen Affektion ist noch absolut unbekannt.

Therapeutisch hat dem Verfasser eine Salbe von Jod mit Gänseschmalz gute Dienste geleistet.

IV. **Eine bullöse Chinindermatitis**, von J. C. JOHNSTON. Der 37jährige Patient hat schon früher zwei Chinineruptionen durchgemacht. Bei der letzten Attacke hatte er zwei Dosen à 75 Tropfen Chinatinktur genommen, als er Jucken in den Genitalien, im Gesicht und an den Ohren verspürte. Er hörte mit dem Chinin sofort auf. Zwei Tage später kam er ins Hospital wegen unerträglichen Juckens. Verfasser bemerkte bei der Inspektion eine beginnende Bläschenbildung im Gesichte, besonders auf der Stirn und an den Ohren.

Die ganze Körperoberfläche war bedeckt von einem scharlachartigen Erythem, Handteller und Fußsohlen waren weniger gerötet. Die Schleimhäute waren jetzt und auch später frei. Zwei Tage darauf mußte der Patient das Zimmer hüten, weil er weder Hände noch Füße bewegen konnte. Die Bläschen waren zu Blasen herangewachsen.

Von Interesse an diesem Falle ist, daß die Intensität des Chininexanthems in keinem Verhältnis zu der geringen Dosis Chinin stand, welche der Patient eingenommen hatte.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

Syphilis.

Über Neurasthenie nach Ablauf der Sekundärperiode der Syphilis, von GILBERT-Baden-Baden. (*Allgem. med. Centralztg.* 1895. No. 103.) G. konstatiert in Übereinstimmung mit FREUND, ERB, MANTEGAZZA, KRAFFT-EBING, daß ganze Zeitalter (Kreuzzüge, Flagellanten, Hexenprozesse) das Gepräge der Neurasthenie tragen und

daß im unsrigen eine Zunahme dieser letzteren bemerkbar ist. Was nun speziell die Beziehung der Affektion mit der Lues anbelangt, so hat Verfasser, abgesehen von den Fällen in der primären und sekundären Periode (FOURNIER), bei 13 Syphilitikern nervöse Störungen konstatiert, die er unbedingt als tertiäre syphilitische Neurasthenie ausspricht. Zur Aufstellung dieser Diagnose müssen aber vor allem organische Nervenerkrankungen spezifischer Natur ausgeschlossen werden können, ebenso prädisponierende Momente, wie erbliche Belastung, neuropathische Beanlagung, Konstitutionskrankheiten. In acht von den 13 Fällen handelte es sich um die FOURNIERSache „forme fruste“ mit lästigem Kopfdruck in der Occipital- und Nackengegend, welche mehr belästigend als schmerzhaft ist. Die übrigen Fälle gehören zur „forme commune oder complète“: Störungen des Gemütslebens und der Sinnessphäre, spinale Störungen, Muskelschwäche, Affektionen der Geschlechtssphäre, gastrische Erscheinungen, Anästhesien, Par- und Hyperästherien, Schlaflosigkeit, dagegen (im Gegensatz zur Tabes) Pupillengleichheit, Erhaltenbleiben der Patellarreflexe, Fehlen von Blasenstörungen. Die Prognose ist gut, obwohl die Fälle öfters sehr hartnäckig sind. Therapeutisch ist Jod und Quecksilber zu vermeiden, vielmehr diätische und hygienische Maßnahmen, außerdem Bromsalze zu verordnen. C. Müller-Wallisellen.

Über die multiple Neuritis: Pseudotabes oder die Nervotabes infolge von Quecksilber, von BLUMENAU. (*Wratsch.* 1895. No. 43 u. 44.) Manche von den Erscheinungen bei der Tabes sind auf Veränderungen in den peripheren Nerven zurückzuführen, öfters täuscht aber eine alleinige Erkrankung der peripheren Nerven das Bild der Tabes vor.

BLUMENAU beobachtete einen Patienten, 21 Jahre alt, der unmittelbar an eine acquirierte Lues und sich daranschließende Hg-Kur zur gleichen Zeit mit ziehenden Schmerzen in den Unterextremitäten alle Anzeichen einer Tabes dorsalis hatte; nebenbei entstand lokale Druckempfindlichkeit der Nervenstämme und Atrophie der Muskulatur. Der akute Beginn, das plötzliche Einsetzen fast aller Tabeserscheinungen und die bedeutende Besserung im Verlauf weniger Monate veranlassen Verfasser, in diesem Falle eine Erkrankung des Rückenmarkes auszuschließen und eine sog. Nervotabes anzunehmen. Dafür sprach außer dem akuten Beginn und dem günstigen Ausgang die Druckempfindlichkeit der Nerven, die Atrophie der Muskeln und die Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit der Muskeln, die Erhaltung der Sphincter vesicae u. s. w. Als ursächliches Moment wäre wohl nicht Lues anzunehmen, sondern entweder Blennorrhoe, oder aber wahrscheinlich die Hg-Kur, mit deren Fortlassen sich sofort der Zustand des Patienten besserte. J. Grünberg-St. Petersburg.

Zur Kenntnis der Myelitis acutaluetica, von v. STARCK. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Der genau beschriebene Fall zeichnet sich besonders dadurch aus, daß relativ bald nach der Infektion das Rückenmark erkrankte, und daß gegenüber sonst beobachteten Fällen unter spezifischer Behandlung außerordentlich günstiger Verlauf eintrat. Im einzelnen wäre folgendes hervorzuheben:

Das 27jährige Mädchen wird Ende September 1891luetisch angesteckt, zeigt acht Wochen später Allgemeinerscheinungen, macht eine antiluetische Kur durch, kommt sechs Monate später wegen tertiärer Lues in Behandlung, wird von neuem einer Kur unterworfen, und nun zeigt sich nach weiteren vier Monaten, also etwa ein Jahr nach der Infektion, das Rückenmarksleiden; eine dritte längere spezifische Kur befreit Patientin hiervon definitiv.

Die Diagnose Myelitis lumbalis erscheint wohl zweifellos. Zunächst zeigten sich Schmerzen im Rücken und in den Beinen, die rasch verschwanden. Vierzehn Tage später bestand bereits eine motorische und sensible Paraplegie der Beine, die Sehnen-

reflexe waren erloschen, Blasen- und Mastdarmlähmung war eingetreten. Rasch entwickelte sich ein großer Decubitus. Dazu gesellte sich eine mäßige degenerative Muskelatrophie, jedenfalls am rechten Bein, und partielle Entartungsreaktion. Die Hautreflexe zeigten sich aufgehoben, resp. vermindert. Nach 3½ monatlicher Kur waren alle Krankheitserscheinungen wieder verschwunden, die Gebrauchsfähigkeit der Blase in vollkommenem Maße wiederhergestellt, Patientin ganz frisch und leistungsfähig.

Der ganze Verlauf spricht für eine akute, diffuse entzündliche Erkrankung des Lumbalmarkes, etwa in der Höhe des Nabels, mit vorwiegendem Befallensein der rechten Hälfte des Markes.

Ein Fall von gleich gutem Ausgang, wie der beschriebene, gehört zu den Seltenheiten. Die Rückenmarkshäute sind wohl nicht befallen gewesen.

Die Behandlung bestand in 18 Injektionen von Hydrargyrum salicylicum, 0,1 pro dosi.

Verfasser bemerkt, daß er bereits seit sechs Jahren diese Injektionen sehr häufig anwende, mit ihnen sehr zufrieden sei und nachteilige Nebenwirkungen derselben so gut wie nie beobachtet habe. (Referent kann ebenfalls nach reicher Erfahrung das gleiche günstige Urteil über diese Injektionen abgeben.) *Neuhaus-München.*

Ein Fall von *Myelitis syphilitica praecox acuta* demonstriert von E. GRUMANN in dem Verein der Budapester Hospitalärzte. Die 17jährige Kranke, die seit zwei Monaten Puella publica ist, suchte noch gehend das Hospital auf. Ihre Beschwerden sind Schmerzen in den unteren Extremitäten und in der Kreuzgegend. Am nächsten Tage traten Erscheinungen seitens der Blase auf, die Entleerung ging schwer vor sich. Nach einigen Tagen vollständige Paraplegie der unteren Extremitäten, Blasen- und Mastdarmerscheinungen, die Sehnenreflexe sind gesteigert, die unteren Extremitäten hyperästhetisch, auf dem rechten Gesäße Decubitus. Auf der rechten kleinen Schamlippe eine erbsengroße exulcerierte Papel, die Lymphdrüsen der Inguinalgegend und des Halses stark infiltriert, auf der linken Tonsille Plaque muqueuse, syphilitisches Leukoderma auf dem Nacken und Halse. — Die Patientin erhält 5% intramuskuläre Sublimatinjektionen; nach der zweiten Einspritzung bedeutende und rasche Besserung, nach der dritten Einspritzung konnte Patientin unter Führung bereits gehen. — G. hält den Fall insofern für interessant, weil die Erkrankung ganz akut begonnen hat, mit vollständiger Paraplegie, Decubitus und im sekundären Stadium der Syphilis aufgetreten ist. Daß die Erscheinungen mit der Syphilis zusammenhängen, zeigt der rasche und prompte Erfolg nach der Quecksilberinverleibung.

A. Aschner-Budapest.

Tabes dorsalis und Syphilis, von LEOPOLD GLUECK. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 7.) Der Verfasser vertritt die Gründe der Gegner des Zusammenhanges der Tabes und der Syphilis. Er betont die Anfechtbarkeit der Statistik und die Unsicherheit der anamnestischen Konstatierung der Syphilis. Die wenigen, zweifellos sicheren positiven Beobachtungen von recenter Syphilis bei Tabeskranken sprechen mit Bestimmtheit dafür, daß es eine nichtluetische Tabes giebt. Eine primäre Erkrankung der Nervenfasern, wie wir sie bei der Degeneration der Hinterstränge finden, kann überhaupt keine Folge einer Syphilis sein. Der negative Erfolg spezifischer Therapie ist ein weiterer Einwand. Wenn die Frequenz der Tabes im geraden Verhältnis stehen soll zur Frequenz der Syphilis, wie die Anhänger des luetischen Ursprungs der Tabes behaupten, indem sie das seltenere Vorkommen der Tabes und der Syphilis bei den russischen Juden als Beweis in Anspruch nehmen, so müßte andererseits aber berücksichtigt werden, daß in vielen Gegenden die Syphilis sehr häufig, die Tabes aber sehr selten sei. So habe Verfasser während 15 Jahren in

Bosnien und in der Herzegowina sehr viel inveterierte Syphilis gesehen, aber, ebenso wie andere Ärzte, niemals Tabes. Es ist also das Vorkommen der Tabes nicht an das Vorhandensein der Syphilis gebunden. Es mag letztere eines der vielen Gelegenheitsmomente abgeben, die zu Tabes führen, es mag mancher Fall von Rückenmarkssyphilis mit Ataxie einhergehen, aber die eigentliche graue Degeneration der Hinterstränge ist nicht durch Lues hervorgerufen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über syphilitische, heilbare Rückenmarksschwindsucht, von ADAMKIEWICZ. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 4 u. 5.) Verfasser beschreibt drei Fälle, bei denen sich die Erscheinungen der Tabes in einer sehr kurzen Zeit entwickelten und hauptsächlich das paralytische Stadium das Bild beherrschte. Bei allen drei Kranken konnte anamnestic nachgewiesen werden, daß dieselben eine Syphilis durchgemacht haben, und zwar der erste Patient vor zehn Jahren, die anderen vor fünf und drei Jahren. Auf Grund dessen wurde bei allen mit Beginn des Eintrittes der schwereren Lähmungserscheinungen eine energische antisiphilitische Behandlung eingeleitet. Der therapeutische Erfolg war ein eklatanter, indem sich alle Erscheinungen rasch zurückbildeten. A. unterscheidet eine Tabes syphilitica, welche klinisch charakterisiert ist durch staktische Parese, die schnell in Paraplegie übergeht und somit klinisch unter dem Bilde einer kombinierten (bifascikulären) Degeneration des Rückenmarkes auftritt. Anatomisch beruht sie auf einer Affektion, vor allem der Gefäße, welche die Hinter- und Seitenstränge mit Blut versorgen. Bei rechtzeitiger antiluetischer Behandlung geht die Affektion der Gefäße und damit der Zustand der staktischen Parese vorüber. Im entgegengesetzten Falle dagegen kommt es zur Entwicklung des chronischen Infarktes im Rückenmarke mit seinen irreparablen Lähmungen.

A. Aschner-Budapest.

GAJKIEWICZ giebt die Krankengeschichten von drei Fällen von Hirnsyphilis:

1. Konvulsionen, dann Parese in der hinteren Körperhälfte; Schädeltrepanation in der Gegend der Bewegungszentren von Arm und Gesicht, Entfernung eines kastaniengroßen subduralen Gummas; beinahe vollständige Heilung.

2. 53jähriger Mann mit Pachymeningitis gummosa circumscripta in der Gegend des Bewegungszentrums der linken unteren Extremität. Antiluetische Therapie; Heilung.

3. 38jähriger Mann. Lähmung der rechten Gesichtshälfte, Schwäche im linken Bein, Strabismus convergens rechts, Lähmung des linken Armes. Verfasser diagnostiziert ein Gumma mit Sitz in der Nähe des Kreuzungspunktes der Facialis- und der Fasern für die Extremitäten. Langsame Besserung durch eine antiluetische Kur. (*Gas. Lek.* 1895. No. 2 u. 3.)

C. Müller-Wallisellen.

Über Großhirnrindenerkrankungen mit Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Syphilis schreibt KÖPPEN in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 51, über mehrere Fälle berichtend. Der erste Fall, eine in Sklerose und Mikrogyrie endende Meningoencephalitis bei einem 12jährigen Knaben hat keine Beziehung zur Syphilis. — Im zweiten Falle handelte es sich um eine Encephalitis, vorwiegend der Rinde, an den korrespondierenden Windungen beider Hemisphären, die keine Symptome gemacht hatte. Es fanden sich frische Erweichungsherde, aus diesen hervorgegangene weitmaschige Herde, alte Narben und die HEUBNERschen Gefäßveränderungen. Außerdem waren zahlreiche luetische Veränderungen in anderen Organen vorhanden. — Der dritte Fall betrifft eine Dementia paralytica, bei dem die Rinde einem Maschenwerke gleich, ein enormer Kernreichtum in den stark verdickten weichen Häuten, besonders in der Umgebung der Gefäße, bestand. Bemerkenswert war ferner eine starke Kernwucherung in den weichen Häuten des Rückenmarks, besonders des Halsmarkes, an

Venen und Arterien, die stellenweise auch die Adventitia und Media erfüllte und letztere durchsetzte. Diese Veränderungen sind von BAUMGARTEN bei Lues gefunden worden. Derartig hochgradige Veränderungen mit Herden und enormer Kernvermehrung im Gehirn geben vielleicht einen Hinweis auf die luetische Ätiologie, zu deren Feststellung auch die Untersuchung des ganzen Nervensystems nötig ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica gummosa, von ARTHUR SARBO. (*Wien. klin. Rundsch.* 1895. No. 52.) Bei einem nicht nachweisbar syphilitischen Manne stellte sich rechtsseitige totale periphere Facialisparalyse ein, die dem Galvanismus und Jodkalium widersteht; später gesellten sich rechtsseitige Taubheit, Abducens-, Stimmband- und Gaumenlähmung, Trigeminusanästhesie hinzu. Es wurde eine Meningitis syphilitica basilaris diagnostiziert, zumal der Kranke vor Jahren von Dolores osteocopi durch eine Schmierkur befreit war. Auffallend war die Wirkungslosigkeit des Jodkaliums. Dennoch bestätigte der Erfolg einer Schmierkur die Diagnose. Der Prozeß spielte sich in der hinteren Schädelgrube ab, da Opticus und Oculomotorius intakt geblieben waren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda, von HUNICKEN. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 3.) Bei einem zehnjährigen Knaben, dessen Mutter vor der Geburt desselben infiziert war, traten, obwohl bis zum zehnten Jahre keine syphilitischen Erscheinungen zu beobachten waren, Kniegelenkschmerzen nebst Schwellung beider Kniegelenke auf, wozu sich nach drei Wochen periostitische Schmerzen an beiden Tibien gesellten. Inunktionskur und Jodkalium stellten den Patienten vollständig wieder her. H. hat den Knaben seit seiner Geburt beobachtet und nie etwas Spezifisches an ihm konstatieren können.

L. Hoffmann-Berlin.

Über spät auftretende Knochenerkrankungen bei kongenital syphilitischen Kindern, von V. SBORDONI. (*Rif. med.* 1895. No. 297.) Nach den Untersuchungen des Verfassers sind Knochenerkrankungen (Osteochondritis, Periostitis, Osteomyelitis) in den ersten Lebensjahren, zumal wenn sie Individuen in der Pubertätszeit betreffen, die bisher gesund waren, ein wichtiges Zeichen für eine intrauterine Infektion. Bei der Knochenchirurgie im Kindesalter ist es denn auch immer wichtig, festzustellen, ob hereditäre Lues vorliegt.

C. Müller-Wallisellen.

Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis, von ALOIS POLLAK. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 2.) Die hereditär luetische Epiphysenentzündung unterscheidet sich von anderen ähnlichen Affektionen hauptsächlich durch die bei derselben ganz besonders in den Vordergrund tretenden Lähmungserscheinungen. Eine sichere Erklärung dieser eigentümlichen Erscheinung ist bis jetzt nicht gegeben. Möglicherweise wird sie verursacht durch verschiedene Momente; diese wären: 1. mangelhaftes Bewegungsvermögen des neugeborenen Kindes überhaupt; 2. zu gleicher Zeit vorhandene Erkrankungen des Zentralnervensystems; 3. Kompression der Nerven durch die Geschwulst.

L. Hoffmann-Berlin.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

NO. 7.

1. Oktober 1896.

Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut.

Von

P. G. UNNA.

IV. (Tafel IV.)

Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen.

(Cf. *Histopathologie der Haut*, pag. 420, 426, 430.)

Figur 14. Auf der vorhergehenden Tafel wurde die für die Furunkelbildung an behaarten Gegenden so wichtige Perifolliculitis geschildert. Die Bilder der vorliegenden Tafel sind der Illustration der eigentlichen Furunkelbildung gewidmet. Auf dem ersten Bilde (Fig. 14) erscheinen wieder zwei Impetigines. Die eine, rechts, ist in Abheilung begriffen; sie bildet schon eine trockene Kruste; man sieht zentral unterhalb derselben einen Knäuelgang münden, ohne daß von den zahlreichen Kokken der Impetigo einige in den Gang eingedrungen sind. Die Impetigo links lehnt sich an einen Haarbalg an und ist entlang desselben perifollikulär in die Tiefe durchgebrochen. Hier hat sich um einen zentral liegenden Kokkenherd ein rundlicher Abscess im unteren Teil der eigentlichen Cutis ausgebildet, welcher rechts wie links von einem Haarbalg begrenzt wird. Der Zusammenhang der Eitermasse mit der Impetigo links, sowie die Lage der Staphylokokken innerhalb des Abscesses spricht für die Abkunft dieses letzteren vom links gelegenen Haarbalge. Nach unten setzt sich die Eitermasse in einen kleineren, subkutanen Eiterherd fort, welcher ebenfalls im Zentrum einen kleinen Kokkenherd aufweist. Die zu diesem von beiden Seiten heranziehenden Leukocyten bezeichnen die Strafsen, auf denen sich subkutane Eiterung in der Fläche auszudehnen Neigung hat. Innerhalb dieser Eiterstraßen fallen die Knäueldrüsen als bisher noch von der Eiterung verschonte Gebilde auf.

Figur 15. Dieses Bild zeigt in recht anschaulicher Weise die Weiterverbreitung der Infektion in Form von Einzelabscessen mit zerrissener Wandung, welche den Furunkel des Erwachsenen charakterisiert. Man versteht bei Betrachtung des Bildes sehr wohl die lange Dauer, welche

die Reifung des Furunkels bis zu einem homogenen Abscesse in Anspruch nimmt und die Persistenz von nekrotisch gewordenen, widerstandsfähigern Teilen der Cutis, die klinisch als Wahrzeichen des Furunkels gelten, histologisch aber unter sich ungleichartig sind. Gewöhnlich handelt es sich um umschriebene Partien kollagenen Gewebes und Blutgefäße, sodann um Teile des Fettgewebes, der Haarbälge und Knäueldrüsen. Ein besonderes Interesse besitzt dieser Schnitt, weil derselbe einer Reihe von Schnitten eines Furunkels entstammt, die seit 18 Jahren in Balsam eingeschlossen aufbewahrt waren. Ausgebettet und auf Kokken gefärbt, zeigt er jetzt die ganz typische, zentrale Einlagerung von Staphylokokken.¹

Figur 16. Die Abscesse der Neugeborenen, von denen das vorliegende Bild eine gute Vorstellung giebt, bestehen aus isolierten Eiteransammlungen des subkutanen Gewebes, welche ohne Ausnahme im Zentrum Staphylokokkenherde beherbergen. Man sieht die Knäueldrüsen sämtlich frei die Abscesse umgeben. Öfters werden sie passiv in die Abscessbildung eingeschlossen und gehen zu Grunde, enthalten aber keine Staphylokokken. Sie können daher so wenig der Ausscheidung von Staphylokokken dienen, wie sie die Einwanderungswege für dieselben abgeben; nach unseren bisherigen Erfahrungen müßten sie sonst die kokkenhaltigen Zentren der Abscesse darstellen, ein Bild, welches trotz vielen Suchens mir niemals aufgestoßen ist. Bei einer Vergleichung dieses Bildes mit dem vorhergehenden (Fig. 15) springt der enorme Unterschied in die Augen, welchen eine verschiedene Struktur der Haut in der Wirkung der Eiterung zuwege bringt. In der Haut des Neugeborenen mit relativ dünner Cutis und überaus dickem Panniculus bricht die Eiterung sofort ins Hypoderm durch und verbreitet sich in demselben weiter, während sie beim Erwachsenen innerhalb der dicken und festen Cutis langsam fortkriecht. Hier verleihen die Steifheit der starken Haarbälge und die schwierige und langsame Verflüssigung des festen kollagenen Gewebes der Vereiterung der Haut die Charaktere des Furunkels, nämlich eine größere Spannung und Härte der Geschwulst und die allmähliche Ausbildung aller Kardinalsymptome der Entzündung (Tumor, Calor, Rubor, Dolor); dort führt die Abwesenheit der die Spannung begünstigenden großen Follikel und die rasche Verflüssigung des allein zum Zerfall kommenden Hypoderms zur Bildung von weichen, indolenten, wenig entzündlichen Abscessen ohne jene Kardinalsymptome. Hier ist die Einschmelzung nie vollständig; stets bleiben, für eine spätere Evakuierung geeignete, widerstandsfähige Cutisreste übrig; dort wird das Fettgewebe

¹ Die nachträgliche Bestätigung der Diagnose eines staphylogenen Furunkels an solchen alten Präparaten durch den Kokkennachweis gelingt um so leichter, als durch den langen Balsameinschluss das tierische Gewebe an seiner Tingibilität erheblich einbüßt, die Kokken aber vortrefflich tingibel bleiben. Es sollen hiermit auch ältere derartige Präparate als für das ätiologische Studium brauchbar empfohlen sein.

ohne Rest in Eiter verwandelt. Aber diese Extreme sind, wie die vorigen Bilder (z. B. Fig. 13) zeigen, durch Übergänge verbunden und nicht in einer verschiedenen Natur des Eitergiftes in beiden Fällen, sondern in Verschiedenheiten der Hauttextur begründet. Furunkel und Hautabscess sind — mikroskopisch betrachtet — beide ein Konglomerat von mehr oder minder konfluierenden, zunächst aber isolierten Eiterherden, deren jeder im Zentrum eine Staphylokokkenkultur enthält.

Aus Dr. GEORG J. MÜLLERS Ambulatorium für Hautkrankheiten in Berlin.

Thiosavonale
(wasserlösliche Schwefelseifen).

Von

Dr. G. J. MÜLLER und Apotheker GRUBE.

Die Methoden, nach welchen bis in die jüngste Zeit Schwefelseifen hergestellt wurden, ergaben mit Bezug auf Wirksamkeit und Haltbarkeit höchst ungenügende Präparate. Der Schwefel wurde den Seifen entweder als solcher und zwar in Pulverform oder aber in Verbindung mit Alkali als Schwefelkalium oder als Schwefelcalcium zugesetzt. Der Zusatz des reinen Schwefels verspricht indessen, da derselbe in Wasser wie in Seifen, namentlich in neutralen Seifen fast unlöslich ist, wenig Wirkung. Es ist vielmehr anzunehmen, daß die mit diesen Schwefelseifen erzielten Erfolge in direkter Abhängigkeit von dem Gehalt an freiem Alkali der verwendeten Grundseife stehen. Je mehr freies Alkali in der Seife vorhanden, desto mehr und desto schneller wird sich der Schwefel mit dem Alkali zu dem wasserlöslichen Alkalisulfid verbinden, und mit der Höhe des Prozentgehalts an Alkalisulfid dürfte die Intensität der Wirkung sich steigern. Da die Herren Seifenfabrikanten in der Herstellung wirklich neutraler Seifen meist sehr schwerfällig sind, ist es dank dieser Untugend erklärlich, daß die im Handel befindlichen Schwefelseifen je nach Alkalität und Alter mehr oder weniger Gehalt an Alkalisulfid besitzen. Die Anwesenheit des letzteren äußert sich bekanntlich durch den Geruch nach Schwefelwasserstoff, indem die Bildung des Sulfids unter Ausscheidung von Schwefelwasserstoff stattfindet. Es ist dieser Geruch für die Wirksamkeit der Seife gewissermaßen noch ein gutes Kriterium. Da nun aber andererseits das gebildete Alkalisulfid bei Zutritt von Luft

und Feuchtigkeit schliesslich in das nicht erwünschte Alkalisulfat übergeht, ist selbstredend die qualitative und quantitative Zusammensetzung der Seife keine konstante und die Garantie für ein gutes Präparat völlig ausgeschlossen.

Ganz dasselbe ist natürlich der Fall bei Schwefelseifen, die ihre Wirksamkeit dem direkt zugesetzten Alkalisulfid verdanken; es sind hier ausschliesslich die weichen Schwefelseifen gemeint. Der Umstand, dass den weichen Grundseifen ein beliebig hoher Prozentsatz des gelösten Sulfids einverleibt werden kann, sowie die Möglichkeit, eine solche Seife stets extempore anfertigen zu können, rechtfertigt allerdings sehr die bisherige Existenz dieser Seifenform gegenüber der Schwefelseife im Stück, in welcher der Schwefel als Pulver beigemischt enthalten ist.

Die Anwendung der weichen Schwefelseifen konnte indessen wegen der ziemlich bedeutenden Alkalinität derselben (Schwefelalkalien sind an und für sich stark alkalisch) nur für ganz beschränkte Fälle, hauptsächlich zu Bädern, erfolgen. Andererseits ist das Schwefelwasserstoffgas, der stete Begleiter bei Gebrauch der Schwefelalkaliseifen, eine durchaus unangenehme und für die Atmungsorgane schädliche Zugabe.

In Anbetracht der hier erörterten Mifsstände erschien es sehr wünschenswert, Vollkommneres der Therapie zuzuführen, und dies um so mehr, als wir durch unsere eingehenden Laboratoriumsarbeiten über Herstellung medikamentöser Seifen¹ mittelst einer vorzüglichen Seifengrundlage auf einen neuen Weg gewiesen wurden.

Der eine von uns (Dr. MÜLLER) kam rein theoretisch auf den Gedanken, ein schwefelhaltiges Öl mit Kalilauge zu verseifen und auf diese Weise eine weiche Schwefelseife herzustellen. Noch während der ersten, mißglückten Versuche kam ihm eine Arbeit von ALTSCHUL² zu Gesicht, in welcher über „Einwirkung von Schwefel auf ungesättigte Fettkörper“ und deren Verseifung berichtet war.

Ein solches Verfahren hat sich nämlich die Firma J. D. Riedel, Berlin, vor einiger Zeit bereits patentrechtlich schützen lassen, und befindet sich eine darnach bereitete schwefelhaltige Stückseife im Handel.

Des Näheren besteht das Verfahren kurz darin, dass natürliche Fette oder Öle, welche den ungesättigten Kohlenwasserstoffreihen angehören, mit äquivalenten Mengen Schwefel längere Zeit bei einer Temperatur von 120—160° erhitzt und nach erfolgter chemischer Bindung die so gewonnenen Thioöle durch Basen verseift werden. Das Eigenartige dieses Verfahrens besteht hauptsächlich in der Herstellung des Thioöls.

¹ Dr. G. J. MÜLLER, Grundlinien der Seifentherapie der Hautkrankheiten, erscheint in *Lassars Dermat. Zeitschr.*

² ALTSCHUL, Über Einwirkung von Schwefel auf ungesätt. Fettkörper. *Zeitschr. f. angew. Chem.* 1895. No. 18.

Schwefelhaltige Öle, z. B. *Ol. sulfuratum*, sind ja schon seit langer Zeit bekannt, dieselben wurden aber empirisch hergestellt. Man nahm Öle, die der Reihe der gesättigten Kohlenwasserstoffverbindungen angehören, und erhielt durch Anwendung höherer Temperaturen nur die Hälfte des Schwefels und zwar meist als Substitutionsprodukt in Lösung, während die andere Hälfte als Schwefelwasserstoff verloren ging. Bei Riedels Verfahren werden nur ungesättigte flüssige Fette resp. Fettsäuren angewandt; diese haben die Fähigkeit, schon bei niedrigeren, aber bestimmten Temperaturen (120—160°) den Schwefel ohne Bildung von Substitutionsprodukten aufzunehmen und gleichzeitig chemisch zu binden, — es handelt sich also hierbei um Additionsprodukte von Schwefel und ungesättigten Fettkörpern analog der Einwirkung des Sauerstoffs auf die Halogene. Die genannte Temperatur muß genau beachtet werden, da bei über 160° Substitutionsprodukte sich bilden würden.

Das auf diese subtile Weise hergestellte Thioöl enthält also 10% Schwefel als chemisches Additionsprodukt und kann durch Natron- oder Kalilauge unter Zuhülfenahme ungesättigter Fette oder des Alkohols bei gewöhnlicher Temperatur verseift werden.

Da für die Dermatotherapie die weichen und flüssigen Seifen den Vorzug einer rationelleren Applikation haben, war es sehr erwünscht, nach oben genanntem Verfahren hergestellte weiche und flüssige Schwefelseifen zu besitzen.

Herr Apotheker Grube ist dieserhalb mit der Firma J. D. Riedel in kontraktliche Verbindung getreten, infolge deren genannte Firma das von ihr fabrizierte Thioöl Herrn Grube zur Darstellung weicher und flüssiger Thioseifen überliefs.

Grubes weiche Schwefelseife; neutrales Thiosavonal.

Die von Herrn Grube dargestellte Schwefelseife, genannt Thiosavonal, wird auf folgende Weise bereitet:

Das Thioöl, welches eine dickflüssige Konsistenz hat, wird zuvörderst mit Alkohol dünnflüssig gemacht, dann allmählich unter fortwährendem Rühren eine der Thiofettsäure äquivalente Menge Kalilauge, welche ebenfalls vorher mit Alkohol verdünnt ist, zugesetzt. Man wartet die jedesmalige Bindung der portionsweise zugesetzten Kalilauge ab, ehe man neue Mengen hinzuthut, da bei größerem Überschuss von Lauge Schwefelabscheidung stattfindet. Je mehr der Verseifungsprozess sich seinem Ende nähert, um so geringer wird die Gefahr der Schwefelabscheidung, und ist es vorteilhaft, zuletzt einen minimalen Überschuss von Kalilauge anzuwenden, da die Schnelligkeit der Verseifung der letzten Reste der Thiofettsäure beschleunigt wird. Die erfolgte Verseifung sämtlicher Thiofettsäure erkennt man daran, daß die Flüssigkeit im ganzen klar erscheint und eine entnommene Probe, in Wasser und Alkohol gelöst,

ebenfalls klar bleibt. Der Überschuss von Alkali wird mit ätherischer Fettsäurelösung neutralisiert.

Die so erhaltene Seifenlösung wird dann mit einer geringen Menge Glycerins versetzt, im Dampfbad vom Alkohol befreit und unter bisweiliger Prüfung auf Neutralität bis auf bestimmte Gewichtsmengen, resp. weiche Salbenkonsistenz eingedampft.

Die auf diese Weise gewonnene Seife ist von dunkelbrauner Farbe, in dünner Schicht durchsichtig, von schwachem Geruch, sehr haltbar, löst sich klar in Wasser und in Alkohol. In der Lösung erzeugt Salzsäure weder Schwefel-, noch Schwefelwasserstoffausscheidung, es wird vielmehr die Thiofettsäure als solche ausgeschieden, was ein weiterer Beweis dafür ist, daß der Schwefel nicht eine Substitution, sondern eine chemische Addition mit der Fettsäure eingegangen.

Die Bestandteile der Seife sind:

<i>Thiofettsaures Kalium</i>	73
<i>Glycerin</i>	15
<i>Wasser</i>	12
	100

Die Menge des in dem thiofettsauren Kalium enthaltenen wasserlöslichen Schwefels beträgt 5,0 g auf 100,0 zur Seife.

Grubes „Flüssige Schwefelseife“. Thiosavonale liquid.

Diese flüssige Schwefelseife wird auf dieselbe Weise hergestellt, wie die weiche, mit dem Unterschied, daß die Eindampfung früher unterbrochen und nur bis zur Syrupskonsistenz abgedampft wird. Das Präparat ist ebenfalls klar in Wasser und Alkohol löslich und hat in chemischer Beziehung dieselben Eigenschaften, wie das weiche Thiosavonal.

Das flüssige Thiosavonal besteht aus:

<i>Thiofettsaurem Kalium</i>	58,4
<i>Glycerin</i>	12,0
<i>Wasser</i>	29,6
	100,0

Die Menge des in dem thiofettsauren Kalium enthaltenen wasserlöslichen Schwefels beträgt 4,0 g auf 100,0 Seife.

Was uns veranlaßt hatte, neue Schwefelseifen herzustellen, war neben den erwähnten Mängeln der herkömmlichen Präparate der Wunsch, eine wasserlösliche Schwefelseife zu besitzen, welche es ermöglichen sollte, auch die behaarten Regionen der Haut zu behandeln und infolge ihrer Eigenschaft als chemische Verbindung im Gegensatz zu den mechanischen Gemengen eine ausgebreitete und tiefgehende Wirkung zu entfalten. Die bisherigen klinischen Versuche sind noch nicht umfangreich genug, um ein abschließendes Urteil zu gestatten, weswegen wir auch diese Arbeit nur als vorläufige Mitteilung bezeichnen möchten, zumal eingehende

bakteriologische Untersuchungen noch nicht beendet sind. Wir können indessen heute schon das Bedenken zurückweisen, welches wir selbst vor Beginn unserer Versuche erhoben, daß nämlich die zu feste Bindung des Schwefels die Wirkung verringern möchte. Drei Gründe sprechen a priori schon dagegen. Erstens wissen wir über den Chemismus der Schwefelwirkung überhaupt nichts Genaues; sicher ist nur, daß freier Schwefel als solcher nicht wirksam ist; zweitens ist, wenn wir annehmen, daß entstehende Schwefelalkalien die Wirkung veranlassen, gar nicht gesagt, daß nicht ein schwefelfettsaures Alkali analog wirken sollte, und drittens findet bei Gegenwart von freiem Alkali und Wasser entschieden eine allmähliche Zersetzung statt, die mit dem Auftreten eines leichten Schwefelwasserstoffgeruchs einhergeht. Vor allen Dingen bestätigen unsere bisherigen klinischen Versuche die Richtigkeit dieser Annahmen, und gerade der Umstand, daß ein nur 4 resp. 5% Schwefel enthaltendes Präparat offenbar eine Wirkung zu entfalten im Stande ist, die einem mehr als doppelt so hohen Schwefelgehalt anderer Seifen entspricht, beweist, daß hier eine besonders wirksame Form der Schwefelanwendung gefunden wurde. Es ist lediglich bedauerlich, daß der Gehalt an Schwefel nur einer mittleren Dosierung entspricht; vielleicht läßt sich das aber später auch noch ändern.

Therapeutische Verwendung fanden die Seifen bei leichten Formen von Akne, Ane rosacea, Eczema seborrhoicum, Herpes tonsurans; Pityriasis versicolor, Pityriasis rosea.

Die Applikationsweise entsprach den Grundsätzen, die ich in meiner großen Arbeit über medicamentöse Seifen niedergelegt habe.

Grubes „Weiche Teerschwefelseife“, Thiosavonal,
c. oleo rusci.

Eine ganz hervorragende Eigenschaft des Thiosavonals ist das Lösungsvermögen für Teer. Während man beim Lösen namentlich größerer Mengen Teers in Seifen meist sehr vorsichtig verfahren muß, hat man hier nicht die geringste Schwierigkeit. Das Thiosavonal löst den Teer schon bei ganz gelindem Erwärmen vollkommen klar.

Grubes „Flüssige Teerschwefelseife“, Thiosanovale
liquid. c. oleo rusci.

In dem flüssigen Thiosavonal löst sich Teer in demselben Verhältnis und mit derselben Leichtigkeit wie in dem weichen und hält sich die Mischung unbegrenzte Zeit, ohne Teile des Teers abzuscheiden, welcher Übelstand auch bei den besten bisher in den Handel gebrachten Teerseifen zu beobachten war. Allein diese Eigenschaft des Thiosavonals würde schon genügen, ihm einen Platz in der Dermatotherapie zu sichern. Wir dürfen dreist behaupten, daß Teerseifen von solcher Wirksamkeit bisher nicht existierten und die Applikation des Teers in dieser Form

uns ganz vorzüglich erscheint. Das Präparat ist bei richtiger Anwendung völlig reizlos, kann leicht alkalisiert und überfettet werden und wurde bei schweren und alten Fällen von *Eccema* mit starker Hyperkeratose, *Eccema seborrhoicum, capitis*, *Lichen ruber planus*, leichter *Psoriasis*, *Prurigo* etc. mit promptem Erfolge verwendet. Der Teergehalt betrug 10 bis 20%, kann aber gesteigert werden. Wir dürfen diese Präparate mit gutem Gewissen empfehlen und bitten um freundliche Nachprüfung.³

³ Die Herstellung der Seifen steht unter dem Schutze des Riedelschen Patents und ist nur Herrn Apotheker Grube, Berlin, Alexanderstrasse 32, gestattet.

Syphilis maligna.

Von

Professor Dr. B. TARNOWSKY - St. Petersburg.¹

(Mit 2 Abbildungen im Text.)

Vom praktischen Standpunkte aus halte ich es für verfehlt, wenn man den Begriff leichter, benigner, günstig verlaufender Syphilis mit dem Begriff von der Syphilis in der sekundären oder kondyломatösen Krankheitsperiode identifiziert und unter der Bezeichnung schwerer Syphilis ausschliesslich ihre tertiäre oder gummöse Periode versteht.

Wenn man als maligne syphilitische Erkrankung diejenige betrachtet, die den Patienten fürs ganze Leben zum Invaliden macht oder ihn ins Grab bringt — als gutartige dagegen eine solche, die ihn nicht der Möglichkeit beraubt, das Leben wie ein gesunder Mensch zu geniessen — so verliert die Form der Syphilis ihre ausschliessliche, vorherrschende Bedeutung, und es drängt sich die Frage nach dem Ort der Manifestation der Krankheit in den Vordergrund. Indem man also die grössere oder geringere Bösartigkeit der Syphilis nach der Gesamtheit des Nachteils bestimmt, den der infizierte Organismus durch die Krankheit erleidet, muss man ausser der Form auch den Ort der Krankheitsäusserung in Betracht ziehen. In diesem Sinne kann die Syphilis bezüglich des er-

¹ Der Hauptinhalt dieses Aufsatzes wurde, samt Demonstration der Präparate, auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress, den 7. August 1896, vorgetragen.

kranken Organismus schwer oder bösartig sein in Abhängigkeit von verschiedenen Ursachen, unter sehr mannigfaltigen Bedingungen, die sich auf folgende drei Grundsätze zurückführen lassen:

1. Die Syphilis ändert ihren Verlauf und äußert sich in besonderen schweren Formen infolge von gleichzeitiger Infektion des Organismus mit der Syphilis und mit pyogenen Kokken.

Eine solche gleichzeitige Einwirkung zweier pathogener Ursachen kann entweder bei der primären Manifestation der syphilitischen Ansteckung stattfinden oder sich im Verlauf der sekundären oder tertiären Krankheitsperiode einstellen.

Wenn die gemischte Infektion im Beginn der syphilitischen Erkrankung stattfindet, so manifestiert sie sich in ausgeprägteste Weise und bewirkt einen eigentümlichen weiteren Verlauf der Krankheit.

Der Kranke acquiriert nach 10—30tägiger Inkubationsperiode eine primäre Sklerose. Wir wollen übrigens notieren, daß in solchen Fällen die erste Inkubationsperiode ungewöhnlich kurz sein kann, drei bis fünf Tage lang.

Die primäre Sklerose bietet von Anfang an rasche Ulceration dar, verläuft also wie ein weiches Schankergeschwür und läßt bei weitem die typischen Eigentümlichkeiten vermissen, durch welche sich die gewöhnliche primäre syphilitische Induration auszeichnet.

Das Geschwür sondert viel Eiter und Zerfallenes ab, seine Basis ist durchgehends grau-speckig oder gelblich verfärbt, seine Ränder sind beträchtlich untergraben; das Gewebe wird schnell durch den ulcerierenden Prozeß zerstört; die Sklerose am Boden und an den Rändern ist unbedeutend und nicht knorpelartig und dazu durch die entzündliche Schwellung der umgebenden Teile verdeckt. Bald, nach zwei bis fünf Tagen, schwellen die dem Geschwür zunächst liegenden Drüsen an, sie werden schmerzhaft, vereitern, erweichen und brechen auf.

Das äußere Ansehen eines primären Geschwürs mit vereiternden Bubonen ähnelt am meisten einem gemischten Schanker *ROLLETS*. Doch die in der ungeheuren Mehrzahl solcher Fälle zu beobachtende Inkubationsperiode sowohl als das Untersuchungsergebnis der Infektionsquelle, in welcher niemals weiche venerische Geschwüre vorgefunden wurden, sondern syphilitische Erscheinungen, unterscheiden die in Rede stehenden primären syphilitischen Geschwüre (*Ulcera syphilitica phagedaenica*) in scharfer Weise von den gemischten Schankern *ROLLETS*.

Einem solchen phagedänischen primären syphilitischen Geschwür folgt eine verhältnismäßig kurze sog. zweite Inkubationsperiode von 3—5 Wochen nach. Dann manifestiert sich nach einem heftigen Eruptionsfieber ein polymorphes pustulöses Syphilid in Gestalt des sog. *Ekthyma superficiale et profundum*, rupieforme, *Impetigo* und sogar *Rupia*.

Bei aufmerksamer Beachtung aller Entwicklungsphasen dieser polymorphen Syphilide sehen wir, daß in der Haut der Kranken außer den gewöhnlichen Flecken syphilitischen Erythems und trockenen Papeln erbsengroße Knötchen entstehen. Dieselben besitzen anfänglich den Charakter entzündlicher Herde; die sie bedeckende Haut rötet sich rasch, und die Röte verbreitet sich allmählich, ohne scharfe Grenzen, auf das gesunde Gewebe. Sie sind etwas schmerzhaft, werden verhältnismäßig rasch weich, in 2—4 Tagen, und sondern beim Aufbruch Eiter ab, mit geringer Beimischung von Detritus; daraus entsteht eine dunkelbraune Kruste, die bei reichlicherer Absonderung weggespült wird und eine ulcerierte Fläche entblößt. Das Geschwür ist in den ersten Tagen noch von einem entzündlichen Hof umgeben, der dann allmählich kleiner wird und die Gestalt eines scharfbegrenzten, kupferroten Saumes annimmt, der für die sekundären syphilitischen Hautaffektionen charakteristisch ist; zu der Zeit werden die Ränder des Geschwürs „en emporte-pièce“ abgeschnitten. In ihrem weiteren Verlaufe reinigen sich allmählich die Geschwüre, die die ganze Dicke der Haut durchdringen, und verheilen unter Bildung unvergänglicher Narben.

In manchen Fällen, die ohne Behandlung bleiben oder unter ungünstigen Verhältnissen verlaufen, erreichen die Geschwüre ungeheure Dimensionen, bis 5—6 cm im Durchmesser; das Gewebe an ihrer Basis ist gangränesciert, die Absonderung wird übelriechend, ichorrhös, um sie herum entsteht ein breiter, etwas erhöhter und scharf abgegrenzter Saum syphilitischen Infiltrats.

Zuweilen wird die in eine dunkle, geschichtete Kruste vertrocknende Absonderung des Geschwürs von einer eiterigen Umsäumung umgeben und bildet die sog. syphilitische Rupia. In dieser Weise entstehen aus den ursprünglichen entzündlichen Herden in der Haut pustulöse Syphilide in Gestalt von Ekthyma, Impetigo, Rupia.

Nach der beschriebenen ersten Eruption können sich in kurzen Zeiträumen neue ähnliche eiterig-syphilitische Knötchen, in Begleitung von Fieber, einstellen. Unter dem Einfluß von Quecksilberbehandlung verliert der Ausschlag seinen pustulösen Charakter, und die Krankheit zieht sich allmählich in den Rahmen gewöhnlicher Syphilis der kondylomatösen Periode zurück, mit nachfolgender Heilung oder Übergang in die gummöse Periode.

Das Museum meiner Klinik an der kaiserlichen medizinischen Akademie besitzt mehrere Abgüsse solcher gemischter Formen von Syphilis der Hautbedeckung in verschiedenen Entwicklungsstadien der Krankheit, und dieselben stellen die uns beschäftigende eiterig-syphilitische Hautaffektion wohl bedeutend anschaulicher dar, als die ausführlichste Beschreibung.

Einen von diesen Abgüssen beehre ich mich Ihnen gegenwärtig zu demonstrieren.

Der Patient, von welchem er entnommen ist, ein 29jähriges, kräftig gebautes, trunksüchtiges Subjekt, acquirierte die Syphilis von seiner Geliebten, mit welcher er seit drei Jahren ein festes Verhältnis hat. Andere Frauenzimmer hat er während dieser Zeit nicht frequentiert.

Er holte ärztlichen Rat ein am dritten Tag nach Entstehung eines Geschwürs am äußeren Blatt des Präputiums; 24 Stunden danach wurde seine Geliebte untersucht, und es wurden bei ihr nässende Papeln am Anus gefunden.

Das Geschwür des Patienten hatte den Charakter eines phagedänischen Schankers. In beiden Leistengegenden waren schmerzhaft Drüsen durchzufühlen, die dann in Vereiterung übergingen.

Am 22. Tag nach Auftreten des Geschwürs stellte sich Fieber (39,5° am Abend) mit reichlichem Schwitzen in der Nacht ein; am 25. Tag entstanden an der Rückenhaut entzündliche Herde im Hautgewebe, linsen-, erbsen- und nufsgroß; an den Stellen, wo die Knötchen liegen, ist die Haut gerötet; bereits am nächsten Tag bildeten sich in den Knötchen dem bloßen Auge wahrnehmbare eiterige Ansammlungen. Unter anhaltendem Fieber verbreitete sich der Ausschlag in sieben Tagen über Brust, Bauch, Rumpffseiten, Ober- und Unterextremitäten.

Die meisten der ausgeschlagenen eiterig-syphilitischen Knötchen gingen in Geschwüre über; an manchen bildeten sich Krusten, so daß am Rücken charakteristisches Ekthyma syphiliticum profundum et rupieforme entstand, und an den Unterextremitäten Geschwüre größeren Umfanges, mit geschichteten dicken Krusten 3–4 cm im Durchmesser, bedeckt und von pustulösen Säumen umgeben (Rupia syphilitica).

Die innerliche Verabreichung von Quecksilber wurde durch intramuskuläre Injektionen Hydrargyrum salicylicum ersetzt, und der Ausschlag begann rasch sich zu bessern. Nach acht Einspritzungen (am 19. Tag der Behandlung) begannen die meisten Geschwüre zu vernarben, die übrigen waren mit hellen Granulationen bedeckt. Nach 16 Einspritzungen (43 Tage der Behandlung) waren alle Geschwüre verheilt.

Fünf Wochen nach Abschluss der Behandlung wurden Schleimpapeln am Rachen bemerkt. Die Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum wurden von neuem vorgenommen. Nach der vierten Einspritzung trat Besserung auf. Doch Patient gab die Behandlung auf und begann zu trinken, und zwar betrank er sich täglich im Laufe von drei Wochen. An beiden Unterschenkeln stellten sich neue eiterig-syphilitische Knötchen ein. Die Behandlung mit Quecksilbereinspritzungen (zwölf Injektionen) wurde wiederholt, und die meisten Knötchen verteilten sich ohne Geschwürsbildung.

Im Laufe des ersten Jahres der Krankheit manifestierte sich die Syphilis dreimal in Gestalt von eiterig-syphilitischen Knötchen, und zwar jedesmal nach einem 2–3 Wochen langen Anfall von Trunksucht. Im zweiten Krankheitsjahr, während dessen Patient sich weniger und verhältnismäßig kurze Zeit dem Trunk ergab, äußerte sich die Syphilis vorzüglich durch Schleimpapeln am Rachen und an der Zunge. Im dritten Krankheitsjahr wurden keine weiteren Manifestationen der Syphilis bemerkt.

Diese Beobachtung ist hauptsächlich in der Hinsicht von Interesse, daß die unzweifelhafte Quelle der Ansteckung untersucht werden konnte, und in derselben das Fehlen eines weichen oder gemischten Schankers konstatiert wurde. Indessen ähnelte die primäre Affektion des Infizierten, ihrem äußeren Aussehen nach, anfänglich einem venerischen

phagedänischen Geschwür. Dieser Fall ist noch darin merkwürdig, daß die erste Eruption ausschließlich in eiterig-syphilitischen Knoten bestand, in Gestalt von Ecthyma profundum und Rupia, und daß trotzdem ein anfänglich so schwerer Fall von Syphilis maligna verhältnismäßig schnell der Quecksilberbehandlung wich, sobald Patient zu trinken aufhörte.

Ein anderer Fall eiterig-syphilitischer Infektion, in welchem die Quelle derselben untersucht werden konnte, ist folgender:

Der 30jährige Patient, ein intelligenter Mann kräftigen Körperbaues, frequentierte 2½ Monate lang das nämliche Frauenzimmer. Bei dem letzten Coitus mit ihr verspürte er heftigen Schmerz in der Glans penis, und 30 Stunden darauf bemerkte er an derselben eine flache Erhebung, 1 cm im Durchmesser, die zum Teil exkoriiert, zum Teil mit kleinen, leicht platzenden und eine exulcerierte Fläche bildenden Bläschen bedeckt war. Am nächsten Tage (48 Stunden nach dem Coitus) hatte das äußere des Geschwürs Ähnlichkeit mit einem phagedänischen Schanker, und auch eine Drüse in der linken Leistengegend war schmerzhaft und geschwollen.

Das Frauenzimmer, von welchem Patient sich angesteckt hatte — eine unter Aufsicht stehende Prostituierte — wurde untersucht, nachdem seit dem letzten Coitus mit dem Patienten vier Tage verstrichen waren. Es wurde eiteriger Ausfluß aus der Vagina und dem Cervix uteri gefunden. Schanker, sowie frische Narben fehlten. Vor zwei Jahren hatte sie die Syphilis acquiriert, und vor sechs Wochen hatte sie das letzte Recidiv derselben gehabt, in Gestalt von Schleimpapeln an den Labia minora.

Der Schanker des Patienten schritt schnell vorwärts und zerstörte einen Teil der Glans penis; die Schwellung der linken Leistenrüse ging in Vereiterung über und kam zum Aufbruch. Am 24. Tag nach Entstehung der primären Affektion stellte sich Fieber ein mit reichlichem Nachtschweiß, und am Rücken und an den Vorderarmen erschienen die ersten eiterigen Herde. Sie nahmen rasch an Zahl zu, nach drei Tagen waren bereits gegen zwanzig vorhanden, und nach sieben Tagen waren der ganze Rumpf, das Gesicht und die Extremitäten mit eiterig-syphilitischen Knoten besät. Letztere befanden sich in verschiedenen Entwicklungsstadien, von entzündlicher Verhärtung im Hautgewebe an, bis zu großen, 2—3 cm im Durchmesser besitzenden Geschwüren, die zum Teil mit dunklen, geschichteten Krusten bedeckt waren. Neben den eiterig-syphilitischen Knoten waren am Rumpf trockene Papeln zerstreut. Nach zwanzig Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum (zu 0,06) und steigender innerer Verabreichung von Jodkalium im Laufe von dreifsig Tagen (1,0 bis 8,0 pro die) verheilten alle Geschwüre, mit Entstellung des Gesichts durch tiefe Narben und einem beträchtlichen Defekt der Nasenflügel.

Während der nächsten zwei Jahre wurde die Quecksilberbehandlung viermal wiederholt, doch traten keine neuen Manifestationen der Syphilis auf.

In beiden mitgeteilten Beobachtungen läßt sich die Dauer der ersten Inkubationsperiode sogar nicht annähernd feststellen, da diese Patienten wiederholt mit den Frauenzimmern Verkehr pflogen, von denen sie sich ansteckten.

Dagegen konnte in folgendem Falle die Dauer der ersten Inkubationsperiode genau ermittelt werden.

Patient ist 33 Jahre alt, kräftigen Körperbaues, intelligent; in den letzten zwei Jahren trank er täglich 5—6 Gläschen Schnaps und 3—4 Flaschen Bier.

Genau 28 Tage nach dem letzten Coitus bemerkte er eine Ekzoration an der äußeren Öffnung der Urethra. Er hatte im Laufe dieser 28 Tage sorgfältig auf sich acht gegeben, da er sich vor Ansteckung fürchtete. Das Geschwür breitete sich rasch aus und nahm den Charakter eines phagedänischen Schankers an. In beiden Leisten-gegenden bildeten sich schmerzhafte Bubonen.

Patient wurde lokal mit Jodol behandelt. Am 33. Tag nach Auftreten der primären Affektion stellte sich Fieber (38,2 und 38,9° abends) und ein Ausschlag eiterig-syphilitischer Knötchen und Papeln ein. Sechs Tage nach Beginn des Ausschlags, bei anhaltendem Fieber, deprimiertem moralischen Zustand und rascher Gewichtsabnahme (das Körpergewicht sank von 64,600 auf 59,200) wurden am Gesicht, Rumpf und an den Extremitäten 32 eiterig-syphilitische Knötchen gezählt.

Der Inhalt des linken abscedierenden, aber noch nicht aufgebrochenen Bubos und zweier eiterig-syphilitischer Knötchen am Gesicht und an der Brust, die erweicht und mit geröteter, aber noch unversehrter Haut bedeckt waren, wurde mikroskopisch und bakteriologisch untersucht. Sowohl im ersteren, als in den letzteren fand Dr. WLAJEW, der die Untersuchung ausführte, Kokken (*Staphylococcus pyogenes albus*) und Bacillen besonderer Art, auf die wir weiter unten zurückkommen werden.

In ihrem weiteren Verlauf wurden die eiterig-syphilitischen Knoten zum Teil mit Krusten bedeckt, wodurch Ekthyma syphiliticum profundum entstand, zum Teil bildeten sie sich in Geschwüre um, 2—3 cm im Durchmesser groß. Die eingeleitete Merkurialbehandlung, zuerst mit Friktionen, später mit intramuskulären Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum hielt die weitere Eruption auf und bewirkte rasche Reinigung und Verheilung, sowohl der primären phagedänischen Affektion, durch welche der Apex penis zerstört worden war, als auch der sekundären Geschwüre an der Hautbedeckung.

Also ergaben Untersuchung der unzweifelhaften Infektionsquelle in zwei Fällen und die 28 tägige Inkubation im dritten Fall die Möglichkeit, in den angeführten Beobachtungen Ansteckung von einem gemischten Schanker ROLLETS mit Sicherheit auszuschließen.

In den übrigen neun Fällen eiterig-syphilitischer Knötchen, die ich im Laufe der letzten drei Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, schwankte die erste Inkubation nach Angabe der Patienten zwischen 10 und 30 Tagen.

Um auf die Frage der Inkubationszeit nicht mehr zurückzukommen, will ich hier noch zweier Patienten erwähnen, die ich lange vor Beginn der bakteriologischen Untersuchungen eiterig-syphilitischer Knötchen beobachtete.

An beiden war die Infektion unter ausschließlichen Umständen zustande gekommen, und den ohne Inkubationsperiode entstandenen phagedänischen Geschwüren waren sekundäre Erscheinungen in Gestalt eiterig-syphilitischer Knötchen nachgefolgt.

In einem dieser Fälle diente als Ansteckungsquelle ein syphilitischkrankes Frauentzimmer im Beginne eines Puerperalfiebers, an welchem es später starb. Patient, der drei Monate lang keinen geschlechtlichen Verkehr hatte, verübte den Coitus mit dieser Kranken am zehnten Tage post partum. Am dritten Tage nach diesem Coitus wandte er sich an mich mit einem phagedänischen Geschwür am Präputium und schmerzhaften Bubo linkerseits, der dann abscedierte und zum Aufbruch kam. Da

der Ursprung der Infektion bekannt war, wurde sofort Quecksilberbehandlung in Gestalt von Friktionen eingeleitet. Die erste Eruption stellte sich acht Wochen nach Entstehung des primären Geschwürs ein und bestand in eiterig-syphilitischen Knötchen am Rumpf und an den Extremitäten. Im Verlaufe der ersten zwei Jahre seiner Krankheit hatte Patient trotz wiederholter Quecksilber- und Jodbehandlung sechsmal Recidive in Gestalt eiterig-syphilitischer Knötchen der Haut, syphilitischer Geschwüre am Rachen und Periostitis. Im vierten Jahre der Krankheit trat ein gummöses Syphilid an der Stirn auf.

Dem anderen Patienten war die Kruste von einem einfachen Aknebläschen am Nasenrücken mit einer verunreinigten Pinzette abgerissen worden. Nach zwei Tagen entstand an dieser Stelle ein sehr schmerzhaftes phagedänisches Geschwür, und dann schwellen die Lymphdrüsen seitlich am Hals und hinter den Ohren an. Am sechsten wandte Patient sich an uns, und trotz der sofort vorgenommenen Quecksilberfriktionen richtete das Geschwür die größere Hälfte der rechten Nasenwand und einen Teil der linken zu Grunde. In der siebenten Woche vom Beginn der Infektion entstanden am Rücken eiterig-syphilitische Knötchen, die wiederholter Behandlung mit Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum wichen.

Selbstverständlich läßt sich gegen beide angeführte Fälle leicht der Vorwurf erheben, daß das Fehlen einer Inkubation vor Entstehung der Primäraffektionen ausschließlich auf persönlichem Vertrauen zu den Angaben der Patienten beruht. Ich halte auch deshalb diese Frage für unentschieden. Doch abgesehen davon ist allen Fällen der in Rede stehenden gemischten Ansteckung eine Reihe auffälliger Abweichungen von dem üblichen, sozusagen regelmäßigen Verlaufe der Syphilis eigentümlich:

Das primäre Geschwür hat von Anfang an einen zerstörenden, sog. phagedänischen Charakter; es verläuft in Begleitung einer rasch auftretenden, schmerzhaften, abscedierenden Adenitis. Verhältnismäßig kurze Zeit nach der Primäraffektion entsteht an der Hautbedeckung ein Ausschlag eiterig-syphilitischer Knötchen, aus denen sich tiefe Geschwüre bilden, die stets unvergängliche Narben hinterlassen, nicht selten mit beträchtlicher Entstellung der Patienten.

Durch diese Abweichungen sind in ihren Hauptzügen alle solche Erkrankungen charakterisiert, welche eine eigene, abgesonderte Gruppe bössartiger Syphilis bilden. Natürlich können in jedem einzelnen Falle Abweichungen von dem geschilderten Schema vorkommen. So können bei früh begonnener energischer Quecksilberbehandlung die der Primäraffektion zunächst liegenden Lymphdrüsen zur Resorption gelangen, ohne zu abscedieren. Auch kann durch Einfluß der Behandlung die zweite Inkubationsperiode auf sechs, und sogar acht bis neun Wochen gebracht werden u. s. w.

Doch immer besteht ein wesentliches Merkmal der gemischten Erkrankung: sekundäre Bildung eiterig-syphilitischer Knötchen allein oder in Gemeinschaft mit anderen alltäglichen Erscheinungen der ersten Eruption, als Roseola, Papeln etc.

Die weiteren Recidive der Krankheit nach der ersten Eruption eiterig-syphilitischer Knötchen können bei der gemischten eiterig-syphilitischen Infektion, wie gesagt, in wiederholter Eruption eben solcher Knötchen und nichts anderem bestehen. Ein derartiges Beispiel ist folgende Beobachtung:

Der 82jährige Patient hatte die Syphilis im Juni 1892 acquiriert; einen Monat nach Auftreten der Primäraffektion stellte sich der erste Ausschlag in Gestalt eiterig-syphilitischer Knötchen ein; aus denselben entstanden tiefe Geschwüre mit Narbenbildung am ganzen Körper. Im Verlaufe dreier Jahre kamen wiederholt, in Zeiträumen von 4—6 Wochen, eben solche Knötchen zum Ausbruch, meistens mit Übergang in Ulceration. Die Behandlung wurde unregelmäßig, mit Unterbrechungen ausgeführt.

Im September 1896 wurde Patient in unsere Klinik aufgenommen. Am ganzen Körper waren zahlreiche Narben nach den verheilten Geschwüren zerstreut, außerdem eiterig-syphilitische Knötchen in verschiedenen Entwicklungsstadien — von in Erweichung begriffenen Hautverdickungen an der Stirn und den Hinterbacken, bis zu 8 cm im Durchmesser großen, zum Teil offenen, zum Teil mit dicken geschichteten dunkeln Krusten bedeckten Geschwüren (am Präputium, Unterkiefer und Unterschenkel). Vor Beginn der Behandlung wurde vom Patienten der Inhalt erweichter, aber noch nicht aufgebrochener Knötchen der Hinterbacken behufs bakteriologischer Untersuchung entnommen. Die Untersuchung wurde dann von neuem vorgenommen, nachdem Patient sieben Tage lang mit intramuskulären Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum und innerer Verabreichung von Jodkalium behandelt worden war. Die von Dr. WLAWJEW ausgeführte Untersuchung erwies beide Male das Vorhandensein zahlreicher Staphylococci pyogenes albi in dem Inhalte, ohne Beimischung irgend welcher anderer Mikroorganismen. Nach einmonatlicher Behandlung mit Quecksilber und Jod waren alle Geschwüre verheilt, und Patient verließ die Klinik.

Die gemischte Infektion kann auch während der ganzen sekundären Periode der Syphilis auftreten. Eiterig-syphilitische Knötchen, enthaltend *Staphylococcus aureus* oder *albus*, können im ganzen Verlauf der kondyomatösen Syphilis vorkommen.

Anfänglich kann dabei die Syphilis sich in ihren üblichen Formen manifestieren: Primäraffektion in Gestalt einer Erosion auf indurierter Basis, in Begleitung einer Plejade indolenter geschwollener Drüsen; darauf eine 7—8 Wochen lange zweite Inkubation, und dann Eruption eines makulösen oder papulösen Syphilids mit nachträglichen Recidiven in Gestalt von Flecken oder Papeln an der Haut, Plaques an den Schleimhäuten u. s. w.

Wenn der Kranke im Verlaufe einer solchen verhältnismäßig leicht beginnenden Syphilis der Einwirkung irgend welcher ungünstiger, seinen Organismus schädigender Bedingungen unterliegt, so können sich eiterig-syphilitische Knötchen in der Haut einstellen, die ähnlich den oben geschilderten eiterig-syphilitischen Knötchen der ersten Eruption verlaufen.

Die meisten sog. tiefen Ekthyme, rupia-artigen Ekthyme, Rupia, tiefe Impetigo-Syphilide, die im Verlaufe der sekundären Syphilis als

Recidive der Krankheit auftreten, entwickeln sich meines Erachtens aus derartigen eiterig-syphilitischen Knötchen.

Als Beispiel kann ich einen jungen 27jährigen Mann kräftigen Körperbaues anführen, der die Syphilis im Jahre 1893 acquirierte. Die primäre Erosion, die am 21. Tage nach dem letzten Coitus sich einstellte, war so klein, die Induration so geringfügig und die sie begleitende Anschwellung einer Leistendrüse so unbedeutend, daß ein erfahrener Spezialarzt, an den sich Patient im Anfang der Erkrankung wandte, sich nicht entschließen konnte, die Diagnose auf Syphilis zu stellen. Einige Tage später kam Patient zu uns, und es wurden ihm Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum verordnet. Nach sieben Monaten stellten sich an den Rumpfsseiten einige Flecken syphilitischen Erythems ein, die bei wiederholter Behandlung mit Quecksilber-einspritzungen rasch verschwanden. Im ganzen schien die Syphilis hier einen sehr günstigen Verlauf nehmen zu wollen. Doch im Mai 1894 erkrankte Patient an Bauchtyphus, wodurch er sehr ausgezehrt wurde. Im Juni kam er zu uns mit tiefem, syphilitischem Ekthyma an den Unterextremitäten, welches durch Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum beseitigt wurde. Ende August bildet sich in der Haut am rechten Oberschenkel ein neuer erbsengroßer Knoten; im September zwei neue Knoten am rechten Unterschenkel; dieselben vergrößern sich, erreichen den Umfang einer Haselnuß, die sie bedeckende Haut wird rot, und in den Knoten ist deutliche Fluktuation wahrnehmbar.

In diesem Moment wurde mit genügender Vorsicht aus den erweichten, aber noch nicht aufgebrochenen Knoten des Unterschenkels Inhalt entnommen und von Dr. TSCHESTJAKOW im Institut für Experimentalmedizin bakteriologischer Untersuchung unterzogen.³

Im eiterigen Inhalte der Knoten fanden sich ausschließlich zahlreiche eiter-erregende Kokken (*Staphylococcus pyogenes aureus*).

In einem anderen ähnlichen Falle hatte ein 23jähriger Patient eine ebenso gewöhnlich verlaufende Syphilis, die anscheinend leicht der Behandlung wich. Die erste Eruption und nachfolgende Recidive bestanden in makulösen Syphiliden. Am Ende des zweiten Jahres der Krankheit entwickelte sich eine Gastroenteritis, durch welche Patient sehr geschwächt wurde; er verlor in zwei Monaten gegen 25 Pfund an Gewicht. Danach traten, nach siebenmonatlichem, von syphilitischen Manifestationen freiem Zeitraum an beiden Unterschenkeln eiterig-syphilitische Knoten auf, aus denen ungeachtet der vorgenommenen Quecksilberbehandlung Geschwüre von 2 cm Durchmesser entstanden.

Übrigens sind diese recidivierenden eiterig-syphilitischen Knoten der sekundären Periode nicht immer so groß, so tief in die Haut eingesprengt und in verhältnismäßig so geringer Anzahl vorhanden, wie bei den zwei soeben besprochenen Kranken.

Es kommt vor, daß sie mehr gehäuft liegen, oberflächlicher sitzen und rasch Abscesse bilden, die sich mit Krusten bedecken und leicht konfluieren.

Die meisten der sog. späten impetiginösen Syphilide (*Syphilis pustulocrustosa*), d. h. der konfluierenden eiterig-ulcerösen Syphilide der sekun-

³ Die bakteriologischen Untersuchungen aller klinischen Patienten wurden von Dr. WLAJEW ausgeführt, derjenigen aus dem Ambulatorium von Dr. TSCHESTJAKOW.

dären Periode, entstehen aus solchen rasch abscedierenden, zusammengehäuften eiterig-syphilitischen Knoten.

Folgende Beobachtung kann als Beispiel davon dienen:

Der 25jährige Patient hatte im April 1895, zehn Tage nach dem letzten Coitus, ein Geschwür an seinem Gliede bemerkt. Nach 28 Tagen (am 8. Mai) erste Eruption in Gestalt eines syphilitischen Erythems. Es wurden 14 Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum gemacht. Anfang August Eruption von Papeln und eiterig-syphilitischen Knötchen am Rumpf. Ende September neue Eruption eiterig-syphilitischer Knötchen. Am 5. Oktober wurde Patient in unsere Klinik aufgenommen. Stirn, Hals und behaarter Teil des Kopfes waren mit eiterig-syphilitischen Knötchen bedeckt, in Gestalt nah beieinander sitzender Akne; der Ausschlag war stellenweise mit konfluierenden, dicken, dunkeln Krusten bedeckt (Impetigo syphilitica). Der Inhalt eines solchen Syphilids wurde vor dessen Aufbruch von Dr. WLAZEW bakteriologisch untersucht, und es fand sich im Eiter reiner Staphylococcus pyogenes aureus, ohne jegliche Beimischung. Patient bekam 16 Einspritzungen Hydrargyrum salicylicum und verlies die Klinik mit frischen Narben an Stelle der eiterig-syphilitischen Knoten.

In meiner Klinik sind einige Abgüsse von derartigen konfluierenden eiterig-syphilitischen Knoten vorhanden, die u. a. als spätes ulceröses oder tiefes impetiginöses Syphilid bezeichnet werden.

Indessen entsteht die Frage, ob nicht alle hier geschilderten eiterig-syphilitischen Knötchen, die anfänglich eine Verhärtung in der Haut bilden, dann rasch erweichen und ulcerieren, gummöse Knoten sind, die sich früh entwickelt und einen mehr akuten Verlauf genommen haben. In der That werden solche Fälle, wie die oben berichteten, in welchen eiterig-syphilitische Knoten mit einem Male in großer Menge als erste Eruption auftreten, wo sie unmittelbar auf einen phagedänischen Schanker folgen, von heftigem Eruptionsfieber begleitet werden, ausgedehnte Geschwüre bilden, tiefe Narben und bedeutende Gewebsverluste hinterlassen — vorzüglich als schwere, galoppierende Syphilis beschrieben. Ihre Bösartigkeit wurde durch Verminderung der Resistenzfähigkeit des Organismus gegen die syphilitische Infektion erklärt und die konsekutiven ulcerierenden Hautknoten als früh entstandene Gummata aufgefaßt.

Dagegen war ich bereits seit lange zur Überzeugung gekommen, daß alleinige syphilitische Infektion nicht ein solches Krankheitsbild bedingen kann.

Zuvörderst ist zu bemerken, daß die Entstehung echter Gummata mit raschem Zerfall drei, vier Wochen nach dem Primäraffekt die größte Seltenheit bildet, wenigstens bei uns in Rußland, obgleich die Syphilis bei uns sich nicht durch besonders günstige Verlaufsweise auszeichnet.

Außerdem schienen mir derartige Knoten auch deshalb nicht zu gummösen Bildungen zu gehören, weil nach ihnen als recidivierende Manifestationen der Krankheit, trockene und nässende Papeln, Erythemflecken, Plaques an den Schleimhäuten und andere Erscheinungen der rein-sekundären, kondylomatösen Periode beobachtet werden. Indessen

gehört wohl Entwicklung der Erscheinungen der frühen, sekundären Periode nach gummösen, ohne neue syphilitische Infektion, zu den noch viel selteneren Ausnahmen.

Ferner lehrte die weitere Beobachtung, daß nach drei, vier, fünf Jahren vom Beginne der Krankheit in einigen Fällen echte gummöse Bildungen auftraten, und die Kranken in die tertiäre Periode gerieten. Man mußte also annehmen, daß solche Kranke zweimal die gummöse Periode bekämen: einmal sofort nach der Primäraffektion in Gestalt der ersten Eruption, nach welcher dann sekundäre Erscheinungen auftraten; und das andere Mal, wie gewöhnlich, in einem späten Stadium der Krankheit, nach den sekundären Erscheinungen. Soviel mir bekannt ist, wurde eine solche Abwechslung der Perioden noch nicht beobachtet.

Schließlich hatte ich Gelegenheit zu beobachten, wie ein Frauenzimmer mit einem Geschwür am Labium majus, welches am Ende des ersten Krankheitsjahres aus einem solchen Knoten entstanden war, die Syphilis ihrem Liebhaber übertrug, der zufällig von einer weiten Reise zurückgekehrt war. Bei diesem entstand eine gewöhnliche primäre erosive Sklerose, und die Syphilis hatte hier in ihrem weiteren Verlauf nicht den Charakter gemischter, eiterig-syphilitischer Infektion.

Ferner beobachtete ich dreimal Frauenzimmer, welche im Verlauf der Schwangerschaft recidivierende Manifestationen der Syphilis abschließlich in Gestalt eiterig-syphilitischer Knoten aufwiesen und Kinder mit hereditärer Syphilis zur Welt brachten. In zwei anderen Fällen hatten Männer mit eiterig-syphilitischen Knoten an den Unterextremitäten ihre Frauen infiziert, wahrscheinlich durch Befruchtung mit nachfolgendem Abort.

In Anbetracht aller dieser Thatsachen hat sich in mir allmählich die Überzeugung gebildet, daß in der sekundären Periode der Syphilis in der Hautbedeckung oder in den Schleimhäuten Knoten vorkommen, die zum Teil mit Gummata Ähnlichkeit besitzen, aber sich unzweifelhaft von letzteren durch ihren raschen Verlauf, eiterigen Inhalt und — was die Hauptsache ist — durch ihre Ansteckungsfähigkeit unterscheiden.

Während der letzten 15 Jahre demonstrierte ich stets bei meinen klinischen Vorlesungen Knoten aus der sekundären Periode der Syphilis, die schnell abscedieren und zuweilen große Geschwüre bilden, und deren Absonderung ansteckend ist.

Auf diesen letzteren Umstand, als Unterscheidungsmerkmal von gummösen Bildungen, lenkte ich beständig die besondere Aufmerksamkeit meiner Zuhörer, da er bei uns von ungemein wichtiger Bedeutung für die Syphilis in der Dorfbevölkerung ist. Nirgends kann man eine so augenscheinliche Überzeugung davon erlangen, daß die gummöse Periode der Syphilis nicht ansteckend ist, als beim Studium der Dorfsyphilis. Bei

der ungeheuren Armut, Enge der Wohnräume, Zusammenhäufung der Bewohner und dem Mangel irgend welcher Vorsichtsmaßregeln kann man in Dörfern öfters gummöse Syphilitiker antreffen, die mit Geschwüren bedeckt sind und ungestraft Kinder pflegen, mit ihnen in einem Bette schlafen, aus einer Schüssel essen, aus einem Krug trinken, oder sie sogar vom Mund aus füttern.

Neben solchen vielgeprüften Hiobs, die ohne Gefahr für die Umgebung ihr Leben beschließen, kann man in einer anderen Hütte sehen, wie der in der sekundären Periode der Syphilis von Arbeitszügen heimgekehrte Mann im Laufe einiger Monate zuerst seine Frau ansteckt, dann seine Kinder, häufig auch die alten Eltern und nächsten Nachbarn. Man kann hieraus ersehen, wie ungemein wichtig es ist, unter solchen Verhältnissen rechtzeitig ansteckende eiterig-syphilitische Knoten von Gummata zu unterscheiden.

Ich hatte also das Vorhandensein eiterig-syphilitischer Knoten in der sekundären Periode bereits seit lange erkannt, aber erst in den letzten drei Jahren bin ich, wie mir scheint, dank der bakteriologischen Untersuchung ihres Inhaltes, auf die Ursache ihrer Entstehung gestossen; gegenwärtig kann ich diese, der Syphilis allein nicht eigentümliche Neigung zur Eiterung, dieses der reinen Syphilis nicht zukommende Vorherrschen eiteriger Herde durch gemischte Ansteckung mit Staphylokokken erklären.

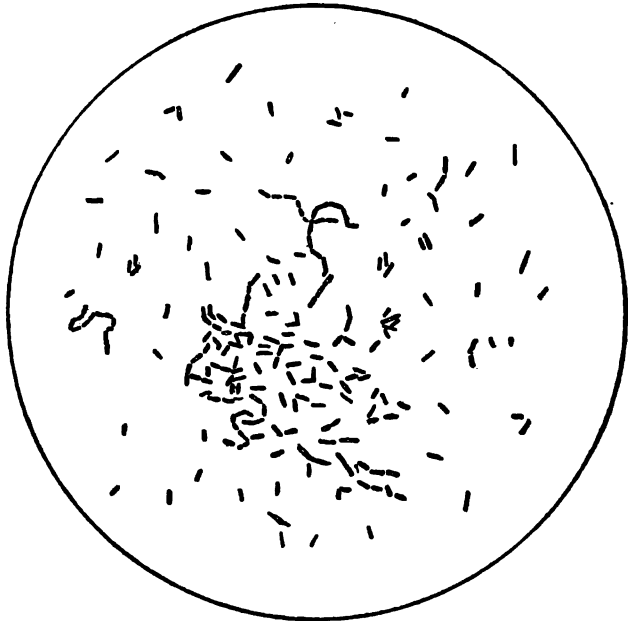
Die bakteriologischen Untersuchungen aller Kranken aus der Klinik wurden von Dr. WLAJEW, aus meiner Privatambulanz von Dr. TSCHISTJAKOW ausgeführt, denen ich meinen innigsten Dank ausspreche. Das Material zur Untersuchung wurde den eiterig-syphilitischen Knoten vor ihrem Aufbruch entnommen. Die Oberfläche der Knoten wurde mit 2%iger Karbolsäurelösung, dann mit Alkohol und schliesslich mit Äther abgewaschen. Der Inhalt der Knoten wurde vermitteltst einer durch Kochen sterilisierten Pravazschen Spritze erlangt.

Aus dem in solcher Weise erbeuteten Material wurden Züchtungen in Rinderserum, Bouillon, Agar-Agar und Gelatine, und auch mikroskopische Präparate hergestellt.

Wie bereits erwähnt, wurde in den eiterig-syphilitischen Knoten ausschliesslich *Staphylococcus pyogenes aureus* und *albus* gefunden. In einem Falle (s. oben) fand Dr. WLAJEW in dem Eiter eines abscedierenden Bubo und zugleich in den eiterig-syphilitischen Knoten der ersten Eruption neben *Staphylococcus pyogenes albus* noch Bacillen. Auf den mit LÖFFLERSCHE Lösung gefärbten Präparaten waren bei Okular I und Objektiv $\frac{1}{11}$ (Zeiss) viele Staphylokokken und eine geringe Menge Stäbchen zu sehen. Die längeren Stäbchen waren ungleichmässig gefärbt, die kürzeren intensiver an ihren Enden. In allen Züchtungsmedien hatte sich eine Mischung weisser Staphylokokken und Stäbchen entwickelt.

Es wurde eine reine Kultur dieser Stäbchen aus Kolonien in PETRI-schen Schälchen hergestellt.

Das Stäbchen war $1-1,8 \mu$ lang und $0,4-0,6 \mu$ dick; es ist gerade, hat die Tendenz sich zu zwei, drei zusammenzuketten, besonders in alten Kulturen, nimmt bei langanhaltender Tinktion eine durchgängige Färbung an und erscheint dann fadenförmig (vergl. Figur 1). Das Stäbchen ist beweglich und wächst in allen Medien. Beim Wachsen in alkalischer Bouillon entsteht Trübung und nach zwei Tagen ein deutliches Häutchen. In Agar-Agar und Rinderserum bildet es einen feuchten grau verfarbten Überzug. Auf Kartoffeln bildet es einen honigartigen Überzug, der später eine schmutzigere, rostartige Färbung annimmt, zuletzt eine graugelbliche.



Figur 1.

Weitere klinische Beobachtungen und bakteriologische Untersuchungen werden lehren, wie oft die beschriebenen Stäbchen in den eiterig-syphilitischen Knoten vorkommen, und sie werden auch genauer die Bedeutung ermitteln lassen, welche sie bezüglich der Grundkrankheit besitzen. Stäbchen, die einigermassen mit den beschriebenen Ähnlichkeit haben, wurden noch bei eiterig-carcinomatöser Infektion beobachtet, wovon weiter unten die Rede sein wird.

Also enthielten die eiterig-syphilitischen Knoten, diejenigen der ersten Eruption sowohl als die recidivierenden, in allen untersuchten Fällen in ihrem vor Aufbruch der Knoten erbeuteten Inhalt, pyogene Elemente, vorzüglich Staphylokokken. Bei dieser Gelegenheit wollen wir noch

notieren, daß bei Untersuchung des Knoteninhaltes vor Anwendung der Quecksilberbehandlung zahlreiche Staphylokokken gefunden wurden, die sich rasch in Nährböden vermehren. Wenn man die Untersuchung an dem nämlichen Subjekt wiederholt ausführt, so nimmt die Menge der Kokken entsprechend dem Einfluß der Quecksilberbehandlung allmählich ab, sie gedeihen in Nährböden schlecht, und in Resorption befindlichen Knoten verschwinden sie völlig.

Ganz anders sind die Ergebnisse mikroskopischer und bakteriologischer Untersuchung gummöser Bildungen.

Sowohl solche Gummata, die sich früh entwickeln, als auch spät nach der Infektion auftretende, zeigten in ihrem vor Aufbruch des Gumma entnommenen Inhalt bei mikroskopischer Untersuchung Zerfall und Fetttropfchen, und Züchtung des Inhalts führte in allen Nährböden zu negativen Resultaten.

Ein Beispiel: Patient ist 21 Jahre alt, im 13. Monat nach der Infektion; bei seiner Aufnahme in unsere Klinik weist er ein zerstreutes gummöses Syphilid an der Haut des Rumpfes und der Oberhautextremitäten in verschiedenen Entwicklungsstadien auf, und gleichzeitig in der Mitte des Brustbeins ein von unveränderter Haut bedecktes Gumma von der Größe eines kleinen Apfels, mit wahrnehmbarer Fluktuation. Der vor Beginn der Behandlung entnommene Inhalt des Gumma wurde mikroskopisch und bakteriologisch von Dr. WLAJEW untersucht und in demselben weder pyogene Kokken, noch irgend welche andere Mikroorganismen vorgefunden, die in Nährböden zu gedeihen vermöchten.

Ein anderer Patient, 33 Jahre alt, wurde in die Klinik im fünften Jahr von Beginn der Krankheit aufgenommen, mit einer erweichten gummösen Periostitis an der linken Tibia. Die bakteriologische Untersuchung des Gummahaltes ergab ebenfalls negativen Befund. Eben- solche Resultate ergaben die Untersuchungen von Gummata, die im siebenten oder neunten Krankheitsjahre entstanden waren.

Es versteht sich von selbst, daß weitere Forschungen in dieser Richtung die kategorische Bedeutung unserer Ergebnisse einigermaßen beschränken können. Ich gebe auch gegenwärtig gern zu, daß in den seltenen Fällen phagedänischer Gummata der Hautbedeckung, wenn die rasch erweichenden und aufbrechenden Neubildungen sich in Geschwüre umwandeln, die ihrem Aussehen nach primären phagedänischen Geschwüren so ähnlich sind, die bakteriologische Untersuchung höchstwahrscheinlich in dem Inhalt solcher Gummata pyogene Kokken nachweisen wird. Leider kam mir in der letzten Zeit kein solches zur Untersuchung taugliches Material vor.

Es ist außerdem möglich, daß auch traumatische Gummata, in denen

neben Gewebszerfall eiterige Anhäufungen vorkommen, pyogene Kokken in sich enthalten.

Schließlich haben wohl HALLOPEAU und JEANSELME³ ganz Recht, wenn sie annehmen, daß die reichliche Eiterung ulcerierender Gummata in der Nasenhöhle durch die von ihnen in solchen Absonderungen gefundenen pyogenen Kokken und Bakterien (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* und *Bacterium coli commune*) bedingt ist.

Ich will jedoch durchaus nicht behaupten, daß die Eiterbildung bei Syphilitischen oder der Phagedänismus syphilitischer Geschwüre stets und überall ausschließlich durch das Vorhandensein von Staphylokokken oder der oben beschriebenen Bacillen bewirkt werden. Ich mache nur die Forscher darauf aufmerksam, daß in einer gewissen, bestimmten Reihe von Fällen sog. Syphilis maligna, die Eiterung, die in den Syphiliden der frühen, sekundären Krankheitsperiode, mit konsekutiver schneller Zerstörung des Gewebes auftritt, ihre Entstehung der Beimischung pyogener Kokken zur Syphilis verdankt. Was aber die Frage über Eiterung bei Syphilis überhaupt in ihrer Gesamtheit betrifft, so sind zu deren Entscheidung umfassende, ausgedehntere und längere Untersuchungen aller gemischten, bei weitem noch nicht erforschten Ansteckungsformen bei Syphilis erforderlich.

Ohne mich deshalb in weitere Vermutungen einzulassen, halte ich es doch für möglich auf Grund der bereits festgestellten Thatsachen und des oben kurz geschilderten klinischen Bildes der Krankheit, gemischte eiterig-syphilitische Infektion von der in üblicher Weise verlaufenden, sozusagen reinen syphilitischen Ansteckung zu unterscheiden, die in allen ihren Perioden der Eiterbildung so fern bleibt.

Letzterer Umstand hat bekanntlich bereits die Aufmerksamkeit der Beobachter auf sich gelenkt. So hat Dr. TENESSON im Jahre 1893 die theoretische Ansicht ausgesprochen, daß alle eiterigen Dermatosen, darunter auch die eiterigen Syphilide von einer Beimischung pyogener Kokken („envahissement d'une syphilide quelconque par les organismes pyogenes de l'exterieur“) abhängen dürften.⁴ Allerdings hat er keine direkten Beweise für diese Behauptung beigebracht. Außerdem kann ich Dr. TENESSON nicht darin beistimmen, daß das Ekthyma syphiliticum profundum stets ein^o ulceriertes Hautgumma sei. Im Gegenteil, gerade die eiterig-syphilitischen Knoten der sekundären, ansteckenden Krankheitsperiode geben in den meisten Fällen das Bild aller Entwicklungstadien des syphilitischen Ekthym, von einem rasch abscedierenden Hautknoten angefangen, bis zu Geschwüren mit dicker, dunkler, geschichteter Kruste.

³ H. HALLOPEAU et JEANSELME, Contribution à l'étude des suppurations associées aux syphilomes tertiaires des fosses nasales. *Communication au Congrès de Rome.*

⁴ TENESSON, *Traité clinique de dermatologie.* 1893. pag. 57.

zuweilen mit einem eiterigen Wulst in der Umgebung (Ekthyma rupieforme). Wenn dagegen der Ulcerationsprozess schneller fortschreitet, so wird die Kruste durch reichliche eiterige Absonderung aufgelöst, und es kommt ein offenes Geschwür zum Vorschein, welches die ganze Dicke der Haut durchdringt und abgeschnittene Ränder mit einem scharf begrenzten, charakteristisch gefärbten, kupferroten Saum besitzt. Dieses Geschwür verheilt, indem es entweder seine runde Gestalt beibehält oder nach einer Seite hin fortschreitet und nierenförmig wird. Doch in allen beschriebenen Entwicklungsstadien bewahrt diese Manifestation der Syphilis die hauptsächlichste, wesentlichste Eigenschaft der sekundären Periode — ihre Ansteckungsfähigkeit. Die Absonderung eines solchen Ekthyma syphiliticum profundum ist immer ansteckend und überträgt die Syphilis an gesunde Menschen. Zugleich kann die eiterige Absonderung des Knotens, dank dem Vorhandensein pyogener Kokken, gewissermaßen autoinokuliert werden. Gummöse Knoten dagegen treten überhaupt viel später auf, sie verlaufen unvergleichlich langsamer, als eiterig-syphilitische, erweichen mehr allmählich, pflegen keine pyogenen Kokken zu enthalten, sind nicht zur Autoinokulation geeignet, und — was die Hauptsache ist — übertragen die Syphilis nicht auf gesunde Menschen.

Woher kommt es, daß ein Kranker gemischte, eiterig-syphilitische Infektion acquiriert und ein anderer auf die Syphilis allein beschränkt bleibt?

Diese Frage läßt sich gegenwärtig schwer mit völliger Bestimmtheit beantworten.

Für mich steht es außer Zweifel, daß die Quelle der Ansteckung hier nicht die Hauptrolle spielt. In der oben berichteten Beobachtung, wo die sichere Quelle der Infektion untersucht werden konnte, wurden in derselben nässende Papeln vorgefunden, also eine syphilitische Manifestation nicht-ulcerösen Charakters. Dagegen übertrug das vor kurzem erwähnte Frauenzimmer, welches am Labium majus ein aus eiterig-syphilitischen Knoten entstandenes Geschwür hatte, auf ihren Liebhaber eine reine Form der Syphilis. Andererseits ist mir ein Fall bekannt, wo drei junge Leute nach einem starken Trinkgelage einer nach dem anderen ein und dasselbe Frauenzimmer hatten. Der erste bekam eine einfache Erosionssklerose; der zweite blieb gesund; der dritte hatte einen phagedänischen Sohanker mit nachfolgendem Ausschlag eiterig-syphilitischer Knoten in Gestalt von Ekthyma, Rupia u. s. w. bekommen, die zahlreiche entstellende Narben hinterließen. Mit dieser Beobachtung stehen anscheinend im Widerspruch die zwei oben mitgeteilten Fälle gemischter Infektion durch eine verunreinigte Pinzette und durch geschlechtlichen Verkehr mit einem Frauenzimmer im Puerperium. Vielleicht hätten jedoch diese unter so ausschließlichen Umständen infizierten Patienten die

nämliche gemischte Erkrankungsform bekommen, wenn ihre Infektion von einer anderen, rein-syphilitischen Quelle herrühren würde.

Das nämliche muß auch über den Ort gesagt werden, an dem die Ansteckung zur Manifestation gelangt. Ich konnte wenigstens nicht bemerken, daß der Ort der primären Affektion auf die Häufigkeit der gemischten Ansteckungsformen von Einfluß wäre. Allerdings ist es vom theoretischen Standpunkte aus sehr wahrscheinlich, daß die von Professor FOURNIER notierte Tendenz primärer syphilitischer Sklerosen des Rachens zu ausgebreiteter, ulceröser Zerstörung der Gewebe, durch das Vorhandensein zahlreicher pyogener Kokken im Rachen bedingt wird, indem dieseiben leicht die Primäraffektion komplizieren, durch letztere in den Organismus eindringen und gemischte Ansteckung bewirken können.

Wie dem auch sei, jedenfalls ist eine besondere Empfänglichkeit des erkrankten Organismus für pyogene Kokken von wesentlicher Bedeutung für die Ätiologie der gemischten Infektion. Diese Empfänglichkeit äußert sich durchaus nicht immer in schwächerer Konstitution des Erkrankten. Von den elf Patienten mit gemischter eiterig-syphilitischer Infektion, die ich im Laufe der letzten drei Jahre beobachtete, waren acht sehr kräftigen und zwei davon geradezu athletischen Körperbaus.

Eher kann man vermuten, daß zeitweilige und eigenartige Abschwächung des Organismus vor der syphilitischen Infektion oder im Verlauf der Syphilis solche Bedingungen schafft, die gleichzeitige Entwicklung der Syphilis und pyogenen Kokken im Kranken begünstigen. Ich spreche von einer eigenartigen Abschwächung des Organismus, weil trotz der Einwirkung der nämlichen Ursache auf mehrere Syphilitiker durchaus nicht bei allen davon gemischte Infektion zu stande kommt.

Sehr viele Kranke überstehen während der sekundären Periode der Syphilis einen Bauchtyphus oder Gastroenteritis und bleiben dessenungeachtet verschont von Recidiven der bis dahin günstig verlaufenden Krankheit in Gestalt eiterig-syphilitischer Knoten, während in den zwei oben beschriebenen Fällen derartiges Verhalten beobachtet wurde.

Ebenso häufig kommt es vor, daß die Kranken vor der syphilitischen Infektion längere Zeit dem Trunk ergeben sind; aber bei weitem nicht alle syphilitisch infizierten Trinker werden von der Krankheit in so ausgeprägter Gestalt gemischter Ansteckung befallen, wie der Patient, von welchem ich Ihnen einen Abguss zu demonstrieren die Ehre hatte.

Einer unserer Kranken, der bei Aufnahme in die Klinik recidivierende eiterig-syphilitische Knoten aufwies, die am ganzen Körper und an den Extremitäten die Gestalt eines eiterigen konfluierenden, sog. späten impetiginösen Syphilids in ausgeprägter Form besaßen, war nach Petersburg aus Archangeln im Spätherbst, per Etappe, zu Fuß, ohne warme Bekleidung und ohne Mittel transportiert worden. Natürlich hatten die an-

dauernde körperliche Ermüdung, der Nahrungsmangel, die verschiedenen Entbehrungen und die deprimierte moralische Lage auf den erkrankten jungen Mann in höchst ungünstiger Weise eingewirkt. Doch hat die Gesamtwirkung solcher ungünstiger Verhältnisse nicht bei allen Syphilitikern die Bildung eiterig-syphilitischer Knoten zur Folge. Man kann sich darüber leicht vergewissern, wenn man die Arrestanten der Transportgefängnisse untersucht, indem unter denselben häufig höchst abgezehrte und anämische Syphilitiker der zweiten Periode vorkommen, die jedoch keine eiterig-syphilitischen Knoten aufweisen.

Eine der günstigen Bedingungen für die gemischte Ansteckung mit Syphilis und pyogenen Kokken scheint in der angeborenen Anlage zu Diabetes sowohl als in erworbener Diabetes zu bestehen. Bei einem Patienten aus unserer Ambulanz, einem jungen Mann von 24 Jahren und gesundem Aussehen, dessen Vater und drei ältere Brüder an Diabetes leiden, hatte die primäre phagedänische Affektion, die äußerst schmerzhaft war, in einigen Wochen das Präputium und einen großen Teil der Glans penis zerstört. Trotz energischer Behandlung äußerte sich die konsekutive Eruption in eiterig-syphilitischen Knoten am Rumpf.

Also wir kennen nicht den nächsten Grund oder richtiger diejenigen bestimmten Bedingungen, bei denen der Organismus beständig der gleichzeitigen Einwirkung der Syphilis und pyogener Kokken unterliegt. Wahrscheinlich sind diese Bedingungen nicht beständig dem gegebenen Organismus eigen; wahrscheinlich sind sie temporär und dazu in gewissen Fällen abwendbar.

(Schluss folgt.)

Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten.

Vortrag auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress zu London.

Von

H. HALLOPEAU.

Die Frage ist von verschiedenen Gesichtspunkten aus bereits in den klassischen Werken der Dermatologie behandelt worden, so namentlich in den Lehrbüchern von KAPOSI und BESNIER, von RADCLIFFE CROCKER, von BROCC und von UNNA; desgleichen in den schönen Vorlesungen von HUTCHINSON, in dem Buche von DU CASTEL, in dem Artikel von THIBIERGE¹ und endlich in der großen Monographie unseres berühmten

¹ *Rev. des Scien. méd.* 1893.

LELOIR², eines der Vicepräsidenten dieser Kongresse, dessen allzufrühes Hinscheiden die französische Schule zu beklagen hat.

Indessen sind bei den raschen Fortschritten unserer Wissenschaft die Arbeiten dieser Forscher schon heute in mehreren wichtigen Punkten zu ergänzen, so daß die Gesamtauffassung der Hauttuberkulosen dadurch eine Veränderung erfährt; diese Punkte sollen hier namentlich besprochen werden.

Vorher aber gilt es, unser Arbeitsgebiet abzustecken.

I.

Von den Eigenschaften, an denen man erkennen kann, ob eine Dermatose tuberkulösen Ursprungs ist oder ob sie in ihrer Entwicklung nur von jener Krankheit begünstigt wird.

Nur vier Thatsachen gestatten es zu behaupten, daß ein Hautleiden tuberkulöser Natur sei: 1. die Möglichkeit, die Tuberkulose durch Impfung der kranken Sekrete zu übertragen; 2. die Anwesenheit des charakteristischen Bacillus in den ergriffenen Geweben; 3. die von mir sog. Intra-Inokulation³, d. h. für den vorliegenden Fall, die Entstehung einer Dermatose durch Proliferation ausgesprochen tuberkulöser Herde sowie umgekehrt die Entstehung von Tuberkulose infolge Entwicklung dieser Dermatose. Wir werden sehen, daß es sich so beim Lichen scrofulosorum und der Folliculitis suppurativa der Tuberkulösen verhält; diese letzteren Fälle haben nur dann volle Bedeutung, wenn es sich um deutlich differenzierte Dermotuberkulosen handelt; 4. das Auftreten differenzierter Ausschlagselemente, so wie etwa beim Lichen scrofulosorum oder unter dem Einfluß von Tuberkulinimpfungen. Die Entwicklung gewöhnlicher tuberkulöser Symptome, wie etwa Drüsenentzündungen, in der Nachbarschaft eines zweifelhaften Ausschlags, ist von minderem Wert, denn da braucht es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen zu handeln, bezw. jene Symptome können sich unter der Einwirkung tiefer liegender Lokalisationen ausbilden. So habe ich z. B. gemeinsam mit JEANSELME tuberkulöse Drüsenentzündungen bei einem Leprösen beobachtet. Im allgemeinen freilich bildet diese Tuberkulose der Drüsen, wenn sie sich im Lymphgebiet einer Dermatose einstellt, ein starkes Verdachtsmoment im Sinne einer tuberkulösen Natur der Erkrankung; als Beleg möge die tuberkulöse Drüsenerkrankung gelten,

² Erst als diese Arbeit schon im Druck war, erhielt ich Kenntnifs von dem gegeneigen Aufsatz von JADASSOHN über den Lupus erythematosus und die tuberkulösen Hautveränderungen, der kürzlich in dem *Handbuch von Lubarsch und Ostertag* erschienen ist.

³ H. HALLOPEAU, Das Museum des *Hôpital Saint-Louis*. Bd. 19. S. 143.

deren Entwicklung ich, gleichfalls im Verein mit JEANSELME⁴, in der Nachbarschaft eines Lupus erythematosus beobachten konnte.

Auch der Nachweis von Tuberkelknötchen im Gewebe und namentlich die Anwesenheit von Riesenzellen sprechen sehr zu Gunsten der tuberkulösen Natur des Leidens; ein pathognomonischer Wert aber kommt ihnen nicht zu, denn auch bei anderen Dermatosen kann man ähnliche Veränderungen finden.

Verdächtig ist es auch, wenn bei einem Individuum mit einem fragwürdigen Hautleiden die Anamnese von früherer tuberkulöser Erkrankung oder von ähnlichen Erscheinungen zu berichten weiß, aber von entscheidendem Wert ist das nicht. Giebt es doch Dermatosen, denen die Tuberkulose nur den Boden vorbereitet. Das gilt für die Pityriasis versicolor und ohne Zweifel auch für die HEBRASche Pityriasis rubra. Die Statistiken von JADASSOHN lassen klar erkennen, daß zwischen dieser letzteren Krankheit und der Tuberkulose ein ursächlicher Zusammenhang besteht; die Pityriasis aber für tuberkulös zu erklären, dafür liegt keine Berechtigung vor.

Auch die gewöhnliche Reaktion auf Tuberkulin, gleichviel ob sie sich örtlich oder in Allgemeinerscheinungen äußert, verdient Beachtung; eine entscheidende Bedeutung kommt ihr aber nicht zu.

Keine der aufgezählten Bedingungen kann als unerläßlich bezeichnet werden; so kann eine offenbar tuberkulöse Form der Überimpfbarkeit entarten und braucht keine Tuberkelbacillen zu enthalten; es ist das beim Lupus verrucosus vielfältig beobachtet worden und darf beim Lichen scrofulosorum als Regel angesprochen werden, denn die Bacillen können hier sehr spärlich vorhanden sein oder sogar ganz fehlen. Durch die Tuberkulinwirkung wird in der That bestätigt, was WICKHAM und ich⁵ schon früher behauptet hatten, daß die Tuberkulose auch nicht bacilläre, sondern toxinische Hautausschläge hervorrufen kann. Andererseits ist es auch sehr wahrscheinlich, daß der Bacillus nicht die einzige Form ist, unter der der Giftkeim der Tuberkulose sich darstellt; man hat ja auch Zoogloeamassen als Infektionsträger beschrieben.

II.

Allgemeine Pathogenese und Klassifikation.

Es sind bereits zahlreiche Formen von Tuberkulose beschrieben; aber ich werde zu zeigen versuchen, daß ihre Zahl noch vermehrt werden kann. Diese abweichende Ansicht erklärt sich aus verschiedenen Umständen.

⁴ H. HALLOPEAU und E. JEANSELME, Ueber die Natur des Lupus erythematosus. *Congrès pour l'étude de la tuberculose*. 1888.

⁵ H. HALLOPEAU und WICKHAM, *Congrès de Tuberculose*. 1888.

A) Die Haut hat einen sehr zusammengesetzten Bau, aus unbekanntem Gründen können die einzelnen Gewebe jedes für sich und jedes in verschiedener Weise auf die Wirkung des tuberkulösen Giftes antworten.⁶ Als Beleg gelten die abgegrenzten Entzündungen beim Lichen scrofulosorum, wie die Folliculitis, wie die Veränderungen der Hautdrüsen oder des sie umgebenden Gewebes, die Entwicklung von Hautgummata auf Kosten der Lymphspalten, oder endlich wie die Bevorzugung des Papillarkörpers durch den Lupus verrucosus. Es muß allerdings zugegeben werden, daß die histologischen Untersuchungen nach dieser Richtung hin noch ungenügend sind und daß die Forscher nur allzu oft zwischen den beginnenden Entzündungen eines tuberkulösen Herdes und den sie begleitenden Veränderungen des Nachbargewebes nicht genügend unterschieden haben.

B) Die verschiedenen Individuen reagieren in verschiedenster Weise auf die Einwirkung des tuberkulösen Giftes; diese Verschiedenheit beruht auf unbekanntem Bedingungen, die vielleicht von der Vererbung, vielleicht von erworbenen Eigenschaften, vielleicht von einer Überlegenheit des Lymphsystems herrühren. Wir sehen, daß die Geschwüre, die durch das Hineinwuchern tieferliegender tuberkulöser Geschwülste in die Haut auf dieser sich entwickeln, in dem einen Fall inmitten gesunder Partien stehen bleiben, in dem anderen Fall dagegen auf die Nachbarschaft übergreifen, und zwar bald als Lupus vulgaris, bald als verruköse Tuberkulose, bald als serpiginöses Gumma oder als Entzündung längs der Lymphgefäße, bald als pustulöses Geschwür, bald endlich als eiterige Folliculitis.

C) Die Art der Reaktion wechselt mit dem Alter: Der Lichen scrofulosorum ist das Vorrecht der Kinder und der Jugend; ebenso kommt die Folliculitis suppurativa in diesem Lebensalter häufiger vor.

D) Der infektiöse Keim kann in verschiedenen Formen auftreten.

a) In den meisten Fällen handelt es sich um einen Bacillus; dieser kann mit dem Kochschen Bacillus identisch sein. So ist es bei den Hauttuberkulosen der Fall, die sich im vorgeschrittenen Stadium der Schwindsucht an den Körperöffnungen entwickeln und die durch ihre Neigung zu Zerstörungen auffallen. Häufig aber auch ist der Bacillus insofern verändert, als er keine Neigung zur Vervielfältigung zeigt und schwer verimpfbar ist. Es scheint, als ob die Cutis kein günstiger Nährboden für ihn ist; auf sie paßt, mehr als auf jedes andere Gewebe, der Ausspruch BOUCHARDS: „Die Tuberkulose ist keine Krankheit des Menschen.“ Auf der Cutis erfährt der Bacillus Veränderungen, seine giftigen Eigenschaften werden von Generation zu Generation abgeschwächt und erholen sich auch dann nicht

⁶ H. HALLOPEAU, Über die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose und ihre Lokalisationen. *Union médicale*. 1893.

wieder, wenn sie in andere Organe verschleppt werden und ihre pathogene Wirkung hier voll entfalten können. Als Beweis führe ich an, wie außerordentlich langsam und verhältnißmäßig günstig eine Lungenschwindsucht verläuft, die sich an solche Hauttuberkulose anschließt und wie selten hier desgleichen Erkrankungen anderer Eingeweide sind. Möglicherweise erfährt die Virulenz des Bacillus auch beim Lupus destructivus eine Abschwächung, ohne dafs es nötig wäre, dafür die Hilfe anderer pathogener Keime in Anspruch zu nehmen.

Ohne Zweifel vermögen die Mikroben auch rein mechanisch auf das Gewebe zu wirken, aber in erster Linie sind es doch immer die abgeordneten Toxine, mittels deren sie die Gewebe angreifen. Es ist das keine bloße Vermutung, sondern eine Thatsache, die durch vielfache Versuche mit dem Tuberkulin festgestellt ist und zu deren Gunsten auch die von STRAUS⁷ entdeckte Eigenschaft der Tuberkelbacillenleichen spricht, die giftigen Wirkungen der lebenden Bacillen zum Teil noch zu bewahren. Die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose sind einestheils von der wechselnden Giftigkeit jener Toxine, anderenteils von der verschiedenen gradigen Reaktion der einzelnen Hautgewebe abhängig. Als bacilläre Hauttuberkulosen haben wir anzusprechen: den Lupus vulgaris, den Lupus sclerosus und Lupus verrucosus, den Leichentuberkel, die gummösen Tuberkulosen, die tuberkulösen Geschwülste, die ulzerösen und pustuloulzerösen Geschwülste.

b) Der Infektionsträger der Tuberkulose kann aber aller Wahrscheinlichkeit nach auch noch unter einer anderen Form als der der Bacillen sich darbieten; die Zoogloea tuberculosis ist ja bekanntlich schon lange untersucht, namentlich von MALASSEZ und VIGNAL⁸ sowie von GRANCHER und LEDOUX-LEBARD⁹; wir werden finden, dafs durch das Wachstum einer dieser vom KOCHSchen Bacillus verschiedenen Formen in der Haut wahrscheinlich jene rätselhafte Dermatose, die wir Lupus erythematosus nennen, entsteht; das nämliche gilt für den Frostlupus HUTCHINSONS und für den Lupus pernio BESNIERS. Ihr Charakter ist ein zerstörender, fressender; sie erzeugen Toxine, die fast überall in die Haut hineindiffundieren und Anlafs zu einer eigenartigen Reaktion geben; sie lassen sich nicht übertragen und haben einen anderen Bau als die übrigen tuberkulösen Entzündungen.

c) Die krankhaften Keime können aber endlich auch von entfernt liegenden Herden herrühren. In solchen Fällen kommt

⁷ J. STRAUS, *La Tuberculose et son bacille*. 1896.

⁸ MALASSEZ und VIGNAL, *Tuberculose zoogléique*. *Société de Biologie*. 1883.

⁹ GRANCHER und LEDOUX-LEBARD, *Recherches sur la Tuberculose zoogléique*. *Arch. de Méd. expériment.* 1889—90.

ein sekundärer Ausschlag zustande, wie man ihn ähnlich bei der Grippe, beim Abfall eines typhoiden oder eines pneumonischen Fiebers beobachtet; nur ist der Ausschlag im ersten Fall andauernder, weil die Quelle der Toxinbildung im Organismus bestehen bleibt. Die Dermatosen, die man auf diesen Ursprung zurückführen kann, sind der Lichen scrofulosorum, die Acne cachectica und scrofulosa, ein Teil der isolierten, eiternden Folliculitiden, die Folliculitis agminata en placards und einzelne Erytheme.

Gemeinsam ist allen diesen Dermatosen, daß sie bei mit Tuberkulose behafteten Individuen vorkommen, daß sie keinen zerstörenden Charakter haben, daß sie für gewöhnlich der Therapie leicht zugänglich sind und daß sie sich nicht übertragen lassen.

Diese drei soeben aufgezählten Gruppen von Hauttuberkulose sollen jetzt der Reihe nach besprochen werden.

Es erübrigt dann noch, auf häufige Mischformen aufmerksam zu machen, sowie zu untersuchen, inwieweit das Eccema Beziehungen zur Tuberkulose hat; und schließlich haben uns noch diejenigen Dermatosen zu beschäftigen, für die die Tuberkulose nur den Boden vorbereitet.

III.

Klinische Formen.

A. Bacilläre Haut-Tuberkulose.

Bei den vielfachen Bearbeitungen dieses Gegenstandes soll hier nur von neuen oder fraglichen Thatsachen die Rede sein.

a. Lupus sclerosus VIDALS; Tuberculosis verrucosa nach RIEHL und PALTAUF; Tuberculosis papillomatosa nach BESNIER, DEBOVE und BRISSAUD.¹⁰ — Diese Form ist zuerst von VIDAL als Lupus sclerosus beschrieben worden; mehrere Wachsabdrücke des Museums Saint-Louis rühren davon her. Später haben RIEHL und PALTAUF sie gründlicher untersucht und als Tuberculosis verrucosa bezeichnet; sie ist durch ihre Lokalisation im Corpus papillare charakterisiert; daneben bestehen Veränderungen in der Epidermis und meistens auch in der Cutis (DARIER); die besondere Reaktion des Papillarkörpers wird hauptsächlich, aber nicht ausschließlich, an den Extremitäten beobachtet.

So oft der Papillarkörper primär oder sekundär mit dem Contagium in Berührung kommt, kann er mit dem Ausbruch einer Tuberculosis verrucosa antworten; meistens geschieht das nach Impfung mit dem

¹⁰ DEBOVE, *Journ. des mal. cut. et syph.* 1890. pag. 350.

tuberkulösen Gift infolge Berührung mit den giftigen Sekreten der Bacillen; zuweilen, bei Tuberkulösen, durch Auto-Inokulation; endlich in seltenen Fällen, durch das, was ich Intra-Inokulation nennen möchte, d. h. die verrukose Form kommt dadurch zustande, daß der Prozeß von einem primären Herd, der in den Knochen, im Unterhaut-Zellgewebe, in den Drüsen sitzen kann, auf den Papillarkörper übergreift.

Bekannt ist, daß diese Form der Tuberkulose häufig von Eiterungen, die dann gewöhnlich miliare Herde bilden, begleitet ist; wahrscheinlich kommen die letzteren durch Einwirkung pyogener Toxine zu stande, denn das Gewebe eines solchen Lupus ist in der Regel so arm an Bacillen, daß die gewissenhaftesten Forscher mehrfach trotz eifrigsten Suchens keine finden konnten. Diese Annahme ist mindestens ebenso wahrscheinlich, wie die von RIEHL und PALTAUF, die die Eiterung auf das Konto anderer Mikroben setzen; denn ich habe im Verein mit WICKHAM gezeigt, daß die infektiösen Keime der Tuberkulose an und für sich pyogen seien.¹¹

ETIENNE¹² spricht, je nach den Veränderungen der Epidermis, von einer Form Papillo-cornea und einer Form Papillo-crustacea.

b. Leichentuberkel. Es hat in seinem Bau die größte Ähnlichkeit mit der vorhergehenden Form; wie diese, so kann auch jenes Anlaß zu einer aufsteigenden gummösen Lymphangitis geben, und die meisten Forscher halten denn auch beide Formen für identisch. Diese letztere Ansicht halte ich, in Übereinstimmung mit KNICKENBERG¹³ nicht für berechtigt, denn einesteils ist es noch gar nicht erwiesen, daß alle Leichentuberkel einen bacillären Ursprung haben, und anderenteils ist die Entwicklung und der Verlauf des Leichentuberkels von dem der Tuberculosis verrucosa verschieden: es hat keine Neigung, sich flächenhaft auszubreiten, kann dagegen in die Tiefe dringen, die Knochen angreifen und hier einen hohen Grad von Infektiosität entwickeln. So verlief der Fall bei dem Studenten, dessen Krankengeschichte VERNEUIL 1884 der Akademie mitteilte. Ich konnte diesen Patienten damals beobachten und konnte verfolgen, wie die Armknochen und später auch das Rückgrat ergriffen wurden. Mir ist es nicht bekannt, daß etwas dem ähnliches schon bei der Tuberculosis verrucosa beobachtet worden wäre. Der Leichentuberkel hat offenbar nicht immer die gleiche Virulenz und auch nicht immer die gleichen klinischen Symptome; es richtet sich dies sowohl nach der Infektionsquelle, wie auch nach der Tiefe, bis zu welcher das Gift gedrungen ist und nach dem mehr oder minder günstigen Nährboden, den die einzelnen Gewebe abgeben.

¹¹ A. a. O.

¹² ETIENNE: *Ann. de Dermat.* 1895.

¹³ KNICKENBERG: *Arch. f. Dermat.* 1894.

Diese Bemerkungen sind auf alle tuberkulösen Verimpfungen mit den verschiedenartigsten Symptomen anwendbar, denn was auch immer für Neubildungen entstehen mögen, so gehören sie entweder zu den eben besprochenen Formen, oder zum Lupus vulgaris, zur ulzerösen Tuberkulose, oder zu den gummösen Infiltrationen längs des Verlaufs der Lymphgefäße.

c. Gummöse Tuberkulosen.¹⁴ Hierbei handelt es sich um eine Tuberkulose lymphatischer Individuen; die Gummata sitzen in oder unter der Haut und unterscheiden sich von den Lupus-Knötchen durch ihre häufig beträchtlichere Grösse, ihre bleich-violette Färbung, vor allem aber durch ihre Neigung, zu verkäsen, rasch zu erweichen und zu Fistelbildungen Anlaß zu geben.

Ich habe in Gemeinschaft mit JEANSELME und GOUPIL¹⁵ gezeigt, daß sie auch auf Lymph-Varicen wachsen können. Ihre Beziehung zum Lymphsystem ergibt sich aber auch andererseits aus ihrem staffelförmigen Wachstum auf den Lymphgefäßen.

Die Haut wird häufig nur passiv durch diese Gummata in Mitleidenschaft gezogen, indem das ursprünglich subkutan sitzende Knötchen jene durchdringt und an der freien Oberfläche verschwärt. Die Folge davon ist natürlich eine Fistel, die von einem verhärteten und violett gefärbten Wall umgeben ist und häufig während mehrerer Monate unverändert bestehen bleibt. Häufig hat es mit dieser Fistelbildung sein Bewenden, ohne daß der tuberkulöse Prozeß Neigung zeigte, auf die Cutis oder den Papillarkörper übergreifen. So verhält es sich sogar in der Regel. Offenbar bildet die Haut in solchen Fällen einen ungünstigen Nährboden für das Wachstum der tuberkulösen Keime, die in dem tiefer liegenden Lymphsystem gewuchert sind.

Jedoch verläuft die Sache nicht immer in dieser Weise. Von JEANSELME¹⁶ ist nachgewiesen, daß diese Fistelöffnung früher oder später, zuweilen erst nach voraufgegangener Vernarbung, der Ausgangspunkt für einen Lupus vulgaris werden kann, ein dahin gehöriger Fall liegt noch auf meiner Abteilung. Auch ein Lupus verrucosus kann auf diese Weise sekundär entstehen; ferner eine Folliculitis suppurativa, und endlich vermag sich die Tuberculosis gummosa längs den Lymphbahnen, oder, wie RIEHL bemerkt

¹⁴ JADASOHN nennt diese Neubildungen Serofuloderma oder Tuberculosis colliquativa. Aber beide Bezeichnungen sind meiner Meinung nach zu verwerfen, denn eine Skrofel ist einerseits noch keine Tuberkulose und andererseits bildet der Einschmelzungsprozeß nicht die Regel bei dieser Dermatose.

¹⁵ HALLOPEAU und GOUPIL: Lymphangitis gummosa von wahrscheinlich tuberkulöser Natur. *Bull. de la Société de Dermat.* 1890.

¹⁶ E. JEANSELME: Von der sekundären Impfung der Haut durch die subkutanen oder tiefer liegenden tuberkulösen Herde. *Congrès pour l'Étude de la Tuberculose.* 1896.

und wie ich selber beobachtet habe, in serpiginösen Herden auszubreiten. Hier haben dann freilich die einzelnen Ausschlagselemente nicht mehr stets diejenigen Eigenschaften, die oben den gummösen Knoten zugesprochen wurden; wohl besitzen sie die nämliche feste Beschaffenheit, die nämliche violette Färbung, aber sie können sehr lange bestehen, ohne eine Verkäsung oder eine centrale Erweichung zu erfahren. Sie können sich auch in Lupus-Knötchen fortsetzen, es giebt solche unmerkliche Übergänge zwischen den beiden Typen von Tuberkulose, es sind das die sog. Zwischenformen.

Wir werden bald sehen, daß diese gummösen Tumoren sich in der Folge in andere Formen der Hauttuberkulose umwandeln können; die von RIEHL kürzlich als *Tuberculosis fungosa* der Haut beschriebene Varietät scheint gleichfalls in die Gruppe der *Tuberculosis gummosa* zu gehören.

d. Tuberkulöse Geschwülste: Bei dieser Form, deren Beschreibung wir vor allem DOUTRELEPONT¹⁷ zu verdanken haben, bilden die Tuberkel umfangreiche Massen, die meistens zahlreich vorhanden sind, aber vereinzelt stehen und in ihrem Anblick an *Mycosis fungoides* oder Sarkom erinnern; sie sind weich, von elastischer Beschaffenheit, schuppig und können lange Zeit bestehen, ohne geschwürig zu zerfallen.

Ähnliche Neubildungen können sich zusammenfinden und geschwürig zerfallen. RIEHL¹⁸, WICKHAM und GASTON¹⁹ haben derartige Fälle veröffentlicht.

e. Geschwürige Tuberkulose. Die meisten Formen der Hauttuberkulose fangen schliesslich an zu ulzerieren; abgesehen hiervon aber giebt es einzelne Formen, bei denen der geschwürige Zerfall das hervorstechendste Sympton bildet.

Unter diesen ist in erster Linie die primäre, ulzeröse Form hervorzuheben, ferner die *Tuberculosis ulcerosa miliaris*, die auf Kosten der Haut immer weiter wächst, fast ausschliesslich an den Körperöffnungen entsteht, von wo aus sie weiter vordringt und immer in Begleitung einer meist rasch verlaufenden Lungenschwindsucht erscheint. Nur ganz ausnahmsweise entwickelt sich im Zusammenhang mit dieser geschwürigen Form ein Lupus vulgaris oder eine andere Form von Hauttuberkulose. Zweifelsohne ist bei jener Form die schädliche Wirkung des Bacillus zu mächtig, als daß die mehr abgeschwächten und verhältnismäßig milden Varietäten mit langsamem Verlauf entstehen könnten.²⁰

¹⁷ DOUTRELEPONT: *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. XX. S. 46.

¹⁸ RIEHL: *Monatsh.* B. XX. S. 689.

¹⁹ WICKHAM und GASTON: *Bull. de la Société de Dermat.* 1895.

²⁰ Derartige Tuberkulosen der Phthisiker können bisweilen eine beträchtliche Ausdehnung erreichen. Bei einem Kranken, den ich erst kürzlich zu Gesicht bekam, maß die Geschwürsfläche am After von vorn nach hinten 12 cm, von rechts nach links 8 cm.

Die Geschwüre können teilweise vernarben und werden nur ausnahmsweise papillomatös oder vegetierend.

Diese Geschwüre bei Brustkranken sind von anderen Formen auseinander zu halten, die bei sonstiger Tuberkulose der Haut oder der Eingeweide vorkommen.²¹ Letztere sind für gewöhnlich vegetierend und sitzen in der Regel in größerer Entfernung von den Körperöffnungen; auch fehlt bei ihnen die rasch fortschreitende Tuberkulose der Atmungswege.

Zuweilen, darauf hat DOUTRELEPONT aufmerksam gemacht, ähnelt das tuberkulöse Geschwür so sehr einem *Ulcus varicosum*, daß man die bakteriologische Untersuchung und den Impfversuch zur Sicherung der Diagnose zur Hilfe nehmen muß. Andere serpiginiöse Geschwüre gummösen Ursprunges sehen wieder einem phagadänischen Schanker zum Verwechseln ähnlich; auch hierauf hat DOUTRELEPONT²² zuerst hingewiesen.

Man muß also unter den geschwürigen Tuberkulosen eine primäre Form, die *Tuberculosis miliaris acuta* der Schwindsüchtigen, die sekundäre *Tuberculosis vegetans* und die schankerförmigen Ulzerationen unterscheiden; dazu kommen noch die pustuloulzerösen Formen, von denen noch weiter die Rede sein wird.

f. *Tuberculosis suppurativa*. In Gemeinschaft mit L. WICKHAM habe ich 1888 festgestellt, daß die Hauttuberkulose aus eigener Kraft, unabhängig von jeder sonstigen Bakterieneinwirkung, zur Eiterung führen kann.⁴

Eine derartige Eiterung entsteht offenbar unter der Einwirkung von Toxinen, die vom Infektionskeim herrühren, sei es nun, daß diese Toxine eine besonders hochgradige Virulenz besitzen, sei es, daß die Patienten infolge einer unbekanntenen Veranlagung in dieser Weise reagieren.

Dabei kann die Eiterung unter verschiedenen Formen auftreten; sie besteht notwendig in allen den erwähnten Varietäten mit geschwürigen Prozessen; wir werden sie aber auch als Akneform des *Lupus erythematosus* in der Umgebung der Talgdrüsen kennen lernen und werden sie

²¹ Das Museum von Saint-Louis ist kürzlich um zwei schöne Exemplare solcher sekundärer Geschwüre bereichert worden. Das eine derselben, das nach einem Kranken von DU CASTEL angefertigt ist, zeigt auf dem Vorderarm zahlreiche Herde einer geschwürigen und gummösen Tuberkulose; die einzelnen Herde fließen nicht zusammen. Die untere Hälfte des Handrückens ist der Sitz einer großen vegetierenden Geschwürsmasse. Das andere Exemplar ist nach einem Patienten von DANLOS hergestellt; hier bedeckt eine große vegetierende Geschwürsfläche fast die ganze Fußsohle, ragt reliefartig etwa 1 cm empor und ist von flachen, nicht ulzerierten, lichenoiden Ausschlags-elementen umgeben.

²² *Arch. de Dermat.* 1896. S. 278.

²³ H. HALLOPEAU und L. WICKHAM: Über das Zustandekommen der tuberkulösen Eiterungen. *Congrès pour l'Étude de la Tuberculose*. 1888.

auch weitab von dem Herd der Toxinbildung antreffen. Noch häufiger endlich kommt die Eiterung an Stellen tuberkulöser Infektion vor.

Ebenso verhält es sich mit der pustuloulzerösen Form, mit der uns GAUCHER²⁴ 1889 auf dem ersten internationalen Kongress für Dermatologie bekannt gemacht hat; diese Form war schon vorher als Impetigo rodens beschrieben, ohne daß man indessen ihre wahre Natur erkannt hätte. Ihre Elemente bestehen aus kleinen epidermopapillären Eiteransammlungen, die sich alsbald in von Krusten bedeckte Geschwüre umwandeln. Bazillen findet man hier nicht, Meerschweinchen aber, die man mit dem Eiter impft, werden allemal tuberkulös.

Erst jüngst endlich habe ich auf eine eiterige Folliculitis hingewiesen,²⁵ die sich von der vorhergehenden Form darin unterscheidet, daß sie in der Umgebung der Haare auftritt und daß sie sich meistens in der Nähe von Tuberkeln entwickelt, die von erkrankten Drüsen oder von subkutanen tuberkulösen Gummata herrühren. Diese Folliculitis bleibt entweder oberflächlich und heilt ohne Substanzverlust; in diesem Falle verdankt sie ihren Ursprung den Toxinen allein, die sich von ihren bacillären Erzeugern getrennt haben. Oder aber es entwickelt sich aus ihr eine Hauttuberkulose — alsdann bildet sie das Hauptglied in der Kette von Übergängen zwischen den in der Tiefe sitzenden tuberkulösen Erkrankungen und der Hauttuberkulose.

B. Hauttuberkulose, die wahrscheinlich durch eine vom gewöhnlichen Bacillus abweichende Form veranlaßt ist.

a. Lupus erythematosus. In Bezug auf die Natur dieses Ausschlags sind die Ansichten der Dermatologen immer noch geteilt. Handelt es sich hier um eine Tuberkulose oder nicht?

Ich bejahe diese Frage ebenso entschieden²⁶ wie HUTCHINSON, BESNIER, BOECK, GAUCHER, THIBIERGE, BARBE und AUDRY und stimme teilweise auch BROCC zu. Die wichtigsten Gründe, die zu Gunsten unserer Ansicht sprechen, seien hier aufgezählt. Ich habe gemeinsam mit JEANSELME beobachtet, wie sich im Anschluß an einen Lupus erythematosus in der Nachbarschaft eine Drüsenentzündung bildete, deren tuberkulöse Natur wir nachweisen konnten. Einen ähnlichen Fall hat LEREDDE²⁷ veröffentlicht. Das Zusammentreffen von Lupus erythematosus mit *L. vulgaris* wurde schon vielfach beobachtet, noch ganz kürzlich von LACAVALERIE.

²⁴ GAUCHER: Form und Prognose der Hauttuberkulose bei Kindern. *Congrès de Dermat.* 1889.

²⁵ H. HALLOPEAU: Über eine neue Form von eiternden und pemphigoiden Tuberkeln bei Hauttuberkulose in Flächen mit excentrischer Ausdehnung. *Société de Dermat.* 1895. S. 494.

²⁶ HALLOPEAU: Wiener Kongress 1892. *Museum des Hôpital Saint-Louis.* Bd. 5. S. 3.

²⁷ LEREDDE: *Bull. de la Soc. de Dermat.* 16. Juni 1894. — JADASSOHN hat ebenfalls bei einem akuten und bei einem chronischen Fall Drüsentuberkulose gesehen. (A. a. O.)

Auch den *L. erythematosus* des verstorbenen **LELOIR** meine ich mit **THIBIERGE** so auslegen zu müssen. Hierher gehört ferner die Thatsache, daß **HARDAWAY**²⁸ kürzlich den Tuberkelbacillus in einem Falle antraf, der sämtliche klinische Symptome des *L. erythematosus* darbot. Auch reagiert der *L. erythematosus*, wie besonders **KAPOSI** beobachtet hat, auf das Tuberkulin; er hat, wie **THIN**²⁹ und **KAPOSI**³⁰ hervorheben, unter Umständen eine außerordentliche Ähnlichkeit mit dem *Lupus vulgaris*. Bei einem Patienten von **AUDRY** fanden sich innerhalb des Gebietes eines *L. erythematosus* tuberkulöse Veränderungen, ohne daß letztere an anderer Körperstelle vorhanden waren; und endlich ist Lungen- oder Knochentuberkulose bei Leuten mit *L. erythematosus* ein ganz gewöhnliches Vorkommen.

Diese Summe von Thatsachen scheint mir genügend, um die tuberkulöse Natur des *L. erythematosus* zum mindesten wahrscheinlich zu machen, trotzdem er in seinem Bau Abweichungen zeigt und Überimpfungen noch nicht geglückt sind. Man muß aber auch zugeben, daß er mit großer Wahrscheinlichkeit von Elementen ins Leben gerufen wird, die mit dem Tuberkelbacillus nicht identisch sind.³¹

Das Kochsche Mikrobion sucht man hier in der That vergebens, wenn nicht zufällig gleichzeitig ein *Lupus vulgaris* besteht. Der anatomische Bau des *L. erythematosus* entspricht nicht dem der bacillären Tuberkulose; seine Überimpfung ist noch nicht gelungen, und doch läßt sich die Entwicklung der Neubildung in ihren umschriebenen Formen nicht anders als durch die Annahme eines langsam weiterkriechenden körperlichen Giftkeimes erklären. Handelt es sich, wie ich wahrscheinlich gemacht habe, um eine Tuberkulose, so gelangen wir notwendig zu der hier vertretenen Annahme. Man begreift, daß diese Form, die sich von der bacillären unterscheidet, auch andere Toxine erzeugen muß, als die gewöhnliche Tuberkulose. Diese Toxine geben die Ursache für Erytheme und folliculäre Eiterungen ab, und falls sie in den allgemeinen Kreislauf gelangen, so bewirken sie auch, fern von dem Ort ihrer Geburt, einzelne Entzündungen, die ohne Spuren zu hinterlassen, wieder verschwinden, in der Form des *Erythema generalisatum*, das von **KAPOSI** beschrieben ist. Diese Annahme hat den Vorteil, die Widersprüche, die sich gegen die tuberkulöse Natur des *Lupus erythematosus* erheben, zu versöhnen und alle Thatsachen zu erklären; es gilt nur noch, das vermutete Mikrobion

²⁸ **HARDAWAY**: *Ann. de Dermat.* 1894.

²⁹ **THIN**: *Monatsh.* Bd. 22.

³⁰ **KAPOSI**: *Ann. f. Dermat.* 1893.

³¹ Wie **JADASSOHN**, so halte auch ich die von **UNNA** gewählte Bezeichnung *Erythem* für diese Dermatose für nicht sehr glücklich; denn *Erythem* bedeutet einfach Ausschlag, bedingt durch Hauthyperämie; ist also nicht destruktiv.

zu finden und seine Toxine darzustellen. (In der Syphilisfrage sind wir auch noch nicht weiter gelangt.)

Von den neu beobachteten Thatsachen seit der bedeutenden Mitteilung von MALCOLM MORRIS³² auf dem Wiener Kongress, die Erwähnung verdienen, sei das von mir beobachtete Vorkommen einer vegetierenden Form genannt³³; bei derselben können, wie ich gemeinschaftlich mit GUILLEMOT³⁴ gezeigt habe, gleichzeitig beträchtliche Einsenkungen bestehen, die von den Knötchen wulstförmig umgeben werden. Erwähnt sei auch noch das Vorkommen von akneartigen Entzündungen, deren zerstörende Wirkung eine so bedeutende ist, daß sie das Ohr läppchen völlig spalten können, sowie endlich das spontane Zustandekommen follikulärer Eiterungen — ein so seltenes Ereignis, daß es von UNNA ganz gelegnet wird.

Ich und JACQUES MONOD³⁵ haben dann auch noch über Lokalisationen des Lupus erythematosus auf dem behaarten Kopf berichtet; das Gesicht blieb dabei vollkommen frei, während auch beide Handflächen in ihrer ganzen Ausdehnung ergriffen waren. Wir verdanken RADCLIFFE CROCKER³⁶ die Kenntnis klinischer Formen unseres Lupus, in denen er bald einem Erythema tuberculorum oder papulosum, bald einer Psoriasis, bald einem Lichen planus ähnelt. BROcq hat gleichfalls bei dieser Dermatose deutlich lichenoiden Formen beobachtet, ohne daß man indess eine sekundäre Lichenifikation infolge des Kratzens hätte annehmen können. RADCLIFFE CROCKER hat auch noch auf das Vorkommen von Telangiectasien beim Lupus erythematosus aufmerksam gemacht.

Neue Thatsachen sind ferner beigebracht, die das Vorkommen der von KAPOSI³⁷ beschriebenen disseminierten, erythematosen Form bestätigen, die mit Unrecht angezweifelt worden ist. BESNIER und ich haben solche Fälle beobachtet; der meinige ist besonders beweisend, denn ich beobachtete, wie eine Plaque vom typischen Lupus erythematosus auf eine Erythrodermia disseminata folgte. Als neue Symptome bei dieser disseminierten Form konnte ich örtliche Asphyxie, Urticaria-Plaques und kleine Narben bezeichnen.

b) Lupus perniciosus. BESNIER hält diese Form für eine Varietät des Lupus erythematosus, mit dem sie zusammen vorkommt, TENNESON dagegen für eine besondere tuberkulöse Erkrankung; er beobachtete sie gleichzeitig mit Lupus vulgaris. Dem von HUTCHINSON beschriebenen

³² MALCOLM MORRIS, *Wien. Kongress*. 1892.

³³ H. HALLOPEAU, *Ann. de Derm.* 1892.

³⁴ HALLOPEAU et GUILLEMOT, *Bull. de la Société de Derm.* 1895.

³⁵ HALLOPEAU u. J. MONOD, *Ebendas*.

³⁶ RADCLIFFE CROCKER, *Journ. of cut. and gen. dis.* Bd. 12. 1896.

³⁷ KAPOSI, *Pathol. u. Therapie d. Hautkrankh.* 1893.

Frostlupus ist sie nahe verwandt. TENNESON³⁸ hat dabei, als neues Symptom, eine Erweiterung der Follikelöffnungen gefunden.

Alles, was zu Gunsten der tuberkulösen Natur des Lupus erythematosus gesagt wurde, gilt auch für den Lupus pernio.

C) Hauttuberkulose infolge von Toxinen, die aus ferner liegenden Herden stammen.

Unter dieser Bezeichnung fasse ich diejenigen Ausschläge zusammen, die sich bei Tuberkulösen entwickeln; meistens bestehen gleichzeitig auch bacilläre Dermatosen, von denen jene dann zuweilen unmittelbar hervorgerufen werden; sie sind nicht destruktiv, besitzen nicht den Bau von bacillärer Tuberkulose, lassen sich nicht überimpfen und können unter der Einwirkung des Tuberkulins entstehen.

Bis in die jüngste Zeit ist die tuberkulöse Natur dieser Ausschlagsformen allgemein verkannt worden; wir werden sehen, daß das bei keiner einzigen von ihnen mehr bestritten werden kann.

Es kommen hier in Betracht: der Lichen scrofulosorum, die Acne cachectica, die Acne scrofulosorum, die Folliculitis isolata seu agminata in Flächenform mit excentrischem Fortschreiten, die papulovesikulöse Tuberkulose sowie das Erythema tuberculorum.

a. Lichen scrofulosorum. Bekanntlich haben JACOBI und SACK fast gleichzeitig erklärt, daß dieser Lichen auf tuberkulöser Grundlage entstehe; sie stützten sich dabei auf den histologischen Befund, und außerdem hatte JACOBI in dem entzündeten Gewebe einen Bacillus gefunden. Diese Erklärung rief viele Widersprüche hervor, KROMAYER, KAPOSI, LUKASIEWICZ suchten sie zu widerlegen. Letzterer betonte, daß der fragliche Lichen durch das Ausbleiben von Verkäsung, durch die Gutartigkeit des Ausschlags und die rasche Rückbildung sich von der Hauttuberkulose unterscheidet; außerdem handle es sich dabei auch um andere Veränderungen als bei der Tuberkulose; man finde nicht die typischen, scharf gesonderten Knötchen ohne Gefäße und erkennbar an ihrem charakteristischen Reticulum; und was den von JACOBI gefundenen Bacillus anbelange, so sei seine Bedeutung sehr fragwürdig, da er von allen anderen Forschern vergeblich gesucht wurde; die Anwesenheit von Riesenzellen habe nichts charakteristisches, man finde sie ja auch vielfach bei Dermatosen, die mit der Tuberkulose gar nichts zu schaffen haben. Auch KROMAYER bestreitet vom rein histologischen Standpunkt aus die tuberkulöse Natur des Lichen scrofulosorum, dem ein wichtiges Charakteristikum der tuberkulösen Infektion, die Zerstörung der normalen Gewebselemente durch die Neu-

³⁸ TENNESON, Lupus pernio. *Museum des Hôpital Saint-Louis*. Bd. 18. pag. 136.

bildung, fehlt. Die Impfversuche sind immer leer ausgefallen, selbst wenn sie, wie neulich noch von JADASSOHN, unter den günstigsten Bedingungen ausgeführt wurden. Man könne der Tuberkulose also höchstens vorwerfen, daß sie den Boden für diesen Lichen vorbereite — eine Ansicht, der sich auch UNNA anschließt.

Aber alle diese Beweisgründe halten nicht Stand angesichts von Thatsachen, die die tuberkulöse Natur dieses Lichen positiv beweisen. Ich habe dabei zwei klinische Beobachtungen im Auge, die bereits veröffentlicht sind³⁹ und die meines Erachtens die Frage entscheiden. In diesen beiden Fällen waren die lichenoiden Elemente tatsächlich um die tuberkulösen Veränderungen gruppiert; offenbar gingen sie auch von den letzteren aus, wie das bei einem Syphilid mit excentrischem Fortschreiten die sekundären Papeln auf Kosten des primären und central folgenden Elementes thun. Bei dem einen Patienten, dessen Wachsnachbildung ich herumgebe, sind die Lichenhaufen am Stamm sehr zahlreich, während sich an den Unterextremitäten nur drei derselben finden. Diese Unterextremitäten verdienen die größte Aufmerksamkeit: hier stehen tatsächlich Lichenpapeln um Narben und Lupusknötchen herum, deren Fortsetzung sie offenbar bilden. Die Anordnung ist dabei folgende: in der Mitte befindet sich die Narbe, die den Durchmesser eines 50 Centimesstück hat; man erkennt deutlich, daß ihr eine in die Tiefe dringende Entzündung der Haut zweifellos tuberkulöser Natur, wahrscheinlich ein Gumma, voranging; ähnliche Störungen bestehen zur Zeit noch in der Nackengegend. Rings um die Narbe gewahrt man einen Kranz dunkelrot gefärbter und leicht hervorspringender Knötchen mit allen Eigenschaften von Lupusknötchen. Dieser Kreis wird wiederum von einem Ring von Flecken und miliaren Lichenknötchen umschlossen; letztere sind natürlich viel blasser und fühlten sich bei der Berührung rau an; dabei gleichen sie ganz und gar den kleinen Knötchen der typischen Lichenhaufen am Stamm. Dieses ganze Verhalten läßt doch nur die Deutung zu, daß sich zuerst in der Tiefe der Cutis oder im Unterhautzellgewebe ein tuberkulöser Herd entwickelt hat, von dem die große centrale Narbe herrührt. Die Infektionskeime haben sich dann excentrisch von diesem Herd in der benachbarten Cutis ausgebreitet und hier zur Entwicklung von Lupusknötchen geführt; ein noch weiteres Vordringen endlich der Bacillen, oder wahrscheinlicher ihrer Toxine, hat dann die Lichenpapeln gezeitigt; diese letztere Lokalisation fand um die Haarbalgfollikel statt. Höchstwahrscheinlich sind sowohl die Follikel, wie auch, entsprechend meinen Beobachtungen, die Schweißdrüsen, bei

³⁹ HALLOPEAU, Über einen Fall von Lichen scrofulosorum und die tuberkulöse Natur dieses Leidens. *Bulletin de la Société de Derm.* 1892. pag. 120. — Über einen Fall von Lichen scrofulosorum; Nachweis seiner tuberkulösen Natur. *Ebendas.* 1894. pag. 253.

Kindern und jungen Leuten, die an dieser Dermatose leiden, leicht durch das tuberkulöse Gift infizierbar. Als weiteren Beweis für die Richtigkeit meiner Anschauung führe ich die Beobachtung von SCHWENINGER und BUZZI⁴⁰ an, die nach Tuberkulineinspritzungen diese Lichenform entstehen sahen.

Aus diesen Thatsachen ist der Schluss berechtigt, dass die Hauttuberkulose sich nicht ausschliesslich durch destruktive Prozesse verrät, sondern dass ihre Symptome, wenn die Einwirkung von Toxinen deren nächste Ursache war, sehr milde verlaufen können; in diesen Fällen lassen sich die Neubildungen nicht überimpfen und haben einen anderen Bau als diejenigen der bacillären Tuberkulose.

b. *Folliculitis suppurativa disseminata seu agminata*. Diese Veränderungen scheinen, in ihren einfachen Formen wenigstens, nicht gerade selten zu sein, ihre tuberkulöse Natur aber ist bisher noch nicht erkannt worden. Ich habe, ebenso wie meine Kollegen DU CASTEL und FEULARD, kürzlich versucht, die Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand zu lenken.⁴¹ Als Varietäten dieser Form hat man die *Acne cachectica*, die *Acne scrofulosorum* sowie die disseminierte, papulovesiculöse Form zu betrachten, die ich im Jahre 1888 beschrieben habe.⁴²

Die tuberkulöse Natur dieser Dermatosen lässt sich, wie mir scheint, mit Sicherheit aus folgenden Thatsachen erschliessen: Derartige Follikulitiden treten sehr häufig zusammen mit *Lichen scrofulosorum*, dessen tuberkulöse Natur ich soeben bewiesen habe, auf. Immer beobachtet man noch andere tuberkulöse Symptome. Sie sind mit jener Form der *Folliculitis suppurativa* identisch, die ich im Verlauf tuberkulöser Gummata und an Lupusherden beobachtet habe. In der Regel findet man bei ihnen keine Spur von Eiterkokken. Sie haben endlich sehr viele Ähnlichkeit mit dem pustulösen Ausschlag, den ich gleichzeitig mit der allgemeinen Reaktion nach Tuberkulinimpfungen habe auftreten sehen.

Die Follikulitis sitzt fast immer am Stamm und an den Gliedern, mit Vorliebe an den Unterextremitäten. Sie kann die verschiedenartigsten Symptome aufweisen. In den allermeisten Fällen handelt es sich um papulöse Knötchen von Hirse- bis Hanfkorngröße, die rot und spitz und entweder von einer Kruste oder von einer Papulovesikel gekrönt sind;

⁴⁰ SCHWENINGER u. BUZZI, *Lichen scrofulosorum* nach Tuberkulineinspritzungen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891.

⁴¹ H. HALLOPEAU, Über eine neue Form eiternder Hauttuberkulose und ihre physiologische Deutung. *Bulletin de la Société de Derm.* 1895. pag. 424. — Zweite Mitteilung. Ebendas. 1896. pag. 2. — Über die Entstehung und die pathogenetische Bedeutung der *Folliculitis disseminata* bei Tuberkulösen. Ebendas. 1896. pag. 208.

⁴² H. HALLOPEAU, *Vereinigung der Ärzte des Hôpital Saint-Louis*. 1888.

umgeben sie sich noch mit einem hämorrhagischen Hof, so werden sie *Acne cachectica* genannt.

Vor einiger Zeit habe ich gezeigt, daß sie auch zusammenfließen können, woraus dann eine ganz eigenartige und noch nicht beschriebene Dermatose mit besonderen Symptomen entsteht.

Derartig gehäufte entzündete Follikel bilden harte Flächen, die selber wieder völlig zu größeren Herden zusammenfließen können; neue Pusteln mit ganz oberflächlichen Geschwüren bilden sich an ihrem Rande und in der Nachbarschaft; die umgebende Epidermis kann von pemphigoiden Blasen abgehoben sein; es kann sich aber auch der ganze Rand der verdickten Fläche wulstartig erheben und excentrisch sich immer weiter ausdehnen, während sein innerer Teil sich wieder abflacht; die Flächen dehnen sich dabei sehr schnell aus, bilden sich aber in der Mitte unter Abflachung zum Teil zurück. Ich habe einen Fall im Gedächtnis, wo ein solcher Herd innerhalb weniger Wochen fast die ganze hintere Fläche des Unterschenkels bedeckte.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man weder Bacillen, noch tuberkulöse Veränderungen; DARIER und J. LAFITTE haben im wesentlichen nur die Veränderungen einer Perifollikulitis vorgefunden, was auch zu Gunsten der Einwirkung von Toxinen spricht.

Gemeinsam ist den verschiedenen, durch Toxine hervorgerufenen Entzündungen, die ich der Reihe nach erörtert habe, der Umstand, daß sie alle in der Umgebung der Haarbälge sitzen. Diese Lokalisation, meint LERÉDDE, stehe nicht im Einklang mit der Annahme, das Gift sei tuberkulöser Natur, da dieses ausschließlich das Bindegewebe anzugreifen soheine. Diesen Widerspruch kann man sich aber, wie ich bereits bemerkt habe⁴⁸ erklären, wenn man erwägt, wie verschieden dieses Gewebe in den verschiedenen Körperteilen beschaffen ist: infolge seiner Lymphspalten ist es der gegebene Vermittler zwischen den höher organisierten Elementen, Zellen, Drüsen, Muskeln, Nerven, die es umgiebt, und der Zirkulation; es ist daher notwendig mit den Zersetzungstoffen dieser Organe gesättigt und hat daher in der Nachbarschaft eines jeden von ihnen eine andere chemische Zusammensetzung; es läßt sich demnach wohl verstehen, daß das Bindegewebe, welches die Hautdrüsen umschließt, einen günstigen Boden für die Wirkung der Toxine abgeben kann, während die anderen Teile des nämlichen Gewebes diesem Reiz gegenüber sich reaktionslos verhalten.

c) *Erythema tuberculosum*. Die tuberkulösen Erscheinungen auf der Haut können rein erythematös ausfallen. BAYER und SCHLANGREIEFF

⁴⁸ H. HALLOPEAU, Über eine neue eiternde und pemphigoid Form der Hauttuberkulose in Herden mit excentrischem Fortschreiten. *Bull. de la Soc. de Derm.* 1895. pag. 427.

haben derartige Ausschläge bei Personen beobachtet, die an akuter Lungentuberkulose litten; bald verschwanden sie rasch wieder, bald dauerten sie 14—20 Tage an; sie befielen alle Gegenden der Haut und hatten die grösste Ähnlichkeit mit jenen Erythemen, die so häufig nach Tuberkulinspritzungen auftreten.

d) Mischformen. Alle Erscheinungen der Tuberkulose, von denen bis jetzt die Rede war, können auch zusammen auftreten. Ich selber habe bei dem nämlichen Individuum kutane und subkutane Gummata tuberculosa, Follikulitis, Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa und Lichen scrofulosorum gesehen. Es kann ausnahmsweise auch geschehen, daß die Tuberculosis ulcerosa miliaris zum Ausgangspunkt eines Lupus vulgaris wird, oder daß zu tuberkulösen Gummata eine Tuberculosis verrucosa oder ein Leichten tuberkel hinzukommt. Durch solche Thatsachen wird die nahe Verwandtschaft zwischen allen diesen Krankheiten bewiesen.

IV.

Dermatosen, die bei den Tuberkulösen nur einen günstigen Boden finden.

Ist ein *Eccema tuberculorum* anzuerkennen? HUTCHINSON, UNNA, NEISSER und EDDOWES bejahen diese Frage. Nach UNNA kommt es namentlich in der Umgebung der Öffnungen des Gesichtes vor; es trifft mit katarrhalischen Entzündungen der Schleimhäute, besonders der *Conjunctivae* zusammen, mit *Keratitis phlyctaenoides* Form und mit *Rhinitis*; die kranken Stellen sind geschwollen und jucken; die oberflächlichen aber großen Vesikeln trocknen rasch zu dicken Borken ein, die Nachbardrüsen schwellen an. Diese Beschreibung entspricht so ziemlich der Schilderung, die BAZIN von seinem *Eccema scrofulosum* entwirft. Die Richtigkeit dieses klinischen Bildes ist unbestreitbar; aber — handelt es sich um ein Leiden, das durch den Tuberkelbacillus oder dessen Toxine erzeugt ist? Bis jetzt ist das noch nicht erwiesen; die Impfungen mit den Sekreten dieses Ekzems bleiben steril. Man kann, mit mehr Recht vielleicht, die alte Auffassung wieder hervorholen, wonach die Skrofulose der Tuberkulose den Boden vorbereitet, während sie sich klinisch durch solchen Bläsenausschlag bemerkbar macht. Allerdings hat EDDOWES in einem ekzematösen Ausschlag Bacillen gefunden, aber dieser Ausschlag besaß nicht die Eigenschaften, die ihm nach UNNA zukommen; es handelte sich vielmehr um ein trockenes, stark schuppendes und nicht juckendes Ekzem. Es bleiben für diesen Punkt noch weitere Untersuchungen erforderlich.

Es erübrigt noch, auf die Beziehungen hinzuweisen, die zwischen der Tuberkulose und verschiedenen Dermatosen bestehen. Die Kliniker haben eine solche Beziehung zur *Pityriasis versicolor* seit langem anerkannt und für die *HEBRASche Pityriasis rubra* hat JADASSOHN das nämliche

nachgewiesen. Aller Wahrscheinlichkeit nach handelt es sich hier auch nur darum, daß bei den Tuberkulösen ein besonderes Verhalten der Gewebe der Entwicklung dieser Dermatose von vornherein günstig ist, oder daß die Gewebe durch die Einwirkung der tuberkulösen Toxine in diesem Sinne umgestimmt werden.

Nach der Auffassung von TOMMASOLI sind es Auto-Intoxikationen, die den Organismus gleichzeitig für die Tuberkulose und für viele Hautkrankheiten vorbereiten, als da sind: Impetigo herpetiformis, Ichthyosis, Pityriasis rubra pilaris, Keratosis pilo-follicularis, Pemphigus, Psoriasis, Lichen, das maligne exfoliative Herpetid, Erythema nodosum u. s. w. Nach meinen persönlichen Erfahrungen kann ich mich dieser Meinung nicht anschließen.

V.

Therapeutische Bemerkungen.

Therapeutisch haben sich Abtragung und Kauterisation am wirksamsten erwiesen, sind aber leider nicht immer anwendbar. Verschiedene Versuche sind in der letzten Zeit gemacht worden, um auf die tuberkulösen Hauterscheinungen mit Impfungen von tuberkulösen und anderen Giften einzuwirken; ich brauche wohl nicht erst an die arg getäuschten Hoffnungen zu erinnern, die durch die Entdeckung des Tuberkulins geweckt wurden. Dennoch haben sich die Versuche zur Einschränkung und Heilung der Tuberkulose in dieser Richtung zu bewegen; ich habe deshalb in Gemeinschaft mit ROGER⁴⁴ interkutane Einspritzungen erysipelätöser Toxine vorgenommen; unsere Erfolge waren freilich ganz ungenügend und berechtigten nicht, das Verfahren in die Praxis einzuführen. Sie erlauben aber, im Verein mit den bei verschiedenen anderen infektiösen Krankheiten erzielten Ergebnissen und im Hinblick auf die heilende Wirkung, die ein interkurrierendes Erysipel zuweilen ausübt, zu hoffen, daß wir auf diesem Wege zu einer günstigen Lösung des für die ganze Menschheit so wichtigen Problems gelangen werden.⁴⁵

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

⁴⁴ H. HALLOPEAU und H. ROGER, Über die Einwirkung von Streptococcus-Toxinen auf den Lupus. *Presse méd.* 8. April 1896,

⁴⁵ Wenn es erst gelingt, eine abgeschwächte Kultur der Bacillen des Lupus vulgaris herzustellen, so ließe sich daraus vielleicht ein geeignetes Serum gewinnen.

Versammlungen.

Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins.

Sitzung vom 9. Dezember 1895.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 31.)

Drei Fälle von Verletzungen des Urogenitalapparates, von SEEFISCH.

1. Schufsverletzung der linken Niere. Anfangs Shock, Hämaturie, von zwölften Tage ab Pyurie ohne Blut. Später bildete sich noch an der Ausschussöffnung unter der zwölften Rippe ein Abscess, der geöffnet wurde. Allmählich schwanden alle Symptome; völlige Genesung.

2. Ruptur der linken Niere. Ein von einem schweren Wagen überfahrener Patient ist sehr kollaibert, klagt über Schmerzen in der linken Nierengegend und Blasengegend drei Fingerbreiten über der Symphyse. Dämpfung in der linken Nierengegend. Spärlicher blutiger Harn durch den Katheter entleert. Blase intakt, wie bei Füllung mit sterilem Wasser erkennbar. Hämaturie schwindet nach 5 Tagen, vom zweiten bis sechsten Tage peritonitische Reizerscheinungen und Temperaturerhöhungen, die zurückgingen. Heilung.

3. Stichverletzung der Blase. Der Stich war von hinten her durch die Glutaei, das Foramen ischiadicum minus in das Becken gedrungen und so die Blase verletzt. Starker Blutverlust durch Verletzung der Art. glutaea inferior. Hämaturie. Unterbindung der Arterie, Tamponade des Wundkanals. Eiterung. Heilung.

Sitzung vom 13. Juli 1896.

(*Deutsche Medicinalztg.* 1896, No. 60.)

Ein durch Exstirpation eines Nebennierentumors geheilter Fall von Morbus Addisonii. HADRA berichtet über eine 55 Jahre alte Frau, die seit 5 Jahren enorm heruntergekommen ist und an dyspeptischen Beschwerden, Erbrechen, heftigen Schmerzen im Epigastrium, Herzpalpationen litt. In der Regio epigastrica war ein sehr druckempfindlicher Tumor zu fühlen, der bei Aufblähung des Magens verschwand. Die Operation ergab einen vor der Aorta liegenden Tumor, dessen Stiel abgebunden werden konnte. Die Kranke genes und nahm schnell an Gewicht zu. Die anatomische Untersuchung ergab eine käsige entartete Nebenniere. Trotz der fehlenden Bronzefärbung nimmt Verfasser einen Morbus Addisonii als vorliegend an. — Die Entfernung der Nebenniere gelingt durch extraperitonealen Lumbalschnitt, leichter noch durch die Bauchhöhle hindurch.

OESTERREICH: Der Tumor war von einer fibrösen Hülle umgeben, das Mark war zum größten Teile zerstört, von der Rinde war noch ein Rest vorhanden. Tuberkelbazillen wurden in der käsigen Masse nachgewiesen. — Das Fehlen der Bronzefärbung ist bei Morbus Addisonii nicht selten. Die Allgemeinerscheinungen sind in diesem Falle nicht auf die Tuberkulose, sondern auf die Nebenniere zurückzuführen. Der Fall ist als geheilt anzusehen. — Der Redner glaubt, dass man beide Nebennieren ohne Gefahr entfernen kann.

G. LEWIN: Beim Morbus Addisonii wird in 70—75% der Fälle die Nebenniere erkrankt gefunden. Das Hauptkriterium für dieses Leiden liegt in der Hautfärbung. Im vorliegenden Falle war der maligne Tumor Ursache der Erkrankung, nicht sein Sitz.

Über die Gelenkerkrankungen der Blennorrhöer spricht KÖNIG: Bei den Gelenkerkrankungen ohne sonstige bekannte Ursache findet man in wenigstens 90 % der Fälle Blennorrhoe. Es giebt kein Gelenk, das dabei verschont bleibt. Das klinische Bild der blennorrhöischen Gelenkerkrankung steht fest, auch wenn man nicht Gonokokken in den Gelenken findet. DUPLAY und RÆCLUS haben vier Gruppen unterschieden: Der leichteste Grad ist ein einfacher Hydrops. Bei der zweiten Gruppe trübt sich die Flüssigkeit, es scheidet sich Fibrin ab, die Kapsel schwillt an. Bei der dritten tritt die Kapselschwellung mehr hervor, es besteht paraartikuläre Phlegmone, besonders an Bändern und Sehnen; Ergufs unbedeutend. Der vierte Grad zeigt starke Schwellung, heftige Schmerzen, sehr geringen Ergufs, fast nur aus Faserstoff bestehend, pseudomembranöse oder ankylosierende Form.

Der Hydrops heilt leicht durch einfache Punktion und Karbolinjektion; schlimmer steht es um die anderen Formen. Hier treten Formveränderungen, Verwachsungen und vor allem knöcherne Vereinigung oft überraschend schnell, schon in wenigen Wochen ein. Die Faserstoffablagerung ist dabei von Wichtigkeit. Besonders gefährdet ist das Kniegelenk. Am Handgelenk leiden leicht die Sehnen. — Gegen die periartikuläre Phlegmone ist Jodtinktur bis zur Blasenbildung von Wert; die Franzosen brauchen Vesikantien. Ruhestellung und Distraction, dieses bei drohender Ankylose, ist von Wichtigkeit. Eine beginnende Ankylose wird oft durch kräftige Massage gelöst; später sind Brechversuche mit passiver Bewegung von Wert, welche aber ungeheure Schmerzen verursachen.

NASSE bestätigt die Häufigkeit der blennorrhöischen Arthritis. In 14 von 27 Fällen konnten Gonokokken festgestellt werden. Auffallend ist oft die bräunliche Färbung des hydropischen Exsudates. Die gute Prognose des Hydrops wird durch häufige Recidive verschlechtert. — Blennorrhöische Sehnenscheidenentzündung und Schleimbeutelentzündung (besonders an der Bursa achillea) ist nicht selten. — Der Hydrops schwindet bei Ruhe und leichter Kompression. — Die Eröffnung des Gelenkes ist nur für einzelne Fälle ratsam. — Energische, sehr schmerzhaftige Massage verhilft manchmal die Ankylose. — Frauen erkranken ebenso häufig wie Männer, bei ihnen ist meist das Handgelenk ergriffen.

KOERTZ schließt sich KÖNIG an. Auffallend ist oft die grofse Schmerzhaftigkeit ohne erheblichen Befund; grofse Gypsverbände sind da oft von Nutzen. — Mehrmals wurden Resektionen nötig.

G. LEWIN hat nur bei 2 % der Fälle von Blennorrhoe Gelenkerkrankungen gesehen. Sie scheinen mehr bei wiederholter Erkrankung aufzutreten. — Salicyl und Jodkalium ist neben Ruhe hin und wieder wirksam. — Die Rolle des Gonococcus ist nie zweifelhaft; es scheint aber, als ob dieser für viel zu viele Leiden verantwortlich gemacht wird.

KÖNIG vermutet, dafs es sich um eine Mischinfektion handelt.

SOHNELLER findet bei starker Schmerzhaftigkeit Jodkalium in kleinen Dosen 1–2stündlich oft sehr wirksam. — Ruhestellung ist im allgemeinen richtig, Gypsverbände begünstigen aber die Entstehung einer Ankylose. Bei Ergüssen hat Punktion mit Sublimat- oder Jodoforminjektion Erfolg.

SALZWEDEL empfiehlt Alkoholverbände.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Deutscher ärztlicher Verein zu St. Petersburg.

Sitzung vom 18. Dezember 1895.

(St. Petersburg. med. Wochenschr. 1896. No. 8.)

Einen Fall von Noma stellt HOERSCHELMANN vor. Ein 3 $\frac{1}{2}$ Monate altes Kind, abgesehen von Rhachitis ganz gesund, erkrankte ohne nachweisbare Ursache mit

Fieber und großer Unruhe. Das rechte Ohr schwell an, die Umgebung rötete sich, und es entstand eine sich schnell ausbreitende Gangrän, welche sich über den ganzen Gehörgang bis zum Felsenbein ausbreitete, den Proc. mastoideus bloßlegte. (Das Kind ist später an dem Leiden zu Grunde gegangen.) — In dem Gewebe fand man massenhaft Kokken. — Der Vortragende bespricht die Anschauungen über die Ätiologie der Noma und hebt hervor, daß bei diesem Patienten weder durch eine akute Infektionskrankheit, noch durch kachektischen Zustand die Disposition zur Noma gegeben war.

LUNIN weist auf die Möglichkeit einer nervösen Entstehungsursache hin.

VORONICHIN hat durch Durchschneidung der in der Wangenschleimhaut verlaufenden Nerven nomaähnliche Gangrän erzielt. — Kontagiosität der Noma bezweifelt er, ebenso wie die anderen Redner. (Ob dieser Fall wirklich als Noma und nicht vielmehr als gangränöses Erysipel aufzufassen ist? D. Ref.)

Den Verlauf einer inveterierten Harnröhrenstriktur berichtet ASSMUTH. Eine alte Striktur wollte Verfasser forciert mit LE FORTScher Sonde erweitern, die aus einem allmählich anschwellenden elastischen Bougie besteht, das übergeht in einen Metallkegel, der an einer Metallsonde befestigt ist. Bei der Einführung, die gut von statten ging, blieb das elastische Bougie zurück; es war abgerissen. Dasselbe mußte durch Urethrotomia externa entfernt werden; bei dieser Operation fand Verfasser hinter der Striktur ein Harnröhrendivertikel, der neun Urophosphatsteine enthielt.

Über die Therapie der Hydrocele testis, spricht MORITZ. Bei einem Vergleich der Resultate der Radikaloperation gegenüber denjenigen nach Punktion und Jodinjektion kommt er zu der Schlussfolgerung, daß letzteres Verfahren ebenso gute Ergebnisse liefert und deshalb wegen seiner Einfachheit, der unnötigen Narkose, des kurzen Krankenlagers fast stets vorzuziehen ist. Nur wo man eine Inspektion des Hodens für wünschenswert hält, wird man zur Radikaloperation greifen.

LINGEN stimmt zu.

TILING zieht die Radikaloperation zu. Der Krankenhausaufenthalt beträgt nur 10 Tage, Recidive sind ausgeschlossen. Die Jodinjektionen sind bei der Hydrocele haemorrhagica chronica der Greise direkt contraindiziert.

ASSMUTH glaubt doch, daß die Schnittmethode weniger Recidive giebt.

ANDERS findet, daß die Jodinjektionen von Kindern oft sehr schlecht vertragen werden. Zuweilen bildet sich bei diesen die Hydrocele spontan zurück, was SCHMIDT bestätigt, der auch die Radikaloperation für das Normalverfahren ansieht.

MORITZ veranschlagt die Zahl der Recidive nach Jodinjektion auf 20%. Diese Ziffer rechtfertigt nicht die eingreifende Radikaloperation.

Jessner-Königsberg i. Pr.

VII. Ärztetag der Gesellschaft livländischer Ärzte in Wenden.

14.—16. September 1895.

(*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 7 u. 8.)

Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis in Livland. Der VI. Ärztetag hatte eine Kommission eingesetzt zur Beratung über die Bekämpfung der Syphilis in Livland; den Bericht dieser Kommission legt H. TRUBNIK vor. Die endgültig aufgestellten Punkte sind kurz folgende:

1. Vaccination ist ausschließlich mit animaler Lymphe vorzunehmen, welche die Kreisärzte zu beschaffen verpflichtet sind.

2. Ammen ohne ärztliches Zeugnis sollen nicht zugelassen werden; bei syphi-

lischen Säuglingen dürfen nur syphilitische Ammen angestellt werden. Den Ärzten wird die sanitäre Kontrolle der Ammen ans Herz gelegt.

3. Die Rabbiner sind beim Beschneidungsakt zu kontrollieren, da durch das rituelle Aussaugen häufig Lues übertragen wird.

4. Die sanitäre Kontrolle der Prostituierten ist eine zweckmäßige, muß nur dem Gesetze gemäß gehandhabt werden.

5. Die Internierung infizierter Prostituierten für zwei Jahre in Asylen und Arbeitshäusern ist prinzipiell zu billigen, in praxi aber kaum durchführbar. Wohnungswechsel von infizierten Prostituierten muß in den Städten den städtischen Behörden gemeldet werden.

6. Die Besichtigung aller, auch der auf dem Transport befindlichen Arrestanten ist nötig, aber schon genügend vorgesehen.

7. Dasselbe gilt von den entlassenen und verabschiedeten Soldaten.

8. Eine sanitäre Kontrolle der in größeren und kleineren Fabriken beschäftigten Personen ist nötig. (Die sanitäre Kontrolle der Zöglinge höherer Lehranstalten, Studenten etc. wird abgelehnt.)

9. Die Regelung der Frage des Beibringens von Attesten bei der Eheschließung wird, bis entsprechende Gesetze erlassen werden, privatim mit Hilfe der Verwaltungsorgane, resp. der Provinzialsynode, angeregt.

Zuständigen Ortes soll petitioniert werden, daß gegen Kurpfuscher, die in Sachen der Syphilis viel Schaden stiften, Gesetzesbestimmungen geschaffen werden, welche leicht zu handhaben sind und strenge Strafen ermöglichen.

10. Die stationäre Behandlung der Syphilis ist der ambulatorischen vorzuziehen.

11. Die unentgeltliche Hospitalbehandlung Syphilitischer ist auf weitere Kreise auszudehnen.

12. Eine bindende Instruktion für die mit der Untersuchung Prostituirter beauftragten Ärzte ist notwendig.

Von Interesse sind einige Äußerungen in der Generaldebatte über diese eben aufgeführten Punkte:

J. SADIKOFF meint, der Kampf gegen die Syphilis sollte vom medizinischen Standpunkte aus geführt werden, nicht durch Gesetzgebung. Gegen die Bestimmungen der Kommission spricht das rein menschliche Gefühl: Das Individuum soll als Student, bei Eingehung der Ehe, bei Wahl der Amme, sogar als Arzt durch bindende Instruktionen bei Besichtigung der Prostituierten bevormundet werden. Nur der Punkt 11 sollte der Medizinalabteilung vorgelegt werden.

A. v. BERGMANN: Die Vorschläge der Kommission gehen auf eine Verschärfung der Gesetze hinaus. Diese haben sich aber leider als insuffizient erwiesen, um das Ziel zu erreichen. Sie scheitern an der Schlechtigkeit, dem Leichtginn, der Nachlässigkeit der Menschen, welche unter den Gesichtswinkel der Gesetze fallen. Der Ärztetag hat sein Bestes gethan, wenn er durch seine Initiative es dahin bringt, daß die Luetischen unentgeltlich behandelt werden. Die unentgeltliche Behandlung muß den Kommunen aufgelegt werden, welche von den Bordellen Abgaben erheben, für die Behandlung der Opfer der Prostitution aber nichts thun. Es ist nur Punkt 11 vom Ärztetage der Medizinalabteilung einzureichen.

Zur Bekämpfung der Lues enthält die *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 7 den Grundriß eines Planes, entworfen von der Gesellschaft livländischer Ärzte. Derselbe soll dem im November 1896 in St. Petersburg stattfindenden Kongress zur Bekämpfung der Syphilis in Rußland als Grundlage dienen. Es ist eine sehr ausführliche Arbeit, auf deren Wiedergabe leider hier verzichtet werden muß. Es wird erwähnt: 1. Syphilis unter der Landbevölkerung Livlands; 2. die Syphilis in der

städtischen Bevölkerung, mit spezieller Berücksichtigung der Schulen; 3. die Zusammensetzung und Vorbereitung des für den Kampf mit der Syphilis erforderlichen ärztlichen Personals; 4. die Aufsicht über die Prostituierten. In einer Beilage sind die Beziehungen der Syphilis zur Ehe besprochen und hier die Beibringung eines ärztlichen Attestes seitens der Nupturienten, sowie das Verbot der Trauung eines recent syphilitischen Nupturienten ohne Zustimmung des anderen verlangt. Die geforderten Mafsregeln werden in bündigen Sätzen niedergelegt. Jedenfalls eine sehr erschöpfende Bearbeitung der Syphilisprophylaxe, die größte Beachtung verdient.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 26. Heft 1 und 2. 1896.

I. Ein Fall von *Naevus verrucosus*, von VEIEL. Verfasser beschreibt einen Fall, den er im Jahre 1891 auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg vorgestellt hat. Es handelt sich um ein neunjähriges Mädchen, das gesunde Eltern und eine gesunde sechsjährige Schwester hat. Abgesehen von einem Ausfluss aus beiden Ohren, an welchem sie vor zwei Jahren gelitten hat, war sie stets gesund. Vor etwa einem Jahre zeigte sich in der Mitte des rechten unteren Augenlids eine hirsekorngroße, helle Warze, die vom Vater der Patientin mit einer Schere abgeschnitten wurde. Bald darauf entwickelten sich von der Wunde aus am unteren Augenlide neue Warzen, welche nach dem äußeren Augenwinkel hin sich ausbreiteten und allmählich auch auf das obere Lid und den nasalen Teil der Augenlider übergriffen. Vor etwa 1½ Monaten trat die warzige Wucherung an der korrespondierenden Stelle des linken Augenlides auf und dehnte sich in ähnlicher Weise wie auf der rechten Seite aus. Ferner zeigten sich warzige Efflorescenzen, aber größeren Kalibers in beiden Achselhöhlen. Die Affektion an anderen Körperstellen war angeboren. Die Haut der ganzen vorderen rechten Seite des Rumpfes und des oberen Drittels des Oberschenkels erscheint mit flachen, linsenförmigen, pigmentierten Erhebungen bedeckt. Dieselben bilden stellenweise Nester, zwischen denen sich normale Haut befindet, teils stehen sie ganze Strecken dicht nebeneinander. Die Farbe der Warzen ist gelblich bis grau. Am Halse reichen die Warzen, die hier größer und stärker pigmentiert sind, vorn bis zum Unterkiefer, nach hinten bis zur Haargrenze.

Verfasser beschreibt im einzelnen die Anordnung des Naevus an den verschiedenen Körperteilen. Wenn derselbe auch vorwiegend die rechte Seite befallen hat, so greift er doch an einzelnen Stellen, so in der Claviculargegend, am Abdomen, an der Wirbelsäule, wo die Anordnung der Warzen das Aussehen einer Gerstenähre hat, auch auf die linke Seite über. Die Dorsalflächen beider Füße, beide Kniekehlen, die Streckseite des Kniegelenks ist sogar links stärker als rechts befallen.

Der Naevus ist, dem Bilde nach zu urteilen, wegen seiner stellenweise ganz merkwürdigen Anordnung von großem Interesse.

II. Zur Statistik der tertiären Syphilis, von J. RAFF. Der strikte Beweis das das Quecksilber die Prozentzahl der tertiären Fälle vermindert, ist bisher nicht erbracht, weil es an einer Statistik fehlt, die nicht nur die Fälle von tertiärer Lues und die bei ihnen angewandte Therapie berücksichtigt, sondern überhaupt alle

Syphilitischen, von denen man Kenntnis bekommt, und die man längere Zeit hindurch auf ihre Behandlung und die Zahl der Späterscheinungen beobachtet hat, zusammenstellt.

Verfasser hat nun auf Veranlassung von Dr. JADASSOHN an dem im Allerheiligen-Hospital zu Breslau hinreichend lange beobachteten Prostituiertenmaterial, das sich aus verschiedenen Gründen für eine derartige Statistik besonders eignet, die Frage studiert, ob sich bei den Prostituierten ein Einfluß der Hg-Behandlung auf den Verlauf der Syphilis, speziell auf das Auftreten tertiärer Erscheinungen erweisen läßt. Es wurden zu diesem Zwecke alle diejenigen Prostituierten tabellarisch zusammengestellt, welche in den Jahren 1877—1895 im Hospital behandelt worden sind, und über welche verwertbare Notizen vorlagen. Die Tabellen berücksichtigen: Jahr der Kontrolleinschreibung, erstes Auftreten der Frühsymptome, Behandlung, Auftreten von tertiären Symptomen, Dauer der Beobachtung.

Von den 850 als syphilitisch bekannten Prostituierten waren 772 (61,6%), bei denen nur Frühsymptome, 39 (3,1%), bei denen Früh- und Späterscheinungen, und 39 (3,1%), bei denen nur Späterscheinungen beobachtet sind. Im ganzen sind unter diesen 850 also 78 an tertiären Erscheinungen erkrankt d. h. 9,1%. Dagegen haben unter 811 (772 + 39) Prostituierten, deren Frühleues bekannt geworden ist, und die infolgedessen eine Hg-Behandlung durchgemacht haben, 39 tertiäre Erscheinungen aufgewiesen, d. h. 4,8%. Nach der Ansicht des Verfassers kann diese Differenz von 4,3% nur durch die Hg-Behandlung erklärt werden. Selbst unter möglichst skeptischer Berücksichtigung aller Fehlerquellen ergibt sich, daß der Prozentsatz an tertiärer Syphilis bei den nicht mit Hg behandelten Prostituierten um 4% größer ist, als bei den mit Hg behandelten.

Die Frage, ob die Häufigkeit und Energie der Hg-Behandlung der Frühleues in einem Verhältnis steht zur Häufigkeit der tertiären Symptome, beantwortet Verfasser auf Grund seines Zahlenmaterials dahin, daß selbst bei ungünstigster Berechnung immer die mit Hg behandelten Prostituierten in Bezug auf die Häufigkeit tertiärer Symptome günstiger gestellt sind, als die nicht mit Hg behandelten und ferner, daß wenn diese Hg-Behandlung unter ein gewisses Maß heruntergeht (eine Kur und weniger) dieser Einfluß sehr wesentlich geringer ist, als wenn sie in mindestens zwei Kuren besteht.

Das Resultat der gesamten Untersuchungen wird in folgenden Schlusssätzen mitgeteilt:

1. Der mathematisch sichere Beweis dafür, daß Quecksilberbehandlung einen Einfluß auf das Entstehen tertiärer Syphilis besitzt, kann nur durch vergleichende Beobachtung aller Syphilitischen, nicht bloß der Tertiärsyphilitischen erbracht werden.

2. Solche Untersuchungen lassen sich zur Zeit am besten am Prostituiertenmaterial anstellen.

3. Bei einer solchen Untersuchung läßt sich zahlenmäßig bei jeder, selbst der ungünstigsten Art der Berechnung, feststellen, daß Quecksilberbehandlung einen unleugbaren Einfluß auf den Verlauf der Syphilis besitzt, indem sie die Zahl der tertiären Erkrankungen vermindert.

4. Der Prozentsatz der tertiären Syphilis ist unter den syphilitischen Prostituierten kein anderer als bei den anderen Bevölkerungsklassen.

5. Die sog. „unvermittelte Spätsyphilis“ spielt auch bei den Prostituierten eine große Rolle (50% unserer tertiären Fälle).

III. Ein Fall von Skleroderma diffusa, von E. WADSTEIN. Es handelt sich um eine 46jährige Patientin, die von Kindheit an nicht recht gesund gewesen ist, während der letzten fünf Jahre ein Herzleiden mit hier und da auftretenden Sym-

ptemen von Inkompensation gehabt, an Ulcera cruris und vielleicht auch an Erysipelas gelitten hat. Sie ist am 5. September unter schweren Allgemeinerscheinungen ins Krankenhaus aufgenommen und am 23. Oktober 1894 daselbst gestorben. Bei der Aufnahme war die Haut am ganzen Körper — Kopf und linker Arm ausgenommen — stark verdickt und fühlte sich derb und zähe an. An der äußeren Seite des linken Beines befand sich eine in der Heilung begriffene Wunde. Von geschwollenen Lymphdrüsen war nirgends etwas zu bemerken.

Die mikroskopische Untersuchung der Haut ergibt eine starke Verdünnung aller Epidermisschichten, in der Cutis dagegen eine bedeutende Vermehrung des Bindegewebes. Die Gefäße im subkutanen Bindegewebe zeigen mächtig verdickte Wände, welche auf einer starken Proliferation der Intima beruhen. In der Adventitia sowohl auch in der Media liefs sich häufig Infiltration mit Rundzellen beobachten. Das elastische Gewebe erscheint überall an Zahl und Volumen verringert.

Differentialdiagnostisch kommt neben der Sklerodermie die Elephantiasis arabum in Betracht. Gegen letztere spricht jedoch das Fehlen jeglicher Lymphstase oder Erweiterung der Lymphgefäße. Die Vermehrung des Bindegewebes ist allerdings verschiedenen Krankheiten eigentümlich; im vorliegenden Falle haben wir es aber auch noch mit Atrophie der Epidermis, sowie Atrophie und Dilatation der Gefäßschlingen im Stratum papillare im Verein mit Hypertrophie der Papillen und Musc. arrect. pil. zu thun. Diese Veränderungen scheinen am besten dem zu entsprechen, was ORTH „Scleroderma diffusa“ nennt.

IV. Kommt Lepra in Dalmatien vor? von L. GLÜCK. Verfasser berweifelt zwar, daß es sich bei dem jüngst von HOVORKA v. ZDERAS beschriebenen Falle (*Arch. f. Derm. u. Syph.* Band 24. Heft 1) wirklich um Lepra maculosa gehandelt hat, kann aber trotzdem auf Grund eigener Beobachtung das Vorhandensein der Lepra in Dalmatien nur bestätigen. Die ausführliche Krankengeschichte eines Falles von Lepra tubero-anaesthetica seu mixta bei einem 23jährigen jungen Manne, der nie seine Heimat verlassen hat, dient als Beweis. Die Frage, ob man es in diesem Falle mit acquirierter oder hereditärer Lepra zu thun habe, will Verfasser trotz der für die letztere Annahme sprechenden Anamnese (angebliche Lepra in der Familie des Vaters, langjährige lepröse Erkrankung der Mutter und einer älteren Schwester und trotz des nicht unwichtigen Umstandes, daß der bereits 23jährige Patient wie ein 17—18jähriger Bursche entwickelt ist) nicht entscheiden, da auf der einen Seite die anamnestischen Angaben nicht sichergestellt werden konnten, andererseits die Erfahrung gelehrt hat, daß die im jugendlichen Alter erworbene Lepra einen entschieden hemmenden Einfluß auf die Entwicklung des Körpers auszuüben pflegt.

Von Interesse ist in dem Falle, daß der Patient bis zum stärkeren Hervortreten der Krankheitserscheinungen vor zwei Jahren viele frische und getrocknete Fische gegessen, und daß die Mutter ihm die Fischnahrung verboten habe, weil sich durch dieselbe die Krankheit verschlimmern solle. Verfasser kann sich trotzdem HUTCHINSON'S Fische Theorie nicht anschließen, weil er nicht wenige Leprakranke gesehen habe, die ihr Leiden erworben hatten, ohne jemals Fische gegessen zu haben. Mit einer Ermahnung an die Behörden, rechtzeitig Vorkehrungen zur Beschränkung und Eindämmung dieser entsetzlichen Krankheit zu treffen, schließt die Abhandlung.

V. Ein Fall von Papillomatosis cutanea et vesicalis, von C. RASCH. Der Patient war 79 Jahre alt und gab an, seit 5½ Jahren zeitweilig an blutigem Harn, Harndrang ohne besondere Schmerzen zu leiden. Kurz nach seiner Aufnahme ins Kommunehospital wurde die Sectio alta vorgenommen und ein Papillom der Blasenwand exstirpiert. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als ein Papillom mit langen, verzweigten Bindegewebspapillen, besetzt mit einem vielschichtigen Epithel

ähnlichen Baues wie das zunächstliegende Blasenepithel, jedoch mit mehreren Schichten von Zellen. Andeutungen von Carcinom waren nirgends vorhanden. Einige Tage nach der Operation starb der Patient. Bei der Obduktion hatte Verfasser zum ersten Male Gelegenheit, den Fall zu sehen. Die Haut zeigte am Rücken, an der Brust, dem Unterleib und den unteren Gliedmaßen ca. 20 erbsen- bis haselnußgroße, teils gestielte, teils fixe fibromatöse und papillomatöse Naevi, zum Teil mit blumenkohlähnlich gelappter Oberfläche. An dem oberen Teil des Rückens, an der ganzen Brust und am Unterleibe fanden sich zahlreiche dichtgedrängte, erbsen- bis pfenniggroße flache Geschwülste von dem Aussehen seborrhöischer Warzen. Einzelne der gestielten Papillome enthielten Telangiectasien, es fanden sich auch mehrere flache, elongierte Naevi vor. Beide Achselhöhlen und Arme waren in ähnlicher Weise befallen. Am Halse bemerkte man einige miliare, stellenweise linsengroße, anthomähnliche kleine Geschwülste der Haut. Die Blase war stark kontrahiert; am Trigonum Lieutaudii fand sich eine unebene, teils oberflächlich ulcerierte, teils nach der Operation vernarbte Fläche. Tiefere Infiltrationen der Blasenwand an dieser Stelle waren nicht zu sehen. In dem obersten Teile der beiden Seitenlappchen der Prostata fanden sich unmittelbar unter der krankhaft veränderten Stelle der Blasenwand mehrere haselnußgroße Abscesse. Die Schleimhaut der Blase war im ganzen nicht geschwollen und injiziert.

Im Darm (Rectum und S. romanum) befanden sich verschieden große, gelappte, gestielte, polypöse Geschwülste (mikroskopisch: papillomatöse Adenofibrome).

Die mikroskopische Untersuchung der Hautgeschwülste ergab als wesentlichste Befunde bedeutend verlängerte, unregelmäßig verästelte, mit Rundzellen infiltrierte Papillen. Das Rete Malpighii war überall scharf vom Bindegewebe abgegrenzt; die untersten Zellen cylindrisch, die nächst oberen Schichten zeigten fast kubische Zellen. Das Stratum corneum war stark verdickt und scharf abgegrenzt. Die Haarfollikel, Talg- und Schweißdrüsen waren normal.

Verfasser bespricht die Pathogenese der Blasenpapillome, über die man bisher nichts Sicheres erfahren hat. Der vorliegende Fall spricht dafür, daß sie Geschwülste kongenitalen Ursprunges, innere „Naevi“, sind oder sein können, d. h. die sich unter gewissen, besonders senilen Zuständen auf dem Boden kongenital angelegter Keime entwickeln oder ein beschleunigtes Wachstum oder verstärkte Verbreitung erst im späten Alter erfahren, wie dies auch bei anderen Geschwulstformen (Lipom, Myxom, Chondrom, Sarkom, Carcinom, Melanom, Myxosarkom, Myxosarcoma fibrosum) der Fall sein kann. Cutane Naevi neben kongenitalen Geschwülsten in inneren Organen sind eine Erscheinung, die unter verschiedenen Verhältnissen beobachtet worden ist. Bei Epithelioma contagiosum findet man gleichzeitige Bildung und Entwicklung homologer Geschwülste an der Uvula, im Schlunde etc. Das Xanthom wird zuweilen von visceralen Erscheinungen begleitet. Beim Xeroderma pigmentosum hat man gelegentlich außer den Pigmentmälern, den Telangiectasien und den kutanen Epitheliomen die Entwicklung von Carcinomen in inneren Organen beobachtet. Dasselbe gilt von der Acanthosis nigricans.

VI. Serotherapie als Heilmittel der Syphilis, von B. TARNOWSKY. Der Verfasser wagt zunächst einen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Serumtherapie überhaupt und auf die bisherigen Versuche, die von verschiedenen Autoren mit dem Zwecke der Heilung der Syphilis angestellt worden sind. Man kann nämlich drei Arten der Serumbehandlung unterscheiden:

1. Einspritzungen des Serums gesunder Tiere — des Hundes (RICHEZ, HÉRICOURT, LARD), des Lammes und Kalbes (TOMMASOLI, KOLLMANN, MOZZA, ISTOMANOW).
2. Einspritzung menschlichen Serums von Kranken in der gummösen und

sekundären Periode (PELLIZZARI, WJEWIOROWSKI) und von hereditär-syphilitischen Kindern (BONADUCE).

3. Serumeinspritzungen von Tieren, denen vordem Syphilis eingepflegt wurde und zwar vermittelt a) Injektionen (am Hund und Esel) des Serums von Patienten mit primärer Syphilis oder in der Blüte der sekundären Erscheinungen (RICHET et HINCOURT, TRIBOULET, BARTHÉLEMY, WITHHAM); b) Inokulation (an Hunden und Ziegen) primärer syphilitischer Geschwüre, nässender und schleimiger Papeln sowohl, als Einspritzung des Serums von Kranken mit völliger Entfaltung sekundärer Erscheinungen (A. GILBERT et LOUIS FOURNIER).

Bislang sind von diesen Methoden keine positiven, sicheren Heilerfolge erzielt worden. Verfasser glaubte dies dem Umstande zuschreiben zu müssen, daß man bei der Beschaffung des Syphilisserums nicht analog verfuhr oder verfahren konnte wie beim Diphtherieheiserum, mit dem man zweifellos sehr zufriedenstellende Resultate erreicht hätte. Es müßte zur Gewinnung eines heilkräftigen Serums ein Tier genommen werden, das mehr oder weniger für die Syphilis empfänglich ist. Ein solches glaubte Verfasser im Füllen gefunden zu haben, das nach wiederholten Inokulationen mit Syphilisprodukten in vivo zwar keine syphilisähnliche Erscheinungen aufwies, dagegen bei der Sektion sowohl makroskopisch wie mikroskopisch in den Lymphdrüsen, in der Leber, im Herzen Veränderungen zeigte, die an solche des kondylo-matösen Stadiums der Syphilis erinnerten. Es wurden nunmehr systematisch an mehreren Füllen Inokulationsversuche gemacht. Das erste Füllen zeigte nach der am 15. Juni ausgeführten 24. Impfung (Applikation wässernder Papeln nach einem Vesikatorium) an beiden Seiten der Wirbelsäule gegen 15 umschriebene harte Knötchen in der Haut, die die Größe einer Haselnuß erreichten und schmerzlos waren. Darauf wurden sie allmählich kleiner und verschwanden gänzlich nach einem Monat, mit Ausnahme zweier, die noch bis Ende Juli durchzufühlen waren. Um diese Zeit entstanden neue Knötchen, von ähnlicher Größe und Konsistenz, wie die früheren. Sie saßen zu zweien in der Mitte der linken Hinterbacke und rechts in der Nähe des Schweifes. Sie wurden ebenfalls stetig kleiner und verschwanden bis Ende August, um welche Zeit auch neben der Wirbelsäule keine Knötchen mehr durchzufühlen waren. Von diesem Füllen wurde unter strengster Beobachtung aller Kautelen ein Serum gewonnen, das zu subkutanen Injektionen an Kranken diente. Es war eine völlig durchsichtige, gelblich gefärbte Flüssigkeit.

Zur Behandlung mit dem Serum wurden 6 Syphilispatienten mit solchen Erscheinungen ausgewählt, die in ausgeprägter Weise auf Quecksilber- oder Jodbehandlung zu reagieren pflegen. Das Resultat der ausführlich beschriebenen Versuche war kein günstiges. „Die Gangränescierung der primären syphilitischen Induration und weitere Entwicklung der Sklerose wurden durch das Serum der syphilitisierten Füllen nicht aufgehalten; die zweite Inkubationsperiode wurde bei dieser Behandlung nicht merkbar verlängert; auch die Erscheinungsweise der ersten Eruption blieb dabei unverändert (Fall 1 und 2). Ferner hat das Eruptionsfieber in Fall 3 unter dem Einfluß des Serums nicht nachgelassen; auch in der Entwicklung des fleckig-papulösen Syphilids mit gleichzeitiger Polyadenitis (Fall 3 und 4) wurden, abgesehen von einiger Verlangsamung, jegliche deutlicheren Veränderungen vermisst, im Vergleich zu solchen Fällen, in denen die Syphilis gar nicht behandelt wird. Die Verlangsamung im Auftreten der Eruption ist wahrscheinlich auf die Temperatursteigerung zurückzuführen, welche durch die Seruminjektionen entstand.

Die Serumbehandlung während der Blüte des ersten polymorphen Syphilids vermochte nicht das Auftreten einer neuen Eruption (Recidiv) aufzuhalten, die sich zur Zeit der Einspritzungen selbst einstellte (Fall 5).

Schließlich war diese Heilmethode bei ihrer Anwendung in der gummösen Periode nicht im stande, die nächtlichen Knochenschmerzen zu beseitigen und den Verlauf gummöser Geschwülste zu beeinflussen (Fall 6).

Angesichts obiger Thatsachen gelangt Verfasser zu der Schlussfolgerung, daß Einspritzungen von Serum syphilitischer Pferde keinen günstigen Einfluß auf den Verlauf der Syphilis, sowohl in der frühen als auch späten Periode, besitzen, und daß sie deshalb nicht als Heilmethode der Syphilis empfohlen werden können. Auch die Ernährung und das Allgemeinbefinden der Kranken bessere diese Einspritzungen nicht. Man darf sie sogar nicht zu den indifferenten Heilmethoden zählen. Temperatursteigerung, Albuminurie, Purpuraausschlag, Gewichtsabnahme der Patienten — alles dies zeugt von ungünstiger Beeinflussung des Organismus durch die Serum einspritzungen. Damit ist jedoch die Frage von der Serotherapie als Heilmethode der Syphilis nicht erschöpft. Stellt man sich auf den Standpunkt, daß das dem Blute einverleibte Quecksilber bei der üblichen Behandlung der Syphilis ähnlich den auf die Erregung der Resistenzfähigkeit des Organismus gerichteten sog. „Antagonisten“ wirkt, nicht durch Vernichtung oder Neutralisierung der syphilitischen Toxine, sondern durch Steigerung der Widerstandskraft des erkrankten Organismus, so ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß das Serum von für Syphilis empfänglichen Tieren durch Einführung von Quecksilber ins Blut und durch Steigerung ihrer Immunität als Träger der „Antagonisten“ bessere Resultate am Menschen liefern wird. Verfasser hat zu diesem Zwecke begonnen, gesunde Füllen durch wiederholte intramuskuläre Kalomelinjektionen zu merkurialisieren, dann Serum von solchen merkurialisierten Tieren herzustellen und es syphilitischen Patienten in verschiedenen Krankheitsstadien einzuspritzen.

Die Resultate dieser Art der Anwendung der Serumtherapie sollen später mitgeteilt werden.

VII. Über die Deutung der sog. Epidermisspiralen, von K. HERXHEIMER und H. MÜLLER. Seitdem HERXHEIMER auf dem 1. Kongress der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Prag die eigentümlich spiralig gewundenen, im Epithel verlaufenden Fasern demonstriert hat, ist eine Reihe von Publikationen erschienen, welche denselben Gegenstand behandelten, aber keine übereinstimmende, unzweideutige Erklärung der sog. „HERXHEIMERSchen Spiralen“ zu Tage gefördert haben. Als WEIGERT in der zum 50jährigen Jubiläum des ärztlichen Vereins zu Frankfurt a. M. herausgegebenen Festschrift eine neue Methode zur Neurogliafärbung veröffentlichte und am Schlusse der Arbeit darauf hinwies, daß dieselbe sich besonders gut eigne zur Darstellung von kutikularen Substanzen der Epithelzellen, so machten sich die Verfasser daran, die normale Haut, spitze Kondylome und sekundär-syphilitische Papeln vom Lebenden auf „Spiralen“ hin nach der neuen WEIGERTSchen Methode zu untersuchen. Das ziemlich umständliche, nicht immer gute Präparate liefernde und deshalb von den Verfassern etwas modifizierte WEIGERTSche Verfahren wird folgendermaßen beschrieben: „Nachdem die Stücke 4 Tage in Formol gehärtet worden sind, kommen sie bei Brutofentemperatur 4—5 Tage in eine Metallbeize, zusammengesetzt aus essigsaurer Kupferoxyd-Chromalaunlösung (Essigsäures Kupferoxyd 5,0, Essigsäure 5,0, Chromalaun 2,5, Wasser ad 100). Dann werden sie abgespült, in Alkohol entwässert und in Celloidin eingebettet. Es gelang, feine $\frac{1}{100}$ mm, bei besonders gut gehärtetem Material sogar 0,005 mm betragende Schnitte zu gewinnen. Nun erfolgt die Reduktion der hochoxydierten Kupfersalze. Nachdem die Schnitte ca. 5 Minuten in einer Lösung von Kaliumpermanganat (ca. 1 $\frac{0}{00}$) bis zur Braunfärbung verweilt haben, überträgt man sie in eine Mischung von Chromogen-Ameisensäure-Natriumsulfit in Lösung. (Chromogon 5,0, Ameisensäure 5,0,

Wasser ad 100.) Vor dem Gebrauch setze man zu 90 ccm dieser Flüssigkeit 10 ccm einer 10%igen Lösung von Natriumsulfit.) Schnell entfärben sich hierin die Schnitte, und nach 10—20 Minuten (was ausprobiert werden muß), kann die am besten auf dem Objektträger vorzunehmende Färbung beginnen. Hierbei kam die WEIGERTSCHE Fibrinfarbe, zusammengesetzt aus 88 ccm einer 5%igen Methylviolettlösung, 12 ccm von 96%igem Alkohol und 2 ccm Anilinöl in Anwendung. Nach 3—4 Minuten wird die Farblösung in Wasser ab gespült und die LUGOLSCHE Jodjodkaliumlösung aufgeträufelt. Nach einer fast momentanen Einwirkung wird nun der Schnitt mit glattem Fließpapier getrocknet und die Entfärbung mit Anilinöl-Xylol zu gleichen Teilen vorgenommen. Sie muß bei schwacher Vergrößerung unter dem Mikroskope beobachtet werden, bis ein feines hellblaues Netzwerk (die Zellkonturen!) mit fast farblosen Maschenräumen sichtbar wird. Durch Abtrocknen bzw. Aufgießen von Xylol wird dann die Entfärbung schnell abgeschlossen und nun das Präparat in Canadabalsam konserviert. Zweckmäßig erweist sich eine Vorfärbung in Lithiumcarmin. Die Schnitte werden 3—4 Minuten bei Brutofentemperatur gefärbt und dann gründlich mit Wasser ab gespült. Auf diesem Wege gelang es, eine schöne Kern- und Protoplasmafärbung zu erhalten.“

Die Befunde, welche die mikroskopische Untersuchung geliefert hat, werden ausführlich mitgeteilt und sehr eingehend besprochen und das Gesamtergebnis dahin zusammengefaßt:

„1. Ein Teil der sog. Spiralen stellt künstlich durch Einwirkung verschiedener bei der WEIGERTSchen Fibrinfärbungsmethode angewendeten Agentien geschrumpfte Zellkonturen dar, ein Teil, namentlich soweit er früher als „Büschelform“ beschrieben wurde, ist identisch mit Protoplasmafasern des Epithels.“

2. Der Ausdruck „Protoplasmafasern“ ist dahin zu präzisieren, daß es sich um Fasern handelt, welche das Protoplasma durchziehen. Ob dieselben als differenziertes Protoplasma angesehen werden müssen, etwa im gleichen Sinne wie das Fett der Fettzelle oder das Pigment der Pigmentzelle, bleibe dahingestellt.“

VIII. Über den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen, von J. SCHTIZ

Verfasser wirft einen kritischen Rückblick auf die Arbeiten derjenigen Forscher, welche den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe erstrebt und denselben mit Recht oder Unrecht erbracht zu haben glaubten. Die Befunde, die Verfasser selbst in dieser Richtung im Jahre 1892 gelegentlich der Untersuchung der Psoriasis gemacht, wurden von ihm neuerdings einer Nachprüfung unterzogen, wobei er sich besonders seiner Pikrinsäure-Fuchsin-Methode bediente. Was zunächst RANVIERS Protoplasmafasern betrifft, so fand Verfasser im Gegensatz zu allen bisherigen Angaben (RANVIER, KROMAYER), daß die Fasern nur in der Rindenschicht des Protoplasmas, nicht im Innern der Zellen vorkommen und einer Gerüstsubstanz, einem „Spongioplasma“ nicht entsprechen. Wahrscheinlich sind es Verdichtungen (Beginn der Verhornung) der äußeren Protoplasmasubstanz, die durch Trocknen, Gerinnung, Imbibition und dergleichen beeinflusst werden.

Mit derselben Pikrinsäure-Fuchsin-Methode sah Verfasser bei großen epithelialen Tumoren, spitzen zerklüfteten Warzen der Kopfhaut, Psoriasis, Hautcarcinomen, sowie der mächtig entwickelten Epithelschicht über denselben die ans Epithel herantretende elastische Faser pinselförmig in feinste Fibrillen sich teilen und direkt unter immer größerer Abschwächung der Färbung in die gerade Streifung des Stachelmantels sich verlieren. Die so von elastischen Fasern gewissermaßen umspannten Zellen sind besser und dunkler rot tingiert, als andere schräg getroffene oder höher liegende.

Was den Zusammenhang von Bindegewebszellen mit feinsten elastischen Fasern anlangt, so kann man bei der Pikrinsäure-Fuchsin-Methode auf dessen Darstellung dann immer rechnen, wenn die feinen papillären langen senkrechten elastischen Fasern so schwach gefärbt sind, daß man sie eben noch deutlich erkennen kann. Solche Präparate zeigen die Bindegewebszellen deutlich gefärbt, ebenso feinste elastische Fasern des subepithelialen Netzes. In großer Menge sieht man Bindegewebsfasern zumeist bipolar von der Zelle in elastische Fasern übergehen. Dagegen ist die Ausstrahlung elastischer Endfasern ins Epithel nicht deutlich erkennbar. Dieser Zusammenhang von Bindegewebszellen und elastischen Fasern vermittelt eine Verbindung zwischen den ersteren und den Epithelzellen, indem feinste tingible Fasern aus den Bindegewebszellen heraustreten und in das verzweigte elastische Fasersystem übergehen, von den elastischen Fasern hinwiederum feinste Ausläufer ins Epithel eindringen und in der Rindenschicht des Protoplasmas, im Continuum der RANVIERSchen Fasern sich verlieren.

Verfasser stimmt mit CAJAL und KROMAYER darin überein, daß RANVIERS Faserung mit der beginnenden Verhornung in Verbindung stehe.

IX. Die Syphilis unter den Prostituierten der St. Petersburger Bordelle, von A. WIEDENSKY. Bis zum 1. Januar 1895 zählte man nach dem Berichte des St. Petersburger polizeiärztlichen Komitees in St. Petersburg im ganzen 70 Bordelle, in welchen 689 Prostituierte wohnten. Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, das Verhältnis zwischen dem sanitären Zustande der Insassen dieser 70 Bordelle und der Erkrankung derselben an Syphilis einer kritischen Besprechung zu unterziehen. Das Ergebnis derselben wird in folgenden Sätzen resümiert:

Unter den Prostituierten der Bordelle giebt es Minimum 39% frisch Syphilitischer, 21,4% Syphilitisierter und mit gummöser Syphilis behaftet und bei 39,6% der Frauen ist keine Syphilis konstatiert.

2. In den Personalbestand der Bordelle traten mindestens 33,3% der Frauen, welche mit Syphilis noch vor der Registrierung in die Zahl der öffentlichen Prostituierten infiziert waren. Im Laufe des Jahres infizieren sich in den Bordellen 9,4 bis 11,3% des ganzen Personalbestandes.

3. Die Prostituierten der Bordelle infizieren sich vorzugsweise in den ersten 3 Jahren nach der Registrierung. Es ist aber anzunehmen, daß nach 5 Jahren eine fast vollständige Syphilisation der registrierten Prostituierten eintritt.

4. Der sanitäre Zustand des Personalbestandes der Bordelle ist nicht ein- und derselbe; in den Bordellen erster Klasse überwiegt die Zahl der Gesunden die der Syphilitischen, in den Bordellen zweiter und dritter Klasse überwiegt die Zahl der Syphilitischen. Im Personalbestande einiger Bordelle überwiegen ausschließlich frisch Syphilitische. Dieser Umstand weist darauf hin, daß diese Bordelle in sanitärer Beziehung vollständig ungenügend sind.

Aus einem Vergleiche mit früheren Berichten geht deutlich hervor, daß die Verbreitung der Syphilis unter den Insassen der Bordelle in den letzten Jahren keine Verminderung erfahren hat, und daß die Beaufsichtigung der Prostituierten durchgreifender Veränderungen bedarf.

X. Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der LANGERHANSschen Zellen, von K. HERXHEIMER. Im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich der Verfasser mit dem klinischen Bilde der Krankheit. Der allgemeinen Besprechung der Symptomatologie geht eine sehr ausführliche Krankengeschichte dreier im städtischen Krankenhaus zu Frankfurt a. M. beobachteter Fälle von Pemphigus vegetans voran.

Bei zweien begann die Krankheit auf der Mundschleimhaut, während in dem

einen Falle 5 Jahre vor dem Auftreten der Hauterscheinungen Verschwärungen sämtlicher Fingernägel entstanden sind. Ob dieselben im Zusammenhang mit dem Pemphigus aufgetreten sind, liefs sich nicht mit Sicherheit feststellen. Die Möglichkeit ist nicht ausgeschlossen, da Nagelaffektionen im Verlaufe der Krankheit sowohl vom Verfasser selbst, als auch von anderen Autoren beobachtet worden sind. Da die primäre Lokalisation der Krankheit in einem Falle von NEUMANN die Achselhöhle, in einem anderen von RIEGEL die Nasenschleimhaut gewesen ist, so glaubt Verfasser, daß es nicht angängig sei, den Beginn der Affektion unter allen Umständen in die Mundschleimhaut zu verlegen. Prognostisch wird der Anfang auf der Mundschleimhaut als ungünstig für den Verlauf der Krankheit angesehen.

Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Pemphigus vulgaris und vegetans verweist Verfasser auf eine Arbeit von KÖBNER (*Deutsch. Arch. f. klin. Medizin.* 1894). Auch mit der sog. Mundseuche, der Stomatitis epidemica, können leicht Verwechselungen vorkommen, weniger häufig mit in der Mundhöhle lokalisiertem Erythema exsudativum multiforme oder einer Dermatitis herpetiformis. Entscheidend für Pemphigus vegetans ist eine, wenn auch nicht konstante Erscheinung, das sind die Wucherungen der Schleimhaut, die allerdings vielleicht oft übersehen werden mögen, oder für die rechtzeitige Diagnose nicht immer zu verwerten sind, weil sie zuweilen erst im weiteren Verlaufe, bezw. gegen das Ende der Krankheit sich zeigen.

Nach den Beobachtungen des Verfassers ist der Verlauf des Pemphigus vegetans in der Mehrzahl der Fälle kein akuter, wie NEUMANN behauptet. Es schiefs an einer Stelle eine Blase auf, die bald wieder abheilt, um nach kürzerer oder längerer Pause neuen Blasen an derselben oder an einer anderen Stelle Platz zu machen. Auch diese können wieder abheilen, ja sie können von Wucherungen gefolgt sein, die ebenfalls abheilen, bis dann bei weiteren Recidiven ein Bestehenbleiben und Fortschreiten des Prozesses eintritt, der zumeist letal endet. An eine definitive Heilung des Pemphigus vegetans glaubt Verfasser nicht, ebenso wenig hält er mit C. MÜLLER die Krankheit als eine „regionär lokalisierte“. Die Bezeichnung „Erythema bullosum vegetans“, welche UNNA und C. MÜLLER der Affektion beilegen, hält Verfasser für nicht berechtigt, da Blasen auf geröteter, aber auch auf nicht geröteter Basis sich entwickeln können. Von einem „erysipelartigen, scharf begrenzten Erythem“, das, als erstes Symptom auftretend, 1—2 Tage bestanden hätte, hat Verfasser in seinen Fällen nichts wahrgenommen.

Im weiteren Verlaufe kommt es durch den großen Eiweißverlust zu fortschreitender Konsumption, wobei Verfasser eine Beobachtung gemacht hat, die von anderen Autoren nicht erwähnt wird.

Es ist das ein mehr oder weniger ausgeprägtes Zittern der Muskulatur des Stammes, des Gesichtes und der Extremitäten, wie sie bei Schwächerzuständen aufzutreten pflegen. Dieselbe Erscheinung hat Verfasser auch in einem Falle von Pemphigus vulgaris beobachtet. Schmerzhaft Kontrakturen von Gelenken oder Steigerung der Reflexa, wie sie NEUMANN beobachtet hat, konnte Verfasser nicht wahrnehmen.

Was die Stellung des vegetierenden Pemphigus zum Pemphigus vulgaris betrifft, so neigt Verfasser dazu, wenn er auch bei geringen Beobachtungen die Frage nicht definitiv entscheiden will, einen prinzipiellen Unterschied zwischen beiden nicht anzunehmen. Sicher ist, daß die Krankheit als Pemphigus vulgaris beginnt. Die Vegetationen können nicht für die Sonderaufstellung des Pemphigus vegetans geltend gemacht werden, da solche auch nach anderen Blasenruptionen beobachtet worden sind, da sie selbst beim Pemphigus vulgaris gelegentlich unter gewissen Bedingungen auftreten.

Die Ursache dieser Wucherungen ist von einzelnen Autoren in chemischen Agentien gesucht worden. Man hat Blasenerhebungen mit nachfolgenden Vegetationen nach Jodkalium beobachtet. Nimmt man Bakterien als Ursache an, so kann man sich vorstellen, daß deren Stoffwechselprodukte an solchen Orten Erscheinungen hervorbringen, wo sie durch äußere Momente begünstigt werden. — Indessen ist bezüglich der Ätiologie des Pemphigus weder eine ursächliche Erkrankung des Zentralnervensystems, noch ein infektiöses Agens erwiesen worden.

Über die Therapie des Pemphigus vegetans vermag Verfasser nichts Positives mitzuteilen. Für zukünftige Fälle dürfte vielleicht der reiche Stickstoffverlust der Patienten darauf hinweisen, dieselben durch Ernährung vorzugsweise mit eiweißsparenden Mitteln (Fetten und Kohlehydraten) zu erhalten und den Körper dem eingedrungenen Feinde gegenüber widerstandsfähiger zu machen.

In dem zweiten Teil seiner Arbeit beschäftigt sich der Verfasser mit der Histologie des Pemphigus vegetans. Seine Befunde decken sich im allgemeinen mit denen von C. MÜLLER und KÖBNER. Abweichend von ersterem Autor fand Verfasser einzelne Stellen der ödematös durchtränkten Epidermis von einer Anzahl meist mehrkerniger Leukocyten durchsetzt. Es handelt sich um Stellen in einem frischeren Stadium des Prozesses, in welchem es noch nicht zur Bildung der kleinen Abscesse in den Retezapfen gekommen ist.

Mikroorganismen im Gewebe des Pemphigus vegetans sind nirgends gefunden worden.

Von besonderem Interesse war das Vorhandensein der LANGERHANSschen Zellen, sowohl bei den mehr ödematösen als auch in den trockneren Wucherungen in der Epidermis. Verfasser beschäftigt sich im folgenden eingehend mit der Deutung der LANGERHANSschen Zellen. Dieselben kommen sowohl im Epithel als auch im Bindegewebe vor. Führt man die Untersuchungen nach der CAJALSchen Methode, so sieht man in vielen Schnitten diese Zellen manchmal im Bindegewebe, öfters am Epithelrande, die Fortsätze bereits in das Epithel hineinstreckend, und endlich häufig in den untersten Schichten desselben. Daraus geht hervor, daß man es mit Zellen zu thun hat, die aus dem Bindegewebe in das Epithel hineinwandern. Sie sind also nicht epithelialer, sondern bindegewebiger Natur. Daß es sich bei den LANGERHANSschen Zellen um nervöse Endorgane handle, hat Verfasser sich bei seinen Untersuchungen nicht überzeugen können.

Von Interesse ist der Befund von manchmal vereinzelt, manchmal zu Gruppen gelagerten braunen Körnchen in den Maschen des Netzes der LANGERHANSschen Zellen, und ganz besonders in den peripheren Endigungen ihrer Fortsätze. Verfasser hält diese Körnchen für Pigment und glaubt auf Grund seiner durch mehrere Jahre hindurch fortgesetzten Untersuchungen, daß die Epithelchromatophoren und LANGERHANSschen Zellen, welche beide sich mit Gold- und Silbersalzen zu imprägnieren vermögen, soweit sie in der menschlichen Haut vorkommen, identisch seien.

Die histologische Untersuchung der gewucherten Schleimhautefflorescenzen hat keine so charakteristische und differentiell-diagnostische Merkmale beispielsweise gegenüber zerfallenen syphilitischen, gewucherten Plaques oder den Schleimhautwucherungen der Impetigo herpetiformis und anderer pustulösen Erkrankungen ergeben, daß man aus ihnen mit Sicherheit auf das Vorhandensein eines vegetierenden Pemphigus schließen könnte.

Verfasser giebt am Schlusse seiner äußerst instruktiven Arbeit eine tabellarische Übersicht über die bis jetzt ausführlicher publizierten Fälle von Pemphigus vegetans.

XI. Stoffwechseluntersuchungen betreffend einen Fall von Pemphigus vegetans, von B. STÜVE. Der Fall, welcher für die Untersuchung benutzt wurde, ist der erste der von HERXHEIMER beschriebenen Fälle (s. voriges Referat). Durch den Versuch sollte die Frage beantwortet werden, ob es im Körperhaushalt bei Pemphigus vegetans zu groben Störungen, insbesondere zu einem pathologisch gesteigerten Zerfall von Körpereweiss kommt. Der Patient erhielt während der Versuchsdauer von sieben Tagen pro Tag 2 l Milch, 3 Eier, weiches, lockeres Weisbrot 350—480 g, Butter 50 g, Spargel (geschält) 135—218 g.

Die Aufstellung einer Bilanz der täglichen Stickstoffaufnahme und Stickstoffabgabe hat eine N-Retention von 1 g pro Tag ergeben. Diese Menge ist viel geringer, als man bei durchaus normaler Einstellung des Stoffwechsels hätte erwarten müssen. Die drei Faktoren: 1. eiweiss- und kalorienreiche Nahrung (3230 Kalorien pro Tag), 2. vorausgegangene Gewichtsverluste, 3. Abfluss von Wundsekret hätten vereint eine viel stärkere N-Retention veranlassen müssen. Wahrscheinlich wirken diesen auf die N-Retention gerichteten Faktoren Kräfte entgegen, welche nach Analogie der Infektionskrankheiten und mancher Intoxikation (z. B. Phosphor) in giftigen, im Blute kreisenden und das Zellprotoplasma zerstörenden Substanzen zu suchen sind. Verfasser läßt es dahingestellt bleiben, ob diese Substanzen identisch mit den Giftstoffen sind, welche die Hautkrankheit veranlassen, oder ob sie erst von den Wundflächen durch Zersetzung gebildet werden und, zur Resorption gelangt, ihren verderblichen Einfluß geltend machen. Das Gesamtergebnis der Untersuchung war: „Der Pemphigus vegetans ging im vorliegenden Krankheitsfalle mit krankhaft gesteigertem Eiweisszerfall einher.“

XII. Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes, von H. SCHULTZ. Das Material für die vorliegenden Untersuchungen bildeten 174 auf Dr. RÓNAS Abteilung im Jahre 1895 behandelte Patientinnen, von denen 74 unter Aufsicht stehende Prostituierte und 100 andere Kranke waren. Von den inskribierten Prostituierten litten 64,8%, von den übrigen Kranken 56% an Blennorrhoe. Gonokokken fanden sich bei 104 unter 174 Kranken und zwar:

In der Urethra.....	bei 77 Kranken =	74%
In der Cervix.....	bei 88 „ =	79%
In dem Uterus.....	bei 7 von 26 „ =	26,9%
Im Ausführungsgange der BARTHOLINISCHEN Drüsen	bei 12 „ =	11,5%
In der Vulva und Vagina.....	bei 9 „ =	8,6%
Im Rectum.....	bei 14 „ =	13,4%

Die Schlußfolgerungen, welche aus den Untersuchungen des Materials eines Jahres gezogen werden konnten, resumiert Verfasser in nachstehenden Sätzen:

1. Wenigstens $\frac{2}{3}$ der Prostituierten leidet bestimmt an Blennorrhoe.
2. Die Gegenwart der Blennorrhoe können wir in chronischen Fällen mit Bestimmtheit nur nach dem Auffinden der Gonokokken aussprechen, da das klinische Bild nicht ausreichend ist.
3. Die Blennorrhoe können wir unserem heutigen Wissen nach mit Wahrscheinlichkeit ausschließen, wenn das Resultat der in regelmäßigen Zeitabschnitten, wenigstens drei- bis viermal vorgenommenen mikroskopischen Untersuchung negativ ausfiel. Es ist Aufgabe der Zukunft zu entscheiden, ob diese Untersuchungen zur Stellung der Diagnose genügend seien oder nicht. Besonders in negativen Fällen erwarten wir von den Reinkulturen sicheren Aufschluß.
4. Der normale Cervikalkanal und die Uterushöhle enthalten, wie es scheint, keine Bakterien.
5. Bei Prostituierten und bei Frauen, die den Coitus vielfach ausüben, ist die Blennorrhoe des Cervix und der Urethra meistens gleichzeitig vorhanden. Wenn

jede für sich allein zugegen, so ist das Verhältnis der Häufigkeit beiläufig das gleiche, viel seltener ist die uterine und rektale, zu den Ausnahmen gehört die vaginale Blennorrhoe.

6. Bei cervikaler Blennorrhoe fanden sich nur in einer kleinen Anzahl von Fällen Gonokokken im Urinsekrete.

7. Nicht in jedem Falle von Adnexerkrankung, wir könnten eher sagen, in einem geringen Teile derselben, fanden sich Gonokokken im Uterus.

8. Daraus kann man mit Wahrscheinlichkeit schließen, daß die Gonokokken ebenso, wie sie in den Tuben und den BARTHOLINISCHEN Abscessen, mit einem Worte in abgeschlossenen Hohlräumen, so auch im Uterus nach einer gewissen Zeit zu Grunde gehen könnte.

9. Die bisherige Prophylaxe ist ungenügend und demnach unbedingt zu verbessern.

10 Die Blennorrhoe des Weibes ist bei entsprechender Geduld und Fachwissen in einer großen Zahl der Fälle heilbar, und zwar sowohl der cervikale als auch der uterine Prozeß. Im größten Teil der Fälle ist die Blennorrhoe soweit verbesserungsfähig, daß wenigstens die Gefahr der Infektion auf ein Minimum reduziert werden kann.

11. Für die Behandlung ist statt des Gebrauches der PLAYFAIRSCHEN Sonde eine mit Aluminiumrohr armierte BRAUNSCHE Spritze zweckmäßiger.

12. Mit einer 10%igen Argentaminlösung wurden bei cervikaler und uteriner Blennorrhoe die besten Resultate erzielt, indem die Sekretion abnahm, der eiterige oder trübe Schleim glasartig wurde und die Gonokokken aus dem Sekrete verschwanden.

13. Die intrauterine Behandlung ruft bei engem Muttermund Reaktion hervor, es ist daher eine vorhergehende Erweiterung unter Einhaltung gewisser Kautelen wünschenswert. Die krampfartigen Schmerzen sind zu umgehen, wenn wir wenig Medikament in den Uterus spritzen und den Rückfluß sichern.

14. Adnexerkrankungen können wir nur auf operativem Wege behandeln, wir sollen aber damit solange wie möglich warten, da der tubare Prozeß erlöschen kann, und wir die Blennorrhoe des Cervix und des Uterus auch bei Adnexerkrankungen behandeln können.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologische Zeitschrift.

Band 3. Heft 4. 1896.

I. Die Lepra im Kreise Memel, von A. BLASCHKO. Verfasser hat sich im Frühjahr 1896 einige Wochen im Kreise Memel aufgehalten, um die dortige Lepraepidemie, ihre Ausbreitung und Entstehungsweise zu studieren. Die Ergebnisse dieser Reise sind in der *Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 20 u. 21 kurz mitgeteilt, während in der vorliegenden Arbeit eine ausführlichere Zusammenstellung des vom Verfasser gesammelten und neuerdings noch nach verschiedenen Richtungen hin erweiterten Materials geliefert wird.

Nach einem historischen Rückblick auf die Entstehung und Ausbreitung der Lepra in Europa werden Land und Leute des Kreises Memel einer auch in ethnographischer und kulturhistorischer Beziehung interessanten Betrachtung unterzogen. Im dritten Kapitel bringt der Verfasser die Krankengeschichten der 25 bis jetzt im Memeler Kreise bekannt gewordenen Leprafälle, von denen 15 Patienten verstorben, 10 noch am Leben sind. Eine tabellarische Übersicht dieser Fälle beschließt die außerordentlich anregende Arbeit, auf welche wir den Leser besonders verweisen möchten.

II. Untersuchungen über die Ätiologie der Akne, von P. F. LOMBY. Der Verfasser beabsichtigte in der vorliegenden Arbeit die Acne simplex oder Acne vulgaris, Acne juvenilis einer bakteriologischen Untersuchung zu unterziehen. Er unterscheidet bei der Acne simplex zwei Stadien:

1. Den nicht entzündeten Komedo, hervorgerufen durch eine Anhäufung von Sebum, mineralischen Staubteilchen und Epithelzellen.

2. Die Pustel, d. h. denselben, aber entzündeten Komedo.

Die Arbeit teilt sich darnach in zwei Teile:

a) in die bakteriologische Untersuchung des entzündeten Komedo,

b) in die bakteriologische Untersuchung des nicht entzündeten Komedo.

Das Resultat dieser Untersuchungen ist in folgenden Schlusssätzen mitgeteilt:

1. In der Aknepustel trifft man konstant den *Staphylococcus pyogenes albus*.

2. Dieser *Staphylococcus* hat eine sehr schwache Virulenz.

3. Durch die Passagen durch den Tierkörper kann man ihn ebenso virulent machen, wie die pathogensten gelben *Staphylokokken*. Er wird gleichzeitig gelb und erwirbt eine ausgesprochene Fähigkeit die Gelatine zu verflüssigen.

4. Neben dem *Staphylococcus albus* trifft man mitunter einen Hefepilz und einen kleinen *Bacillus*, aber stets in geringer Zahl.

5. Im nicht entzündeten Komedo trifft man eine sehr reiche *Mikrobenentwicklung*, welche stets den *Staphylococcus albus* enthält, aber ohne daß er das Übergewicht besitzt, das er in der Aknepustel hat.

6. Im Komedo beobachtet man bei Beginn des Entzündungsprozesses eine intermediäre *Mikrobenentwicklung* zwischen derjenigen der Pustel und derjenigen des nicht entzündeten Komedo. Im Augenblick der Entzündung findet also eine beträchtliche Vereinfachung des *Mikrobenwachstums* im Komedo statt.

7. Die Haut der nicht aknekranken Individuen ist ebenso reich an *Mikrobenarten* wie diejenige der Aknekranken.

8. In den Komedonen und Pusteln, die mitunter bei nicht aknekranken Individuen vorkommen, beobachtet man dieselben *Mikroben* wie bei den Aknekranken.

9. Das Vorhandensein gewisser *Mikroben* genügt nicht zur Erklärung der Akne, es bedarf auch noch einer Vorbereitung des Bodens.

10. Man darf bei der Akne einen spezifischen Krankheitserreger nicht annehmen. Thatsächlich beobachtet man auch den *Staphylococcus albus* bei manchen anderen Hautaffektionen.

11. Die klinischen Momente, welche UNNA anführt, um die Akne anderen *Staphylokokkeninfektionen* der Haut gegenüber zu stellen, lassen sich in natürlicher Weise durch den Unterschied in der Virulenz der *Mikroben* erklären.

12. UNNAS besonderer *Bacillus* ist eine wenig virulente Varietät des *Bacterium coli*.

III. Zur Entstehung der Corpora amylacea in der Prostata, von JOSEPH RILUS EASTMAN. Der Verfasser beschäftigt sich zunächst sehr eingehend mit der einschlägigen Litteratur insbesondere mit den Arbeiten von STILLING, POSNER, SIEGERT. Die Ansichten der Autoren über die Entstehung der Prostataskonkremente drehen sich hauptsächlich um zwei Fragen: 1. sind die Gebilde aus Zellen entstanden? oder 2. haben sie sich aus flüssiger Materie gebildet?

Auf Grund seiner eigenen Untersuchungen an 24 Prostatadrüsen ist Verfasser zu dem Resultat gelangt, daß ein Teil der Konkretionen fast vollständig durch direkte Umwandlung der Epithelien entstanden ist, welche die Drüsenräume auskleiden, und daß diese Umwandlung wahrscheinlich den Charakter einer Amyloiddegeneration besitzt. Verfolgt man die Entwicklung der Körper bei der Schwefelsäurejodfärbung, so sieht man das Drüsenepithel sich taschenförmig vorwölben und so einen *Acinus*

bilden, der mit gequollenem Epithel angefüllt ist. In anderen Fällen löst sich das Epithel mehr oder weniger von der Wand des Drüsenhohlraumes ab und umhüllt einen konzentrischen Körper. Vielfach hat es sich ganz von der Wand losgelöst und bildet nun um die Konkretion einen Sack. Deutlicher noch erkennt man den allmählichen Übergang des Epithels in die Konkretionen bei der LUBARSCHSchen Jodhämatoxylinfärbung. Zusammensetzung: DELAFIELDSches (möglichst altes) Hämatoxylin-Stammlösung 10 cem, GRAMSche Jod-Jodkaliumlösung 10 cem, Aqua destillata 5 cem.

Das Ganze ist zu filtrieren und vor Einwirkung der Sonnenstrahlen zu schützen.

Bei dieser Färbung ordnet sich das Drüsenepithel, kenntlich an den schön rotgefärbten Kernen, konzentrisch an. An der Peripherie sind die Zellgrenzen deutlich ausgeprägt, die Kerne treten scharf hervor. Nach dem Zentrum hin zeigen sich die Merkmale einer Degeneration der Zellen, während die konzentrische Anordnung in Ringen noch deutlicher wird.

Der Degenerationsprozess spielt sich in den Epithelien in der Weise ab, daß das anfangs intakte Epithel an der Drüsenwand allmählich durch ein Stadium, in welchem die Zellen geschwollen, die Körner ebenfalls geschwollen und leicht färbbar erscheinen, hindurchgehend, immer mehr und mehr seine Struktur verliert und zu vollkommenen kernlosen Schollen wird, welche die eigenartige reagierende Substanz der Konkretionen umgeben.

Verfasser erörtert sodann die Frage, welcher Natur dieser Degenerationsprozess sei. Die darauf gerichteten Untersuchungen ergaben kein positives Resultat. In einzelnen Fällen, aber nicht immer, mag es sich, wie STEGERT betont, um eine hyaline Degeneration handeln. Der positive Ausfall der Jodschwefelsäurereaktion und der Methylviolettreaktion weist jedoch auch auf Amyloid hin.

IV. Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis, von J. MICKLEY. Die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen teilt der Verfasser in folgenden Schlusssätzen mit:

1. 35,233% aller Ulcera molliä sind von Bubo inguinalis gefolgt, ein Prozentsatz, der mehr als ein Neuntel aller venerisch Kranken entspricht, oder auf die Istatärke der deutschen Armee bezogen ein Verhältnis von 3,5:1000 ausmacht.

2. Der Bubo betrifft häufiger die linken als die rechten Leistendrüsen, und zwar stehen unter 100 Bubonen 47,7 linksseitige 35,4 rechtsseitigen gegenüber, während die beiderseitigen Bubonen 16,9% betragen.

3. Auf Ulcus molle folgt um so eher Bubo, je mehr der Schanker an Partien des Penis sitzt, die mit einem reichlichen Lymphkapillarsystem versehen sind. Daher haben am meisten Bubonen die Schanker des Frenulums, dann die des inneren Präputialblattes u. s. w.

4. Die Häufigkeit der Bubonen bei den einzelnen Truppengattungen hängt ab von der „Disposition der Waffe“, sodaß die Kavallerie die meisten Bubonen, nämlich 47,6% aller Ulcera molliä, die Infanterie die wenigsten, nämlich 34,6%, die Artillerie eine der Mitte der beiden vorhergehenden Angaben entsprechende Zahl von 39,1% aufweist.

5. Die jährlichen Schwankungen in der Häufigkeit des Bubo zeigen zwei Kulminationspunkte, deren höherer im März, deren niedrigerer im September liegt.

6. In dem 20jährigen Zeitraum von 1876—1895 zeigen die Bubonen ein stetiges Sinken bis 1886, dann ein rascheres Ansteigen und in den letzten Jahren ein unregelmäßiges Verhalten. Es scheint, als wollten sie seit 1891 wieder abnehmen.

7. Die durchschnittliche Behandlungsdauer aller Ulcera molliä beträgt etwa 30 Tage, die der nicht mit Bubo komplizierten 18,69, die der mit Bubo komplizierten weichen Schanker 39,671 Tage, so daß die Behandlung des weichen Schankers durch

Bubo inguinalis um 21 Tage verlängert wird. Die Heilungsdauer derjenigen Fälle von *Bubo*, welche Incision verlangen, beträgt im Durchschnitt $50\frac{1}{4}$ Tage, die der nicht operativ behandelten Fälle etwa 31 Tage.

8. Die Therapie der Bubonen erheischte in 56% Incision, die übrigen 44% gingen auf Behandlung mit Unguentum cinereum, praecipitatum rubrum, Alkoholverband u. s. w. zurück.

9. Die jährliche Einbuse an Mannschaften, welche das deutsche Heer durch den *Bubo* erleidet, beläuft sich (die Iststärke zu 400 000 Mann angenommen) auf 1400 Mann, mithin der jährliche Zeitverlust auf 29 400 Tage. Es wird also täglich der Armee eine Summe von 80,55 Menschenkräften entzogen.

V. **Über Kreuznacher Mutterlauge und ihre Wirksamkeit**, von E. VOLLMER. Um den Grund der pharmako-dynamischen Wirksamkeit der Kreuznacher Mutterlauge zu erforschen, hat Verfasser in einem Diffusionskolben, der unten mit einer tierischen Membran verschlossen ist, sich ein Analogon eines in Kreuznacher Mutterlauge Badenden vorgestellt. Der Diffusionskolben wird mit 0,75%iger Chlornatriumlösung gefüllt und in eine (5–10%ige) Lösung von Kreuznacher Mutterlauge getaucht. Nach einer viertel- bis halbstündigen Einwirkung gelingt es stets innerhalb des Glaskolbens das eingedrungene Chlorkalcium, welches nach UNNA und LIEB von allen Bestandteilen der Kreuznacher Mutterlauge sich am meisten durch seine Wirksamkeit auf keratotische Wucherungen und Infiltrationszustände auszeichnet, nachzuweisen. Verfasser empfiehlt das sehr einfache Experiment, zu welchem man nur 1. einen weiten Glaszylinder, der zur Hälfte mit Mutterlauge gefüllt ist; 2. einen Diffusionskolben mit 0,7%iger Chlornatriumlösung, 3. eine 5%ige Lösung von oxalsaurem Ammonium und 4. noch etwas Liquor ammonii caustici nötig hat, um die Chlornatriumlösung alkalisch zu machen.

Das Chlorkalcium tritt im Glaskolben an Stelle des Wassers, setzt man oxalsaures Ammonium zu, so fällt in der Chlorkalciumlösung oxalsaurer Kalk als weißer Niederschlag aus.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 5.

I. **Untersuchungen über die Behandlung der Harninfektion mit Serum**, von ALBARRAN und MOSNY. Die Bestrebungen der Verfasser gehen dahin, nicht bloß die bereits entwickelte Urininfektion, sondern auch prophylaktisch den Ausbruch einer fast mit Sicherheit zu erwartenden Infektion durch Serum zu bekämpfen. Da diese Infektion fast immer durch das Auftreten des *Bacillus coli* hervorgerufen wird, wurde für die beabsichtigten Zwecke das Serum von Tieren benutzt, welche gegen diesen *Bacillus* geimpft worden waren.

Drei Methoden der Impfung wurden angewandt:

a) Wiederholte Einführung von lebenden Kulturen. Beim Hunde erhält man durch allmähliche Einverleibung steigender Gaben von virulenten Kulturen eine dauerhafte Immunität. Am besten wählt man die peritoneale Einimpfung.

b) Einverleibung von Macerationsinfiltraten von Organen solcher Tiere, welche an Infektion durch den *Bacillus coli* zu Grunde gingen. Die allmählichen Einverleibungen dieser Infiltrate erzielen beim Kaninchen mit mehr Sicherheit eine dauerhafte Immunität und erlauben, den Tieren bis zu mehr als 20 Malen die tödliche Dosis der Kultur zu ertragen.

c) Impfung, abwechselnd mit Filtraten und virulenten Kulturen. Ob man die eine oder die andere Art dieser beiden Einverleibungsmethoden zuerst anwendet, jedenfalls ertragen die Tiere hohe Dosen des eingeführten Materials. Ist

ein Tier mit dieser alternierenden Methode geimpft, so erträgt es schon nach einer Einverleibung ohne besondere Reaktion beträchtliche Gaben sehr virulenter Kulturen.

Im allgemeinen waren die Heilerfolge bei den Versuchstieren günstig, sowohl bei entwickelter Infektion, als bei der prophylaktischen Methode. Vorläufig zeigten sich diese Seruminjektionen unschädlich; die Verfasser halten sich deshalb für berechtigt, auch beim Menschen sie anzuwenden.

II. Bemerkung über die Bakteriologie der Harnabscesse, von ALBARRAN und BANZET. Zwanzig Fälle von perinealen Abscessen aus der GUYONSchen Klinik bildeten das Untersuchungsmaterial. In zwei Fällen wurden überhaupt keine Bakterien gefunden. In den übrigen achtzehn Fällen wurde zwölfmal der *Bacillus coli* nachgewiesen, viermal rein und achtmal in Gesellschaft von *Streptococcus*, *Staphylokokken* oder zugleich mit diesen beiden Arten von Bakterien und einem unbestimmten *Bacillus*. Dreimal sahen die Verfasser den *Staphylococcus pyogenes* in reinem Zustande, zweimal denselben zusammen mit *Streptococcus* oder einem *Bacillus*. Nur in einem Falle fand sich der *Streptococcus* im Zustande der Reinheit.

Aus dem Studium der zwanzig beobachteten Harnabscesse ergibt sich also die hervorragende Rolle, welche der *Bacillus coli* bei der Erzeugung der Urinabscesse spielt. Er fand sich allein oder in Gesellschaft mit anderen Eitererregern in zwei Drittel aller Fälle. Die Untersuchungen von ALBARRAN und HALLÉ von 1888 haben dadurch eine Bestätigung erfahren.

Die Anwesenheit des *Streptococcus* scheint eine besondere Schwere des jeweiligen Falles hervorzurufen.
Neuhaus-München.

Giornale italiano delle malattie venere e della pelle.

1896. Heft II.

Zwei Fälle von Splenitis gummosa, von R. STANZIALE. Außer der banalen amyloiden Degeneration der Pulpa und der Gefäße, sowie dem gewöhnlichen Befunde bei tertiären Affektionen der Milz ergab die histologische Untersuchung das ziemlich häufige Vorkommen einer fibrösen Tunica adventitia in den kleinsten Gefäßen der Milzfollikel; daneben Arteritis und Endarteritis.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Tuberkulin und einige andere irritierende Produkte infektiöser Keime, von BROCCIERI. Verfasser hat niemals schädliche Wirkungen des Tuberkulins beobachtet. Die Lupusfälle erfuhren meist eine wesentliche Besserung. Fieber war keineswegs ein konstantes Phänomen, dessen Ursache nach des Verfassers Meinung im anämischen Zustande der Patienten und der septischen Komplikation der Lupusinfiltrate zu suchen ist. Bei tuberkulösen Knochenaffektionen bleibt Tuberkulin ohne Wirkung. Inokulationen von leprösem Material von Menschen auf Tiere (Rückenmark des Kaninchens, Kamm des Huhns etc.) ergaben negative Resultate, indem die nervösen und entzündlichen Erscheinungen nach den Inokulationen auf das operative Trauma und den Reiz der Gewebe durch das Inokulationsmaterial zurückgeführt werden müssen.

Klinischer und bakteriologischer Beitrag zum Erythema polymorphum phlyctaenoides. CARRUCCIO bringt die ausführlichen Krankengeschichten von vier Fällen einer Affektion. Der histologische Befund stimmt mit den Angaben von CAMPANA, FINORE, LELOIR und VIDAL überein. Parasiten (Kokken) wurden nur in einem Falle nachgewiesen; Kulturversuche fielen aber negativ aus. C. meint deshalb, daß beim Erythema polymorphum nicht nur, toxische Substanzen (Jod, Arsenik, Serum) und gewisse Krankheiten (Cholera, Typhus, Rheumatismus, Malaria), sondern auch Parasiten eine ätiologische Rolle spielen können.

ORO berichtet über einen Fall von **Dermatitis mercurialis maligna mit tödlichem Ausgang**. Die histologische Untersuchung ergab unter anderem eine multiple parenchymatöse Neuritis der peripheren Nerven.

Untersuchungen über einige morphologische und histologische Besonderheiten der Ichthyosis, von ROCCH. Aus denselben geht hervor, daß man bei der Ichthyosis mehr atrophische als hypertrophische anatomische Veränderungen findet. Die beim Condyloma accuminatum als Nervenfasern beschriebenen Gebilde sind nicht anderes, als Färbungserscheinungen an Eiweißsubstanzen.

BATTISTINI beschreibt drei seltenere Fälle von **Syphilis hereditaria infantilis** und giebt genauere Angaben über den Verlauf der Lebervergrößerung und über den Zustand des Blutes, speziell das Verhalten der eosinophilen Zellen.

C. Müller-Walksellen.

Besprechungen.

Die Pflege der Haut und ihrer Adnexa nebst Angabe der wichtigsten pharmako-therapeutischen Mittel, von TH. SPIETSCHKA und A. GRÜNFELD. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1896.) Im Anschluß an eine kurze Darstellung der Anatomie und Physiologie der Haut werden die Pflege der normalen Haut im Kindesalter, zur Zeit der Pubertätsentwicklung, der Schwangerschaft, im Klimakterium und Greisenalter, sowie die diesen einzelnen Perioden eigentümlichen Hauterkrankungen und ihre Behandlung besprochen. Der zweite Teil des Buches giebt eine Schilderung der Haut in ihren Beziehungen zur Außenwelt: Reinigung durch Bäder und Seifen, Einfluß von Kleidung, Wohnung, Ernährung, von Witterungs-, Temperatur-, mechanischen und chemischen Einwirkungen; Parasiten der Haut. Den Schluß bilden Kapitel über Pflege der Haare und Nägel. Das Buch ist besonders in seinem zweiten Teile flott und anregend geschrieben und kann den praktischen Ärzten und auch gebildeten Laien empfohlen werden.

H. Einhorn-München.

Notes sur la lèpre en Islande. Recherches sur l'étiologie, von G. EICHMÜLLER. (Paris, G. Steinheil. 1896.) Verfasser giebt eine Zusammenstellung von 122 Lepra-fällen, die von EHLERS und zum großen Teile auch von ihm selbst während zweier Reisen durch Island untersucht werden konnten. Außerdem enthält die Arbeit einen kurzen Überblick über die Geschichte und Verbreitung der Lepra in Island, sowie einen ausführlichen Bericht über die verschiedenen Ansichten der Autoren hinsichtlich der Ätiologie der Erkrankung.

Die Beobachtungen EHLERS', der die Zahl der Leprakranken auf Island bei einer Bevölkerung von 73000 Seelen auf 200 schätzt, sprechen zu Gunsten der Kontagiosität der Lepra, die bei dem Fehlen der Beweise für die Heredität der Erkrankung und bei der Spezifität des Leprabacillus als die einzige Ursache für die Weiterverbreitung der Krankheit bezeichnet wird.

H. Einhorn-München.

Die Heilung der Syphilis, von WESTERFIELD. (Wiesbaden, Heinrich Lützenkirchen. 1896.) Wieder ein populäres Buch über die Syphilis mehr; Tendenz: Behandlung in Wiesbaden. Das Buch soll dem Patienten die Anordnungen des Arztes vervollständigen und erklären, „da dem Arzte in der Sprechstunde die Zeit fehle, auch nur das Allernotwendigste zu sagen“ (ja, wozu ist er denn da, oder wozu hat er Sprechstunde?).

F. Hahn-Bremen.

Festschrift, Professor BENNO SCHMIDT bei Vollendung seines 70. Lebensjahres von der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig überreicht. (Leipzig, Eduard Besold, 1896.)

1. **Weitere Mitteilungen über die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei Prostatahypertrophie, von HELFERICH.** Verfasser hat sieben Patienten der höchst einfachen, von ihm angegebenen Operation unterworfen, und ermutigende Besserung in den meisten Fällen erzielt. Zur Erklärung des Operationserfolges nimmt er eine reflektorische Zusammenziehung der Prostatagefäße an; infolgedessen schwillt die Prostata ab (Frühwirkung der Operation); als nach einigen Wochen eintretende Spätwirkung sieht er die Atrophie der Prostata an.

2. **Beitrag zur Kenntnis der Hodenteratome, von KOCKEL.** Verfasser hatte Gelegenheit, die etwa hühnereigroße Hodengeschwulst eines 3 $\frac{1}{2}$ -jährigen Knaben genau zu untersuchen. Dieselbe erwies sich als ein Teratom, dessen Inhalt zum Teil aus Hirnsubstanz, zum Teil aus Cysten bestand, bei denen sich Cysten von epidermoidaler Natur und Darmanlagen unterscheiden lassen. Von sonstigen Gebilden fanden sich Haare, periphere Nerven, Ganglienknoten, glatte Muskelfasern etc. etc. Als Ergebnisse seiner Untersuchungen kommt K. zu folgenden Schlüssen: Die Embryonalkystome des Hodens sind völlig analog denen der Ovarien: es sind rudimentäre, parasitische Foeten. Eine große Anzahl der sog. komplizierten Cystengeschwülste der Hoden gehören wahrscheinlich zu den Teratomen. Die Hodenteratome sind nicht auf fötale Inklusion, sondern wahrscheinlich auf einen einseitigen, partiellen Hermaproditismus zurückzuführen; der Eierstockteil des Hodens ist die Ursprungsstätte der Geschwulst.

3. **Über einige Hindernisse beim Katheterismus der männlichen Harnröhre, von A. KOLLMANN.** Die Hindernisse, welche der Einführung eines festen oder weichen Katheters entgegnetreten, sind meist durch muskuläre Zusammenziehung der Pars membranacea bedingt; hierzu kommt, daß der Bulbus sehr weit und faltenreich ist, so daß sich hier weiche Instrumente leicht fangen. Weiter kommen in Betracht: die Tasche an der oberen Wand der Fossa navicularis, die Schleimhautsäume am Rande der Morgagnischen Krypten und endlich pathologisch veränderte Schleimdrüsen. Ferner beschreibt K. einen Fall, bei dem er kurz vor dem Bulbus einen Blind sack von 1 $\frac{1}{2}$ cm Länge fand, in welchen er einen Tubus 28 einführen konnte; in rudimentärer Ausbildung sah er an derselben Stelle öfter kleinere Nischen. Zur besseren Erkennung derartiger Veränderungen führt K. die Urethroskopie in der Richtung von der Glans gegen den Bulbus hin aus. Endlich finden sich noch Falten in der Harnröhre, deren freier Rand nach hinten, nach der Blase zu, gerichtet ist; diese hemmen den Harnstrahl stets, die Einführung des Katheters aber nur dann, wenn man ein zu dickes Instrument wählt.

4. **Der Katheterismus retro-urethralis bei der Behandlung impermeabler (blennorrhöischer) Strikturen, von SONNENBURG.** Nicht allein bei traumatischen, bis an den Blasen Hals reichenden Strikturen, sondern auch bei vielen blennorrhöischen impermeablen Strikturen erweist sich der retrograde Katheterismus nach vorausgegangener Epicystotomie als elegante Heilmethode. S. teilt zwei von ihm operierte und geheilte Fälle mit. Im ersten gelang es nach Anlegung der Urethrotomia externa nicht, in die Blase zu kommen; erst nach Eröffnung der Blase von oben konnte man von der Blase aus einen Katheter vorschieben und auf diesen hin einschneiden; im zweiten drohte sich an die vorangegangene Punktion der Blase eine prävesicale Phlegmone anzuschließen.

F. Hahn-Bremen.

Stereoskopischer Medizinischer Atlas, von NEISSER. IX. Lieferung. V. Folge der Abteilung Dermatologie und Syphilis. (Cassel 1895. Th. G. Fisher & Co.) Die sehr lehrreichen stereoskopischen Abbildungen bringen in der vorliegenden Lieferung wieder einige instruktive Fälle.

1. **Ulcus traumaticum linguae**, von C. PARTSCH. Das Geschwür war in wenigen Tagen nach einem Biss während des epileptischen Anfalles entstanden.

2. **Atrophia mucosae linguae**, von C. PARTSCH. Die 65jährige Frau klagt über lebhaft brennende Schmerzen in der Zunge und an den Lippen. An der mittleren Partie und an den Seiten der Zunge sind die Papillen ganz oder fast ganz geschwunden, so daß ein gleichmäßiger, spiegelglatter, stellenweise wie marmorierter Epithelüberzug vorhanden ist. Die Fläche gerötet, nur einzelne Flecken sind weißlich; vereinzelt kleine Risse im Epithelbelag.

3. und 4. **Faltenzunge (Lingua plicata)**, von C. PARTSCH. An zwei Bildern sieht man abnorm starke Entwicklung der Epithelschicht der Zunge, große Papillae fungiformes, hohe, dicht gestellte Papillae foliiformes. Die Schleimhaut ist stark gefurcht, so daß die Zunge wie gefaltet aussieht. „Faltenzunge“ schlägt Verfasser für diese Formanomalie vor an Stelle der Bezeichnung „lingua dissecans“ oder „langue scrotale“. Eine pathologische Bedeutung hat diese Zungenbeschaffenheit nicht.

5. und 6. **Landkartenzunge (lingua geographica)**, von C. PARTSCH. Das bekannte Bild ist besonders auf der Photographie des 8jährigen Knaben sehr deutlich, da hier eine bestehende Stomatitis eine lebhafte Epithelabstoßung bewirkt hat, wodurch die Veränderung mehr hervortritt.

7. **Ulcus tuberculosum linguae**, von A. HENLE. Ein großes tuberkulöses Geschwür am Zungenrand von graurötlicher Farbe, mit granulierendem Grund, scharfe, gebuchtete, stark unterminierten Rändern bei einem 59jährigen Patienten.

8. **Leukoplakie und Gamma der Zunge**, von A. NEISSER. Die Zunge des Patienten zeigt neben einer Leukoplakie scharf umschriebene knotige Infiltrate, teils von normaler Schleimhaut überzogen, teils geschwürig zerfallen. Patient ist vor 28 Jahren infiziert und hat vor 4 Jahren ähnliche Erscheinungen bereits gehabt, die auf spezifische Therapie zurückgingen. Die Therapie im Beginne der Syphilis war eine sehr mangelhafte gewesen. — Verfasser geht näher auf die Beziehungen der Leukoplakie zur Syphilis ein und kommt zum Schlusse, daß erstere oft, aber nicht immer durch Syphilis bedingt ist.

9. **Exulceriertes Gamma der Zunge**, von SCHAEFFER. Ein tiefes, kraterförmiges Geschwür am Zungenrande von Wallnufsgröße; serpiginöse, ausgebuchtete Ränder; höckeriger, mit nekrotischen Fetzen und eitrigen Massen bedeckter Grund; wallartig erhabene Ränder mit derbem, abgrenzbarem Infiltrat; keine Schmerzhaftigkeit. Infektion vor 7 Jahren, sehr wenig spezifisch behandelt. Heilung durch Jodkalium.

10. **Glossitis interstitialisluetica**, von DREYSEL. Unter dieser Bezeichnung teilt Verfasser einen Fall von Gumma der Zunge mit. Es ist wohl zu erwägen, ob die neue Bezeichnung für diesen umschriebenen Prozeß wirklich der üblichen vorzuziehen ist. Ich bezweifle es. (D. Ref.)

11. **Carcinom der Zunge**, von A. BUSCHKE. Ein typischer Fall ohne diagnostische Schwierigkeiten.

12. **Lupus linguae (et faciei)**, von F. MUENCHHEIMER. Die mit Gesichtslupus behaftete Patientin zeigt neben Lupusknötchen in der Conjunctiva palpebrarum dextra und im harten Gaumen eine lupöse Zungenaffektion. Die Zunge ist im vorderen Teile gelappt und verrukös; am Rande des gesunden bis stecknadelkopfgroße papulöse, dunkelrote, weiche, dem Sondendruck nachgebende Effloreszenzen. Ähnliche sind

auch isoliert in den hinteren Teilen der Zunge zu finden. Einige Knötchen sind ulceriert, haben eine grauweiße Farbe. Daneben besteht ein Defekt der Epiglottis und Einlagerung des rechten Stimmbandes in eine Tumormasse.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Epidermis und ihre Abkömmlinge, von Prof. Dr. FR. MAURER, Prosektor in Heidelberg. Leipzig 1896, Engelmann. 351 S. 4°. Mit 9 Tafeln und 28 Textfiguren. In dieser monographischen Studie über die Integumentalorgane der Wirbeltiere hat sich M. zwei Aufgaben, eine spezielle und eine allgemeine, gestellt. Die spezielle besteht in der Begründung der vom Verfasser schon früher ausgesprochenen und hier, trotz mancher Angriffe, aufrechterhaltenen Annahme, daß das Säugetier in seiner Genese sich an die Hautsinnesorgane der Fische und Amphibien, namentlich aber der letzteren, anschließt, d. h. daß es nur infolge des im Laufe der phylogenetischen Entwicklung eingetretenen Funktionswechsels eine von jenen Organen abweichende Gestaltung angenommen hat, dahingegen in der Anlage (also morphologisch) eine genaue Übereinstimmung mit dem Aufbau jener bekundet. Die Lösung dieser Aufgabe ist dem Verfasser, nach unserem Dafürhalten, geglückt. Das mit großem Fleiß zusammengetragene, reichhaltige vergleichend-anatomische Material, die sorgfältigen und vielseitigen mikroskopischen Untersuchungen und die streng logische Argumentation wirken sehr überzeugend. Sowohl der positive, wie der kritische Teil der Beweisführung sind gleich ausführlich behandelt worden; der letztere speziell, der sich gegen die Ableitung der Haare von den Reptilienschuppen und den Vogelfedern richtet, ist besonders scharf und überzeugend. — Die zweite allgemeinere Aufgabe der Monographie, die Erforschung der genetischen Beziehungen, die zwischen den einzelnen Integumentalorganen der Wirbeltiere überhaupt bestehen, ist, entsprechend der Weitläufigkeit und der für den Hauptzweck des Buches gewissermaßen untergeordneten Bedeutung des Themas, etwas weniger erschöpfend behandelt. Aber auch hier sind die Fragen scharf gestellt und nach Maßgabe des beigebrachten Materials befriedigend gelöst worden. Dies gilt von der Differenzierung der einzelnen Elemente des Integuments bei niederen Wirbeltieren zu Se- und Exkretionsorganen (Schleim-, Körner-, Horn- und andere Zellen), wie auch von komplizierteren Fragen, welche die Entwicklung, bezw. Rückbildung der Hautsinnesorgane in der Rute der Wirbeltiere behandeln, — von den einfachen Stäbchen- und Stützcenzellen durch die vielzelligen Sinnesknospen und Endhügel der Teleostier bis zu den Hautsinnesorganen der Amphibien, von denen M. die Säugetierhaare ableitet. Bei den Fischen und Amphibien wird die Beziehung dieser Organe zu den zweierlei Nervengruppen (Facialis, Trigeminus und Ram. later. Vagi einerseits und segmentale Nerven andererseits) mit Evidenz nachgewiesen, und die embryonale Reihenstellung der Haare bei den Säugern auf diese Beziehung zurückgeführt. Es wird ferner gezeigt, wie nach der Ausstoßung der spezifischen Nerven-elemente aus den Hautsinnesorganen neue eigentümliche Organe (Perlorgane) werden, welchen von mancher Seite (LEYDIG) eine nach MAURER ungehörlich wichtige Bedeutung für die Genese der Haare beigelegt wurde. Bei der Besprechung der Hautdrüsen, die zuerst bei den Amphibien auftreten, wird auf die hohe Bedeutung der Muskularis, welche M. vom Epithel ableitet, für den Begriff einer echten, von den Vorfahren übernommenen Hautdrüse hingewiesen und in Übereinstimmung damit nur den tubulösen Drüsen der Säugetiere (den Schweißdrüsen, besser Knäueldrüsen des Menschen) der Charakter echter, primärer Hautdrüsen zuerkannt, weil sie die Muskelschicht nie vermissen lassen, wie verschieden auch das von ihnen gelieferte Sekret bei verschiedenen Säugern (Schweiß, Fett, Öl etc.) sein mag. Den Talgdrüsen (acinösen Drüsen) dagegen wird nur die

Bedeutung von sekundären, aus der intermediären Epidermisschicht entstandenen Schutzorganen der Säugetierhaare gelassen. — Interessant sind die Ausführungen, welche sich mit den genetischen Beziehungen zwischen der Reptilienschuppe und der Vogelfeder beschäftigen, wozu letzteren Gebilden M. jede Verwandtschaft mit den Haaren abspricht. Doch wird es uns zu weit führen, alle interessanten Punkte hier anzudeuten. Wir müssen den Leser auf das Werk selbst verweisen. Die Ausstattung des Buches und die herrlichen Tafeln lassen nichts zu wünschen übrig.

A. Sack-Heidelberg.

Periodische Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese, von C. LANGE. Übersetzt von HANS KURELLA. (Hamburg, Leopold Voss. 1896.) Der Verfasser zeichnet ein Krankheitsbild psychischer Depression, das bisher von wenigen bestimmt abgegrenzt wird. Fälschlich wird es vielfach der Hypochondrie und Neurasthenie zugezählt. Eher grenzt es an die Melancholie. Jedoch ist es auch von dieser unterschieden durch das Fehlen jeder Spur von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen. Es besteht lediglich eine Stimmungsanomalie, eine ungeheure Schläftheit, Gedrücktheit, Arbeitsunlust, Gleichgültigkeit, Neigung zum Weinen, eine „geistige Steifheit oder Versteinerung“. Die Krankheit tritt bei Männern wie bei Frauen periodisch auf und ist erblich. Verfasser führt nun dieses klar gezeichnete Krankheitsbild auf Grund seiner ausgedehnten Erfahrungen zurück auf eine uratische Diathese; man findet in und außerhalb der Krankheitsperioden einen stark sedimentierenden Harn. Die Therapie muß sich gegen die uratische Diathese richten durch entsprechende Diät und Regelung der Lebensweise. — Die Broschüre ist anregend geschrieben und wird beim Leser die Erinnerung an manchen sonderbaren Patienten wachrufen.

Jessenor-Königsberg i. Pr.

Verschiedenes.

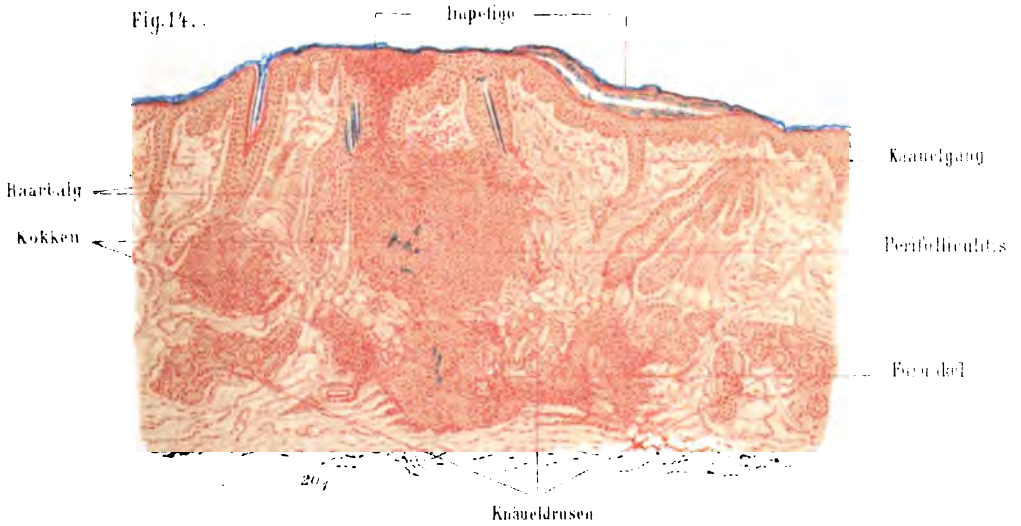
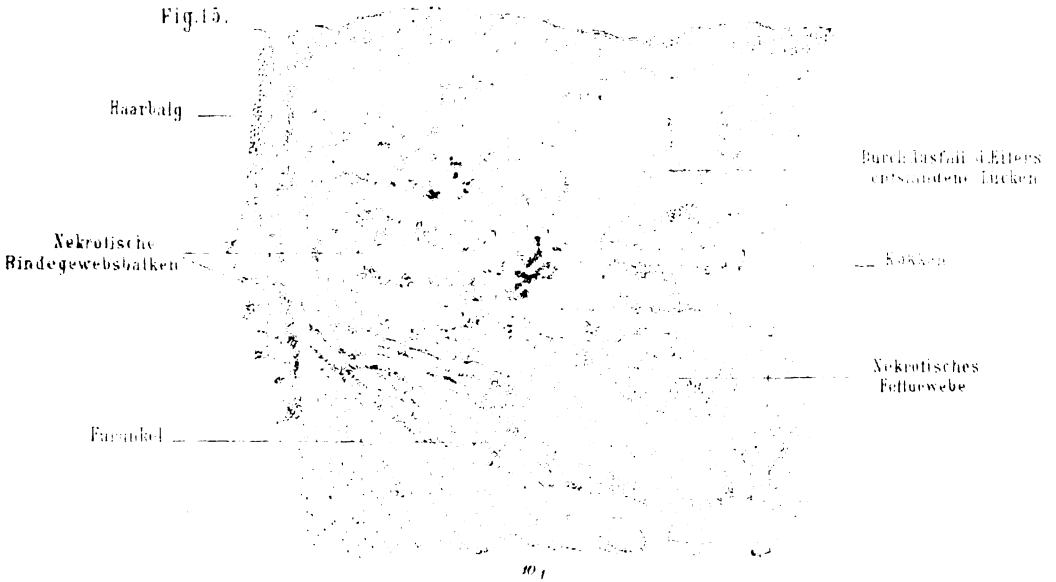
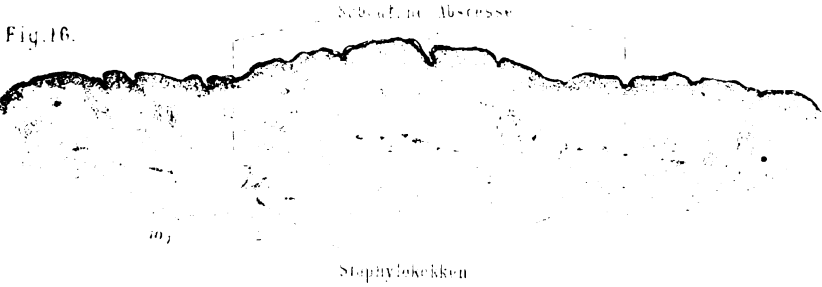
DAUBRAND empfiehlt (Dissertation, Lyon 1896) von neuem die **intradermale Naht** (subkutane Naht von CHASSAIGNAC). Sie besteht darin, daß die Nadel circa 1 cm vom Wundwinkel in die Haut ein- und im Wundwinkel selbst wieder ausgestochen wird. Von hier aus wird sie nicht mehr senkrecht zur Hautoberfläche, sondern parallel derselben und subkutan abwechselnd von einem Wundrand zum anderen geführt, bis sie am anderen Wundwinkel anlangt, wo sie wieder durchgestochen und 1 cm von demselben entfernt wird, an die Hautoberfläche geführt wird. Nun wird der Faden angezogen, wodurch die Wundränder aneinander rücken und von der Seide nicht mehr sichtbar lassen, als die beiden Enden, welche mittelst Knotens oder Bleikorn fixiert werden. Diese vorzügliche Nahtmethode hat den Vorteil, beinahe unsichtbare Narben zurückzulassen und die Bildung von Keloiden zu verhindern.

C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Über die Brandwunden bei maurischen Prostituierten, von RAY. (*Lyon méd.* No. 83. 1896.) Verfasser berichtet über eine eigentümliche Gewohnheit der Prostituierten in Algier, die sich bald in der Trunkenheit, bald aus Verdruss oder Ärger mittelst Cigaretten selbst tiefe Brandwunden machen, die zu schankerähnlichen Geschwüren und Narben, auch zuweilen, bei der Unreinlichkeit dieser Geschöpfe, zu wirklichen Schankern führen. R. verfügt über 11 solcher Fälle (worunter 1 Mann), von denen einzelne bis 20 Wunden, meist an beiden Vorderarmen, aufweisen.

C. Müller-Wallisellen.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

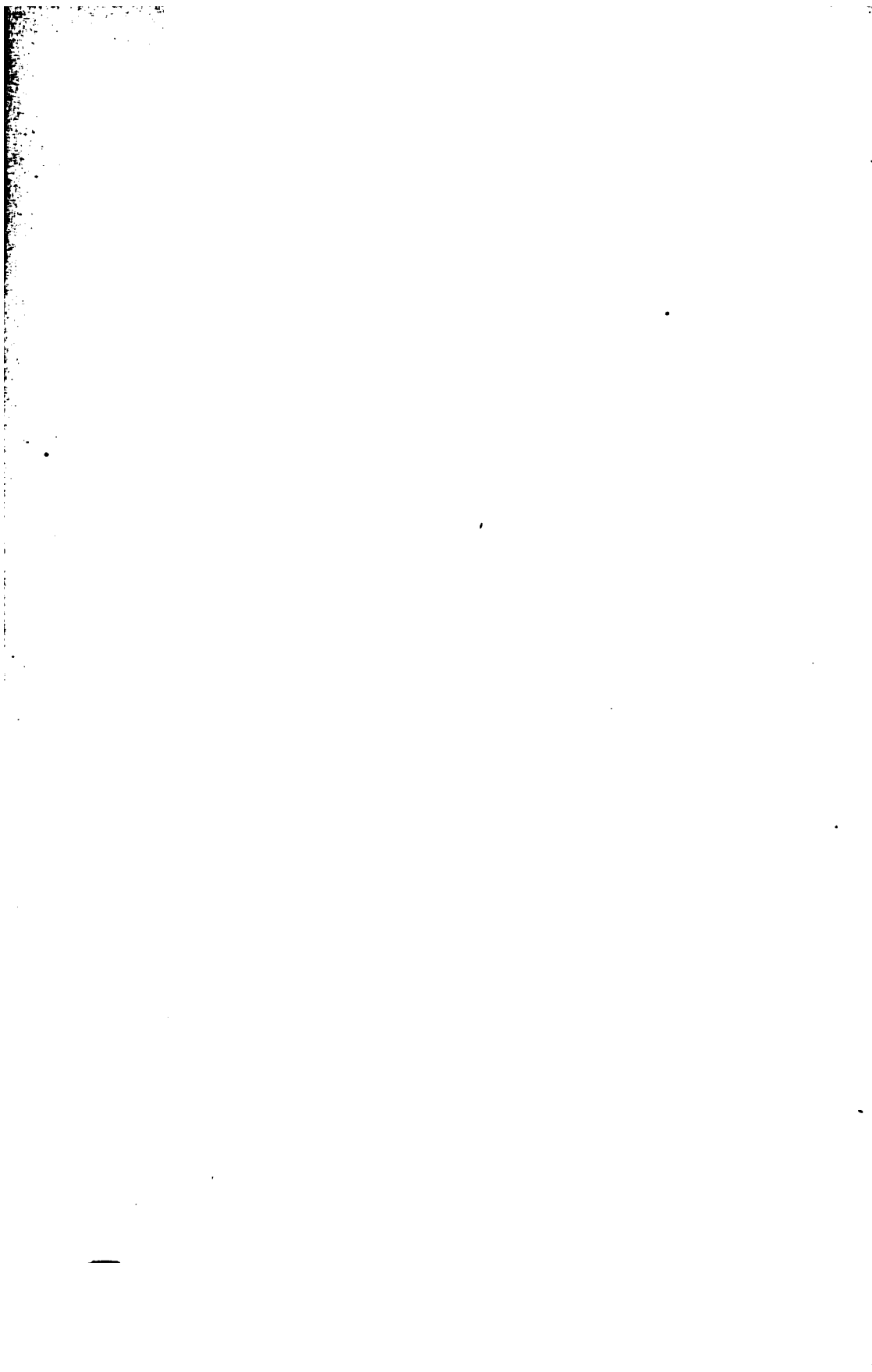


Gammelt del.

Stender lith.

Von Furunkel der Erwachsenen u. Abscesse der Neugeborenen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)



Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

NO. 8.

15. Oktober 1896.

Aus dem Alten Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg-St. Georg.
(Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke. Oberarzt: Dr. ENGEL-REIMERS.)

Über die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin.

Von

Dr. R. BOLTZ.

Nachdem vor einem Jahre von JADASSOHN¹ über die günstigen Resultate berichtet worden ist, welche bei der Blennorrhoe mit Argonin erzielt wurden, dürfte es sich wohl der Mühe lohnen, die gleichen Versuche, welche im Alten Allgemeinen Krankenhause in Hamburg an einem ziemlich großen Krankenmaterial mit obigem Mittel angestellt wurden, in folgendem kurz zu besprechen.

Es wurden in der Zeit von Ende Oktober 1895 bis Anfang Januar 1896 auf der Abteilung für Haut und Syphilis im ganzen 158 Männer mit Argonin behandelt. Von diesen 158 sind bei der Zusammenstellung der Resultate 54 gestrichen, die entweder ungeheilt das Krankenhaus verliessen, oder bei denen aus anderen Gründen die Argoninbehandlung eingestellt werden mußte; somit haben wir noch bei der Beurteilung unseres Mittels 104 Krankengeschichten zur Verfügung.

Auf diese 104 Kranken kommen im ganzen 2622 Behandlungstage, d. h. die Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt für den einzelnen Fall 25,23 Tage. Die Gonokokken verschwanden aber schon nach 2210 Tagen, also durchschnittlich nach 21,25 Tagen. Etwa die gleiche Zahl erhält GUTHRIE bei 15 mit Argonin behandelten Fällen.²

Die Behandlung bestand sowohl bei der Blennorrhoea anterior, wie auch bei der posterior hauptsächlich in der einfachen Spritzmethode, und zwar wurde die Urethra der Kranken morgens und abends vom Oberwarter, mittags vom Assistenten ausgespritzt.

Die Lösung war in der Regel den Angaben JADASSOHN'S entsprechend eine dreiprozentige. Einige Male wurde bei hartnäckiger Urethritis

¹ Arch. f. Derm. u. Syph. 1895.

² Dtsch. med. Wochenschr. 1896. No. 35.

anterior eine 7,5%ige Lösung angewandt oder fünfprozentige Argoninstäbchen in die Urethra eingeführt. Bei hartnäckiger Urethritis posterior wandten wir die Instillation mit der GUYONSCHEN Spritze und einer 7,5%igen Argoninlösung an, oder es wurde die ganze Urethra mittels Irrigationskatheters und der gleichen Lösung ausgespült.

Zur Differentialdiagnose der Urethritis anterior und posterior benutzten wir die zwar in letzter Zeit vielfach als nicht ausreichend bezeichnete Zweigläserprobe, schon aus dem Grunde der Zeitersparnis bei der Behandlung einer großen Menge Kranker.

Es kam Urethritis anterior zur Behandlung bei im ganzen 45 Fällen. Bei diesen konnte das definitive Verschwinden der Gonokokken konstatiert werden in der

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	Woche
bei 5	8	12	9	4	3	2	1	1.	

Der Durchschnitt würde hier also in der dritten Woche liegen, ein Resultat, welches hinter demjenigen JADASSOHN'S zurückbleibt, der bei 9 von 15 Fällen bereits in der ersten Woche das definitive Verschwinden der Gonokokken erzielte. Einen geringen Einfluss könnte auf dies Resultat die Art der Gonokokkenuntersuchung haben, welche jeden fünften Tag ausgeführt wurde, da bei uns ein Fall, der bei der zweiten Untersuchung keine Gonokokken mehr aufwies, bereits in die zweite Woche gerechnet werden mußte, während er bei dem von JADASSOHN benutzten Untersuchungsmodus noch in die erste Woche gehörte.

Die Zeit des Eintritts der Behandlung nach der Infektion war natürlich eine sehr verschiedene. Das Früheste war 8 Tage, das Späteste 1 Jahr nach der Infektion.

Auf den Erfolg der Behandlung hatten diese Zeitunterschiede keinen nennenswerten Einfluss. So findet sich unter den in der ersten Woche geheilten Fällen einer, welcher erst $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Infektion zur Behandlung kam, während auf der anderen Seite Fälle, auch wenn sie schon nach 8 oder 14 Tagen zur Behandlung kamen, doch erst nach 4 resp. 7 Wochen als gonokokkenfrei erklärt werden konnten. Zwei Fälle, welche schon über 1 Jahr bestanden, brauchten 5 Wochen bis zum definitiven Verschwinden der Gonokokken.

Der Befund bei der Aufnahme, selbst bei den alten Fällen, war durchweg der, daß sich noch reichlich oder mäßig viel eiteriges Sekret mit Leichtigkeit aus der Urethra hervordrücken liefs. Nur bei dem einen 1 Jahr alten Fall war der Ausfluß schleimig, enthielt aber ebenso wie die übrigen zahlreiche Gonokokken.

Die Entwicklung der einzelnen Fälle war meist so, daß der Eiter allmählich eine weißere Farbe annahm, die anfangs in Haufen zusammen liegenden Gonokokken weniger zahlreich wurden, endlich gänzlich ver-

schwanden oder vorerst noch gequollene Formen aufwiesen. Dabei bestand der Ausfluß auch ohne Gonokokkenbefund noch einige Tage oder längere Zeit weiter, um in der Regel unter ausschließlicher Argoninbehandlung vollkommen zu verschwinden. Fanden sich nach Aufhören der Sekretion in den Fäden noch Gonokokken, so wurde so lange weiter behandelt, bis auch diese verschwanden. Schließlich galt ein an zwei aufeinanderfolgenden Tagen erhobener negativer Gonokokkenbefund bei ausgesetzter Behandlung als Zeichen, den Patienten zu entlassen.

Diese zwei Tage erscheinen im Gegensatze zu der Beobachtungszeit, wie sie JADASSOHN durchführte, kurz. Berechnet man aber die Zeit vom ersten definitiven Ausbleiben der Gonokokken bei noch bestehendem Ausflusse, so erhalten auch wir eine längere Beobachtungsdauer, die in mehreren Fällen 7, 14 und in einem Falle 49 Tage ausmachte.

Mitbestimmend für eine nicht länger ausgedehnte Beobachtungszeit nach dem Aussetzen der Behandlung ist natürlich die Art der Patienten, welche meist Arbeiter und andere Kassenpatienten sind und sich schwer länger, als ihnen nötig erscheint, im Krankenhause halten lassen.

In den meisten Fällen konnten wir, wie erwähnt, mit der einfachen Spritzmethode mit 3%iger Argoninlösung bis zur Heilung behandeln, und nur in zwei Fällen wurden, nachdem die Gonokokken verschwunden waren und nur noch eine starke schleimige Sekretion bestand, Mittel wie Bleiwasser und Tanninlösung angewandt.

Einen Fall möchte ich noch hervorheben. Es ist jener, der bis in die neunte Woche behandelt werden mußte. Der Patient hatte schon früher wegen Blennorrhoe im Krankenhause gelegen und hatte nunmehr ein Recidiv bekommen. Die Erkrankung erstreckte sich nach häufiger Untersuchung lediglich auf die Pars anterior und hatte sich hier wohl in den Drüsenausführungsgängen festgesetzt. Es wurde, da die 3%ige Lösung nicht wirkte, eine 7,5%ige angewandt und zwar sechs Mal am Tage gespritzt.

Nachdem wir auch hiermit nichts erreicht hatten, wurden 5%ige Argoninstifte, die mittelst Cacaobutter hergestellt waren, versucht, und diese, in die Pars anterior eingeführt, erzielten schließlich die Heilung.

Ganz besonders betont zu werden verdient, daß sowohl die 3%ige, als auch die 7,5%ige Lösung und die 5%igen Argoninstifte weder bei den ganz frischen, noch bei den älteren Fällen irgend welche Reizung hervorgerufen haben.

Bei der Urethritis anterior et posterior gestaltete sich die Behandlung so, daß von den 59 behandelten Fällen die Gonokokken definitiv verschwanden in der

I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	X.	Woche
bei 9	12	16	8	8	3	2	1.	

Kompliziert waren diese Fälle 30 Mal durch Epididymitis und 3 Mal durch Cystitis, die übrigen waren frische Blennorrhoen und einzelne Recidive.

Eigentümlich mag es erscheinen, daß wir hier eine größere Zahl von Heilungen in der I. und II. Woche haben, als bei der Urethritis anterior. Doch muß man hier wohl berücksichtigen, daß von den 9 Fällen der I. Woche 7 mit Epididymitis kompliziert waren und hier erst, nachdem die Epididymitis behandelt war und so gleichzeitig für eine Spontanheilung der Blennorrhoe relativ günstige Bedingungen geschaffen waren, die eigentliche Argoninbehandlung einsetzte. Die beiden übrigen Fälle dieser Gruppe stellen eine über ein Jahr bestehende Blennorrhoe mit nur geringer Sekretion und Gonokokkenbefund dar und eine frische intensive, noch nicht behandelte Blennorrhoe.

Auch bei den Fällen der II. und III. Heilungswoche ist die Komplikation mit Epididymitis vorwiegend, während gerade die Fälle, welche fünf und mehr Wochen zur Heilung brauchten, unkomplizierte Fälle waren. Der gleiche Erklärungsversuch, wie für die oben erwähnten Fälle der ersten Heilungswoche, ließe sich wohl auch für diese geltend machen.

Ein Wiederaufflammen der Epididymitis, wie sonst häufig bei der Behandlung der Blennorrhoe, ist bei keinem dieser 30 Fälle beobachtet worden.

Zweimal⁸ fand sich als Komplikation eine heftige blutige Cystitis, bei der im katheterisierten und zentrifugierten Urin Gonokokken in großen Mengen vorgefunden wurden. Beide Male wandten wir eine Blasausspülung mit 7,5%iger Argoninlösung an. Diese wurde trotz großer Reizbarkeit des Blasenhalsses ohne Beschwerden vertragen. Nach 3—4 Tagen waren die Gonokokken im katheterisierten und zentrifugierten Urin verschwunden, der häufige Harndrang ging rasch zurück, so daß, während anfangs 20—22 Mal täglich Urin gelassen wurde, bald nur 10 Mal und seltener dies nötig war, und der Urin in wenigen Tagen wieder klar wurde.

Mag hier die direkte günstige Wirkung des Argonin auf den blennorrhoeischen Blasenkatarrh evident hervortreten, so kann man vielleicht auch die günstige Erscheinung, daß während des Vierteljahres, in welchem Argonin versucht wurde, so gut wie keine Blasenkomplikationen bei der Blennorrhoe auftraten, mit der Argoninbehandlung in Beziehung bringen.

Um kurz das Resultat zusammenzufassen, kann man wohl sagen, daß das Argonin ein Mittel ist, welches 1. die Gonokokken durchschnittlich in drei Wochen zum Verschwinden bringt, 2. in der nötigen Konzentration von 3—7,5% keine Reizerscheinungen hervorruft und 3. beim blennorrhoeischen blutigen Blasenkatarrh eine rasch heilende Wirkung hat.

⁸ Der dritte Fall starb an einem Herzfehler. Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in der *Dtsch. med. Wochenschr.*

Herpes tonsurans und die Trichophyten.

Referat, erstattet auf dem III. internationalen dermatologischen Kongress zu London.

Von

MALCOLM MORRIS,

Surgeon to the Skin Department, St. Mary's Hospital, London.

Einleitung.

Noch vor ganz wenigen Jahren wäre die hier zur Diskussion gestellte Frage den meisten Dermatologen außerordentlich theoretisierend, um nicht zu sagen visionär, vorgekommen. Die Ätiologie des Herpes tonsurans galt, wenigstens was alle praktischen Zwecke und Anwendungen betrifft, als definitiv erledigt. Wir begnügten uns mit der süßen Einfalt eines einzigen Trichophyton, welchem die Entstehung aller der verschiedenen Affektionen und vielfältigen Läsionen des als „Herpes tonsurans“ (Ringworm) uns geläufigen Leidens zugeschrieben wurde. Während der letzten drei bis vier Jahre aber hat dieser höchst bequeme Glaubenssatz eine gröbliche Erschütterung erlitten, und wenn wir (wissenschaftlich gesprochen) des Heils teilhaftig zu werden wünschen, müssen wir jetzt schon an eine Vielheit der Herpes-Parasiten glauben. Es ist sogar die Theorie aufgestellt worden, daß eine jede Abart der Krankheit sich eines eigenen Spezialpilzes erfreut. Nicht nur ist das Reich des Trichophyton geteilt worden, sondern diese spezielle Familie der Pilze ist aus dem größeren Teil des Reiches, in dem sie ehemals herrschte, ganz und gar vertrieben worden. Wie wir durch den bekannten mythenhaften Kollegienbesucher belehrt worden sind, daß die Ilias und die Odyssee nicht von Homer, sondern von einem anderen Manne desselben Namens verfaßt worden sind, ebenso stellt sich nun heraus, daß nach den neuesten Untersuchungen das meiste von den Erscheinungen, welche wir hier zu Lande noch jetzt als „Ringworm“ bezeichnen, als eine andere Krankheit mit dem gleichen Namen aufzufassen ist. Wir befinden uns in der That, was diese Krankheit betrifft, mitten in einer Revolution, wobei Dr. SABOURAUD die Rolle Napoleons spielt. Dieser fähige und unermüdete Forscher hat nicht nur die bisherige orthodoxe Lehre über den Haufen geworfen, sondern er hat auch bereits auf den Trümmern der alten eine neue errichtet. Andere Baumeister sind mit dieser Arbeit jetzt auch eifrig beschäftigt, aber das Gebäude ist noch immer von der Vollendung weit entfernt, und der Bauplatz ist mit Ziegelsteinen, Zement und Gerüste so überfüllt, daß (um den Metapher bis zu seinen letzten Grenzen auszu-

spinnen) man sehr auf der Hut sein muß, wenn man sich nicht an zweifelhaften Thatsachen die Haut von den Knochen abstossen oder sich an einer übereilten Verallgemeinerung die Nase zerbrechen will.

Der gegenwärtige Standpunkt der Frage.

Wenn man es unternimmt, eine Frage wie die vorliegende zu besprechen, bei welcher einige Faktoren noch unerkant oder unklar sind, und wobei selbst in Bezug auf die als bekannt geltenden Thatsachen eine erhebliche Verwirrung infolge der Verschiedenheiten der Untersuchungsmethoden und der Deutungen der Resultate vorherrscht, so wird man vor allen Dingen versuchen müssen, sich über seinen gegenwärtigen Standpunkt Klarheit zu verschaffen. Ein kurzes Resumé der während der letzten drei bis vier Jahre geleisteten Arbeit wird uns zu einer besseren Einsicht über die gegenwärtige Lage des zu besprechenden Gegenstandes verhelfen.

Die Lehre von der Vielheit des fungösen Herpes wurde bereits 1891 von FUHRMANN und NEEBE¹ aufgestellt, aber die neue Ära datiert von SABOURAUDS Untersuchungen, über welche, soviel ich weiß, zuerst im Jahre 1892 eine Veröffentlichung erfolgt ist.² Über einige Detailfragen im Laufe der Vervollkommnung seiner Methoden und der Fortführung seiner Untersuchungen haben seine Ansichten seitdem gewisse Modifikationen erfahren. Das Ergebnis seiner Arbeiten ist in seinem großen Werke: *Les Trichophyties Humaines* (Paris, 1894) ausführlich niedergelegt worden.

Seine Lehre kann in folgenden Thesen zusammengefaßt werden:

1. Unter dem Namen *Tinea tonsurans trichophytina* hat man bisher zwei vollständig verschiedene Krankheiten verwechselt, welche nichts mit einander gemein haben, als daß sie beide die Haare ergreifen.

2. Die eine dieser Erkrankungen ist bedingt durch einen Parasiten, welcher nicht zu den Trichophyten gehört, sondern von der unter dieser Bezeichnung bekannten Familie der kryptogamen Pilze ebensoweit verschieden ist, wie diese von dem Parasiten, der den Favus hervorruft. Dieser Parasit ist das *Mikrosporum Audouini*, und SABOURAUD macht den Vorschlag, die dadurch bedingte Affektion nach GRUBY zu benennen, da doch dieser vor mehr als einem halben Jahrhundert den Zusammenhang desselben mit einer bestimmten Erkrankung der Kopfhaut feststellte. Dieser Pilz ist die Ursache jener Krankheit, welche zugleich die ansteckendste und auch aller Behandlung am wenigsten zugängige ist — die Tinea der Schulkinder. Mikroskopisch ist an ihm die Kleinheit der Sporen ein charakteristisches Merkmal. In klinischer Beziehung ist zu bemerken, daß die Affektion nur Kinder befällt und sich ausschließlich auf der Kopfhaut lokalisiert.

¹ *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. No. 11.

² *Ann. de Derm.* November 1892.

3. Die andere Krankheit ist bedingt durch Pilze, welche zur Familie der Trichophyten gehören. Das unterscheidende Merkmal zwischen diesem und dem oben erwähnten Parasit, der kein Trichophyton ist, liegt in der relativen Grösse der Sporen. Unter sich können sie aber in zwei Hauptgruppen eingeteilt werden, je nachdem die parasitären Elemente innerhalb oder ausserhalb der Haare lokalisiert sind; es sind ihnen die unterscheidenden Bezeichnungen „Endothrix“ und „Ektothrix“ beigelegt worden. Im allgemeinen gesprochen befällt die erstere hauptsächlich die Kopfhaut und nur manchmal die unbehaarten Teile (*Tinea circinata*); die letztere ergreift die Körper- und ausnahmsweise (bei Kindern) die Kopfhaut und ist ausschliesslich und allein Ursache der Flechte der Barthaare. Der „endothrix“ Parasit stammt vom Menschen, der „ektothrix“ von Tieren (Pferd, Katze, Hühnern etc.) her. Somit ist der Herpes des Bartes ausschliesslich und ganz direkt auf eine Impfung, mittelbar oder unmittelbar, mit den von Tieren herrührenden Trichophyten bedingt. Von beiden Arten des „grosssporigen“ Pilzes giebt es zahlreiche Formen, und SABOURAUD erklärt den Polymorphismus der *Tinea trichophytina* durch die Vielfältigkeit der Fungusarten, durch welche sie hervorgerufen wird. In klinischer Beziehung haben sie nur eine einzige objektive Eigenschaft gemein: die ringförmige Begrenzung der Läsionen auf der Epidermis. Eine charakteristische Eigentümlichkeit des von Tieren herrührenden („ektothrix“) Herpes ist seine Gutartigkeit; die Krankheit bleibt selten länger als drei Monate bestehen. Bei jedem einzelnen Falle aber ist eine bestimmte Pilzart für alle Läsionen, mögen sie wo immer lokalisiert sein, verantwortlich zu machen. Sämtliche zur Eiterung führenden Läsionen (Kerion, Sykosis) sind durch einen speziellen, „ektothrixen“, ursprünglich auf Pferden wachsenden Pilz bedingt; zu dieser Gruppe fügt SABOURAUD auch die *Perifolliculitis agminata* der unbehaarten Teile als ätiologisch gleichbedeutend hinzu.

Die Kulturen des kleinsporigen Pilzes zeigen stets eine gleichmässige Beschaffenheit; diejenigen der Trichophytonpilze sind von diesen grundverschieden, aber unter sich sind die von dem gleichen Falle oder von Fällen, die aus derselben Quelle infiziert wurden, stammenden Kulturen einander immer ähnlich.

BODIN³ hat dem beim Pferde vorkommenden Pilze seine besondere Aufmerksamkeit zugewandt. Er hat in den Läsionen des Herpes contagiosus der Füllen einen dem *Mikrosporum*, welches den hartnäckigen Herpes bei Kindern hervorruft, sehr eng verwandten Pilz gefunden, und er hat einen Fall von zufälliger Übertragung dieses Parasiten auf Menschen beobachtet. Was den „ektothrixen“ Pilz (über dessen Abstammung von

³ „*Les Teignes Tondantes du Cheval et leurs Inoculations Humaines*“ Thèse de Paris, 1896.

Tieren er mit SABOURAUD eins ist) betrifft, so erklärt er, daß die Bezeichnung nicht in der Bedeutung aufzufassen ist, daß keine parasitären Elemente in das Innere der Haare eindringen; die Lokalisation der Trichophyten, mögen sie von Pferden oder anderen Tieren abstammen, ist gleichzeitig eine zirkumpilare und eine intrapilare. BODIN teilt die Trichophyten der Pferde in zwei Gruppen ein: a) die gewöhnliche Abart, welche traubenförmige Früchte trägt (*Botrytis*); b) die favusartige, bei welcher die generativen Elemente denjenigen des Favuspilzes ähnlich sind. Von letzteren gibt es zwei Unterarten, die sich durch die Probe mit Kulturen unterscheiden lassen. BODIN ist auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schlusse gelangt, daß es Pilze giebt, welche beim Menschen und bei Tieren eine von der *Tinea trichophytina* nicht zu unterscheidende Krankheit hervorbringen, dabei aber in mykologischer Beziehung dem Achorion des Favus näher verwandt sind als den Trichophyten. Er hält es demnach zur Zeit für unmöglich, eine scharfe Grenze zu ziehen zwischen Favus und Trichophytose.

SABOURAUDS Lehren sind bei uns ihren Hauptzügen nach von ALLAN JAMIESON,⁴ ADAMSON,⁵ COLCOTT FOX und BLAXALL⁶ bereits acceptiert worden. LESLIE ROBERTS⁷ stellt sich bei dieser Frage auf einen von diesem verschiedenen Standpunkt. Er verwirft die morphologische Beschaffenheit, noch entschiedener aber die Kulturergebnisse, als gültigen Prüfstein; seiner Meinung nach ist das richtige Kriterium eines Trichophytonpilzes durch dessen Fähigkeit, verhorntes Gewebe aufzulösen, gegeben. Er hat gefunden, daß die stärker pigmentierten Haare der Auflösung länger widerstehen als die weniger pigmentierten, womit er zugleich eine von mir vor mehreren Jahren erwähnte Beobachtung bestätigt, daß nämlich Individuen mit hellem Haar für Herpes empfänglicher sind als die Bräunnetten. Er zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: Es findet sich unter den niedrigsten, chlorophylllosen Pflanzenfamilien eine zahlreiche natürliche Gruppe von Pilzen, deren charakteristisches Merkmal in ihrer Fähigkeit, die Horngewebe aufzulösen, besteht, was wahrscheinlich mittelst eines Fermentes vollführt wird; diese keratolytische Gruppe umfaßt den Favus (Achorion), die verschiedenen Arten von Trichophyta und einige Aspergilli, sowie wahrscheinlicherweise manche andere, noch nicht genauer festgestellte Arten; bei den reinen Trichophyten sind zum mindesten zwei naturgemäße Abarten zu konstatieren — diejenigen, welche sowohl die Scheide als auch die Rindensubstanz der Haare zerstören, und

⁴ *Brit. Med. Journ.* 20. August 1893. pag. 470.

⁵ *Brit. Journ. of Dermat.* Juli und August 1895.

⁶ *Ibid.* Juli 1896.

⁷ *Brit. Ther. Journ.* 29. September 1894; und *Journ. Path. and Bact.* August 1895.

zweitens diejenigen, welche zuerst die Rindensubstanz auflösen, wobei die Scheide intakt bleibt oder erst im späteren Verlauf affiziert wird. Die erstere dieser LIESLIE ROBERTSSohen Pilzarten scheint dem SABOURAUDSchen kleinsporigen Parasiten zu entsprechen, während sein Cortex-verdauender Pilz sich mit dem SABOURAUDSchen Trichophyton decken dürfte. Das klinische Verhältnis der ersteren zu den letzteren wird schätzungsweise auf zwei zu eins angegeben. Andererseits schließt er sich der SABOURAUDSchen Lehre, daß die Tinea tonsurans eine Krankheit mit zwei verschiedenen, durch verschiedene Fungusarten hervorgerufenen Typen sei, gleichfalls an. MC. FADYEN⁸ hat durch Experimente nachgewiesen, daß das Trichophyton im stande ist, sich auf einem ausschließlich aus Keratin bestehenden Nährboden fortzuentwickeln und offenbar sich von der Keratinsubstanz zu ernähren; dagegen war keine auflösende Wirkung, welche auf den Einfluß eines Enzyms hingedeutet hätte, dabei zu konstatieren. ROSENBAACH⁹ fand bei einer Serie von dreizehn Herpesfällen, von denen einige nur oberflächliche, andere aber tiefgehende eiterige Läsionen darboten, nicht weniger als sieben Unterarten von Trichophyton; jedoch stimmt er mit SABOURAUD, so viel ich habe entnehmen können, nicht darin überein, daß bestimmte Formen der Trichophytose mit bestimmten Pilzarten zusammentreffen.

MIBELLI¹⁰ hinwiederum hat bei 28 Fällen zwei Pilzarten konstatiert, von denen keine im geringsten dem SABOURAUDSchen „kleinsporigen“ Parasiten ähnlich war. Die eine besaß, wie es schien, die Fähigkeit, die allermannigfaltigsten klinischen Veränderungen hervorzurufen, und M. hält es nach seinen Untersuchungen für zweifelhaft, ob der „endothrix“ Parasit stets auf einen menschlichen, der „ektothrix“ stets auf einen tierischen Ursprung schließen läßt. KRÖSING¹¹ ferner behauptet, daß die Unterscheidung der Herpespilze nach großsporigen und kleinsporigen keine Berechtigung habe, da die Größe der Sporen schon bei einem und demselben Pilze und bei derselben Züchtungsreihe eine sehr wechselnde sei. Die mikroskopische Prüfung aber bezeichnet er gleichfalls als unzuverlässig wegen der Verschiedenheit der Fortpflanzungs- und Befruchtungsorgane innerhalb derselben Kultur und wegen ihrer Unbeständigkeit zu verschiedenen Zeitpunkten. Seiner Meinung nach ist der einzige zuverlässige Prüfstein das Züchten, und der beste Nährboden dafür ist die Kartoffel. Er vertritt die Ansicht, daß der nämliche Pilz sowohl tiefe als auch oberflächliche Läsionen erzeugen kann (Sykosis und Tinea circinata), und

⁸ *Journ. Path. and Bact.* April 1895.

⁹ *Über die tieferen eiternden Schimmelerkrankungen der Haut.* Wiesbaden 1894.

¹⁰ *Ann. de Derm. et de Syph.* 3. Série t. VI. pag. 733.

¹¹ *Archiv für Derm. und Syph.* Sonderabdruck.

dafs es unmöglich sei, nach der klinischen Beschaffenheit des Herpes den demselben zu Grunde liegenden Pilz zu bestimmen.

Die Untersuchungen des Verfassers.

Nach den bisherigen Ausführungen ist es klar, dafs die Frage von den Wechselbeziehungen zwischen Herpes tonsurans und den Trichophyten von einer definitiven Lösung noch sehr weit entfernt ist. Allerdings herrscht eine ziemlich allgemeine Übereinstimmung darüber, dafs die bei der Entstehung der scheuerenden Flechte beteiligten Pilze gewisse Unterschiede betreffs ihres Einflusses auf die Haut und bei den Kulturen erkennen lassen. Was aber die Klassifizierung dieser Pilze und ihre pathogene Bedeutung, ob spezifisch oder nicht, betrifft, so waltet hier unter den beteiligten Forschern die „allervorzüglichste Unordnung“ vor. Die Dermatologen sind sich nicht darüber einig, was das Trichophyton eigentlich thut, und ob es überhaupt etwas besonderes thut. Andererseits sind sich die Botaniker noch nicht darüber einig, was ein Trichophyton ist. Man kann sich auch kaum darüber wundern, dafs die Meinungen so sehr auseinander gehen, denn die Sache selbst ist eine fast verzweifelt komplexe, und die Unzulänglichkeit unserer Untersuchungsmittel legt uns noch weitere Steine des Anstosses in den Weg. Meine eigenen Untersuchungen sind nicht auf einem so umfangreichen Mafsstab, wie diejenigen einiger der ausgezeichneten Forscher, welche ich oben zitiert habe, ausgeführt worden, und ich kann mir nicht schmeicheln, dafs ich im stande gewesen bin, irgend eine wichtige Erweiterung der von ihnen so emsig zusammengetragenen Data zu bieten. Bei einer so auferordentlich schwierigen Sache aber hat jeder Fetzen von einem Beweismittel einen Wert, und ich halte es deshalb für gerechtfertigt, meine Resultate, schlecht und recht wie sie sind, Ihnen vorzulegen. Sie sind geschöpft aus der Untersuchung von 126 aufeinanderfolgenden Fällen von Herpes tonsurans, welche ohne irgend welchen Versuch der Auswahl in der Privatpraxis und im Hospital der Reihe nach, wie sie in Behandlung kamen, vorgenommen wurden. Sämtliche Patienten waren Kinder; die untersuchten Haare wurden der Kopfhaut entnommen. In allen Fällen wurde zur Anfertigung der Präparate die gleiche Methode verwandt; und da von letzterer so sehr viel abhängt, dürfte es der Mühe wert sein, einige genaue Einzelheiten über diesen Punkt anzuführen.

Die Wichtigkeit des Färbens.

Bevor ich aber hierzu übergehe, kann ich nicht umhin, meiner Verwunderung Ausdruck zu geben darüber, dafs von denen, welche die Mykologie dieses Leidens bearbeitet haben, so wenig Gewicht auf das Färben gelegt worden zu sein scheint, da doch dieses Mittel auf anderen Gebieten

der histologischen Untersuchung sich so nützlich erwiesen hat. Allerdings sind mannigfache Färbungsversuche mit der GRAMschen und anderen Methoden angestellt worden; aber die Ergebnisse sind meistens unbefriedigend gewesen, hauptsächlich weil, wie ADAMSON¹² hervorhebt, der Pilz den Farbstoff so begierig annimmt, daß die Strukturverhältnisse verwaschen sind und das ganze Präparat mehr oder weniger undurchsichtig erscheint. Vor Kurzem habe ich jedoch ein Verfahren angegeben¹³, das von diesen Mängeln vollständig frei ist und, wie mir scheint, es ermöglicht, die Morphologie des Pilzes sowohl mit größerer Leichtigkeit als auch mit größerer Genauigkeit als irgend eine andere Methode zu studieren.

Mit kurzen Worten gesagt, sind die Details folgende: Das zu untersuchende Haar wird zunächst auf eine bis zwei Minuten in eine Mischung von Anilinwasser mit einer 5prozentigen alkoholischen Lösung von Gentianaviolett (30 Teile des ersteren auf 10 Teile des letzteren) eingelegt; darauf wird es mit Fliespapier getrocknet und eine bis zwei Minuten lang mit reinem Jod und Jodkalium, in Wasser gelöst, behandelt; wieder getrocknet; nochmals mit Anilinöl und reinem Jod behandelt; dann mit Anilinöl aufgehellt, in Xylol gewaschen und in Canadabalsam eingelegt. Ich freue mich, sagen zu können, daß diese Färbemethode den Beifall eines so kompetenten Richters wie Dr. ALLAN JAMIESON gefunden hat, und ich habe die Zuversicht, daß sie bei weiteren Versuchen auch von anderen Forschern gutgeheißen werden wird. Da spätere Erfahrungen zu einigen Modifikationen in der eben beschriebenen Methode Anlaß gegeben haben, will ich die einzelnen Schritte schildern, welche bei der Herstellung der Präparate befolgt wurden.

Herstellungsmethode.

Folgende Methode wurde angewandt: Das Haar wurde zunächst einige Sekunden lang in Äther gewaschen, um das überflüssige Fett zu entfernen. Alsdann wurde es zum Färben in eine Gentianaviolettlösung, 5% in 70% Alkohol, eingelegt. Der kleinsporige Pilz färbt sich sehr rasch und braucht in der Regel nicht mehr als fünf Minuten. Der andere mit den großen Sporen braucht viel mehr Zeit zum Färben; man muß ihn etwa eine Stunde in der Lösung liegen lassen und letztere überdies etwa fünf Minuten lang über einer Spirituslampe erhitzen; auf diese Weise wird der Alkohol verdunstet, das Keratin wird erweicht und der im Inneren des Haares sitzende Pilz wird intensiv gefärbt. Die parasitären Elemente kann man in genau derselben Weise rot färben, wenn man eine 5prozentige wässrige Fuchsinlösung mit etwas Alkohol oder eine 2pro-

¹² Loc. cit. Juli 1895.

¹³ *Practitioner*. August 1895. Pag. 135.

zente Lösung von Karbolfuchsin substituiert. Für photographische Zwecke ist die rote Färbung besser als die violette.

Wenn das Haar aus der Färbelösung herauskommt, taucht man es in Jod, um den Farbstoff festzuhalten; darauf wird es durch Einlegen in Anilinöl oder in eine Mischung von 2 bis 4 Tropfen Salpetersäure mit Anilinöl auf zehn bis fünfzehn Minuten entfärbt; darauf legt man das Präparat einige Sekunden lang in reines Anilin; alsdann Abwaschen in Xylol und schließlich Einlegen in Xylolbalsam. Man wird bemerkt haben, daß Kalilauge bei dieser Methode nicht in Anwendung kommt. Ich habe gefunden, daß das Kalium das Mycel zerstört und die Sporen zum Quellen bringt, so daß die Verwendung dieses Mittels Resultate ergibt, welche nicht nur unbefriedigend sind, sondern geradezu irreleiten.

Die Resultate.

An der Hand der hier dargelegten Methode habe ich mich überzeugt, daß die SABOURAUDSche Lehre in manchen Teilen irrig und in anderen als noch nicht erwiesen zu betrachten ist. Natürlich kann ich nur äußerst zaghaft eine abweichende Meinung gegenüber einem so sorgsamen und scharfsichtigen Forscher aussprechen. Er scheint mir aber von dem Enthusiasmus des Entdeckungsreisenden ein wenig zu weit hingerissen worden zu sein, und der seiner Nation eigene systembildende Genius hat ihn des weiteren dazu verführt, das von ihm entdeckte Gebiet in Form von zierlichen Teppichbeeten auszulegen, während die Natur in ihrer Überfülle sich nicht auf diese Weise einzwängen läßt. Um den Leser nicht mit den kleinsten strittigen Einzelheiten zu ermüden, will ich hier nur eine Übersicht meiner eigenen Beobachtungen vorlegen, ohne etwa diese als Originalforschung in irgend welcher Beziehung zu bezeichnen, sondern bloß um das Ergebnis meiner eigenen Arbeit zu ziehen, mag dadurch diejenige meiner Vorgänger bestätigt oder in Zweifel gezogen werden.

Geographische Verteilung.

Von den 126 Fällen, welche das Material für meine Präparate lieferten, boten nicht weniger als 116 den kleinsporigen Pilz dar; bei den anderen fand sich die Abart mit den großen Sporen. Wir erhalten somit einen Prozentsatz von 92 v. H. an kleinsporigem Herpes, was recht genau mit FOX und BLAXALLS Schätzung auf 80—90% übereinstimmt. Von ADAMSON ist das Verhältnis noch höher angegeben worden; bei den Patienten der Londoner Hospitäler fand er das Mikrosporum in 173 von 178 Fällen von Herpes. ALLAN JAMIESON giebt nach seinen Erfahrungen in Edinburgh das Verhältnis auf ungefähr 90 v. H. an. Diese Zahlen sind viel höher als die SABOURAUDSchen, indem dieser gefunden hat, daß

der Pilz mit kleinen Sporen etwa 60—65% aller in Frankreich vorkommenden Fälle von *Tinea trichophytina* verschuldet. MIBELLI giebt nach Kenntnisnahme der SABOURAUDSchen Präparate zwar zu, daß der kleinsporige Fungus eine diskrete Abart sei, doch hat er ihn bei allen den zahlreichen Herpesfällen, die ihm in Italien begegnet sind, niemals angetroffen. Ebenso scheint dieser Parasit in Deutschland selten vorzukommen. KRÖSING sagt, daß Herpes der Kopfhaut in Breslau nur sehr selten angetroffen wird. Möglicherweise kann das häufigere Vorkommen der kleinsporigen Abart bei uns die Erklärung sein für die von allen britischen Dermatologen bestätigte Thatsache, daß klinisch die Affektion hier gegen therapeutische Maßnahmen viel widerstandsfähiger ist, als dieselbe in anderen Ländern zu sein scheint. Es ist allgemein bekannt, daß Behandlungsmethoden, welche von einigen auswärtigen, höchst renommierten Spezialisten als wirksam empfohlen worden sind, sich bei uns als wenig wertvoll erwiesen haben. Meine eigenen Statistiken, sowie auch diejenigen der genannten britischen Forscher mögen zum Beweise dienen, daß der großsporige Pilz hier verhältnismäßig selten ist; vielleicht indessen wird diese anscheinende Seltenheit durch den Umstand zu erklären sein, daß die davon erzeugte Störung leicht übersehen wird.

Der kleinsporige Parasit.

Das spezielle Charakteristikum des kleinsporigen Parasiten besteht in dem Fehlen einer jeglichen besonderen Anordnung der Sporen; sie finden sich in unregelmäßiger Weise zerstreut, manchmal in Haufen, manchmal in kleinerer Anzahl; überall jedoch liegen die einzelnen Elemente voneinander getrennt und ohne sichtbare Verbindungen. Mit ihnen verflochten findet sich ein verfilztes Mycel mit unregelmäßigen Gliederungen, Verbiegungen und Verästelungen. Die Pilze liegen um das Haar herum und bilden eine grauliche Scheide, wie dies von SABOURAUD beschrieben wurde. Sie fressen ins Haar hinein, zerfasern die Ränder und arbeiten sich bis ins Innere des Haarschaftes hinein, in der Richtung nach der Wurzel hin fortschreitend. Nach einiger Zeit bricht das Haar in einer gewissen Entfernung von der Follikelöffnung ab; die parasitäre Scheide löst sich auf und bildet auf der Epidermis eine aschgraue, schuppige Stelle. ADAMSON und FOX lehren, daß die Epidermis eher befallen wird als das Haar; meine Beobachtungen stimmen aber in diesem Punkte mit den SABOURAUDSchen überein.

Der großsporige Parasit.

Abgesehen von seinen größeren Dimensionen hat der großsporige Parasit das spezielle Merkmal, daß er zuerst die Wurzel befällt und in der Richtung nach oben weiter wächst, sowie ferner, daß die Sporen zu

regelmäßigen Ketten angeordnet sind mit einer Beimischung von kurzen, regelmäßig gegliedertem Mycel. Die Haare sind kurz abgebrochen und lassen keine Scheide erkennen; die Sporen liegen um das Haar herum, manchmal auferhalb, manchmal innerhalb und manchmal sowohl innerhalb wie auferhalb. An Querschnitten desselben Haares, in verschiedener Höhe ausgeführt, sieht man, daß der Pilz an der einen Stelle vollständig auferhalb an einer anderen zugleich auch innerhalb des Haares sich befinden kann. Dies stimmt mit der BODIN'schen Schilderung des „endothrix“ Parasiten ganz überein; es handelte sich aber klinisch um einen Fall von *Tinea tonsurans* der Kopfhaut bei einem Kinde, und es bestand, soviel mir bekannt, kein Grund, anzunehmen, daß die Infektion von einem Pferde herrührte, wenn auch die Möglichkeit einer solchen Herstammung ja ebenfalls nicht absolut auszuschließen ist. Ich muß indessen gestehen, daß ich der Lokalisation des Parasiten keine entscheidende diagnostische Bedeutung zuerkennen kann, und die SABOURAUD'sche Einteilung des großsporigen Pilzes in zwei große Klassen „endothrix“ und „ektothrix“ scheint mir auf einem blossen Zufall der Lage zu beruhen und hängt vielleicht von dem Grade der Erkrankung ab.

Die Größe der Sporen.

Was die Größe der Sporen betrifft, so ist es bemerkenswert, daß der Unterschied zwischen den sogenannten „kleinen“ und „großen“ Abarten in Wirklichkeit kein sehr großer ist. Es geht dieses hervor aus sorgfältigen Messungen, welche Dr. GALLOWAY die Güte hatte, nach den parasitären Bestandteilen meiner Präparate anzustellen. Er giebt an, daß in einem als „klein“ bezeichneten Präparate der Durchschnitt nach zehn Messungen von freiliegenden Sporen 3,6 Mikromillimeter betrug, indem die kleinsten 2, die größten 4 μ maßen; der Querdurchmesser des Mycels war sehr verschieden an Dicke und variierte zwischen 2,5 und 4,5 μ mit einem Durchschnitt von ca. 4 μ . An einem als „groß“ bezeichneten Präparate betrug der Durchschnitt von zehn Messungen freiliegender Sporen 4,8 Mikromillimeter (zwischen 3 und 6 μ). Das Mycel hatte einen Durchmesser von ungefähr 5 μ , doch kamen auch Schwankungen von 3 bis 6 μ vor. Bei einem als „klein“ bezeichneten Präparate betrug der Durchschnitt von zehn Messungen von isolierten Sporen 3,5 Mikromillimeter (2 bis 4 μ). Bei einem „Kulturpräparate“ vom kleinsporigen Pilze waren die isolierten Sporen sehr variabel mit einem zwischen 2 und 4 Mikromillimetern schwankenden Durchmesser; das Mycelium war ebenfalls sehr variabel und schwankte zwischen 2,5 bis 4 Mikromillimeter. Bei einem von einer großsporigen Kultur stammenden Präparate variierten die Sporen zwischen 3,5 und 6 μ , und das Mycel zwischen 2,5 und 4 μ . Demnach scheint die Schlusfolgerung gerechtfertigt, daß das unterscheidende Kenn-

zeichen zwischen den zwei Abarten nicht so sehr in der GröÙe der Sporen, als in ihrer Verteilung und ihrer Wachstumsweise am Haar zu suchen ist. Ich will nicht versäumen hervorzuheben, daÙ dieser Umstand bereits von SABOURAUD selbst betont worden ist.¹⁴

Die Kulturen.

Ich habe von beiden Arten (sowohl der groÙs- wie der kleinsporigen) Kulturen angefertigt, wobei ich SABOURAUDS Nährboden Maltose Agar-Agar verwendete. Das erkrankte Haar wird in das Nährmittel eingepflanzt. Eine Zeit lang bemerkt man keinen wahrnehmbaren Unterschied an den Kulturen der beiden Pilzarten. Beide wachsen langsam. Bei der Untersuchung einer Kultur des groÙssporigen Parasiten sieht man etwa drei Wochen nach dem Einlegen des Haares einen kleinen, rötlich-braunen, central gelegenen Knopf; auÙerhalb desselben findet sich ein rehbraun gefärbtes Gebiet, das seinerseits wieder von einer Anordnung von concentrischen Ringen von gelblich-grüner Farbe umgeben ist; diese Kreise sind durchbrochen von einer ganzen Anzahl dicht beisammenstehender Radien, welche, allerdings auf einem etwas tieferen Niveau, vom Centrum ausgehen und bis über die Peripherie in Gestalt eines Strahlenkranzes sich ausbreiten. Sekundärkulturen wachsen rascher als die ursprünglichen; bei ihnen ist der Centralpunkt gröÙser und von unregelmäÙiger Gestalt und hat eine gröÙsere umgebende helle Zone; dann folgt ein tieferer Ring und auÙerhalb dessen wieder ein Strahlenkranz. Die ganze Oberfläche ist mit weissen Partikelchen bedeckt, als ob sie mit Zuckereis bestreut wären.

Bei den Kulturen vom kleinsporigen Pilze ist der Centralpunkt anfangs nicht so sehr emporgehoben, wie bei den groÙssporigen, aber von weisserer Farbe. Nach 14 Tagen sieht es aus wie eine winzige auf der Oberfläche des Nährbodens liegende Schuppe und ist von einer schmalen, weislichen Zone umgeben, auf welcher wiederum ein unregelmäÙiger auÙerer Strahlenkranz folgt. Nach etwa zwei Monaten ist die centrale Stelle gröÙser und weisser; sie ist von einer Anordnung concentrischer Ringe umgeben, an denen man die aufeinander folgenden Flutwellen des Wachstums gewissermaÙen wie an den Jahresringen der Bäume erkennen kann; auÙerhalb derselben sieht man einen deutlich markirten, weissen Kreis, der ein wenig erhaben erscheint, und, diesen umschlieÙend, noch einen Glorienschein von Strahlen. Die Kulturen des kleinsporigen Pilzes werden viel schneller weis als die von den groÙssporigen, und die weissen Strahlen an dem fortwachsenden Rande sind feiner.

Im ganzen sind die Unterschiede zwischen den Kulturen der zwei Arten nicht sehr groÙs. Am meisten weichen sie in Bezug auf die Farbe von-

¹⁴ Op. cit. pag. 74.

einander ab. Bei der kleinsporigen Art ist der vorherrschende Farbenton weiß, was bei der bezuckerten Oberfläche dem Bilde ein Aussehen wie Schnee verleiht. Bei den grossporigen Kulturen hat man einen rötlich-braunen Ton. Infolge der Farbenverschiedenheiten konnten die Kulturen stets mit dem unbewaffneten Auge ohne Mühe voneinander unterschieden werden. Jede der beiden Gruppen bot bei allen den untersuchten Präparaten genau das gleiche Aussehen dar, gleichviel ob sie von dem nämlichen Falle herstammten oder nicht. Desgleichen war ich nicht imstande, zwischen den einzelnen Individuen der grossporigen Gruppe irgend welche Unterschiede festzustellen. Eine etwaige Übertragung aus einer gemeinsamen Infektionsquelle kann mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

Demnach scheint es, daß SABOURAUD zum mindesten sich etwas so schroff ausdrückt, wenn er sagt, daß kaum zwei Fälle von *Tinea trichophytina* die gleiche Art von *Trichophyton* aufweisen.

Es ist ja möglich, daß es eine „unbegrenzte“ Anzahl von *Trichophyton*-arten gibt; aber ich habe bisher sowohl im Laboratorium wie im Sprechzimmer noch nichts gesehen, was es mir glaubhaft erscheinen lassen könnte, daß jeder Fall von trichophythischem oder, wie ich mich lieber ausdrücken möchte, „grossporigem“ Herpes einen speziellen eigenen Pilz besitze.

Die Pilze in Bezug auf klinische Thatsachen.

Der Schluss, den ich als das Ergebnis meiner eigenen Beobachtungen und Untersuchungen gezogen habe, lautet, daß es nur zwei Arten des Herpes-Parasiten giebt, welche für den Kliniker Interesse haben. Dieselben bieten genügende Unterschiede dar, sowohl durch ihr mikroskopisches Aussehen, ihre Wachstumsweise und ihre pathologischen Wirkungen, um ihnen die Anerkennung ihrer spezifischen Abstammung zu vindizieren. Ob sie zwei verschiedenen botanischen Familien angehören oder nicht, hat für uns als Kliniker nur wenig Interesse. Wir können ganz wohl damit zufrieden sein, daß wir wissen, daß die Herpesarten, mit denen wir zu thun haben, zu den Mykosen gehören. Ob irgend welche unter ihnen *Trichophytosen* sind oder nicht, will ich für meinen Teil gern den Botanikern zur Entscheidung überlassen. In Verbindung hiermit möchte ich auf die Ansicht von WAELSCH¹⁵ hinweisen, welcher hervorhebt, daß die Wachstumsform und biologische Beschaffenheit der Pilze sehr veränderlich sind und durch die verschiedensten Einwirkungen beeinflusst werden. Wenn sie auch einerseits bis in die entferntesten Generationen hinein die in ihrem saprophythischen Zustande angenommenen Eigenschaften bewahren können, so haben sie andererseits die Fähigkeit, sich neuen

¹⁵ *Verhandl. der Deutsch. Derm. Gesellsch.* 1894.

Nährmitteln anzupassen, und sie reagieren sehr entschieden selbst auf unbedeutende Veränderungen des Nährbodens. Aus diesem Grunde scheint mir, ist es für praktische Beziehungen eine Unmöglichkeit, die auf der Haut und den Adnexa derselben zu findenden Pilze in exakte Rubriken einzuteilen.

Ich möchte hier meiner Überzeugung Ausdruck geben, daß viele Formen von *Tinea tonsurans*, welche man früher der Einwirkung eines *Trichophyton* zuschrieb, in Wirklichkeit Abarten von *Favus* sind. Ich freue mich, konstatieren zu können, daß dieser Schluss, zu dem ich durch mikroskopische sowohl, wie durch klinische Untersuchungen gelangt war, durch unabhängige Beobachtungen von BODIN bestätigt wird. Ich stimme vollkommen mit ihm darin überein, daß es schwer fällt, die Grenzlinie zwischen dem Favuspilz und dem *Trichophyton* zu ziehen. Jedenfalls ist diese Linie, welche zwischen den beiden Parasiten bestehen soll, ebenso anfechtbar, wie die berühmte Schaumburg-Lippelinie, von der wir kürzlich so viel zu hören bekommen haben. LESLIE ROBERTS stellt das *Achorion* zusammen mit den *Trichophyten* in eine physiologische Gruppe von Pilzen, welchen die Fähigkeit zukommt, verhorntes Gewebe zu verdauen, und nennt sie „*Keratophyta*“, und für klinische Zwecke ist diese Einteilung vielleicht ebenso zweckmäßig als irgend eine andere.

Was den Dermatologen am meisten interessiert, ist weniger der Stammbaum der Parasiten, als deren Wirkung auf das menschliche Integument und dessen Anhängsel. Eine Einteilung der Herpesparasiten nach dem Grade der Schwierigkeiten, welche sie in therapeutischer Beziehung darbieten, wäre gewiß höchst unwissenschaftlich, aber trotz allem wäre sie für unsere Bedürfnisse am praktischsten. Von diesem Standpunkte aus besteht ein sehr markierter Unterschied zwischen den kleinsporigen und den großsporigen Pilzen, indem erstere der Therapie gegenüber unvergleichlich viel resistenter sind als letztere. Wir stimmen alle miteinander darin überein, daß diese Art am häufigsten bei *Herpes tonsurans* der Kopfhaut vorkommt, und sie ist ohne allen Zweifel diejenige, welche am leichtesten übertragen wird. SABOURAUDS Lehre, daß der kleinsporige Fungus nur auf der Kopfhaut vorkomme, beruht meines Erachtens auf Irrtum. Es sei hierbei daran erinnert, daß BODIN bei herpesartigen Läsionen der Körperoberfläche, ebenso wie der Kopfhaut einen kleinsporigen Parasiten gefunden hat, welcher in jeder Beziehung mit dem *Mikrosporum Audouini* übereinstimmt.

SABOURAUD ferner hält die These aufrecht, daß, obgleich die Kulturen der großsporigen Pilze von verschiedenen Fällen immer erhebliche Abweichungen von einander darbieten, doch die Pilze, welche von einem und demselben Patienten stammen, stets gleichartig sind, — mit anderen Worten, er behauptet, daß keine Vermischung der Gattungen vor-

komme. Dagegen habe ich vor kurzem einen Fall von Herpes des Kopfes und Halses bei einem Kinde beobachtet, wo der Kopfhautpilz sämtliche Merkmale des kleinsporigen darbot, während derjenige des Halses unbedingt als großsporige Abart bezeichnet werden mußte.

Ich möchte des weiteren hier noch bemerken, daß ich bei jedem von mir untersuchten Kerionfalle einen Pilz gefunden habe, welcher in jeder Beziehung dem kleinsporigen Parasiten ähnlich war. Dies steht in direktem Widerspruch mit den SABOURAUDSchen Befunden, indem dieser behauptet, daß Kerion und alle anderen eiterigen Läsionen durch ein spezielles, vom Pferde herstammendes, großsporiges Trichophyton hervorgebracht werden. Ich freue mich, konstatieren zu können, daß ich mit dieser meiner Beobachtung mich in Übereinstimmung befinde mit ADAMSON und COLCOTT FOX.

Über *Tinea circinata* und Sykosis habe ich hier nichts anzuführen, da mein ganzes Material von der Kopfschwarte von Kindern herstammte. Meine klinischen Erfahrungen lassen es mich aber kaum für wahrscheinlich erachten, daß bei allen Sykosisfällen der Parasit auch nur indirekt von Pferden hergeleitet werden könnte.

Im Ganzen also kann man die Frage von den Beziehungen zwischen Herpes und dem Trichophytonpilze, wenn auch in mykologischer Hinsicht eine befriedigende und vollständige Lösung noch keineswegs erzielt worden ist, doch in Bezug auf die praktisch medizinische Seite als den Hauptpunkten nach erledigt betrachten. Wir haben gelernt, die hartnäckigen von den günstigeren Krankheitsformen nach einer zugleich leichten und zuverlässigen Methode zu unterscheiden. Dies an sich bedeutet einen großen Fortschritt, den wir vor allen Dingen dem Genie und jener unbegrenzten Fähigkeit, sich Mühe zu geben — welche nach CARLYLES Ansicht der wichtigere Teil des Genies ist — des großen Forschers SABOURAUD verdanken.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remscheid.)

Psoriasis unilateralis und die Theorien über Ätiologie der Psoriasis.

Vortrag, gehalten auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Frankfurt a./M. 1896.

Von

Dr. MARTIN KUZNITZKY, Straßburg i./E.

Meine Herren!

Ich möchte Ihnen über einen Fall von Psoriasis berichten, der mir in Bezug auf die Ätiologie dieser Erkrankung von Bedeutung zu sein scheint.

Im April 1894 kam zur poliklinischen Konsultation in die Straßburger dermatologische Klinik der 20jährige Metzgergeselle Karl D. . . . , behaftet mit einer typischen Psoriasis nummularis, die ausschließlich auf einer, der rechten Körperhälfte lokalisiert war. Karl D. machte über die Entstehung des Ausschlages folgende interessante Angaben:

Im Dezember 1893 schnitt er sich in der Metzgerei mit einem Wiegemesser in den rechten Daumen etwas zentralwärts vom Phalango-Metacarpalgelenk. Der Schnitt reichte von der Dorsal- über die Radial- auf die Volarseite hinüber und ging bis auf den Knochen. Allein es wurde weder Motilität, noch Sensibilität geschädigt. Ungefähr 5 Wochen nach der Verletzung, nachdem die Wunde, die nicht genäht worden, vernarbt war, bemerkte Patient an der Beugeseite des rechten Unterarms, etwas oberhalb des Handgelenkes einen ganz kleinen roten Fleck, der sich bald noch ausdehnte, etwa bis auf Bohnengröße, und sich allmählich mit weißen glänzenden Schuppen bedeckte. Im Laufe des Monats Februar bis Anfang März entwickelten sich dann rasch nacheinander, und ausschließlich auf der rechten Körperhälfte die übrigen Effloreszenzen in der Reihenfolge: Unterarm, Oberarm, Kopf, Achsel, Brust, Rücken, Flanke, Hinterbacke, Oberschenkel.

Was leisten die bestehenden Psoriasis-theorien bezüglich der Erklärung der Genese dieses Falles? Konstatieren wir zunächst daß es vier Theorien sind, die noch Vertreter finden, nämlich die parasitäre, die dyskrasische, die Theorie der lokalen Prädisposition der Haut und die neuropathische Theorie. Meines Erachtens sind heute nur noch zwei dieser Theorien diskutabel: die parasitäre und die neuropathische. Denn die sog. dyskrasische Theorie ist etwas völlig Unverständliches, und die Theorie der lokalen Prädisposition der Haut der Psoriatiker ist eine Umschreibung klinischer Thatsachen, — aber keine eigentliche Theorie.

Wir haben somit zu wählen zwischen der neuropathischen und der parasitären Theorie. Ist die parasitäre Theorie im stande, eine befriedigende Erklärung für den vorliegenden Fall halbseitiger Psoriasis zu geben? Wie wäre es zu verstehen, daß bei unserem, übrigens aus völlig psoriasisfreier Familie stammenden Patienten sich die supponierten Psoriasisparasiten ausschließlich auf einer Körperhälfte ansiedelten und die Mittellinie des Körpers streng respektierten, mit Ausnahme des behaarten Kopfes. Und diese Überschreitung der Mittellinie bei unserem Patienten ist kaum nennenswert. Sie beschränkt sich auf zwei Stellen und beträgt kaum einen bis zwei Centimeter, so daß sie weit zurückbleibt hinter den Überschreitungen der Mittellinie die man z. B. bei Herpes zoster gelegentlich sehen kann. — Bei der Deutung unseres Falles versagt die parasitäre Theorie vollständig. Sie steht aber überhaupt auf schwachen Füßen. Die Kürze der Zeit verbietet mir, mich hier gegen die einzelnen Gründe zu wenden, die man

für die parasitäre Theorie ins Feld geführt hat. In einer demnächst erscheinenden Publikation komme ich ausführlich darauf zurück, daß die parasitäre Theorie meines Erachtens nicht aufrecht erhalten werden kann.

Es bliebe somit die neuropathische Theorie. Sie hat genau genommen keine präzise Formulierung, sondern es wird von den Vertretern der neuropathischen Theorie nur im allgemeinen die Überzeugung ausgesprochen, daß Psoriasis nicht als eine oberflächliche Hauterkrankung angesehen werden darf, wie das vielfach noch geschieht, sondern daß sie die dermatopathische Äußerung eines pathologischen Vorganges ist, der in irgend welcher Weise abhängig sei von Störungen des peripheren oder des zentralen Nervensystems. Alle Details sind noch strittig. So ist z. B. von den beiden Männern, welche die neuropathische Theorie inaugurierten, der eine, POLOTENOFF der Ansicht, daß Psoriasis eine vasomotorische Neurose ist, während BESNIER eine Störung des Zentrums der Keratinisation annimmt. Dieser letzteren Auffassung kann ich nicht beitreten. Das Zentrum der Keratinisation ist ein völlig hypothetischer, in nichts durch physiologische Thatsachen gestützter Begriff. Aber auch die Annahme einer vasomotorischen Neurose kennzeichnet bloß eine ganz ungefähre Vorstellung.

Gestatten Sie mir, um Ihnen meine Anschauung auseinanderzusetzen, einen kurzen Exkurs auf das physiologische Gebiet. Seit den GOLTZschen Versuchen der Rückenmarksdurchtrennung beim Hunde steht fest, daß der Tonus der Gefäße, außer von den bekannten zentralen, auch noch von peripher gelegenen nervösen Elementen abhängig ist. Es steht ferner fest, daß die Gefäßerweiterung, welche nach Durchschneidung von Nerven auftritt, nicht das Resultat einer Lähmung der Vasokonstriktoren ist, sondern daß die Durchschneidung als Reiz auf die Vasodilatoren wirkt.

Werden nun periphere Teile von Hautreizen getroffen, so entsteht eine dem Reiz entsprechende Hyperämie der betroffenen Bezirke. Diese Hyperämie bildet sich nach Aufhören des Reizes zurück, wenn die zugehörigen zentralen Ganglien intakt sind. Ist dies nicht der Fall, werden vielmehr die zentralen Ganglien selbst, oder die verbindenden Fasern an irgend einer Stelle ihres Verlaufs chronisch gereizt, so befindet sich der Tonus der zugehörigen Gefäßgebiete, in einem gewissermaßen labilen Gleichgewichtszustande; es folgen jetzt selbst auf vorübergehende Hautreize dauernde Gefäß- und konsekutiv Gewebsalterationen.

Bei Psoriasis besteht bekanntlich häufig Vererbbarkeit der Disposition zu dieser Krankheit. Das disponierende Moment ist, wie ich glaube in der leichten Erregbarkeit des Zentralnervensystems, speziell der spinalen vasomotorischen Ganglien zu suchen. Unser Patient stammt nicht aus einer Psoriatiker-Familie, aber er stammt von einer äußerst nervösen, reizbaren Mutter ab. Das Trauma wirkte reflektorisch auf die durch

erbliche Belastung bereits leicht erregbaren spinalen Ganglien. Dieser Reiz erstreckte sich aber in unserem Falle ausschließlich auf die Ganglien nur einer Rückenmarkshälfte. Das ist das anscheinend äußerst seltene, für unseren Fall charakteristische Ereignis. Die geringfügigen Hautreize, denen die Haut im täglichen Leben ausgesetzt ist, gingen an der linken Körperhälfte unseres Patienten spurlos vorüber, während sich rechts an den Gefäßgebieten mit labilem Tonus, die den Psoriasiseflorescenzen zu Grunde liegende, dauernde, aktive Hyperämie einstellte.

Diese Psoriasishyperämie ist kein paralytischer, auch kein entzündlicher Vorgang, wie vielfach behauptet wird, noch endlich ist sie das Resultat passiver Stauung sondern sie ist meines Erachtens das Primäre an der Psoriasiseflorescenz, und entsteht durch Reizung der Vasodilatatoren. Ich möchte es kurz als angioerethischen Vorgang bezeichnen.

Ich resumiere: Psoriasis kann streng halbseitig auftreten. — Physiologische Erfahrungen machen die Annahme wahrscheinlich, daß zwei Faktoren für das Zustandekommen von Psoriasisruptionen erforderlich sind: Einwirken irgendwie gearteter, wenn auch eventuell geringfügiger Reize auf Gefäßgebiete, deren Tonus infolge chronischen Reizzustandes der zugehörigen spinalen Zentren sich in labilem Gleichgewichte befindet. Ob dieser spinale Reiz, der vererbt oder erworben sein kann, einfach funktioneller Natur ist, oder ob und welche materielle Läsionen er setzt, das zu entscheiden sind wir mangels systematischer anatomischer Rückenmarksuntersuchungen bei Psoriatikern heute noch nicht in der Lage.

Was endlich die der einzelnen Psoriasiseflorescenz zu Grunde liegende Hyperämie angeht, so ist sie meines Erachtens als angioerethischer Vorgang aufzufassen.

Über Albuminurie bei Blennorrhoe.

Vortrag, gehalten auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Frankfurt a. M. 1896.

Von

Dr. BERTHOLD GOLDBERG,
Spezialarzt für Harnkrankheiten in Köln.

Die Albuminurie bei Blennorrhoe ist bisher in Deutschland kaum Gegenstand einer größeren Untersuchung gewesen. In Frankreich hat BALZER 1891—1893 die Frage eingehend studiert. Ohne seine Arbeiten zu kennen, habe ich im wesentlichen gleiche Ergebnisse gehabt, was wohl für die Richtigkeit der Ansichten ins Gewicht fällt. In der folgenden

Zusammenstellung berücksichtige ich nunmehr neben meinen eigenen stets auch die Ergebnisse der anderen Autoren.

Die bei Blennorrhoe fast stets vorhandene Eiterbeimengung erschwert die Erkennung einer wahren Albuminurie, da ja schon das Eiweiß des Eiterserums das Harnfiltrat eiweißhaltig macht. Da ich nun, auf Anregung POSNERS, über die Beziehungen zwischen Eitergehalt und Eiweißgehalt im Urin seit mehreren Jahren Untersuchungen anstellte^{4 5}, so lag es für mich nahe, auch bei Blennorrhoe der Unterscheidung der falschen von der rechten Albuminurie und damit dieser selbst näher zu treten.

In den zur Untersuchung gekommenen Fällen habe ich also stets einerseits die Menge des Eiters genau bestimmt, und zwar durch Zählung der Eiterkörperchen, andererseits die Menge des Eiweiß im Filtrat. Der qualitative Nachweis des Albumins — nur Albumin wurde berücksichtigt — wurde geführt durch Zusatz von Salpetersäure in der Kälte, durch nachfolgendes Kochen, endlich noch bei geringem Eiweißgehalt durch die HELLERSche Salpetersäureringprobe. Die quantitative Bestimmung des Eiweiß konnte nur vereinzelt durch Wägung erfolgen; die in Betracht kommenden Unterschiede waren aber meist so beträchtlich, daß aus der Verwendung der Abschätzung nach der Größe des Eiweißsediments und zwar stets sowohl nach der Salpetersäurekochprobe im Reagenzglaschen, als auch nach der Pikrinsäureprobe im ESBACHSchen Albuminometer, falsche Schlüsse nicht entstehen konnten. Es wurden aber bei geringem Eiweißgehalt stets auch noch 2, 3, 5, 10 etc. -fache Verdünnungen vom Harnfiltrat angelegt und zur HELLERSchen Probe benutzt. Dadurch wurde zweierlei erreicht. Erstens treten bei diesen Verdünnungen, wie ZREHUISEN⁷ nachgewiesen hat, die durch Harzsäurefällung durch die Salpetersäure verursachten Ringe nicht mehr auf; es wurden im übrigen bei den anderen Proben, falls die Patienten Balsamica eingenommen hatten, die Harzsäuren durch Alkohol zur Auflösung gebracht. Zweitens aber suchte ich hierbei diejenige Verdünnung ausfindig zu machen, bei welcher der weiße Eiweißring nach 2, 3 Minuten schwach, aber deutlich sichtbar wird, während man das Reagenzglas gegen eine dunkle Unterlage in auffallendem Licht betrachtet. Ist dies der Fall, so enthält die Harnflüssigkeit 3,3 mg in 100 ccm, $\frac{1}{33}$ ‰. Die so bestimmte Eiweißmenge wich von der gewogenen bei 68 Bestimmungen HAMMARSTENS 48 mal um weniger als $\frac{1}{20}$, 7 mal um $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$, 12 mal um $\frac{1}{10}$, nur 1 mal um $\frac{3}{10}$ ab⁸; also ist sie gewiß für meine Vergleichenungen hinreichend genau.

Werde ich also auf der einen Seite dem Vorwurf, nicht genau genug gewesen zu sein, wohl entgehen, so möchte ich auf der anderen Seite auch bestreiten, daß die Zählung des Eiters zu genau, überflüssig sei. ULTMANN⁸, ebenso wie BALZER sind der Ansicht, die Erkennung wahrer Albuminurie bei Pyurie sei nicht schwierig.

BALZER sagt hierüber: „Nous voyons chez des sujets à la fois atteints de cystite et d'albuminurie les dépôts purulents persister encore en abondance alors que l'albumine ne se trouve déjà plus dans l'urine filtrée. Il est vraisemblable, que la quantité d'albumine exsudée à la surface des muqueuses qui suppurent est insignifiante; quand les réactifs la décèlent franchement dans l'urine, elle vient du rein.“ Während also auf der einen Seite BALZER eine beträchtliche Albuminurie stets für eine wahre ansieht, nur 4 von 424 Fällen scheinen ihm in dieser Hinsicht wegen der Hämaturie zweideutig, läßt er auf der anderen Spuren unberücksichtigt. Aber eine derartige Schätzung führt nur in den Fällen mit viel Eiweiß bei geringem Eitergehalt zu einwandfreien Ergebnissen; die Fälle mit viel Eiweiß bei hohem Eitergehalt, und diejenigen mit wenig Eiweiß bei mäßigem Eitergehalt können a priori ebensogut für falsche als für wahre Albuminurien gelten.

Überschreitet beispielsweise bei mäßigem Eitergehalt (Fall 401, No. XI.), 12000 Zellen im cmm, die Eiweißmenge 1‰, so ist es in der That gestattet, sie auch ohne Eiterzählung für vorzugsweise renal zu halten. Ist aber die Eiterung profus, z. B. (Fall 133, No. I), 100000 Zellen im cmm, so ist es ganz unmöglich selbst aus dem Eiweißgehalt von $1\frac{1}{2}$ ‰ ohne weiteres eine wahre Albuminurie diagnostizieren zu wollen, denn einen ungefähr entsprechenden Eiweißgehalt hat auch das Filtrat reinen Eiters^{4 5}. Wiederum können Spuren und ganz geringe Mengen bei leichter Trübung zweifellos wahre Albuminurien sein, wie z. B. $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ ‰ bei 2000, 3000, 5000 Zellen in Fall 752, No. XXVIII eine renale Albuminurie ist; nach mehrmonatlicher genauester Untersuchung ist dies nicht mehr zweifelhaft.

Nach alledem muß ich daran festhalten, daß in einer Reihe von Fällen von blennorrhöischer Pyurie die Albuminurie selbst höheren Grades eine falsche, lediglich dem Eiweißgehalt des Eiterserum zuzuschreiben ist.

Denn meine Untersuchungen ergaben für diese Fälle:

1. Die Urine mit viel Eiter enthalten viel, die mit wenig Eiter wenig Eiweiß im Filtrat, z. B. 100000: $1\frac{1}{2}$ ‰, 40000: $\frac{1}{2}$ ‰, 12000: $\frac{1}{5}$ ‰; in keinem der zahlreichen Harne ohne Albumin (die Empfindlichkeitsgrenze der angewandten Methoden liegt bei $\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{40}$ ‰, ohne heißt also weniger als $\frac{1}{40}$ ‰) fand sich mehr Eiter, als etwa 5000 im cbmm.

2. In ein- und demselben Falle nehmen Eiter- und Eiweißgehalt in gleichem Sinne zu und ab.

3. In ihrem Zellengehalt wesentlich verschiedene Portionen des Urins von einer Miktion sind auch in ihrem Eiweißgehalt wesentlich verschieden.

4. Das Verhältnis zwischen Eitermenge und Eiweißgehalt entspricht dem für Eiter gefundenen Verhältnis.

Für den Satz 2 führe ich beispielsweise einen Fall schwerster blennorrhöischer Striktur (Charrière 3) mit Retentio urinae, blennorrhöischer Eiterung von Harnröhre und Blase an, der anfangs bei 4000, 5000 Zellen $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$ ‰, zuletzt nach der, klinischen, Heilung bei 1000 Zellen 0 Eiweiß im Harnfiltrate hatte, ferner einen Fall von chronischer infiltrierender Urethrocystitis: 26./VIII. 3000 \div $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ ‰; 23./IX. 5000 \div desgl.; 1./XI. 1000 \div minimale Spuren; 19./I. stark eiterig getrübt \div $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ ‰; 1./IV. klar \div 0 Eiweiß.

Für den Satz 3 diene als Beispiel folgender Versuch:

212. Urethritis blennorrhöica acuta anterior posterior, terminale Hämaturie. Patient läßt in meiner Gegenwart in drei Portionen ca. 300 ccm Urin. Die erste ist trübe, durch Eiter aus der Urethra anterior, die zweite klar, die dritte zunächst auch klar, nachdem aller Urin ausgeflossen ist, kommen einige Tropfen dünnflüssigen Blutes zum Vorschein, so daß nun die letzte Urinportion, 50 ccm, gelbrötlich und trübe wird. Die zweite Urinportion enthält, mit der Salpetersäurekochprobe untersucht, kein Eiweiß, sie bleibt bei dieser Probe ganz unverändert. Von der dritten Urinportion wird nach einer Stunde ein Zählpräparat angefertigt. Die Blutkörperchen sind gefärbt, glatt, erhalten, nur wenige zackige, keine Zerfallsformen, keine Schatten, liegen einzeln. In 128 Feldern 96, also in 1 ccm 3000. Der Bluturin wird nun durch drei übereinandergestellte Filter filtriert; das Filtrat ist nach der HELLERSchen Probe Hgb-frei. Der HELLERSche Eiweißring entsteht nicht sogleich im Filtrat; nach fünf Sekunden ist jedoch ein ganz feiner schleierhafter Ring unmittelbar über der Salpetersäure auf dunkler Unterlage zu erkennen, dahingegen bei der gleichen Probe in der zweiten Portion nicht.

Für den Satz 4 betrachte man die Tabelle A: Verhältnis der Albuminurie zu Eiterung und Harndrang bei akuter blennorrhöischer Urethrocystitis.

Eine wahre Albuminurie ist dann zu diagnostizieren, wenn das Gegenteil der vorstehenden Bedingungen zutrifft.

Hiernach ergab sich, daß von 70 Blennorrhöen 29 Albuminurie schlechtweg, aber nur 11 zweifellos renale Albuminurie hatten. Von den 70 Fällen waren 50 akute mit 5, vielleicht 7, Albuminurien, 20 chronische mit 6 Albuminurien. BALZER beobachtete bei 131 von 777 Blennorrhöen Albuminurie, — unter 424 derselben bei Ausschluß von mit Lues secundaria komplizierten, oder nur 1—4 Tage Spuren aufweisenden Fällen

54 —, GÉRAUD⁶ in 96 akuten Fällen 12, in 12 chronischen 4 Albuminurien.

Es ist nun zu bemerken, daß BALZER in der ersten Mitteilung (1891)¹ einen geringeren Prozentsatz fand, als in der zweiten (1892);² wofern er hier die Fälle „de faible valeur“ mitrechnete, waren es gar 23%; die dritte, größte, Statistik, auf das ganze Jahr 1892 sich erstreckend (1893),³ ergab in $\frac{1}{6}$ der Fälle Albuminurie. Die zweite Mitteilung (betreffend die 424 Fälle) handelt ausdrücklich nur von akuten Phasen der Blennorrhoe; BALZERS Statistik umfaßt überhaupt die Patienten des Hôpital Ricord, also wohl sehr wenig leichte einfache Fälle.

Es ergibt sich für die Häufigkeit der Albuminurie bei Blennorrhoea acuta eine leidliche Übereinstimmung der Resultate, nach BALZERS zweiter genauester Berechnung 14%, nach GÉRAUDS $12\frac{1}{2}\%$, nach meiner 14%, vielleicht nur 10%. Von den beiden, mir nicht gänzlich zweifellosen, wäre einer, Fall 312, bei öfterer Untersuchung vielleicht doch als wahre erkannt worden; es sind Fall 727 No. II und Fall 312 No. VIII.

Das konstatierte Maximum des Eiweißgehaltes betrug in meinen akuten fünf Fällen 3, $1\frac{1}{2}$, 1, 1, $\frac{1}{5}$ pro Mille, in den sechs chronischen 5, $2\frac{1}{2}$, 1, 1, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$ pro Mille. Die Zahl der Eiterkörperchen, die 1 pro Mille Eiweiß im Filtrat entsprach, hielt sich zwischen 5000 bis 15000, während sie bei den falschen Albuminurien um 50000, 60000 sich bewegte.

Die Ursache der wahren Albuminurie ist wohl stets bei Blennorrhoe einer Schädigung des Nierenparenchyms zuzuschreiben; dieselbe kann a) durch Ascension der Entzündung durch Blase, Harnleiter, Nierenbecken, Sammelröhren, Harnkanälchen, oder b) durch Metastase vom Blute aus erfolgen.

a) Die ascendierende Cystopyelonephritis blennorrhoeica kommt in akuter Form auf der Akme der Blennorrhoea acuta und in schleichender Entwicklung vor.

Im ganzen sah sie BALZER neun mal bei 424, SIGMUND neun mal bei 368, FINGER zwölf mal bei 496 Trippern.

Für die akute Form kann ich ein eigenes Beispiel nicht anführen. Sie ist auch recht selten. Ein sehr charakteristisches Bild giebt von ihr FÜRBRINGER: „Vorausgehende Cystitis, plötzliches durch richtige Schüttelfröste eingeleitetes Fieber, heftiger, einseitiger Nierenschmerz, spontan und auf Druck, nach Tagen zählender Verlauf.“

In schleichender Entwicklung war sie in zweien meiner Fälle die Ursache der Albuminurie, von welchen ich den einen als typisches Beispiel hier anführe.

Fall 6. No. XL.

42 Jahre. Hatte vor zehn Jahren den ersten Tripper, der nie ganz heil wurde. Zwei-, dreimal infizierte er sich von neuem. Er wurde in der verschiedensten Weise behandelt. Vor acht und vor zwei Jahren hatte er Hodenentzündung, zweimal rechts, einmal links. Vor sechs, sieben Jahren begannen die Harnbeschwerden. Im vorigen Winter bekam er Schmerzen in der rechten Lende, zu gleicher Zeit mit schweren Verdauungsstörungen; diese Schmerzen waren hochgradig und saßen stets an derselben Stelle. In diesem Winter sind seit sechs Wochen diese Schmerzen in der gleichen Weise und mit den gleichen Begleiterscheinungen wiederum aufgetreten.

20. Tag. Meatus etwas feucht, Urinstrahl kräftig, beide Urinportionen sind trübe, die zweite etwas mehr; das Filtrat ist stark eiweißhaltig. Die Hoden sind klein; es sind keine Verhärtungen in Hoden oder Samenstrang zu fühlen. Die Harnröhre ist für eine Bougie à boule Charrière 20 passierbar, die hintere Harnröhre dabei etwas empfindlich. Auch Nélaton 21 passiert leicht; die Blase hat sich spontan vollkommen entleert. Die Prostata ist leicht geschwollen, auf Druck schmerzhaft. Die lumboabdominale Palpation der Gegend, in welcher sich bei tiefem Einatmen der untere Nierenpol den drückenden Händen nähert, verursacht rechts sehr starke Schmerzen. 29. Tag. Es besteht trübe Polyurie, d. h. der blasse, reichliche, gelbtrübe Harn klärt sich beim Stehen nicht. Er ist sauer. Die erste Portion enthält 4000, die zweite 5000 Eiterzellen im cmm; das Filtrat $\frac{1}{4}$ pro mille Eiweiß. Es finden sich wenig Epithelien, keine Nierencylinder.

Es handelt sich in diesen Fällen von ascendierender Pyelonephritis blennorrhoeica um drei Sachen, um die Pyelonephritis an sich, um die blennorrhoeische Natur derselben, um die ascendierende Entstehung derselben.

Die Diagnose der Pyelonephritis an sich kann man meiner Erfahrung nach auf eine Kombination von Harnbefunden mit klinischen Erscheinungen hinstellen. Der Harn ist reichlich, blafs, hellgelb, es besteht Polyurie; er ist trüb, meistens durch Eiter und Bakterien; er setzt zwar beim Stehen ein eiteriges Sediment ab, aber das Überstehende wird nicht vollständig klar, vielleicht wegen der Bakterien, denn auch bei Bakteriurie beobachtet man dies; das Filtrat ist eiweißhaltig und zwar ist der Eiweißgehalt zwar größer als dem Eitergehalt entspricht, aber die restierende wahre Albuminurie ist doch absolut gering. In dem vorstehenden Fall würde auf Rechnung des Eiters $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ ‰ (4000) zu setzen sein, sodass als wahre Albuminurie vielleicht $\frac{1}{6}$ ‰ übrig bliebe. Je größer der Eitereiweißkoeffizient, d. i. der Wert des Bruches ‰ Eiweißgehaltes des Filtrats in die Zahl der Zellen im cmm, in desto höherem Maße ist die Schädigung der eigentlichen Nierenbestandteile hinzugekommen, desto mehr wird aus der Pyelitis mit beginnender konsekutiver Pyelonephritis eine Nephritis in Konsequenz einer Pyelitis. Um ein sicheres Urteil in dieser Hinsicht zu haben, muß man zählen und messen, was sich zählen und messen läßt; man schätzt wohl stets „daneben“. Ich stimme entgegen anderen durchaus mit FÜRBRINGER⁷ hierin überein, welcher sagt:

pag. 243, l. c.: „Eigene unbefangene Erfahrungen lassen uns dringend zur größten Vorsicht mahnen. In einem Fall von recenter unkomplizierter Cystitis fiel uns ein hoher, mit dem geringen Eitersediment kontrastierender Eiweißgehalt auf, in einem anderen von Tripperpyelitis befremdete die geringfügige Eiweißstrübung. Ganz ähnlichen, wenn auch nicht so drastischen Widersprüchen sind wir später in zwei Fällen mit beweisendem Sektionsbefund (Tod durch interkurrente Krankheiten) begegnet.“

Nimmt man zu diesem Harnbefund nun die klinische Kombination von einseitigen, genau auf die Niere lokalisierten, dauernden und heftigen Schmerzen mit einer ausgesprochenen Verdauungsstörung, so haben wir ein Ensemble, welches einerseits selten fehlt, andererseits ausreicht zur Diagnose der Cystopyelitis bei Blennorrhoe. -- Die blennorrhoeische Natur dieser Erkrankung muß nicht so verstanden werden, daß unbedingt Gonokokken die Erreger seien; BALZER neigt der Annahme zu, daß es „schwer sei, eine rein blennorrhoeische ascendierende Infektion anzunehmen.“⁵ Wenn man auch, wofern nur Entstehung in der Kontinuität der Entzündung nachzuweisen, die sekundäre Infektion unter die Bezeichnung „blennorrhoeische Cystopyelitis“ subsummiert, so wird man doch die Fälle, in welchen die Pyelitis lediglich die späte Folge von Retention und Retrodilatation durch eine Striktur ist, besser etwas anderes, vielleicht als parablennorrhoeisch bezeichnen. Der dritte Punkt wäre die Ascension.

LEWIN und GOLDSCHMIDT¹² haben nachgewiesen, daß ein Rückstrom von der Blase bis ins Nierenbecken hinein auch ohne nach langer Retention erfolgende Erweiterung und Lähmung des Harnleiters stattfindet, und zwar durch heftige Kontraktionen der Blase, falls gleichzeitig der Weg nach der Harnröhre versperrt, der nach den Harnleitern aber durch temporäre Öffnung der Harnleitermündungen geöffnet ist. „Wir verweisen auf die ungemeine Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Cystitis und Pyelitis und glauben annehmen zu dürfen, daß pyelitische Affektionen im Verlaufe des Blasenkatarrhs überaus häufig das Bild komplizieren müssen. Es kann der Ureter gewissermaßen übersprungen werden bei dem Aufsteigen des Prozesses. Es ist nach den angeführten Experimenten ganz klar, daß eine Stromwelle bis ins Nierenbecken geschleudert werden kann, daß der Ureter sich dann in der geschilderten krampfhaften Weise seines Inhalts wieder entledigt, wenn die akute Stauung beseitigt ist. Man denke z. B. an diejenigen fast momentanen Stauungen, die häufig bei blennorrhoeischen Cystitiden vorkommen.“ (l. c. pag. 68.)

Für unsere Frage, die Albuminurie bei Blennorrhoe, haben die Ergebnisse von LEWIN und GOLDSCHMIDT meines Erachtens nicht so sehr deshalb eine so große Bedeutung, weil man nun immer eine örtliche, kontinuierliche Ausbreitung der Entzündung bis an die Nieren als Ursache

der Albuminurie anzunehmen gezwungen wäre. Vielmehr glaube ich, daß die Erleichterung der Allgemeininfektion durch das Eindringen des Infiziens in resorptionsfähigere Schleimhautstrecken hier vorzugsweise in Betracht kommt. (Siehe unten.)

b. Die Schädigung der Nieren durch blennorrhische Allgemeininfektion ist meines Erachtens häufiger die Ursache der Albuminurie bei Blennorrhoe.

A priori ist nicht recht einzusehen, weshalb die Gonokokken, die man doch in den Gelenken, im Endocard, in den Pleuren, im Blut nachgewiesen hat, die Nieren bei ihrer Passage stets ungeschädigt lassen sollten, nachdem PERNICE und SCAGLIORI¹⁰ allgemein zeigten, daß die Passage der Mikroorganismen und ihre Toxine durch die Nieren bei Allgemeininfektion Glomerulonephritis hervorrufe.

A posteriori ist zunächst bei meinen übrigen chronischen Albuminurien die Entstehung wohl auch wahrscheinlich in die akuten Stadien zu verlegen.

Fall 332, No. XXXVI.

30 Jahre, ledig; Vater ist 73 Jahre alt an Gelbsucht gestorben; Mutter und 4 Geschwister leben gesund. Im 22. Lebensjahre hatte Patient nach Fall auf eine Schiebkarre eine Lungenblutung; nach einigen Wochen war er wiederhergestellt. Im Sommer 1893 hatte er $\frac{1}{4}$ Jahr lang Tripper mit Blasenkatarrh. Zum 2. Male infizierte er sich im November 1894. Dieser Tripper ist bis jetzt noch nicht heil. Im Januar 1895 gesellte sich zu demselben Blutung und Blasenkatarrh; er wurde deswegen vom 29./I.—21./II. 1895 mit der Diagnose „Cystitis haemorrhagica bei Blennorrhoe“ im Augustahospital Köln (Prof. LEONTEKSEVSK) mit Kataplasmen und Balsamicis behandelt. Er meint, daß er währenddem auch Influenza gehabt habe. Kurz nachher bekam er eine Regenbogenhautentzündung; wegen dieser ist er vom 27./III. bis zum 25./IV. und nachher noch einmal vom 5./VI.—28./VI. 1895 in der Kölner Augenklinik (Dr. SAMELSOHN) in Behandlung gewesen. In der Zwischenzeit, im Mai 1895, befand er sich in meiner Beobachtung.

9./V. 1895. Patient muß zur Zeit Nachts 2—3 mal, bei Tage 1—2 mal stündlich urinieren, hat Schmerzen vor, bei und nach der Miktion in Harnröhre und Blase, am stärksten vorher.

Urin ist in beiden Portionen gleichmäßig trüb, sauer, enthält im cmm 15000 Eiterkörperchen von amöboiden Formen, keine Mikroorganismen, im Filtrat annähernd 5‰ Eiweiß. Kein Sekret am Orificium urethrae. Die Prostata ist weich, knollig, nicht groß, schmerzhaft. Die Blase ist bei rektobdominaler Palpation druckschmerzhaft. Die Nieren sind nicht palpabel. — Schwächlicher anämischer Mann mit feuchter Haut, leicht beschleunigtem, regelmäßigem Puls, rechtsseitigem Lungenspitzenkatarrh. 19./V. Urin blaßgelb, 1010, sauer, im Filtrat 5‰ Eiweiß. Subjektiv fühlt sich Patient nach der angeordneten Ruhe und Milchdiät besser. Im Sediment findet sich Eiter, meist cylindrisch angeordnet, andere Nierencylinder fehlen. 28./V. Urin blaßgelb, 1008, enthielt im Filtrat 5‰ Eiweiß. Patient uriniert seltener, fühlt sich besser.

Im Juni befand er sich wieder in der Augenklinik. Es war, laut güt. Mitteilung des I. Assistenten Dr. PINCUS erwogen, ob es sich um eine tuberkulöse oder eine blennorrhische Iritis handele; der gutartige Verlauf aber widersprach der ersteren Annahme. Der Augenhintergrund war damals normal. — Nachdem der Patient in der zweiten Jahreshälfte wieder als Hausdiener und Bote thätig gewesen war, wurde er am 26./I. 1896 schwerkrank in das Louisenhospital in Aachen aufgenommen. Seit Mitte Dezember litt er an Erbrechen und Verstopfung, mit einem Schüttelfrost, am 16./I. an Atembeschwerden, Halsschmerzen, Mattigkeit. Bei der Aufnahme konstatierte man eine diffuse Bronchitis, l. c. bronchopneumonische Herde, Respir. 32; leichte Hypertrophie des linken Herzens, Puls 120, rhythmisch, nicht deutlich dikrot; 38,2°; Harn 1010, klar, sauer, mit hyalinen und granulierten Cylindern, eiweißhaltig. In den nächsten Wochen nie Fieber, Bronchitis gebessert, ab 16./II. jedoch dünne blutige Stühle, Erbrechen, Schwindel, Apathie, Benommenheit; Tod unter urämischen Erscheinungen am 21./II.

Die Sektion ergab alte Narben und Verwachsungen beider Lungenoberlappen, große zirkuläre tuberkulöse Geschwüre des Typhlon, proc. vermiformis, Colon ascendens; große weiße Schrumpfniere. Es lag weder Nierentuberkulose noch ascendierende Ureteropyelonephritis vor. Die Schrumpfung war nicht etwa so weit vorgeschritten, daß darauf ein Zusammenhang mit der seit $\frac{1}{4}$, bzw. $2\frac{1}{2}$ Jahren bestehenden Blennorrhoe abgelehnt werden könnte.

Die anderen hatten die Charaktere der intermittierenden Albuminurie (Fall 17, s. d. f. Krankengeschichte, Fall 752), nur in einem (Fall 666) bestand ausgesprochene Cystitis; alle gingen einher mit der Existenz der Gonokokken im Körper, und wurden geheilt, bzw. gebessert durch anti-blennorrhische Behandlung. Daß sie „intermittierend“ gewesen, beweist nichts gegen ihre gemutmafste toxisch-nephritische Natur; von einem „Cyklus“ war keine Rede; durch Ruhe wurden sie gebessert, durch Mahlzeit und Bewegung verschlimmert, wie man das wohl bei sämtlichen Albuminurien beobachten kann; die Referenten über Albuminurie auf dem letzten medizinischen Kongress Frankreichs (Nancy, August 1896), TALAMON und ARNOZAN lehnten beide durchaus ab, die „intermittierende Albuminurie“ als eine selbständige Krankheit aufrecht zu erhalten.

Fall 17, No. XXXVII.

Der 36jährige, früher stets gesunde Patient, hatte vor 4 Jahren 6 Wochen Blennorrhoe und hat kurz nach Ablauf derselben geheiratet. Seit 1—2 Jahren hat er zuweilen trüben Urin, Schmerzen in der Harnröhre, häufige Erektionen, außerdem unbestimmte Verdauungs- und Nervenbeschwerden.

Die Untersuchung und mehrmonatliche Beobachtung des Patienten ergibt eine chronische blennorrhische Urethrocystitis, kompliziert mit Phosphaturie und intermittierender Albuminurie; unter kombinierter allgemeiner antineurasthenischer und örtlicher urologischer Behandlung schwand in 1—2 Monaten mit der Urethrocystitis auch die Albuminurie; Patient konnte geheilt entlassen werden. Er ist 2 Jahre später an Dementia paralytica erkrankt. Den Verlauf der Albuminurie veranschaulicht folgende Tabelle:

Datum	Eiterzellen in cmm	‰ Albumen im Filtrat	Besonderes
10./II. Urin frisch	leicht getrübt	Eiweifs	Phosphaturie.
19./II. " " , nach Spülung der Ur. ant.	16000	1	—
23./II. " a) "	6000	2 1/2	a) nach größerer Mahlzeit und längerem Marsch!
b) Nachtharn	trüb	1	b) nach Ruhe; im Sediment keine Cylinder, ebenso am 28./II.
4./III. " 24stündlich	20000	1	} vom 4.—11./III. Salol. 10.0.
11./III. " frisch	2500	1/4	
18./III. " "	8000	1/4	schwach sauer.
21./III. " "	3000	1/5—1/10	—
23./III. " "	3000	?	24stündlicher Harn fast klar.
25./III. Katheterisation	fast klar	—	—
16./IV. Urin frisch	300	0	klar, sauer, ohne Geruch.
21./IV. " 24stündlich	700	0	ohne Albumin, ohne Albu- mose, ohne Pepton.
2/V. " nach Marsch und Mahlzeit	fast klar	0	sauer.
17./V. " 24stündlich	"	0	s = 1022; Patient hat 6 % zugenommen; 29./V. Kystoskopie.
6./VI. " frisch	klar	0	s = 1014 (viel Getränk).
20./VI. " 24stündlich	"	0	s = 1023 (viel geschwitzt).

Fall 752, No. XXVIII.

29 Jahre, ledig, seit 2 Jahren Tripper, nur die ersten 2 Monate starker Ausfluß, nie Epididymitis oder Cystitis; der Ausfluß ist nach Pollutionen und Kohabitationen (condomat.) immer wieder stärker geworden, die Harnröhre ist nie ganz trocken gewesen. Vielfach behandelt.

Es besteht Urethritis totalis infiltrans et superficialis gonococcica; Prostatitis follicularis purulenta gonococcica chronica; Albuminuria vera minima ex infectione. Durch Kombination von Prostatamassage, JANERScher Spülkur und OBERLÄNDISCHER Dilatationen in etwa 2 Monaten Heilung. Aus der Krankengeschichte hier nur die auf die Albuminurie bezüglichen Daten:

21./VII. Gonokokken in Urethral- und Prostatasekret, 3000 Zellen im cmm Harn, im Filtrat etwa 1/10 ‰ Eiweifs (1:30000).

25./VII. 150 ccm Harn, 4000 Zellen, 1/7 ‰ (1:28000).

27./VII. Expressionsharn (15 ccm), ist zu 1/4 Eiter, hat im Filtrat wohl 1/5 Eiweifs, Harn 1/30—1/10 ‰.

26. VII. Viel Gonokokken im Sediment des Expressionsharns, 29./VII. keine im Prostatasekret.

3./VIII. 1. Harnportion noch trüb; 2. klar, diese 1/15 ‰ Eiweifs.

6./VIII. 1. Harnportion 3000, 1/5 ‰.

10./VIII. Nach mehrtägiger Behandlungspause Gonokokken. Harn 1. trüb, eiweifsaltig, Harn 2. (2. Portion) klar, eiweifsaltig.

17./VIII. Nachtharn, 1. leicht trüb; 2. klar, mit $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$ ‰ Eiweiß.

31./VIII. Sekret der Urethra und Prostata wiederholt gonokokkenfrei, Harn 1. und 2. klar, mit ca. $\frac{1}{40}$ ‰ Eiweiß.

Um einige kurze epikritische Bemerkungen zu diesen 3 Fällen zu machen, so läßt im 1. und 2. die Größe, im 3. die Konstanz der Eiweißausscheidung eine „physiologische“ Entstehung ausschließen. Der 3. Patient war im übrigen ganz gesund und kräftig, und es ist doch wohl richtiger, die vorhandenen krankhaften Veränderungen zur Erklärung der Albuminurie heranzuziehen, als nicht nachweisbare zu vermuten. Der 2. Patient hatte zwar unbestimmte, nervöse und dyspeptische Beschwerden, war auch anämisch, aber ich denke, eine Albuminurie von zeitweise $2\frac{1}{2}$ ‰ muß man schon auf Gewebsveränderungen in den Nieren beziehen; daß diese letzteren nun durch die Anämie verursacht seien, läßt sich ebensowenig widerlegen, wie daß sie einer Infektion oder Intoxikation auf Grundlage der Blennorrhoe zuzuschreiben seien; für eine Entstehung durch Ascension fehlten sämtliche oben als kennzeichnend angeführten Erscheinungen. Im 3. Fall sind die Nierenveränderungen ja durch die Sektion nachgewiesen;* die Tuberkulose war geringfügig und hatte dem Patienten nur im 22. Lebensjahre einige Wochen, und in den letzten Lebenswochen Erscheinungen gemacht; die Nieren waren nicht tuberkulös, auch berichtet die Sektion nichts von Amyloid; endlich lag eine ascendierende Cystouretero-pyelonephritis nicht vor. Zuerst erkannt wurde die Nephritis von mir im Mai 1895; im Februar 1895 im Augustahospital wurde er als „Cystitis haemorrhagica bei Blennorrhoe“ geführt; ob hier eine Nephritis bereits vorhanden war und erkannt wurde, ob sie übersehen wurde, oder ob sie endlich ausgeschlossen wurde, kann ich nicht sagen, da ich Krankengeschichte nicht erhalten habe; im März 1895 begann die Iritis metastatica.

Und in noch weit höherem Maße erscheint diese chronisch gewordene Nephritis als eine blennorrhische, wenn wir nunmehr erwägen, was sich denn bei akuter Blennorrhoe an den Nieren abspielt.

Ich muß zunächst hier auf die Ansichten derjenigen Autoren eingehen, welche zwar eine Albuminurie auf der Höhe der akuten Blennorrhoe häufig fanden, dieselbe aber nicht auf Gewebsveränderungen in der Niere, auf Pyelitis oder Pyelonephritis beziehen, sondern als eine Folge des Harndrangs bezeichnen. Insbesondere meint mit ULTMANN FINGER¹¹ (l. c. S. 73), daß der Harndrang mit krampfhaftem Harnleiterschluss verbunden sei, daß hierdurch Harnrückstauung entstehe, und die Harnrückstauung nun eine relative Abnahme „des sekretorischen Drucks“ in

* Herrn Geheimrat Dr. MAYER-Aachen, Herrn Dr. THOMA-Aachen, Herrn Dr. RÖSLER danke ich sehr für die bereitwillige Mitteilung über Ende und Sektion des Patienten.

der Niere, diese aber nach RUNEBERGS Theorie eine Albuminurie erzeuge. Dagegen ist zu sagen: Erscheinungen einer so energischen und andauernden Harnrückstauung, daß ihre Wirkung sich bis auf Veränderungen des Blutkreislaufs im Nierengewebe steigern könnte, fehlen. Läßt man sie aber auch zu, so könnte die Druckerhöhung von den Harnwegen her doch nur so wirken, daß sowohl eine venöse Stauung, als auch eine arterielle Druckabnahme in den Nieren stattfände, also ein ähnlicher Harn entstände, wie bei Herzinsuffizienz. In Wirklichkeit haben die Harnen der wahren Albuminuria blennorrhoeica ohne Pyelitis weit mehr renales Eiweiß, als die Stauungsharnen, bei deren Genese die hier vermuteten Kräfte in unendlich viel höherem Maße wirklich in Wirksamkeit sind!

Es läßt sich aber auch bestimmt nachweisen, daß der Harndrang nicht die Ursache der Albuminurie ist.

Von BALZERS 99 Albuminurien bestand nur in 16 Cystitis; sonderbarerweise verwertet FINGER diese Statistik für seine Theorie, indem er sagt, da in 73 Fällen Epididymitis bestand, (nur in 5 Cystitis allein): „In den 78 komplizierten Fällen war ja zweifellos eine Urethritis posterior vorhanden.“ Es wird aber doch wohl, wenn BALZER ausdrücklich sagt, es war keine Cystitis da, nicht gestattet sein, anzunehmen, daß doch intensiver Harndrang dagewesen sei, und auf diesen kommt es doch FINGER an. Zum Überflus sagt B. noch wiederholt bei seinen Mitteilungen: „aucun signe de cystite, urines claires.“

Ich habe diese Frage ganz besonders genau geprüft und folgendes gefunden:

1. In einer Reihe von Fällen, in welchen ein ganz excessiver Harndrang besteht, alle 10, 15 Minuten Harn gelassen wird, ist keine wahre Albuminurie vorhanden, wofern die Eiterbeimengung hinreichend gering ist, nicht einmal eine falsche.

2. Wäre der Harndrang die Ursache der Eiweißausscheidung, so müßte eine gewisse Proportion zwischen der Stärke des Harndrangs und der Größe der Eiweißausscheidung bestehen. Das ist aber nicht der Fall. Der eine hat 3⁰/₁₀₀ Eiweiß und uriniert nur 1, 2stündlich, der andere uriniert alle $\frac{1}{4}$ Stunden und hat $\frac{1}{10}$ ⁰/₁₀₀. In ein- und demselben Falle geht allerdings zuweilen die Eiweißausscheidung dem Harndrang parallel, aber nur deswegen, weil in gleichem Sinne, wie der Harndrang, auch die Eiterung zu- und abnimmt, denn wenn man durch Narcotica den Harndrang vermindert, ohne daß gleichzeitig, gleichviel ob infolge der Therapie, oder im natürlichen Ablauf des Krankheitsprozesses, die Eiterung sich vermindert, so bleibt auch die Albuminurie auf der Höhe. Vergl. Fall 730 und 401. Kehrt der Harndrang zu einer Zeit wieder,

in welcher die Eiterung gering ist, so bleibt die Albuminuria vera aus. (Vergl. Fall 91.).

Die Balsamica sind ebensowenig die Ursache dieser Albuminurien, denn sie treten auf, ohne dafs je Balsamica genommen wurden, sie verschwinden unter dem Gebrauch derselben, wenn auch übermäfsiger Gebrauch derselben nach meiner Erfahrung ihre Entstehung befördert.

Nachdem also die Balsamica und der Harndrang nicht angeschuldigt werden können, wollen wir uns jetzt meine akuten Fälle in ihrer Erscheinungsweise betrachten, um daraus ihr Wesen zu erkennen.

Fall 91. No. VI.

Der 32jährige Patient ist ledig, hatte einmal, vor 5 Jahren, Tripper, der bei ausschliesslich diätetischer Behandlung in 4 Wochen heilte. Seit 2 Wochen wiederum Tripper; Patient hat strenge Diät gehalten und 2 $\frac{1}{2}$ Wochen lang Balsamum copaivae eingenommen. Seit einigen Tagen kommen zum Schluss des Urinierens unter schmerzhaftem Drange einige Tropfen Bluts aus der Öffnung, und mufs Patient öfter, etwa zweistündlich, urinieren. 15./VI. Puls 60, Temperatur nicht erhöht. Orificium Urethrae gerötet, eiteriger Ausflufs. Uriniert 100 ccm in 2 Portionen. Die erste enthält 13 000 Eiterzellen, 100 rote Blutzellen im cmm, die zweite 20 000 Eiterzellen, 5000 rote Blutzellen; im hämoglobinfreien Filtrat der ersten sind nach **ESBACH** 1 $\frac{1}{2}$ —2‰, nach der Salpetersäurekochprobe ($\frac{1}{4}$ der Harnsäule) etwa 2‰ Eiweifs, im hämoglobinfreien Filtrat der zweiten ($\frac{1}{3}$ der Harnsäule) etwa 3‰ Eiweifs. Ruhe, heisse Sitzbäder dreimal täglich, Suppositorien mit Extr. Belladonn. 0,01, Morphin. 0,006; Bärentraubenblätterthee.

19./VI. Uriniert 50 ccm in 2 Portionen, die erste ist trübe, die zweite stärker getrübt, durch Eiter, der am Schluss der Miktion ausgepresst wird. Das Ganze enthält 32 000 Eiterkörperchen im cmm, im Filtrat 1 $\frac{1}{2}$ ‰ Eiweifs. Patient fühlt sich besser, hat heute Nacht einmal uriniert. Puls 72, Temperatur nicht erhöht.

25./VI. Patient ist beschwerdefrei. Die erste Harnportion ist leicht getrübt, die zweite klar, mit Fäden und Flocken, ihr Filtrat eiweifsfrei.

25./VII. Seit Anfang Juli war der Harn klar; jetzt wieder 150 ccm, nach 1 Stunde gelassen, mit 1000 Eiterzellen im cmm, ohne Eiweifs.

11./VIII. Seit einigen Tagen sind die Beschwerden, der Harndrang wieder so heftig, wie im Anfang: 200 ccm Harn mit 15 000 Eiter-, 1000 Blutkörperchen im cmm, etwa $\frac{1}{4}$ ‰ Eiweifs im Filtrat.

14./VIII. Schnelle Besserung nach Diät, Belladonna, Ol. Santal. 200 ccm Urin enthalten 1000 Zellen im cmm, im Filtrat kein Eiweifs. Von jetzt ab örtliche Behandlung von Harnröhre und Blase mit Kal. permang., Acid boric., Argent. nitr., anfangs in Form von Spülungen ohne Katheter, dann mit Katheter, zuletzt in Instillationen. Nach Diätfehlern noch Rekrudescenzen, so am 22./IX.: Die 8 Harnportionen und der Katheterurin gleich trübe, 400 ccm, mit 12 000 Eiterkörperchen im cmm, $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$ ‰ Eiweifs im Filtrat; einige Stunden nach der Salpetersäurekochprobe bedeckt die Kuppe des Reagenzglases ein zarter Reif von Eiweifs-flocken.

13./X. Nachturin noch leicht trübe, Filtrat eiweifsfrei.

1./IV. Im Laufe des XI. und XII. ist der Harn ganz klar geworden; die Beschwerden geschwanden.

In dem vorstehenden Fall 91 wurde die Albuminurie (bis 3‰) etwa 14 Tage lang beobachtet; sie mag ja auch schon vorher, da Patient

erst Anfang der dritten Woche in meine Behandlung kam, bestanden haben; bei den späteren Rekrudescenzen der Cystitis kehrt die renale Albuminurie nicht wieder.

Fall 401. No. XI.

Der 30jährige verheiratete Patient hatte bis Mitte vorigen Jahres, 1 Jahr lang, den ersten Tripper, der aber, wie damals von mir kontrolliert, schliesslich vollkommen geheilt wurde. Jetzt seit 14 Tagen wiederum infiziert; seit 4 Tagen besteht starker Harndrang; Patient hat Haarlemer Tropfen eingenommen.

22./VI. Patient muss fast alle halbe Stunde urinieren; der Harn enthält 5000 Eiterzellen, massenhafte Gerinnsel, im Filtrat ca. 1^o/_{oo} Eiweiss. Von Mittags ab nimmt er dreistündlich 15 Tropfen Tct. thebaic. ein.

23./VI. Patient muss nur noch alle 1—2 Stunden harnen; der Harn enthält 12 000 Eiterzellen im cmm, im Filtrat ca. 1^o/_{oo} Eiweiss.

24./25./VI. Patient uriniert dreistündlich, die erste Harnportion ist leicht getrübt, die zweite fast klar, ohne Eiweiss. Der Nachturin enthält 2500 Eiterzellen, das Filtrat, nach der optischen (BRANDBERGSchen) Methode, $\frac{1}{15}$ 1^o/_{oo} Eiweiss.

28./VI. Harndrang geschwunden; die erste Harnportion ist ganz leicht trüb; die zweite klar mit Wolke; das Filtrat ist auch nach der HELLERSchen Probe ohne Eiweiss.

Sowohl in Fall 91, als in Fall 401 besteht keine Epididymitis. In der Tabelle A sind noch 2 Fälle kenntlich gemacht, 727 und 312, welche gleichfalls zugleich mit Epididymitis eine ziemlich beträchtliche Albuminurie darboten; jedoch kann bei dem Eitereiweissverhältnis von etwa 1 : 40 000 nicht mit Sicherheit ein renaler Anteil des Eiweiss konstatiert werden, weshalb ich sie nicht mit anführe. BALZER fand bei 73 seiner 99, bezw. bei 42 seiner 54 (s. oben S. 408) Fälle Epididymitis, GÉRAUD⁶ konstatierte in 1 von 19 einseitigen, und in 9 von 13 doppelseitigen Epididymitiden Albuminurie. BALZER und SOUPLÉ² erklären diesen Zusammenhang mit der Erleichterung der Allgemeininfektion durch die grosse Flächenausbreitung der Erkrankung: „Suivant nous, l'infection générale a pour point de départ les régions envahies par la blennorrhagie, l'urèthre, les voies déférentes, l'épididyme, la tunique vaginale; il y a là de vastes surfaces enflammées qui peuvent être le point de départ d'une infection générale avec localisation rénale ultérieure.“ Und weiter: „Du fait de l'épididymite les organismes infectieux s'introduisent dans un organe parenchymateux, condition qui doit favoriser l'infection générale.“ l. c. S. 122.

Rechne ich die zwei nicht ganz sicheren Fälle mit, so hätte ich auch in der Hälfte der akuten Fälle Epididymitis, anderenfalls nur in dem einen folgenden (407), wo sie sehr schwer war.

Ich habe schon oben gesagt, dass ich in ganz demselben Sinne, wie BALZER hier die Epididymitiden, als eine Erleichterung der Allgemeininfektion durch grössere Flächenausbreitung der Entzündung, die nach

LEWIN und GOLDSCHMIDT bei Cystitis häufigen Ureteropyelitiden unter den Ursachen der Albuminurie bei Blennorrhoe klassifiziere.

Fall 407, No. IV.

Der 34jährige, verheiratete, bisher nie geschlechtskranke, auch im übrigen gesunde Patient hat seit 4 Wochen Ansfuß, seit 5, 6 Tagen Harndrang, er muß bei Tage alle Stunden, Nachts 1—2 mal urinieren.

15./VII. UrethraSekret reichlich, wässerigeiterig, enthält vorzugsweise Leukocyten und zahlreiche intra- und extracellulär gelegene Gonokokken. Der Harn, in beiden Portionen eiterigblütig, enthält in cmm 30000 Zellen, halb Eiter-, halb Blutkörperchen, welch' letztere gut erhalten sind und nur vereinzelt ihren Farbstoff verloren haben, amorphe Urate, keine Nierenocylinde, wenig Mikroorganismen. Im Harnfiltrat 1—2‰ Eiweiß. Dem bisher unbehandelten Patienten wird Ruhe und Salol verordnet.

17.—31./VII. Am folgenden Tage entsteht eine Epididymitis, die unter sehr hohem Fieber, über 40° zuweilen, und mit ungewöhnlicher Prostration verläuft.

1.—9./VIII. Nachdem das Nebenhodeninfiltrat mehrere Tage schmerzlos, werden vorsichtige schwache Harnröhrenspülungen vorgenommen; nach einigen Tagen sind beide Harnportionen klar; es besteht hochgradige Polyurie. Nachdem Patient einige Mal die Spülungen selbst vorgenommen hatte, bei welchen auffallenderweise schon bei 50 cm Druckhöhe die Flüssigkeit sofort die Blase entriert, befällt die Epididymitis auch die linke Seite. Nach Ablauf derselben spült sich Patient noch 3 Wochen die ganze Harnröhre mit Lösungen von übermangansaurem Kalium.

22./XII. Ist geheilt geblieben; Harn klar ohne Eiterfäden.

Von anderen renalen Erscheinungen bot der Fall 407 eine der Albuminurie nachfolgende hochgradige Polyurie. Eine Steigerung der renalen Affektion bis zur renalen Insufficienz, sodaß Ödeme und Urämie eintraten; habe ich selbst bisher nicht beobachtet. BALZER sah 4 mal diese schwerste Form der akuten metastatischen blennorrhoeischen Nephritis; ich gebe folgende höchst charakteristische Beobachtung hier wieder:

Patient, 19 Jahre alt; am 2./IV. Blennorrhoe. Alkalische Getränke, Opium. Anfang Mai Appetit schlechter, Widerwille gegen Fleisch, weniger Harn. 13./V. heißes Bad. 14./V. Morgens Lidödem, Abends Ödem der Extremitäten. 18./V. Aufnahme ins Hospital, Anasarca universalis, 24stündliche Harnmenge 500 g, 10‰ Eiweiß. Geräusch am Herzen. Tripper dauert fort, ohne Cystitis. Albuminurie 6 Tage später noch 5‰, dann 3 Wochen lang 4—3‰, am 24./VI. 24stündliche Harnmenge 3 Liter, 1 1/2‰; Ausfuß nicht mehr. Entlassung.

Bei dem 2. Fall wurde die Entstehung am 8. Tage unkomplizierter intensiver Blennorrhoe, bei dem 3. Fall die Heilung nach 3 Monaten konstatiert.

Man halte nun mit diesen Beobachtungen meinen Fall 332 zusammen, und man wird kaum daran zweifeln können, daß wir in ihm den Sektionsbeweis haben für das Vorkommen einer metastatischen blennorrhoeischen Nephritis. Einen durchaus einwandfreien klinischen Beweis bietet mein Fall 730.

Ein außerordentlich wichtiges Faktum für die Erklärung der Albuminurie als einer metastatischen ist ihr Zusammentreffen mit anderen Metastasen, die heute als Gonokokkenmetastasen nachgewiesen sind, insbesondere mit dem Rheumatismus blennorrhoeicus; BALZER führt mehrere solcher Fälle an; daß die Albuminurie dabei nicht irgendwie von der Arthritis als solcher abhängig ist, wie dies LUXCEY¹³ annahm, beweist der Umstand, daß sehr oft bei Arthritis blennorrhoeica Albuminurie vermischt wird (BALZER). COMBENALE¹⁴ teilt den Fall eines 35jährigen Mannes mit: nach 2 monatlichem Bestand des Trippers Polyarthritis, Nephritis acuta, Pyämie, Bronchitis purulenta, Parotitis, Tod.

Fall 730, No. VII.

30 Jahre, aus gesunder Familie, hatte im 14. Lebensjahr Rheumatismus, war danach stets gesund und kräftig; hat 4 Jahre gedient. Vor 1 Jahr hatte er Tripper, der nur kurze Zeit dauerte; seit 7 Monaten ist er verheiratet. Seit 14 Tagen, etwa 1 Woche nach der letzten Kohabitation hat er zum zweiten Male Tripper, seit einigen Tagen auch Schmerzen in Blase und Harnröhre und heftigen Harndrang, alle $\frac{1}{4}$ Stunden. Trotz Diät, kalter Sitzbäder und Morphium hat sich die Krankheit verschlimmert.

27./VI. 1896 Abends: Harn (50 ccm) in beiden Portionen durch Eiter trübe, enthält 5000 Eiterzellen im cmm, im Filtrat $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ ‰ Eiweiß. Patient ist abgeschlagen, appetitlos, hat es in den Gliedern.

27.—29./VI. Patient liegt, nimmt Tct. theb., 2stündlich 10 Tropfen.

29./VI. Der Nachtharn vom 28.—29./VI., nicht mehr frisch untersucht, 200 ccm, stark getrübt, enthält 8000 Eiterzellen im cmm, Gerinnsel und zahlreiche Mikroorganismen, im Filtrat etwa 1‰ Eiweiß; das Eiweißkoagulum nach der Fällung durch NO_2H und Kochen nimmt $\frac{1}{2}$ der Harnsäule ein.

30./VI.—1./VII. Patient hat die Opiumtinktur weiter genommen; der Harndrang hat allmählich aufgehört; wenn er zu Bett ist, braucht er nur noch 2—3 mal stündlich bei Tage, 1 mal des Nachts zu urinieren. Es hat sich aber wieder goldgelber Ausfluß eingestellt. Patient läßt 100 ccm Harn mit 10000 Eiterzellen im cmm, 1‰ Eiweiß im Filtrat. Im Sediment Nierencylinder.

Die Herzdämpfung ist normal, der Spitzenstofs an normaler Stelle fühlbar und weder verstärkt, noch verbreitert. An der Herzspitze hört man neben dem reinen 1. Ton zuweilen ein leichtes Gelfsen, an den übrigen Ostien nur reine Töne. Puls 80, rythmisch. Der Patient ist ein im übrigen ganz gesunder, kräftiger Mann mit gesunden Lungen, ohne Ödeme, Exantheme oder Drüsenanschwellungen.

2./VII. Patient hat heute, nachdem er die Opiumtinktur nicht mehr nahm und nicht mehr zu Bette lag, wieder starken Harndrang. Er läßt jetzt, nachdem er vor einer Stunde zuletzt uriniert hatte, 50 ccm Urin, mit 10000 Eiterzellen im cmm, 1‰ Eiweiß im Filtrat. Im Sediment finden sich Epithelialcylinder und granulirte Cylinder in größerer Zahl. Das Allgemeinbefinden des Patienten ist nicht besonders stark alteriert. Er hat keine heftigen lokalisierten dauernden Nierenschmerzen, weder ein- noch doppelseitig, weder spontan, noch auf Druck, wohl ein allgemeines Unbehagen, grofse Aufgeregtheit.

3.—6./VII. Patient liegt zu Bett und nimmt abwechselnd 10 Tropfen Opiumtinktur und 10 Tropfen Sandelholzöl alle 3 Stunden. Bis jetzt hatte er keinerlei

Balsamica eingenommen; die Diät war eine durchaus reizlose. Der Harndrang ist gering in diesen Tagen.

4./VII. Der Harn der Nacht vom 3. zum 4. hat im Filtrat 1‰ Eiweifs.

6./VII. Der Harn der Nacht vom 5. zum 6., 300 ccm in 6 Stunden, hat im cmm 25000 Eiterzellen, im Filtrat $\frac{1}{2}$ —1‰ Eiweifs, im Sediment wenige Epithelialcylinder. Der Harndrang ist gering. Neben dem systolischen Ton an der Herzspitze zuweilen leises Geräusch.

6.—11./VII. Patient nimmt 4 mal täglich Kapsel mit Salol. 0,75 Ol. Santal. ostindic. gtt. X. Ol. Menth. pip. gtt. I.

Der Urin der Nacht vom 8. zum 9. enthält 16000 Eiterzellen im cmm, im Filtrat $\frac{1}{2}$ —1‰ Eiweifs im Sediment vereinzelte Nierencylinder.

9./VII. Die Beschwerden haben fast vollständig aufgehört.

11./VII. Ist ohne Beschwerden. Uriniert 4 Stunden, nachdem er zuletzt Urin gelassen, 300 ccm fast klaren Urin mit 1000 Eiterzellen im cmm; das Filtrat ist nach der Salpetersäurekochprobe und bei der Probe mit Pikrinsäure eiweifsfrei. Die Herztöne sind ganz rein.

12.—13./VII. Nimmt täglich 1 Salol-Santal-Kapsel. Der Urin der Nacht vom 12. zum 13., 300 ccm, enthält 500 Eiterzellen im cmm, und ist auch nach der HELLMERSchen Ringprobe eiweifsfrei.

13./VII. Patient läßt 150 ccm klaren Urin, mit Fäden in beiden Portionen, ohne Eiweifs. Im Sekret (10 Stunden nach der letzten Miktion) finden sich noch einzelne Gonokokkenpaare, an ihrer starken Färbung und ihrer intracellulären Lagerung erkennbar.

13./VII.—23./VIII. Durch einige Spülungen mit mittelstarken Lösungen von übermangansaurem Kalium nach dem JANERSchen Verfahren werden die Reste der Infektion und der Eiterung, die sich auf die Harnröhre schon beschränken, gänzlich beseitigt.

3.—23./VIII. Trotzdem Patient bereits seit 4 Wochen seine Beschäftigung (Kassenbote!) wieder aufgenommen, viel Fußstouren gemacht, und viel Bier getrunken hat, ist der Harn stets ganz klar und ganz ohne Fäden und ohne Eiweifs gewesen. Er ist vollkommen geheilt.

Ein klares klinisches Bild der Nephritis blennorrhoeica metastatica kann ich nach meinen wenigen Fällen nicht geben.

Die schwersten Formen unterscheiden sich in nichts von der akuten oder subakuten infektiösen Nephritis; die mittelschweren bieten nach BALZER etwa folgenden Typus: Blennorrhoe, Epididymitis, klarer Harn mit Eiweifs bis zu 3‰, leichtes Fieber, allgemeine Abgeschlagenheit mit Kopf-, Kreuz- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit bei trockener belegter Zunge, Ausgang in Heilung nach 2—4 Wochen. In der 3. Gruppe BALZERS, Albuminurie latente et légère, ohne sonstige Symptome mögen sich doch wohl einige falsche Albuminurien verbergen.

Aus dem vorstehenden Mitteilungen und Litteraturstudien lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

In etwa 12% der Tripper kommt wahre Albuminurie vor.

In höchstens 2—3% kann sie als eine Kontinuitätskrankung, Cystoureteropyelitonophritis angesehen werden.

Für die meisten, $\frac{5}{6}$ etwa, bleibt vielmehr kaum eine andere Erklärung übrig, als eine metastatische blennorrhische Nephritis.

Wie der Gonococcus durch's Blut in andere Organe gelangt, so gelangt er auch in die Nieren. Wie andere Infektionskrankheiten bakterielle oder toxische Nephritiden erzeugen, so auch zuweilen die Blennorrhoe.

Die Prognose der akuten blennorrhischen Albuminurie ist in der Regel eine gute, insofern sie in einigen Wochen ohne weitere Folgen verschwindet. Wird die Blennorrhoe chronisch, so kann auch die Albuminurie bestehen bleiben; entweder wird oder bleibt sie dann minimal und schädigt den Betroffenen nicht merklich (postinfektiöse minimale Albuminurie), oder sie ist von vornherein beträchtlich, bleibt es und führt zum Tod unter dem Bilde chronischer Nephritis.

Dafs dies letztere eine sehr grofse Seltenheit ist, kommt daher, dafs mit einer beträchtlichen schweren Albuminurie bei akuter Blennorrhoe meist so schwere anderweitige Krankheitserscheinungen auftreten, dafs schon ihretwegen die heilsame Betruhe und örtliche Schonung innegehalten wird.

Örtliche Schonung, Betruhe, reizlose Diät, reichliche Zufuhr indifferenter Getränke, — das wären wohl die Grundzüge der Therapie bei jeder beträchtlichen Albuminurie im Verlaufe der Blennorrhoe.

Verhältnis der Albuminurie zu Eiterung und Harndrang bei akuter blennorrhischer Urethrocystitis.

No.	Der untersuchte Harn enthielt:		Die Miktion mußte erfolgen in 3 Stunden	Besondere Bemerkungen
	im omm Eiterzellen	im Filtrat $\frac{\text{‰}}{\text{‰}}$ Albumen		
I. 133.	100 000	$1\frac{1}{2}$	12 ×	dritte Woche der ersten Blennorrhoe; Akme.
II. 727.	1) 25 000	$\frac{3}{4}$	6 ×	neunte Woche e. Blennorrhoe; kurz darauf Epididymitis.
	2) 45 000	1	4 ×	
III. 1001.	42 000	$\frac{1}{2}$	öfters	Eiter- und Blutzellen in gleicher Zahl; vierte Woche der ersten Blennorrhoe; zwei Tage nach dem Tage der Untersuchung schwerste Epididymitis.
IV. 407.	80 000	1—2	4 ×	
V. 1002.	22 000	$\frac{1}{4}$	öfters	vierte Woche; Akme; hatte sehr viel Balsamium Copaivae eingenommen.
VI. 91.	20 000 { I. Harnport.	2	3 ×	
	25 000 { II. Harnport.	3		
VII. 780.	1) 10 000	1	2 ×	} s. Tabelle.
	2) 25 000	1	10 ×	
VIII. 312.	12 000	$\frac{1}{2}$	1 ×	dritte Woche; beginnende Epididymitis.

No.	Der untersuchte Harn enthielt:		Die Miktion mufte erfolgen in 3 Stunden	Besondere Bemerkungen
	im cmm Eiterzellen	im Filtrat ‰ Albumen		
IX. 485.	12 000	1/5	2 ×	zweite Woche; Cystitis seit Ende der ersten Woche mit stärkstem Harndrang.
X. 410.	12 000	1/5	12 ×	vierte Woche des so und so- vielten Trippers.
XI. 401.	12 000	1	2 ×	
XII. 1003.	11 000	1/4	öfters	Epididymitis.
XIII. 160.	10 000	1/4	12 ×	Anfang der dritten Woche der ersten Blennorrhoe.
XIV. 1004.	8 000	1/10	öfters	
XV. 1005.	9 000	1/5	öfters	zwölfter Tag.
XVI. 330.	5 000	Spuren	12 ×	siebente Woche; Rekrudescenz der Blennorrhoe.
XVII. 26.	3 000	0	4 ×	dritte Woche.
XVIII. 282.	2 000	0	2 ×	siebente Woche.
XIX. 1006.	2 000	0	öfters	
XX. 93.	1 000	0	4 ×	vierter Monat.
XXI. 683.	Fäden	0	12 ×	Komplikation: Diabetes.
XXII. 107.	Fäden	0	1 ×	vierter Monat.

Albuminurie bei akuten Blennorrhoen ohne Cystitis.

Laufd. No.	No. des Falles	Der untersuchte Harn enthielt		Krankheit Stadium, Komplik.	Besonderes
		‰ Albumen im Filtrat	Eiterzellen im cmm		
XXIII.	24.	etwa 1/10	1000	dritter Tag einer ersten Blennorrhoe	Albuminuria vera?
XXIV.	77.	„ 1/20	1000	Prostatitis acuta parenchymatosa auf der Höhe der Krankheit	Hohes Fieber!
XXV.	484.	deutliche Spuren	mäßige Absonderung	achte Woche; in der vierten Cystitis; Lendenschmerzen	Hatte in 14 Tagen 25 g Bals. Copaiv. eingenommen.
XXVI.	208.	Spuren	geringe Absonderung	Blennorrhoe, Bubo	
XXVII.	212.	etwa 1/20	3000 Blutkörperch.	Urethritis totalis mit terminaler Hämaturie	Nur die dritte Harn- portion liefert den HELLERSchen Eiweißring!

Laufd. No.	No. des Falles	Der untersuchte Harn, enthielt		Krankheit Stadium, Komplik.	Besonderes
		‰ Albumen im Filtrat	Eiterzellen im cmm		
XXVIII.	752.	etwa $\frac{1}{5}$	3000	Akute Blennorrhoe, zu bestehender chronischer blennor- rhoischer Urethro- prostatitis	Siehe Kranken- geschichte.
XXIX.	740.	etwa $\frac{1}{15}$	3000	erste Blennorrhoe mit Urethritis totalis, Epididymitis duplex siebente Woche	
XXX.	214.	" $\frac{1}{10}$	1000		Gravida im sechsten Monat.

Albuminurie bei chronischer Blennorrhoe.

Laufd. No.	No. des Falles	Der untersuchte Harn enthielt		Krankheit	Besonderes
		‰ Albumin im Filtrat	Eiterzellen im cmm		
XXXI.	126.	1) $\frac{1}{8}$ $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$	3000	Urethritis et Cystitis blenn. chronica	Akute Heilung durch Influenza, berichtet <i>Centralbl. f. klin. Med.</i> 1895, No. 36.
		2) $\frac{1}{8}$ desgl.	5000		
		3) $\frac{1}{1}$ Spuren	1000		
		4) $\frac{1}{1}$ etwa $\frac{1}{5}$	sehr trübe		
		5) $\frac{1}{8}$ 0	0		
		6) $\frac{1}{2}$ 0	0		
XXXII.	682.	Zuerst $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$	4000	Schwerste blennor- rhoische Striktur mit gonokokken- reicher Eiterung und Retentio urinae	
		Nach 6 Woch. 0	1000		
XXXIII.	246.	Spuren	massenhafte Eiterfäden	Schwerste blennor- rhoische Striktur mit Infektion	
XXXIV.	382.	etwa $\frac{1}{10}$	starke Eiterung	Beginnende Epi- dymitis bei chroni- scher Blennorrhoe	
XXXV.	128.	Harnpt. II $\frac{1}{5}$	100000 Blut- körperchen	Urethrorrhagia arteficialis	
		" I 0	0		

Albuminuria vera.

Laufd. No.	No. des Falles	Der untersuchte Harn enthielt		Krankheit	Besonderes
		% Albumen im Filtrat	Eiterzellen im cmm		
XXXVI.	332.	1) 5 2) 5 3) 5	15 000 weniger weniger	Nephritis blennorrhoea, s. die Kranken- geschichten	
XXXVII.	17.	1) Harn nach Mahlzeit u. Marsch 2 ¹ / ₂ 2) 24stündl. Harn 1 3) Zuletzt 0	6 000 20 000 1 000	Urethrocystitis chronica blennor- rhoica mit inter- mittierender Albuminurie	
XXXVIII.	102.	Vor $\frac{1}{2}$ 1 Nach $\frac{1}{2}$ 0	20 000 8 000	desgl.	
XXXIX.	88.	1	20 000	Urethrocystopyelitis blennorrhoea	
XL.	6.	$\frac{1}{4}$	5 000	desgl.	
XLI.	666.	1) Harn nach Mahlzeit ¹ / ₂ 2) Nachtharn $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{10}$ 3) Nachtharn $\frac{1}{4}$	2 500 2 500 10 000	Urethrocystitis chron. blenn. mit intermittierender Albuminurie	
XLII.	439.	beträchtlich	klarer Harn	Sublimat- intoxikation	

Litteratur.

- ¹ F. BALZER et A. SOUPLÉ, Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie. 1891. *La Semaine médicale*, p. 145. *Soc. de dermat. et syphilitigr.* Avril 1891.
- ² F. BALZER et A. SOUPLÉ, Nouvelle contribution à l'étude de l'albuminurie compliquant les phases aiguës de la blennorrhagie. 1892. Février. *Annales de dermatologie et de syphilitigraphie*. p. 113—124.
- ³ F. BALZER et R. JAQUINET, Manifestations rénales de l'infection blennorrhagique. 1893. *La Semaine médicale*, p. 411—414. No. 52. 30. VIII. 1893.
- ⁴ BERTHOLD GOLDBERG, Über das Verhältnis von Eiweißgehalt und Eitergehalt in Urinen. 1893. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* No. 36.
- ⁵ BERTHOLD GOLDBERG, Zur Kenntniss der Pyurie und Hämaturie. 1895. *Berl. klin. Wochenschr.* No. 49.
- ⁶ GÉRAUD, L'albuminurie dans les affections vénériennes. 1892. *Archives de médecine militaire*. Oktober.
- ⁷ ZEEHUISEN, Über die Bedeutung der Verdünnung des Harns bei der Untersuchung auf Eiweiß, Zucker, Gallenfarbstoff. 1895. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 27. Heft 1 u. 2. S. 180—190.
- ⁸ NEUBAUER und VOGEL, *Analyse des Harns*. 9. Aufl. 1890.

- ⁹ P. FÜRBRINGER, *Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane*. 2. Aufl. 1890.
- ¹⁰ PERNICE und SCAGLIORI, Beitrag zur Ätiologie der Nephritis. 1894. *Virchows Archiv*. Bd. 138. S. 521.
- ¹¹ FINGER, *Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Komplikationen*. 3. Aufl. 1898.
- ¹² L. LEWIN und H. GOLDSCHMIDT, Versuche über die Beziehungen zwischen Blase, Harnleiter und Nierenbecken. 1893. *Virchows Archiv*. Bd. 134. S. 33—70.
- ¹³ LUXCEY, De la néphrite parenchymateuse comme complication intercurrente d'une blennorrhagie. *Thèse de Paris*. 1879.
- ¹ COMBENALE, Cas de psychémie blennorrhagique. *Bulletin médical du Nord*. 1896. 26. VI.

Syphilis maligna.

Von

Professor Dr. B. TARNOWSKY - St. Petersburg.

(Mit 2 Abbildungen im Text.)

(Schluß.)

Merkurialbehandlung mit intramuskulären Einspritzungen suspendierter Quecksilberpräparate in Gemeinschaft mit warmen Bädern und nahrhafter Diät bewirken — wenigstens bei uns in Rußland — schnellen Erfolg. Ich benutze vorzüglich Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum in Oleum vaselini (zu jeder Einspritzung 0,08 Hydrargyrum salicylicum) und wiederhole sie anfänglich zweimal, später dreimal in der Woche; dazu tägliche Wasser- oder heiße Luftbäder.

Seltener verordne ich Quecksilberfriktionen aus Unguentum hydrargyri duplex zu 3,75—5,0 für jede Einreibung. In ausschließlichen Fällen, wenn die Kranken weder Einspritzungen, noch Friktionen vertragen, greife ich zu dem ZITTMANNschen Dekokt — diesem wirksamsten Quecksilberpräparate.

Wie gesagt, ist unter dem Einfluß energischer Quecksilberbehandlung Resorption der eiterig-syphilitischen Knoten möglich, ohne Aufbruch derselben; außerdem Verheilung der aus ihnen entstandenen Geschwüre und Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten. Wenn der Organismus im weiteren Verlauf der Krankheit keinen ferneren Schädlichkeiten ausgesetzt ist, und die Quecksilberbehandlung während der ersten zwei, drei Jahre vom Beginn der Infektion systematisch wiederholt wird, so können die eventuellen Recidive ohne pyogene Kokken auftreten. Die späteren

Manifestationen können in rein syphilitischen Infiltraten bestehen, in Gestalt trockener oder nässender Papeln an der Haut, Plaques an den Schleimhäuten und ähnlichem. Mit einem Wort, zuweilen nimmt die Syphilis bereits nach der ersten gründlichen Merkurialkur, nach Aufbesserung des allgemeinen Ernährungszustandes und Abwendung ungünstiger Bedingungen ihren gewöhnlichen Verlauf mit günstigem Ausgang. Wenigstens habe ich nach 37jähriger praktischer Thätigkeit zum mindesten zehn Beobachtungen gesammelt, in denen die Syphilis mit stürmisch verlaufenden eiterig-syphilitischen Eruptionen in Gestalt von Ekthyma oder Rupia begonnen hatte, darauf Recidive in Gestalt von Papeln oder erythematösen Flecken aufwies und dann nach 3—4jähriger Behandlung zur Ruhe kam, indem über 10—15—20 Jahre lang keine weiteren Manifestationen vorkamen.

Es ist daraus zu ersehen, daß die gemischte Ansteckung mit Syphilis und pyogenen syphilitischen Staphylokokken nicht immer und nicht beständig den schweren bedrohlichen Charakter hat, welchen böartige Formen der Syphilis besitzen, die schnell und unaufhaltsam in die gumöse Periode übergehen, und deren Besprechung weiter unten folgt.

Die Frage von der gemischten Infektion mit Syphilis und eiterigen Kokken ist eben erst gestellt und weit von ihrer Lösung. Es sind noch nicht alle Elemente ermittelt, die bei der Syphilis Vereiterung bewirken, und nicht alle Bedingungen erkannt, unter denen die gemischte Infektion zu stande kommt. Es unterliegt indessen keinem Zweifel, daß sie in gewissen Fällen vorkommt, daß die Beimischung pyogener Kokken den syphilitischen Hautaffektionen eine besondere, eigentümliche Gestalt verleiht, und daß durch diese gemischte Infektion die unter den Namen syphilitisches Ekthyma, Rupia, Impetigo etc. bekannten Dermatosen entstehen. Daß eben das Vorhandensein pyogener Kokken den Syphiliden den Charakter der erwähnten eiterigen Dermatosen veranlaßt, wird zum Teil auch dadurch bewiesen, daß Beimengung dieser Kokken zu anderen Neubildungen an der Haut Erscheinungen verursacht, die ihrer äußeren Gestaltung nach den erwähnten Syphiliden sehr ähnlich sind, wie vorliegender Abgufs zeigt.

Der Patient, von welchem er herrührt, war ein 62jähriger Bauer, ein alter Trinker; er wurde am 24. Dezember 1895 in meine Klinik aufgenommen. Nach seiner Angabe hat er niemals Syphilis gehabt; vor 2 $\frac{1}{2}$ Monaten stellte sich an der behaarten Kopfhaut ein Ausschlag ein, der zur Bildung von Geschwüren führte, und dann befiel ein eben solcher Ausschlag den ganzen Körper. Bei seiner Aufnahme bot er am Rumpf und an den Extremitäten eine reichliche Eruption kupferroter, 1—2 cm im Durchmesser großer (breite Papeln), stellenweise abschuppender Infiltrate; außerdem eiterige Knoten, die zum Teil mit dunklen, dicken Krusten bedeckt waren, zum Teil runde tiefe Geschwüre gebildet hatten. Einige Krusten erreichten 3 cm im Durchmesser und waren von einem pustulösen Wulst umringt; andere waren, wie die

Geschwüre, von einem scharf begrenzten, dunkelroten Infiltrat umsäumt. Am Scheitel saß ein handtellergroßes Geschwür mit wulstigen, stark erhabenen Rändern und gangränesciertem Gewebe an der Basis. Im ganzen wurden an der Hautbedeckung des Patienten gegen 150 ulcerierter Infiltrate, eiteriger Knoten, Krusten und Geschwüre gezählt. Die Lungen sind emphysematös, stellenweise dahin zerstreute Rasselgeräusche, die Leber steht zwei Finger breit unter den Rippen hervor, sie ist hart und schmerzlos; die Milz steht einen Finger breit hervor, von der achten Rippe ab. Die Temperatur betrug in den ersten Tagen 38,5° abends und 37,7° morgens, dann stieg sie auf 39,5° abends. Ungeachtet der eingeleiteten Behandlung mit Quecksilber und Jod bildeten sich neue Knoten, deren Inhalt nach 1—2 Tagen blutig wurde. Am zehnten Tage des Aufenthalts des Kranken in der Klinik stellte sich Albuminurie ein, die Temperatur blieb auf 39,5, die Geschwüre sonderten reichlichen ichorrhösen Eiter ab. Patient wurde zusehends schwächer und verstarb am 12. Januar.

Während des Lebens wurde ein Abguß vom Kranken gemacht, und sowohl sein Blut, als auch der Inhalt der eiterigen Knoten bakteriologisch untersucht. Die detaillierte Beschreibung dieser von Dr. WLAJEW ausgeführten Untersuchung wird nächstens veröffentlicht werden. Ich teile hier nur deren Ergebnisse mit: Sowohl im Blut, als in den eiterigen Knoten des Patienten wurden Staphylokokken (aureus et albus), pyogene Streptokokken und Bacillen gefunden. Letztere hatten einige Eigenschaften mit denjenigen Bacillen gemein, die in dem vereiterten Bubo und den eiterig-syphilitischen Knoten eines der oben beschriebenen Kranken nachgewiesen wurden, mit Ausnahme der Virosität, des Geruches der Kulturen, des Wachses in Gelatine etc.

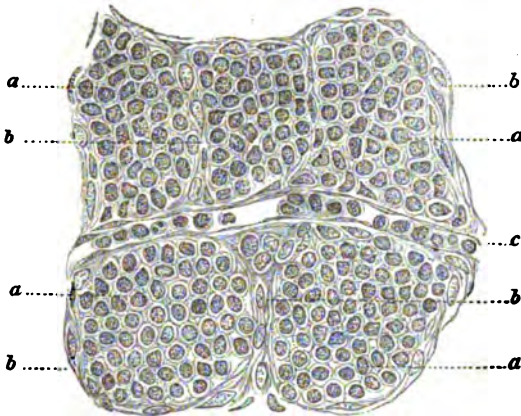
Bei der Sektion wurden in den inneren Organen keine Neubildungen angetroffen, mit Ausnahme der Lungen, in denen einige nufgroße, verhältnismäßig frische Knoten saßen; einer dieser erweichten Knoten enthielt eine Höhle.

Die Knoten aus der Haut und aus den Lungen wurden von Dr. KOROWIN, Assistent am Katheder für pathologische Anatomie, mikroskopisch untersucht. Sie bestanden hauptsächlich aus Epithelzellen und stellten zweifellos Knoten medullären Carcinoms dar (vergl. Figur 2). Doch neben der atypischen Wucherung des Epithels bestand auch entzündliche kleinzellige Infiltration längs der Blutgefäße. Die Epithelzellen wuchern anfänglich in der Papillarschicht der Haut, und hauptsächlich in der Umgebung der Blutgefäße. Die kleinzellige Infiltration ist in den frischeren Knoten ebenfalls in diesem Teil der Haut deutlicher ausgeprägt, und ihr Ausgangsort sind vorzüglich die Wandungen der dünnsten Blutgefäße. Also geht die Wucherung der Epithelzellen und der Granulationselemente Hand in Hand, und zwar kommen letztere in den jungen Knoten in bedeutend größerer Menge vor, als in den alten, wo sie unvergleichlich spärlicher sind; doch nirgends sind die Granulationselemente ganz verdrängt. Wenn man sich so ausdrücken darf, so kann man sagen, daß die kleinzellige Infiltration mit den epithelialen Elementen überall kor-

kurriert, und das in diesem Kampf das Epithel zuletzt das Übergewicht behält.

Dieser seltene Fall disseminierten, akut verlaufenden Hautcarcinoms, welcher der Gegenstand einer besonderen Untersuchung ausmachen wird, zeigt, das durch Beimengung pyogener Kokken zur krebsigen Neubildung, infolge eiterig-carcinomatöser Infektion, an der Hautbedeckung ein mit den eiterig-syphilitischen Knoten große Ähnlichkeit besitzendes Bild entstehen kann, und das dadurch Septikopyämie mit tödlichem Ausgang hervorgerufen werden kann, was glücklicherweise bei eiterig-syphilitischer Infektion nur als seltene Ausnahme vorkommt.

II. Die Syphilis kann einen schweren Verlauf nehmen infolge ursprünglicher, reichlicher und rascher Ablagerung syphilitischer Infiltrate, indem letztere das Gefäßsystem affizieren, und die Manifestationen der Krankheit bei weiterer ununterbrochener Aufeinanderfolge bald gummösen Charakter annehmen.



Figur 2.

Schon vom Beginn der Erkrankung an hat die Primäraffektion nicht das Aussehen eines akut verlaufenden Ulcerationsprozesses, sondern sie macht eher den Eindruck einer sich rasch entwickelnden Neubildung, durch welche die Gefäße zusammengedrückt werden und im zentralen Teil der Affektion Nekrose entsteht. Die auf einer starken Verhärtung sitzende Ulceration beginnt trotz des Fehlens äußerer Reize und vorhergegangener Entzündung im Zentrum dunkel zu werden, und letzteres nimmt die braune Verfärbung gangränisierter Gewebes an; die Absonderung wird ichorrhö, übelriechend und enthält Fetzen nekrotischen Gewebes. Eine braune Kruste, die die ganze Ulceration oder nur einen Teil derselben bedeckt, wird nach ihrem Abfall von einer neuen ersetzt. Die Basis des Geschwürs wird uneben, untergraben. Die dadurch ange-

richtete Zerstörung kann sehr beträchtlich sein, und doch wird Abscedierung der nächsten stark geschwollenen Lymphdrüsen vermifst.

Bekanntlich gelingt es durchaus nicht, die Gangränoszierung einer derartigen Primäraffektion (*Ulcus induratum gangraenosum*) durch lokale Mittel aufzuhalten. Nur Quecksilberbehandlung begünstigt die Resorption der obliterierenden Arteriitis, die in solchen Sklerosen sich schnell entwickelt, und giebt am meisten günstige Resultate.

Nachdem die so schwer anfangende Erkrankung ausgebreitete Obliteration der Gefäße und ausgedehnte Affektionen im Gebiet der primären Sklerose verursacht hat, läßt sie sich auch in ihrem weiteren Verlauf nur schwer durch die energischste Behandlung bekämpfen. Indem sie unter dem Einfluß letzterer für kurze Zeit still steht, äußert sie sich bald wieder von neuem in stets bedrohlicherer Gestalt. Nach drei bis vierwöchentlicher Dauer der zweiten Inkubation, zu einer Zeit, wo das primäre Geschwür noch nicht verheilt ist oder eben sich zu reinigen beginnt, stellt sich beim Kranken Eruptionsfieber ein. Die Temperatur steigt abends bis 38—39,5° C.; es stellen sich reichliches Schwitzen in der Nacht ein, brechende Schmerzen in den langen Knochen und in den Gelenken, Kräfteverfall, rasche Abmagerung (Gewichtsverlust von 3—4 kg) und starke Anämie.

Man erkennt auf den ersten Blick, daß man es mit einem schweren Kranken zu thun hat, der ins Bett gehört. Und er wird auch bettlägerig und muß seine Beschäftigung aufgeben.

Die Eruption der Papeln beschwichtigt ein wenig den Fieberzustand, obgleich derselbe trotzdem zuweilen Wochen oder Monate lang anhält. Neben gewöhnlichen lentikulären und breiten Papeln bemerkt man tiefer in die Haut eingesprengte Knötchen eben solcher Farbe, Konsistenz und Größe, wie die Papeln. Diese Knötchen geben beim Befühlen die Empfindung einer in die Haut eingelagerten Erbse, während die Papeln flacher und oberflächlicher sind. Während die Papeln im weiteren Verlauf abschuppen, werden die Knötchen, ohne eiterige Anhäufungen zu bilden oder in Pusteln überzugehen, von dunklen, geschichteten Krusten bedeckt, die zuerst den zentralen Teil des Knötchens und später das ganze Knötchen einnehmen (BASSEREAU, ZEISSL sen., LELOIR). Nachdem die schuppenden Papeln resorbiert sind, bleiben bekanntlich Pigmentflecken zurück, die später spurlos verschwinden. Wenn dagegen die dunkelen, geschichteten Krusten von den tief in der Haut sitzenden Knoten abfallen, so hinterlassen sie Narben, die später zwar sich entfärben, aber doch für immer bemerkbar und unvergänglich sind. Wenn man ein solches Knötchen ansticht und dessen blutigen Inhalt in einem Nährboden zu züchten versucht, so stößt man auf keine pyogenen Kokken. Auch wenn man ein in der Entwicklung begriffenes Knötchen mit einem Uhrgläschen

verdeckt und nach Entstehung einer weichen Kruste die unter derselben hervorquellende Absonderung zur Züchtung nimmt, werden pyogene Kokken vermist. Kurz, wir treffen in solchen Fällen gleichzeitig mit Papeln Gummata in der Haut an mit allen denselben zukommenden pathologisch-anatomischen Merkmalen — das papulo-tuberkulöse Syphilitid früherer Autoren.

Also treten bei den Kranken der in Rede stehenden Reihe unmittelbar nach der Primäraffektion gummöse Knoten auf. Die Krankheit überspringt sozusagen die ganze sekundäre Periode und manifestiert sich bereits bei der ersten Disseminierung in Gestalt ihrer schwersten und für gewöhnliche Fälle spätesten Äußerungsweise.

In der That verfährt die Syphilis in solchen Fällen mit ihren Opfern ohne Schonung. Sowohl ohne Behandlung, als auch mit derselben, halten sich diese Syphilitide hartnäckig, sie erneuern sich beständig und hinterlassen bei ihrem Verschwinden entstellende Narben. Zu den Affektionen der Hautbedeckung gesellen sich bald Erkrankungen des Knochen- und Muskelsystems, der Knorpel und inneren Organe. Knochenhautentzündung an der Stirn und am Scheitel bewirken qualvolle Kopfschmerzen, Affektionen der Röhrenknochen, heftige Schmerzen in letzteren; es entwickeln sich gummöse Osteomyelitis an den Phalangen der Hände und Füße, ausgedehnte gummöse Geschwüre an den Unterextremitäten, am harten und weichen Gaumen, an der Uvula; die Knorpel der Nase und des Kehlkopfes werden affiziert u. s. w. Jede neue Manifestation wird von Zunahme des Fiebers begleitet. Der Kranke verliert seine Kräfte, nimmt ab, wird ausgezehrt und geht öfters, trotz spezifischer Behandlung, zu Grunde — durch hinzukommende Tuberkulose, Pneumonie, Influenza, oder durch syphilitische Erkrankung des Herzmuskels, der Hirngefäße etc. Glücklicherweise sind solche Fälle wirklich bösartiger Syphilis mit reinem, nicht kompliziertem Verlauf, äußerst selten, und ein jeder solcher Fall bleibt infolgedessen tief im Gedächtniß des beobachtenden Arztes haften.

Vor mehr als 25 Jahren hatte ich einen solchen schonungslos und unaufhaltsam verlaufenden Fall von Syphilis, und bis jetzt erinnere ich mich desselben deutlich.

Ein 28jähriges gut und kräftig gebautes, hübsches Mädchen wurde in das städtische Kalinkinhospital mit einem gangränösen harten Schanker am Labium majus und beiderseits stark angeschwollenen Leistendrüsen aufgenommen. Sie verließ das Hospital nie mehr und starb daselbst nach 16 Monaten. Patientin fieberte fast die ganze Zeit, mit kurzen Unterbrechungen von 10—15 Tagen. Die Erscheinungen folgten rasch hintereinander, und jede neue Manifestation war von Zunahme des Fiebers begleitet. Die erste Eruption bestand, trotz innerlicher Verordnung von Sublimat, in Papeln und gummösen Hautknoten. Darauf folgten Recidive ebensolcher Knoten am Gesicht, an der behaarten Kopfhaut und am Rücken; bald danach subkutane Gummata an den Unterextremitäten, und zugleich gummöse Periostitis und

Ostitis; ferner in Zerfall übergehende Knoten am weichen Gaumen, an der hinteren Rachenwand, Epiglottis, Nase u. s. w. Innerliche Verabreichung von Quecksilber wurde von Quecksilberfriktionen abgelöst, letztere von Jodbehandlung, oder sie wurden gleichzeitig mit Jodkaligebrauch gemacht. Dann bekam Patientin ZITTMANNschen Dekokt, Quecksilberbäder, Kalomelräucherungen etc. Trotz der ganzen Menge von Quecksilber und Jod, die Patientin verbrauchte, ging sie zusehends zu Grunde, verfiel in Auszehrung und verstarb unter den Erscheinungen kolliquotativer Diarrhoe.

Ein anderer Patient, ein 23jähriger Universitätsstudent, mittleren Wuchses und Körperbaues, aus gesunder Familie, bekam am 14. Tage nach dem Coitus einen gangränösen harten Schanker der Glans penis, und wurde anfänglich lokal behandelt. Als drei Wochen nach Entstehung der Primäraffektion der erste Ausschlag auftrat, kam er in unsere Klinik. Die erste Eruption bestand in Papeln und gummösen Hautknoten, und ging mit heftigem Fieber (bis zu 39,5° C. abends) und profusum Nachtschwitzen einher. Es wurden ihm Quecksilberfriktionen (2,0—4,0 Unguentum hydrargyri dupl. pro die) verordnet; nach der 45. Einreibung mußten sie wegen einer merkurialen Stomatitis eingestellt werden. Die Temperatur war in den ersten Tagen auf 37,5—37,2 abends gesunken und stieg dann bei neuen Gummibildungen auf 38,5. Patient verließ die Klinik mit zwei gummösen Geschwüren an den Unterschenkeln und beginnender Dactylitis am Mittelfinger der rechten Hand. Er fuhr aufs Land um sich zu erholen und zu stärken, und sollte dann nach dreiwöchentlicher Unterbrechung wieder Quecksilberfriktionen und Jodkalium anfangen. Nach sechs Monaten wurde Patient in kläglichstem Zustande nach St. Petersburg gebracht: er hatte eine gummöse Affektion des rechten Kniegelenks, Dactylitis an vier Fingern, aufgebrochene Gummata an den Tibien, und walnuss- bis apfelgroße erweichte Gummata an der behaarten Kopfhaut; dabei war sein Körpergewicht um 15 kg vermindert, und er konnte vor Schwäche kaum vom Bette aufstehen. Die Temperatur stieg abends bis 39,0°. Patient verbrachte den Winter in St. Petersburg, indem er fast beständig bald Jodpräparate einnahm, bald Quecksilber in Form von Friktionen oder innerlich. Beständig kamen neue gummöse Knoten, der Allgemeinzustand verschlimmerte sich und im Frühling wurde Verhärtung an der linken Lungenspitze konstatiert. Er wurde aufs Land geschickt und starb daselbst im Herbst an galoppierender Schwindsucht, indem er bis zum letzten Tage seines Lebens ununterbrochen von sichtbaren syphilitischen Erscheinungen befallen war; bei seinem Tode waren 19 Monate seit der syphilitischen Infektion verfloßen.

Quecksilber und Jod scheinen, wenigstens in unserem Klima, in dieser Kategorie von Syphilis maligna gegen die Krankheit machtlos zu sein. Einer meiner Patienten, der an solch schwerer Form der Syphilis litt, hatte sich lange Zeit in St. Petersburg mit beständig recidivierenden gummösen Knochenaffektionen gequält, und war so weit gelangt, daß er buchstäblich ohne täglichen Gebrauch von 5—6 g Jodkalium nicht leben konnte. Sobald die Verabreichung dieses Mittels für eine oder höchstens zwei Wochen ausgesetzt wurde, bildete sich sofort ein neuer Knoten; die nächtlichen Schmerzen in den Knochen kehrten wieder, die Temperatur stieg, die Kräfte nahmen ab u. s. w. Auf meinen Rat verließ er St. Petersburg, verbrachte zwei Winter in Kairo und ließ sich dann im Süden Rußlands nieder. Bereits im ersten Jahre dieses Klimawechsels verschwanden alle Gummata bei verhältnismäßig leichter Quecksilber- und

Jodbehandlung; im nächsten Jahre nahm Patient nur noch vorsichtshalber von Zeit zu Zeit Jodkalium ein, und dann wurden im Laufe vieler Jahre keine weiteren Manifestationen der Syphilis wahrgenommen. Und nicht dieser Fall allein, sondern noch viele andere haben mich überzeugt, daß bei solchen Kranken neben Quecksilber und Jod die südliche Sonne (Ägypten, die Riviera, die Krim) eine unumgängliche Bedingung ihrer Besserung ausmacht.

Beobachtungen in der Art der soeben berichteten, wo einige Wochen nach der Primäraffektion unmittelbar Gummata in der Haut auftreten und beständig recidivierend von Quecksilber und Jod sich wenig beeinflussen lassen, wo die Kranken trotz der Behandlung nach $1\frac{1}{2}$ —2 Jahren vom Beginne der Syphilis zu Grunde gehen, — sind wohl die bedrohlichsten Repräsentanten dieser Kategorie schwerer Syphilis, aber es giebt auch andere Verlaufsarten derselben.

Die Syphilis kann mit einer einfachen Erosionsaklerose mit darauf folgendem erythematösen oder papulösen Syphilid beginnen. Aber die sekundären Krankheitserscheinungen recidivieren beständig trotz angemessener Quecksilber- und Jodbehandlung, und zum Schluß des ersten oder zweiten Krankheitsjahres treten gummöse Knoten auf; damit beginnt die tertiäre Periode, die sich unendlich hinzieht und zuweilen durch Affektion des Herzmuskels, der Hirngefäße, der Lungen etc. den Tod herbeiführt.

Leider ist uns wenig bekannt darüber, warum die Syphilis in gewissen Fällen einen solchen Verlauf nimmt, so unaufhaltsam und rasch in die rein gummöse Periode übergeht, wodurch die geringe Wirkungskraft des Quecksilbers und Jods gegen die Krankheitserscheinungen bedingt ist. Diese Unkenntnis stammt vielleicht daher, daß bis zur letzten Zeit unter dem Namen schwerer bösartiger Syphilis zwei gänzlich voneinander verschiedene Kategorien von Fällen zusammengeworfen wurden, nämlich die gemischte eiterig-syphilitische Infektion und die reine, rasch zu gummösen Neubildungen führende Syphilis. Ich konnte bis jetzt nur feststellen, daß Malariaerkrankung oder längerer Aufenthalt in mit Malaria behafteten Örtlichkeiten bei Syphilitischen das beschleunigte Auftreten der gummösen Periode und schwere Heilbarkeit der Krankheitserscheinungen begünstigt.

Vom Alkoholismus kann ich nicht das Nämliche behaupten. Der chronische Alkoholismus hat meines Erachtens eher Einfluß auf die ungünstige Lokalisation der Syphilis im Gefäßsystem, in der Leber, den Nieren etc. Dagegen scheint er weniger, als alle anderen Ursachen das raschere Auftreten der gummösen Periode herbeizuführen. So beobachtete ich z. B. wiederholte syphilitische Infektion an einem Subjekt, welches im Laufe von zwölf Jahren fast keinen Tag nüchtern war und sich

meistens zweimal täglich betrank. Eine solche Lebensweise führte dieser Mensch vor der ersten Ansteckung, und er setzte sie auch nach derselben und während der Behandlung der Syphilis fort. Ebenso war er während der zweiten Infektion und nachfolgenden Behandlung dem Trunke ergeben. Beide Male beschränkte sich die Syphilis auf die sekundäre Periode. Gegenwärtig ist er 42 Jahre alt, hat bereits seit drei Jahren keine weiteren Manifestationen der Krankheit gehabt und fährt fort, sich täglich zu betrinken.

Und dies ist bei weitem nicht der einzige Fall geheilter Syphilis (wenigstens bei der ersten Infektion) bei chronischen Säufern.

Dagegen begünstigt anscheinend akuter, dipsomaner oder zufälliger Alkoholismus durch rasche Vergiftung des Organismus mit Alkohol und Abschwächung desselben, besonders in frühen Syphilisperioden, die Entwicklung gemischter Ansteckungsformen, die sich, wie früher erwähnt wurde, in der Bildung eiterig-syphilitischer Knoten äußert.

Auch bei der tertiären Syphilis bewirkt zuweilen akute Alkoholintoxikation Veränderungen im Verlaufe gummöser Knoten, indem dadurch Phagedänismus verursacht wird, bei welchem, wie bereits oben bemerkt wurde, in denselben mit größerer Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein pyogener Kokken nachgewiesen werden kann.

III. Abgesehen von der Wichtigkeit syphilitischer Affektionen in pathologisch-anatomischer Hinsicht, von ihrer Zugehörigkeit zur sekundären oder tertiären Periode und von ihrer Komplikation mit anderen Erkrankungen, kann die Syphilis in Abhängigkeit von ihrer Lokalisation für den Kranken leicht oder schwer sein.

Es können nämlich verhältnismäßig leichte, frühe, sekundäre syphilitische Gewebsveränderungen schwere Funktionsstörungen veranlassen, die häufig unverbesserlich oder tödlich sind.

Und umgekehrt: späte gummöse Syphilisformen können bei günstiger Lokalisation viele Jahre, Jahrzehnte lang anhalten, ohne Behandlung endgültig verschwinden oder wiederholt recidivieren, und der Allgemeinzustand des Kranken dabei keine Beeinträchtigung erleiden.

Beispiele der ersten Art, d. h. schwerer Syphilis in frühen Krankheitsperioden, sind die stets an Häufigkeit zunehmenden Fälle von Gefäßaffektionen des Gehirns und Rückenmarks im Anfangsstadium der sekundären Krankheitsperiode.

Im dritten, vierten Monat vom Beginne der in geringfügiger Primärsklerose bestandenen Erkrankung, zu einer Zeit mit oder bald nach einem makulösen oder papulösen Ausschlag, entwickeln sich Erscheinungen seitens des Gehirns oder Rückenmarks: Lähmungen einzelner Hirnnerven, Parese der Extremitäten oder einer Körperhälfte, Aphasie, ERBSche Paralysis spinalis u. s. w.

Bekanntlich weist die Sektion in den meisten Fällen solcher früher Gehirnsyphilis Veränderungen nach, die von den Gefäßen ausgehen, und nirgends Gummabildung, die für die tertiäre Periode charakteristisch wäre. Wenn man solche Kranke ohne energische Behandlung läßt, so gehen sie zu Grunde oder bleiben fürs ganze Leben Krüppel; indessen äußert sich die Syphilis, als pathologischer Prozeß betrachtet, in diesen Fällen ausschließlich durch frühe, leichte Affektionen.

Beispiele von günstig verlaufender Syphilis der späten Periode sind besonders zahlreich bei uns in Rußland, wo man häufig in der Landbevölkerung Kranke antrifft, die 20, 30 Jahre lang an Syphilis leiden und keine ärztliche Hilfe benutzen. Indem die Krankheitsmanifestationen die ganze Zeit hindurch fast ausschließlich auf die Hautbedeckung beschränkt bleiben, entstehen an derselben nach gummösen Syphiliden zahlreiche Narben, was übrigens die Kranken durchaus nicht belästigt, und ihr Gesundheitszustand läßt zuweilen nichts zu wünschen übrig.

In abgelegenen Gebieten unseres Vaterlandes, wo infolge mangelhafter Verkehrswege und der Lebensbedingungen der Bevölkerung die Organisation regelmäßiger ärztlicher Hilfe äußerst erschwert ist, kann man beständig Subjekte antreffen, die die gummöse Periode der Syphilis vor 20, 30, 50 Jahren überstanden haben, wobei diese Krankheit ohne jegliche Behandlung verlief und unauslöschliche Spuren in Gestalt von Narben hinterlassen hat, während kein einziges lebenswichtiges Organ von ihr berührt und der allgemeine Gesundheitszustand eigentlich nicht wesentlich beeinträchtigt wurde.

Noch vor kurzem erforschten die Mitglieder unserer russischen syphilidologischen Gesellschaft, die Herren FLIETNER und STEPANOW,⁴ in Bezug auf die Syphilis den Narymschen Kreis des Tomsksohen Gouvernements, der von Ostjaken bevölkert ist. Die meisten der syphilitischen Ostjaken (93 von 147 Kranken⁵) wiesen Spuren der gummösen Krankheitsperiode auf; sie hatten die Syphilis vor vielen Jahrzehnten erworben, die Krankheit war ohne Behandlung verlaufen und hatte sie nicht der Möglichkeit beraubt, ihr entbehrungs- und kampfreiches Leben fortzusetzen, wie es das Järgergewerbe im Norden mit sich bringt.

Bei solchen von der Kultur vergessenen Volksstämmen kommen Fälle günstig verlaufener gummöser Syphilis, trotz des Fehlens jeglicher Be-

⁴ Dr. FLIETNER. Bericht über eine Exkursion in das Narymgebiet. *Jeshenedjelnik*, 1895. No. 20 (russisch). — Dr. STEPANOW. Bericht über die Erforschung des Gesundheitszustandes der Ostjaken des Narymgebietes. *Wratsch*. 1895. No. 48 (russisch).

⁵ Die 147 Syphilitiker machten 8,6% der Gesamtzahl von Ostjaken aus, die von beiden Forschern untersucht wurden. Davon hatten 139 die Syphilis in der tertiären Periode gehabt. Aus diesen waren 46 noch mit Krankheitsmanifestationen behaftet, während die übrigen 93 nur Spuren der vor vielen Jahren abgelaufenen gummösen Syphilis in Gestalt von Narben an der Haut, Defekten am Rachen, an der Nase etc. aufwiesen.

handlung, äußerster Armut, Nahrungsmangel, Alkoholismus und anderer schwieriger Lebensverhältnisse, in großer Anzahl vor und fesseln dadurch die Aufmerksamkeit der Beobachter.

Wohl jeder Syphilidologe hat Fälle gehabt, in denen die Syphilis gummöser Periode geheilt wurde und keine Spuren am Kranken hinterlassen hat, mit Ausnahme vielleicht einer oder mehrerer unbedeutender Narben. Ein solcher Syphilitiker bewahrt seine Gesundheit vollständig und bietet in seinem weiteren Leben keine Manifestationen der Krankheit mehr dar.

Mir scheint deshalb der Zweifel, den viele der Heilbarkeit der Syphilis in der gummösen Periode entgegenbringen, unbegründet zu sein.

Meines Erachtens kann die gummöse Syphilis geheilt werden und auch von selbst vergehen. Ich verfüge wenigstens in dieser Hinsicht über beweiskräftige Beispiele, indem einerseits die Sektion von Subjekten, die viele Jahre zuvor notorisch an gummöser Syphilis gelitten hatten und durch zufällige Ursachen gestorben waren, keine Manifestationen der früheren Krankheit zu Tage förderte. Andererseits bestärken mich darin langjährige Beobachtungen an Patienten, die gummöse Syphilis hatten und dann Jahrzehnte lang keine neuen Krankheitssymptome aufwiesen. Ich nehme als Beispiel zwei Beobachtungen aus entgegengesetzten Gesellschaftsschichten:

Ein 78jähriger Waldwächter acquirierte die Syphilis als Kind, und hatte im Alter zwischen 10 und 15 Jahren gummöse Geschwüre an der behaarten Kopfhaut, am Gesicht und an den Unterextremitäten, an deren Stelle charakteristische Narben hinterblieben sind. Zu seinem 15. Lebensjahre sollen die Narben, wie Patient behauptet, „von selbst“ verheilt sein. Seitdem, also 63 Jahre lang, war er niemals krank, und gegenwärtig macht er in seinem Dienst zu jeder Jahreszeit täglich nicht weniger als zwölf Kilometer zu Fuß, mit dem Gewehr an der Schulter.

Der andere Patient, ein ebenso ausgeprägtes Beispiel verheilter gummöser Syphilis, gehört der höchsten Gesellschaftsklasse an. Vor 52 Jahren hatte er ein gummöses Syphilid am Gesicht, wodurch ein Teil der Nase und Oberlippe zerstört wurde. Energische Behandlung mit ZITTMANN'schem Dekokt hielt den Zerstörungsprozess auf, und die Geschwüre verheilten mit Hinterlassung eines beträchtlichen Gewebdefektes. Die Behandlung wurde wiederholt, und seitdem hat Patient, der beständig unter ärztlicher Beobachtung stand, keine weiteren Manifestationen der Syphilis aufgewiesen. Er ist verheiratet, hat vier ganz gesunde Kinder, die nicht nur von jeglichen Symptomen hereditärer Syphilis, sondern auch von Degenerationszeichen frei sind und ihm ihrerseits gesunde Enkel geschenkt haben. Gegenwärtig besteigt dieser 76jährige Mann rüstig Berge, er ist im Stande herumzulaufen, zu reiten, und seine Gesundheit läßt nichts zu wünschen übrig.

In dieser Weise hat meines Erachtens die Lokalisation der Syphilis entscheidende Bedeutung für die Beurteilung der Frage, inwiefern sie in jedem einzelnen Falle hinsichtlich des Kranken schwer verläuft.

Man beobachtet viel seltener gemischte eiterig-syphilitische Infektion und rasch auftretende gummöse Periode, und beide bewirken viel seltener

Funktionsstörungen seitens der lebenswichtigen Organe, als ungünstige Lokalisation früher, leichter Formen der Syphilis. Es ist daraus ersichtlich, wie wichtig für den Arzt die Kenntnis der Bedingungen der syphilitischen Lokalisation ist. Ohne mich hier in eine detaillierte Besprechung dieser Bedingungen einzulassen, was den Gegenstand einer besonderen umfassenden Untersuchung ausmachen soll, gestatte ich mir nur die hauptsächlichsten Momente anzugeben, die auf die Lokalisation der Syphilis von Einfluss sind.

Bekanntlich lokalisiert sich die Syphilis mit Vorliebe an den Stellen mit größerem Blutzufuss, größerer Reizung, und manifestiert sich deshalb am häufigsten in solchen Körpersystemen oder Organen, die sich kraft äusserer Einflüsse oder gesteigerter Funktionsthätigkeit in Kongestionzustand befinden.

Dieser allgemeine Grundsatz hat eine ausgedehnte praktische Anwendung und macht es erklärlich, weshalb z. B. bei Köchen und Heizern die frühesten syphilitischen Eruptionen am Gesicht auftreten, weshalb bei Erdarbeitern so häufig Handteller und Fußsohlen von der Syphilis affiziert werden, bei Gymnasten die großen Blutgefäße, bei Tänzern die Muskeln, bei Prostituierten die Geschlechtsteile, und bei Leuten, die durch Geistesarbeit leben, die Nervenzentren.

Ebenfalls dadurch kann man zum Teil die größere Häufigkeit syphilitischer Affektionen der inneren Organe, besonders der Nieren in unseren nördlichen Gebieten erklären, im Vergleich zu den südlichen Ländern, wo gesteigerte Funktion der Haut häufigere Manifestationen der Krankheit an letzterer veranlasst.

Bei dieser Gelegenheit drängt sich die Bemerkung auf, daß das Gesetz der Lokalisation der Syphilis an Stellen mit größerer Reizung, in Organen mit gesteigerter Funktionsthätigkeit, den Ärzten, die dasselbe immer mehr kennen lernen, die Verpflichtung auflegt, sich nicht mit der Verordnung von Quecksilber und Jod zu begnügen, sondern den Patienten behufs günstigeren Verlaufs der Krankheit in regelmässigeren Lebensverhältnisse zu stellen und ihm seine Lebensweise genau zu bestimmen.

Eine andere Ursache, die auf die Lokalisation der Syphilis Einfluss besitzt, ist die Vererbung. Besonders deutlich stellt sich die Erblichkeit bezüglich der Hirnsyphilis dar. Ich habe bereits im Jahre 1891, auf dem Moskauer Ärztekongress meine Ansicht über diesen Gegenstand ausgesprochen. Seitdem ich diesem Umstand besondere Beachtung zugewendet habe, kann ich sagen, daß der Prozentsatz der Erblichkeit in meinen Beobachtungen bedeutend zugenommen hat. Hereditäre Arthritis, hereditäre oder angeborene Disposition zu Erkrankungen des Herzens, der Leber, der Nieren, bewirken häufig Lokalisation der Syphilis in diesen Organen mit verringerter Widerstandsfähigkeit.

Zu ebensolchen loci minoris resistentiae gehören Organe, in denen vor der syphilitischen Infektion chronische Erkrankungen stattgefunden haben. Wenn z. B. die Ursachen, die am Patienten zu Sklerose der Gefäße geführt haben, auf ihn auch nach der syphilitischen Infektion einwirken werden, so darf man ceteris paribus bei ihm eher Lokalisation der Syphilis in den großen oder Gehirngefäßen erwarten, als bei anderen Kranken. Dank dieser Neigung der Syphilis sich an Stellen mit größerer Reizung, in Organen und Geweben mit verminderter Widerstandsfähigkeit zu lokalisieren, können Krankheitsformen, die verhältnismäßig leicht und bezüglich der Qualität der anatomischen Veränderungen günstig, dazu hinsichtlich der Menge der Manifestationen geringfügig sind, durch ihre Lokalisation für den Kranken bedrohlich und schwer werden, und häufig ihn ins Grab bringen oder für immer zum Invaliden machen.

Also wird die Syphilis schwer, bösartig, zuweilen tödlich, in manchen Fällen von Anfang an, in der frühen, sekundären Periode, durch gemischte Infektion mit Syphilis und pyogenen Kokken; in anderen infolge frühen Auftretens der gummösen Periode, und in einer dritten Kategorie von Fällen vermöge ungünstiger Lokalisation der Erscheinungen im weiteren Krankheitsverlauf.

Es versteht sich von selbst, daß zwischen diesen Kategorien bösartiger Syphilis, die in scharfen reinen Typen dargestellt sind, eine Menge Übergangs- und komplizierter Formen vorkommen.

Die Syphilis kann in gewissen Fällen eiterig-syphilitische Knoten geben, und zugleich Tendenz zu frühem Auftreten der gummösen Periode aufweisen. Andererseits können früh entstandene gummöse Neubildungen sich ungünstig lokalisieren — im Gehirn, in den Meningen, im Herzen, in der Leber etc. Auch umgekehrt, kann ein phagedänischer harter Schanker mit nachfolgender stürmischer Eruption eiterig-syphilitischer Knoten und ausgebreiteter Geschwürsbildung energischer Behandlung weichen; der erkrankte Organismus kann in bessere Lebensverhältnisse gelangen, und die drohend begonnene Krankheit kann verschwinden, ohne in die gummöse Periode überzugehen. Ebenso können mehr weniger rasch aufgetretene gummöse Bildungen sich erneuern und dabei Jahrzehnte lang seitens des Patienten keine Funktionsstörungen hervorrufen, indem sie in den Augen des Patienten Lokalfektionen bleiben und für ihn keinesfalls eine schwere oder maligne Erkrankung ausmachen.

Die Erklärung aller solcher sich gegenseitig komplizierenden, wie auch der Übergangsformen der schweren Syphilis, bietet gegenwärtig große Schwierigkeiten. Denn es sind sowohl die die gemischte Infektion begünstigenden Ursachen überhaupt ungenügend ermittelt, als auch diese Ansteckungsformen selbst wenig erforscht, und die Bedingungen, die frühes Auftreten der gummösen Krankheitsperiode veranlassen, nicht genug bekannt.

Es muß noch erwähnt werden, daß abgesehen von vorstehenden Ausführungen, die Syphilis durch die Beständigkeit ihrer Manifestationen eine schwere Erkrankung sein kann, ohne im geraden Sinn des Wortes böseartig zu sein. Die Schwere solcher Formen, oder richtiger ihre Hartnäckigkeit, ihre geringe Beeinflussungsfähigkeit durch die Therapie, der sozusagen schleppende Charakter der ganzen Krankheit äußert sich in beständigen Recidiven mit ungemein kurzen Zwischenräumen, in denen Patient von syphilitischen Symptomen frei ist. Die Krankheit zieht sich jahrelang und äußert sich ununterbrochen in Gestalt von Plaques am Rachen und in der Mundhöhle, oder von Papeln an den Handtellern, Beugeflächen der Finger etc. Ich verfüge über eine beträchtliche Menge von Beispielen, die zum Teil von meinem Assistenten Herrn Dr. TSCHISTJAKOW veröffentlicht sind, wo die Patienten noch im 8., 9. Jahre von Beginn der Syphilis, trotz vielfach wiederholter und langanhaltender Kurse von Quecksilber- und Jodbehandlung, jeden Frühling und Herbst Syphilis cornée an den Handtellern und Füßen bekommen.

Während die Ursachen, durch welche die sekundäre Periode der Syphilis auf Jahrzehnte in die Länge gezogen wird, oder die Bedingungen des frühen und raschen Auftretens gummöser Bildungen wenig erforscht sind, ist uns etwas besser bekannt, warum die Syphilis zuweilen, ohne in die gummöse Periode überzugehen, einen günstigen, leichten, sozusagen abortiven Verlauf nimmt: eine Primärsklerose, eine geringfügige Adenopathie, eine lange zweite Inkubation von 8, 12, 16 Wochen, darauf ein unbedeutendes makulöses Syphilid oder mehrere Plaques im Rachen und dann weiter keine Manifestationen der Krankheit.

Ein solcher Kranker läßt sich zuweilen sehr wenig behandeln — einige Wochen lang; manchmal läßt er sich auch gar nicht behandeln, weder mit Quecksilber, noch mit Jod. Indessen vergehen 10, 20, 30 Jahre ohne jegliche Recidive der Syphilis, er verheiratet sich und zeugt Kinder ohne hereditäre Syphilis oder stirbt und die Sektion erweist das Fehlen jeglicher Anzeichen oder Spuren von Syphilis. Zuweilen sind die Leute, die die Syphilis so leicht durchmachen, sehr schwach gebaute neuropathische Subjekte mit vielen Degenerationszeichen; sie leiden häufig an allen möglichen anderen Erkrankungen und widerstehen dabei der Syphilis besser, als ein beliebiger kräftiger und gesunder Mensch.

Ich habe über 30 Fälle solchen sozusagen abortiven Verlaufs der Syphilis gesammelt. In zweien derselben bekamen die Patienten von zweifellos syphilitischen Frauenzimmern charakteristische Primärsklerose mit indolenter Schwellung der Leistendrüsen. Es wurde ausschließlich lokale Behandlung angewendet. Die Primärgeschwüre verheilten, die Sklerosen und Adenopathien wurden resorbiert, und weiter hatten die

Kranken keine syphilitischen Erscheinungen. Beide stehen bis jetzt in meiner Beobachtung, einer 9 Jahre, der andere 14 Jahre.

In den meisten solcher Fälle hatten Vater oder Mutter der Erkrankten an Syphilis gelitten und ihren Nachkommen eine verhältnismäßige Unempfänglichkeit gegen die Infektion übertragen, ohne ihnen die Krankheit selbst in Gestalt wahrnehmbarer Manifestationen angeborener oder hereditärer Syphilis vererbt zu haben.

Allerdings bewirkt Syphilis des Vaters oder der Mutter bekanntlich durchaus nicht immer Unempfänglichkeit der Nachkommen. Auch bewahrt ein mit Unempfänglichkeit geborenes Kind diese Eigenschaft nicht immer im Laufe seines ganzen weiteren Lebens.

Der Grad einer solchen Unempfänglichkeit verändert sich anscheinend mit den Jahren, indem sie allmählich abnimmt und schliesslich ganz verschwindet; in manchen Fällen jedoch wird sie bewahrt. Wie viel mir bekannt, sind bis jetzt die Bedingungen der Entstehung und Dauer dieser Unempfänglichkeit als Folge elterlicher Syphilis nicht genau erforscht. Jedenfalls ist es zweifellos, daß auch, abgesehen von elterlicher Syphilis, andere uns gänzlich unbekannt Ursachen eine solche Unempfänglichkeit für syphilitische Infektion veranlassen oder Geringfügigkeit der Krankheitsmanifestation in gewissen Fällen bewirken.

Der früher erwähnte chronische Alkoholiker, welcher die Syphilis zweimal durchmachte, hatte einen Kameraden, dessen mir persönlich bekannte Eltern niemals syphilitisch waren. Dieser schwächliche, magere und kränkliche junge Mann betrank sich ebenfalls jeden Tag im Laufe vieler Jahre und führte dabei ein äußerst zügelloses wüstes Leben. Es gab kein öffentliches Haus oder geheimes Bordell in St. Petersburg, in welchem er nicht eine Nacht verbracht hätte. Er bekam vielmals Urethritis, wiederholte traumatische Beschädigungen der Geschlechtsteile, viermal weiche Schanker, aber er hat sich niemals die Syphilis angesteckt, obgleich er bezüglich der Ansteckungsgefahr in den nämlichen Verhältnissen war, wie sein Kamerad, der die Syphilis zweimal acquirierte.

Natürlich kann man eine solche vereinzelte Thatsache durch Zufall erklären; indessen kommen solche Zufälle viel häufiger vor, als es auf den ersten Blick scheint, und sie entgehen meistens der genauen Beobachtung. Allerdings giebt es Thatsachen, die man beständig beobachten kann, und die unzweifelhaft von dem Vorhandensein einer Unempfänglichkeit, unabhängig von elterlicher Syphilis, zeugen. Nämlich die jungen Mädchen und Weiber, die im Alter von 16, 17 Jahren zu der unter Aufsicht stehenden Prostitution gehen, werden bei uns, in St. Petersburg, zuvor ärztlicher Besichtigung unterzogen. Nur die für gesund Befundene werden in die Listen des polizei-ärztlichen Komitees eingetragen, die Kranken dagegen ins Kalinkinhospital befördert. Gewöhnlich werden die

anfänglich gesund Befundenen zu Ende des dritten Jahres syphilitisch infiziert, was bekanntlich mein tief betrauerter verstorbener Freund Dr. SPERK für St. Petersburg nachgewiesen hat.

Doch nicht alle werden infiziert. Die Infektion verschont solche Frauenzimmer, die die Syphilis vor ihrem Eintritt in die Prostitution, in der Kindheit zum Beispiel, bekommen haben; ferner solche, die Anzeichen hereditärer Syphilis besitzen, oder von mit Syphilis behafteten Eltern abstammen; und danach bleiben noch zwei, drei Frauenzimmer auf Tausend erkrankter Prostituirter zurück, bei denen es nicht gelingt, die Ursachen der Unempfänglichkeit zu ergründen.

Ihre Eltern haben nicht die Syphilis gehabt, sie selbst wurden — nach Angabe der Eltern — in der Kindheit nicht infiziert, sie hatten auch später niemals verdächtige Erscheinungen aufgewiesen, und im Laufe von 10, 20 Jahren kommen bei ihnen keine Äußerungen der Syphilis zum Vorschein, obgleich sie seit ihrem 15., 16. Jahre unter beständiger polizei-ärztlicher Aufsicht stehen.

Allerdings muß bei Weibern die Möglichkeit einer Immunität infolge von Ansteckung bei der Konzeption seitens eines Syphilitikers mit späterem Abort in Betracht gezogen werden. Es ist nicht immer möglich, zu erfahren, ob eine Prostituirte jemals abortiert hat. Doch auch durch diese Annahme lassen sich nicht alle Fälle von Immunität Prostituirter gegen die Syphilis erklären. Mir sind zur Konzeption unfähige Prostituirte mit atrophischem Uterus bekannt, die weder vererbte, noch in der Kindheit acquirierte Syphilis hatten, die von ganz gesunden Eltern abstammten, 10, 15 Jahre lang sich in Bordellen aufhielten, unter beständiger polizei-ärztlicher Aufsicht standen und niemals irgend welche syphilitische Erscheinungen aufwiesen.

Auf meine Veranlassung hat Dr. OBOSNENKO⁶ in einer soeben erschienenen Arbeit diesem Umstande besondere Beachtung zugewendet und mit größter Beweiskraft noch einmal die von mir aufgestellte Behauptung bestätigt, daß die Immunität eines gewissen Prozentsatzes der Prostituirten sich nicht durch die Annahme acquirirter oder hereditärer Syphilis derselben erklären läßt. Von den von Dr. OBOSNENKO untersuchten 5189 Prostituirten gab es 12 Frauenzimmer, die durchschnittlich seit ihrem 17. Jahre und nicht weniger als 15 Jahre hindurch unter Aufsicht des polizei-ärztlichen Komitees standen, dabei nicht weniger als 11 Jahre in öffentlichen Häusern, beständig und regelmäÙig zur Besichtigung erschienen, weder hereditäre noch früh erworbene Syphilis hatten, aus gesunden Familien stammten, niemals schwanger waren und abortierten, 15 bis

⁶ P. OBOSNENKO. *Die unter Aufsicht stehende Prostitution Petersburgs nach den Daten des polizei-ärztlichen Komitees und des Kalinkinhospitals.* St. Petersburg 1896. p. 61 ff. (russisch).

32 mal ins Kalinkinhospital wegen Urethritis, weicher Schanker, Traumen etc. befördert wurden, — und niemals, bei zweimal wöchentlich stattfindender ärztlicher Besichtigung syphilitische Erscheinungen aufgewiesen hatten.

Das Fehlen der Ansteckung bei Prostituierten, die 10, 15 Jahre in Bordellen verbracht haben, kann nicht durch einfache Zufälligkeit erklärt werden; besonders, da diese Zufälligkeit sich stets im selben Verhältnis wiederholt. Es läßt sich auch nicht durch besondere Festigkeit oder Unverwundbarkeit der Tegumente der Geschlechtsteile erklären, da solche Prostituierte wiederholt wegen weicher Schanker, traumatischer Abschürfungen, Rhagaden, Verschwürungen etc. ins Hospital geschafft wurden.

Es bleibt unentschieden, welchem Umstände solche Subjekte ihre Immunität verdanken. Da nun aber einmal eine derartige völlige Immunität besteht, muß auch eine Reihe von Abstufungen verminderter Empfänglichkeit mit Übergängen zur normalen bestehen, die sich in dem üblichen Verlauf der Krankheit äußert. Also müssen im Organismus selbst, unabhängig von Vererbung der Syphilis und Einwirkung der Behandlung, von uns noch gar nicht ergründete Bedingungen liegen, welche auf die Intensität der syphilitischen Manifestationen, die Schnelligkeit des Krankheitsverlaufes, die Zeit des Auftretens der gummösen Periode, eventuell völligen Ausschluß derselben u. s. w., Einfluß besitzen.

Indem wir hiermit das Gebiet des uns hinsichtlich der Gut- oder Bösartigkeit der Syphilis wenig oder gar nicht Bekannten verlassen, wollen wir noch daran erinnern, daß von dem Bekannten Quecksilber und Jod die mächtigste Wirksamkeit in der Bekämpfung der Intensität der Syphilis entfalten.

Eine möglichst frühe Verordnung der Quecksilberbehandlung trägt zweifellos am meisten dazu bei, den bösartigen Verlauf der Syphilis abzuschwächen und bei wiederholter methodischer Anwendung, Abwechslung mit dem Gebrauch von Jodpräparaten und günstigen Lebensverhältnissen kann der Kranke durch sie geheilt werden. Zum Schluß möchte ich auch einmal hervorheben, daß bei uns, im mittleren und nördlichen Gebiet des europäischen Rußlands, bei unseren Lebensverhältnissen, von allen von mir im Laufe vieler Jahre und an vielen Tausenden von Kranken geprüften Methoden, Quecksilber in den Organismus einzuführen, sich am meisten intramuskuläre Einspritzungen suspendierter Quecksilberpräparate — Kalomels, Sublimats und Salicylquecksilbers — bewährt haben. Ich ziehe das letztere in der Dosis 0,06 und 0,08 auf 1,0 olei vaselini für jede Einspritzung, zwei-, dreimal wöchentlich wiederholt, wegen der geringeren Schmerzhaftigkeit vor. Im Laufe der letzten 12 Jahre, seitdem ich vorzüglich diese Behandlungsmethode anwende, habe ich mehr Fälle neuer syphilitischer Infektion an früher mit Einspritzungen behandelten Subjekten, als in den vorhergehenden 25 Jahren, als ich Quecksilber

innerlich oder äußerlich als Friktionen verordnete. Dabei schwankte die Anzahl der von mir alljährlich behandelten und registrierten Kranken in dieser ganzen Zeit durchschnittlich wenig. Man kann es nur bedauern, daß die besagte Behandlungsmethode nicht immer anwendbar ist, und bei Leuten, die überhaupt Schmerzempfindungen nicht ohne Schaden vertragen, z. B. bei Nervösen, Schwangeren, Kindern, vermieden werden muß.

Auf Grund alles oben Mitgeteilten lassen sich folgende Thesen aufstellen:

1. Die Bestimmung der größeren oder geringeren Bösartigkeit der Syphilis muß auf der vergleichenden Abschätzung des Gesamtschadens beruhen, den das Leiden dem erkrankten Organismus zufügt. In diesem Sinne erlangt die Syphilis mehr weniger ungünstige Bedeutung in Abhängigkeit sowohl von der Form, als auch der Örtlichkeit der Krankheitsmanifestationen.

2. Hinsichtlich der Form der Manifestationen nimmt die Syphilis einen schweren und eigenartigen Verlauf infolge gleichzeitiger gemischter Ansteckung mit Syphilis und pyogenen Kokken (*Staphylococcia syphilitica*).

3. Wenn der *Staphylococcus pyogenes albus et aureus* zuweilen mit besonderer Art Stäbchen (*bacilli*) im Organismus einen günstigen Boden antrifft und sich darin zugleich mit dem Infektionsstoff der Syphilis entwickelt, so bewirkt er Phagedänismus in der Primäraffektion, Vereiterung in den zunächstliegenden Drüsen und darauffolgende Eruption eiterig-syphilitischer Knoten (*Ekthyma profundum*, rupieforme, *Impetigo profunda rodens*, *Rupia*). Letztere können zu gleicher Zeit mit einem Ausschlag rein syphilitischer Art, sekundärer Natur, wie erythematöse Flecken, trockene und nässende Papeln etc. auftreten.

4. Die Summierung der toxischen Wirkung bei gemischter Ansteckung verleiht dem ganzen Krankheitsbilde einen akuterer Charakter, besonders in den Anfangsperioden, mit Tendenz zu weiteren Recidiven in Gestalt eiterig-syphilitischer Knoten. Doch bedingt die gemischte Ansteckung nicht unabwendbar Übergang der Krankheit in die gummöse Periode, die viele Jahre nach der Infektion auftreten oder unter günstigen Umständen ganz ausbleiben kann.

5. Beimengung der Infektion mit pyogenen Kokken zur Syphilis kann auch im Verlauf der ganzen sekundären Periode stattfinden und manifestiert sich dann in der Bildung eiterig-syphilitischer Knoten in der Haut, die diese Kokken oder gleichzeitig die oben erwähnten Stäbchen enthalten.

6. Die besagten eiterig-syphilitischen Knoten können dank der Behandlung resorbiert werden oder bei ihrem Aufbruch sekundäre Geschwüre bilden, die die Fähigkeit bewahren, die Syphilis auf Gesunde zu über-

tragen. Durch diese Fähigkeit unterscheiden sie sich von gummösen Knoten und Geschwüren, die nicht mehr ansteckend sind. Außerdem werden die in eiterig-syphilitischen Knoten vor deren Aufbruch in großer Menge enthaltenen pyogenen Kokken in regelmäßig verlaufenden, erreichten, aber nicht aufgebrochenen gummösen Knoten vermischt.

7. In der tertiären Periode kommt Zugesehung eitererregender Kokken zu den syphilitischen Erscheinungen verhältnismäßig selten vor, wie z. B. bei phagedänischen Gummata.

8. Alle Bedingungen, die den von Syphilis befallenen Organismus rasch abschwächen, begünstigen dessen Infektion mit pyogenen Kokken; so z. B. Trunksucht, Diabetes, akute Infektionskrankheiten, physische Anzehrung, gemüthliche Depression und Übermüdung.

9. Abgesehen von gemischter, eiterig-syphilitischer Ansteckung kann die Syphilis auch in reiner Gestalt, ohne Beimengung anderer Infektionsstoffe, einen bösartigen Verlauf nehmen. Die schweren Krankheitsformen bestehen in solchen Fällen hauptsächlich in rascher und starker Affektion der Gefäße am Ort der Primärsklerose, wodurch häufig Gangrän bewirkt wird (*Ulcus syphiliticum gangraenosum*). Der weitere Verlauf ist durch baldiges Auftreten der gummösen Periode charakterisiert, die sich zuweilen mit Übersprungung aller sekundären Erscheinungen oder gleichzeitig mit letzteren im ersten oder zweiten Krankheitsjahr entwickelt.

10. Die Ursachen, die raschen, zuweilen unaufhaltsamen Übertritte der Syphilis in die gummöse Periode veranlassen, sind am wenigsten bekannt. Mangel einer Quecksilber- oder Jodbehandlung kann nicht als Hauptgrund gelten. Im mittleren und nördlichen Rußland bewirken chronische Malariaformen am bemerkbarsten rasches Auftreten der gummösen Periode.

11. Der Ort, an welchem sich die konsekutiven Formen der Syphilis manifestieren, besitzen eine ebenso wesentliche Bedeutung in dem Grade des von der Krankheit dem Organismus zugefügten Schadens. Eine der Zeit nach frühe und hinsichtlich der pathologisch-anatomischen Veränderungen leichte Syphilis kann für den Kranken durch ihre Lokalisation schwer oder fatal werden. Ebenfalls durch ihre Lokalisation kann eine tardive, hinsichtlich ihrer Äußerungsform schwere gummöse Syphilis bezüglich des allgemeinen Gesundheitszustandes des Kranken leicht gutartig verlaufen.

12. Die Lokalisation der Syphilis hängt am meisten von dem Grad und der Dauer der Reizung eines bestimmten Körperteils ab; außerdem von der Steigerung der Funktionsthätigkeit und von angeborener oder vererbter Disposition gewisser Organe oder Gewebe zu Erkrankungen.

13. Alle drei geschilderten Typen der Syphilis maligna, nämlich die gemischte eiterig-syphilitische Ansteckung (*Staphylococcia syphilitica*), das baldige Auftreten der gummösen Periode und die ungünstige Lokalisation

können sich gegenseitig komplizieren, und es giebt Übergangsformen zwischen ihnen und Abweichungen von den geschilderten Typen. Dadurch können auferst mannigfaltige klinische Bilder der malignen Syphilis entstehen.

14. Leichte, in die gummöse Periode nicht übergehende und abortive, auf die Primäraffektion allein beschränkte Syphilisformen, sowohl als völlige Immunität gegen die Syphilis, gelangen vorzüglich an solchen Leuten zur Beobachtung, deren Eltern an Syphilis gelitten hatten. Doch kann man durch elterliche Syphilis nicht alle Fälle abgeschwächter Empfänglichkeit oder völliger Immunität gegen syphilitische Infektion erklären.

15. Eine von den ersten Tagen der Äußerung der Infektion angefangene und im Laufe zweier, dreier Jahre systematisch zu wiederholende Quecksilberbehandlung ist das wirksamste von den uns bekannten Mitteln zur Abschwächung aller schweren und bösartigen Syphilisformen und zur Heilung des Kranken. Nach der spezifischen Behandlung ist eine der wesentlichsten Bedingungen erfolgreicher Bekämpfung der bösartigen Syphilis, besonders bei raschem Auftreten gummöser Formen, ein gleichmäßiges, warmes Klima.

16. Von allen Gebrauchsarten des Quecksilbers erreichen die schnellste und anhaltendste Wirkung intramuskuläre Einspritzungen suspendierter Quecksilberpräparate, und zwar Kalomels, Sublimats und Salicylquecksilbers; ich ziehe letzteres vor, kraft der von ihm bei Einspritzung hervorgerufenen geringeren Schmerzhaftigkeit.

Sachzeitschriften.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1896. Heft III.

Das Syphilom der männlichen Harnröhrenmündung und seine Spätfolgen bezüglich der Striktur, von CASOLI. In den zehn mitgetheilten Fällen war der Sitz und die Ausdehnung der Affektion eine etwas verschiedene, indem bald die ganze Umgebung des Meatus in Form eines Ringes, bald nur ein Teil derselben, bald die Fossa navicularis befallen war; zuweilen bestand eine diffuse Induration des Meatus ohne weitere Veränderung oder ein einzelner erhabener Knoten. In den weitaus meisten Fällen kommt es zur Ulceration, deren Folge eine Narbe und meist eine Verengung oder Stenose der Urethralmündung sein wird. Die Behandlung bezweckte denn auch die Verhinderung einer solchen Stenose, und zwar mittelst Dilatation oder bei ungenügendem Erfolge derselben mittelst Incision. Bei der Behandlung des Ulcus hat

sich dem Verfasser außer wiederholten Waschungen mit 1‰ Sublimatlösung an meisten bewährt das Jodol (mit Colomel \equiv) als Streupulver.

Über die Thermotheapie der Blennorrhoe, von CALLARI. Gestützt auf die Thatsache, daß der Gonococcus bei einer Temperatur von 45° C. seine Entwicklungsfähigkeit verliert, behandelt Verfasser 20 Gonorrhoeen mit Irrigationen von heissem Wasser von 41—45° C., welche nur in drei Fällen erfolglos blieben. Er bediente sich dabei eines Enterocolysoirs, an den eine MAJOCCHIOsche Kanüle adaptiert wurde. Dauer der Irrigationen (nach vorheriger Cocainisierung der Urethral Schleimhaut mit 6‰ Lösung) im Maximum 10 Minuten.

PHILIPPSON und FILET beschreiben ausführlich einen Fall von Pemphigus vegetans (NEUMANN) oder Condylomatosis pemphigoides (TOMMASOLI). Es handelte sich um eine 46jährige Frau, welche nach einer 1½jährigen Krankheitsdauer an einer intercurrierenden Pneumonie starb. Der Fall wurde von den Verfassern auch histologisch genau untersucht. Mikroorganismen wurden in den Bläschen und Blasen nicht vorgefunden; im Eiter der Pusteln und der Gewebe hingegen beobachteten sie konstant Diplokokken, welche den Gonokokken sehr ähnlich waren. Bezüglich der Ätiologie des Falles ließen sich weder aus der mikroskopischen Untersuchung, noch aus dem Sektionsbefunde an inneren Organen Schlüsse ziehen. (Die Verfasser scheinen vollständig eine Arbeit zu ignorieren, welche seiner Zeit im Bd. XI. Heft 10 dieser Zeitschrift erschienen und zwei typische Fälle von Pemphigus vegetans beschreibt. Der Ref.)

Beitrag zum Studium der Übertragbarkeit des Epithelioma contagiosum, von DILBERTO. Verfasser inokulierte auf 6 Patienten (1 Frau und 5 Kinder) Material vom Epitheliomgewebe, und zwar wählte er hierzu die Haut der Stirn, speziell die Supra-Orbitalgegend. Die Frau entzog sich der weiteren Beobachtung durch den bald erfolgten Tod. Bei 4 Kindern fielen die Inokulationen negativ aus; beim fünften aber positiv, und zwar in der Weise, daß auf der Stirn drei Epitheliomknötchen erschienen, jedoch nicht genau an den Stellen, wo die Inokulationen vorgenommen worden waren, sondern mehrere Centimeter von denselben entfernt.

Die allgemeine Diagnose der Hautkrankheiten gegründet auf pathologische Anatomie, von PHILIPPSON und TÖRÖK. (Siehe Ref. in dieser Zeitschrift Bd. XXII, Heft 8.)
C. Müller-Wallisellen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 6.

I. **Über die Cystocoele inguinalis**, von LEBERT. Das Thema ist nach jeder Richtung hin in vorliegender Arbeit gründlich bearbeitet; diese selbst stellt in ihrer Ausführlichkeit (etwa 80 Seiten) eine Monographie dar, welche zweckmäßigerweise nur im Original zu studieren ist. Die am Schlusse beigegebene Tafel berichtet kurz über 67 Fälle, die größtenteils aus der Litteratur zusammengestellt wurden.

II. **Totale Entmannung wegen Krebs des Penis**, von LEGUEN. Der Fall ist in mancher Beziehung von Interesse. Bei einem 75 Jahre alten Manne hatte sich angeblich im Verlaufe von zehn Monaten auf der Eichel, unter der Vorhaut, eine Geschwulst entwickelt, welche mit Rücksicht auf ihr Wachstum, Aussehen, die von ihr bewirkten Zerstörungen, die Härte in der Harnröhre als Epitheliom diagnostiziert werden mußte. Die Härte erstreckte sich längs der Harnröhre von vorn einige Zentimeter nach rückwärts, außerdem war hinter dem Hodensack in der Harnröhre ein einzelner, sehr harter, scharf begrenzter Knoten zu fühlen, der nur der Neubildung angehören konnte.

In beiden Leisten waren die Drüsen anscheinend mitbeteiligt, sie erscheinen nicht dick, aber beiderseits fühlt man sie als Perlschnur, im Umfange vergrößert, obwohl noch beweglich.

Die Prostata ist sehr umfangreich, verursacht jedoch keine Beschwerden; sie ist sehr lang und breit, der Finger erreicht kaum die obere Grenze.

Mit Rücksicht auf die großen Schmerzen des Kranken wurde operativ vorgegangen und zwar wegen der anscheinend weit vorgeschrittenen Ausdehnung der Neubildung die völlige Entmannung — Entfernung der Hoden und des Penis — vollzogen.

Der Wundverlauf wurde durch Jodoformvergiftung beeinträchtigt, doch überstand der Kranke diesen Zufall; die Wunden selbst heilten rasch.

Etwa sieben Wochen nach der Operation war das Gesamtbefinden sehr befriedigend, der Patient hatte an Fett zugenommen, die Drüsen waren verschwunden. Die Prostata zeigte sich wesentlich verkleinert; unbestreitbar hat die Kastration einen Schwund der Drüse bewirkt.

Die histologische Untersuchung des Entfernten ergab Pflasterepitheliom.

Zehn Monate nach der Operation war das Befinden gleich befriedigend, ein Recidiv noch nicht nachweisbar.

1896. No. 7.

I. Leukoplakie und Kankroïd im Harnapparat, von HALLÉ. Diese sehr ausführliche (96 Seiten zählende) Arbeit stellt eine beachtenswerte Monographie dar welche die französische und sonstige Litteratur über das Thema sorgfältig berücksichtigt, eigene Erfahrungen sind mit verwertet, ein Teil der Krankengeschichten sehr genau wiedergegeben. Drei Tafeln mit histologischen Zeichnungen dienen zur Erläuterung.

Fasst man das Resultat der Arbeit kurz zusammen, so ergeben sich folgende übersichtlichen Schlüsse:

1. Die chronische Entzündung, und zwar sowohl die einfache, als die durch Steine hervorgerufene, kann in der Schleimhaut des Harnapparates eine krankhafte epitheliale Umbildung erzeugen: die normale Schleimhautdecke verwandelt sich in ein geschichtetes Pflasterepithel mit epidermidalem Charakter; diese Veränderung ist regelmäßig von einer Verhärtung der Schleimhaut begleitet: das ist die Leukoplakie der Harnorgane.

2. In gewissen Fällen kann diese Leukoplakie der Ausgangspunkt werden für die Entwicklung einer Neubildung, nämlich des gelappten Pflasterepithelioms mit epidermidalem Charakter: das Kankroïd.

3. Bei diesen beiden Reihen von krankhaften Veränderungen kann man auf allen Punkten der Schleimhaut des Harnapparates, welchen embryologischen Ursprung sie auch haben, diejenigen Zelleneigentümlichkeiten wahrnehmen, welche man als spezifisch für die Funktionen des äußeren Keimblattes betrachtet.

II. Chemische Untersuchungen über den eiterigen Harn, von LEIDRÉ. Der erste Abschnitt der Arbeit beschäftigt sich mit den Eigentümlichkeiten resp. Reaktionen der zwei Körper, welche bis jetzt Pyin und Mucin genannt wurden. Der Verfasser fand: das, was man Pyin genannt hat, ist ein Alkali-Albumin; das Mucin des ammoniakalischen eiterigen Harns ist ein Nucleo-Albuminoïd oder Nucleo-Albumin. Das, was man manchmal Mucin des sauren Urins nannte und vom Schleim (mucus) der Blase abstammen liefs, ist eine Mischung, in welcher ein Globulin vorherrscht, welches sich unter dem Einflusse der Säure des Harns niedergeschlagen hat.

Der zweite Abschnitt enthält eine Studie über das Nucleo-Albumin derjenigen eiterigen Urins, welcher die ammoniakalische Gärung durchgemacht hat. Da diese Studie noch nicht nach allen Richtungen abgeschlossen erscheint, kann auf das Einzelne hier nicht eingegangen werden.

1896. No. 8.

I. Ätiologie und Pathogenese der akuten Hoden-Nebenhoden-Entzündungen und besonders derjenigen Hoden-Nebenhoden-Entzündungen, welche urethralen, aber nicht blennorrhoidischen Ursprungs sind, von MACAIGNE und VANVERTS. Nach Ansicht der Verfasser giebt es drei Gruppen von akuter Hoden-Nebenhodenentzündung, wie es maßgebende Autoren schon angaben, aber diese Gruppen sind von ungleicher Wichtigkeit. Die wahren traumatischen Orchi-Epididymitiden und die nach Allgemeininfektion oder bei krankhafter Diathese entstehenden seien viel weniger zahlreich als diejenigen, welche bei urethraler Ansteckung erfolgen. Bei sorgfältiger Prüfung der Thatsachen stelle sich heraus, daß viele Orchi-Epididymitiden mit Unrecht den beiden ersten Gruppen zugezählt würden, vielmehr in der dritten Gruppe unterzubringen seien.

Die beiden ersten Gruppen umfassen hauptsächlich, vielleicht ausschließlich, wahre Hodenentzündungen, während in der dritten Gruppe wahrscheinlich nur Entzündungen des Nebenhodens Platz zu nehmen haben, vorausgesetzt, daß man die wichtigste krankhafte Veränderung berücksichtigt.

Die Gruppe der Orchitiden oder vielmehr der Epididymitiden urethralen Ursprungs umfasse die durch wirklichen Tripper entstandenen Nebenhodenentzündungen und auch diejenigen, welche auf Urethritiden folgen, die nicht durch Gonokokken hervorgerufen wurden. Die Häufigkeit gerade dieser letzteren Form sei noch unbekannt, da ihre Schilderung noch nicht lange bestehe. Aber sicher bilde diese Form einen Teil der mit Unrecht stets blennorrhoidisch genannten Epididymitiden.

Es sei wahrscheinlich, daß die verschiedenartigen pathogenen Bakterien der Harnröhrenentzündungen fähig wären, nachfolgende Nebenhodenentzündungen zu verursachen. Jedoch kann das Mikrobion der Urethritis nicht das der folgenden Epididymitis sein, da diese in solchen Fällen durch einen Saprophyten der Harnröhre hervorgerufen wird, welcher erst unter der Einwirkung der Urethritis virulent wurde. ERAUD und HUGOUNENCQ hätten dies für die Epididymitis blennorrhoeica nachgewiesen.

II. Die Rolle der Littréschen Drüsen in der chronischen Harnröhrenentzündung, von KEERSMÄCKER. Die Arbeit enthält nichts Neues, sondern hält sich im wesentlichen an die Arbeiten von OBERLÄNDER und NEELSEN, FINGER, WASSERMAN und HALLÉ, ist aber doch lesenswert, weil das Verhalten der Littréschen Drüsen und der Krypten anatomisch und endoskopisch bündig und gut geschildert ist.

Am Eingange der Arbeit macht der Verfasser darauf aufmerksam, wie schwierig manchmal sich die Diagnose der chronischen Urethritis gestalte. Sekret und Fäden könnten fehlen, die Untersuchungen mittelst Sonden, Auswaschungen, Palpationen ein negatives Resultat ergeben, und dennoch kann Urethritis vorhanden sein. Das seien jene rebellischen Fälle, in denen nicht mehr ein gleichmäßiger Prozeß in einer gewissen Ausdehnung der Harnröhre bestehe, sondern in denen die Krankheit in den Littréschen Drüsen und in den Krypten und deren unmittelbarer Umgebung sich eingenistet habe. Und dann könne nur das Endoskop Aufschluß geben, am besten das Instrument nach NITZE-OBERLÄNDER. Der krankhafte Vorgang besteht darin, daß ein kleinzelliges Infiltrat hauptsächlich die Drüsen und Krypten und ihre Ausführungsgänge befällt. Dieses Infiltrat verdichtet sich allmählich und drückt auf die Kapillaren, nach und nach wird es kugelförmig- und spindelförmig, dann Bindegewebe, schließlich hemmt es die Blutzirkulation. Die Elasticität und

Ausdehnbarkeit des Kanals vermindert sich steigend, das Ende ist die Striktur, wenn die Behandlung nicht dazwischentritt. Die einzelnen Stadien sind endoskopisch genau geschildert, der Hauptsache entsprechend den OBERLÄNDERSCHEN Befunden. Auch in der Therapie (Dilatation) scheint der Verfasser den Grundsätzen OBERLÄNDERSCHEN zu folgen.

III. Über einige Fälle von Blutungen aus der Harnröhre, von POUSSON. Nach der Ansicht des Verfassers seien Blutungen aus der Harnröhre außerhalb des Harnaktes, von traumatischen abgesehen, selten. So habe er in zehn Jahren nur vier Harnröhrenblutungen von einiger Bedeutung gesehen.

Darunter befinden sich zwei Fälle, in denen am sechsten oder am achten Tage nach einer von geschickter Hand regelrecht und anstandslos ausgeführten Urethrotomia interna ohne jede reizende Ursache spontan die Harnröhrenblutung auftrat. Freilich war bei einem der Operierten die untere Wand urethrotomiert worden, entgegen dem Rats GUYONS, welcher aus vielen Gründen stets die obere Wand excidiert haben will. Jedoch standen diese Blutungen, deren Ätiologie dunkel blieb, nach etlichen Tagen Dauer unter der Anwendung von Eis auf den Damm und Kaltwassereinspritzungen in die Harnröhre.

In einem dritten Falle erfolgte der Blutausfluss bei einem schon früher urethrotomierten Kranken auf eine Sitzung, in welcher dilatiert worden war. Merkwürdigerweise hatte er die drei früheren Dilatationen mittelst No. 17, 18, 19 ohne jegliche Schwierigkeit und ohne die geringste Blutung überstanden. Aber es stellte sich heraus, daß Hämophilie vorlag. Übrigens seien Harnröhrenblutungen bei Blutern nicht so häufig, wie Blutungen aus anderen Schleimhäuten. Auch in diesem Falle war bald Stillung des Blutes erreicht.

Am auffälligsten ist der vierte Fall. Hier traten die Harnröhrenblutungen nur nachts ein, spontan, bei einem 28jährigen Manne mit unbedeutender urethraler Vergangenheit (wahrscheinlich gonokokkenfreie Urethritis von kurzer Dauer). Diese Blutungen verschwanden unter örtlicher Behandlung (Arg. nitr. Instillationen), welche sich gegen eine unbedeutende krankhafte Veränderung gerichtet hatte und unter allgemeiner Medikation, welche die Anämie und die lymphatische Konstitution des Kranken bekämpfen sollte. Die obengenannte örtliche Anomalie wurde endoskopisch im hinteren Teile der Pars perinealis urethrae gefunden und bestand in einer kleinen, mehr rechtsseitig aufgetretenen, fast blassen Vorwölbung.

POUSSON nimmt nun an: Unter dem Einflusse der während des Schlags verlangsamten allgemeinen Blutzirkulation einerseits und andererseits der bei voller Blase im Penis gewöhnlich auftretenden lokalen Kongestion hätte sich um den polypenartigen Auswuchs ein Blutzufuß ergeben, der fähig war, junge Gefäße zu zerreißen; das schon konstitutionell veränderte Blut hätte sich dann in größerer Menge durch die Harnröhre Abfluß gesucht. Für diese Erklärung spräche auch der günstige Effekt der örtlichen und allgemeinen Behandlung.

IV. Urethritis ohne Gonokokken, von PICARD. Ein kräftiger 18jähriger Mann verspürt fünf Tage nach seinem ersten Coitus einen Ausfluß. Dieser ist schmerzlos, erscheint 6—7 Mal am Tage unter der Form eines eiterigen Tropfens, ist reichlich, leicht gelb gefärbt.

Der Ausfluß, gleich anfangs, dann jeden zweiten bis dritten Tag untersucht, ergibt nur Eiterkörperchen, niemals Bakterien.

Die drei Wochen lang mit internen Mitteln geübte Behandlung bleibt wirkungslos, dagegen bringen zweimal täglich ausgeführte Spülungen mit Kalium permanganicum 0,5:1000 nach acht Tagen volle und bleibende Heilung. Der Fall ist also dadurch

interessant, daß nach dem ersten Coitus vier Wochen lang Eiter sich zeigt, der niemals eine Spur von Gonokokken nachweisen liefs.

Kulturen wurden nicht angelegt, dagegen auch nach GRAM entfärbt, stets mit negativem Erfolge. *Neuhaus-München.*

Mitteilungen aus der Literatur.

Syphilis.

Pathognomonische Zeichen der kongenitalen Lues, von P. SILEX. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 7 u. 8.) Die Schwierigkeit, das Vorhandensein einer kongenitalen Lues, zumal bei älteren Kindern, festzustellen, ist oft keine geringe. In dieser Richtung sind die ophthalmologischen Beobachtungen von Wichtigkeit. Alle Teile des Auges, mit Ausnahme der Linse, können erkrankt befunden werden. Die Keratitis interstitialis ist nach den Beobachtungen in der SCHWEIGGERSchen Klinik in 83% der Fälle auf Lues zurückzuführen; sie kommt auch kongenital vor. Ferner könnenluetischen Ursprungs sein Episkleritis, Iritis etc., vor allem aber Chorioretinitis und Sehnervenleiden, die häufiger vorkommen, als man annimmt. Die Entzündungen und Atrophien der Sehnerven bieten nichts Besonderes; die Chorioretinitis ist meist eine Chorioiditis disseminata. Dagegen ist nach dem Verfasser eine Form von Chorioiditis vorhanden, die für kongenitale Lues pathognomonisch ist, das ist die Chorioiditis areolaris, deren Bild, wie es der Verfasser schildert und zeichnet, schwarze Flecken und Punkte, hie und da mit weissen Stellen, und grofse weisse Schollen mit schwarzem Saum in der Chorioidea zeigt.

Verfasser bespricht dann die viel umstrittene Bedeutung der Zahndeformationen für die Diagnose der kongenitalen Lues. Er meint, daß viele vorkommen, die den Verdacht auf Lues nicht rechtfertigen, eine aber hält für pathognomon. Es kennzeichnet sich diese durch eine einzige zentrale Ausnagung, von der Kaufläche beginnend und sich bogenförmig nach oben erstreckend, mit Verlust des Schmelzes an den inneren oberen Schneidezähnen. Die Zähne sind weißlichgrau, beim Übergang ins Zahnfleisch schmutzig graugrün, meist längsgestreift, zuweilen von nur mit der Lupe erkennbaren Querstreifen durchbrochen.

Schließlich erörtert Verfasser die für Lues etwa charakteristischen Veränderungen der Haut und berücksichtigt dabei vornehmlich die strichförmigen Narben um den Mund herum, die von LESSER und KRISOWSKI, nicht von FOURNIER, als sichere Zeichen von Lues angesehen werden. Der Verfasser stellt sich auf den Standpunkt, daß einzelne Narben an den Mundwinkeln und Lippen sehr verdächtig sind; findet sich ein Kranz von Narben, resp. Pseudonarben, nur an den Lippen, so liegt fast sicher Syphilis vor. Die Ausbreitung der Furchen im Gesicht und am Kinn ist ein pathognomonisches Zeichen. Verfasser bezeichnet die Furchen als Pseudonarben, weil er bei mikroskopischer Untersuchung fand, daß die Haut an diesen Stellen absolut kein Narbengewebe histologisch darstellte.

Verfasser betrachtet also als pathognomonische Zeichen kongenitaler Lues: 1. die Chorioiditis areolaris; 2. die oben geschilderte Anomalie der oberen Schneidezähne; 3. die Lippen- und Gesichtsnarben.

In der Diskussion, welche sich an diesen Vortrag in der Berliner medizinischen Gesellschaft knüpfte, betonte zunächst BUSCH, daß die Zahnveränderungen nur ein

unterstützendes Moment für die Diagnose bilden können. Solche typische Erosion findet man auch sonst häufig. Sie befällt stets die Zähne gruppenweise und zwar immer diejenigen Zahngruppen, welche sich am frühesten in der Tiefe des Kiefers bilden, da gerade in den ersten Lebensjahren am häufigsten allgemeine Ernährungsstörungen vorkommen.

BLASCHKO erkennt die Bedeutung strahliger, radiärer Narben um den Mund für die Diagnose an; anders gestaltete Narben kommen auch nach Pocken, skrophulösen Ekzemen etc. vor. Dafs es wirklich Narben sind, das erkennt man oft daraus, dafs sie sich als weifse Linien auf den roten Lippensaum fortsetzen. Wo man diese Narben findet, kann man von einer Lues hereditaria tarda nicht sprechen, da dieselben Zeichen früher bestandener ulceröser Prozesse sind. Betreffs der Zahnveränderungen acceptiert BLASCHKO auch die Ansicht von SILEX. Dieselben sind nicht nur beim bleibenden Gebifs, wie HUTCHINSON meint, sondern auch beim Milchgebifs zu finden. Sie sind nicht auf eine Stomatitis zurückzuführen (HUTCHINSON), sondern auf die durch allgemeine, intrauterine Intoxikation bewirkte Störung in den Zahnanlagen, die ja auch für die bleibenden Zähne sich schon intrauterin bilden. Die Keratitis parenchymatosa beruht meist auf Syphilis, oft auf Skrophulose, zuweilen auf anderen Ursachen. So habe er jetzt eine solche bei einer 18jährigen Patientin mit Urticaria hämorrhagica gesehen, wo sich eine Hämorrhagie am Cornealrand, ein Exsudat mit Hämorrhagie in der Retina anschlossen. Eins der geschilderten Symptome allein ist nicht entscheidend für die Diagnose der kongenitalen Lues; man kann erst aus der Anamnese und aus dem Zusammentreffen mehrerer Symptome die Diagnose stellen.

G. LEWIN giebt einen historisch-litterarischen Überblick über die Zahndeformitäten, die er nicht als absolut sicheres Kriterium kongenitaler Lues ansehen kann, wenn er sie auch als wertvolles Symptom betrachtet, das zu weiterer Nachforschung auffordert. Die lineären Falten um den Mund der Kinder sind keine Narben, denn man hat nie entsprechende Ulcerationen gesehen. Sie entstehen durch Zerrung bei wenig entwickeltem Panniculus adiposus und können bei allen atrophischen Kindern sich bilden. Auch die Keratitis parenchymatosa ist nur mit Vorsicht aufzunehmen. Ein wertvolles Symptom ist die glatte Atrophie des Zungengrundes, die auch bei kongenitaler Syphilis vorhanden ist.

HIRSCHBERG hat die Bedeutung der Narben am Munde schon früher erkannt. Die Mißverständnisse über HUTCHINSONS Anschauungen beruhen zum Teil auf mangelhaften Übersetzungen. Die Zahnveränderung hält er für kennzeichnend. Die Zähne kommen mit der Veränderung hervor, deshalb ist der Ausdruck Erosion nicht passend. Er hat die Difformität bei 12% derluetischen Kinder gefunden. Die Zahl würde bei längerer Beobachtung der Kinder, die noch nicht alle ihre bleibenden Zähne haben, noch zunehmen. Bei nichtluetischen hat er diese Difformität noch nie gesehen. Dieluetische Hornhautentzündung ist mit der skrophulösen nicht zu verwechseln, letztere ist eine oberflächliche, und das ist noch nach der Heilung an den Blutgefäfsen zu erkennen. Wichtig ist die häufige, fast regelmäfsige Beteiligung der Regenbogenhaut und Aderhaut. Die charakteristische Hornhautentzündung beruht stets auf angeborener Lues. Bei erworbener Syphilis kommt, wenn auch selten, eine diffuse Keratitis vor. Der Keratitis bei kongenitaler Lues sind stets andere Erscheinungen vorausgegangen. Oft besteht auf dem scheinbar gesunden Auge Netz- oder Aderhautentzündung, die schon im 5.—20. Monate gefunden ist. Das ist alles wichtig für die Lehre von der Syphilis hereditaria tarda.

KÖBNER: Von SILEX ist gegenüber der viel angefochtenen HUTCHINSONSchen Trias eine neue Trias aufgestellt worden. Betreffs der Zahnveränderungen schliesft

er sich ganz den Anschauungen HIRSCHBERGS an. Die Bedeutung der Keratitis hat letzterer ja sehr rehabilitiert. Von MAUTHNER ist eine Keratitis punctata als charakteristisch angesehen, die aber vom Redner auch einmal auf skrophulöser Basis beobachtet ist. Der pathognomonische Wert, den SILEX der Chorioiditis areolaris beilegt, die doch der Chorioiditis disseminata sehr ähnlich ist, wäre vielleicht auch anzuzweifeln; sie wäre wohl ebenso wie die letztere nur syphilitischverdächtig. Redner weist dann auf andere Zeichen hereditärer Lues hin, welche von der Haut und den Knochen gegeben werden, so den sog. Lupus syphiliticus, der besonders an den Oberschenkeln und den Nates große, serpiginöse fortschreitende Infiltrationen bildet. Seine Abgrenzung als Syphilis cutanea nodosa conferta gegenüber dem Lupus vulgaris ist bakteriologisch-mikroskopisch leicht zu führen. Ferner kommen in Frage Hyperostosen am Schädel und an den langen Röhrenknochen, besonders der Tibia (Säbelklingenbeine), sowie die Geschwüre und Perforationen in der Mundrachenhöhle. Zum Schluss weist der Redner auf die hohe Zahl der von den Vorrednern beobachteten Fälle von hereditärer Lues hin.

BRANDT betont unter Vorstellung von Fällen, daß die Zahnveränderungen nur ein unterstützendes Moment für die Diagnose seien.

HIRSCHBERG betont, daß er die sog. Chorioiditis areolaris disseminata serpiginosa wiederholt als Folge der Lues congenita beobachtet hat.

SILEX hält in seinem Schlusswort an der pathognomonischen Bedeutung der drei Erscheinungen fest. Aus jedem einzelnen kann man die Diagnose stellen. Betreffs der Zähne ist festzuhalten, daß nur die geschilderte Veränderung der beiden mittleren oberen Schneidezähne die Bedeutung hat; diese hat Redner aber in acht bis zehn Jahren niemals bei einem nichtluetischen Patienten gefunden. Ebenso verhält es sich mit den Falten um den Mund, wenn diese radiär von dem Lippensaum auf das Gesicht weiter ausstrahlen. Die von BLASCHKO erwähnten weißen Narben auf der Lippe sind nicht pathognomonisch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die tertiär-syphilitischen Erscheinungen im Larynx und die Larynxstenose, von MARCHAL. (*Presse méd. belge* 1896. No. 10). Während die Patienten durch die sekundären Erscheinungen der Lues (Katarrh, Plaques muqueuses) nur geringgradige Belästigung verspüren, können die tertiären Läsionen durch hochgradige Stenose lebensgefährlich werden. Zu den tertiären Veränderungen gehört die Infiltration, das Gumma und die Perichondritis, welche zu Ulcerationen führen, die selbst wieder Narbenbildungen, Lähmungen und Stenoseverursachen. *C. Müller-Walkisellen.*

Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung, von J. NEUMANN. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 1—3.) Daß es eine tertiäre Syphilis gibt, nicht das Quecksilber die Ursache der Späterscheinungen ist, wie von FALLOPPA bis auf die Gegenwart viele behaupteten, ist jetzt zweifellos bewiesen. Sicher ist nicht die Behandlungsmethode allein der entscheidende Faktor für das Auftreten der tertiären Syphilis, deren Produkte übrigens auch infektiös sein können. Die Anlage zu tertiären Erscheinungen ist gegeben in der Persistenzluetischer Produkte lange nach dem Schwunde der äußerlich wahrnehmbaren Syphilisercheinungen. Für die Entwicklung dieser Anlagen sind zahlreiche Momente maßgebend: erstens Reize aller Art. Das zeigt am deutlichsten der Respirationstractus, wo dieluetischen Erscheinungen abnehmen von oben nach abwärts. An den Verdauungsorganen, am Auge, am Knochen erkranken die am häufigsten durch Reize getroffenen oder funktionelle Überanstrengung mitgenommenen Teile. Das zeigt auch die große Zahl von Erkrankungen des Gehirns bei geistig angestregten Syphilitikern. Außer den Reizen sind von Wichtigkeit die individuelle Beschaffenheit des Menschen: sein Ernährungszustand, konstitutionelle Anomalien, Alkoholismus etc., dann die Lebensbedingungen, die klima-

tischen Verhältnisse. Frequenz und Intensität sind umgekehrt proportional der kulturellen Entwicklung des Volkes, große Zentren, Weltstädte ausgenommen. Die Malignität der Syphilis bei kulturell wenig entwickelten Völkern hängt zum größten Teile zusammen mit der mangelhaften oder ganz fehlenden antisypilitischen Behandlung. Bei den Kulturstaaten ist der Charakter der Syphilis überall der gleiche.

Betreffs der Abnahme der tertiären Syphilis mit ihrem Alter hat NEUMANN aus seinen Zahlen folgendes geschlossen. Die größte Frequenzziffer der tertiären Syphilis fällt auf das dritte Jahr und nimmt dann, wenn auch nicht gleichmäßig, ab. Am häufigsten sind ergriffen: Haut, Mund- und Rachenschleimhaut, Knochen, Nase. Bemerkenswert sind die vier bis sechs Jahre nach der Infektion bei Prostituierten häufig gefundenen, erbsen- bis bohnen großen, braunroten, derben, umschriebenen, teils überhäuteten, teils erodierten Infiltrate am Rande der kleinen Labien.

Von allen Fällen waren 73% vorher nicht behandelt, und diese nicht behandelten wiesen viel schwerere Formen tertiärer Syphilis auf, als die behandelten, wenn letztere auch nicht ganz frei von solchen waren. Der Einfluss mangelhafter Behandlung ist sicher statistisch erwiesen, was der Verfasser an den Zahlen FOURNIERS, NEISSERS, HASLUNDS erläutert. Von den trotz ausreichender Behandlung an schwerer tertiärer Syphilis Erkrankten waren nach HASLUND viele Alkoholisten oder lebten im größten Elend. Aus den Zahlen geht sicher die Verwerflichkeit der indifferenten Behandlung hervor. Die Präventivbehandlung verwirft der Verfasser aus den bekannten Gründen. Die symptomatische Behandlung giebt gute Erfolge und einen großen Prozentsatz von Heilungen. Die chronisch-intermittierende Behandlung deckt sich bei der Häufigkeit der Recidive in den ersten sechs Jahren oft mit der symptomatischen Behandlung. Sie stets zu üben, ist bei der geringen Zahl derjenigen, die tertiär werden, — 22% — nicht rätlich, zumal die chronisch-intermittierende Behandlung nicht absolut schützt, die Wirksamkeit des Quecksilbers abschwächt, den Organismus schädigt, die Patienten neurasthenisch macht und psychisch im ungünstigen Sinne beeinflusst. Das Resumé des Verfassers lautet:

1. Die Syphilis ist nicht schematisch, präventiv- oder chronisch-intermittierend, sondern symptomatisch nach den für die symptomatische Behandlung gültigen Prinzipien zu behandeln.
2. Der Primäraffekt wird im allgemeinen örtlich behandelt; bei excessiver Größe, ungewöhnlicher Härte, funktionelle Störungen verursachender Lokalisation wird die Exstirpation vorgenommen, nicht in der Absicht, die konstitutionellen Erscheinungen zu verhüten, sondern auf Grund der in der Chirurgie für die Exstirpation von Tumoren geltenden Indikationen.
3. Die Präventivkur, zumeist in Form von Einreibungen, wird angewendet bei Phimose infolge von indurativem Ödem des Präputiums und beim Sitz des Primäraffektes in der Urethra, um die Strikturierung zu verhüten.
4. Die allgemeine Behandlung beginnt mit der ersten Eruption des Exanthems. Sie muß energisch und möglichst nachhaltig sein. Gegen Recidive gilt größte Sorgfalt in der Beseitigung derselben.
5. Eine Behandlung in der symptomlosen Periode findet nur bei bestimmten Eventualitäten statt: vor Eintritt in die Ehe, bei Schwangerschaft, an einem Manne, bei dessen Frau wiederholt Abortus, Früh- oder Totgeburten stattgefunden haben, eventuell an der Frau selbst.
6. Die Aufgabe aller therapeutischen Eingriffe ist gründlichste Beseitigung aller Syphilissymptome, weil dadurch nach den Ergebnissen sämtlicher Statistiken die Häufigkeit der tertiären Syphilis am wirksamsten herabgedrückt wird.

7. Es giebt zur Zeit kein Heilverfahren, welches den Eintritt tertiärer Syphilis immer zu verhindern vermag.

8. Gar nicht oder mangelhaft Behandelte liefern das größte Kontingent tertiärer Syphilis.

Der chronisch-intermittierenden Behandlungsmethode ist durch die oben angeführte Statistik, der gemäß überhaupt nur 22% aller Syphilitischen tertiär werden, die Basis fast vollends entzogen. Übrigens muß hervorgehoben werden, daß die nach der chronisch-intermittierenden Methode Behandelten vor der tertiären Syphilis nicht mehr gesichert sind als die symptomatisch Behandelten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Blutveränderungen der Syphilis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, von JUSTUS. (*Orvosi hetilap.* 1895.) J. untersuchte das Blut 300 Syphilitiker auf der Klinik des Prof. SCHWIMMER und leitet von seinen Untersuchungen folgende Folgerungen ab:

1. Der Hämoglobingehalt des Blutes nicht behandelter Syphilitiker ist mehr oder weniger vermindert. Dieser Abfall hält der Schwere des Falles angemessen verschieden lang an, gleicht sich dann aus, wenn die Erscheinungen der Syphilis spontan ohne Behandlung heilen.

2. Wenn dem von Syphilis durchseuchten Organismus entweder auf dem Wege der Einreibungen oder der Injektionen eine größere Quantität Quecksilber einverleibt wird, entsteht eine bedeutendere plötzliche Verminderung des Hämoglobins.

3. Dieser Hämoglobinabfall wird früher oder später je nach der Schwere der syphilitischen Erscheinungen und des Ernährungszustandes ersetzt, resp. kann sich bei der Injektionskur nach mehreren Einspritzungen wiederholen. Wenn die Einverleibung des Hg fortgesetzt wird, nimmt der Hämoglobingehalt stets zu, bis derselbe einen vor der Behandlung höheren Grad nicht erreicht hat.

4. Von dem Zeitpunkte an, wo das Hämoglobin im Verlaufe der Behandlung nicht mehr ab-, sondern zunimmt, beginnt auch die Involution der vorhandenen Syphiliserscheinungen.

5. Dieser plötzliche und erhebliche (10—20° nach dem FLEISCHLICHEN Hämometer) Abfall des Hämoglobins infolge der Merkurialbehandlung ist eine spezifische Erscheinung, welche nur bei florider Syphilis beobachtet werden kann, aber nicht bei gesunden und anderweitig erkrankten Individuen.

6. Diese Reaktion des Blutes ist schon von dem Zeitpunkte an zu beobachten, sobald die von der Primäraffektion entfernteren Drüsen zu schwellen beginnen, sonst in allen Stadien der Syphilis; diese Reaktion verschwindet, resp. ist nicht mehr zu beobachten, sobald die sichtbaren syphilitischen Erscheinungen sich zu involvieren beginnen, kann aber bei jedwedem Recidiv wieder beobachtet werden, solange dieses den Höhepunkt seiner Entwicklung nicht überschritten hat.

7. Nach intravenösen Sublimatinjektionen kann der Abfall des Hämoglobingehaltes schon nach einer Stunde beobachtet werden. Infolge der intravenösen Sublimatinjektionen tritt eine kurze Zeit anhaltende Hämoglobinämie ein.

8. Sowohl nach den intravenösen, als auch nach den anderen Quecksilber-einverleibungsmethoden finden wir die zahlreichen Formen der zu Grunde gegangenen Blutkörperchen, im Harn ist eine gesteigerte Urobilinausscheidung zu beobachten.

9. Dieses eigentümliche Verhalten des syphilitischen Blutes gegenüber dem Quecksilber beruht auf den durch das Syphilisgift verursachten Veränderungen des Hämoglobins der roten Blutkörperchen.

A. Aschner-Budapest.

Die Resultate der ersten Versuche mit der Serumtherapie der Syphilis in Kiew, von WREDEN. (*Boskinsche Hospitalztg.* 1895.) Autor machte fünf Beobachtungen:

1. 22jähriger Gemeiner mit ausgebreiteten exulcerierten Gummata der rechten Stirnhälfte. Nach Injektion von 50 ccm Quecksilberserum, zu 10 ccm pro Mal, trat nach zwei Monaten vollkommene Vernarbung des Gummata ein.

2. Syphilitische Periostitis wich einer Injektion von 10 ccm Hg-Serum.

3. Syphilitische Epididymitis wich nicht einer Jodkaliumtherapie und dem Hg-Pflaster. Zwei Injektionen zu 10 ccm Serum befreiten Patienten von seinem Leiden.

4. Eine ausgebreitete Periostitis schwand nach drei Injektionen zu 10 ccm.

5. Syphilitische Geschwüre an dem rechten Unterschenkel und syphilitische Periostitis beider Schlüsselbeine schwanden nach zwei Injektionen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Eine häufige Ursache des Misserfolges bei der Behandlung der Syphilis erblickt DUBOIS-HAVENTRE, zumal wenn es sich um Inunktionskuren handelt, in der mangelhaften und ungeschickten Weise, wie diese durch die Patienten selbst vorgenommen werden. Das Resultat fällt denn auch bei weitem besser aus, wenn die Inunktionen durch ein geschultes Wärterpersonal vorgenommen werden. (*La Policlinique*. 1896. No. 1.)
C. Müller-Wallisellen.

Über die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerts der Schwefelthermen, von ERNEST FINGER. (*Wien. med. Presse*. 1895. No. 21.) Der Vortragende behandelt zunächst die neueren Applikationsmethoden des Quecksilbers und die Methodik bei der Anwendung derselben. Er bekennt sich als Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung, beleuchtet die Gründe, welche für dieselbe sprechen, und widerlegt die Einwände, die gegen dieselben erhoben werden. Endlich wendet er sich einer Besprechung des Heilwerts der Schwefelbäder zu. Er legt sich zwei Fragen vor:

1. Wie wirkt die Schwefelbadekur auf den Syphilisprozess als solchen direkt?

2. Welches sind die indirekten Einwirkungen einer Schwefelbadekur auf den Syphilisprozess in solchen Fällen, in denen eine Quecksilberkur vorausgegangen ist, in Bezug auf Resorption, Zirkulation und Elimination des Quecksilbers?

Betreffs der ersten Frage liegen zwei Möglichkeiten vor:

a) Manifeste Syphilis wird durch Schwefelthermen, durch Erhöhung des Stoffwechsels zum Verschwinden gebracht. Dabei wird aber die Syphilis nur in ein latentes Stadium übergeführt.

b) Bei älterer lokaler Lues wirken die Schwefelthermen durch dieselbe Stoffwechsellanregung provozierend, sie wird umgekehrt in das manifeste Stadium übergeführt. Dieses ist in diagnostischer Beziehung oft ein Verfahren, das Aufschluss zu geben vermag, ob die Lues geheilt oder nur latent ist.

c) Tertiäre Erscheinungen können durch Schwefelbadekuren zum Schwinden gebracht werden.

Ganz anderer Natur ist die Bedeutung der Schwefelthermen bei Kombination mit mercurieller Therapie. Wenn mit Merkur behandelte Patienten kein Quecksilber mehr im Harn zeigen, sieht man dieses nach einigen Bädern oft in erheblicher Menge in demselben auftreten. Das zurückgehaltene, in fixen Verbindungen festgelegte Quecksilber wird also durch die Bäder wieder in Zirkulation gebracht, tritt im Harn auf, heilt dabei aber etwa zurückgebliebene Erscheinungen der Syphilis ab. So erklärt sich die oft überraschende günstige Wirkung des Schwefels bei mit Thermen behandelten Kranken; es ist diese eine indirekte durch Freimachung inaktiven Quecksilbers. Es sind deshalb Schwefelthermen sehr nützlich lange nach beendeter Quecksilberkur. Fraglich ist es, ob die gleichzeitige Anwendung der Schwefelthermen und der Schmierkur zu empfehlen ist, da, wie NEISSER behauptet, sich dabei auf der Haut unlösliches, nicht resorbierbares Quecksilber bildet. EISENBERG hat diese Frage experimentell geprüft

und ist zu dem gleichen Resultat gekommen. Das gilt aber wohlverstanden nur für die Schmierkur; die Anwendung von Schwefelthermen bei innerer oder intramuskulärer Darreichung von Quecksilber trifft dieser Einwand nicht. Diese sind sogar zu empfehlen. Verfasser rät, wo mildes Vorgehen erwünscht ist, die Kombination von Schwefelthermen mit interner Darreichung von Quecksilber oder mit Sublimatinjektionen. Wo ein energisches Vorgehen am Platze ist, sollen neben den Bädern unlösliche Salze injiziert werden, deren Wirkung nach Verfasser derjenigen der Sublimatinjektionen überlegen ist. Im ganzen empfiehlt Verfasser also die Schwefelbäder bei der Syphilis:

1. Als Probekur zur Entscheidung, ob jemand noch latent syphilitisch ist.
 2. In Kombination mit Quecksilber,
 - a) als Nachkur nach Merkurialanwendung;
 - b) während der Merkurialanwendung; letztere darf aber dann nur intern oder intramuskulär geschehen.
- Jessner-Königberg i. Pr.*

Bedeutung der Mineralwasser zu Staraja Russa für die Behandlung der Syphilitiker, von TSCHISTJAKOW. (*Russ. Zeitschr. f. Hygiene, gerichtl. u. prakt. Med.* 1895. No. 4.) I. Einen direkten therapeutischen Einfluss auf den Allgemeinverlauf des syphilitischen Prozesses haben dieselben nicht. II. Wohl aber äußert sich derselbe in Resorption der durch die Syphilis hervorgerufenen festen Ablagerungen. III. Hauptsächlich sind die Mineralwässer ein Hilfsmittel bei der Behandlung der Syphilis; indem sie auf die Ausscheidung des Hg aus dem Organismus wirken, steigern sie den Erfolg der spezifizierten Behandlung und machen durch Besserung der Komplikationen der Syphilis letztere weniger intensiv und bösartig. IV. Einen besonders wohlthätigen Einfluss äußern die Mineralwässer auf Kinder luetischer Eltern; gleichzeitig mit den spezifischen Mitteln angewandt, befördern sie die normale Entwicklung des kindlichen Organismus und verhindern die Bildung stationärer Veränderungen in demselben.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Zur Technik der endermatischen Syphilisbehandlung, von KARL HERXHEIMER in Frankfurt a. M. (*Therapeut. Monatsh.* 1896. No. 2.) Nach H. soll die Quecksilbersalbe nicht mehr eingerieben, sondern mit der Flachhand auf dem betreffenden Körperteil mit gleichmäßigen Schlägen eingeklatscht werden und zwar so lange, bis die Salbe für das Auge nicht mehr sichtbar ist. In dieser Weise werden, einen Turnus von vier Einklatschungen vorausgesetzt, am ersten Tage die Beugeflächen beider Arme, am zweiten der Rücken, am dritten die Innenflächen der Oberschenkel und am vierten diejenigen der Unterschenkel behandelt, während am fünften Tage ausgesetzt und das übliche Bad genommen wird. Die jedesmalige Dauer der Applikation bei einer Dosis von 6 g Salbe beträgt bis zum völligen Verschwinden der Salbe zehn Minuten. Bei dieser Methode werden alle Hautalterationen vermieden.

L. Hoffmann-Berlin.

Berichtigung.

In der Besprechung des Werkes von MAURER „Die Epidermis und ihre Abkömmlinge“ (S. 383 des vorigen Heftes) sind leider zwei sinnentstellende Druckfehler stehen geblieben. Es muß richtig heißen

in Zeile 6: Säugetierhaar statt Säugetier
 „ „ 27: Reihe „ Rute.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Therapeutische Mitteilungen über Tannoform.

Von

Dr. ERNST R. W. FRANK - Berlin SW.

Unter dem Namen Tannoform hat E. MEROK - Darmstadt vor einiger Zeit ein Präparat in den Handel gebracht, welches das Kondensationsprodukt aus Gallusgerbsäure und Formaldehyd darstellt. Das Tannoform, ein Methylditannin von der Formel $C_{29}H_{20}O_{18}$, ist ein leichtes, weißrötliches bei etwa 230° C. sich zersetzendes, geruch- und geschmackloses Pulver, unlöslich in Wasser, Alkohol und Äther, löslich in Alkalien mit braunroter Farbe, und aus dieser Lösung durch Säuren wieder ausfällbar.

Die Zusammensetzung des Tannoform wies von vorne herein auf eine sekretionshemmende und austrocknende Wirkung des Präparates hin, was sich bei den praktischen Versuchen durchaus bestätigt hat. Balanitis, lokale Entzündungen der Tysonschen Drüsen mit oft sehr hartnäckiger Sekretion, Ulcera mollia, stark nässende Ulcera cruris, alle Arten von Intertrigo, Cervikal- und Vaginalkatarrhe u. s. w. werden von dem Tannoform schnell und reaktionslos beeinflusst. Balanitiden schwerster Art mit Ulcerationen der Schleimhaut habe ich nach längstens 48 Stunden stets vollkommen abheilen sehen.

Die von mir angegebene Behandlung des Ulcus molle mit Formalin¹ wird durch gleichzeitige Anwendung des Tannoform in günstiger Weise ergänzt. Einmaliges Ätzen des Ulcus mit reinem Formalin und mehrmaliges Aufstreuen von Tannoform führt in sehr kurzer Zeit zu vollständiger Abheilung.

Bei mit starker Sekretion verbundenen postblennorrhoidischen Katarrhen des Cervix und der Vagina haben mir Tannoforminsufflationen stets gute Dienste geleistet.

Ebenfalls sekretionsbeschränkend wirkt das Tannoform bei stark nässendem Eccema und Ulcus cruris, so daß die durch die Sekretion ver-

¹ Verhandlungen der 67. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. September 1895.

ursache Maceration, das häufigste Hindernis der Heilung in diesen Fällen, sistiert wird. Das gleiche gilt in hohem Maße für alle Arten von Intertrigo. In kürzester Zeit beseitigt ein einmaliges Aufpudern das diese Affektion begleitende unangenehme Gefühl von Trockenheit und Brennen.

Geradezu spezifisch wirkt das Tannoform gegen Hyperidrosis und Bromidrosis. Ich habe bereits im Dezember vorigen Jahres gelegentlich eines Vortrages über die Therapie der Hyperidrosis und Bromidrosis² auf diese Eigenschaft des Tannoform hingewiesen, die ich in etwa 50 Fällen hatte beobachten können. Seitdem hat sich das Beobachtungsmaterial bedeutend vergrößert, der Erfolg war immer der gleiche. In wenigen Tagen schränkt die Einpuderung mit Tannoform die Schweißsekretion völlig ein. Die macerierten Stellen heilen ab und an Stelle des höchst unangenehmen brennenden Hitzegeföhls tritt eine Empfindung angenehmer Trockenheit der befallenen Teile. Ebenso schnell verschwindet mit der Ursache auch die Folgeerscheinung der Bromidrosis, die für die an Schweißfuß und Achselschweiß leidenden Patienten in sozialer Beziehung so besonders peinlich ist.

Im Vergleich mit den bisher gegen die Hyperidrosis empfohlenen Mitteln — über die jüngst von HEUSNER-Barmen empfohlene Ameisensäure besitze ich keine Erfahrung, — zeigt sich das Tannoform allen überlegen. Ich habe eine Reihe von schweren, seit vielen Jahren bestehenden Fällen gesehen, in denen weder Chromsäure noch Weinstensäure auf die Dauer genützt hatten, während mit dem Tannoform in wenigen Tagen ein absoluter Erfolg erzielt wurde.

Speziell verglichen mit der Chromsäure, die sich infolge der Empfehlung durch das Kriegsministerium vom 9. Juli 1888 einer außerordentlich verbreiteten Anwendung in der Therapie der Hyperidrosis erfreut, ist die absolute Unschädlichkeit des Tannoform auch bei monatelangem Gebrauch von Wichtigkeit.

Über schädliche Nebenwirkungen bei der Chromsäurebehandlung speziell des Schweißfußes existiert bereits eine Reihe von Arbeiten³ und nur dadurch hat sich diese Therapie erhalten, daß man gelernt hat, die Chromsäure nie anzuwenden, wenn offene Stellen vorhanden sind, und solche erst anderweitig zur Heilung zu bringen. Es ist aber speziell für marschierende Truppen von größtem Wert, über ein Mittel zu verfügen, welches die Fußkranken möglichst sofort marschfähig macht, und da nun das Tannoform diese Forderung erfüllt, so wäre die Aufnahme des Prä-

² Zur Behandlung der Hyperidrosis. Sitzungsbericht der Berliner Dermatologischen Vereinigung vom 3. Dezember 1895. *Dermatol. Zeitschr.* Bd. III. Januar 1896. Heft 1.

³ Vergl. KOBERT, Wie behandelt man Schweißfüße? *Fortschr. d. Medizin* No I. 1. Januar 1890.

parates in den Arzneischatz der Armee besonders in Manövern und Kriegszeiten von größtem Wert.

Selbstverständlich ist der Erfolg des Tannoform bei der Hyperidrosis zeitlich gebunden an die Anwendung des Präparates, setzt man das Mittel aus, so stellt sich der Schweiß wieder ein. Eine dauernde Beseitigung des Schweißfußes ist nicht Sache medikamentöser, sondern, was besonders aus den Arbeiten TRENDLENBURGS⁴ hervorgeht, chirurgischer Therapie.

Während der Publikation meines Aufsatzes über das Tannoform finde ich dieselben in einer soeben erschienenen Arbeit von DE BUCK und DE MOOR⁵ bestätigt. Die Autoren haben das Mittel auch mit gutem Erfolg bei Decubitus, Diabetesgangrän, ulcerösem Lupus und Impetigo contagiosa angewendet, ferner auch intern bei Darmaffektionen.

Nicht bestätigen kann ich die günstige Wirkung, welche die genannten Autoren bei der Behandlung von frischen Wunden beschreiben. Ich habe bei mehreren Versuchen den Eindruck gehabt, daß das Mittel frische Wundflächen reizt und die Heilung verzögere. Prof. ZUNTZ hat nach einer von uns gemeinschaftlich publizierten Methode⁶ Tierversuche angestellt und gefunden, daß z. B. im Vergleich mit dem Nosophen und seinen Salzen das Tannoform frische Hautwunden irritiert und die Heilung verzögert. Bei infizierten, eiternden Wunden hat mir das Mittel dagegen gute Dienste geleistet.

⁴ *Verhandl. d. dtsh. Gesellsch. f. Chir.* April 1892. I. pag. 52.

⁵ Quelques applications thérapeutiques du Tannoforme. *Belgique médicale.* Vol. II. No. 33. 1896.

⁶ Studien über Wundheilung, mit besonderer Berücksichtigung der Jodpräparate. *Dermatolog. Ztschr.* Bd. II. Heft 4.

Die therapeutische Wirkung des Jodchinins bei der sekundären Syphilis.

Von

Dr. ASSAKY,

Professeur agrégé des Facultés de Médecine de France.

I.

Diese Arbeit beruht auf zwei Versuchareihen. Bei den klinischen Versuchen handelte es sich um die therapeutische Wirksamkeit dieses stark jodhaltigen Chininsalzes (73%); ich wollte sehen, ob es heilend auf die virulenten Symptome der Syphilis einzuwirken vermöchte. Unter Weglassung jeder anderen Medikation habe ich es bei den sekundären

Formen verwandt und habe gerade solche Fälle ausgesucht, in denen das Jod am allerwenigsten angezeigt schien, Fälle, bei denen die Quecksilberbehandlung so recht eigentlich am Platze ist und die kaum Neigung besitzen, von selber zu heilen.

Bei 14 Patienten, die teils mit papulösen Syphiliden und Schleimhaut-Plaques, teils mit Roseola und Schleimhaut-Syphiliden, teils nur mit virulenten Symptomen der Schleimhaut des Mundes, der Nase, der Vulva behaftet waren, erwies sich das Jodchinin bei innerer Verwendung geeignet, die örtlichen Erscheinungen in kurzer Zeit zu beeinflussen und für sich allein die Symptome zum Schwinden zu bringen.

Die Heilung gestaltet sich dabei im allgemeinen wie folgt: Gegen den vierten bis fünften Tag verändert sich das Aussehen der Schleimhaut-Syphilide, welcher Art sie auch immer sein mögen; ihr weißlicher, geschwürriger Anblick verschwindet, die Plaque reinigt sich, die gewulsteten Ränder sinken ein, die Granulationen verlieren an Umfang. Häufig umgeben sich die Syphilide von diesem Zeitpunkte an schon mit einem leichten Epithelialsaum, als erstes deutliches Zeichen der beginnenden Vernarbung.

Bei den Haut-Syphiliden macht sich der Einfluss gegen den zehnten Tag deutlich bemerkbar; sie blässen ab und sinken ein und ihre Ränder verwischen sich.

Bei den leichteren Formen von Roseola, von Angina, von Mandel-Syphilid, von Coryza erfolgt die Heilung in 8—14—18—22 Tagen. Bei den mittleren Fällen dauerte es 20—39 Tage bis alle Symptome verschwanden.

Eine vorzeitige Unterbrechung der Behandlung hat einen erneuerten Ausbruch der Symptome zur Folge; durch Wiederaufnahme der Medikation werden sie dann aber wieder beseitigt. Bei zwei Patienten, bei denen das Mittel (am 14. bzw. am 36. Tage) zu früh ausgesetzt war, erschien nach vier bis fünf Tagen wieder ein leichter Roseolaausschlag, bzw. eine Schleimhaut-Plaque auf der Mandel. Das Jodchinin wurde darauf von Neuem gereicht und nach sechs Tagen verschwanden Roseola und Syphilid.

Nach dem Verhalten der Haut- und Schleimhautsymptome richten sich auch die Drüsenschwellungen. Mit dem Augenblick, da die Syphilide verschwinden, sind die benachbarten Drüsen, die oft Haselnußgröße erreichten, ganz bedeutend abgeschwollen und kaum noch fühlbar. Freilich hält ihre Resorption nicht immer gleichen Schritt; sie ist keine vollständige und läßt an der Stelle der kranken Drüsen oft Verhärtungen zurück. Die zuerst ergriffenen Leistendrüsen widerstehen der resolvirenden Wirkung des Mittels zuweilen vollkommen und von schwachen Gaben desselben bleiben überhaupt alle Drüsen unbeeinflusst.

Bei drei weiteren Patienten, die an Osteo-Periostitis und Kopfschmerz, an Osteo-Periostitis und Schleimhaut-Plaques, an Knochen-Syphilis mit einem pustulo-ulcerösen Ausschlag und syphilitischem Rheumatismus litten, erfolgte in 29, bzw. in 14 und 10 Tagen Heilung, unter Anwendung des Jod-Chinin. Bei dieser Gruppe von Kranken hatte die wohlthuernde Wirkung des Mittels übrigens nichts Überraschendes, sie war vielmehr vorauszusehen. Diese Patienten haben dabei auch noch an Gewicht zugenommen; die Zunahme schwankte zwischen 300 und 2900 g. Ein Teil dieses Erfolges ist wohl der Einwirkung des Mittels auf den Stoffwechsel zuzuschreiben, mehr aber noch fiel die bessere Ernährung der Kranken ins Gewicht, denn drei von den Patienten, die nicht ganz unbemittelt waren und sich nicht im Krankenhaus verpflegen ließen, haben 450—700 g an Körpergewicht verloren.

Bei allen der bis jetzt erwähnten Kranken hat der ausgeschiedene Harnstoff bemerkenswerter Weise zugenommen; die Vermehrung schwankt zwischen 1,281 g — nach 8tägiger Behandlung — und 5,765 g — nach 36tägiger Behandlung — auf das Liter. Das Chininsalz hat demnach die Oxydation nicht verzögert.

Weder beim Beginn noch beim Ende der Behandlung enthielt der Harn meiner Patienten Eiweiß oder Zucker.

Die mittlere wirksame Gabe beträgt 2,0—3,0 täglich. Gereicht wurde das Mittel in Form von Pillen zu je 0,25, alle Viertelstunden, vormittags, nüchtern. Jodismus kam bei dieser Anwendungsweise nicht vor. Nur ein einziges Mal stellte sich bei einem Patienten nach Gebrauch von 2,5 Jodohinin — bei einer Tagesgabe von 0,5 — Schnupfen und Konjunktival-Katarrh ein, die Symptome dauerten aber nur einen Tag. Öfter dagegen wurde die Chininwirkung beobachtet; diese Erscheinungen hängen aber eng mit der individuellen Veranlagung zusammen; denn ein Patient z. B. blieb bei einer Tagesgabe von 2,5—3,0 die er 36 Tage lang weiter nahm, ganz davon verschont, während bei einem anderen, bei der nämlichen Tagesgabe, am ersten und fünften Tage leichte Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen sich verzeichnet finden. Bei anderen Patienten wiederum, die das Mittel anfangs ganz gut vertrugen, stellten sich diese Symptome plötzlich ein, dauerten $\frac{1}{2}$ —2 Stunden, und verschwanden dann entweder auf Nimmerwiedersehen oder kehrten ohne nachweisbare Ursache wieder, gleichviel ob die Gabe verstärkt wurde oder nicht. Die Art der Verabreichung ist ohne Einfluß; mag man nun mit dem Mittel allmählich steigen oder von vornherein große Mengen reichen — immer erscheint das Auftreten der Symptome ganz unberechenbar.¹

¹ So zeigt sich z. B. bei einem 20jährigen Menschen, bei dem das Mittel allmählich gesteigert wird, am zweiten, fünften, achten und zehnten Tage je ein leichter Grad von Chinismus; bei einem anderen treten erst am 21. Tage, eine halbe Stunde

Übersteigt man also eine bestimmte Höhe nicht, so führt das Mittel keine ernstern Störungen herbei, dieselben erscheinen nicht regelmäßig und sind vorübergehender Natur.

Dagegen wird das Mittel bei höheren Gaben, bei 4,5 täglich z. B., nur schlecht vertragen. So traten bei einer Frau, die allerdings sofort über Unbehagen klagte, bei einer 42tägigen Behandlung siebenmal neben den gewöhnlichen Symptomen des Chinismus, Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schwindel, Anzeichen von Chinin-Rausch ein. Trotzdem hat die Frau dann noch eine Woche lang täglich 3,0—4,0 von dem Medikament weiter genommen, ohne daß die Anfälle sich wiederholten.² Akkumulierende Wirkungen besitzt das Jodchinin demnach nicht.

Ein Umstand, der die Tragweite meiner Ergebnisse abzuschwächen scheint, muß erwähnt werden: fast alle Patienten der ersten Gruppe litten an Sumpffieber.³ Man muß freilich bedenken, daß diese Fälle aus einem Lande stammten, in dem bei einer gewissen Klasse der Bevölkerung die Malaria endemisch ist. In Bukarest, wo ich Chef einer chirurgischen Abteilung war, war das Krankenhauspublikum so stark von Malaria durchseucht, daß sich in den ersten Zeiten fast nach jeder Operation sehr bald eine Temperatur-Erhöhung einstellte, die durch den Verlauf nicht gerechtfertigt war und die nach einer einmaligen Chiningabe verschwand, um nicht wiederzukehren. Dieses Aufflackern der Diathese wurde nach jedem Eingriff beobachtet, ob es sich nun um eine mühsame Laparotomie oder nur um kleine Chirurgie handelte und kam sowohl bei Personen zum Ausbruch, bei denen objektive Symptome des Paludismus von der Kindheit her bestanden, wie auch bei solchen, bei denen nur die charakteristische Blässe und die Schwellung von Milz und Leber, oder von letzterer allein, das Vorhandensein der Infektion verrieten. Dies Verhalten bestimmte mich, jedem zu Operierenden ein bis zwei Tage vor der Operation 1,0 Chin. sulf. zu geben; in der Folge blieben dann die Fieber-

nach Einnahme von 2,0 Jodchinin, Schwindel, Ohrensausen und Kopfschmerzen auf, die zwei Stunden andauerten. Ein dritter endlich nimmt das Mittel 14 Tage lang steigend von 2,5 bis 3,75; nur am zweiten Tage verspürte er leichtes Ohrensausen und Kopfschmerzen, die aber bald wieder verschwanden und nicht zurückkehrten.

² Die Tierversuche haben ergeben, daß die tödliche Gabe 1,8 für 1 kg Körpergewicht beträgt, falls man das Mittel ins Zellgewebe bringt; bei Ablagerung ins Muskelgewebe genügen schon 1,25, während vom Peritoneum aus 1,30 erforderlich sind (Tzonciu). Der Tod scheint durch die Einwirkung des Mittels auf das Nervensystem zu stande zu kommen. Es erfolgt zuerst Aufregung, dann Erschlaffung, Somnolenz, Parese und allgemeine Paralyse (Tzonciu). Bei der Sektion findet man fast immer Anschoppung der Lungengefäße (Tzonciu).

Ferner hat Tzonciu bei seinen Versuchen ein Sinken der Temperatur beobachtet, das immer eine halbe Stunde nach Anwendung des Mittels erfolgte, zwischen 0,4 bis 1,6° schwankte, je nach der Höhe des angewandten Jodchinins.

³ Tzonciu, einer meiner Schüler, hat nach dieser Richtung die sorgfältigsten Untersuchungen angestellt und das Ergebnis derselben in einer Arbeit: *Beitrag zum Studium der Jodbehandlung der Syphilis*, Bukarest 1890, veröffentlicht.

steigerungen aus. Es unterliegt mir keinem Zweifel, daß bei meinen Syphilitikern das Jodchinin nicht nur die luetischen Symptome sondern auch den Paludismus günstig beeinflusste.

II.

Nach meiner Rückkehr nach Frankreich habe ich diese Versuche wieder aufgenommen und das Jodchinin bei Patienten angewandt, die keine Spur von Paludismus zeigten. Dabei habe ich mich nach dem allgemein geübten Verfahren gerichtet und das Mittel nur da gegeben, wo das Jod allein oder in Verbindung mit Quecksilber für angezeigt gilt.

Bei zwei Patienten, die an heftigen Kopfschmerzen mit abendlicher Steigerung litten, und bei einem anderen, der über Rheumatismus und syphilitische Neuralgie der Extremitäten klagte, trat die erwartete Wirkung, d. h. ein rascher und ausgezeichneter Erfolg, ein. Bei einem jungen Manne mit prodromalem syphilitischem Fieber, das täglich mit regelmäßigen Intermissionen einsetzte und fünf Wochen nach dem Schanker zuerst aufgetreten war, hörte das Fieber bei Anwendung des Salzes auf und blieb drei Tage völlig weg; am vierten dagegen kam, unter abermaliger Temperatursteigerung, eine Roseola zum Ausbruch; jedoch erreichte die Temperatur jetzt nur 38,8°, während sie vorher 39,2° betragen hatte. Eine Dämpfung in der Milzgegend, die bis dahin bestanden hatte, konnte ich nach Auftreten der Roseola nicht mehr nachweisen.

Bei einem kachektischen Greis endlich, einem Alkoholiker, mit Eiweiß im Harn und mit einem phagadänischen, drei Wochen alten Geschwüre, das bereits einen Teil der Corona glandis zerstört hatte, hörte die Ulceration schon nach neuntägigem Gebrauch des Mittels auf, Fortschritte zu machen. Nach drei Wochen war der Patient ganz hergestellt und der Harn eiweißfrei. — In diesen fünf Fällen wurde das Jodchinin nach dem Essen in Oblaten zu 2,0—2,5 täglich genommen.

III.

Aus den mitgeteilten Fällen ergibt sich, daß das Jodchinin die syphilitischen Symptome günstig beeinflusst. Der prophylaktische Wert des Mittels ist mir unbekannt, ebenso, ob man es lange Zeit ohne Schaden weiter nehmen kann. Es ist auch fraglich, ob man sich bei Bekämpfung der Syphilis, selbst da, wo Malaria mit im Spiele ist, auf das Jodchinin allein verlassen darf. Meine Beobachtungen beweisen nur soviel, daß dasselbe, und namentlich wohl das in ihm enthaltene Jod, im stande ist, einzelne sekundäre und sekundär-tertiäre Formen der konstitutionellen Syphilis zu verändern, zu unterdrücken und zu heilen.

Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.

Tabelle über den Verlauf der Syphilis

Beobachtung	Geschlecht	Alter	Paludismus	Primärer Schanker	Beginn der sekundären Symptome	Frühere Behandlung
1.	M.	26 J.	Mit acht Jahren sechs Monate lang intermittierende Anfälle.	Vor sieben Jahren.	Vor sechs Jahren zehn Monate Roseola. Vor sechs Jahren 8 1/2 Mon. tuberculo-ulceröser Ausschlag an den Beinen. Vor ungef. 4 Mon. osteokopische Schmerzen und Kopfweg. Vor 1 1/2 Mon. Osteo-Periostitis beider Tibiae und Gamma im Rücken.	Zuerst Quecksilber, später gemischte Behandlung.
2.	M.	19 J.	Mit 18 Jahren zwei Monate lang intermittens.	Vor einem Jahre harter Schanker des Penis.	Seit zwei Monaten Hautsyphilide und Condylomata ani. Vor einem Monat ein frischer Ausschlag.	Bisher nicht behandelt.
3.	M.	20 J.		Vor ungefähr sechs Monaten Mundschanker durch Ansteckung von Schleimhaut-Plaques.	Vor ungefähr fünf Monaten papulöses Syphilid im Gesicht. Schleimhaut-Plaques.	14 Tage lang mit Liquor van Swieten behandelt; danach verschwindet der Hautausschlag aber nicht die Schleimhaut-Syphilide.
4.	M.	26 J.	Mit acht Jahren mehrere Monate lang.	Vor acht Monaten harter Schanker des Frenulum.	Vor sechs Monaten Schleimhaut-Plaques am Perineum-Angina. Vor zwei Monaten papulöses Syphilid des Gesichts.	Bisher nicht behandelt.

unter dem Einfluß der Behandlung.

Allgemein-Befinden	Status praesens	Behandlung		Therapeutischer Erfolg
		Menge	Dauer	
Anämie. Gewicht 61,7 kg.	Pustulo-ulceröser Ausschlag auf dem Kopfe, akneartiger Ausschlag am Rumpf, Haut-Gumma in der Lendengegend, Syphilose beider Tibiae, Kopfschmerz, syphilitischer Rheumatismus.	3,0—3,5. Im ganzen 37,0.	10 Tage.	Am vierten Tage wird das Gumma kleiner; der Kopfausschlag bedeckt sich mit Krusten; die Schmerzen lassen nach. Am achten Tage sind die Schmerzen verschwunden, die Auftreibung der Osteo-Periostitis geringer, das Gumma durch einen kaum hervorragenden dunklen Fleck ersetzt. Gewicht 61,25 kg. Am zehnten Tage: Geheilt entlassen.
Anämie. Harnstoff 13,45, kein Eiweiß. Gewicht 53,5 kg.	Roseola maculosa; der After von einer Schleimhaut-Plaue umgeben, die 2,5 cm breit ist.	2,5—3,0. Patient nimmt im ganzen 101,25.	36 Tage.	Am fünften Tage, unter Steigerung der Temperatur auf 38,8° akneartiges, konisches, papulöses Syphilid. Nach 14 Tagen ist die primäre Roseola fast verschwunden, die Papeln eingesunken, die Schleimhaut-Plaue in Heilung begriffen. Das papulöse Syphilid verschwindet 20 Tage nach seinem Erscheinen. Schleimhaut-Plaques nach 26 Tagen geheilt. Patient wiegt 54,5 kg. Urate: 19,215. Kein Eiweiß im Harn.
Harnstoff- menge 19,215. Kein Eiweiß. Körper- gewicht 72,85 kg.	Papulös. Syphilid, Schleimhaut-Plaue auf der Mandel und in der Umgebung des Afters. Nacken- und Leistendrüsen geschwollen; außerdem in der rechten Sub-Occipital-Gegend eine haselnuß-große Drüse.	0,5—3,0. Im ganzen 30,0.	13 Tage.	Am fünften Tage, nach 1,75 Jodchinin, ändert sich das Aussehen der Syphilide; nach weiteren fünf Tagen (2,75 Jodochinin) sind die Schleimhaut-Plaques am After geheilt, der Ausschlag abgeblasst. Am 13. Tage sind auch die Schleimhaut-Syphilide des Mundes geheilt und die Papeln durch Pigmentflecken ersetzt. Die Drüsen sind ganz bedeutend verkleinert und kaum noch als kleine Knötchen fühlbar. Körpergewicht: 73,15 kg. Harnstoff: 23,058.
Harnstoff 12,81. Gewicht 61 kg. Kein Eiweiß.	Angina und Coryza syphilitica; Amygdalitis und Plaques auf beiden Mandeln. Nacken- und Leistendrüsen geschwollen.	2,5—3,0. Im ganzen 26,5.	8 Tage	Am vierten Tage (8,0) ist die Coryza geringer; Rötung und Schwellung der Mandeln haben nachgelassen, die Plaques reinigen sich. Am achten Tage ist das Schleimhaut-Syphilid geheilt, die Drüsenverhärtung geschwunden, so daß man die Leistendrüsen kaum noch fühlt. Gewicht: 60,5 kg. Harnstoff: 4,091.

Tabelle über den Ve

Beobachtung	Geschlecht	Alter	Paludismus	Primärer Schanker	Br der symptome	Frühere Behandlung
1.	M.	26 J.	Mit acht Jahren sechs Monate lang intermittierende Anfälle.	Vor sieben Jahren	Vor 1 1/2 Monaten disseminierte Papeln; Plaques der Mundschleimhaut.	20 Pillen von Hydr. tannicum vor Auftreten der sekundären Symptome.
2.	M.		<i>Je ein Anfall mit 9 u. 15 Jahren.</i>	Vor vier Monaten harter Schanker der Eichel.	Vor 2 1/2 Monaten papulöses Syphilitid. Vor zwei Monaten Schleimhaut-Plaques im Rachen.	Keine.
7.	M.	35 J.	In der Kindheit mehrere Anfälle.	Vor einem Jahre auf der Vorhaut.	Kurze Zeit darauf Angina und Coryza syphilitica.	Keine.
7.	M.	25 J.	Malaria während der Kindheit.	Vor 40 Tagen Schanker an der Vorhaut.	Vor 20 Tagen papulöses Syphilitid.	Keine.

Status praesens	Behandlung		Therapeutischer Erfolg	
	Menge	Dauer		
Plaques Mandeln. genie	2,5—3,75. Im ganzen 49,75.	15 Tage	Am vierten Tage ist das Haut-Syphilid abgeblasst, die Ränder verwischt; die Ränder der Schleimhaut-Plaques sinken ein. Am zwölften Tage sind die Plaques geheilt und es besteht nur noch ein Rest des Hautauschlages. Am 15. Tage sind die Sub-Occipital-Drüsen kaum noch zu fühlen; die Leistendrüsen dagegen sind noch nicht merklich abgeschwollen. Gewicht: 64,3 kg. Harnstoff: 19,215.	
Anämie; Harnstoff 14,091.	Disseminierte Hautpapeln. Plaque auf der rechten Mandel und auf der Eichel. Leisten- und Nackendrüsen geschwollen. Kopfschmerz.	2,0—3,0. Im ganzen 44,25. Verband von schwacher Borlösung.	16 Tage	Am nächsten Tage Auftreten frischer Papeln am Ellbogen und den Schultern, dabei Temperaturerhöhung (39,2°). Am dritten Tage sehen die Syphilide etwas verändert aus. Am sechsten Tage, nach 2,5 Jodchinin ist das Geschwür an der Eichel geheilt. Am elften Tage gewahrt man an Stelle der Papeln eingesunkene violette Flecke. Am 16. Tage sind auch die Drüsen bedeutend abgeschwollen. Harnstoff: 16,633.
Anaemia syphilitica.	Coryza foetida; Schleimhaut- Plaque der Mandeln und des Gaumens. Leisten-Cervical- und Submaxillar- Drüsen geschwollen.	0,1—2,0. Im ganzen 37,4.	31 Tage	Nach 20 Tagen (2,0) sind Nasenausfluss und Plaques geringer; nach 31 Tagen sind sämtliche Symptome geschwunden, nur die Drüsen unverändert.
Papulöses Syphilid Schleimhaut- Plaques am Scrotum und den Mandeln. Balano- Posthitis. Phimos. Drüsen- schwellungen am Hals und in den Leisten.	2,0—4,0. Im ganzen 176,0. Außerdem Behandlung der Balano- Posthitis mit 3%iger Creolin- lösung.	55 Tage	Am fünften Tage (2,5) fangen die Plaques an sich zu reinigen; das Hautsyphilid bleibt noch unverändert. Am zehnten Tage (3,0) ragen die Papeln nicht mehr hervor und bedecken sich mit Kleinschuppen; die Scrotalplaques teilweise geheilt. Die Vorhaut läßt sich zurückziehen, die Eichel ist geschwürig. Am 29. Tage treten an Stelle der Papeln Pigmentflecke; zum Teil sind noch Epidermisschuppen vorhanden. Am 39. Tage sind die Flecke glatt, alle Plaques geheilt, die Drüsen fangen an, abzuschwellen. Am 55. Tage ist auch deren Umfang wesentlich geringer.	

Beobachtung	Geschlecht	Alter	Paludismus	Primärer Schanker	Beginn der sekundären Symptome	Frühere Behandlung
9.	M.	88 J.	Während der Kindheit ein Jahr lang intermittierendes Fieber.	Vor 15 Monaten Schanker am Glied.	Vor 14 Monaten Plaques der Mundschleimhaut.	Keine.
10.	W.	26 J.	Mit acht Jahren acht Monate lang intermittierendes Fieber.	Unbestimmt. Narbe an der Clitoris.	Vor vier Monaten Roseola; vor drei Monaten Angina syphilitica.	Keine.
11.	W.	20 J.	In der Kindheit mehrere Anfälle.	Unbestimmt. Narbe auf dem Labium majus dextr.	Vor 5 $\frac{1}{2}$ Monaten papulöses Syphilid. Vor 2 $\frac{1}{2}$ Monaten Angina.	Keine.
12.	W.	23 J.	Mehrere Anfälle von Intermittens in der Kindheit.		Vor ungefähr sechs Wochen.	Keine.

Allgemein- Befinden	Status praesens	Behandlung		Therapeutischer Erfolg
		Menge	Dauer	
	Schleimhaut-Syphilid des Gaumens. Anschwellung der Hals- und Leisten-drüsen.	1,5—2,0. Im ganzen 29,25.	15 Tage	Am vierten Tage verschwindet das ulceröse Aussehen der Plaques, die am elften Tage ganz geheilt sind. Die Drüsenanschwellungen bleiben unbeeinflusst.
Anämie, Urethritis, Vaginitis, Metritis blennor- rhagica, Arthritis blennor- rhagica. Harnstoff 19,215. Gewicht 58 kg.	Coryza, Angina et Roseola syphilitica, Adenitis ingunialis.	3,0. Im ganzen 57,0.	25 Tage	Am vierten Tage deutlicher Nachlaß der Gelenkschmerzen. Am elften Tage sind die Schleimhaut-Syphilide geheilt, an Stelle der Roseola bestehen blasförmige Flecke. Die Gelenkschmerzen haben ganz aufgehört, die Drüsenanschwellung ist geschwunden. Am 14. Tage wird das Mittel ausgesetzt; fünf Tage später starker Rückfall: frische schwache Roseola, die nach sechs Tagen weiterer Behandlung wieder verschwindet. Gewicht: 58,8. Harnstoff: 24,339.
Anämie und aus- gesprochene Abmagerung seit 1½ Monaten.	Papulöses Syphilid; Angina; Kopfschmerzen.	2,0—4,5. Bei dieser Gabe Chinismus. Es wird auf 3,0 hinunter- gegangen, später aber werden wieder 4,0 gegeben. Im ganzen 154,5.	44 Tage	Am vierten Tage sehen die Schleimhaut-Plaques besser aus. Am 17. Tage sind die Hautpapeln durch violette Flecke ersetzt. Am 27. Tage sind die Schleimhaut-Syphilide geheilt. Körpergewicht: 49,5 kg. Harnstoff: 15,372. Am 36. Tage wird die Behandlung abgebrochen. Vier Tage danach Rückfall: Syphilitischer Ausschlag und Plaque auf der Mandel. Heilung des Rückfalls nach sechs Tagen. Gewicht: 49,1 kg. Harnstoff: 15,572.
Gewicht 73 kg. Harnstoff 15,372.	Schleimhaut- Plaques und Vegetationen der Vulva. Leisten- und Nackendrüsen- Entzündung.	2,0—3,0. Im ganzen 28,0.	42 Tage	Am achten Tage reinigen sich die Plaques; die Vegetation ist beträchtlich verkleinert. Am 20. Tage sichtbare Besserung. Da die Vernarbung am 28. Tage noch nicht genügend weit vorgeschritten scheint, so sucht man sie mit Kauterisation und Verbänden zu beschleunigen. Am 42. Tage völlige Heilung; Drüsen stark verkleinert. Gewicht: 73,8 kg. Harnstoff: 16,653.

**Über die Löslichkeit des Steinkohlenteers
in verschiedenen Flüssigkeiten und über die therapeutische
Verwertung dieser Lösungen.**

Vortrag

gehalten in der dermatologischen Abteilung der 68. Versammlung deutscher
Naturforscher und Ärzte in Frankfurt.

Von

Dr. med. et phil. ARNOLD SACK in Heidelberg.

Jenes Mixtum compositum, das wir Teer nennen, hat seit alten Zeiten eine hervorragende Rolle in der Behandlung von Hautkrankheiten gespielt. Allerdings ist sein Gebrauch in der neueren Zeit durch Heilmittel wesentlich eingeschränkt worden, welche, zum Teil aus dem Teer selbst gewonnen, unserer nach Exaktheit strebenden Zeit insofern einen Fortschritt im Vergleich mit dem Teer zu bedeuten scheinen, als sich ihre chemische Natur viel besser, als die des Teers, ergründen und charakterisieren läßt. Von Teer läßt sich selbstredend nicht behaupten, daß er ein Körper wäre, der eine ausgeprägte chemische Physiognomie hat, noch weniger aber, daß seine Zusammensetzung vollends erkannt worden wäre. Trotz aller Fortschritte und praktischer Errungenschaften der Teerchemie, bleibt dieser ungemein komplizierte Körper in mancher Beziehung noch ein unerforschtes Rätsel, und wir sind noch weit von dem Zeitpunkt entfernt, wo man alle seine Komponenten und Derivate kennen wird. Darin wurzelt zum Teil auch die Abneigung, welche der Teer manchem nicht nach empirischer Basis allein, sondern vorwiegend nach wissenschaftlicher Begründung der therapeutischen Erfolge strebenden Dermatologen einflößt. Und doch lehrt die Erfahrung, daß der Teer, auch trotz seiner unbestimmten Zusammensetzung, nach wie vor ein mächtiger Heilfaktor im Kampf gegen Hautkrankheiten bleibt. Bringt seine Anwendung dagegen nicht allzu selten Misserfolge und Enttäuschungen mit sich, so ist der Grund dafür auch in seiner Anwendungsart zu suchen, die nicht immer zweckmäßig gewählt ist. Bei uns in Deutschland ist man gewöhnt, in der bei trockener Destillation verschiedener Holzarten (Fagus, Juniperus u. a.) gewonnenen öligen Flüssigkeit, die man als Holzteer, Buchenteer, Cadinöl u. s. w. bezeichnet, ein dem aus Steinkohlen bei Leuchtgasfabrikation dargestellten Destillat (Ol. oder Pix lithantracis) wesentlich überlegenes Produkt zu sehen, — ob mit Recht, ist eine

andere Frage. Die günstigen Erfahrungen, welche die Engländer mit ihrer Solution of Coal Tar und die Franzosen mit ihrem Coaltar saponiné bis jetzt gemacht haben, müßte uns doch zum mindesten zur Nachprüfung dieser Ansicht veranlassen. Bis jetzt ist es bei uns zu Lande noch immer bei nur schwachen Versuchen geblieben, den Ruf des Steinkohlenteers zu rehabilitieren. So hat FISCHEL ein Präparat angegeben, das er anfangs Liq. anthracis Fischel taufte und dessen chemisch-physikalische Zusammensetzung er später bekannt gab. Das FISCHELSche Präparat, von dem die Rede unten sein wird, ist eben dem Bedürfnis entsprungen, auch in Deutschland eine Solution des Steinkohlenteers zu besitzen, welche mit der bekannten englischen „Wrights alcoholic solution of Coal Tar (Liquor carbonis detergens)“ es einigermaßen aufnehmen könnte. Das englische Präparat — es ist nicht zu leugnen — hat hervorragende Eigenschaften, die es sehr wertvoll erscheinen lassen, wie tadellose Reinheit, konstante Zusammensetzung und angenehmen aromatischen Geruch. Es bleibt aber immerhin ein Geheimmittel, für das sich die Produzenten schwer bezahlen lassen.

Welche Bestandteile diese Coal Tar solution Wrights (Liquor carb. detergens) eigentlich enthält, weiß man namentlich noch immer nicht mit Bestimmtheit. In den letzten Jahren enthielten die pharmazeutischen Zeitschriften wiederholt Anfragen, was denn nun dieser englische Teer oder Liquor carb. detergens eigentlich sei. Die darauf erfolgten Antworten¹ stimmten nicht in Allem überein, doch sagten die meisten mit großer Wahrscheinlichkeit aus, daß die Hauptsache dabei, wie auch bei dem französischen Coaltar saponiné das Digerieren von Steinkohlenteer mit stark saponinhaltiger alkoholischer Quillayatinktur sei. Ein ähnliches Präparat, das in England als Liquor picis carbonis vielfach für den WRIGHTSchen Liquor carbonis detergens substituiert wird, ist nach der Formelsammlung der Brit. Pharmacop. confer. 1886 hergestellt durch zweitägige Digestion bei ca. 50° von vier Teilen Steinkohlenteer mit zwanzig Teilen Quillayatinktur, absetzen lassen und filtrieren. Die für diesen Zweck Verwendung findende Tinct. Quillayae wird aus der grobgepulverten Rinde durch Perkolation mit Weingeist im Verhältnis von 1 : 10 bereitet.

Damit war aber die Sache nicht erledigt. Es konnte sich unmöglich um so klare Verhältnisse, wie diese Angaben es glaubhaft machen wollten, handeln, da die Nachprüfung der Thatsachen vor Allem ein nur ganz unbedeutendes Lösungsvermögen des Steinkohlenteers in Alkohol ergeben hat, und dabei keineswegs ein dem Liquor carbonis detergens ähnliches Präparat erzielt werden konnte.

¹ Vergl. *Pharm. Centr. Halle.* 1890. pag. 140. 1892. pag. 175. *Pharm. Ztg.* 1894. pag. 424, 442, 460. 1895. pag. 671, 805.

Es war daher als ein Fortschritt zu begrüßen, als FISCHEL im Verein mit dem Apotheker WENTZEL ein neues Lösungsverfahren für Steinkohlenteer, das an LEISTIKOWS Versuche anknüpfte, veröffentlicht hat.²

Das von FISCHEL angewandte Gemisch von Alkohol und Benzol vermochte schon viel mehr, als Alkohol allein, vom Teer zu lösen, wenn auch FISCHEL uns die Gewichtsmengen der gelösten Substanzen leider nicht angibt. Außerdem ermöglichte es auch, dem Liq. anthracis simplex, wie FISCHEL sein erstes Präparat nannte, auch größere Mengen von Salicylsäure, Resorcin und — bei gewissen Kautelen — auch Schwefelkalium zu inkorporieren und so ein Mittel herzustellen, das in seinen Wirkungen den sog. Schälpasten kaum nachsteht. Dieses Präparat ist von FISCHEL Liquor anthracis compositus benannt und mit Erfolg therapeutisch verwendet worden.

Mit diesem Liquor anthracis konnte aber die Reihe der einschlägigen Versuche nicht als abgeschlossen gelten. So hat auch Herr Apotheker DR. GLASSNER in Heidelberg, durch mich veranlaßt, darüber nachgedacht, wie dieser Frage von einer anderen Seite beizukommen sei und ist dabei auf den glücklichen Gedanken verfallen, Aceton als Lösungsmittel zu versuchen, — dasselbe Aceton, welches in der Industrie als Lösungsmittel häufig gebraucht wird. Die Versuche, die wir zusammen anstellten, ergaben ein überraschend günstiges Resultat.

Im Anfang bedienten wir uns drei verschiedener Lösungen, wobei wir von einfachen Gewichtsverhältnissen ausgegangen waren. Fünfzehn Gewichtsteile gewöhnlichen, aus der Gasfabrik zu Heidelberg bezogenen Steinkohlenteers lösten wir in hundert Teilen Flüssigkeit. Die letztere bestand in einer Versuchsreihe aus reinem Alkohol, in der anderen — aus gleichen Teilen Alkohol und Aceton und in der dritten — aus Aceton allein. Nachher dehnten wir unsere Versuche auch auf Spiritusäther-Gemisch, auf Benzol, Benzol-Spiritus, Benzol-Aceton-Gemisch aus. Bei dem letzteren haben wir die Zahlenverhältnisse, wie sie FISCHEL für seinen Liquor anthracis angibt (10 Teile Teer auf 20 Teile Benzol und 77 Teile Spiritus) berücksichtigt, nur haben wir die unwesentlichen Beimengungen von Ricinus- und ätherischen Ölen, die darin enthalten sind, weggelassen.

Wir kamen dabei zu sehr merkwürdigen Resultaten, welche ich unten in einer Tabelle zusammenfasse, in der die Gewichtsmengen der auf dem Filter gebliebenen Rückstände in Prozenten ausgedrückt sind, und so die Löslichkeitsgrade des Teers in verschiedenen Flüssigkeitgemischen veranschaulicht werden.

² L. FISCHEL. Über ein neues Teerpräparat. Vortrag gehalten am 6. November 1894 in der Berl. Dermat. Vereinigung. *Archiv. f. Derm.* Bd. XXX. pag. 91 u. a. a. O.

Versuchsfüssigkeiten, die zur Lösung verwendet wurden.	Direkte Berechnung des Rückstandes in %	Indir. Berechnung d. gelösten Substanzen in %
I. Pic. lithantracis 15,0 in Aceton 100,0	33,0	67,0
II. Pic. lithantracis 15,0 in Aceton 50,0 Spiritus 50,0	37,3	62,7
III. Pic. lithantracis 15,0 in Spiritus 100,0	86,6	13,4
IV. Pic. lithantracis 15,0 in Spiritus 50,0, Äther 50,0 .	36,0	64,0
V. Pic. lithantracis 15,0 in Benzol 100,0	33,0	67,0
VI. Pic. lithantracis 15,0 in Benzol 50,0, Aceton 50,0 .	30,66	69,44
VII. Pic. lithantracis 10,0 in Benzol 20,0 Aceton 77,0 .	28,0	72,0
Zahlenverhältnisse nach FISCHEL, statt Spiritus Aceton versucht.		
VIII. Pic. lithantracis 10,0 in Benzol 20,0, Spiritus 77,0	40,0	60,0
Nach FISCHEL's Liquor antrac. simpl.		

Die Versuchsbedingungen sind überall die gleichen gewesen. Der Steinkohlenteer wurde mehrere Tage lang mit der jeweiligen Flüssigkeit bei Zimmertemperatur stehen gelassen, während dieser Zeit häufig umgeschüttelt und nach Ablauf dieser Zeit filtriert. Der Filtrerrückstand wurde mit dem betreffenden Lösungsmittel so lange und so häufig nachgewaschen, bis alle gelösten Substanzen durch das Filter durchgegangen waren und auf dem Letzteren nur noch trockenen Rückstand zurückgelassen hatten. Dieser wurde nun gewogen und sein prozentuales Verhältnis zur ganzen Menge des verwendeten Steinkohlenteers bestimmt. Ich bin in der Lage Ihnen hier die sämtlichen Rückstände in Substanz vorzulegen.

Schon bei der ersten Versuchsreihe zeigte sich die auffallende Differenz in dem Lösungsvermögen des Alkohols und des Acetons. Während die spirituöse Lösung nicht weniger als 86,6% harzigen Rückstandes ergab, hinterließ die reine Acetonlösung nur 33% vollständig trockener, pulveriger Substanz. Die Lösung in Spiritus und Aceton steht dazwischen, wenn auch die lösende Eigenschaft des Acetons, der hemmenden Wirkung des Spiritus gegenüber, unverhältnismäßig stark bei ihr zum Ausdruck kommt: sie ergibt nämlich nicht mehr als 37,3% Trockenrückstand.

Somit war die Überlegenheit des Acetons als Lösungsmittel, anderen genannten Flüssigkeiten gegenüber, mit Evidenz nachgewiesen. Nur war das Ergebnis bei gleichen Teilen Spiritus und Äther (Versuchsreihe IV) auch ein auffallend günstiges. Doch kommt diese Mischung therapeutisch nur wenig in Betracht.

Wie groß war aber meine Überraschung, als sich später zeigte, daß auch Benzol, das, wie oben gezeigt, der Hauptbestandtheil der FISCHEL'schen Lösung ist, genau dieselbe Löslichkeitsstufe, wie Aceton einnimmt, indem es auch nur 33% Trockenrückstand hinterläßt (Versuchsreihe V). Daraus läßt sich folgern, daß beide Lösungsmittel untereinander gleichwertig

seien, wäre allerdings übereilt, denn sonst müßten wir bei der Lösung des Teers in gleichen Teilen Benzol und Aceton wiederum denselben Rückstand (33%) erwarten, während er in Wirklichkeit nur 30,66% beträgt (Versuchsreihe VI). Welchem von beiden der Löwenanteil bei dieser erhöhten Lösungsarbeit zufällt, ob dem Aceton oder Benzol, läßt sich unschwer aus dem paradoxen Versuchsergebnis folgern, welches bei der Lösung von Teer in ungleichen Mengen Aceton und Benzol resultiert (Versuchsreihe VII). Bei diesen Versuchen nahmen wir uns die FISCHELSche Vorschrift zum Vorbild (also 10 Teile Teer auf 20 Teile Benzol und 77 Teile Spiritus) mit dem Unterschied nur, daß wir anstatt Spiritus Aceton substituierten. In diesem Gemisch von ungleichen Teilen Aceton (77 Teile) und Benzol (20 Teile) d. h. also beim Übergewicht von Aceton löst sich unser Teer noch besser, als in Aceton und Benzol ^a, indem er den geringsten Rückstand (von nur 28%) hinterläßt. Ergo, Aceton ist es, das immer und unter allen Umständen die meisten Mengen von Steinkohlenteer löst. Warum nun so große Verschiebungen in den Gewichtsmengen der Lösungsmittel nur so unbedeutende Verschiebungen in jenen des Rückstandes erzeugen, entzieht sich, wie noch mancher dunkle Punkt in der Teerfrage, jeder Erklärung. Vielleicht kommen hier gewisse elective Wirkungen der verschiedenen Lösungsmittel auf verschiedene Bestandteile des Teers in Frage, vielleicht sind auch ganz andere unbekannte Vorgänge hier im Spiel.

Thatsache ist — und dies scheint mir praktisch ungemein wichtig — daß unter allen angeführten Flüssigkeiten Aceton und immer Aceton es ist, welches die größten Mengen Teer zu lösen vermag.

Am deutlichsten springt dieser Vorzug des Acetons in die Augen, wenn wir nun die ursprüngliche FISCHELSche Lösung (Liq. Anthr. simpl.) zum Vergleich heranziehen, wo anstatt 77 Teile Aceton, wie wir es genommen hatten, neben 20 Teilen Benzol in Wirklichkeit 77 Teile Spiritus darin sind (Versuchsreihe VIII). Dieser Liq. Anthr. FISCHEL hinterläßt nun auf dem Filter einen Rückstand von nicht weniger als 40%! Stellen wir diesen 40% der FISCHELSchen Benzol-Spiritus-Lösung die 28% unserer Benzol-Aceton-Lösung gegenüber, so sind wir der Mühe enthoben, die Überlegenheit unserer Lösung zu betonen.⁵

Obwohl die Natur der dabei gelösten Bestandteile des Teers unserer Kenntnis vorläufig entzogen ist, so ist doch a priori anzunehmen, daß ein Körper, der wesentlich größere Mengen Teer zu lösen vermag, neben manchen für den therapeutischen Erfolg entbehrlichen Substanzen, auch von jenen noch nicht ganz bekannten Stoffen des Teers vielmehr in

⁵ Zu notieren wäre nur noch das paradoxe Verhalten der Holzteere z. B. der Pix liquida fagi, welche in allen Fällen nur ganz geringen Rückstand giebt, in Aceton aber (2,8% Rückstand) weniger als in Spiritus (1,3%) gelöst wird.

Lösung überzuführen vermag, auf welchen die Heilwirkung des Teers beruht, — daß also die Acetonlösung des Steinkohlenteers *ceteris paribus* eine größere therapeutische Brauchbarkeit uns in Aussicht stellen muß, als alle anderen bis jetzt versuchten Teerlösungen.

Und so will ich zur therapeutischen Seite unserer Frage übergehen.

Hier muß zuerst die Frage beantwortet werden, wie Aceton an und für sich der Haut bekommt, ob reines Aceton nicht schon allein die Haut irritieren oder schädigen kann. Die in dieser Richtung von mir angestellten Versuche haben nun ergeben, daß Aceton ein für die Haut gänzlich indifferenten Stoff ist, der auch bei häufiger Anwendung und bei sehr irritabler oder schon irritierter Haut absolut keine Reizungen hervorruft. Ob dem Aceton nennenswerte toxische Bedeutung bei äußerlicher, cutaner Anwendung zukommt ist, zum Mindesten sehr zweifelhaft, wenigstens hat sich bis jetzt kein Anhaltspunkt für eine solche Annahme ergeben. Im Vergleich mit dem Spiritus und dem Äther ist Aceton nur als ein angenehmer Körper zu bezeichnen, insofern als ihm die Reizwirkungen der ersteren Substanzen abgehen, während seine geringere Flüchtigkeit, namentlich dem Äther gegenüber, eine bessere Verteilung auf der Oberfläche und ein rascheres Eindringen in die Haut erwarten lassen. Außerdem ist sein Geruch angenehm kräftig und verdeckt zum größten Teil den nicht Allen sympathischen Teergeruch.

Als Vehikel für den Steinkohlenteer entspricht also Aceton allen Anforderungen: es erlaubt eine gleichmäßige Verteilung der Teerlösung auf der Haut, was namentlich bei größeren Flächen sehr in Frage kommt, es ermöglicht ihr rasches Eindringen in die Haut, es erleichtert wegen absoluter Reizlosigkeit die Teeranwendung auch dort, wo andere Präparate nicht so gut vertragen werden, es verbreitet einen kräftigen angenehmen Geruch und schließlich ermöglicht es eine ungemein billige und doch hervorragend wirksame Teerverschreibung.

Meine therapeutischen Versuche mit Teeraceton (denn dieses habe ich vorwiegend gebraucht) habe ich bei verschiedenen Dermatosen angestellt, und zwar nicht nur bei trockenen, sondern auch bei feuchten Hautkatarrhen, wie auch bei rein mykotischen Affektionen. Ich möchte es ganz besonders für die Behandlung von ausgedehnten, mit starkem Juckreiz einhergehenden trockenen und auch schon lichenifizierten Ekzemen empfehlen, wo die Anwendung auch an sehr großen Flächen ungemein einfach, sauber und expeditiv ist. Auf solche trockene Flächen mit einem Pinsel aufgetragen, hinterläßt die Lösung nach kürzester Zeit einen fast ganz trockenen, gelblich-braunen, wie Firnis haftenden Spiegel, der nur nach wiederholten Waschungen verschwindet. Die Aufpinselung kann bei einfachen Teeracetonlösungen unbegrenzt häufig vorgenommen werden. Schon nach sehr kurzer Zeit macht sich die

Wirkung geltend, indem nicht nur die Schuppung, sondern auch die Infiltrate schwinden und der lästige Juckreiz nachläßt. Von überraschend schneller Wirkung ist aber Teeracetone bei jener so lästigen Erkrankung der Hand und der Finger, die wir als Dysidrosis oder Cheiropompholyx bezeichnen. Das Eintrocknen und Exfoliieren der Bläschen vollzieht sich so rasch, daß man schon nach 24 Stunden dieselben nicht wiederfindet. Dabei tritt auch eine nennenswerte Herabsetzung der Schweifsekretion in den Vordergrund, so daß die Hautfläche, die sich bis dahin feucht und kalt anfühlte, sehr bald vollständig trocken wird.

Bei abheilender Sykosis coccigenes, wo die Pustulation im Abnehmen begriffen ist und bei leichten Fällen von Herpes tonsurans ist Teeracetone wiederum ein mächtiges Hilfsmittel für die Behandlung. Ebenso wirksam erweist es sich bei manchen seborrhoischen Affektionen, speziell des Kopfes. Schliesslich ist es überall dort anzuwenden, wo wir auch sonst Teertherapie bevorzugen.

So wäre ungefähr das Anwendungsgebiet der reinen Acetonlösung des Teers abgegrenzt, wenn wir von selteneren Hauterkrankungen, wie Pemphigus z. B. absehen, für die uns während dieser Zeit keine Erfahrungen vorlagen, wo sie sich aber gerade vermöge ihrer Reizlosigkeit und guten Vertheilbarkeit ganz besonders eignen würde.

Hat man aber vorgeschrittene Para- oder Hyperkeratosen vor sich, so erweist sich unsere einfache Teeracetone als viel zu schwach und man ist genötigt zu den Zusätzen wie Salicylsäure, Resorcin u. a. zu greifen, um die reduzierende oder keratolytische Kraft des Mittels zu steigern. Diese Substanzen lösen sich ohne Schwierigkeiten in der Grundlösung auf. Da aber die Abstufung dieser Substanzen dem individuellen Charakter jedes einzelnen Falles angepaßt werden muß, so habe ich davon Abstand genommen, eine feste Formel anzugeben, wie FISCHEL es für seinen Liquor compositus thut; ich will es vielmehr dem Arzt überlassen, nach seinem Gutdünken unserer Lösung soviel Salicyl, Resorcin oder auch andere darin lösliche Substanzen einzuverleiben, wie viel er für den gegebenen Fall für geeignet hält. Das ist nicht nur bequemer und rationeller, sondern es benimmt dem Präparat von vornherein jeden Schein eines Spezialartikels oder Geheimmittels und schließt auch jedes abhängige Verhältnis von einer bestimmten Bezugsquelle aus. Somit konnte ich mich auf die Angabe der Stamm- oder Grundlösung beschränken, die nur von Herrn Hofapotheker Dr. GLASSNER in Heidelberg vorrätig gehalten wird und auf 10 Teile Steinkohlenteer 20 Teile Benzol und 77 Teile Aceton enthält. Auf Wunsch kann diese Lösung durch Zusatz von ätherischen Ölen parfümirt werden.

Diese Grund- oder Stammlösung habe ich Solutio Lithantracis

acetonica benannt, welche Bezeichnung die Hauptsache kurz und bündig ausdrückt und mit die Verschreibungsweise wesentlich erleichtert.

Die Verordnungen würden demnach klar und übersichtlich lauten, wie z. B.

- ℞ *Solut. Lithantrac. acetonica* 100,0
 DS. oder
- ℞ *Solut. Lithantrac. acetonica* 100,0
Cui adde Ac. salicylic. 5,0
 MDS. oder
- ℞ *Solut. Lithantrac. acetonica* 20,0
Cui adde Ac. salicylic. 2,0
Resorcin. puriss. resubl. albiss. 8,0
 MDS. (Nach Art einer Schälpaste) etc. etc.

Über die beste Einverleibungsart von Schwefel sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Wie sich eigentlich das Schwefelkalium in Benzol und Spiritus, wie FISCHEL es will, in Gegenwart von Natronlauge ohne Dekomposition der Grundlösung lösen soll, ist mir nicht recht verständlich. Übrigens haben wir auch der FISCHELschen Vorschrift für den *Liquor compositus* genügt, indem wir auch eine Teer-Schwefel-Salicyl-Resorcin-Lösung in Aceton hergestellt haben.

Ich übergebe nun das neue Steinkohlenteerpräparat den Kollegen mit der Bitte, weitere Versuche damit anzustellen.

Allgemeine Tuberkulose und Elephantiasis-Dermatitis ekzematösen (seborrhoischen) Ursprungs.

Vorgetragen auf dem dritten internationalen dermatolog. Kongresse zu London.

Von

CH. AUDRY, Toulouse.

Meine Herren!

Der Gegenstand, den ich hier erörtern will, läßt sich folgendermaßen formulieren: Die Beziehungen der Tuberkulose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten. Es sind dabei drei Fälle ins Auge zu fassen. Einmal kann der Hautausschlag selber tuberkulös sein; oder er kann, ohne selber die charakteristischen Merkmale zu bieten, doch mit einer Tuberkulose der Eingeweide zusammenhängen, oder endlich die tuberkulöse Cachexie wirkt auf die Haut ein, die mehr oder weniger auch von dem allgemeinen Verfall betroffen wird. Bei allen drei Möglichkeiten aber spielt die Tuberkulose eine hervorragende Rolle.

Ich möchte nun zeigen, daß auch andere Fälle vorkommen, daß die Tuberkulose auch bei Personen mit irgend einem alten Hautleiden, und wahrscheinlich infolge dieses Hautleidens sich einstellt.

Ich habe eine Frau beobachtet, bei der eine ekzematöse Dermatitis ganz alten Datums zu aufsergewöhnlichen Hautstörungen Anlaß gab und in deren Verlauf eine allgemeine Tuberkulose zum Ausbruch kam, die zweifelsohne durch die Dermatoase mächtig gefördert wurde.

Dermatitis eccematiformis seit 37 Jahren bestehend; im Anschluß daran Elephantiasis; zahlreiche kalte Abscesse u. a. w.

Die 38jährige Patientin wurde am 16. Januar 1895 auf meiner Klinik (Hôtel - Dieu, Salle Sainte - Céole No. 9) aufgenommen und blieb seitdem in meiner Behandlung. Vater starb an Delirium tremens.

Im zweiten Lebensjahr litt sie ihrer Angabe nach an einem juckenden Ausschlag von starker Ausdehnung, der ungefähr ein Jahr dauerte; seitdem Furunkel u. s. w.

Mit 20 Jahren erster Anfall von Ekzem an der linken unteren Extremität. Mit 22 Jahren erstes Wochenbett, dann wieder je eins mit 25 und 27 Jahren. Während dieser 7 Jahre blieb das Ekzem des linken Schenkels unverändert, nach der letzten Entbindung jedoch nahm das Bein langsam aber stetig an Umfang zu. An diesem Verhalten hat sich in den seitherigen 15 Jahren nichts verändert; es sind nur noch Jucken und Ekzematization hinzugekommen. Auch das rechte Bein ist, allerdings erst seit kürzerer Zeit, ergriffen. Seit einem Jahre kann Patientin nichts mehr thun. Im Mai 1895 entwickelte sich in der linken Fossa infraclavicularis ein umfangreicher kalter Abscess. Derselbe wurde auf der chirurgischen Abteilung eröffnet, ausgekratzt und dräniert; es liefs sich aber kein Zusammenhang mit Knochen oder Drüsen nachweisen; letzteres hatte ich stark vermutet.

Im Juni des nämlichen Jahres entdeckten wir auswärts vom linken großen Trochanter einen weiteren, sehr umfangreichen kalten Abscess; er safs subkutan und wurde nicht eröffnet — über seinen Ursprung läfst sich daher nichts aussagen — sondern mit vielen Jodoformather- und Glycerin-spritzungen behandelt.

Beim Zugang der Patientin auf die Abteilung wurde folgender Status praesens aufgenommen: Kleine, abgemagerte Frau. Linker Ober- und Unterschenkel weisen beträchtliche Störungen auf; der Unterschenkel ist ungeheuer verdickt und sitzt wie ein großer Cylinder auf dem Fuß. Die Haut ist mit Krusten und mit einer erweichten, schmutzigen Epidermisschicht bedeckt, hier und da finden sich nässende, rote Stellen; am unteren Drittel, und namentlich unter und hinter den Malleolen besteht ein ausgesprochener Status papillomatosus, die Haut bildet hier kleine

runde, harte, dichtstehende Warzen, die von schwärzlichen Epidermisfetzen bedeckt sind. Der Fuß ist weniger verändert; nur seine Haut ist verdickt, gespannt, rot, mehr oder weniger nässend.

Es wurde schon erwähnt, daß der Unterschenkel cylindrische Gestalt habe; die Volumszunahme betraf seinen oberen Teil also weniger; dieselbe hat hier aber den nämlichen Charakter, wenn auch nicht den nämlichen Grad. Der Prozeß erstreckt sich, immer schwächer werdend, bis zur Mitte des Oberschenkels und hört hier ziemlich plötzlich auf. Die Haut ist auf dieser Strecke sehr starr, fast glatt, lebhaft rot und fortwährend nässend. Die Grenze schien gesund und normal zu sein. Das Jucken war namentlich auf dem Oberschenkel von besonderer Heftigkeit. Die Drüsen waren nicht geschwollen, die Gelenke und Muskeln nicht beteiligt.

Auf dem rechten Bein sind die Veränderungen ähnlich, nur minder ausgesprochen; ein richtiger Elefantenfuß hat sich hier noch nicht entwickelt. Die Verdickung beginnt hier unterhalb des Knies und reicht bis zu den Knöcheln, ein papillomatöser Zustand ist kaum angedeutet und der Oberschenkel ist ganz gesund. Auf dem Fuße gewahrt man nur etwas Rötung und Infiltration, die aber bei weitem nicht den hohen Grad wie links erreicht.

Die inneren Organe bieten nichts Abnormes, der Harn eiweiß- und zuckerfrei. Während ihres anderthalbjährigen Aufenthalts auf der Klinik erlitt die Patientin keine nennenswerte Störung des Allgemeinbefindens und enthielt ihr Harn niemals abnorme Bestandteile. Es wurden in dieser Zeit nur mehrfache Anfälle von Seborrhoea erythematosia des Gesichts, ein *Eccema seborrhoicum retro-auriculare* und verschiedene andere Herde von typischem *Eccema seborrhoicum* beobachtet. Bei der Behandlung erwiesen sich nur verlängerte Bäder und immerwährende feuchte Einpackungen wirksam; nur das letztere Mittel war im stande, das Jucken zu unterdrücken.

Wir haben zwei Biopsien vorgenommen.

Das Allgemeinbefinden hat einstweilen noch nicht gelitten und die *Hauterkrankung* hat sich beträchtlich zurückgebildet. Der rechte Unterschenkel ist ganz geheilt, seine Epidermis ist nur noch etwas gespannt, glänzend, mit weißen Narben besetzt. Das linke Bein hat um die Hälfte an Umfang abgenommen, alle Macerationsfetzen und Borken sind verschwunden, das Nässen hat aufgehört; von dem Status papillomatosus ist fast nichts mehr zu sehen, der Fuß ist abgeschwollen und das Jucken erträglich. Patientin ist allerdings erst seit 15 Monaten unausgesetzt in Behandlung, die Besserung besteht erst 3—4 Monate und eine völlige Heilung ist, wenn überhaupt zu hoffen, noch in weiter Ferne (August 1896.)

Die mikroskopische Untersuchung der ausgeschnittenen Stücke liefs

nun vor allem die tuberkulöse Natur des Leidens mit Sicherheit ausschließen. Das war aber gerade der Zweck der wiederholten Biopsien, daß wir uns zu einer Zeit, wo die Besserung noch nicht weit genug vorgeschritten war, um die Hauttuberkulose auszuschließen, und wo die Reihe der ekzematösen Erscheinungen sich noch nicht abgewickelt hatte, versichern wollten, daß wir hier keine Lupus-Elephantiasis vor uns hätten.

Wir fanden, um mich kurz zu fassen, eine durchgreifende und beträchtliche Atrophie des Epitheliums, das überall auf 3—4 Zellagen geschrumpft war. Die erste dieser Lagen besteht aus normalen Cylinderzellen, denen 2—3 Reihen unregelmäßig geformter Zellen folgen, von denen einzelne noch deutliche Spuren einer frischen Karyokinese zeigen. Körner- und Hornschicht und alles übrige fehlt. Die Papillen sind nur spärlich vorhanden; ab und zu sendet die Epidermis lange, zarte, interpapilläre Fäden aus.

Die Bindegewebsbündel der Cutis sind beträchtlich geschwollen, das elastische Gewebe ist bis auf einige dünne Züge geschwunden; dieselben laufen den Bindegewebsbündeln teils parallel, teils stehen sie senkrecht zu ihnen. Fixe Zellen sind nur spärlich vorhanden, die Gefäße wenig zahlreich und nicht erweitert. Hin und wieder einige embryonale Stränge, die schräg oder senkrecht zur Epidermis verlaufen und als Entzündungsinfiltrat aufzufassen sind; bemerkenswert ist, daß sie sich nur in der Nachbarschaft axialer Gefäße finden.

Wir haben also einen degenerativen Prozeß vor uns, dafür spricht die Schwellung der Bindegewebsbündel, der unvollständige Schwund des elastischen Gewebes, die Zartheit der entzündlichen Infiltrate und die auffällige Atrophie der Epidermis. Von irgendwelcher tuberkulösen Wucherung ist nirgends eine Spur zu entdecken. Der kalte Absceß über dem Schlüsselbein ist fast geheilt, es besteht nur noch ein kleiner mit Krusten bedeckter Strang, in dessen Umgebung die Haut etwas ekzematös ist, sicher eine Folge der zahlreichen Verbände.

Desgleichen ist der kalte Absceß in der Trochantergegend in den letzten Tagen fast ganz resorbiert; zum Teil hat er sich auch durch eine kleine Fistel entleert, die nach den Punktionen und Jodoformeinspritzungen zurückgeblieben war.

Auf der linken Lungenspitze leichte Dämpfung, undeutliches Atmen, Reiben und Knarren. Die Kranke hustet etwas, hat aber keinen Auswurf. Trotzdem scheint es außer Zweifel, daß ein langsam verlaufender Lungenprozeß vorhanden ist. Über die Natur der Hauterkrankung will ich mich jeder weiteren Bemerkung enthalten. Die Diagnose scheint mir nicht zweifelhaft: Elephantiasische Neubildung als Ausgang eines ganz veralteten und schweren *Eccema seborrhoicum*; die Lungentuberkulose und *Conjunctivitis* sind erst in letzter Zeit hinzugekommen.

Ist die Tuberkulose eine Folge des Hautleidens? Ein spezifisches Band zwischen beiden Krankheiten besteht nicht; sie laufen nur zeitlich nebeneinander her, und während die eine im Abnehmen begriffen ist, wird die andere, wie sonst immer, so auch hier wahrscheinlich einen tödlichen Ausgang nehmen. Trotzdem bin ich der Meinung, daß erst durch die mit der Dermatose herbeigeführte Ernährungsstörung die Schwindsucht hervorgerufen und in ihrer Entwicklung beschleunigt wurde. Dadurch wird die Frage nahe gelegt, ob es sich nicht auch in anderen Fällen ähnlich verhält; die Tuberkulose, die sich im Verlauf schwerer Hautkrankheiten, der **HEBRASCHEN** Pityriasis rubra (**JADASSOHN**) z. B. entwickelt, steht auch wahrscheinlich in keiner näheren Beziehung zu der Dermatose.

Ich beschränke mich also einstweilen darauf, zu sagen, daß bei Individuen mit schweren Hautleiden nicht tuberkulöser Natur eine allgemeine Tuberkulose zum Ausbruch kommen kann, daß diese von ersterer aber nur insofern abhängig ist, als jene ihr den Boden vorbereitet und den Organismus für die Aufnahme der Bacillen günstig stimmt.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Aus der Praxis.

Über Salicylsäureseifenpflastermull.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW.

Die seinerzeit von **PRICK** angegebene Methode, für derb infiltrierte Ekzeme, inveterierte Psoriasisplaques, Lichenknoten, warzige Gebilde etc., eine Verbindung von Salicylsäure und Sapo medicatus in Pflasterform anzuwenden, hat unter den Dermatologen eine große Anzahl von Anhängern gefunden. Auch ich habe mich von der guten Wirkung desselben häufig überzeugen können, besonders wenn ich anstatt eines gewöhnlichen Pflasters den von **Beiersdorf & Co.** hergestellten Salicylsäureseifenguttaperchapflastermull benutzte. Nur kurz sei erwähnt, daß die Pflastermullform eine viel einfachere und reinlichere in der Anwendung ist, daß die **Klebkraft** eine viel energischere und die Wirkung selbst eine energisohere und tiefgreifendere ist, infolge der absoluten Impermeabilität und der Erweichung der Hornschicht durch die Retention der Hautsekrete. Es darf

demnach mit Fug und Recht eine Applikation des Beiersdorfschen Salicyl-seifenpflastermulls empfohlen und der Vorzug desselben vor dem gewöhnlichen „Emplastrum“ nochmals betont werden.

Gehen wir auf die Veränderungen, welche die Anwendung unseres Pflastermulls hervorruft, ein, so ist zunächst zu erwähnen die prompte und schnelle Ablösung der normalen oder erkrankten Hornschicht und die verhältnismäßig geringe Reaktion der Cutis und des Papillarkörpers, welche niemals auf die von Pflastermull nicht bedeckten Hautpartien übergreift. Außerdem finden wir eine ausgesprochen antiparasitäre Wirkung, welche nicht nur durch die beständige Abschuppung, indem eine Legion abgestorbener Mikroorganismen entfernt werden, sich kundgibt, sondern auch durch den direkteren Contact mit dem Papillarkörper, welcher, nur mit einer minimal dünnen Oberhaut bekleidet, eine Aufnahme der pilztötenden Salicylsäure und Seife gestattet. In allen Fällen ist diese Wirkung eine übereinstimmende und einheitliche. Wir haben keine Dermatitis niederer oder höherer Grade zu befürchten, wir haben niemals eine ätzende, zur Nekrose führende Hautfläche, keine Geschwürsbildung zu verzeichnen. Deshalb und auch weil die Wirkung an sichtbaren Hautpartien eine für das Auge nicht erheblich wahrnehmbare und demnach nicht entstellende ist, ist es dem Patienten möglich, seinem Berufe nachzugehen und sich eventuell nur einer nächtlichen Behandlung zu unterziehen, eine Eigenschaft, welche für die Bedürfnisse der ärztlichen Praxis von großer Bedeutung ist.

Die Indikationen, welche sich aus der soeben beschriebenen Wirkung des Salicylsäureseifenpflastermulls ergeben, sind unschwer festzustellen: bei allen mehr umschriebenen Dermatosen, welche mit einer Verdickung der Hornschicht einhergehen, sei es nur um dieselbe zu beseitigen, sei es um eine antiparasitäre oder reduzierende Wirkung des Pflastermulls oder anderer danach anzuwendender Medikamente sowohl an der Hautoberfläche, wie in der Tiefe zu erzielen.

1. Bei Keratomen und keratoiden Ekzemen besonders der Extremitäten allein oder als Einleitungskur für Teer, Pyrogallol, Anthrarobin etc.

2. Bei inveterierten psoriatischen Plaques allein oder vor Chrysarobin, Teer, Pyrogallol etc.

3. Bei derben Lichenplaques, allein oder vor $HgCl_2$ und Acid. carbolic.

4. Bei Warzen, Naevi, Hauthörnern, kleinen Geschwülsten allein oder vor der Ätzung.

5. Zur Vor- und Nebenbehandlung der Acne vulgaris. Zur Erweichung der verdickten Hornschicht en bloc, Beseitigung der Komedonen und Follikulitiden. Nächtliche Applikation. Ausübung des Berufs möglich. Neben und vor der mechanischen und medikamentösen Hauptbehandlung

durch S, HgCl₂, Acid. salicylic. Resorcin, Bismuth enthaltende Pulver, spirituöse Lösungen, Salben, Pasten etc.

6. Bei Sykosis coccogenes in allen Formen, allein oder besonders vor Hg-Carbolpflastermullbehandlung und allen gebräuchlichen Methoden. Nächtliche Applikation. Keine Berufsstörung.

7. Bei der Rosacea vor Schälkuren mit Schwefel oder Resorcin, vor Skarifikation, Elektrolyse, Thermokauter oder Galvanokaustik oder vor den gewöhnlichen S-Ichthyol-Resorcin-Salicylsalben, Pasten oder Firnissen. Nächtliche Applikation. Keine Berufsstörung.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die Lymphgefäße und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase, von D. GEROTA. (*Anat. Anz.* 1896. No. 4 u. 5.) Am Nabel sind zu unterscheiden die oberflächlichen und tiefen Lymphgefäße; erstere verlaufen im Unterhautzellgewebe, folgen den Art. epigastricae superficiales, und ergießen sich in die oberflächlichen Leistendrüsen. Die tiefen Lymphgefäße folgen den Vasa epigastrica inferiora, durchsetzen mehrere kleinere Lymphdrüsen und münden in die tiefen Leistendrüsen, oder in die Lymphoglandulae iliacaе an den Art. iliacaе internaе. Diese Drüsenkette bezeichnet man als Lymphoglandulae epigastricae inferiores. In zwei von zehn Fällen fand Verfasser am Nabelring im subperitonealen Bindegewebe eine Drüse, Lymphoglandula umbilicalis. Außerdem verlaufen Lymphbahnen mit der Vena umbilicalis und dem Ligamentum teres.

An der Blase sind zu unterscheiden die Lymphgefäße der Schleimhaut und diejenigen der Muskelhaut. Die ersteren sind im Trigonum besonders entwickelt und ziehen zu den Lymphgefäßen der seitlichen Beckenwand. Die Lymphgefäße der Muskelhaut sind leichter zu injizieren. Man unterscheidet diejenigen der vorderen und diejenigen der hinteren Wand; sie ziehen sämtlich zur Seitenwand, wo sie mit den Art. umbilicalis weiter gehen. In ihrem Verlaufe treffen sie die Lymphoglandulae vesicales laterales. Hinter der Schamfuge im prävesikalen Fettgewebe liegen noch die Lymphoglandulae vesicales anteriores. Die aus diesen beiden Drüsengruppen austretenden Lymphgefäße gehen zur seitlichen Beckenwand, wo sie bald in eine unterhalb der Art. iliaca externa gelegene Drüse, bald in eine Drüse unter der Hauptteilungsstelle der Art. hypogastrica liegen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beiträge zur Kenntnis der Physiologie der Hautsinne, von TORSTEN THUNBERG. (*Upsala Läkareförenings Förh.* XXX.) Verfasser giebt eine neue Methode zur Untersuchung des Temperatur- und Schmerzsinnes der Haut an. Sie besteht in der Anwendung einer Serie von kleinen cylindrischen Apparaten; jeder von diesen ist an der Grundfläche mit einem zirkelrunden Quadratcentimeter grossen, dünnen Silberplättchen bekleidet, welches mit Gummi an einer Fliedermarkscheibe festgeklebt ist;

diese letzte ist mit ihrer oberen Fläche an einem cylinderförmigen Stück Kork befestigt, welches als Griff dient. Durch Anwendung einer Serie von solchen Apparaten mit Silberplättchen von verschiedener Dicke, welche alle auf derselben Temperatur erhalten werden, indem man sie auf einem speziell dazu konstituierten Wasserbade stehen läßt, hat man in der Dicke des Silberplättchens und in seinem Gewicht ein Maß für die Reizbarkeit des Temperatursinnes, wegen der im Verhältnis zur Dicke der Plättchen verschiedenen Wärmemenge, die, je nachdem die Plättchen wärmer oder kälter als die Haut sind, derselben zugeführt oder geraubt wird. Rücksichtlich der Anwendung des Apparates und der übrigen Untersuchungen des Verfassers wird auf die Abhandlung selbst hingewiesen.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Mikroskopie.

Als neue Färbemethode des Nervensystems, besonders zu makroskopischen Zwecken, empfiehlt VASTARINI-CRESI folgende: Das ganze Rückenmark und Gehirn kommt samt den Meningen für 14 Tage in ca. 3 l einer 16‰igen Formaldehydlösung; am zweiten oder dritten Tage werden die Meningen entfernt. Nach zwei Wochen wird das Präparat in 3—5 cm lange Querschnitte eingeteilt, welche auf 12—24 Stunden in 40° Alkohol und von da in 0,75—1% wässrige Höllesteinlösung kommen. Letztere färbt die weiße Substanz zunächst braun, dann immer dunkler bis schwarz, während die graue Substanz beinahe unverändert bleibt. Das Präparat wird nach der Entfernung aus der Höllesteinlösung mit Wasser (während 2 bis 3 Tagen und im Dunkeln) ausgewaschen und in 70%igen Alkohol aufbewahrt. Von der Farbreaktion ausgeschlossen sind die degenerierten oder noch nicht myelinisierten Nervenfasern. (*Rif. med.* No. 39, 1896.)

C. Müller-Wallisellen.

Über die neueren Protoplasmatheorien und das Spongionplasma, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 48.) Über den feineren Bau des Zellenleibes sind in letzter Zeit zwei Arbeiten von FLEMMING und WALDEYER erschienen, deren Inhalt Verfasser zunächst wiedergibt.

FLEMMING unterscheidet drei Anschauungen über das Protoplasma, je nachdem demselben eine homogene Substanz, ein Fadengerüst oder ein wabiger Bau als Grundlage zugeschrieben wird. Die erstgenannte Auffassung ist wohl verlassen. Die Fadengerüsttheorie wird von FLEMMING u. a. vertreten. Die Wabentheorie von BÜTSCHLI ist noch wenig bekannt und anerkannt. Dieselbe betrachtet den Zellenleib als kammerig, wabig d. h. nach Art eines Schaumes aus festeren Wänden mit flüssigerem Inhalt gefüllten Hohlräumen bestehend. Es ist deshalb nicht ausgeschlossen, daß die Wände des Fachwerks besonders differenzierte Fasergebilde enthalten, so daß sich die Wabentheorie mit der Fasergerüsttheorie vereinigen läßt. Der Wabenbau wird überall, auch in anorganischen Gebilden gefunden, was gerade bei Anatomen Bedenken erregt.

WALDEYER unterscheidet, abgesehen von der Granulatheorie ALTMANN'S, die sich mehr auf die Zelleinschlüsse als auf den Zelleib erstreckt, neben den genannten Theorien noch die LEYDIG'SCHE, nach der flüssiges Hyoplasma in einem festen Spongionplasma enthalten ist. Das Prototyp dieser Theorie ist der Schwamm, dessen Wände häufig durchbrochen sind, was nach der Wabentheorie nicht der Fall ist. Nach letzterer ist das Wabengerüst das eigentlich lebendige, nach LEYDIG aber das Hyoplasma.

Verfasser, der den Namen Protoplasma für die Interfilarmasse der Fadengerüsttheorie, als das wesentlichste, eigentlich lebende des Zelleibes, beibehalten will, bekennt sich zu der LEYDIG-BÜTSCHLISCHEN Theorie, zu der er, ohne sie zu kennen,

auf Grund seiner Untersuchungen mit spezifischen Färbungsmethoden der Hautzellen gekommen ist. Insoweit weicht er nur ab, als er die Wabenwände nicht aus flüssigen Stoffen bestehend ansieht, sondern glaubt, daß sie aus weicherer, solider Substanz mit eingesprengten Flüssigkeitstropfen bestehen.

An pathologisch veränderten Zellen zeigt der Verfasser die zwei Haupttypen, den wabigen oder schaumigen Typus und den spongiösen Typus. Den exquisit schaumigen Typus zeigen die „Korbzellen“, wie man sie im ödematösen, jungen Granulationsgewebe findet. Dieselben ähnen der Talgdrüsenzelle, deren Fettkügelchen den Flüssigkeitstropfen ähneln. Daneben finden sich im Granulationsgewebe alle möglichen spongiösen Zellen, Spindel-, Spinnen-, Plattenzellen, den Vorläufern des Narbengewebes. Die Plattenzellen entsprechen mehr dem LEYDIGSchen Typus, die Korbzellen mehr dem BÜTSCHLSchen. In beiden Zellarten findet man nun den anderen ebenso wichtigen Teil des Protoplasmas nicht, das Granuloplasma, das wiederum in den Spindel- und Spinnenzellen mehr hervortritt, den Wabenwänden anliegend. In den Waben selbst sieht man das Granuloplasma deutlich bei den Plasmazellen. An den Spindelzellen haben, wie auch BÜTSCHLI gezeigt hat, selbst die längsten Äste noch einen rein wabigen Charakter. Die Waben haben einen Durchmesser von 1—2 μ , die kleinen und kleinsten sind durchaus nicht immer rund, wie sie sein müßten bei flüssigem Inhalt in flüssiger Umhüllung.

Alle diese Dinge sind an in absolutem Alkohol gehärtetem Granulationsgewebe bei Anwendung der geeigneten Färbetechnik leicht zu studieren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Lochkerne des Fettgewebes, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Medizinzeitg.* 1896. No. 58.) Die Methylenblau Tanninfärbung hat zur Entdeckung der Lochkerne des Fettgewebes geführt, die aber auch bei Karmin- und Hämatingpräparaten erkennbar sind. Sie erscheinen als violette, saure Kerne mit einem oder mehreren scharf-randigen, durchschlagenden, aber auch nur dellenartig einbuchtenden Defekten. Auch die blauen Kerne weisen ähnliche Löcher auf. Dieser Befund des Verfassers wurde erweitert durch SACK, der fand, daß den Löchern meistens schöne runde, ungefärbte Bläschen entsprechen, die in der Profilansicht den Kern halbkugelig überragen. Bei starker Abblendung mittelst der Irisblende ist das am Schattenbild alles leicht zu erkennen. SACK leitet diese die Defekte ausfüllenden Perlen ab von kleinen in der Kernsubstanz nahe dem Kernkörperchen lagernden Vakuolen. Die Perlen werden aus Kernen in den Zelleib ausgetrieben, deren Arbeit aber nicht mit dem Austritt einer Perle beendet ist. SACK nimmt an, daß diese Perlen alkalisch sind und deshalb in dem Fettzelleib mit dem Fett an der Berührungsstelle Seife bildet, so daß die sichtbare, zarte Kontur des Bläschens als Seifenmembran anzusehen ist. Dem kann Verfasser nicht beistimmen, da auch in den Präparaten, die lange in Alkohol und Äther gelegen, der Contour deutlich bleibt. Er ist vielmehr geneigt, das in Rede stehende Gebilde als aus einer festweichen albumoiden Substanz bestehend anzusehen. RABL hat gemeint, daß die Bläschen nur kleine Fetttropfchen seien und die Kerndefekte nur Druckphänomene. Diese Auffassung ist unrichtig, denn die Bläschen färben sich durch Osmierung nicht und sind auch an mit Alkohol und Äther gefärbten Präparaten deutlich sichtbar. Die Bläschen haben nichts mit der Gegenwart von Fett zu thun, da UNNA die Lochkerne auch außerhalb der Fettzellen gefunden hat. Der Verfasser stimmt also in Bezug auf die Genese mit SACK überein, in Bezug auf die chemische Natur glaubt er SACK wie RABL widersprechen zu müssen. Wahrscheinlich sind es eiweißartige Koagulationsprodukte, Folgen regressiver und degenerativer Kernveränderungen. Dafür spricht auch der Befund von blaugefärbten Chromatinkörnern in der Umgebung der Lochkerne. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Untersuchungen von INFANTE-Tortona über den Gebrauch des Formalins in der Histologie haben ergeben, daß dasselbe in 5%iger Lösung ein gutes Fixationsmittel ist für Protoplasma, Nerven und auch (entgegen der Ansicht von LACH) für Muskelsubstanz. Bei der Fixation von Blutpräparaten hat es sich nur in Verbindung mit Kaliumbichromat bewährt. (*Rif. med.* 1896. No. 155.)

C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Bakteriologie.

Über den Nachweis des Staphylococcus epidermidis albus auf unerwartete Weise, von T. C. CRAIG. (*New York med. Journ.* 11. April 1896.) Von WELCH ist bekanntlich vor einigen Jahren nachgewiesen worden, daß ein Mikrocooccus, der mit dem ROSENBACHSchen Micrococcus pyogenes albus die größte Ähnlichkeit hat, sich sehr häufig in dem eigentlichen Derma vorfindet. CRAIG meint, daß dieser Coccus von einigen Autoren fälschlich als Ursache von Scharlach, Masern, Gelbem Fieber etc. angesehen worden ist, und berichtet über Beobachtungen an Malariakranken, bei denen er, auf der Suche nach dem krankheitserregenden Parasiten, in dem der Fingerkuppe unter allen antiseptischen Kautelen entnommenen Blute durch Kulturen diesen Coccus nachweisen konnte.

Philippi-Remscheid.

Smegma- und Tuberkelbacillen, von GRETHE. (*Fortschr. d. Med.* 1896. No. 9.) Die Unterscheidung von Smegma- und Tuberkelbacillen ist am sichersten durch den Tierversuch zu machen. Die LUSTGARTENSche Färbung der ersteren färbt auch die letzteren. Die GIACOMISche Methode ist auch zur Abgrenzung nicht geeignet. Sehr wenig sind die gefärbten Smegmabacillen widerstandsfähig gegen Alkohol, welches sie bei fünf Minuten wärend der Einwirkung wieder entfärbt, während die Tuberkelbacillen den Farbstoff länger festhalten. Diese Eigenschaft bewährt sich besonders, wenn man ohne Säureanwendung das mit Fuchsin gefärbte Präparat mit konzentriert alkoholischer Farbstofflösung (Methylenblau) umfärbt. Die Smegmabacillen nehmen den neuen Farbstoff auf, nicht aber die Tuberkelbacillen. Eine Differenzierung erreicht man auch mit der CZAPLEWSKISchen Färbung mittelst alkoholischer Fluorescia. Methylenblaulösung. Die Smegmabacillen werden blau, die Tuberkelbacillen bleiben rot. Jedoch ist das erstere Verfahren — Umfärbung mit alkoholischer Methylenblaulösung — einfacher.

Diese Färbungsmethoden zu kennen, ist besonders bei der Diagnose von Tuberkulose des Urogenitalsystems sehr wichtig, da hier die Smegmabacillen häufig gefunden werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Reinkulturen von Protozoen auf festen Nährböden, von FRANZ SCHARDINGER. (*Centrabl. f. Bakteriologie u. Parasitenkunde.* 1896. No. 14 u. 15.) Verfasser gelang die Züchtung von Protozoen auf einem Nährboden, der folgendermaßen bereitet wird: 30—40 g Heu oder Stroh werden mit 1 l Wasser aufgeköcht, dem Filtrate 1—1½% Agar-Agar zugesetzt und dann bis zur Lösung des letzteren geköcht. Zur Alkalisierung wurde Na₂CO₃ zugesetzt. Das ganze wird ohne vorherige Filtration in Eproutetten gefüllt. Bei der vorzunehmenden Sterilisation ballt sich der entstehende Niederschlag zusammen, sinkt zu Boden und stört bei geeigneter Schräglagerung später nicht die makroskopische Betrachtung der Kultur. Auf diesem Boden wurde gezüchtet eine wahrscheinlich zu den Mikrosporidien gehörige Art, ein wahrscheinlich zu den Monadniae zoosporae gehöriges Myketozoon und die Amoeba coli, gefunden in einem Typhusstuhl.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Idioneurosen.

Über die Ursache des Pruritus universalis gravidarum, von Dr. KOLBARENKO. (*Russ. Journ. f. Gynäkol. u. Geburtsh.* 1896. No. 7. 8.) Bei einer 23jährigen nervösen II graviden Frau beobachtete Verfasser einen Monat vor dem Geburtstermin einen am Unterleibe beginnenden, sich über die ganze Körperoberfläche verbreitenden Pruritus. Hautveränderungen waren nicht vorhanden, die Therapie machtlos. Nach der normal verlaufenden Geburt hörte der Pruritus auf. Verfasser schreibt das Auftreten des Pruritus toxischen Einflüssen zu, die hervorgerufen werden können 1) durch Aufnahme toxischer Substanzen aus dem Darmtractus, die durch die Haut ausgeschieden werden; 2) durch Ausscheidung einer Substanz durch die Haut, welche die augenscheinliche Veränderung des Fruchtwassers, wie sie bei der Geburt beobachtet wurde, bewirkt hatte. Eine chemische Untersuchung des Fruchtwassers ist leider nicht vorgenommen worden.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Sekretionsanomalien.

Ein Fall von einseitiger Hyperidrosis des Gesichts, von Dr. KASINOW. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 20.) Der Fall betraf eine 25jährige Frau, Bäuerin, die im Laufe von drei Jahren an einer fortwährenden Hyperidrosis der rechten Hälfte des Gesichts und des Halses litt. Das Leiden hielt tags und nachts über an, im Sommer und im Winter mit gleicher Stärke. Die ganze affizierte Seite erschien stark gerötet, mit einem ekzematösen Ausschlag in Form von roten Papeln. Autor hält dieses bezeichnete Leiden für eine Trophoneurose auf der Grundlage eines Nervenleidens von hysterischem Charakter.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine seltene Hauterkrankung, von N. KUSCHEW. Verfasser beschreibt (*Med. Rundsch.* 1896. No. 6) zwei Fälle. Die Erkrankung manifestiert sich in Form leicht erhabener Linien, die eine netzförmige Verflechtung darstellen, an dem einen Ende solcher Linien befindet sich ein schwarzer Punkt, welcher bei mikroskopischer Untersuchung als Parasit erkannt werden kann. Derselbe hat eine längliche Form mit zugespitztem Ende und querer schwarzer Streifung. Die Hautaffektion bewirkt ein starkes Jucken, so daß am ganzen Körper ein Ekzem entstehen kann. Wird der Parasit entfernt, so heilt die Krankheit sehr rasch. Näheres über denselben fehlt.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Ein sich im epidermoidalen Gewebe einnistender Wurm, von Dr. SOKOLOV. (*Wratsch.* 1895. No. 52.) Der Parasit ist 1 mm groß, besteht aus zehn Gliedern; der Kopf ist von einem Hakenkranz umgeben, zwei an Saugnäpfe erinnernde Gebilde, jedes der zehn Glieder ist von kleinen Häkchen umgeben, am Schwanzende zwei kolbenartige Anschwellungen. Im Innern scheinen zwei quergestreifte Röhrchen durch. Die Parasiten finden sich am häufigsten im Gesicht, doch auch auf anderen Körperteilen, sie graben sich einen Gang in die Haut. In der Nähe des Kanals finden sich öfters an den Häkchen schwarzgefärbte Eier. Der Kanal kann bis 15 cm lang sein. Die Kranken werden durch das Gefühl von Jucken geplagt. Unter der ländlichen Bevölkerung soll dieser Parasit sich nicht so selten finden. Die Herkunft ist unbekannt.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Zur Entfernung der Tätowierungen empfiehlt Dr. MINIME (*Journ. de méd. de Paris* 23. Juni 1895.) Waschung der Haut mit konzentrierter Tanninlösung, Einstechen von Nadeln in die Tätowierung und Eindrücken eines angespitzten Höllesteinstiftes

in die Stichkanäle. Es bildet sich unter lebhaften Schmerzen Silberannat in der Haut, das das Pigment allmählich zur Elimination bringt.

Über die Argyrie bei Glasperlenversilberern, von L. SCHUBERT. (*Zeitschr. f. Heilkde.* 1895.) Die Versilberung der Glasperlen wird so ausgeführt, daß der Arbeiter durch eine kurze Glasröhre in die perlschnurartig zusammenhängenden Glasperlen eine entsprechende Silberlösung einsaugt, wobei natürlich leicht etwas von letzterer in den Mund gelangt. Die Zähne werden dadurch bald schwarz und bröckeln schmerzlos ab. Demnächst stellt sich eine Verfärbung der Zunge ein und schließlich eine allgemeine Argyrie. Letztere ist gewöhnlich erst nach 3—4 Jahren ausgebildet. Zwei derartig gefärbte beschreibt der Verfasser genauer. Die Verfärbung ist eine diffuse; nur vorhandene Narben stechen durch ihre ursprüngliche weiße Farbe hervor. Ober- und Unterschenkel sind fast ganz frei. Lippenschleimhaut, wie alle übrigen Schleimhäute, auch die Conjunctiva, sind ebenfalls verfärbt. Die Lymphdrüsen sind nicht vergrößert. Es handelt sich hier um eine Gewerbeargyrie durch innere Argentumzufuhr. Im Urin ließe sich das Silber ebensowenig nachweisen, wie in den metallisch schimmernden Haaren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Prophylaxe der sog. skrophulösen Ophthalmien, von GORDON NORRIS-Kopenhagen. (*Hosp. Tid.* 1896. No. 3.) Verfasser, Augenarzt, findet, nachdem er acht Jahre stetig seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet hat, daß man, wenige Ausnahmen abgerechnet, bei meistens allen Patienten mit skrophulösen Ophthalmien *Pediaculi capitis* findet. Diese Patienten werden unrichtig als Skrophulose bezeichnet; in Wirklichkeit leiden sie nur an Ekzem und Impetigo mit konsekutiven Drüsenanschwellungen infolge der *Pediculosis*. Verfasser ist daher überzeugt, daß *Pediaculi* und nicht Skrophulose die Ursache dieser Ophthalmien sind, welche dadurch hervorgerufen werden, daß das Kind Sekret der Hautaffektion in die Augen hineinreibt. Wenn die *Pediculosis* beseitigt ist, heilt auch die Augenaffektion überraschend schnell, um mit einer neuen *Pediculosis* wieder zu recidivieren. Auch wirkliche Skrophulose mag Ophthalmien hervorrufen, doch nur in den wenigsten Fällen. In prophylaktischer Hinsicht hat diese Auffassung die allergrößte Bedeutung.

Ludw. Nielsen - Kopenhagen.

Mißbildungen.

Bei einem Jüngling konstatierte GIOVANNINI drei verschiedene Arten von **Naevi**: zwei ungefähr erbsengroße, nicht pigmentierte Naevi symmetrisch an beiden kleinen Fingern; einen glatten Pigmentnaevus, 4—8 cm hoch, der, von den Dornfortsätzen der 10, 11, 12 Wirbel ausgehend und die linke Thoraxhälfte gürtelförmig umgebend, bis zur Mitte der *Linea xypho-umbilicalis* reichte; außerdem ca. 30 gewöhnlich weiche, warzenförmige Pigmentnaevi. Die mikroskopische Untersuchung ergab das gewöhnliche Bild: Hyperplasie fast aller die Haut zusammensetzenden Teile [Bindegewebe, Nerven, Gefäße, Papillen, Epidermisschichten, Knäueldrüsen]. (*Rif. med.* 1895. No. 287.)

C. Müller-Wallisellen.

Über die primäre carcinomatöse Degeneration von Dermoidcysten, von E. TAUFFER-Budapest. (*Virch. Arch.* 142. Bd. 1895.) Im Anschluß an einen kritischen Bericht über die fünf unzweifelhaften Fälle von HESCHL, WAHL, BIEMANN, HIMMELFARB und KRUKENBERG giebt TAUFFER eine genaue makroskopische und mikroskopische Beschreibung eines weiteren, selbst beobachteten verhornenden Plattenepithelialcarcinoms, der bei primär carcinomatös degenerierten Dermoidcysten ausschließlich festgestellte Krebsform.

Auffallend ist, daß sich in diesem Falle nicht, wie bei BIERMANN und KRUKENBERG, ein gewuchertes Stratum Malphigii findet und die Krebszapfen sich aus der cutisähnlichen Epidermisschicht entwickeln, sondern daß die krebsige Neubildung aus der verdünnten geschichteten Plattenepithellage der Innenwand entsteht, aus Partien, die dem geschichteten dünnen Plattenepithellager der dünneren Wandpartien der von KRUKENBERG beschriebenen Dermoidcyste entsprechen. Daß wir aber in dem dünnen, cylindrischen und geschichteten Plattenepithellager doch Zellen epidermoidalen Charakters annehmen müssen, geht aus den analogen pathologischen Formationen derselben und aus der Bildung von Kankroidperlen unzweifelhaft hervor.

Bildung von Metastasen scheint zur Regel zu gehören und bedingt die Malignität der Dermoidcarcinome, die schon klinisch durch plötzliches, rascheres Wachstum und relativ häufigen Durchbruch in Rectum und Blase als solche sich kundgeben.

Mit Rücksicht auf die nahezu unzählige Menge von Dermoiden, die nach SCHROEDER 3—4% aller Geschwülste der Ovarien ausmachen, sind carcinomatöse Entartungen derselben relativ sehr selten; es gilt dies nicht nur für die primäre, sondern auch für die durch Kombination entstandene krebsige Degeneration.

H. Einhorn-München.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Ein neuer Phimosenhaken, von G. NATANSON. (*Med. News.* 20. Juli 1895.) Es ist dies ein kleiner Doppelhaken, in dessen Stiel sich eine Rinne befindet; letztere dient zur Aufnahme eines Stiftes, welcher am vorderen Ende in einen kleinen querstehenden Cylinder ausläuft. Schiebt man diesen Stift vorwärts bis an die Hakenspitzen, so werden dieselben vollständig verdeckt, indem sie in zwei kleine Einkerbungen des Cylinders einpassen. Auf diese Weise kann man ungefährdet den scharfen Haken zwischen Glans und Vorhaut einführen und allenfalls auch bestehende Adhäsionen leichteren Grades stumpf lösen. Mittelst zweier derartiger Instrumente gelingt es dann sehr leicht, die Vorhaut in jeder beliebigen Weise für die Circumcision anzuspannen und festzuhalten. Fabrikanten sind G. Tiemann & Co., New York.
Philippi-Remscheid.

Urethroplastik wegen Penisfistel, von LOUMEAU. (*Ann. de la Policl. de Bordeaux.* 1896. No. 30.) Eine Blennorrhoe hatte zu einer Phlegmone des Penis und eiteriger Folliculitis navicularis geführt mit Ausgang in eine 1,5 cm lange und 0,6 cm breite Fistel, welche an der Übergangsstelle zwischen Glans und Penis auf dessen unterer Fläche, genau in der Medianlinie, safs und ganz dünne Ränder zeigte. Die Urethroplastik, welche im Heraufziehen eines viereckigen Lappens aus dem hinteren Teile der Urethra über das aufgefrischte Fistelgebiet bestand, führte zu rascher und vollständiger Heilung.
C. Müller-Wallisellen.

Zwei Fälle von Epithelioma penis, von H. SNOW. (*Brit. med. Journ.* 28. Dezember 1895.) Im ersten Falle (39jähriger Maler) schien die Ursache der Krankheit eine lange Vorhaut gewesen zu sein, innerhalb welcher sich viel Sekret angesammelt und einen dauernden Reiz auf die Eichel ausgeübt haben mußte. Die ganze Eichel war in eine große übelriechende Masse von fungösen Granulationen umgewandelt.

In dem zweiten Falle, einem 69jährigen Schreiner, war die Ursache der Krankheit eine chronische, stark vernachlässigte Balanitis. Das Leiden dauerte bereits vier Jahre. Der größere Teil der Eichel war von einer harten Krebsgeschwulst eingenommen.

In beiden Fällen wurde die Amputatio penis mit gutem Erfolge ausgeführt. Ein Recidiv ist bis jetzt nicht eingetreten.
C. Berliner-Aachen.

Die nicht blennorrhöischen Urethritiden, von NACCIARONE. (*Rif. med.* 1896. No. 84.) In der Urethra wurden bei entzündlichen, nicht blennorrhöischen Prozessen eine Reihe teils pyogener, teils nicht pyogener Mikroorganismen vorgefunden, so von LEGRAIN zwölf Varietäten Mikrokokken, drei Bacillen, eine Spirille, von MIURA das *Trichomonas vaginalis*. Die ätiologischen Momente dieser Urethritiden können in äußerliche und innerliche eingeteilt werden. Zu ersteren gehören die traumatischen Einflüsse: Katheterisieren, Injektionen reizender Flüssigkeiten, Onanismus, Bicyclefahren. Zu den letzteren sind zu zählen die konstitutionellen Urethritiden (Gicht, Arthritismus, Rheumatismus, Malaria, Diabetes, Tuberkulose, und nach LER, VIDAL, HAMMOND, FINGER auch die Syphilis), die Urethritiden ab ingestis (Kresse, Spargeln, Pfeffer, Senf, Bier, weißer Wein, an Weinsäure reiche Weine), die medikamentösen Urethritiden (Kalisalze, Arsenik, Kanthariden etc. etc.).

Der Verlauf der nicht blennorrhöischen Urethritiden differiert etwas von den spezifischen: ein Inkubationsstadium fehlt oft vollständig; in symptomatologischer Beziehung kennzeichnet sich die nicht blennorrhöische Urethritis als eine Urethritis anterior. Die Sekretion variiert von der rein schleimigen zur dickeiterigen. Beim Urinieren können die Schmerzen fehlen; schmerzhaft Eruptionen sind selten. Der Behandlung gegenüber zeigen sie sich sehr oft sehr hartnäckig. Der Verlauf ist meist gutartig, doch kommen auch Komplikationen von seiten des Nebenhodens etc. vor.

C. Müller-Wallisellen.

In der Sektion on Genito-Urinary Surgery der New York Academy of Medicine (Sitzung vom 12. November 1895; nach *Americ. med.-surg. bull.* 1. Dezember 1895) spricht LE FORT über seine **Behandlung der Strikturen mittelst linearer Elektrolyse**. Kurze Beschreibung des Instrumentes; die nahezu schmerzlose Operation erfordert nur 30" und einen Strom von mindestens 10 Milliampères. Blutung fehlt oder ist ganz gering; die Patienten können meist sofort ihren Beschäftigungen wieder nachgehen. In den meisten Fällen wird am dritten und vierten Tage nach der Operation ein Bougie (No. 22 oder 24) eingelegt, was der Patient jeden Monat einmal zu wiederholen hat. Derbnarbige Strikturen, die fünfmal seltener sind als weiche, eignen sich schlecht für die Methode.

Der bei zehn dem Redner von W. TAYLOR und W. S. GOULEY zur Behandlung überlassenen Fällen erzielte Erfolg wird kurz angegeben.

R. W. TAYLOR bestätigt die Angaben LE FORTS, dessen Methode ausgedehnter Versuche wert sei, doch könne von sicheren Resultaten erst nach mindestens sechs Monaten gesprochen werden. Die neue Methode ist als Urethrotomia interna, als eine durch Elektrolyse ausgeführte MAISSONNEUVESche Operation zu betrachten, durch die die Strikturen bis zu No. 22 oder 24 erweitert werden.

Gegenüber der von S. ALEXANDER ausgesprochenen Ansicht, daß die Methode nur eine etwas modifizierte, ganz geringfügige Divulsion der Strikturen darstelle, die ebensogut durch die gewöhnlichen Divulsionsmethoden erzielt werden könne, betonen TAYLOR, ALLEN und CULVER, daß es sich thatsächlich um einen elektrolytischen Prozeß handle.

BROWN hat gefunden, daß tiefsitzenden Strikturen durch die NEWMANSche Methode leichter beizukommen ist, wie Strikturen der vorderen Harnröhre, und er glaubt, daß die tiefen Strikturen überhaupt nicht organischer Natur sind, sondern nur Reflexkontraktionen darstellen.

H. Einhorn-München.

In einer ausführlichen Abhandlung über **Dilatation der Urethralstrikturen beim Manne durch Urethrotomia interna** mit Aufzählung der verschiedenen Methoden und Beschreibung der Instrumente gibt NACCIARONE (*Rif. med.* 1896.

No. 5, 6 u. 7) folgende Indikationen der Operation an: Bei narbigen Strikturen des Meatus externus; bei falschen Wegen im Verlaufe der Urethra; bei Dilatationen der Urethra inferior bis zum Blasenhal, mit Inkontinenz infolge von Strikturen im vorderen Teile; bei multiplen Strikturen; bei narbigen Strikturen überhaupt.

C. Müller-Wallisellen.

Über Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstrikturen, von H. R. WOSSIDLO. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 6.) Gewöhnlich wird die Strikturbehandlung abgeschlossen, wenn 24 oder 25 Charrière glatt hindurchgeht. Verfasser hält das für ungenügend, um gegen Recidive zu schützen. Das Urethroskop lehrt, daß dann die normale Längsfaltung noch nicht vorhanden ist, wenn die Zentralfigur einen starren, elongierten Trichter bildet, die Oberfläche mattglänzend und blaß ist, die Cysten von periglandulärer Infiltration umgeben und Narben erkennbar sind. Es besteht also noch ein starres Infiltrat (OBERLÄNDER). Nur mit dem Endoskop glaubt Verfasser die wahre Heilung feststellen zu können. Dieses lehrt aber, daß evidente Besserungen erst bei einer Dehnung über 30 Charrière erkennbar sind. FINGER und JAMES P. TUTTLE kommen, wenn auch ohne endoskopische Betrachtung, zu derselben Anschauung. Es ist deshalb nötig, nach Abschluss der Sondendilatation Dilatatoren einzuführen; Borsäurespülung und Kokainisierung werden vorausgeschickt. Die Sitzung wird etwa alle zehn Tage wiederholt und jedesmal um ein bis zwei Nummern gestiegen. Stets stellt sich Sekretion ein; diese darf aber bei richtigem Vorgehen niemals profus werden; wird sie es, oder treten Entzündungserscheinungen ein, dann muß gewartet werden, bis diese Nebenwirkungen geschwunden, und die nächste Dilatation nur bis zu derselben Nummer bringen. Etwaige erhebliche Zunahme der Filamente wird durch $\frac{1}{2}$ —1%ige Argentum-nitricum-Lösungen beseitigt. Einrisse vermeidet man lieber. Die endoskopischen Veränderungen sieht man erst bei über 30 Charrière schwinden. Erst bei normalem endoskopischen Bilde darf man von Heilung sprechen und sich von Recidiven sicher halten, welche aber doch auch dann nicht ausgeschlossen sind. Deshalb muß eine endoskopische Kontrolle auch nachher geübt werden. Resistente, harte, källöse Strikturen sind von dieser Behandlung ausgeschlossen; hier ist die Urethrotomia interna auszuführen.

Diskussion. Auf die Frage von GÜTERBOCK, ob der Vortragende alle Strikturen nach seiner Methode behandeln will, erklärt letzterer, daß er resiliente (?) und harte källöse Strikturen ausschliesse. GÜTERBOCK bemerkt sodann, daß das Verfahren des Vortragenden nur eine Übertragung der Prinzipien von OTIS auf die Strikturbehandlung sei. Die energische Dilatation bis auf No. 40 ist nicht immer angebracht, da man durch die starken Instrumente eine Urethritis leicht unterhalten kann. Diese aber, wenn sie auch zuweilen im Sinne von SYME modifizierend auf einen alten Callus einwirkt, ist meistens sehr unwillkommen. Viele Patienten fühlen sich wohler, wenn man von Zeit zu Zeit ein mittelstarkes Instrument einführt.

MANKIEWIKZ: Eine Striktur ist nur dann als geheilt anzusehen, wenn ein Bougie à boule 26—28 Charrière vorwärts und rückwärts ohne Hindernis durchgeht. Die schematische Dehnung auf 30 ist nicht in allen Fällen nötig; es entsteht dadurch oft eine Urethritis und ein Verstreichen der Längsfaltung. In einem Falle trat trotz vorsichtigen Vorgehens bei einer Dilatation über 23 Charrière eine Blutung ein, die sehr schwer zu stillen war. Die endoskopische Behandlung kann ja oft angebracht sein, meistens macht die häufige Einführung der Instrumente mit der Zeit nervös und vertreibt sie vom Arzt.

WOSSIDLO betont, daß die Entlassung aus der Behandlung nicht früher eintreten darf, als bis der normale Zustand der Schleimhaut endoskopisch festgestellt worden ist. Er begreife nicht, warum die Endoskopie für die Harnröhre von anderer Seite

abgelehnt wird. Der Kernpunkt seiner Behandlung liegt darin, daß dieselbe ausgedehnt wird, solange endoskopisch noch kranke Stellen nachweisbar sind, das ist aber bei einer Dehnung bis 30 Charrière gewöhnlich nicht der Fall. Die Urethritis, die ja vorkommt, ist nicht in so hohem Maße zu fürchten, wie es andere thun.

Jessner-Königsberg i. Pr.

GIOLI giebt eine Methode an zur leichten Einführung von Darmsaiten in die Harnblase. Mittelst eines in der Höhe von etwas über 2 m stehenden Irrigators läßt er warme Salicylsäurelösung in die Urethra einfließen und verhindert den Rückfluß der Flüssigkeit durch Zusammendrücken der Glans. Unter der doppelten Einwirkung der Wärme und des Flüssigkeitsdruckes dehnt sich die strikturierte Stelle der Harnröhre so weit aus, daß eine zwischen Ansatz und Glans eingeführte Darmsaite meist mit Leichtigkeit ihren Weg durch die Striktur findet. Das von GUYON bereits früher empfohlene und geübte Verfahren gründet sich auf das gleiche Prinzip. (*Settimana medica della Sperimentale*. 1896, No. 8.)

C. Müller-Walkisellen.

Über den Katheterismus posterior, von OTTOKAR KUKULA. (*Klin. Zeit- und Streitfragen*. IX. Band. V. und VI. Heft.) Der Verfasser definiert den Katheterismus posterior als das Operationsverfahren, welches bei impermeablen Strikturen und Harnröhrenzerreißen nach mißglückter Extraurethrotomie als ultima ratio ausgeführt wird, um das zentrale Ende der Harnröhre von hinten her aufzufinden. Meist wird dazu die Sectio alta gemacht (Katheterismus retrovesicalis); seltener wird die Perimembranacea eröffnet (Katheterismus retro-urethralis). Der Katheterismus posterior nach Punctio vesicae ist wohl aus der modernen Schule verbannt. Verfasser berichtet nun zunächst über fünf Fälle und stellt dann alle bisher publizierten 45 Fälle tabellarisch zusammen. In 30 Fällen gab ein Trauma die Veranlassung zu der Operation; in acht waren es frische Harnröhrenrupturen, in 22 impermeable, alte Strikturen. In zehn Fällen war Blennorrhoe die Ursache; in einem war die Striktur eine congenitale in zwei war die Ursache nicht festzustellen. Die durch Beckenfraktur entstandenen Harnröhrenverletzungen überwogen bedeutend.

Die Prognose des retrograden Katheterismus ist eine gute, es starben nur fünf Fälle, darunter auffallender Weise kein wegen traumatischer Striktur Operierter. Am meisten beteiligt ist das dritte und vierte Decennium des Lebensalters, in welcher Zeit die Männer am meisten Gefahren ausgesetzt sind und die Folgen der Blennorrhoe sich am häufigsten bemerklich machen. Im ganzen befürwortet Verfasser die einzeitige Operation, Sectio alta mit sofortigem Katheterismus posterior, wenn nicht eine Cystitis besteht. Verfasser geht dann genauer auf die Operationstechnik ein. Ich will hier nur das eine erwähnen, daß auf der MAYOLschen Klinik die Nelatonkatheter mit feinem Messer der Länge nach gespalten werden; sie erfüllen dann ihren Zweck ebenso, sind aber leichter zu reinigen. Auch die Metallkatheter haben an der konkaven Fläche zum gleichen Zweck einen bis zur Katheteröffnung gehenden Spalt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Leiden der Harnwege, die mit der Ausübung des Zweiradfahrens im Zusammenhange stehen, von FERRIA. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 12.) Der Verfasser beschäftigt sich hauptsächlich mit den Schädigungen der Harnröhre. Am meisten sei die Gegend des Bulbus dem schädlichen Druck ausgesetzt. Schuld daran sei die von vorn nach hinten ziehende Höhlung des Sattels, die eigentümliche Anordnung der weichen Gewebe und der Knochen der Dammgegend, sowie die geneigte Haltung der Fahrenden. So beobachtet man deshalb primäre Urethritiden und akute Rückfälle älterer Ausflüsse. Ferner seien abgesehen von den mehr zufällig

vorkommenden schweren Dammverletzungen, als Nachteile der leichten aber wiederholten Erschütterungen häufiger Harndrang, Brennen beim Urinieren zu verzeichnen, selbst bei Leuten, die nie ein Harnleiden erfahren hatten.

FERRIA schlägt nun vor: Man solle einen pneumatischen Sattel einführen; die vordere Partie des Sattels müßte die größte Neigung haben, die hintere Partie breiter als bisher sein, um dem Sitzknorren einen Stützpunkt zu geben. Weiter rät er den Fahrenden sich gerade auf dem Sattel zu halten, um das Körpergewicht auf die Hüftbeine zu verlegen, endlich sei auf unebenem Terrain langsam zu fahren.

Neuhaus-München.

Die Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase, von L. LEWIN und GOLDSCHMIDT. (*Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmacol.* 37. Bd. Heft 1.) Die Versuche der Verfasser bestätigen aufs neue, daß die Harnblasenschleimhaut nichts resorbiert. Verfasser experimentierten an Kaninchen; erst wenn etwas von der injizierten Flüssigkeit in die Ureteren oder ins Nierenbecken drang, trat Resorption ein. Um ihre Versuche ganz eindeutig zu machen, benutzten sie blaugefärbte Hydroxylaminlösungen, die schon in ganz geringen Mengen resorbiert, spektroskopisch sich durch Auftreten des Methhämoglobinstreifens nachweisen lassen. Nur in einem Falle, wo die Blasenschleimhaut total bis zur Serosa durchätzt war, trat Resorption von dieser aus auf.

F. Hahn-Bremen.

Eine bisher unbeschriebene Stelle der männlichen Harnblase, wo ein Konkrement der Berührung mit der Sonde entgehen kann, von B. BROWNE. (*Lancet.* 10. August 1895.) Bei der letzten Jahresversammlung der British Medical Association berichtete BROWNE, daß er vor kurzem einem Falle begegnet sei, bei welchem ein Konkrement in einer zwischen vergrößerten Seitenlappen und Blasenwand gelegenen Tasche versteckt lag. Die Entfernung des Fremdkörpers machte die Sectio alta nötig. Manchmal gelingt es, durch Dilatation der Blase bei gleichzeitiger elastischer Umschnürung des Penis den Stein von der Urethra aus zu erreichen. Im Anschluß hieran erwähnt BROWNE auch die drei anderen bekannteren Arten, wie ein Stein sich verstecken könne in einem einfachen Sacculus, in einer Tasche hinterm Trigonum und in einer Tasche hinter der Prostata.

M. ROBSON schilderte einen Fall, bei dem der Stein zwischen hypertrophischer Prostata und vorderer Blasenwand versteckt lag.

Philippi-Remscheid.

Im Verein deutscher Ärzte in Prag (Sitzung vom 17. Januar 1896) demonstrierte v. WUNSCHHEIM ein Präparat von **hochgradiger Tuberkulose der Harnblase**. Dasselbe stammte von einem 49jährigen Manne, der mit der klinischen Diagnose: Tuberkulose der harnleitenden Wege, besonders der Prostata und der Harnblase, sowie Tuberkulose der Lungen zur Obduktion gelangte. Das Präparat zeigte zunächst eine bedeutende Erweiterung der Harnblase mit ziemlich beträchtlicher Verdickung der Wandung, welche letztere wohl nur zum Teil auf die tuberkulöse Erkrankung der Harnblase bezogen werden konnte, zum Teil wohl auch als muskuläre Hypertrophie aufzufassen war, deren Ursache in einer Behinderung des Harnabflusses durch die gewaltig vergrößerte Prostata lag. Das Lumen der Harnblase war erfüllt mit einer sehr stark ammoniakalisch riechenden, urinösen, mit Schleim, Blut und Eiter untermischten Flüssigkeit, welche reichliches Sediment enthielt, das die Innenfläche der Harnblase stellenweise inkrustiert hatte. Die Schleimhaut der Harnblase erschien in ihrer ganzen Ausdehnung in eine einzige, zusammenhängende Geschwürsfläche umgewandelt, die in den oberflächlichen Lagen verkäst war und entsprechend dem trabekulären Baue der Blasenmuskulatur eine sehr unregelmäßig höckerige Oberfläche mit zahlreichen grubigen Vertiefungen und Nischen aufwies. Von der Harnblase zog sich

die Erkrankung in direktem Zusammenhang durch den Blasenhalss auf die Urethra hinab, welche in ihrer oberen Hälfte ebenfalls ihre Schleimhaut verdickt und superfiziell verkäst, sowie mit Harnsedimenten inkrustiert zeigte. In der Pars prostatica der Harnröhre fand sich eine beinahe kreuzergroße Perforationsöffnung mit unregelmäßig zerfressenen Rändern, aus der bei der Obduktion dicker Eiter hervorquoll, und welche in eine fast hühnereigroße Höhle mit verkästen Wandungen führte, die der sehr vergrößerten Prostata entsprach. Letztere war durch den tuberkulösen Prozess bis auf ihre peripheren Wandschichten vollständig zerstört. Auch die beiden Samenblasen erschienen verdickt, zum Teil obliteriert und in ihrer Wand verkäst; in beiden Nebenhoden fanden sich Herde chronischer Tuberkulose und in den Hoden bindegewebige Verödung des Parenchyms. Nach oben von der Harnblase endigte die Erkrankung scharf an der Einmündungsstelle der Ureteren.

Mikroskopisch zeigte die Harnblasenwand den Befund einer mehrere Millimeter breiten, die inneren Lagen einnehmenden Schicht von Granulationsgewebe, welches die Schleimhaut vollständig substituiert hatte, in den superfiziellen Schichten verkäst erschien und in seinen tieferen Lagen deutliche, wenn auch nicht scharf abgegrenzte Miliartuberkel erkennen ließ. Im Granulationsgewebe reichliche Tuberkelbacillen, die bereits intra vitam im Harn nachgewiesen worden waren. Mucosa und Submucosa der Harnröhre kleinzellig infiltriert, keine typischen Miliartuberkel, keine Bacillen. Die tuberkulöse Natur der Urethritis ist infolgedessen nicht sicher gestellt. (Nach *Prag. med. Wochenschr.* 1896. No. 5.) *H. Einhorn-München.*

VERHOOGEN berichtet (*La Policlinique*) über sehr günstige Erfolge mit der Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Sublimatinjektion. Zur Anwendung kommen Lösungen von 1:10000 bis 1:4000 je nach der Empfindlichkeit der Blasen. Die Quantität der injizierten Flüssigkeitsmenge darf 5 oder 6 g nicht übersteigen. Parallel mit dieser lokalen Therapie hat die allgemeine zu gehen.

C. Müller-Wallisellen.

COLIN berichtet (*Journ. de méd. et de chir. prat.* Jan. 1896) über seine sehr günstigen Erfolge mit Guajakolinjektionen bei schmerzhafter Cystitis. Das Guajakol hat sich ihm als ein vorzügliches Analgeticum bewährt. Mittelst einer GUYON'schen Spritze injiziert er je 1—2,0 einer Lösung von Guajakol 1, zu 20,0 sterilisiertem Olivenöl, zuweilen mit Zusatz von 1% Jodoform, welches letzteres die analgetische Kraft der Lösung erhöht. Statt des Guajakols selbst kann auch das Karbonat verwendet werden, dessen antiseptische Kraft derjenigen des reinen Guajakols gleichkommt oder sie noch übertrifft, dagegen aber weniger löslich ist als letzteres.

C. Müller-Wallisellen.

Im medizinisch-pharmazeutischen Bezirksverein Bern stellte NIEHAUS einen Fall von Inversion der Harnblase vor. Der Patient war wegen Striktur urethrotomiert worden, und zwar mit gutem Erfolge. Als er sich später zum Urinieren erhob, wurde der im Beginne der Miktion kräftige Harnstrahl plötzlich unterbrochen. Beim Katheterisieren kam die Sonde sogleich auf die hintere Wand der sehr weiten Blase. Die Epicystotomie ergab, daß es sich um eine Einstülpung der hinteren Blasenwand unter dem Drucke der Eingeweide handelte; im übrigen konnte nichts Abnormes konstatiert werden. Faradisation, warme Bäder mit kalten Duschen auf die Kreuzbein-gegend, Heilung. (*Korresp. f. Schweiz. Ärzte.* 1896. No. 5.) *C. Müller-Wallisellen.*

80 Fälle von Lithotripsie, von ALBARRAN. (Nach *Ann. des malad. des org. génito-urin.* 1895. No. 12.) Bei den vom Verfasser operierten Fällen handelte es sich 46 mal um Phosphatsteine, 29 mal um Harnsäuresteine, 4 mal um Urophosphate und 1 mal um einen Oxalatstein. 20 Patienten waren älter als 70 Jahre. Der älteste Kranke

zählte 84 Jahre, litt an Aorten-Insufficienz und wurde ohne Anästhesie von einem 26 g schweren Uratsteine befreit. Der größte Stein, welcher zertrümmert wurde, hatte 65 mm im größten Durchmesser, er wog 78 g. 76 Lithotripierte waren Männer, vier Frauen, ein zehnjähriges Mädchen wurde ebenfalls erfolgreich lithotripiert.

In zwei Drittel aller Fälle war die Blase infiziert, öfters war sie unregelmäßig gebaut, auch Vergrößerungen der Prostata kamen vor, etliche Male Pyelonephritis. Alle Kranken mit einer Ausnahme wurden geheilt, der Betreffende starb an Anämie. Die Operation hatte nur 20 Minuten gedauert, der Uratstein war nur von mittlerer Größe. Die Sektion wurde nicht gestattet. Diese Statistik beweise die Gutartigkeit der Lithotripsie, die in der Regel auch eine nicht schwierige Operation sei. Unter gewöhnlichen Verhältnissen verdienen sie unbedingt den Vorzug vor dem hohen Blasenchnitt, der nur für Ausnahmefälle einzutreten habe. Der Vorwurf: die Lithotripsie lasse Stücke des Steines zurück, sei nicht am Platze; wenn irgend ein Zweifel bestände, könne man sich einige Tage nach der Operation durch die Cystoskopie Aufklärung verschaffen.

Neuhaus-München.

Über die Behandlung von encystierten Blasensteinen, von F. SOUTHAM-Manchester. (*Brit. med. Journ.* 14. Dez. 1895.) Der Verfasser beschreibt sehr ausführlich einen Fall, welcher den Vorteil der suprapubikalen Cystotomie als ein Mittel illustrieren soll, welches ermöglicht die Anwesenheit von encystierten Steinen zu diagnostizieren und ihre Entfernung zu bewerkstelligen. Denn, wenn Steine beispielsweise innerhalb eines Sackes liegen, welcher mit der Blase nur durch einen engen Hals kommuniziert, so ist es fast unmöglich, sie durch Sondieren zu entdecken oder sie ohne eine suprapubikale Öffnung zu extrahieren.

C. Berliner-Aachen.

IDZINSKI berichtet (*Przeg. Lek.* 1895. No. 5) über einen Fall (fünfjähriges Kind) von **Invaginatio recti in Folge von Harnblasenstein.** Das umgestülpte Rectum und S Romanum ragte in einer Länge von 40 cm aus dem Anus heraus. Nach der ziemlich leicht zu erzielenden Reposition konstatierte IDZINSKI per Rectum in der Blase einen aufgroßen Stein. Derselbe wurde durch Cystotomia suprapubica entfernt und der Prolaps erschien nicht wieder.

C. Müller-Wallzellen.

Fremdkörper der Blase, von ADENOT. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 12.) Ein 26jähriger Mann hatte sich durch die Harnröhre ein 26 cm langes Thermometer eingeführt, dessen Cuvette $4\frac{1}{2}$ cm lang war und 8 mm Durchmesser besaß. Als diese in der Dammgegend angelangt war, zerbrach das Thermometer, und das hintere Stück drang bei den verschiedenen Manipulationen des Patienten und den nachfolgenden Versuchen, es mittelst Pinzette zu entfernen, in die Blase. ADENOT gelang es drei Tage später durch die von ihm ausgeführte Boutonnière unter Beihilfe von Palpation vom Mastdarme aus den Fremdkörper zu fassen und aus der Blase zu entfernen. Die Wunde heilte per primam, es gab keine Verengerung, die Schleimhaut war durch den Fremdkörper nicht verletzt worden.

Neuhaus-München.

Entfernung eines Bleistiftes aus der Blase eines jungen Mädchens, von MONTAZ. (Nach *Ann. d. mal. des org. gén.-ur.* 1895. No. 12.) Ein 16jähriges Mädchen hatte sich einen Bleistift in die Harnröhre eingeführt, von wo aus er in die Blase drang. MONTAZ bewerkstelligte dessen Entfernung auf folgende Weise: Anästhesie, Dilatation nach HEGAR; der Bleistift liegt wie gewöhnlich quer, wird mit Pinzetten gefaßt, bleibt aber fest an seiner Stelle. Nun faßt ihn MONTAZ mit einer großen Pinzette und beschreibt mit dieser eine Drehung im Viertelskreise. Der nahe seinem Ende gefaßte Bleistift läßt die Blasenscheidenwand hervorspringen, dank der Hebelbewegung der Pinzette, welche gegen das Schambein sich richtet. Durch eine Forcierung dieser Bewegung bringt man den noch immer von doppelter Schleimhaut

bedeckten Stift an der Vulva zur Wahrnehmung, man schneidet darauf ein und zieht ihn heraus. Unterdessen war die eine Hälfte des Bleistiftes abgebrochen. MONTAZ suchte und fand sie; die gleiche Drehung brachte dieselbe durch die vorhandene kleine Wunde zu Gesicht. Naht. Schnelle Heilung dieser kleinen Blasencheidenfistel.

Neuhaus-München.

Ein Fall von Polsterfetischismus, von M. WOHL (*Gyógyászat*. 1895. No. 33.)

Ein 21jähriger Beamter ist sowohl von seiten des Vaters, als auch der Mutter erblich belastet. Patient machte so ziemlich alle Kinderkrankheiten durch, blieb dadurch in der Entwicklung etwas zurück. In der Schule hatte er trotzdem eine gute Auffassung, litt aber schon in den ersten Schuljahren an häufigen Kopfschmerzen und war sehr vergesslicher Natur. Im 13. Lebensjahre versuchte er den ersten Coitus ohne Orgasmus und Ejakulation, im 14. Lebensjahre onanierte er wöchentlich ein- bis zweimal. Der geschlechtliche Verkehr bereitete ihm auch späterhin keinen Genuß. Sein jetziges Leiden besteht bereits seit dem 17. Lebensjahre, indem von einem Coitus mit einer Prostituierten heimgekehrt, seine frisch überzogenen Polster in ihm die Reflexion erweckten. Diese Vorstellung regte ihn stets auf und verfolgt ihn seit vier Jahren, seit 1½ Jahren giebt er den Polstern eine verschiedene Lage, den einen auf den Bauch, den anderen zwischen den Oberschenkeln. Anfangs traten spontan keine Ejakulationen auf, sondern wurden stets durch Masturbation hervorgerufen. In letzterer Zeit ist selbst die Dirne seiner Phantasie entrückt und bloß der Anblick von Polstern ruft schon eine geschlechtliche Erregung bei ihm hervor, nach welcher dann in der Regel spontan wollüstige Samenergüsse folgen. Der Kranke ist hochgradig nervös und neurasthenisch geworden, leidet häufig an Kopfschmerzen. Verfasser hält diesen Fall insofern für interessant, indem der Kranke seine Gedanken nicht auf die Dirne selbst, auf einen ihrer Körperteile oder auf eines ihrer Kleidungsstücke konzentriert, sondern doch eigentlich auf einen ganz fernstehenden Gegenstand.

A. Aschner-Budapest.

Ueber den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und das Sperma tuberkulöser Individua, von ALEXANDER JAECKH. (*Virchow's Arch.* No. 142. Heft I. *Deutsch. Med.-Zeit.* 1896. No. 12.) Die Impfung mit dem Sperma tuberkulöser Individua fiel dreimal, mit Hoden einmal unter fünf Malen positiv aus; Ovarialsubstanz ergab unter vier Malen dreimal ein positives Ergebnis. Dagegen, daß etwa beigemengtes Blut der Träger des Virus war, spricht das überwiegend negative Resultat bei Verwendung von Hodensubstanz, da hier Blutbeimengung unvermeidlich ist. Die Früchte tuberkulöser Meerschweinchen erwiesen sich nur einmal als tuberkulös, und hier konnte das positive Resultat nur durch Verimpfung der Eihäute erreicht werden. Jedenfalls sind so im Sperma tuberkulöser Individua entwicklungsfähige Tubercelbacillen nachgewiesen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

REALE beschreibt einen Fall von beidseitiger primärer gummöser Epididymitis. Von der Infektion bis zum Auftreten dieser Erscheinung waren sieben Jahre verstrichen. Atrophie der inguino-kruralen und Halslymphdrüsen. (*Giorn. internat. dell. scienze med.* 1896. No. 2.)

C. Müller-Wallisellen.

Zur Behandlung der Nebenhodenentzündung. Bei den subchronischen Formen der Epididymitis blennorrhöica empfiehlt R. KUTNER (*Deutsche Ärzte-Zeitung*. 1896. No. 2) lokale, heiße Sandbäder und Moorbäder, je nach der Reizbarkeit ein- bis zweimal täglich von ½- bis ¾stündiger Dauer. Zur leichteren Applikation dieser lokalen Bäder wird eine einfache Vorrichtung angegeben und abgebildet.

H. Einhorn-München.

Unter **Orchitis der Prostatiker** versteht GUÉPIN (*Tribune méd.* 1896. No. 9) die Gesamtheit der entzündlichen Erscheinungen am Samenstrang, dem Hoden und Nebenhoden im Verlaufe akuter oder chronischer Infektion der Prostata und kommt deshalb nicht ausschließlich bei Greisen vor. Die Affektion ist identisch mit derjenigen, welche auftritt nach einer Lithotripsie, nach einer schlecht ausgeführten Katheterisation, unterscheidet sich aber von den Hodenentzündungen aus allgemeinen Ursachen und von der blennorrhischen Epididymitis. Über ihre Entstehungsweise sind verschiedene Ansichten geäußert worden: Metastasen, reflektorisch, durch Propagation der Entzündung durch Urethra und Samenstrang, Lymphangitis des Funiculus, Phlebitis der Samenstrangvenen etc. Die Affektion geht meist in Suppuration über, ist oft mit schweren allgemeinen Erscheinungen verbunden und kann bei alten Leiden den Exitus herbeiführen. Die Heilung erfolgt zuweilen in plötzlicher, zuweilen in langsamer Weise.

C. Müller-Wallisellen.

In einem Falle von Carcinom des Rectum mit Übergang der Neubildung auf Prostata und Blase machte VERHOOGEN die **Prostatectomia totalis**. Drei Monate nach der ganz glatt abgelaufenen Operation befand sich der Patient in einem relativ sehr günstigen Zustande, obschon bereits ein Recidiv eingetreten war. (*La Policlinique*. 1896. No. 5.)

C. Müller-Wallisellen.

Über **chronische Prostatitis und sexuelle Neurasthenie**, von HOTTINGER. (*Correspondenzbl. f. schw. Ärzte*. 1896. No. 6.) Verfasser betont die Richtigkeit des seinerzeit von SOCIN (in PITHA-BILLROTH) geäußerten Satzes, daß „die chronische Prostatitis relativ viel häufiger ist als die akute, im ganzen aber viel weniger gut bekannt und beschrieben.“ Inwieweit nun Affektionen der Genitalsphäre die Psyche der Patienten je nach ihrer Beanlagung beeinflussen, dürfte hinlänglich bekannt sein. Wie oft aber begnügt sich der Arzt mit der vagen Diagnose „Neurasthenie“, wo eine genauere Untersuchung das Vorhandensein eines anatomischen Substrates aufgedeckt hätte. Dies gilt eben gerade speziell von der chronischen Prostatitis. Daß nicht immer eine vorangegangene Blennorrhoe (wenn dies zwar doch meistens der Fall ist) der Ausgangspunkt der Prostatitis zu sein braucht, beweist eine vom Verfasser mitgeteilte Krankengeschichte, wo die Affektion eine ideopathische und durch sexuelle Überreizung entstanden war. Ebenso können Affektionen des Rachens das primäre Übel bilden. Bezüglich der Therapie verweist Verfasser auf die vorzüglichen Erfolge der Prostatamassage.

C. Müller-Wallisellen.

Bemerkungen über die Pathologie der vergrößerten oder hypertrophierten Prostata, von R. HARRISON. (*Brit. med. Journ.* 28. Dez. 1895.) Der Verfasser gelangt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Die Prostata und die mit ihr in Zusammenhang stehenden Teile haben eine Anordnung und eine Muskelfunktion, die bis jetzt noch nicht hinreichend erkannt sind.
2. Die Prostatahypertrophie ist als eine Vorkehrung gegen strukturelle Zerstörungen in den angrenzenden Teilen, die meistens mit dem senilen Verfall zusammenhängen, anzusehen.
3. Diese Veränderungen der Prostata sind hauptsächlich kompensatorischer Natur, während sie in anderen Fällen excessiv und von bedrohlichem Charakter sind.
4. In letzterer Beziehung gleichen sie anderen Hypertrophien.

C. Berliner-Aachen.

Über einen Fall von **seniler Prostatahypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage**, von GUSTAV WELTZ. (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1896. No. 4.) Mit lokaler Massage haben schon einzelne die Prostatahypertrophie zu behandeln versucht. Verfasser hat einen 68 Jahre alten, mit Arteriosklerose behafteten

Herrn, der seit drei Jahren sich täglich 8—12 mal wegen totaler Retentio katheterisieren mußte, so behandelt, daß er Arme, Beine und Damm massierte, gleichzeitig aber die Blase mit Streichungen und Vibrationen behandelte. Der Patient kam so weit, daß er wieder spontan urinieren konnte. Ob der Erfolg von Dauer war, kann Verfasser nicht angeben. Die Heilung der Atonie der Blase ist ja in diesem Falle sehr aner kennenswert, jedoch vermifst man jede Angabe über die etwaige Änderung in der Größe der Prostata. Auffallend ist die Beobachtung, daß nach der Massage der Puls in der Tibialis antica wiederkehrte, der vorher ganz fehlte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Dr. PANKWALSKY. (*Wratsch.* 1895. No. 41—43.) Autor bespricht die Anatomie, die historische Entwicklung der Frage über die operative Entfernung und den Einfluss der Kastration auf die Prostatahypertrophie. Verfasser stellt auf experimentellem Wege an Hunden fest, daß die auf die Kastration folgende Atrophie der Prostata ihre Ursache in der Zerstörung der Integrität der Cooperschen Nerven hat. Wurden diese doppelseitig reseziert, so war eine Atrophie der Prostata die Folge. Letztere trat nicht ein, wenn die betreffenden Nerven nur unterbunden waren. Eine halbseitige Kastration ist ohne Einfluss. Die Zerstörung der Nervenbündel des Plexus spermatic. inf. führte zur Atrophie der Hoden.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration und Durchschneidung des Samenstranges, von Dr. BERESKIN. (*Russ. med. Rundsch.* 1895. No. 1.) Auf Grund seiner Beobachtungen und Erfahrungen hält Autor die Kastration bei Prostatahypertrophie in den Fällen indiziert, wo beständiges Harträufeln besteht, namentlich noch, wenn der Harn trübe ist und alkalische Reaktion zeigt, wo die Patienten fortwährend zum Katheter Zuflucht nehmen müssen. Ist nur ein kleiner Lappen hypertrophisch, so kann man eine einseitige Kastration ausführen, wonach auch in vielen Fällen Erleichterung geschaffen werden kann.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Zwei Fälle von doppelseitiger Kastration wegen Prostatahypertrophie, von A. H. LEVINGS. (*Med. News.* 17. Aug. 1895.) Verfasser tritt mit folgenden zwei Fällen zu Gunsten der Operation ein. I. Ein 77jähriger Mann, welcher seit 18 Jahren seinen Urin nicht ohne Hülfe des Katheters hatte entleeren können, und dessen Prostata die Größe einer Kokosnuss erreichte, wurde wegen Zunahme der Beschwerden (Cystitis) kastriert. Fünf Wochen nach der Operation konnte er einen kleinen Strahl auf natürliche Weise entleeren, und die Prostata ist allmählich um die Hälfte kleiner geworden. II. Der 51jährige Patient hatte seit einem halben Jahre den Urin nur mittelst Katheters entleeren können; gleichzeitig waren beide Hoden geschwollen, induriert und schließlich abscediert. Es bestand eine intensive Cystitis mit ammoniakalischem, eiterigem Urin und etwa 50,0 Rückstand. Die Prostata war sehr entschieden vergrößert. Da die Hoden offenbar tuberkulös waren, wurde die Kastration vorgenommen. Der Erfolg war ein entschieden günstiger, und vier Wochen später war sogar eine deutliche Verminderung der Prostata zu konstatieren.

Philippi-Remscheid.

Über die innerliche Darreichung von Schilddrüsen- und Prostatasubstanz bei der Behandlung der Prostatahypertrophie, von BAZY. (*Presse méd.* 26. Febr. 1896.) In Analogie mit der Schilddrüsentherapie beim Kropfe, Myxödem und dem Uterusmyom hat Verfasser auch die Prostatahypertrophie dieser Behandlungsweise unterzogen und mehreren Patienten Schilddrüsen substanz (vom Schafe) administriert.

Der Erfolg war ein befriedigender. Einen anderen Patienten, der wegen Hypertrophie der Prostata an hochgradigen Miktionsbeschwerden litt, ließ er ferner Prostataubstanz vom Pferde (da die Prostata des Stiers von zu geringem Volumen ist) einnehmen. Auch hier war der Erfolg derart, daß die Prozedur wiederholt zu werden verdient. Da aber die Prostatapräparate wegen ihres sehr widerlichen Geruches Verdauungsbeschwerden und Anorexie erregen, so können sie auf die Länge nicht vertragen werden. Verfasser zieht deshalb die Schilddrüsensubstanz auch bei Prostatahypertrophie vor.

C. Müller-Wallisellen.

Über cystoskopische Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des Harnleiterkatheterismus, von Max Nitze. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1895. No. 16. 17). Die bestimmte Lokalisation von Blasen- und Nierenleiden ist ebenso wichtig wie schwierig. Die Vermischung des Harnes aus beiden Nieren in der Blase, die unrichtige Lokalisation des Schmerzes, der oft an ganz anderer Stelle gefühlt wird, als das Leiden sitzt, das oft zu konstatierende Fehlen aller lokalen Beschwerden und funktionellen Störungen, alle diese Momente erschweren die für den Chirurgen so wichtige Bestimmung des Krankheitsortes. Alle diese Übelstände werden meistens beseitigt durch die Cystoskopie, deren Leistungsfähigkeit Verfasser an Beispielen erhärtet. Zunächst berichtet er mehrere Fälle von Hämaturie, in denen das cystoskopisch festgestellte Austrreten des Blutes aus einem Harnleiter die eine Niere als krank kennzeichnete. Die Operation ergab Tumoren und führte nach Exstirpation der betreffenden Niere Heilung herbei. Ebenso konnte in vielen Fällen die Quelle der Pyurie nur cystoskopisch festgestellt werden, wenn auch bei spärlicher Eitersekretion die richtige Beurteilung große Übung erheischt. Die Leistungen des Cystoskops sind folgende. Es kann mit Sicherheit entscheiden:

1. Ob die Blase gesund ist oder der Sitz des gesuchten Leidens ist.
2. Ob zwei Nieren resp. bei Erkrankung des einen Organes eine zweite funktionierende Niere vorhanden ist, und ob der Urin klar ist.
3. Aus welchem Harnleiter der blut- oder eiterhaltige Urin stammt.

Eine Reihe weiterer wichtiger Fragen kann bei Nierenleiden aber das Cystoskop nicht beantworten, zumal da man den Urin zur chemischen Untersuchung aus jeder Niere getrennt haben muß. Verfasser schildert die zahlreichen Vorschläge, welche er zu diesem Zwecke gemacht hat, um dann auf den Harnleiterkatheterismus einzugehen. Die Verfahren von GUSTAV SIMON, PAWLIK, NEWMAN sind nur bei der Frau ausführbar und da auch nur mit großen Schwierigkeiten. Beim lebenden Manne unter Leitung des Cystoskops den Harnleiter zu katheterisieren, ist Verfasser zuerst gelungen. Er benutzt elastische Instrumente, die durch einen an der unteren Seite des Cystoskops befindlichen Kanal eingeführt werden und nach Entfernung des letzteren liegen bleiben. Das neue Prinzip, das Verfasser dabei verwendet, beruht darauf, daß man dem unter Leitung des Cystoskops in den Harnleiter einzuführenden Katheter in der Blase durch eine mechanische Vorrichtung eine Richtung giebt, die dem Verlaufe des Harnleiters bei seinem Durchtritt durch die Blasenwand entspricht. Auffallend gut wird der Katheter in dem Harnleiter vertragen; an dem stoßweisen Austritt des Harnes kann man am leichtesten erkennen, ob er im Harnleiter liegt. Die Grenzen des Harnleiterkatheterismus fallen zusammen mit den Grenzen des Erkennens der Harnleiteröffnung mittels des Cystoskops. Zum Schluß streift Verfasser die therapeutische Bedeutung des in Rede stehenden Verfahrens, die Möglichkeit, das Nierenbecken direkt auszuspülen.

Jesner-Königsberg i. Pr.

Über Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Harnblase, von G. BURCKHARD. (*Centralbl. f. Allg. Pathol. u. Pathol. Anat.*

1896. No. 4.) BOSTROEM hat zuerst Fälle beobachtet, bei denen an der Mündungsstelle des Ureters sich eine blasenförmige Einstülpung in die Blase hineinwölbt, hineinragend bis in die Urethra und diese verschliessend. Diese Einstülpung erwies sich als das dilatirte Ende des verschlossenen Ureters, besteht in ihrer Wandung aus Bindegewebe und Blasen-, resp. Ureterepithel. Die Folgen dieser Anomalie ist Dilatation der Blase, des anderen Ureters, Hydronephrose etc. BOSTROEM erklärt die Fälle so, daß der blind endende Ureter in gerader Richtung die Harnblase durchsetzt, in Folge dessen der Widerstand der Muskulatur fortfällt und der Ureter die Harnblasenschleimhaut als Blindsack hervorstülpt. Einige ähnliche Fälle sind dann von anderen Autoren beschrieben. Verfasser beschreibt nun einen ähnlichen, doch nicht gleichen Fall: Bei einem 62jährigen an Pneumonie gestorbenen Manne fand man die Mündungsstellen der Ureteren polypöse hervorgewölbt, die Öffnungen derselben sehr eng und an der Spitze dieser Polypen ausmündend. Die Wand der Harnblase in der Umgebung der Ausmündungsstelle ist im Durchmesser $1\frac{1}{2}$ cm verdünnt und leicht durchscheinend. Die Ureteren sind dicht vor dem Eintritt in die Blase in einer Ausdehnung von fast 5 cm ampullenartig erweitert; die Erweiterung setzt sich nach oben hin scharf ab; Hydronephrose nur angedeutet. Oberhalb der rechten Ureterermündung ein ca. 6 mm grosses, flaches Myom. Die vorgewölbten Eintrittsstellen der Ureteren enthalten in ihrer Wandung neben Bindegewebe und Epithel auch Muskulatur. Auf diesen Fall stimmt die Erklärung von BOSTROEM nicht; es handelt sich um eine Mißbildung, um eine zu geringe Ausbildung der Muskulatur an den Eintrittsstellen der Ureteren.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Trichomonas als Parasit des Mannes, von G. DOCK. (*Amer. Journ. of the med. sciences.* Januar 1896.) Bei einem 27jährigen Studenten treten im Rekonvalescenzstadium einer Pneumonie Harnbeschwerden auf. Der Urin ist bluthaltig, seine Entleerung schmerzhaft. Der Fall wird als Malariahämaturie aufgefaßt und behandelt. Die Blutung sistiert, die Schmerzen jedoch bestehen fort; sie sitzen in der linken Lumbalgegend, in der rechten Schamgegend, strahlen zeitweise in die Urethra aus und exacerbieren in unregelmässigen Intervallen besonders nach Erkältungen und Alkoholmissbrauch. In den letzten Portionen des sauren, hellgelben, sonst klaren Urins finden sich besonders zahlreich zwei bis drei Tage nach Beginn der Attacke weißliche stecknadelkopfgroße Flöckchen. Nachdem die Diagnose von verschiedenen Spezialisten auf chronische Blenorrhoe gestellt worden, findet Verfasser in diesen Flocken außer Eiterkörperchen, Blasenepithelien den *Trichomonas vaginalis* und zwar bis 350 Exemplare in einer Flocke.

Die Morphologie und Physiologie des Parasiten, der im frisch gelassenen Urin bisher nur in zwei Fällen von MARCHAND und MIURA beobachtet wurde, wird auf Grund der Litteraturangaben und eigener zahlreicher Untersuchungen im Wesentlichen übereinstimmend mit den Angaben KÜNSTLERS und MARCHANDS genau geschildert.

Die Beschwerden des Patienten und speziell die Hämaturie werden auf die Anwesenheit des *Trichomonas* zurückgeführt, der in Urethra, Blase und Niere ernsthafte Prozesse hervorrufen könne. Manche als Malariahämaturie aufgefaßte Fälle dürften durch den *Trichomonas* bedingt sein. Dieser Gedanke liege um so näher, da es sich auch bei vier Fällen von Amöbenbefund im Urin (BUELE, JÜRGENS, KAETJUS und POSNER) dreimal um Hämaturie und einmal um hämorrhagische Erosionen gehandelt habe. Der Parasit wird nur in ganz frischem Urin gefunden und stirbt bei Zimmertemperatur schon nach ein bis zwei Stunden ab.

H. Einhorn-München.

Uratische Diathese und ihre Behandlung mit Quinalgen, von Ch. W. INGRAHAM. (*Amer. med.-surg. bull.* 11. Januar 1896.) Akuter und chronischer Muskel-

und Gelenkrheumatismus, Neuralgien und gewisse andere, nervöse Affektionen, Heu- und Bronchialasthma beruhen nach Verfassers Meinung auf gemeinsamer Grundlage, auf einer uratischen Diathese und werden durch Quinalgen günstig beeinflusst.

H. Einhorn-München.

Über den Einfluss des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure, von K. BOHLAND. (*Centralbl. f. innere Med.* 1896. No. 3. Die Ergebnisse der vom Verfasser in Gemeinschaft mit W. HECK angestellten Versuche bilden eine kräftige Stütze der Theorie von HORBACZEWSKI, nach der die Harnsäure, als Stoffwechselprodukt des Nukleins, aus zu Grunde gehenden weissen Blutkörperchen stammt. Bei zwei gesunden Männern wurde auf mittlere Gaben von salicylsaurem Natron (3 — 5 gr pro die) eine beträchtliche Steigerung der Harnsäureausscheidung und zu gleicher Zeit eine deutliche Vermehrung der Leukocyten im Blute beobachtet. Im ersten Versuche betrug die Harnsäure des Harns im Mittel 1,02 gr und stieg unter dem Einfluss der Salicylsäure auf 1,635 (in maximo auf 1,875 gr) entsprechend einer Vermehrung um 60%, resp. 84%. Die Zahl der Leukocyten wurde um mehr als das Doppelte vermehrt; sie stieg von 7132 pro cem Blut auf 14565. Ganz analog waren die Ergebnisse im zweiten Versuche.

Da bei der uratischen Diathese nach E. NEUSSER bereits eine Leukocytose besteht, muß die therapeutische Anwendung der Salicylsäure entschieden widerraten werden.

Die Zahl der Leukocyten würde nur noch weiter vermehrt, die Harnsäureproduktion würde durch eine beträchtlichere Leukolyse noch erheblich gesteigert und damit auch die Gefahr der stärkeren Harnsäureretention in den Tophis und der Vergrößerung der harnsauren Konkreme in den Harnwegen vermehrt.

H. Einhorn-München.

Über die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinbasen im Urin, von CURT BRANDENBURG. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 7.) Die Harnsäure und die Xanthinbasen, chemisch sehr ähnlich konstituierte, aus einem Alloxankern und einem Harnstoffkern bestehende Substanzen, entstammen den Nukleinen, den Kernsubstanzen. Ihre Menge schwankt in der Norm in gleicher Weise, wie die Harnstoffmenge. Beider Werte werden erniedrigt bei einem herabgesetztem Ernährungszustand. Vermehrter Zerfall kernhaltigen Materials steigert die Ausscheidung der Harnsäure und der Xanthinbasen; das lehren die Konsumptionskrankheiten, wie Tuberkulose, Carcinom, Anämia gravis. Die Höhe der Ausscheidung dieser Alloxurkörper giebt Aufschluß über die Beteiligung des Gewebezefalles an der Stickstoffmenge im Harn, wobei berücksichtigt werden muß, daß der Körper im hohen Maße die Fähigkeit besitzt, die Kernsubstanzen zu Harnstoff zu verbrennen. Die Harnsäuremengen stehen ferner in einer gewissen Abhängigkeit zu der sekretorischen Thätigkeit des Darmes.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur Pathogenese der Urobilinurie, Vortrag von GIARRÉ. (*Settim. med. d. Speriment.* 1896. No. 8.) Bei einer Frau mit Gallenfistel, welche Symptome von Gallenstase zeigte (Ikterus, Lebervergrößerung, Gallenpigmente im Urin) untersuchte GIARRÉ die frei ausfließende Galle, die Fäces und den Urin, wobei es sich zeigte, daß die Menge des Sterkobilins bedeutend herabgesetzt war, daß eine hochgradige Urobilinurie bestand und daß das Urobilin in der frischen Zelle vollständig fehlte. Diese Resultate ergeben somit eine Stütze für die Theorie, wonach das aus der Galle resorbierte Bilirubin in den Kreislauf tritt und successiv durch die Thätigkeit der lebenden Gewebe in Urobilin umgewandelt wird.

C. Müller-Wallisellen.

Über die harntreibende Wirkung des Methylenblau, von Dr. ALEXEJEWSKY und BORISSOWSKY. Auf Grund ihrer Beobachtungen geben Verfasser an, daß bei 0,18 bis 0,24 Methylenblau die Harnquantität nur um ein geringes steigt, wobei die Perspiration sich verringert. Nebenerscheinungen, die nach Gebrauch des Mittels auftreten, wie z. B. starkes Erbrechen, können die Anwendung desselben kontraindicieren. (*Militär-med. Journ.* 1895.)
J. Grünberg-St. Petersburg.

Ein Fall von Kraurosis vulvae, von S. RÓNA. (*Verhandl. d. Verein. d. Spitalsärzte in Budapest.* 1894.) Eine 49jährige Näherin machte vor 18 Jahren eine Blennorrhoe und Syphilis durch; die Spuren der letzteren sind noch vorhanden. In den Sekreten des Genitale sind Gonokokken nicht nachweisbar, der Harn enthält weder Eiweiß noch Zucker. Die Innenseite der großen Schamlippen, das Vestibulum, der Damm sind mit einer grauweißen, stellenweise verdickten Hornschicht bedeckt, die kleinen Schamlippen sind verschwunden, das Präputium der Clitoris ist bedeutend hypertrophiert und mit dem linken Labium an zwei Stellen verwachsen, das Vestibulum und der Scheideneingang sind stark verengt, die Schleimhaut trocken, rigid, leicht zerreiblich, narbenartig atrophiert. Die Kranke wird von Tag und Nacht anhaltend unerträglichen Jucken geplagt. Carcinom ist nicht vorhanden. R. führt den Fall in ätiologischer Hinsicht auf den Pruritus zurück.
A. Aschner-Budapest.

Ein seltener Fall von Entwicklungsstörung. Pseudohermaphroditismus mit kongenitaler Atresia ani, von M. GRÜNBERG. (*Med. Wochenbl.* 1895. No. 23.) Große Schamlippen hypertrophiert, in diesen zwei längliche Körper durchföhlbar (Hoden?). An der Beröhrungsstelle der Labia minora ein Gebilde, das als Penis angesprochen werden muß. Einen halben Zentimeter tiefer eine stecknadelkopfgroße Öfönung, aus der beim Schreien eine gelbliche Masse mit fäkalem Geruch herausgepreßt wird. Analöfönung nicht vorhanden.
J. Grünberg-St. Petersburg.

Zur Bakteriologie des Genitaltractus beim Weibe, von STRAGANOW. (*Russ. Journ. f. Gynäkol. u. Geburtsh.* 1896. No. 6.) In vorliegender Arbeit hält es Autor für seine Pflicht, einige von WINTER aus einer Arbeit Verfassers falsch citierte Passus zurechtzustellen und seine Ansichten nochmals in folgenden Thesen zu formulieren:

1. Der Cervicalkanal der schwangeren wie nichtgraviden Frau ist steril.
2. Die Gegend des äußeren Muttermundes ist die Scheidegrenze zwischen sterilem und nicht sterilem Teile des Genitalkanals.
3. Der Schleim des Cervicalkanals tötet die Mikroorganismen.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Beiträge zur Lehre von der Sterilität, von SCHUWARSKY. (*Russ. Journ. f. Gynäkol. u. Geburtsh.* 1896. No. 9.) Verfasser hat 80 Frauen $\frac{1}{4}$ —2 Stunden post coitum untersucht, um die Frage zu entscheiden, wohin das Sperma beim Coitus gelangt. Untersucht wurde das Sekret der Scheidengewölbe, der Cervix und die Uterushöhle. In 13 Fällen waren die Männer die Ursache der Sterilität. In 12 Fällen blieb diese Frage unentschieden. Nach den Untersuchungen wird das Sperma nur in die Scheidengewölbe ejakuliert, von wo die Spermatozoen allein in die Uterushöhle gelangen; daselbst können sie schon in einer halben Stunde post coitum angetroffen werden. Das Sekret des Uterus scheint ein die Lokomotion der Spermatozoen begünstigendes Medium zu sein.

An der Unfruchtbarkeit ist in der Mehrzahl der Fälle der Mann schuld.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über Urethrocele vaginalis, von BOURSIER. (*Arch. clin. de Bordeaux*. 1895. No. 11.) Gestützt auf einen Fall, dessen Krankengeschichte und histologischer Befund mitgeteilt wird, trennt Verfasser die wahre Urethrocele vaginalis (partielle, sackförmige Ausbuchtung der hinteren Urethralwand in die Vagina hinein) von der Pseudo-Urethrocele, welche durch Kommunikation einer meist cystischen Höhle mit der Urethra (meist kongenital und von den GÄRNERschen Kanälen abstammend), durch Platzen von Blutoysten in die Urethra infolge von Traumen, durch Harnsteine zu stande kommen.
C. Müller-Wallisellen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Wann dürfen Blennorrhöer heiraten? Vor dem Medico-Legal Congress, dem auch Nichtärzte als Mitglieder angehören, schildert F. C. VALENTINE die großen Gefahren der blennorrhöischen Erkrankung, besonders für das unschuldig in die Ehe eintretende Weib, und kommt zu folgenden Schlufssätzen:

1. Die Blennorrhoe ist eine gefährliche, aber in jedem Stadium heilbare Erkrankung.

2. Die Infektionsmöglichkeit liegt noch vor, auch wenn alle äußeren Zeichen der Erkrankung verschwunden sind.

3. Jedes infizierte Weib schwebt in Lebensgefahr.

4. Kein Mann sollte heiraten, der seine Frau infizieren kann. (Expression der bei urethroskopischer Untersuchung verändert gefundenen Drüsen und Follikel, provokatorische Injektionen.)

5. In sieben bis zehn Tagen kann je nach dem Gonokokkenbefund die Infektionsmöglichkeit zugegeben oder ausgeschlossen werden. (*Amer. med.-surg. bull.* 1. Oktober 1895.)
H. Einhorn-München.

Die Bedeutung der Blennorrhoe für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, von FEHLING. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 49.) In der Einleitung betont Verfasser die hohe Bedeutung der Blennorrhoe als Ursache der Sterilität. Nach seiner Ansicht dürfe man annehmen, daß in mehr als 50% aller steriler Ehen die Schuld am Manne liege. Und bei diesen sei wieder in der überwältigenden Mehrheit überstandene oder noch nicht abgeheilte Blennorrhoe des Ehemannes die Ursache; die Zahl GLÜNDERS, der in 71,3% steriler Ehen Blennorrhoe fand, hält er noch für zu niedrig.

Was die Lokalisation der Blennorrhoe beim Weibe betrifft, so soll die Urethritis am häufigsten vorkommen; FEHLING erscheint dies jedoch zweifelhaft. In der Schwangerschaft komme sie wohl als einzige Lokalisation vor, aber äußerst selten; sei dann meist sehr gutartig.

Häufiger komme in der Schwangerschaft die Vulvitis zur Beobachtung, selten die akute Bartholinitis. Strittig sei die Bedeutung der Vaginitis. FEHLING sah sie oft bei Schwangeren, allerdings weniger als Vaginitis granulosa, sondern als Vaginitis punctata, bei welcher auf der Höhe der Falte eine Abschieferung des Epithels durch das ätzende Sekret erfolgt.

An der Vaginalportion findet man teils im Anschluß an die Vaginitis, teils im Gefolge der Cervikalblennorrhoe ausgebreitete Erosionen; Hypertrophie des interstitiellen Bindegewebes kann sich anschließen und später Geburtsstörungen bedingen.

Die Cervikalblennorrhoe sei in der Gravidität nichts seltenes, im ganzen finde aber selten ein Übergang der Blennorrhoe auf die Corpusschleimhaut statt. Jedoch sei es nachgewiesen, daß eine Endometritis blennorrhöica vorkommen kann. Es handelt sich wesentlich um eine interstitielle Endometritis, an die sich

aer auch die glanduläre anschliesst. Mancher Abort wird wohl dadurch hervorgerufen.

WERTHEIM hat nachgewiesen, dass sich an eine blennorrhische Endometritis eine Metritis anschliessen kann; es sei jedoch nicht wahrscheinlich, dass dann Schwangerschaft eintrete. Dagegen sei das Vorkommen einer blennorrhischen Perimetritis, teils mit, teils ohne Salpingitis in der Schwangerschaft sichergestellt.

Endlich gäbe es auch einzelne sichere Fälle von Salpingitis allein, von einer solchen Endosalpingitis aus können Perioophoritis und Perisalpingitis entstehen.

Die therapeutischen Vorschläge FEHLIGES gleichen im allgemeinen den sonst üblichen. Bei Vulvitis und Vaginitis lässt er nicht regelmässig Spülungen vornehmen, bepselt vielmehr zweimal wöchentlich im FERGUSSONSchen Speculum die Schleimhaut mit 5—10% Solut. arg. nitr. oder bepudert dieselbe mit Jodoform.

Hat eine Endometritis blennorrhica zum Abort geführt, dann solle man, wenn nicht starke Blutung es verlangt, nicht ausschaben, sondern mit Ätzungen, Ausstopfung etc. den Fall behandeln.

Die Leitung der Geburt bei Blennorrhischen biete im ganzen nichts wesentlich verschiedenes gegenüber der Anderer dar.

Die wesentliche Frage sei hier, ob man im Beginne der Geburt den Versuch machen solle, durch Antiseptica die Gonokokken zu zerstören. Jedoch lässt FEHLIG nur bei den mit florider Blennorrhoe in die Geburt eintretenden Personen meistens eine antiseptische Lösung zur Einspülung verwenden.

Die innere Untersuchung sei natürlich möglichst zu beschränken.

Bei lang bestandener Erosion und Cervikalkatarrh sei gar nicht so selten die Eröffnungszeit durch Rigidität der unteren Cervixpartie und sehr schmerzhaftes Wehen ungebührlich verlängert. Da könnten frühzeitig seitliche Einschnitte nötig werden. Ebenso könne durch die Straffheit einer blennorrhischen Scheide und Vulva die Austreibungszeit ungebührlich in die Länge gezogen werden, so dass zur Zange oder seitlichen Vulvar-Incision gegriffen werden müsse. Dem Kinde der Blennorrhischen sollte unbedingt ohne Ausnahme die Wohlthat der prophylaktischen Einträufelung von 2% Sol. arg. nitr. zu Teil werden.

Inwieweit Störungen des Wochenbettes auf blennorrhische Infektion zurückzuführen sind, unterliege gegenwärtig noch der Kontroverse.

FEHLIG mag nicht annehmen, dass so häufig, wie KRÖNIG es behauptet, also in etwa 25% der Endometritis puerperalis Fälle, das Resorptionsfieber durch Gonokokken bedingt sei. Die grössere Zahl der leicht fieberhaften Erkrankungen im Wochenbett liesse sich ungezwungen als leichte pathogene oder putride Infektion erklären, auch sei es schwierig sich vorzustellen, wie die Gonokokken in die Uterushöhle eindringen.

Noch viel seltener als Endometritis kämen Salpingitis und Perisalpingitis blennorrhica im Wochenbett vor, doch hätte FEHLIG sicherlich diese Affektionen beobachtet, merkwürdigerweise bisher stets nur einseitig.

Diese Salpingitis neige zur Abkapselung und habe keine Neigung zur Verallgemeinerung und Eiterung. Recht seltene Vorkommnisse im Wochenbett seien Ovarialabscesse blennorrhischen Ursprungs, das Gleiche gelte von den puerperalen Abscessen der Adnexa, welche später zur Operation kommen.

Ob im Wochenbett eine Mastitis blennorrhica vorkommt, erscheint dem Verfasser zweifelhaft, doch wäre es denkbar, dass manche leichte abortiv verlaufende Formen der Mastitis auf blennorrhischer Infektion beruhen. *Neuhaus-München.*

Die Gonokokken bei der Blennorrhoe, von POWARKIN. Auf Grund eines umfangreichen Materials hat Verfasser Beobachtungen angestellt und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Die Fälle ohne Gonokokken verlaufen durchschnittlich rascher, als die mit denselben.

2. Eiterzellen sind in den Fällen von Tripper ohne Gonokokken viel weniger zu finden, als in denjenigen, wo Gonokokken vorhanden sind; in 18,82% der Fälle ohne Naisssache Kokken fanden sich gar keine Eiterzellen; sind doch dieselben vorhanden, so verschwinden sie viel rascher als in Fällen, wo Gonokokken nachweisbar sind.

3. Die Menge des Plattenepithels ist ebenfalls gering bei Blennorrhoe ohne Kokken; in Fällen, wo letztere vorhanden, wurde völliges Fehlen von Plattenepithelien in 12,06% beobachtet, in Fällen ohne Gonokokken fehlten die Epithelien in 27,05%.

4. Cylinderepithelien waren in 43,53% der Fälle mit Gonokokken vorhanden und in 18,82% der Fälle ohne Gonokokken.

5. Andere Mikroben wurden in beiden Arten von Blennorrhoe fast in gleicher Menge beobachtet. (*Russ. milit.-med. Journ.* 1895.) J. Grünberg-St. Petersburg.

Über Desinfektionsversuche an Gonokokken, von J. SCHÄFFER. (*Fortschritte d. Med.* 1896. No. 14.) Die Desinfektionsversuche mit Gonokokken sind, wenn man eine kausale Therapie der Blennorrhoe anstreben will, durchaus berechtigt und verheissen um so mehr Erfolg für die Therapie, als bei den bisher geprüften Medikamenten die im Reagenzglas festgestellten Zahlen den Erfolgen bei der praktischen Verwendung durchaus entsprechen; die Schnelligkeit der Beseitigung der pathogenen Mikroorganismen aus dem Sekret durch die verschiedenen Injektionsflüssigkeiten deckt sich durchaus mit antiblennorrhöischen Eigenschaften der letzteren. Von den bisher geprüften Heilmitteln haben den Gonokokken gegenüber die besten baktericiden Eigenschaften das Argentamin, Argentum nitricum, Argonin und das Hydrargyrum oxycyanatum, welches in einer Konzentration von 1:3000 die Gonokokken noch schneller abtötet, als die Silbersalze. Erhöht wird die Wirkung bei allen diesen Mitteln durch eine höhere Temperatur der Injektionsflüssigkeit; eine Temperatur von 50° C. wird von der Harnröhre noch sehr gut vertragen.

Günstiger gestalten sich die Ergebnisse, wenn man mit Aufschwemmungen von Eiter von frischer Blennorrhoe experimentiert, die man erhält durch Injektion von sterilem Serum in die blennorrhöisch erkrankte Harnröhre. Die Versuche mit Pulvern ergaben vor allem eine außerordentlich antiblennorrhöische Kraft des Jodoforms, dessen Dämpfe sogar die in der Nähe befindlichen Gonokokken abtöten. Formalindämpfe töteten Gonokokken in zwei Stunden. Die Versuche mit Urethralstäbchen waren in ihren Ergebnissen nicht konstant.

Bei der Prüfung des antagonistischen Verhaltens des Gonococcus gegenüber anderen Mikroorganismen war auffallend, daß Kulturen des Bacillus pyocyaneus auf die Gonokokken entwicklungshemmend und sogar abtötend in hohem Maße einwirken.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Quecksilberoxycyanid zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum, von SICHERER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1895. No. 49.) Zuerst fand SCHLÖSSER, daß das Quecksilberoxycyanid bei gleicher bakterientötender, antiseptischer Eigenschaft eine geringere örtliche Gewebereizung hervorruft und eine viel geringere eiweißkoagulierende Wirkung besitzt als das Sublimat. Bei der Blennorrhoe erwies sich eine Lösung von der Stärke 1:500 am zweckmäßigsten, diese wird vom Verfasser als wohl erprobt empfohlen. Die Anwendungsweise ist sehr einfach: Nach Umstülpung der Lider werden dieselben mit der genannten Lösung reichlichst gespült, mindestens einmal täglich, und zwar so, daß alle Ausbuchtungen des Bindehautsackes

von jeglichem Sekrete befreit werden. Dazu verordne man Eisüberschläge für Tag und Nacht. Die pflegende Mutter darf aber ja nicht versuchen, das Sekret aus dem Auge zu entfernen, da sie eventuell oberflächliche Epitheldefekte der Hornhaut verursachen könnte. War bei Beginn der Behandlung die Hornhaut noch nicht affiziert, so kann für günstigen Ausgang garantiert werden, ja sogar leichte Infiltrate gehen meist zurück; nur wenn bereits ausgedehnte Uloerationen, Irisvorfall etc. vorhanden sind, hilft die Hg-Oxycyanidbehandlung so wenig, als irgend ein anderes Mittel.

Immerhin sei diese Methode der Einfachheit und der guten Erfolge halber der
Neuhaus-München.

Bemerkungen über blennorrhische Iritis, von P. DUNN-London. (*Brit. med. Journ.* 14. Dezember 1896.) Es ist eine längst bekannte Thatsache, daß die blennorrhische Iritis sich in solchen Fällen entwickelt, in welchen die Blennorrhoe zu einer Allgemeininfektion, insbesondere zu einer blennorrhischen Gelenkentzündung, zu blennorrhischem Rheumatismus geführt hat. Fast immer sieht man die blennorrhische Iritis auf arthritische Symptome folgen.

Verfasser beschreibt einen Fall, bei welchem der 25jährige Patient eine akute Iritis des linken Auges hatte und angab, vor mehreren Monaten eine Blennorrhoe, hierauf blennorrhische Kniegelenkentzündung durchgemacht zu haben. Gegenwärtig zeigte er außer der Iritis mit Hämorrhagie in die vordere Augenkammer eine Ankylose des Kiefergelenkes, die sich ebenfalls an die Blennorrhoe angeschlossen hatte. Unter trockener Wärme, Blutegeln, Abführmitteln (Hunyadi Janoss) und Bettruhe besserte sich der Zustand rasch.
C. Berliner-Aachen.

Endocarditis blennorrhica mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, centralen Schmerzen und Ödem, von J. ZAWADZKI und L. E. BERGMAN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 8.) Eine 17jährige Puella publica bekam Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Gelenkschmerzen. Nach vorübergehender Besserung gesellten sich dann rechtseitige Hemiparese mit Hemianästhesie, Vergrößerung der Herzdämpfung, Hergeräusche. Unter steter Wiederholung der Schüttelfröste tritt noch eine Pleuritis auf, während die halbseitige Lähmung zurückgeht. Die Schmerzen in den Gelenken wechseln. Es stellt sich Hauthyperästhesie rechterseits ein, Albuminurie, Ödem, und die Kranke geht zu Grunde. Die Sektion ergibt: Anaemia, Oedema et anaemia cerebri. Ramollitio corp. striat. sin. et part. int. corp. lenticul. Embol. complet. art. foss. Sylv. sin. Oedema pulmonum. Hepatitis pulmonis dextra. Endocarditis valvulae bicuspidalis verrucosa etc. Die Erklärung des Krankheitsbildes war schwierig. In dem reichlichen Genitalsekret Gonokokken zu finden, war nicht gelungen. Dagegen fanden sich dieselben in Schnitten durch die Exkreszenzen der Bicuspidalklappe in charakteristischer Form und Lagerung; sie entfärbten sich nach GRAM. Damit ist die blennorrhische Entstehung des Leidens nach den Verfassern festgestellt, wenn sie auch den anderen gefundenen Kokkenformen nicht allen Wert für die Gestaltung des pyämischen Krankheitsbildes absprechen.

In demselben sind besonders die Erscheinungen seitens des Nervensystems bemerkenswert, zurückzuführen auf die Embolie der Fossa Sylvii und die Erweichung des Corpus striatum und des inneren Teils des Linsenkerne. Diese Veränderungen erklären auch die spätere Hauthyperästhesie und die Schmerzen in der rechten Körperhälfte. Es beweisen diese auch, daß zentral angelöste Schmerzen ohne Affektion des Thalamus opticus bestehen können, was manche bestreiten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Gonokokkenpyämie spricht GUSTAV SINGER im Wiener medizinischen Club. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 2.) Von besonderem Interesse ist ein Fall

der hier kurz skizziert werden mag: Einer Näherin wird ein Myom des Uterus wegen Metrorrhagien entfernt; Blennorrhoe bestand nicht. 1½ Jahre später mußte die Operation wiederholt werden. Im Anschluß an diese stellt sich ein pyämischer Zustand mit mäßigen Temperaturen ein, in dessen Verlauf auch eine Kniegelenkaffektion sich entwickelt. Die Punktion des Kniegelenks ergibt den bakteriologischen Befund von Gonokokken. Das Kniegelenk ankylosiert. Decubitus, einhergehend mit Schüttelfrösten und septischem Fieber, führt schliesslich den Tod herbei. Im Blute findet man *Staphylococcus albus* und *aureus*, *Bacterium coli*. Verfasser nimmt an, daß bei der zweiten Myomoperation ein Gonokokkenherd, der im Endometrium versteckt war, bloßgelegt wurde und die Gonokokken in den Kreislauf gelangten. Es handelt sich also um eine reine Gonokokkenpyämie. In der Diskussion betont SINGER besonders, daß die niedere Fieberkurve im Zusammenhang stehe mit den Lebenseigentümlichkeiten des Gonococcus, der bei höheren Temperaturen leidet. WERTHEIM bestritt dieses, stimmt im übrigen der Auffassung, die der Vortragende über den Fall hat, zu. (Ich möchte es doch nicht für sicher erwiesen halten, daß hier nur der Gonococcus der Attentäter war. Der Umstand, daß die Blutuntersuchung im Beginne keine Eiterkokken ergab, genügt doch wohl nicht dazu, deren Anwesenheit absolut auszuschließen. Da man heute doch gar zu leicht geneigt ist, alles dem Gonococcus in die Schuhe zu schieben, ist solch komplizierten Fällen, in denen die Blennorrhoe in der Urethra oder in den Genitalorganen nicht konstatiert werden konnte, gegenüber eine grössere Skepsis wohl am Platze. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen, von S. EHRMANN. (*Wien. med. Presse.* 1895. No. 8.) A. Therapie der paraurethralen Hohlgänge. Verfasser behandelte 21 Fälle auf elektrolytischem Wege, bei 6 Fällen mußten je zwei Sitzungen vorgenommen werden, bei den übrigen genügte eine Sitzung, die Heilung war stets eine dauerhafte, ohne Recidive, nach der Operation entleert sich durch 8—10 Tage mit immer abnehmender Intensität eine klebrige Flüssigkeit, bis der Gang sich ausfüllt. E. benutzt eine konisch stumpfe Stahlnadel, welche als Kathode bis auf den Grund des Hohlgauges eingeführt wird, als Anode eine feuchte Elektrode. Im Stromkreise der Batterie muß ein empfindlicher Galvanometer und ein guter Rheostat eingeschaltet werden. Bei der Ausführung der Operation wird der Rheostat bei metallischem Schlufs so gestellt, daß das Galvanometer beiläufig 4 Milliampère Ausschlag giebt. Die Einwirkung des Stromes soll etwa zehn Minuten betragen.

B. Therapie der Urethralpapillome. E. benutzt auch bei Entfernung der Urethralpapillome gern die Elektrolyse. Es wurden 18 Fälle, von denen er 9 nach einem Zeitraum von einem halben bis einem ganzen Jahre wiedergesehen, ohne Recidive behandelt. Nebstdem teilt er einen Fall mit, bei dem die endoskopische Untersuchung ergab, daß von der Pars prostatica bis in die Fossa navicularis mit wenigen Unterbrechungen, die kleiner als 1 cm waren, die ganze Harnröhre besät mit Papillomen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, die größtenteils zu Gruppen angeordnet waren. Das Hauptverfahren war in diesem Falle Exkochleation mit nachträglicher Elektrolyse der Basis mit der Kugelektrode. — Die Zahl der Sitzungen bis zur Heilung variierten von einer bis zu sechs, die Dauer derselben 10—15 Minuten. Bei kleinen Papillömchen benutzt er eine hanfkorngroße Platinkugelektrode, bei grösseren etwa erbsengroßen isoliertstehenden Papillomen einen Metallstachel, in deren Basis derselbe eingestochen wird, sind die Papillome sehr zahlreich und stehen sie in Gruppen beisammen, werden sie mit dem scharfen Löffel abgetragen und dann mit der Kugelektrode elektrolysiert; bei großen und auf einem dicken Stiel aufsitzenden Papillomen benutzt er ein der Iridektomiellanzette ähnliches Instrument in verschiedener

Breite, welches mit der Spitze an die Basis der Geschwulst angesetzt wird. — Die Elektrolyse hat vor der Galvanokautik den Vorzug, weil die erstere keine Reaktion erzeugt, die Wirkung eine langsamere und deshalb besser zu bemessende ist, und die Galvanokautik jedenfalls Narben bildet, die besonders nach ausgedehnten Papillomen der Urethra nicht gleichgültig sind.

A. Aschner-Budapest.

Als sicherstes Präservativ gegen Blennorrhoe empfiehlt NUISER die Methode von BLOKUSEWAKI: Ein kleiner Metalltubus enthält eine 2%ige Höllensteinlösung, die sich nur durch Druck auf den Apparat (der leicht in der Westentasche Platz findet) tropfenweise auspressen läßt. Gleich nach der vermeintlichen Infektion werden zwei Tropfen der Lösung in die Urethralöffnung und einer in den Sulcus praeputialis fallen gelassen. Nach fünfmaliger Wiederholung der Prozedur sind allfällig abgelagerte Gonokokken sicher abgetötet. (*Lyon méd.* 1896. No. 8.) C. Müller-Walkisellen.

Zur Behandlung der Blennorrhoe und zur Asepsis der Katheter und Sonden giebt SORDONZ (in *Rif. med.* 1896. No. 298) einige Verhaltensmaßregeln an: An den Harnwegen dürfen keine Operationen vorgenommen werden ohne strengste Asepsis. Die akuten und chronischen Affektionen der Urethra können mit dem Rosenbergschen Urethralexsicicator (zum Einblasen von pulverförmigen Substanzen, wie z. B. Zymoidin) vorgenommen werden. Die tiefen Einspritzungen mit konzentrierten Silberlösungen sollen durch schwache ersetzt werden. Die LE FORTSche Dilatationsmethode der progressiven Dilatation (mit Sonden in drei Stärken) ist die einfachste und gefahrloseste. Nach der Urethrotomia interna darf kein Dauerkatheter eingelegt werden.

C. Müller-Walkisellen.

Zur Argoninbehandlung der Blennorrhoe, von ARTHUR LEWIN. (*Berlin. Wochenschr.* 1896. No. 7.) Durch das Argonin soll nach Verfasser eine rasche Vernichtung der Gonokokken stattfinden, ohne daß dabei eine stärkere Reizung gesetzt würde. Das Argonin ist eine Verbindung von Argentum und Casein, es stellt ein weißes Pulver dar, das sich unter vorsichtigem Erwärmen im Wasserbade löst, in maximo zu 10:100. Es muß allmählich erwärmt werden, da bei zu plötzlicher Erhitzung Niederschläge entstehen, die den therapeutischen Effekt beeinträchtigen dürften. LEWIN hat das Mittel nach Angabe von JADASSOHN in einer Konzentration von 3:200 angewandt und hiervon fünfmal täglich je 10 ccm injicieren lassen. In zwölf mit akuter Blennorrhoe beobachteten Fällen verschwanden die Gonokokken in neun Fällen in zwei bis sechs Tagen.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Dermatol teilt COSTANTINI (*Rif. med.* 1896. No. 35) mit, daß dasselbe, in 2 — 4% wässrigen Suspensionen ein oder zweimal pro die in die Urethra injiciert, ihm ausgezeichnete Resultate geliefert habe, indem es anästhesierend, adstringierend und besser antiseptisch wirke, als irgend ein anderes bisher angewandtes Mittel. Als Adjuvans der Dermatolbehandlung läßt COSTANTINI Ausspülungen mit sterilisiertem Wasser machen.

C. Müller-Walkisellen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

NO. 10.

15. November 1896.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der Universität Bologna,
geleitet von Prof. D. MAIACCHI.

Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidakne.

(Vorläufige Mitteilung.)

Von

Dr. T. SECCHI.

Seit circa zwei Jahren ist in der Frage über die Ätiologie der malignen Tumoren, speziell des Carcinoms, eine Wandlung eingetreten und zwar hauptsächlich durch die Verdienste von SANFELICE, welcher dieselbe experimentell behandelt hat. Zuerst untersuchte er die Morphologie und Biologie der Blastomyceten¹, dann beschrieb er eine besondere Art pathogener Blastomyceten², die er *Saccharomyces neoformans* nannte. Dasselbe zeigte bei den Veränderungen, die es in den Geweben verursachte, genau die morphologischen Eigenschaften, welche andere Autoren bei malignen Tumoren des Menschen als Coccidien beschrieben hatten. In einer dritten Mitteilung sodann³, machte er uns mit den Inokulationen bekannt, die er mit Blastomycetenkulturen an einer Hündin und einem Hahne gemacht hatte. Bei der Hündin erzeugte er zellige Neubildungen, deren Elemente in der Weise angeordnet waren, wie man sie beim Carcinom findet; auf die Neubildung an der Inokulationsstelle folgten dann Metastasen in den Eingeweiden, den Nieren und der Milz. Beim Hahne bildete sich ein aus jungem Bindegewebe bestehender Tumor aus; dieses Bindegewebe bestand aus sehr dichtstehenden Zellsträngen, und in den zentralen Partien lagerten zahlreiche freie, aber in Degeneration begriffene Blastomyceten. Spätere Beobachter bestätigten die Entdeckungen von SANFELICE, so besonders MAFFUCCI und SIRLEO⁴, welche der Ansicht sind, daß die Blastomyceten eines intracellulären Lebens fähig sind und Neubildungen hervorrufen können. Ferner hat RONCALI⁵ in einem Adenocarcinom des Ovariums mit den von SANFELICE angegebenen Färbemethoden äußerst zahlreiche und verschieden gestaltete, mit den Blastomyceten von

SANFELICE identische Gebilde gefunden und nachgewiesen, daß die als Coccidien oder Sporozoen des Carcinoms beschriebenen Formen nichts anderes darstellten als Blastomyceten. Derselbe Autor⁶ wies auch zuerst, bei der Untersuchung eines Falles von Adenocarcinom des Ovariums das endocellulare Leben der Blastomyceten beim Menschen nach.

RONCALI fand die Blastomyceten ferner beim Sarcom⁷, AIEVOLI bei einem Carcinom⁸, CURTIS⁹ bei einem Myxom, und gelang es diesem letzteren, sie in Reinkultur zu züchten und mit positivem Resultate einem Kaninchen einzuimpfen.

Gegen diese neuen Theorien begannen bald Stimmen laut zu werden, und zwar waren dies die nämlichen, welche sich gegen die Coccidien-theorie erhoben hatten und die als Coccidien erklärten Gebilde für Degenerationsprodukte oder für Phasen nucleärer oder cellulärer Chromatolyse oder endogene Zellteilung etc. hielten. Unter diesen will ich der Kürze halber nur D'ANNA¹⁰ nennen, welcher der Färbemethode SANFELICES ihre Spezifität abspricht, trotzdem er bei einigen Epitheliomen Gebilde beobachtet hat, die er unzweifelhaft für Blastomyceten hält, die er aber für unfähig erachtet, Neubildungen zu produzieren. Gegen diese oppositionellen Stimmen sind nun aufgetreten T. ROSSI DORIA¹¹ in einer kritischen Übersicht und SANFELICE selbst¹² in einer Schrift, wo er die Resultate seiner Inokulationen von Reinkulturen des *Saccharomyces neoformans* an Maulwürfen, weißen Ratten, Kaninchen, Hunden und Hühnern mitteilt. Inzwischen haben noch zahlreiche andere Autoren Untersuchungen über Blastomyceten gemacht und haben dieselben auch auf andere infektiöse Prozesse ausgedehnt. Ich führe in chronologischer Reihenfolge unter anderem an die Arbeiten von: RONCALI¹³, welcher aus einem Zungenepitheliom und aus der Achselhöhlenmetastase eines Mammasarcoms ein für Tiere pathogenes Blastomycet isolierte, welches dem *Saccharomyces lithogenes* von SANFELICE sehr ähnlich sieht und dieselben Degenerationsprozesse durchmacht. MEMMO¹⁴ gewann aus dem Rückenmark eines an experimenteller Rabies gestorbenen Kaninchens Reinkulturen eines Blastomyceten, die, Meerschweinchen injiziert, diese unter Lähmungserscheinungen in zwanzig Tagen töteten. Aus dem Gehirn eines an Wut verstorbenen Knaben isolierte er ebenfalls ein anderes Blastomycet. BRAZZOLA¹⁵ sah Blastomycetenkulturen aufgehen mit Material aus Rachenbelägen eines an schwerer Diphtherie verstorbenen Kindes. T. ROSSI DORIA¹⁶ fand Blastomyceten in einem malignen Deciduum. CAMPANINI und CADREDDU¹⁷ untersuchten die Widerstandskraft der Blastomyceten gegenüber physikalisch-chemischen Agentien. GONELLA und GUARNIERI¹⁸ beobachteten Blastomyceten in Trachomen; BINAGHI¹⁹ fand sie unter 53 Fällen von Epitheliomen 40 mal. Endlich haben Prof. MAZZA und ich²⁰ Blastomyceten beim chronischen septischen Geschwür gesehen, ich selbst in zwei Fällen von

Keloidakne. Diese letzteren sollen den Gegenstand der vorliegenden Abhandlung bilden.

Der eine dieser beiden Fälle stammt aus der dermatologischen Klinik von Bologna, wo mir Prof. MAIOCOHI einige Fälle dieser Affektion zur Verfügung stellte. Mit der Untersuchung derselben begriffen, fielen mir in Schnitten, welche mit Safranin MARTINOTTI gefärbt waren, zahlreiche runde, homogen erscheinende Körperchen von verschiedener Größe auf, die meist gruppiert waren und in den tiefen Schichten der Cutis mitten in Infiltrationsherden lagen. Zunächst konnte ich über die Natur derselben nicht klar werden und sie auch nicht als Produkte hyaliner oder colloider Degeneration auffassen, weil an Stellen, wo sich solche Körperchen ansammeln der Infiltrationsprozess noch frisch ist und die Leukocyten gut erhalten sind. Als ich dann in Cagliari von der Arbeit SANFELICES Kenntnis nahm, fiel mir sofort ein, daß diese Körperchen Blastomyceten darstellten. Ich machte mich denn auch sofort daran, meine Präparate nach der Methode dieses Forschers mit geringfügigen Abänderungen zu färben. Die Präparate werden in einer gesättigten Sublimatlösung mit Zusatz von 2% Kaliumbichromat fixiert und in Celloidin eingeschlossen, das vor dem Einlegen der Schnitte in die Farblösung mit Äther und Alkohol aa aufgelöst wird. Ich kombiniere sodann die Methoden von GRAM und MARTINOTTI, d. h. die Schnitte kommen nach einem Aufenthalt von fünf Minuten in EHRLICH'schem Gentianaviolett in LUGOL'sche Lösung und dann in Alkohol bis zur beinahe vollständigen Entfärbung. Dann werden sie mit MARTINOTTIScher Safraninlösung (1% alkoholische Safraninlösung ein Teil, destilliertes Wasser zwei Teile) gefärbt und hierauf zuerst mit 90° Alkohol, dem etwas 1‰ Chromsäure beigemischt worden, und endlich mit absolutem Alkohol entfärbt; Bergamottöl, Balsam.

Nach dieser Methode färben sich beinahe alle Körperchen violett, die umgebenden Leukocyten schwach rosarot. Einzelne Körperchen färben sich teilweise mit Gentiana und teilweise mit Safranin, wodurch eine Mischfarbe entsteht. Dies hängt vielleicht von der Qualität des Safranins ab, das ich benutze und welches besser in die Gewebe eindringt als die wässrige Lösung von SANFELICE, vielleicht auch vom verschiedenen Vitalitätsgrade jener Körperchen. Diese alle, die kleinen sowohl als die großen, besonders aber letztere sind von einer glänzenden Kapsel umgeben, die bald dicker, bald dünner, bald ganz farblos in Gestalt eines weißen Hofes, bald blausviolett und von der zentralen homogenen Partie von einer trübvioletten oder rosaroten, zuweilen auch weißen Zone getrennt ist. Eine wirkliche Scheidung oder Trennung zwischen Kapsel und zentralem Teile existiert nicht.

Die Kapsel erscheint aber noch viel deutlicher bei Anwendung folgender Methode: Man legt die Schnitte fünf Minuten lang in

Polychromes Methylenblau (UNNA), entfärbt etwas mit destilliertem Wasser und färbt wieder während einiger Minuten mit einer verdünnten wässrigen Eosinlösung. So erscheint die Kapsel viel dicker, doppelkonturiert und schön rosarot oder aber violettrosa gefärbt. Die zentrale Partie ist intensiv blau, und die Zone, welche sie von der Kapsel trennt, bläulich oder rosarot koloriert, wenn das Eosin etwas lange eingewirkt hat. Diese Substanz hat nämlich die Eigenschaft, die blaue Farbe teilweise oder bei längerer Einwirkung gänzlich zu ersetzen.

Eine sehr gute Methode ist auch die folgende von UNNA empfohlene: Polychromes Blau zwei Minuten lang, Abwaschen in destilliertem Wasser, Säurefuchsin-Tanninlösung eine Minute lang, Alkohol, Öl, Balsam. Nach derselben färbt sich die zentrale Partie der Körperchen intensiv und gleichmäßig blau, die Kapsel scharf rosarot oder blaurosa, der dazwischen gelagerte Hof bläublau oder rosa.

Diesen beiden Methoden haftet ein kleiner Fehler an. Das polychrome Blau färbt sowohl die Körperchen als die Kerne der anderen Zellen, während das Bindegewebe und das Zellprotoplasma rot oder rosarot gefärbt bleiben; die Zellkerne und die Körperchen erscheinen demnach als homogene Gebilde. Das Aufsuchen der Blastomyeeten bei schwacher Vergrößerung ist deshalb auch eine mühsame Arbeit. Wendet man aber eine stärkere Vergrößerung an (z. B. Oc. 3, Obj. 7 Koristka), so findet man die Unterschiede leicht heraus, und der Fehler ist reichlich kompensiert durch die Klarheit und Schärfe der Konturen der Blastomyeeten. Eine Verwechslung derselben mit den umliegenden Infiltrationszellen ist dann nicht mehr möglich.

Eine gute Methode ist auch die Doppelfärbung mit Eosin und Hämalan. Die Körperchen färben sich durch das Eosin glänzend hellrosarot und sind scharf konturiert. Die Kapsel färbt sich hingegen nicht, weil sich der klare Hof, der dieselbe von der zentralen Partie trennt, nicht bildet: die Färbung ist eine gleichmäßige.

Diese Blastomyeeten befinden sich da, wo die Infiltration noch frisch ist und noch keine Degenerationsprozesse eingetreten sind; man findet sie deshalb auch häufiger in den kleinen Herden der tief gelegenen Cutisabschnitte, wo man deren in einem Gesichtsfelde vier bis acht Gruppen sieht. Doch kommen sie auch in den mittleren und oberen Teilen der Cutis vor, in der Nähe der Retezapfen und in den Papillen, sofern keine Zelldegenerationen vorhanden sind, da sie in diesem Falle vollständig fehlen. Auch in der mehr oder weniger veränderten Epidermis kommen sie nicht vor. In den kleinen Herden liegen sie peripher, ja sogar ausserhalb derselben; in den größeren Herden findet man sie sowohl in der Mitte als am Rande; auch beobachtet man sie stellenweise im Bindegewebe, wo Leukocyten ganz fehlen.

Ihre Größe ist verschieden. Mit den Leukocyten verglichen, sind die kleinsten etwa halb so groß oder selbst etwas kleiner als dieselben; einige sind ungefähr gleich groß, die meisten etwas größer, einige um das Doppelte oder Dreifache. Die kleineren und mittleren stehen selten isoliert, sondern zu vier, fünf, acht und noch mehr gruppiert; die größeren sind meist isoliert oder zu kleinen Gruppen von drei bis vier vereinigt; stellenweise sind größere Körperchen von einer Anzahl kleinerer umgeben, oder einzelne Gruppen stoßen zu größeren Formationen zusammen.

Wo sich zahlreiche Blastomyceten zusammen vereinigen, nimmt die Gruppe eine rundliche Form an, kleinere Gruppen präsentieren sich zuweilen als Stränge; bei Häufchen von bloß vier Körperchen stehen sich je zwei gegenüber.

Die isolierten, öfters auch die doppelten oder dreifachen Formen sind endocellulär; der Zellkern ist nach der Peripherie gedrängt oder in eine Ecke hineingedrückt und anders gefärbt als das Blastomycet, wenn man nach der Methode von GRAM-MARTINOTTI gefärbt hat. Bei den gruppierten Formen sieht man kaum noch etwas von einer Zellwandung; dieselbe scheint frühzeitig zerstört worden zu sein, und die Körperchen haben sich durch sie hindurch eine Bahn gemacht und sind zwischen Leukocyten in die Lymphbahnen eingedrungen.

Im zweiten Falle, den ich Herrn Prof. MAZZA verdanke, habe ich in den Präparaten von zwei kleinen Knötchen ganz dieselben Blastomyceten gefunden wie im vorhergehenden Falle, doch waren sie weniger zahlreich. Vielleicht ist dieser Umstand auf die Kleinheit der Knötchen zurückzuführen, indem der andere Knoten sehr voluminös war. Diese Knötchen waren in ZENCKERScher Lösung (Sublimat 5, Kalium bichrom. 2,5, Natr. sulfur. 1, Aq. destill. 100, mit Zusatz von einigen Tropfen Essigsäure unmittelbar vor der Fixation der Präparate) fixiert und in Celloidin eingeschlossen worden. In Schnitten von zwei anderen Fällen, die ich zu einer Zeit, als ich noch nicht an Blastomyceten dachte, nach anderen Methoden gefärbt hatte, fand ich nichts von solchen Gebilden. Einige Präparate dieser Serie waren in Alkohol, andere in Osmium-Essigsäure fixiert worden.

Trotzdem ich Beweismaterial genug in Händen hatte zur Sicherstellung der morphologischen Identität der beschriebenen Körperchen mit den Blastomyceten, wollte ich mich dessen doch noch mehr vergewissern und schickte ein Präparat an Prof. SANFELICE. Derselbe antwortete mir: „Es besteht kein Zweifel, daß die Gebilde, welche Sie bei der Keloidakne beobachtet haben, wirklich Blastomyceten darstellen. Sie sind identisch mit denjenigen, welche ich bei experimentell erzeugten Tumoren und RONCALI, BINAGHI u. a. bei malignen Tumoren des Menschen nachgewiesen haben.“ Ich konnte mich selbst noch von dieser morpho-

logischen Identität aus einem Präparate überzeugen, das mir Dr. BINAGHI zur Verfügung stellte, sowie aus vielen Figuren der Arbeiten von SANFELICE, RONCALI und T. ROSSI DORIA.

Ich behalte mir nun vor, in einer abgeschlossenen Arbeit die verschiedenen Einwürfe zu beantworten, die man mir machen wird und die ich mir bereits selbst gemacht habe. Ich will vorläufig nur bemerken, daß ich damit beschäftigt bin, den mir von Prof. MAZZA überlassenen Fall experimentell zu behandeln. Ich mache mir keine Illusionen über die Schwierigkeiten und das Resultat meiner Versuche, um so weniger, als mir nur ein Fall zur Verfügung steht, der zudem noch nicht jene großen Keloidknoten aufweist, die sich vielleicht am besten zu den Experimenten eignen würden.

Übersetzt von C. MÜLLER-Wallisellen.

Litteratur.

1. SANFELICE, Contribution à la morphologie et à la biologie des blastomycètes. *Ann. de Micrograph.* Oktober 1894.
2. SANFELICE, Über eine für Tiere pathogene Sprosspilzart und die morphologische Übereinstimmung etc. *Centralbl. f. Bact.* Bd. XVII.
3. SANFELICE, Sull' azione patogena dei blastomiceti, come contributo all' etiologia dei tumori maligni. *Policlínico.* 1. Mai 1895.
4. MAFFUCCI e SIRLEO, Osservazioni ed esperimenti intorno ad un blastomicete patogeno etc. *Policlínico.* März 1895.
5. RONCALI, Sopra particolari parassiti rinvenuti in un adenocarcinoma. *Policlínico.* 1. April 1895.
6. RONCALI, I blastomiceti nell' adeno-carcinoma dell' ovaio. *Bollet. della r. accademia med. di Roma.* 1895.
7. RONCALI, I blastomiceti nei sarcomi. *Policlínico.* 1. Oktober 1895.
8. AIEVOLI, Osservazioni preliminari sulla presenza dei blastomiceti nei neoplasmii. *Policlínico.* 1. September 1895.
9. CURTIS, Sur un parasite végétal de l'espèce des etc. *Presse médicale.* 28. September 1895.
10. D'ANNA, I blastomiceti negli epitelioimi. *Policlínico.* 1. Oktober 1895.
11. T. ROSSI DORIA, La teoria blastomicetica nel cancro. *Policlínico.* 1. Oktober 1895.
12. SANFELICE, Sull' azione patogena dei blastomiceti. Memoria terza. *Annali di Igiene speriment.* Bd. VII. Heft III.
13. RONCALI, Comunicazione fatta alla R. *Accademia med. di Roma.* April 1896.
14. Società Lancisiana, *Supplemento al Policlínico.* 1896.
15. BRAZZOLA, *Supplemento al Policlínico.* 1896.
16. T. ROSSI DORIA, I blastomiceti nel sarcoma puerperale infettante. *Policlínico.* 1. Februar 1896.
17. CAMPANINI, La resistenza dei blastomiceti agli agenti fisico-chimici. *Policlínico.* 1. Juni 1896. Die Arbeit von CADEDDU ist noch nicht publiziert.
18. GONELLA und GUARNIEBI, Über die Arbeiten dieser Autoren besitze ich nur mündliche Mitteilungen.
19. R. BINAGHI, Über das Vorkommen der Blastomyceten in den Epitheliomen und über ihre parasitäre Bedeutung. *Zeitschrift für Hygiene. Policlínico.*
20. MAZZA und SECCHI, Die Arbeit wird später erscheinen.

Aus der dermoxyphilopathischen Klinik der königl. Universität Parma,
geleitet von Prof. V. MIBELLI.

Über die Trichophytonarten in der Provinz Parma.

Mitteilung vom dritten internationalen dermatologischen Kongress in London.

Von

Dr. MARIUS PELAGATTI, Assistent.

Meine Herren!

Ich habe die Ehre, Ihnen die Resultate meiner Untersuchungen mitzuteilen, die ich im Verlaufe von zwei Jahren, unter der Leitung und Mitwirkung meines Lehrers Herrn Prof. MIBELLI, an der dermatologischen Klinik zu Parma über die Trichophytie gemacht habe.

Die Zahl der Fälle, die ich in klinischer, histologischer und besonders mykologischer Richtung eingehend zu untersuchen Gelegenheit hatte, beträgt 53, die sich auf die Körperregionen wie folgt verteilen:

31	Fälle von	Trichophytia	des	Kopfes,
17	"	"	"	des Bartes,
4	"	"	"	des Körpers,
1	"	"	"	der Nägel.

In keinem derselben konnte ich das Mikrosporon Audouinii nachweisen, und hierin stimmen meine Resultate mit den früheren von Prof. MIBELLI überein, welcher gefunden hatte, daß dieser Pilz mit unserem Trichophyton nichts zu thun hat. Auch bezüglich der Lokalisation des Pilzes kann ich nur die Mitteilungen von Prof. MIBELLI bestätigen, indem es sich in den meisten Fällen von Trichophytia capitis um ein Trichophyton handelt, das sich im Innern des Haares aufhält, während man bei Trichophytia pilaris des Bartes einen Pilz findet, der meist nur an der Außenfläche des Haares vegetiert. Für beide Körperteile kommt jedoch auch das umgekehrte Verhältnis vor. Man sieht hieraus, daß der Sitz des Pilzes nach den Fällen variiert und nicht stets einer bestimmten klinischen Form entspricht, wie dies SABOURAUD behauptet; ja, ich habe sogar bei wiederholten Untersuchungen von kranken Haaren aus derselben Körpergegend die Wahrnehmung gemacht, daß ein Pilz, der zuerst nur außerhalb des Haares zu finden war, bei späteren Untersuchungen deutlich innerhalb derselben lag. Man darf deshalb wohl annehmen, daß er im Beginne der Affektion stets außerhalb des Haares vorkomme und erst nach und nach ins Innere derselben dringe. Wenn man sodann den Umstand in Berücksichtigung zieht, daß man selten in

den Fall kommt, einen Herpes tonsurans des Haarbodens in seinen ersten Anfängen zu beobachten, so erklärt sich auch, warum man meist nur das Trichophyton endothrix findet. Bei der Trichophytie des Bartes hingegen stellt sich der Patient gewöhnlich sofort beim Arzte ein, sowohl deshalb, weil es sich um Erwachsene handelt, die sich besser pflegen, als weil die subjektiven Beschwerden bedeutendere sind. Außerdem muß auch der Dicke und Konsistenz des Haares ein Einfluß zugeschrieben werden, indem offenbar das Haar eines Kindes leichter durchbrochen wird als ein dickes, hartes Barthaar.

Von allen meinen Fällen habe ich auf den von SABOURAUD angegebenen künstlichen Nährböden Kulturen gewonnen; außerdem habe ich auch viele Versuche gemacht mit Kartoffeln und Rüben, welche letztere sich aber als bedeutend weniger geeignet erwiesen haben.

Bezüglich der Methode bin ich zur Überzeugung gelangt, daß die auf der chemischen Beschaffenheit des Nährbodens gegründete Selektionsmethode nicht sicher zum Ziele führt, daß man vielmehr eine energischere wählen muß, wie z. B. die KRALSche, die ich auch mit einigen Modifikationen angewendet habe.

Die von mir befolgte Methode ist folgende: Ich lasse das kranke Haar während einiger Minuten in einer schwachen Lösung von Kalilauge, trockne es dann gut mit Fließpapier ab und lege es hierauf in eine 1^o/_{oo}ige Sublimatlösung, wo es ca. eine Minute lang verbleibt. Dann wird es mit 1^o/_{oo}iger absolut steriler Kochsalzlösung reichlich abgewaschen, auf einen an der Flamme sterilisierten Objektträger gebracht und so gründlich als möglich zerzupft. Die einzelnen Fragmente werden dann auf die verschiedenen Kulturböden übertragen. Geht dann eine Kolonie auf und hat sie die Größe eines Stecknadelknopfes erreicht, so hebe ich sie aufs Vorsichtigste heraus und bringe sie in ein Reagierröhrchen mit flüssigem Nährmaterial, wo ich sie mittelst Glasstab an der Gefäßwand zerreihe. Die so erhaltenen einzelnen Partikeln werden über bereit gehaltenes Nährmaterial gegossen und in PETRISche Schalen gebracht.

Nach 24—48 Stunden suche ich mit einer starken Lupe diejenigen Filamente auf, aus deren Dünne ich schiefse, daß sie aus einer einzigen Spore hervorgegangen, und mache am Glase ein der Lage des Fadens entsprechendes Zeichen. Die Kolonie, die aus diesem Faden sprossen wird, soll mir dann zu den weiteren Aussaaten wie zu den Impfungen dienen.

Danach habe ich folgende botanische Varietäten gezüchtet, welche beträchtliche kulturelle Verschiedenheiten aufweisen:

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. eine violettrote Varietät, | 5. eine braungelbe Varietät, |
| 2. eine rosarote Varietät, | 6. eine gelbe, staubförmige Varietät, |
| 3. eine gelbweiße Varietät, | 7. eine gelbe, kraterförmige Varietät |
| 4. eine weiße Varietät, | |

1. Die violettrote Varietät ist nach meinen Untersuchungen die häufigste. Sie zeichnet sich durch ihre violette Farbe aus, die etwas ins Rote spielt und mehr oder weniger scharf ausgeprägt durch alle Nährböden bestehen bleibt. Die Kolonie ist glatt, glänzend, ohne jede Spur von Staub oder Pilz; im Mannit ist sie flach, erscheint zur Oberfläche des Nährbodens parallel, in der Maltose etwas erhaben und von einer flachen Zone umgeben. In ihrer höchsten Entwicklung misst sie ca. 3 cm im Durchmesser.

Ich fand diese Varietät in 24 Fällen von Trichophytie des Kopfes, vier Fällen von Trichophytie des Bartes (wovon einer durch direktes Contagium vom Tiere), in einem Falle von trockener Trichophytie der haarlosen Körperteile und in einem Falle von Nägeltrichophytie.

2. Die rosarote Varietät. Hier beginnt die Kolonie als ein weißliches Flöckchen, das in einer späteren Entwicklungsperiode trübrosarot wird und zwar deutlicher in der Peripherie als im Zentrum; hier sieht man auf allen Nährböden ausser auf Kartoffeln ein kleines Knötchen das von einem feinen und dichten Fläumchen überzogen ist. Die Kolonie zeigt die Neigung, die Form eines Napfes anzunehmen, in dessen Mitte das Knötchen emporragt. Auf Kartoffelkulturen fehlt das Fläumchen, sowie der staubartige Überzug, welcher durch eine Art kleine Borke ersetzt ist, welche der Kolonie ein zugespitztes Aussehen giebt.

Diese Varietät fand ich in einem einzigen Falle von Trichophytie des Bartes.

3. Weislichgelbe Varietät. In ihrer ersten Wachstumsperiode präsentiert sich die Kolonie als ein kleines sonnenförmiges Gebilde mit außerordentlich dünnen und zahlreichen Strahlen von schmutziggelber Farbe. Später bedeckt sie sich mit einem feinen weissen Staube. Von Anfang an zeigt sie in ihrem Zentrum ein Knötchen, das an Umfang immer mehr zunimmt, bis es die Grösse eines Halbfrankenstückes erreicht hat. Im Innern dieses knopfartigen Gebildes sieht man bei der ausgewachsenen Kolonie eine kreisförmige Fläche von etwa 2 cm Durchmesser und gelblichweisser Farbe und an der Peripherie derselben eine Art von Franse, die sich in den Nährboden einsenkt. Im Mittel erreicht die Kolonie einen maximalen Durchmesser von 6 cm.

Diese Varietät habe ich in elf Fällen von Trichophytie des Bartes, einem Falle von Trichophytie des Kopfes und einem Falle von Trichophytie der haarlosen Teile beobachtet.

4. Varietät mit weissen Kulturen. Die schneeweisse Farbe derselben erscheint auf allen Nährböden wieder. Die jungen Kulturen sind von einer dicken, 2 mm hohen flaumigen Decke überzogen, die in der ausgewachsenen Kolonie nicht vollständig erhalten bleibt und durch

eine weißliche Kruste ersetzt wird. Sie erreicht im Mittel einen Durchmesser von 6—7 cm.

Ich habe diese Varietät nur in einem Falle von Trichophytie des Haarbodens angetroffen.

5. Braungelbe Varietät. Dieselbe giebt ausschließlich aus feinstem Staube zusammengesetzte Kulturen mit ganz wenigen, in den Nährboden eindringenden Mycelien. Dieser Staub zeigt, je nach dem verwendeten Nährboden, alle Nüancen des Milchkaffees. Im Zentrum ist die Kolonie nabelförmig und diese Umbilikation von mehreren konzentrischen und verschieden gefärbten Zonen umgeben, so daß die Kolonie die Gestalt einer Kokarde annimmt.

Diese Varietät sah ich in einem einzigen Falle von Trichophytie der haarlosen Körperteile.

6. Varietät mit gelben Kulturen Achtundvierzig Stunden nach der Aussaat präsentieren sich diese Kolonien mit einem kleinen Knötchen von schwefelgelber Farbe, von dem aus eine Menge dünner Strahlen ausgehen, die in den Nährboden eindringen. Später nimmt die Kolonie die Gestalt einer dicken Calotte an von schwefelgelber Farbe und überzogen von unregelmäßig oder strahlenförmig verlaufenden Rinnen. Auf Maltose verhalten sich die Dinge kaum anders, nur sind die Rinnen etwas tiefer.

Diese Varietät wurde in drei Fällen von Trichophytie der Kopfhaut beobachtet.

7. Gelbe kraterförmige Varietät. Diese Varietät bildet staubförmige Kolonien mit unregelmäßigen, scharf begrenzten Rändern. Von der Oberfläche gehen Fortsätze ab, die sich über die Oberfläche des Nährbodens ausbreiten und der Kolonie ein sternenförmiges Aussehen geben. Im Zentrum befindet sich eine Art von Krater; die Kolonie ist von schwefelgelber Farbe.

Über die botanische Klassifikation der einzelnen Varietäten giebt die mikroskopische Untersuchung der Kulturen keine Aufschlüsse, mit einer einzigen Ausnahme, welche die braungelbe betrifft. Dieses Trichophyton bildet nämlich eine Unmenge spindelförmiger, doppeltkonturierter Gebilde, welche in 5—7 Fächer abgeteilt sind, die selbst ein gekörntes Protoplasma enthalten. Diese Gebilde trifft man in allen Nährböden wieder, und bilden dieselben jenen feinsten Staub, welcher die Kolonie überzieht. Gestützt auf zweijährige Arbeit und zahllose Aussaaten, darf ich behaupten, daß meine Trichophytonvarietäten unveränderliche sind, indem auf allen möglichen künstlichen Nährböden die Fundamentalmerkmale, welche die einzelnen Varietäten voneinander unterscheiden, stets dieselben bleiben.

Diese Thatsache hindert jedoch nicht, daß Kolonien, die derselben

Varietät angehören merkliche Unterschiede aufweisen, die von verschiedenen Ursachen abhängen.

Eine Zeit lang verfuhr ich nach der Methode von SABOURAUD, ohne die oben erwähnten Vorsichtsmafsregeln zu beobachten, und sah dann Varietäten entstehen, die offenbar keine reine waren. Prof. MIBELLI glaubte deshalb eine Art von Kommensalismus im Sinne von SABOURAUD annehmen zu müssen, vermochte aber keine strikten Beweise dafür zu erbringen und erklärte dann später auch, dafs die Annahme eines solchen Kommensalismus zur Demonstration der Pluralität der Trichophyten nicht notwendig sei.

Nach wiederholten Untersuchungen bin ich nun zur Überzeugung gelangt, dafs uns die Methode von SABOURAUD vor Verunreinigungen der Kulturen mit anderweitigen Organismen nicht schützt, dafs wir vielmehr alle Vorsichtsmafsregeln anwenden müssen, wofür die Methode von KRÁL am meisten Gewähr leistet. Seitdem ich nach dieser Methode verfare, habe ich nicht mehr so oft Variationen beobachtet, die keinen Regeln entsprachen und wegen derer man zum Kommensalismus Zuflucht genommen hatte, sondern solche Variationen und Abänderungen, die sich auf ganz präzise und unabänderliche Gesetze stützten. Zu den hauptsächlichsten Ursachen dieser Variationen gehören folgende:

1. Der Einfluss des Nährbodens. Von demselben hängt das Trichophyton wie jeder andere Pilz und vielleicht ganz besonders ab. Jede Varietät zeigt verschiedene Eigentümlichkeiten, je nach der chemischen Beschaffenheit des Nährbodens; doch vermögen dieselben, wie ausgesprochen sie auch sein mögen, die spezifischen Merkmale der einzelnen Varietäten nicht zu trüben.

2. Das Alter der Mutterkultur. Zwei Kulturen derselben Varietät, die an demselben Tage auf einen künstlichen Nährboden derselben chemischen Beschaffenheit und unter denselben Temperatur-, Licht- und Feuchtigkeitsbedingungen ausgesäet worden, zeigen beträchtliche Veränderungen, wenn sie von verschiedenen alten Kulturen herkommen.

3. Einfluss der Zahl der vorgenommenen Aussaaten. Nimmt man zwei von einer direkt von einem Haarpräparat oder einer einzelnen Spore stammende Partikelchen und bringt sie in zwei Reagensgläschen, welche den gleichen Nährboden enthalten, macht man sodann mit den aufgegangenen Kolonien weitere Aussaaten und zwar aus dem einen Röhrchen alle 8, aus dem anderen alle 16 Tage, und vergleicht man dann nach zwei oder drei Monaten zwei Tochterkolonien desselben Alters, so findet man bedeutende Unterschiede der Farbe, der Gröfse, und was von besonderer Wichtigkeit ist, der Virulenz.

Auch die Temperatur der Umgebung, die Licht- und Feuchtigkeitsverhältnisse sind nicht ohne Einfluss; dagegen konnte ich mich überzeugen,

dafs die Acidität oder Alkalinität des künstlichen Nährbodens, sowie die Temperatur desselben auf die Färbung der Kolonie nicht einzuwirken vermögen.

Ein Nährboden jedoch vermag alle diese Veränderungen, die unter den verschiedenen Einflüssen eingetreten sind, zu zerstören und den Typus zu seinen ursprünglichen Eigenschaften zurückzuführen: die Kartoffel. Auf derselben verjüngt sich die Kolonie, und es verschwinden alle Modifikationen, welche infolge des Alters derselben und durch die wiederholten Übertragungen eingetreten waren, und der Pilz erhält wieder seine frühere Virulenz.

Gestützt auf diese Thatsachen, sehe ich mich deshalb veranlaßt, an Stelle des SABOURAUDSchen Kommensalismus einen zwar etwas beschränkten Polymorphismus anzunehmen mit besonderen Merkmalen für jede Species, so dafs dieselben genau voneinander differenziert werden können.

Bezüglich der Pathogenese konnte ich ebenfalls nicht zu denselben Schlüssen gelangen wie SABOURAUD, der zwischen den botanischen Varietäten und den chemischen Formen genauere Beziehungen angenommen hat, indem jede Varietät alle Arten von Läsionen erzeugen kann, von der Trichophytia tonsurans des Haarbodens bis zur Sykosis.

Übertragungen auf den Menschen haben wir mehrere gemacht. Meist dienten uns hierzu Kinder, welche verschiedener Krankheiten wegen in den Sälen des Spitals lagen. Bei allen meinen Inokulationen mit Material aus Kartoffel- oder anderen Kulturen habe ich positive Resultate erzielt, nicht bei allen aber mit demselben günstigen Ausgange. So ergaben Übertragungen aus älteren Agar- oder Gelatinekulturen nur vorübergehende Veränderungen der Haut, bestehend in etwas Rötung und leichter Desquamation, die zuweilen in einem Zeitraume von wenig über zehn Tage spontan heilten. Die Inokulationen von Material aus Kartoffelkulturen hingegen führten zur Entstehung von typischen rundlichen Plaques, welche sich therapeutischen Eingriffen gegenüber ziemlich widerstandsfähig zeigten. Einige dieser Inokulationen von Material aus Kartoffelkulturen, welche von Sykosisfällen tierischer Abstammung herrührten, hatten die Bildung von eitrigen Trichophytonformen zur Folge.

In allen Fällen von Trichophytie habe ich mit Schuppen oder Eiter Trichophytonkulturen erzeugt, welche mit denjenigen identisch waren, von denen ich Material zu den Inokulationen verwendet hatte.

Mittelst der Methode von LESLIE ROBERTS wollte ich die keratolytischen Eigenschaften der einzelnen Trichophytonvarietäten untersuchen und fand, dafs dieselben nicht von der Varietät, sondern verschiedenen anderen Ursachen abhängig sind und zwar in erster Linie von der Härte und Dicke des Haares, von dessen Farbe und besonders von der Virulenz des Pilzes. Dünne und helle Haare werden viel rascher ergriffen und

zerstört als schwarze und harte, was mit den Erfahrungen von Dr. ROBERTS übereinstimmt.

Bestüglich der menschlichen oder tierischen Abstammung der Trichophytonpilze kann ich der Ansicht SABOURAUDS nicht voll und ganz beipflichten. Nach meiner Meinung muß eine Hypothese desselben Autors als ganz plausibel betrachtet werden, die Hypothese nämlich, wonach das Trichophyton saprophytisch auf den Pflanzen vegetiert, von dort auf die Tiere und von diesen auf den Menschen übertragen werde; die Menschen selbst infizieren sich wieder gegenseitig durch direkten oder indirekten Kontakt. Nach den Gesetzen der Anpassung an die Umgebung verliert der Pilz immer mehr an Virulenz, wie dies auch in den künstlichen Nährböden geschieht.

Fassen wir die Resultate unserer Untersuchungen zusammen, so kommen wir zu folgenden Schlusfolgerungen:

1. Die Pluralität der Trichophytonvarietäten ist unzweifelhaft erwiesen.
2. Es besteht kein Zusammenhang zwischen bestimmten botanischen und pathogenen Verhältnissen des Pilzes.
3. Der Lokalisation oder Ausbreitung des Pilzes im Haare ist kein diagnostischer Wert zuzuschreiben.
4. Die mikroskopische Untersuchung giebt keine sicheren Anhaltspunkte zur Unterscheidung der einzelnen Species.
5. Die chemische Beschaffenheit des Nährbodens verändert zwar die morphologischen Eigenschaften der einzelnen Varietäten, jedoch keineswegs in dem Maße, daß ihre Unterscheidung nicht beim ersten Blicke möglich wäre. Auch andere Faktoren, wie das Alter der Kulturen, die häufigen Übertragungen verändern die morphologischen Merkmale ebenfalls. Unter den gleichen Umständen wird auch die Virulenz des Pilzes abgeschwächt, so zwar, daß das Trichophyton seine pathogenen Eigenschaften gänzlich einbüßen kann.
6. Das keratolytische Vermögen des Trichophyton steht in keiner direkten Beziehung zur Varietät, wohl aber zur Virulenz des Pilzes und der Härte und Dicke des Haares.
7. Ein Trichophyton, das seine Virulenz verloren, kann dieselbe unter gewissen Umständen wiedererlangen.
8. Die Virulenz des Trichophyton ist umgekehrt proportional zur Länge der Zeit, welche seit dem Contagium vom Tiere verstrichen ist.
9. Alle von mir untersuchten Varietäten können jede klinische Form erzeugen, von der Trichophytia tonsurans des Haarbodens bis zur Folliculitis agminata des Bartes.

Aus der Beschaffenheit einer Läsion lassen sich demnach keine Schlüsse darüber ziehen, zu welcher Trichophytonvarietät der betreffende pathogene Pilz gehöre, noch geben die kulturellen Verhältnisse Aufschluß über die klinische Form, von der der zu untersuchende Pilz stammt.

(Übersetzt von C. Müller-Wallisellen.)

Eine neue Grundlage für die Applikation von Medikamenten auf die Haut.

Vortrag

gehalten auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress in London.

Von

Dr. E. SCHIFF-Wien.

Meine Herren!

Ohne Zweifel hat jeder von uns im Laufe seiner ärztlichen Thätigkeit die Unzulänglichkeiten empfunden, welche mit der Verwendung von Salben und Pflastern bei der Applikation von Medikamenten auf die Haut verbunden sind.

Wir müssen also denjenigen Dermatologen besonders dankbar sein, welche verbesserte Methoden zur Beseitigung oder wenigstens zur wesentlichen Verminderung dieser Übelstände angegeben haben. Ich meine damit namentlich die verehrten Kollegen, welche in die Dermatologie die Pasten, Pflastermulle, Gelatinleime und Firnisse etc. eingeführt haben.

Man wird indessen zugeben, daß trotz einiger vorzüglicher Verbesserungen in dieser Beziehung wir noch weit davon entfernt sind, das Ideal ganz erreicht zu haben. Unzweifelhaft wird ein solches Ideal am wahrscheinlichsten dadurch zu erreichen sein, daß es uns gelingt, ein geeignetes Mittel zu finden, dem wir erstens alle in der Dermato-Therapie verwendeten Medikamente einverleiben können, und welches zweitens sich so auf die Haut auftragen läßt, daß es fest daran haften bleibt und sich nicht durch gewöhnliches mechanisches Reiben oder Waschen entfernen läßt. Ganz naturgemäß ist es von der größten Wichtigkeit, daß die verwendete Grundlage auf keinerlei Weise an sich einen Reiz auf die Haut ausübt.

Von den obigen Betrachtungen geleitet, habe ich meine Untersuchungen auf die Darstellung eines Vehikels der genannten Art gerichtet;

ich bin bei diesen Forschungen aufs nachdrücklichste von dem berühmten Professor der Chemie an der medizinischen Fakultät der Wiener Universität, dem genialen Prof. Dr. ERNST LUDWIG, unterstützt worden, dem ich hiermit meinen aufrichtigen, herzlichsten Dank sage. Gestatten Sie mir nun, das Ergebnis meiner Untersuchungen auf diesem Gebiete Ihnen zu unterbreiten.

Diese Grundlage, das Präparat, besteht aus einer Lösung von Cellulose-Nitrat in Aceton, welches, mittelst eines Pinsels auf die Epidermis aufgetragen, als eine dünne Haut gerinnt.

Um dieser Haut, welche sich nach dem Auftragen des Präparates bildet, die nötige Elastizität zu verleihen, wird obige Lösung mit einer passenden Menge Öl verdünnt in genau derselben Weise, wie dies mit dem „Collodium elasticum“ der Fall ist.

Eine auf diese Weise hergestellte Lösung wird nun in dünner Schicht auf die Haut aufgetragen. Nachdem die Verdunstung des Acetons erfolgt ist, bildet sich ohne weiteres eine fest anhaftende, undurchdringliche Decke, welche die betreffenden Teile der Haut hermetisch abschließt und dabei infolge des Zusatzes von Öl eine solche Biegsamkeit besitzt, daß sie jede Bewegung der Haut mitmacht, ohne brüchig zu werden.

Diese Lösung dient nun als Basis für Medikamente, welche derselben entweder in flüssiger Form oder in fein zerteilter, fester Form (in letzterem Falle in der Lösung suspendiert) beigelegt und mit ihr innig vermenget werden.

Die Lösung ist ganz klar und von hellgelber Färbung; infolge der Verdunstung des Acetons hat sie eine kühlende Wirkung, und bei Anwendung auf wunde Stellen brennt sie ein wenig, jedoch nur während kurzer Zeit.

Wenn die Lösung als Grundlage für Medikamente im festen Aggregatzustande verwendet wird, muß dieselbe natürlich vor dem jedesmaligen Gebrauche gut umgeschüttelt werden, um eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Substanzen zu erzielen.

Von den am meisten in der Dermato-Therapie gebrauchten Arzneistoffen sind aber die meisten bis zu einem ziemlich hohen Prozentsatze darin löslich; ich nenne hier: Salicylsäure, Resorcin, Jodoform, Pyrogallol, Sublimat, Chrysarobin, Teer und Ichthyol; desgleichen ist Karbolsäure darin völlig löslich, Kalomel jedoch nur in geringerem Grade.

Von den Substanzen, welche in der Lösung suspendiert werden können, und welche zugleich in genügendem Grade sich damit vereinigen lassen, will ich hier nur nennen: Schwefel, essigsäures Blei, Zinkoxyd, Bleijodid etc.

Aus den oben angeführten Thatsachen werden Sie leicht die Vorzüge erkennen, welche diese Basis gegenüber den anderen bisher angewandten

ähnlichen Grundlagen besitzt. Firnisse lassen sich nur sehr schwer mit Medikamenten vermischen, und wenn man sie auch nur etwas zu lange auf der Haut verbleiben läßt, so reizen sie dieselbe und erzeugen Decubitus; außerdem behalten solche Firnisse, die nicht vollständig fest werden, immer einen gewissen Grad von Klebrigkeit, und dieser Umstand wird sehr unangenehm empfunden beim Anlegen von Verbänden oder beim Bedecken mit Kleidungsgegenständen. Collodium und Traumaticin bieten keinen genügenden Widerstand, d. h. infolge ihrer mangelhaften Elasticität haften sie der Haut nicht hinreichend fest an, werden bald brüchig, und das durch dieselben gebildete Häutchen reißt leicht ein. Außerdem ist es oft sehr schwer, den letztgenannten Mitteln die verschiedenen medikamentösen Substanzen einzuverleiben, welche wir in unserer Praxis zu verwenden genötigt sind. Die angeführten verschiedenen Nachteile haften dem Medium, welches ich mir hier Ihnen zu unterbreiten gestatte, nur in sehr geringem Grade an.

Ich halte es für äußerst wichtig, daß genanntes Präparat dem Arzte stets zur Verfügung stehe, und daß es von guter Qualität und von gleichmäßiger Beschaffenheit sei. Aus diesem Grunde und ausschließlich von diesem Gedanken geleitet, habe ich die Darstellung und den Verkauf des Mittels einem unter meiner persönlichen Kontrolle stehenden Apotheker übertragen.

Dieses Vehikel hat den Vorzug, daß es auf den erkrankten Hautpartien eine Schutzdecke erzeugt, welche infolge ihrer Elasticität den Bewegungen der Haut leicht folgt und daher nicht einreißt, so daß einerseits die erkrankten Gebiete des Integuments geschützt sind, während andererseits den beigegebenen Medikamenten die Möglichkeit geboten wird, ihre heilende Wirkung ungehindert und daher um so erfolgreicher auszuüben.

Das Präparat, welches unter dem Namen „Filmogen“ in den Handel gebracht wurde, ist nicht in Wasser löslich und bietet daher den großen Vorteil, daß die damit bedeckten Teile mit Wasser gewaschen werden können, ohne die heilende Wirkung der applizierten Substanzen zu stören oder die erkrankten und bedeckten Gebiete der Haut durch die Einwirkung des Wassers zu schädigen.

Der Umstand, daß Jodoform, Sublimat und Karbolsäure zu einem hohen Prozentsatze in dem Mittel gelöst werden können, macht es höchst wahrscheinlich, daß infolge der hierdurch erzielten antiseptischen Eigenschaften es möglich sein wird, das Präparat auch als ein antiseptisches Verbandmittel zu verwenden.

Meine bisherigen Erfahrungen mit dem Präparate sind außerordentlich befriedigend gewesen. In verschiedenen Wiener Kliniken sind diese Versuche wiederholt worden, und Herr Prof. KAPOSÍ, der hier anwesend ist, wird vielleicht die Güte haben, über seine diesbezüglichen Beob-

achtungen zu berichten. Die gleiche Bitte gestatte ich mir an Herrn Prof. LASSAB aus Berlin und Herrn Dr. UNNA aus Hamburg zu richten, sowie an Herrn PAWLOW aus St. Petersburg, welch' letzterer mit mir zusammen meine Versuche in Wien beobachtet hat.

Von vornherein möchte ich hervorheben, daß ich keineswegs behaupte, ein neues Heilmittel entdeckt zu haben. Das von mir vorgeschlagene Präparat soll nichts anderes sein, als eine handliche, zweckmäßige und reinliche Methode für die Anwendung von Heilmitteln auf die Haut. Dasselbe erscheint aber hervorragend befähigt, für alle bei der Behandlung der verschiedenen Hautaffektionen in Anwendung kommenden Medikamente als Grundlage zu dienen.

Ich würde Ihnen außerordentlich verbunden sein, meine Herren, wenn Sie die Güte haben möchten, dieses Mittel, von dem ich kleine Proben Ihnen hiermit zur Verfügung stelle, einer Prüfung zu unterwerfen und mich gelegentlich von den damit erhaltenen Resultaten zu benachrichtigen.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bemscheid.)

Mikroorganismen bei der Seborrhoe.

Vortrag

gehalten auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress in London.

Von

Dr. W. VAN HOORN-Amsterdam.

Als ich vor ungefähr 2 $\frac{1}{2}$ Jahren mit meinen Untersuchungen über die Mikroorganismen der Seborrhoe begann, beschäftigte ich mich zunächst eingehend mit der Litteratur dieses Gegenstandes.

Ich fand dabei, daß eine große Anzahl von Forschern darüber geschrieben hatte, namentlich MALASSEZ, BIZOZZERO, BOECK, PEKELHARING und UNNA, deren Anschauungen nicht in allen Teilen übereinstimmten. Jedoch konnte ich bei genauerer Kenntnisnahme ihrer Abhandlungen feststellen, daß in Bezug auf die von ihnen beobachteten Thatsachen nur sehr unbedeutende Meinungsverschiedenheiten unter ihnen zu konstatieren waren, und daß sie bloß in Bezug auf die gezogenen Schlusfolgerungen von einander abwichen.

Es sei mir gestattet, ein ganz kurzes Resumé der Ergebnisse früherer Untersuchungen zu geben. Die frühesten detaillirten Untersuchungen

wurden von MALASSEZ im Jahre 1874 veröffentlicht. Seine Beschreibungen sind außerordentlich klar und präzise. Er fand an den seborrhoischen Schuppen der Haut: I. Große geknöpfte „Sporen“ von 2—5 μ Größe mit einem doppelten Kontur, meist mit Inhalt, jedoch gelegentlich auch leer. II. Kleinere Formen, meist oblong oder oval, manchmal auch kugelig, 2—3 μ groß, ohne Knöpfe. Von diesen hatten auch manche einen Inhalt, andere nicht. III. Graue, gekörnte, stark lichtbrechende Flecke, denen er ebenfalls ein parasitäres Wesen zuschreibt.

Zehn Jahre später als MALASSEZ publizierte BIZOZZERO die Resultate, welche er mit den ihm zu Gebote stehenden verbesserten Methoden erzielt hatte. Er verwendete Methylenblau zum Färben und untersuchte mit starker Vergrößerung ($1/18$ I Imm. ZEISS). Auf diese Weise sah er:

I. Große, kugelige Gestalten mit doppelten Konturen und ungleichmäßig gefärbtem Inhalt von einer durchschnittlichen Größe von 4 μ , oft mit, manchmal ohne Knöpfe. Er hielt die blassen Stellen im Zentrum für dünnere Stellen in der Umhüllung; er schlug vor, bis zur Feststellung ihres wahren Wesens, durch weitere Untersuchungen, sie als *Saccharomyces sphaericus* zu bezeichnen.

II. Kleinere, ovale Formen von einer durchschnittlichen Größe von 2,5 μ , über deren Beschaffenheit nach dem Färben er nur erwähnt, daß sie sich schwächer färben als die vorigen, ohne aber sich darüber zu äußern, ob er im Zentrum auch bei ihnen blassere Stellen gefunden hatte. Sie fanden sich nur sehr selten ungeknöpft. Diese Form nannte er *Saccharomyces ovalis*.

III. Mikrokokken.

BOECK gelang es, bessere Präparate als BIZOZZERO zu erhalten, indem er Resorzin nach der Färbung gebrauchte. Er hielt die durch diese Methode dargestellten Organismen für identisch mit den von MALASSEZ und BIZOZZERO beschriebenen Formen, aber er war geneigt, sie nicht als zwei verschiedene Arten, sondern vielmehr nur als verschiedene Formen derselben Art aufzufassen. Er meinte, daß diese Frage nur durch künstliche Züchtungen entschieden werden könnte.

Mein Landsmann Prof. PEKELHARING war der erste, dem es gelang, aus den Kopfschuppen Kulturen von einer dieser Formen zu züchten. Seine Beobachtungen veröffentlichte er im Jahre 1885 gemeinsam mit dem Botaniker OUDEMANS, welcher ihre Stellung im mykologischen System feststellte. An Präparaten von ihren Kulturen sahen sie die nämlichen Verhältnisse, wie BIZOZZERO sie bei seinem *Saccharomyces sphaericus* beschrieben hatte, daneben aber beobachteten sie an jungen Kulturen Übergangsstadien zwischen den ovalen und den kugeligen Formen, deshalb glaubten sie, daß die zwei von jenen beschriebenen Arten nur eine einzige Spezies seien, und schlugen dafür den Namen *Saccharomyces capillitii* vor.

Im Jahre 1888 teilte BOECK mit, daß es ihm gelungen sei, Kulturen dieses parasitären Organismus zu erhalten.

Im Jahre 1890 erzielte UNNA Kulturen eines Organismus, welchen er konstant an den seborrhischen Schuppen der Kopfhaut und auch bei Komedonen beobachtete; er hielt dieselben für identisch mit den von MALASSEZ, BIZOZZERO und BOECK beobachteten Organismen. Gezüchtet hat er denselben nicht von Schuppen der Kopfhaut, sondern von Komedonen. Durch Beobachtungen, an jungen Kulturen angestellt, erfuhr er, daß diese nur Bacillen enthielten, welche die Neigung hatten aufzuquellen, während die alten Kulturen bloß kugelige und ovale Formen aufwiesen. Er nannte diesen Parasiten den „Flaschen-Bacillus“ und er ist der Meinung, daß derselbe identisch ist mit den von MALASSEZ und BIZOZZERO beschriebenen kugeligen und ovalen Organismen, d. h. er glaubte, das wahre Wesen dieser Organismen entdeckt zu haben, daß sie nämlich nur verschiedene gequollene Formen eines und desselben Bacillus darstellen.

Wie ich aber bereits sagte, wurde ich durch ein eingehendes Studium ihrer Abhandlungen bald belehrt, daß die anderen Autoren die wahre Bedeutung der von MALASSEZ und BIZOZZERO hervorgehobenen Unterschiede zwischen den von ihnen beschriebenen größeren kugeligen und kleineren ovalen Formen nicht völlig gewürdigt hatten. Daraufhin wiederholte ich MALASSEZS und BIZOZZEROS Untersuchungen, wobei ich zuerst ihre Methoden und dann die von BOECK und UNNA angegebenen verbesserten Verfahren anwandte. Dabei fand ich, daß die gemachten Angaben vollkommen richtig waren, namentlich insofern, als die kleinen ovalen Formen weniger intensiv gefärbt wurden und nicht das gefleckte Zentrum aufwiesen, welches an den größeren kugeligen Gebilden nach dem Färben mit Methylenblau zu erkennen war.

Hierauf wurden Züchtungsversuche in Angriff genommen. Da PEKELHABING gefunden hatte, daß Milch und Kartoffeln für seine Hefe den besten Nährboden abgaben, benutzte ich in erster Linie Milch und Gelatine sowie Kartoffel-Agar. Ich beschickte eine große Anzahl von Reagenzgläsern mit sehr kleinen Teilchen von Schuppen, welche vom Kopfe abgekratzt waren, und hielt die Milch-Gelatine bei 26° C., die Kartoffel-Agargläser bei 37° C. Nach einigen Tagen waren die Milch-Gelatineröhrchen fast alle verdorben, aber von den Kartoffel-Agargläsern zeigte nur etwa die Hälfte aufwachsende Kolonien.

Die ersten Kulturen, von denen ich Proben unter dem Mikroskop untersuchte, zeigten keine Formen, welche ich in Schuppen-Präparaten wiederfinden konnte. Aber nach fünf bis sechs Tagen wurde eine Kultur, welche in der Entwicklung gegen die anderen zurückgeblieben zu sein schien, mikroskopisch untersucht, und dabei fand ich Gebilde, welche mit den von MALASSEZ und BIZOZZERO beschriebenen größeren, kugeligen Formen

genau übereinstimmten, sowie auch mit den von PEKELHARING beschriebenen Saccharomyces und den größeren Kugelgebilden, die ich bei meinen eigenen Schuppenpräparaten gesehen hatte.

Es gelang mir, Reinkulturen dieses Organismus zu züchten, wodurch ich dessen Identität mit PEKELHARINGS Hefepilzen feststellen konnte. Ferner fand ich bei meinen jungen Kulturen Übergänge zwischen ovalen und kugeligen Formen, aber nach dem Färben zeigten die kleinsten ovalen Gebilde das nämliche gefleckte Zentrum wie die größeren kugeligen, wohingegen ich bei ihnen niemals irgend eine mit einem Bacillus vergleichbare Gestalt angetroffen habe.

Demnach war ich gezwungen, anzunehmen, daß der von mir isolierte Organismus zwar mit den größeren Kugelgebilden, nicht aber mit den kleineren von MALASSEZ und BIZOZZERO beschriebenen ovalen Formen identisch sei, und daß der von UNNA und seinen Schülern gezüchtete Flaschenbacillus wieder ein anderer, von diesem ganz verschiedener Organismus sei.

Diejenigen Röhren, bei denen nach etwa acht Tagen keine Kulturen zu bemerken waren, zeigten lange Zeit keine Entwicklung. Aber drei Wochen nach der Aussaat ließen zwei von ihnen, bei denen ich zehn Tage zuvor ein gewisses Wachstum vermutet hatte, ganz deutlich einige fast mikroskopische Tropfen erkennen, welche mir Kolonien zu sein schienen. Diese Kolonien, welche dem unbewaffneten Auge gar keinen Unterschied darzubieten schienen, erwiesen sich bei mikroskopischer Untersuchung als untereinander durchaus verschieden. Eine von ihnen bestand aus großen Bacillen, welche die eigentümlichsten Schwellungen zeigten.

Indem ich diesen Parasiten durch mehrere Generationen hindurch züchtete und verschiedene Nährmittel anwandte, gelang es mir, eine Reinkultur zu erhalten, wobei ich fand, daß die Bacillenform sich nur 24 Stunden nach der Aussaat rein erhält, daß der Bacillus sehr bald nachher zu schwellen anfängt und daß bei alten Kulturen die geschwollenen Formen vorherrschen. Beim Färben von Präparaten aus alten Kulturen fand ich die nämlichen ovalen Formen, welche ich früher beobachtet und an meinen eigenen Präparaten von Schuppen als übereinstimmend mit MALASSEZS und BIZOZZEROS kleineren ovalen Formen erkannt hatte. Demgemäß folgerte ich, daß der von mir isolierte Parasit mit BIZOZZEROS Saccharomyces ovalis identisch sei und daß diese Bezeichnung Saccharomyces irrtümlich gewählt wurde, indem es sich in Wirklichkeit um einen Bacillus handelt, welcher mit dem von UNNA gewonnenen sogenannten „Flaschenbacillus“ identisch zu sein scheint.

Die anderen Kolonien schienen aus Mikrokokken zu bestehen, aber bei Anwendung einer starken Vergrößerung (2,0 Hom. Imm. Zeiss) wurde es offenbar, daß man es hier mit sehr kurzen Bacillen zu thun

hatte, bei denen das eine Ende etwas dicker als das andere war. Beide Enden färben sich intensiver als die Mitte, und sie ließen noch einen deutlichen Querstreifen erkennen, wenn die Färbung nicht zu stark gewesen war.

Als ich darauf mit der gleichen starken Vergrößerung meine Schuppenpräparate untersuchte, fand ich auch hier, daß die vorher als Mikrokokken imponierenden Gebilde in Wirklichkeit genau dieselben Bacillen waren, welche ich bei den Kulturen erhalten hatte. Indem ich diesen Organismus ebenfalls mehrere Generationen hindurch und auf verschiedenen Nährmedien kultivierte, gelang es mir, auch hiervon Reinkulturen zu erzielen. Einige Zeit nach dieser Beobachtung las ich in UNNAS Handbuch, daß er auch einen dem meinigen ähnlichen Bacillus erwähnt, den er an den Schuppen der Kopfhaut gefunden hat.

Ich muß hier hervorheben, daß es bei beiden Bacillenarten anfangs schwer zu sein schien, sowohl neue Kulturen als auch gute mikroskopische Präparate zu beschaffen, und daß es mir nur durch das Aussäen auf eine größere Anzahl von Röhren wirklich gelang, neue Züchtungen zu erzielen. Ich wiederholte diese Züchtungen von Schuppen mehrere Male nach vorheriger gründlicher Abwaschung des Kopfes. Die Anzahl der aufgegangenen Organismen war jetzt viel kleiner als bei meinem ersten Versuch, aber PEKELHARINGS Hefen und die zwei Bacillen waren fast ausnahmslos vorhanden. Häufig war auch eine sehr kleine Hefezelle, fast so klein wie ein großer Micrococcus, welche die Gelatine verflüssigte, zu finden; doch habe ich bisher an Schuppen-Präparaten diesen Mikroorganismus nicht nachweisen können.

Im April 1895 machte ich eine kurze Mitteilung über die genannten Mikroorganismen in unserem Niederländischen Kongress der Naturforscher und Ärzte. Eine Übersetzung meiner Arbeit erschien in UNNAS *Monatsheften* und in dem französischen *Journal de Clinique et de Therapeutique infantile*. Andere Beschäftigungen nötigten mich dann, meine Untersuchungen eine Zeit lang einzustellen, und alle meine Kulturen schienen verloren gegangen zu sein. Als ich jedoch im Anfang dieses Jahres meine Experimente wieder aufnahm, gelang es mir, frische Kulturen darzustellen von Gelatinekulturen, die damals bereits ein Jahr alt waren.

Darauf säte ich wieder kleine Schuppenstückchen auf eine große Anzahl Reagenzgläser aus, wobei sich dasselbe Resultat ergab wie vorher; aber in Bezug auf beide Bacillenarten bin ich immer den gleichen Schwierigkeiten begegnet bei meinen Versuchen, gute mikroskopische Präparate zu erhalten und Kolonien, welche tüchtig genug wären, um Impfproben damit vorzunehmen. Diese Schwierigkeit wurde dadurch bedingt, daß die Bacillen eher an dem Nährboden und aneinander festhafteten als an dem Platindraht, mit welchem sie geimpft wurden, und daß sie nur

geringe Neigung hatten, an dem Glase, auf das sie ausgebreitet wurden, festzukleben. Erst ganz kürzlich ist es gelungen, eine Methode zu finden, um diese Schwierigkeit zu überwinden. Diese Methode nebst einem Bericht über meine Impfexperimente, welche noch nicht beendet sind, werde ich in einer späteren Mitteilung beschreiben, wobei ich eine möglichst genaue Schilderung von den biologischen Eigenschaften der oben erwähnten Organismen zu geben hoffe, was jetzt über die mir zu Gebote stehende Zeit hinausführen würde.

Ich erlaube mir nur auf zwei Punkte aufmerksam zu machen:

1. Der *Saccharomyces* zeigt grössere Formen bei den alten Kulturen; je älter die Kulturen, desto grösser die Zellen. Bei Präparaten von sehr alten Kulturen sind manohmal Zellen mit eingerissener Hülle zu sehen, aus der eine große Menge gefärbter Punkte sich entleert, sowie auch leere Zellen und eine große Menge derselben gefärbten Punkte im ganzen Präparate verstreut. Diese gefärbten Punkte zeigen dieselbe Beschaffenheit wie der Inhalt der intakten Zellen, und ich muß deshalb annehmen, daß *BIZOZZERO* sich im Irrtum befand, als er annahm, daß die blassen Stellen an dem ungleichmäßig gefärbten Zentrum der Zellen verdünnte Stellen an der Zellmembran repräsentierten. Ich bin auch geneigt zu vermuthen, daß viele von den Körnchen die Fähigkeit besitzen dürften, sich zu kleinen Zellen weiter zu entwickeln.

2. Der Flaschenbacillus bildet bei üppigem Wachstum manchmal ein Pseudo-Mycelium, oft aber bildet er sogar schon am zweiten Tage Arthrosporen, aus denen sich neue Bacillen manchmal entwickeln können, wenn sie auch hierauf in der Regel zu schwellen anfangen.

Wenn die geschwollenen Gebilde sehr groß sind, läßt sich auch ein körniger Inhalt erkennen, den man auch zuweilen aus einem Einriß in der Membran einer verletzten Zelle austreten sehen kann. Ich muß hier noch hinzufügen, daß Prof. FORSTER, in dessen Laboratorium meine Untersuchungen ausgeführt worden sind, ebenfalls solche gequollenen Formen bei gewissen anderen Bacillen beobachtet hat, und daß ähnliche Gebilde in HÜPPES neuem Werke *Wissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie* beschrieben worden sind.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Ramscheid.)

Weitere Untersuchungen über Dermatitis hiemalis.

Vortrag

gehalten auf dem dritten internationalen dermatologischen Kongress in London 1896.

Von

WILLIAM THOMAS CORLETT, M. D., Cleveland (U. S. A.)

Seit vielen Jahren ist mir während der Wintermonate eine Hautkrankheit aufgefallen, welche ein ziemlich gleichmäßiges Aussehen darbietet und auch in Bezug auf die subjektiven Erscheinungen in gleichförmiger Weise auftritt. Als erstes charakteristisches Symptom wurde festgestellt, daß die Affektion mit großer Promptheit sofort mit dem Eintritt von wärmerem Wetter verschwand. Des weiteren machten viele der von mir untersuchten Patienten die Angabe, daß sie bereits früher wiederholt derartige Attacken durchgemacht hatten, und daß dieselben regelmäßig während der kalten Jahreszeit eingetreten seien, daß hingegen in den frostfreien Monaten eine allgemeine Immunität vorgewaltet hatte.

Da der Ausschlag im allgemeinen wie Ekzem aussah und von Juckreiz begleitet war, so wurde zunächst eine besondere Abart dieser Krankheit diagnostiziert. Ferner wurde festgestellt, daß die Läsionen Jahr für Jahr auf den nämlichen Stellen lokalisiert waren und meistens auf dem Handrücken auftraten, sowie daß dabei eine Reihe von Symptomen zu konstatieren war, welche mit denen des gewöhnlichen Ekzems nicht übereinstimmten und andererseits auch den Läsionen des Erythems nicht völlig entsprachen.

Eine so häufig vorkommende Anomalie, welche, wie wir damals annahmen, in der Litteratur noch gar nicht besprochen worden war, schien von hinreichender Wichtigkeit zu sein, um sie beim elften internationalen medizinischen Kongress in Rom im Jahre 1894 vorzustellen. Während ich damals mit der Bearbeitung der 14 meiner damaligen Mitteilung zu Grunde liegenden Krankengeschichten beschäftigt war, kam mir HUTCHINSONS Bericht über: *Some peculiar eruptions allied to chilblains*, auf den vorhin verwiesen wurde, zum ersten Male zu Gesicht. Dem Herrn Vorsitzenden dieses Kongresses gebührt ohne Zweifel das Verdienst, zuerst auf diesen eigentümlichen Ausschlag aufmerksam gemacht zu haben, jedoch zeigen die von ihm beschriebenen Fälle in einigen untergeordneten Punkten gewisse Abweichungen von den durch den Verfasser dieser Zeilen beobachteten Erkrankungen. Da überdies der Ausschlag in der Gegend der großen Binnenseen Nordamerikas und namentlich in der Umgegend

von Cleveland verhältnismäßig häufig vorkommt, so hoffe ich, daß es mir gestattet werden wird, jetzt weiter über diesen Gegenstand mich auszulassen.

Soviel ich weiß, giebt es bei dieser Krankheit keine Prodromalsymptome. Es findet sich zunächst auf dem Handrücken der einen Seite ein rötlicher Fleck von Halberbsen- bis Fünfzigpfennigstückgröße, welcher wenig erhaben ist, gewöhnlich eine Anzahl Bläschen im Gefolge hat und meist von Juckreiz begleitet ist; letzteres Symptom kann sogar das erste Anzeichen des Leidens ausmachen. Die Bläschen platzen bald, sei es spontan oder infolge von Reiben, und hinterlassen stecknadelkopfgroße, erodierte, dunkelrote oder wie roher Schinken aussehende Stellen, welche sehr an die Läsionen beim Herpes erinnern.

Zu anderen Zeiten, namentlich im späteren Verlaufe der Krankheit, ist die Bläschenbildung ein weniger ausgesprochenes Symptom, und wir haben es mit einer rauhen, schuppigen Oberfläche oder mit Spaltbildungen längs der Faltungslinien der Haut zu thun. Zur Entwicklung von Eiter scheint wenig oder gar keine Neigung vorhanden zu sein. Die Farbe der Stelle ist dunkelrötlich oder violett je nach der Temperatur des Zimmers und je nachdem die Hand hoch gehalten oder hängen gelassen wird. Ein weiteres auffälliges Merkmal ist die Verdickung der Haut, wodurch das erkrankte Gebiet über das umgebende Niveau emporgehoben wird. Meistens ist die Grenzlinie scharf markiert und tritt deutlich hervor; bei einigen Fällen sieht man auch, daß die Affektion, ebenso wie *Tinea trichophytina* und *Psoriasis*, die Neigung hat, im Zentrum abzuheilen bei fortgesetztem peripheren Wachstum. Des weiteren wurde bei mehreren Patienten konstatiert, daß die Stellen nach einigen Wochen die Größe etwa eines Zehnpfennigstücks bis zu derjenigen eines Thalers und darüber erreicht hatten und dann in diesem Umfang bis zum Frühjahr bestehen blieben, ohne sich wesentlich oder überhaupt merklich zu verändern.

Das Leiden kann während seines ganzen Bestehens sich auf eine einzige Stelle beschränken, die von einem Winter zum anderen an Größe, Gestalt und anderen Merkmalen immer die gleiche Beschaffenheit aufweist. Andererseits hat der Ausschlag Neigung zu symmetrischem Auftreten, was namentlich im zweiten Jahre seines Bestehens bemerkt worden ist, wobei die Läsionen nicht bloß auf der anderen Hand, sondern auch auf den Beugeseiten der Vorderarme und auch, obzwar seltener, auf den Füßen sich entwickeln. Am Unterarm ist der Ausschlag von hellerer Farbe, die Läsionen sind kleiner, und der Rand ist weniger scharf abgegrenzt.

Im allgemeinen behalten die Stellen die gleiche Beschaffenheit wie im vorigen Jahre bei, obgleich sie im Laufe ihres Bestehens sich vergrößern, zusammenfließen und schließlich den ganzen Handrücken bedecken können.

Mit der Zeit verblasst die Farbe, und die Oberfläche bedeckt sich mit fest anhaftenden Schuppen, so daß man leicht zu einer Verwechslung mit *Lupus erythematodes* verführt werden kann. Dies Verhalten kann sowohl beim Nachlassen des jährlichen Cyklus, als auch erst nach mehrmaligen Wiederholungen des Leidens in die Erscheinung treten.

Bei Männern ist die Störung häufiger angetroffen worden als bei Frauen; sie scheint nicht durch irgend eine bestimmte Beschäftigung bedingt zu sein, und nur in einem einzigen Falle war das vorherige Bestehen von Frostbeulen bei dem Patienten nachzuweisen; niemals war die Affektion mit *Lupus erythematodes* kompliziert, noch auch konnte irgend einer bestimmten körperlichen Diathese ein disponierender Einfluß zugeschrieben werden. Beide Hände sind in gleichem Maße dem Ergriffensein ausgesetzt, unabhängig davon, ob der Patient rechts oder links ist.

Das Einsetzen der Affektion ist wiederholentlich mit den schweren Schneefällen und starken Winden, welche auf der Südküste des Eriesees aus Nordwesten kommen, in Zusammenhang gebracht worden. In dieser Gegend enthält die Luft, wie überhaupt überall in der Nähe von großen Wasserflächen, einen hohen Prozentsatz von Feuchtigkeit nebst einer größeren Menge Ozon, doch kommen hier größere und häufigere Temperaturwechsel vor als an der Meeresküste. Im März kommen mehr Fälle vor, als in irgend einem anderen Monat, und ein milder Winter bietet eine vollständige Immunität in Bezug auf dieses Leiden dar.

Während die Krankheit sich auf ihrem Höhepunkte befindet, kann eine Reise nach irgend einem der südlichen Länder, Florida oder den Bermuda-Inseln, ein vollständiges Verschwinden des Ausschlags im Gefolge haben. Patienten mit dieser Krankheit, welche in verschiedenen Weltteilen gelebt haben, befinden sich völlig wohl, ausser in der nördlichen gemäßigten Zone.

Durch eine Vermutung von J. NEVINS HYDE, die er bei der Versammlung der American Dermatological Association im Jahre 1894 aussprach, veranlaßt, hat mein Kollege H. S. UPSON sorgfältige Untersuchungen angestellt, um sich zu vergewissern, ob das Leiden parasitärer Art sei oder nicht. Die Untersuchung von vier Fällen gab bei allen ein negatives Resultat.

Während des letzten Jahres sind ferner verschiedene excidierte Hautstückchen einer sorgfältigen Untersuchung im pathologischen Institut der Western Reserve University unterzogen worden. Da aber die untersuchte Haut von einem Fall im Spätstadium der Krankheit herstammte, halte ich den darüber mitgeteilten Bericht nicht für vollständig und will deshalb hier nicht weiter darauf eingehen.

Nach den klinischen Beobachtungen möchte ich mich zu der Ansicht

bekennen, daß in der Regel die Entzündung eine größere Bedeutung dabei besitzt, als die untersuchten Präparate erkennen lassen.

Ohne die ganze Liste derjenigen Affektionen, mit denen diese Krankheit gewisse Ähnlichkeiten aufweist, nochmals zu wiederholen, wollen wir nur die zwei Anomalien, mit denen sie am nächsten verwandt zu sein scheint, besprechen, nämlich Ekzem und Erythema multiforme. Zweifelsohne hat Ekzem die größte Ähnlichkeit hiermit, und die meisten Fälle werden wahrscheinlich unter diesem Namen geführt. Indessen ist das gewöhnliche Ekzem der Hände nicht so unmittelbar von der Kälte abhängig, und der Ausschlag hat nicht eine so scharf abgeschnittene Grenzlinie, sondern geht allmählich in die gesunde Haut über. Wenn das Ekzem die Hände befällt, zeigt es die Neigung, auf die angrenzenden Teile und auch auf entferntere Hautgebiete sich auszudehnen, während die hier beschriebene Affektion, soweit die bisherigen Beobachtungen reichen, nur auf die oben genannten Teile beschränkt bleibt. Ferner zeigt die Farbe beim Ekzem ein helleres Rot, und selbst im späteren Verlauf hat man nicht die cyanotischen Tinten wie bei unserem Leiden, für welches ich den Namen *Dermatitis hiemalis* vorgeschlagen habe. Beim Heilen verschwindet das Ekzem in der Regel nicht zuerst im Zentrum der Läsionen, und es findet sich auch keine so ausgesprochene Verdickung an den erkrankten Stellen.

Das Erythema multiforme hat manchmal auch Ähnlichkeit mit der hier besprochenen Affektion, aber es finden sich bei ersterem nur selten Bläschen, und bei letzterer kommen eigentliche Bullae niemals vor. Hinwiederum befällt das Erythem oftmals das Gesicht und andere Körperteile und gewinnt keine solche hochgradige Hartnäckigkeit bei kaltem Wetter. Wenn das Erythem längere Zeit anhält, ist sein Verlauf durch ein wellenförmiges Verhalten gekennzeichnet, es hat Verschlimmerungen und Zeiten der Rückbildung, oder auch es folgen mehrere kurze *Attacken* aufeinander. Dies ist bei der in Rede stehenden Krankheit nicht der Fall, vielmehr setzt dieselbe ihren Verlauf mit großer Regelmäßigkeit bis zum Frühjahr fort.

Zum Schlusse möchte ich also behaupten, daß, mögen wir diesem Krankheitsbilde einen bestimmten Namen zuerkennen oder nicht, die damit verknüpften ätiologischen Faktoren und besonderen *Eigentümlichkeiten* der eingehenden Betrachtung wert sein dürften.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Remseheid.)

Aus der Praxis.

Kontagiosität und Übertragbarkeit des *Eccema seborrhoicum* der Leistengegend.

Von

L. FERRIN-Marseille.

Im Folgenden möchte ich die Aufmerksamkeit auf fünf klinische Fälle lenken, die die Kontagiosität des *Eccema seborrhoicum* zu beweisen scheinen; die Dermatitis war jedesmal von kongestiver, oberflächlicher, trocken-katarrhalischer Natur; der Ausschlag war figuriert, scheibenförmig, ringförmig und spiralig. Es handelte sich zweifellos um *Eccema seborrhoicum*, verwandte Formen, wie *Trichophytiasis cutanea*, *Erythrasma*, *Pityriasis versicolor*, *Psoriasis circinata*, *Pityriasis rosea*, *Roseola annulata*, die alle in der Inguinalgegend dem *Eccema seborrhoicum* ähnliche Exantheme verursachen können und auch verursachen, ließen sich mit Sicherheit ausschließen. Auch war bei allen fünf Beobachtungen das *Eccema* primär in der Leistengegend entstanden; keiner der Patienten hatte vorher an *Pityriasis capitis* gelitten; der gewöhnliche Verlauf des *Eccema seborrhoicum*, das, wie UNNA gezeigt hat, vom Kopf nach abwärts sich auf die von ihm bevorzugten Gegenden begiebt, hatte hier also nicht Statt. Schliesslich hatte auch keiner der Patienten in der Leisten-, Schenkel- oder Aftergegend irgend eine andere Störung, wie etwa *Erythrasma*, *Pruritus analis*, *Hämorrhoiden* u. s. w.

Von den fünf Patienten waren drei Männer und zwei Frauen; ihr Alter schwankte zwischen 20 und 50 Jahren; sie gehörten dem blonden Typus an und lebten als Eheleute in inniger Berührung miteinander; in zwei Fällen stellte sich die Übertragung einen Monat nach erfolgtem Beischlaf heraus. Handelt es sich in diesen Fällen nur um ein zufälliges Zusammentreffen, oder darf man wirklich von Übertragung reden? Vom Standpunkte des Klinikers aus dürfte es schwer sein, die Ansteckung zu leugnen; vielmehr berechtigen diese Beobachtungen, einen Patienten, der mit *Eccema seborrhoicum* der Leistengegend behaftet ist, vor der Gefahr der Übertragbarkeit durch Berührung zu warnen. Dabei wollen wir von den Folgerungen, die man aus der Anwesenheit von Parasiten im *Eccema seborrhoicum* und aus der von UNNA mitgeteilten Thatsache der Überimpfung des Mikrokokkus ziehen kann, noch ganz absehen.

Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis.

Von

W. DUBREUILH und D. FRÈCHE-Bordeaux.

Die englischen Ärzte haben seit langem auf die Beziehungen zwischen der Trichophytiasis einerseits und der Alopecie oder ähnlichen Störungen andererseits hingewiesen. Sie haben beobachtet, daß auf eine Trichophytiasis bald unmittelbar (CROCKER) bald lange Zeit nachher (HUTCHINSON) eine Alopecie folgen könne, und sie haben sogar alle Formen kontagioser Alopecie als Trichophytiasis bezeichnet. Darin sind sie nun zwar entschieden zu weit gegangen, wahr aber ist sicher, daß die Trichophytiasis zur Atrophie der Haare und zur Bildung von kahlen Stellen führen kann.

Im allgemeinen entwickelt sich solche Trichophytiasis-Alopecie — die übrigens nur selten vorkommt — sehr allmählich und immer nur an einzelnen Stellen. Doch haben wir zwei Fälle zu Gesicht bekommen, bei denen die Umwandlung der Trichophytiasis in kahle Stellen vom Aussehen der Alopecie sich unter unseren Augen innerhalb weniger Tage vollzog.

Die kranken Haare fielen ohne jede Spur von Entzündung aus, nur weil ihre Wurzel atrophiert war, und es entstanden runde, gut abgegrenzte Stellen, die vollkommen kahl und glatt waren und keine Spur von Haaren mehr aufwiesen, so daß wir sie unbedingt für Alopecia areata gehalten hätten, wenn wir nicht ihre Entstehung hätten verfolgen können.

In beiden Fällen handelte es sich um das Trichophyton ectothrix, dessen auffallend kleine Sporen nicht länger als $3\ \mu$ waren und an das Mikrosporon Audonini von GRUBY-SABOURAUD erinnerten; ihr äußerst rasches Wachstum in der Kultur ließ an eine Abstammung vom Tier denken. Diese Vermutung war in einem der beiden Fälle auch zutreffend, indem die Hauskatze an einer allgemeinen Trichophytie litt. Die Identität dieser letzteren mit derjenigen des kleinen Patienten wurde durch Mikroskop und Kultur festgestellt.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Ver samml un gen.

Verhandlungen des XIV. Kongresses für innere Medizin.

Vom 8.—11. April 1896.

(Wiesbaden, 1896. J. F. Bergmann.)

Aus dem stattlichen, nicht weniger als 656 Seiten umfassenden Bande seien nur einzelne Themata hier kurz referiert:

Über die therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate referieren EWALD und P. BRUNS. Von den Ausführungen des ersteren seien erwähnt die Angaben über die Wirkung der Thyreoida bei Hautleiden. Sind dieselben bisher auch nur wenig ermutigend, so ist andererseits manchmal ein Erfolg bei der Psoriasis nicht zu leugnen. So demonstriert der Referent das Bild eines Knaben, der vergeblich alle möglichen Medikamente gegen seine Psoriasis gebraucht hatte, durch Thyreoidtabletten aber schnell von derselben befreit wurde. Andererseits ist aber auch der Ausbruch einer frischen Psoriasis bei einem Patienten beobachtet, der wegen Fettleibigkeit 215 Tabletten erhalten hatte. Die Erfolge von GORDON und MENZIES bei Syphiliden beruhen vielleicht auf dem Jodgehalt, HERNSHEIMER warnt aber vor dieser eingreifenden Kur bei Luetikern. Die Berechtigung zur Thyreoidintherapie bei Lupus und Tuberkulose ist durch den Umstand gegeben, daß früher auffallend viel Myxödematöse an Tuberkulose starben. Mitteilungen hierüber liegen nur von BYRON, BRAMWELL vor. Vorgezeigte Abbildungen lassen eine auffallende Besserung erkennen; jedoch muß man bei der Beurteilung vorsichtig sein. Die große Bedeutung des Thyreojodins als Entfettungsmittel unterliegt nach dem Referenten keinem Zweifel.

Der Korreferent P. BRUNS spricht über die Schilddrüsentherapie bei Struma. Er resümiert dahin, daß von den verschiedenen Kropfformen nur die follikuläre Hyperplasie günstig beeinflusst wird, diese aber sicher und prompt. Die Sekretzufuhr dient zur funktionellen Entlastung, wodurch dann das neugebildete Drüsengewebe wieder ausgemerzt wird. Auf die vielfach interessante Diskussion kann ich nicht eingehen.

Über Rheumatoidkrankheiten spricht GERHARDT, die unechten Gelenkrheumatismen an der Hand der Krankheiten, welche sie begleiten, erörternd. Am häufigsten ist das Tripperrheumatoid, gekennzeichnet durch Recidivieren bei jeder Blennorrhoe, Auftreten nach mehrwöchentlichem Bestehen derselben, vorwiegendes Befallensein des Kniegelenks mit geringem Fieber und reichlichem Erguß, ferner durch Hartnäckigkeit, Widerstand gegen Natrium salicyl., endlich Seltenheit der Herzaffektionen. Letztere sind häufiger durch Tripper an sich, als durch Tripperrheumatismus bewirkt. Bei Scharlach werden auffallenderweise die Handgelenke bevorzugt; Vereiterung ist sehr selten. Bei Variola kommen im Anschluß an die Eiterung nach IMMERMANN Gelenkerkrankungen vor; Schulter und Kniegelenk scheinen am häufigsten ergriffen. Arthralgien und Gelenkeiterungen bei Masern sind von WITZEL nur einige wenige aus der Litteratur gesammelt. Mehrere Fälle von gutartigen Gelenkaffektionen bei Erysipelas faciei in der Rekonvalescenz haben TROUSSEAU, PÉROUD, BOURCY gesehen, stets waren die Kniegelenke zuerst erkrankt. Gelenkeiterungen mit Streptokokkenbefund sieht man an den Gliedmaßen unter der erysipelatös erkrankten Haut.

Die syphilitischen Gelenkaffektionen zeigen meist chronischen Verlauf, jedoch giebt es auch akutere Fälle. Es ist ein Gelenk oder mehrere befallen, ge-

wöhnlich in der Sekundärperiode, angeblich oft nach Erkältung. Salicylsäure ist unwirksam, die antiluetischen Mittel heilen schnell. Es sollen $\frac{1}{2}\%$ der Polyarthritiden auf Lues beruhen. In der Diskussion befürwortet QUINCKE die Bezeichnungen Polyarthritis, resp. Arthritis blennorrhoeica, scarlatinosa, syphilitica im Gegensatz zur Polyarthritis rheumatica (= akuter Gelenkrheumatismus).

Zur Entstehung der Harnsäure im Säugetierorganismus, von W. WEINTRAUD. Die Harnsäure stammt sicher vom Nuklein und den Alloxurbasen ab. Ihre Bildung ist nicht an eine bestimmte Zellthätigkeit eines Organs gebunden, das beweist der Vortragende durch Beobachtungen von Vorgängen im Darmlumen bei Erwachsenen und im Meconium.

Weitere Mitteilungen über die Frage der Autointoxikationen, von ALEXANDER POEHL. Das wesentliche Moment der Autointoxikation ist die Anhäufung unvollständig oxydierter Stoffwechselprodukte. Stets ist dabei der Oxydationskoeffizient des Harns abnorm. Die Energie der Oxydationsprozesse im Organismus kennzeichnet das Verhältnis des Gesamtstickstoffgehaltes des Harns zum Stickstoffgehalt des Harnstoffes. Die Harnanalyse vermag die einzelnen Autointoxikationen voneinander zu scheiden. So giebt die Autointoxikation vom Darm aus sich kund vor allem durch relativ höheren Gehalt an Ätherschwefelsäuren u. s. w. Die Therapie der Autointoxikationen kann durch Harnanalyse kontrolliert werden. Sie wird bewirkt durch Normierung des Oxydationsprozesses (größere Sauerstoffzufuhr, Gewebssafttherapie, speziell Spermin, Erhöhung der Blutalkalescenz durch Mineralkuren), Fortschaffung der Stoffwechselprodukte mittelst Antipyretica (solche der aromatischen Gruppe vereint mit neutralen Sulfaten), Abführung, Darmantiseptica, Regulierung der Leberfunktionen etc.

Zur Behandlung der harnsauren Nierenkonkremente, von C. v. NOORDEN. Die Alkalitherapie ist sicher zweckmäßig, da durch sie das der Harnsäurelösung feindliche Mononatriumphosphat verwandelt wird in Dinatriumphosphat, welches die Harnsäure in Lösung erhält. Jedoch läßt sich schwer die Grenze finden und der Umschlag in alkalische Reaktion vermeiden. Denselben günstigen Einfluß auf die Bildung des Dinatriumphosphates haben Kalksalze, ohne dabei die saure Harnreaktion zu ändern. Von ihnen sind verwendbar kohlenaurer Kalk oder pflanzensaure Kalksalze, nicht die unlöslichen Kalksulfate und Kalkphosphate. Es vermindern sich bei Kalkzufuhr die Phosphate im Harn, während sie im Darm zunehmen. Und zwar schwinden im Harn besonders die Mononatriumphosphate. Dieser Umstand erklärt auch die Wirkung der Wildunger Helenenquelle. Die Dosis des kohlenauren Kalks beträgt 3—15 g täglich, sie wird allmählich gesteigert und vermindert unter Kontrolle der Phosphatmengen im Harn. Nachteile hat der Redner von der Kalkzufuhr nicht bemerkt. Die Resultate bei 21 Fällen waren sehr günstige. Reichliche Flüssigkeitszufuhr und Herabminderung nukleinhaltiger Kost sind natürlich auch verordnet.

Grundzüge der Behandlung der harnsauren Diathese, von GEORG ROSENFELD-Breslau. Zur Bestimmung der ungelösten Harnsäure empfiehlt Verfasser folgende Methode: Entleerung des Urins auf Faltenfilter, Waschen dieses mit einer geringen Menge Wassers, Aufweichen in nicht zu schwacher Kaliumlösung, Abpressen und mehrfaches Waschen des Filterbreies, Eindampfen des Filtrates, Fällung der Harnsäure mit Salzsäure, Waschen und Wiegen. An der Hand dieser Methode hat Redner eine Reihe von Heilmitteln geprüft. Kohlensaures Ammon, Harnstoff, Urotropin haben einen deutlichen Einfluß, indem sie bewirken, daß die „primäre Fällung der Harnsäure“ geringer wird und die Harnsäurebildung zurückgeht. Das kohlensaure Ammon ist am wirksamsten, wird aber wegen seines widerlichen Geschmacks verweigert.

Urotropin macht oft Blasen- und Magendarmstörungen. Harnstoff, 5—20 g pro die, ist frei von Nebenwirkungen und wirkt energisch, aber nicht nachhaltig. Dasselbe gilt vom Uricedin. Sehr wichtig bleibt aber dabei die Diät. Von großen Mengen Fleisch, Fett und Zucker ist abzusehen. Aleuronat, Kaseinnatrium und Pepton sind weniger schädlich als Fleisch. Vornehmlich vegetarische Diät ist am geeignetsten.

Über den Einschluss von organischer Substanz in den kristallisierten Sedimenten des Harns, besonders denen der Harnsäure, von MOBITZ-München. Der Redner konnte nachweisen, daß jeder Harnsäurekristall aus jedem Harn, ebenso wie die Krystalle der Tripelphosphate, tertiären Calciumphosphate, Calciumcarbonate (Kaninchenharn), Calciumoxalate ein Stroma organischer Substanz enthalten. Durch eine Mischung von 4 Tuben 1%iger Lysinlösung und $\frac{1}{2}$ —1 Teil 10%iger Gerbsäurelösung gelingt es unter dem Mikroskop die Auflösung der Harnsäure zu erzielen, worauf das organische Stroma als Schatten zurückbleibt, welcher sich leicht mit Methyleneblau färben läßt. Ähnliches gelingt bei den anderen Krystallarten. Das Stroma scheint eine eiweißartige Substanz zu sein. Die Beziehungen zwischen den Krystallen und ihrem Einschlusskörper faßt Verfasser als physikalische auf. Nach diesen Befunden sind die Harnsteine nur Konglomerate von Krystallen, eine Massenkrystallisation. Die Hypothese von EBSTEIN, daß die anorganischen Stoffe sich ablagern in eine eiweißartige Gewebssubstanz, welche Vorbedingung für die Steinbildung ist und von pathologischen Prozessen herrührt, widerspricht diesen Befunden.

Über die Aciditätsbestimmung des Harns und ihre klinische Bedeutung, von V. HAUSSMANN-Kissingen. Auf Grund seiner Untersuchungen über die Acidität des Harns mittelst besonderer Methode stellt Verfasser folgende Sätze auf:

Die Diurese steigert die absoluten Werte der Säureausfuhr.

Die absoluten Säurewerte im Harn während des Tages sind am Vormittage am größten, am Nachmittage gewöhnlich niedrig, in der Nacht halten sie eine mittlere Höhe inne.

Die Mittagsmahlzeit, unbeeinflusst von der Flüssigkeitsaufnahme, setzt die absoluten Säurewerte im Harn in den nächsten 4—6 Stunden herab. Bemerkenswerte Unterschiede einer gemischten, vegetabilischen oder vorwiegenden Fleischnahrung lassen sich nicht konstatieren.

Warme Bäder von 30—32° R. scheinen die Säureeinfuhr zu verringern.

Muskelarbeit scheint die Harnmengen und die Säureausfuhr zu erhöhen.

Ein Fall von rheumatischer recidivierender Schwiele, von B. LAQUER-Wiesbaden. Der 38 Jahre alte Patient erkrankte mehrere Male unter allgemeinen Erscheinungen, Fieber etc. an einer starken, entzündlichen Schwellung des Biceps brachii mit Kontraktur des Ellenbogengelenks, ohne daß der Muskel tiefgehendere krankhafte Veränderungen aufwies. Haut über dem kranken Muskel war gerötet. Besserung trat erst nach bis auf das Periost gehender Incision ein. Später erkrankte Patient noch an einem Rheumatismus acutus ohne Beteiligung des Muskels.

Jessner-Königsberg i. Pr.

25. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

(*Centrabl. f. Chirurg.* 1896. No. 31.)

Wir heben aus den Verhandlungen des Kongresses folgendes als für uns von Interesse hervor:

Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie der Sarkome, von JÜRGENS. Verfasser konnte von an Sporozoen reichen Rundzelleusarkomen Stückchen auf Kaninchen überimpfen, und sah Geschwülste in zweiter und dritter Generation

sich entwickeln. Auch von Melanosarkomen gelangen die Impfungen, doch verfiel die erste Generation bald der Fettdegeneration. Beim Epithelioma contagiosum des Huhns, das durch Gregarinen zur Entwicklung gebracht wird, gelang ihm durch Zufall die Entwicklung einer Geschwulst an seinem eigenen Daumen.

Klinische Beobachtungen bei der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste, von PETERSEN. Den recht geringen Erfolgen der Behandlung nach der Toxin- und Serummethode stehen nicht zu unterschätzende Gefahren gegenüber: die Gefahr der Intoxikation, da die Toxine teils Herzgifte sind, teils Nierenreizung hervorrufen; ferner die Gefahr einer Beschleunigung des Geschwulstwachstums; dem Zerfall im Zentrum steht beschleunigtes Wachstum an der Peripherie gegenüber.

Über Enukleation der Hämorrhoidalknoten, von BAUMGÄRTNER. Verfasser schildert sein recht schwierig anzusehendes Operationsverfahren, das ihm gute Resultate gegeben hat.

Über Resektion der Harnblase mit Verlagerung der Harnleiter, von KÜSTER. Die Resektion des Stückes Blasenschleimhaut mit dem Tumor (im ersten Falle Zottenpolyp, im zweiten Epitheliom) gelang leicht durch Sectio alta; der Harnleiter wurde reseziert, mit dem Knopfmesser der Länge nach gespalten und nun so an die Blase genäht, dass ein breiter Trichter entsteht. Verfasser legt Wert auf die Herstellung einer recht breiten Öffnung.

Über eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte, von POPPERT. Verfasser stellt einen mit gutem Erfolge von ihm operierten Knaben vor; die Blase hält bis 170 ccm Urin; indes kann der Kranke willkürlich jeder Zeit Urin lassen.

Über Hydrocelenbehandlung, von STORP. Verfasser spaltet den Hydrocelsack, und faltet die Tunika durch eine Reihe von Tabaksbeutelnähten, so dass sie den Hoden umkränzt, wie der gerollte Mantel den Tornister des Soldaten. Der Vorteil der Operation soll in der kürzeren Heilungsdauer liegen.

Kindeskopfgroßes Sarkom des in der Bauchhöhle retinierten Hodens, von RIEDEL. Die Entfernung der Geschwulst machte insofern Schwierigkeiten, als eine größere Partie Netz und eine Dünndarmschlinge von ca. 40 cm Länge mit entfernt werden musste. Tumoren in retinierten Hoden sind selten.

Über den Lupus der Finger und Zehen, von KÜTTNER. Verfasser unterscheidet zwischen verstümmelndem Lupus, durch Selbstamputation oder durch Abstossung einzelner Phalangen, und verkrüppelndem Lupus. Dieser beschränkt sich auf die Haut, lässt die Sehnen intakt, führt aber durch Narbenzug zu Luxationen und Subluxationen, bezw. zu Kontrakturen der immobilisierten Gelenke.

F. Hahn-Brenca.

Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft. X. Versammlung.

(*Anat. Anzeiger. Erg.* - Heft zum XII. Bande. 1896.)

Aus denselben referieren wir folgendes:

Über Verhornung, von HANS RAEL. RANVIER hat zuerst die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen von Fasern in den Zellen des Stratum Malpighii gelenkt. Diese Zellen vermitteln den festen Zusammenhang zwischen den einzelnen Zellen: Verfasser sieht sie daher als Filarmasse im Sinne FLEMMINGS an. In den verhornten Zellen sind nun diese Fasern auch nachweisbar, sie gehen also bei diesem Degenerationsprozesse nicht zu Grunde; aus ihnen gehen auch nicht die Keratohyalinkörner hervor, denn man kann sehr deutlich im Stratum granulosum Keratohyalin und Fasern

nebeneinander sehen. Das Keratohyalin stammt aus dem Kerne, ist aber nicht mit dem Chromatin identisch, vielmehr ein Stoffwechselprodukt zwischen Kern und Zelleib. Das Eleidin ist nach RABL verflüssigtes, im übrigen nur wenig verändertes Keratohyalin. Ihrer chemischen Natur nach bestehen beide Körper aus einem Substanzgemenge, in welchem Eiweißkörper die wichtigste Rolle spielen.

Zur Anatomie der Ureteren, von SCHWALEE. Verfasser weist nach, daß die Ureteren keine rein cylindrischen Sobläuche sind. Sie zeigen oberhalb der Grenze des kleinen Beckens eine spindelförmige Erweiterung. Ferner haben sie eine beträchtliche Knickung beim Übergang aus dem großen ins kleine Becken und haben drei Biegungen. Bei Vierfüßlern wurden diese Abweichungen von der Cylinderform nicht gefunden. Bei den teils kletternden, teils laufenden Affen der alten Welt zeigte sich ein intermediäres Verhalten. Verfasser bringt daher die oben beschriebenen Veränderungen mit dem aufrechten Gange des Menschen in Verbindung und erklärt vor allem das Auftreten der erwähnten „Hauptspindel“ aus dem an der Knickungsstelle behinderten Abflusse des Urins.

F. Hahn-Bremen.

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

(*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 32.)

RUGE demonstrierte einen Fall, den er als **Purpura exanthematica** auffassen möchte. Der Betreffende war plötzlich heftig mit Schüttelfrost erkrankt; zugleich zeigte sich ein allgemeiner Ausschlag, der aus zahllosen Ekchymosen besteht; um diese Ekchymosen herum bestand überall ein erhabenes Erythem. Ekchymosen finden sich auch am harten und weichen Gaumen. Ätiologie ist unbekannt, diagnostisch kommen **Morbili haemorrhagici** in Betracht.

EWALD demonstriert einen Patienten mit **paroxysmaler Hämoglobinurie**. Bei dem kräftigen Manne treten die Anfälle auf, sobald es im Winter kalt wird. In diesem Falle ist es nicht gelungen durch Darreichung von Amylnitrit irgend eine Einwirkung auf die Hämoglobinurie auszuüben. Spektroskopisch zeigte der Urin einen starken Methämoglobinstreifen, bei stärkerer Verdünnung auch noch die beiden Streifen des Hämoglobins. Versetzte man den Urin zur Zeit des Abklingens des Anfalls, wo ein deutlicher Methämoglobinstreifen nicht mehr vorhanden war, mit verdünntem Blut, so verschwanden die Hämoglobinstreifen und nach kurzem Warten trat dafür der Methämoglobinstreifen auf.

F. Hahn-Bremen.

Sachzeitschriften.

Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1896. Heft 6.

Über die Urticaria der Kinder, von J. VAN DER SPEK-Amsterdam. Über das Wesen der Urticaria der Kinder, früher meistens als Strophulus oder Lichen-Strophulus bezeichnet, herrschen noch sehr verschiedene Ansichten, und Verfasser ist bemüht, einige Klarheit in dieses Kapitel hineinzutragen.

Dasjenige Element der Urticaria, welches am häufigsten beobachtet wird und dessen genaue Schilderung Verfasser uns giebt, hält die Mitte zwischen dem Pomphus

Monatshefte. XXIII.

39

und einer Papel des Erythema polymorphum. Diese Elemente entstehen und verschwinden sehr schnell und können an allen Körperteilen erscheinen. Nicht selten gelangen durch Kratzen allerlei Keime hinein, wodurch sie in Vesikeln, Blasen und Pusteln umgewandelt werden; auch ernstere phlegmonöse Entzündungen sind auf diese Weise schon zu Stande gekommen. Der Verlauf der Krankheit kann sich durch immer erneuten Ausbruch des Exanthems über Monate und selbst über Jahre hinziehen, ist aber nie von Fieber begleitet. Ätiologisch wurden von jeher die verschiedensten Dinge beschuldigt; FUNK und GRUNDZACH wollen immer Rhachitis und Magenerweiterung bei der Urticaria beobachtet haben; dem wird aber von BLASCHKO widersprochen, der den Zustand immer von Anämie begleitet fand und in vielen Fällen erbliche Syphilis beschuldigte. Nach Ansicht des Verfassers sind Verdauungsstörungen jeder Art und selbst geringen Grades beim Zustandekommen der Urticaria wirksam, daneben sind aber noch eine besondere allgemeine Veranlagung, sowie eine Prädisposition der Hautgefäße für viele Fälle in Anspruch zu nehmen, während Syphilis und Skrophulose ätiologisch nicht in Betracht kommen. Die Pathogenese ist bei der Urticaria infantilis die nämliche, wie bei der Urticaria vulgaris; die Vasomotoren der Haut scheinen hier die Hauptrolle zu spielen. Nachdem dann noch die Differentialdiagnose eingehende Behandlung gefunden hat, wendet Verfasser sich der Behandlung zu. Die Hauptsache bleibt ihm die Regelung der Diät, und er legt das Hauptgewicht auf eine milde, reizlose Kost; Fleisch, Alkoholika, Kaffee, Thee und Näscherien sind möglichst zu vermeiden. Auch alle hautreizenden Mittel, wozu häufig auch heisse Bäder gehören, sind besser zu vermeiden. Das Hautjucken bekämpft man am besten mit Naphtol- oder Schwefelseife oder mit einer ganz schwachen Naphtolsalbe. Für den innerlichen Gebrauch wird die von BLASCHKO angegebene Antipyrinlösung empfohlen.

Die Ausspülung der Urethra, von LUCIEN ARNAUD. Die bekannte JANNsche Methode, die blennorrhöisch erkrankte Urethra mit grossen Mengen einer antiseptischen Flüssigkeit (Kalium permang. 1,0 : 2—5 l) zu durchspülen, wird hier wieder empfohlen und einige Änderungen in der Technik dabei angegeben. Der Verfasser lobt die damit erzielten Erfolge sehr und hat in einem Falle einen ganz forschen Tripper innerhalb fünf Tagen dauernd beseitigt, indem er täglich 3—4 solche Durchspülungen vornahm. Die Durchspülungen sind zu unterlassen, wenn Prostatitis oder Orchitis vorhanden sind, wenn Harninfiltrationen bestehen und wenn die Harnröhre bedeutend verengert ist.

Otitis externa seborrhoica, von P. HAAN. Die Seborrhoe des äussern Gehörganges ist kein ganz seltenes Vorkommen, da seine Bekleidung den nämlichen histologischen Bau wie die übrige Haut aufweist. Die Otitis seborrhoica besteht in einer reichlichen Absonderung von Fett, das mit dem Cerumen zusammen einen Pfropfen bildet und Harthörigkeit bedingt. Schmerzen fehlen fast immer. Der Pfropfen wird durch warme Ausspülungen beseitigt.

Über die Vulvitis bei kleinen Mädchen. (Aus LEGLADIE: *Sittensverbrechen*. Paris 1896.) Die Vulvovaginitis der kleinen Mädchen wird hier vom gerichtsarztlichen Standpunkte aus behandelt. Es fehlt oft jeder Anhaltspunkt dafür, ob diese Entzündung traumatischen oder sonstigen Ursprungs sei, ja man kann häufig nicht einmal entscheiden, ob man eine blennorrhöische oder eine unschuldige Vulvitis vor sich habe, denn das Vorhandensein oder das Fehlen des Gonococcus Neisser liefse noch keine eindeutige Auslegung zu, wenn es auch wahrscheinlich sei, dass die Anwesenheit dieses Mikrobions auf eine venerische Natur der Krankheit hinweise. Für den Gerichtsarzt sei daher bei der Beurteilung eines Falles von zweifelhaftem Aussehen immer noch die grösste Vorsicht geboten.

Ammen und syphilitische Säuglinge. (*Bull. du Synd. des méd. de la Seine.* April 1896.) Unter dieser Überschrift wird der Fall mitgeteilt, daß eine Wohlthätigkeitsgesellschaft einen anscheinend gesunden Säugling von dauernd gesunder Mutter einer Frau zum Nähren übergab und daß diese Frau sehr bald von dem Kinde syphilitisiert wurde. Die Frau erhob gegen die Gesellschaft Klage auf Schadenersatz — sie hatte in der Folge auch ihren Mann angesteckt — und es wurden ihr in erster Instanz auch 4000 Francs zugesprochen; von dem höheren Gerichte wurde sie dann aber endgültig abgewiesen, indem dieses ausführte, die Gesellschaft hätte keine Nachlässigkeit begangen, als sie das zur Zeit nichts Abnormes darbietende Kind, zumal auch die Mutter ganz gesund war — der Vater blieb unbekannt —, ohne weitere Vorichtsmaßregeln außer Händen gab. — Dem Referenten will es scheinen, daß, namentlich bei unbekanntem Vater, mit der Möglichkeit der angeborenen Syphilis des Säuglings immerhin gerechnet werden sollte.

Heft 7.

Über die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Pferdeserum, von ALEXANDRE LOURIER. Bei den widersprechenden Mitteilungen, die bis jetzt über die Behandlung der Syphilis mittelst Pferdeserum vorliegen, erschien eine neue Versuchsreihe wohl berechtigt. L. hat diese Versuche an sieben Soldaten vorgenommen, die sich alle im sekundären Stadium der Syphilis befanden. In jedem Falle wurde eine sorgfältige Blut- und Harnuntersuchung vorgenommen. Aber es liefs sich auch nicht ein einziges Mal eine Vermehrung der roten oder eine Verminderung der weissen Blutkörperchen beobachten. Auch die Hautsymptome der Syphilis wurden in keiner Weise durch die Einspritzungen beeinflusst. L. giebt eine ausführliche Tabelle über sämtliche klinische Beobachtungen jedes einzelnen Falles und kommt zu dem Schluss, daß das normale Pferdeserum in der Behandlung der Syphilis vollkommen unwirksam sei.

Zwei Fälle von extragenitalem Schanker, von E. SOREL-Toulouse. Bei dem einen Patienten safs der Schanker an den Pubes, bei dem andern etwas oberhalb des rechten Malleolus internus. Leider erfahren wir nichts über die Art und Weise, wie er dahingekommen ist; am wahrscheinlichsten klingt, daß er durch Kratzen dahin übertragen wurde. — In beiden Fällen handelte es sich um weiche Schanker.

Gonokokken im Eiter eines Drüsenabscesses am Nacken, von RAYMOND petit und PICHEVIN. Die jetzt 27jährige Patientin litt seit frühester Kindheit an einer im Frühjahr periodisch wiederkehrenden Anschwellung einer Drüse an der rechten Halsseite. Vor einiger Zeit erkrankte sie an Blennorrhoe und es bildeten sich nun umfangreiche Abscesse in jener Halsgegend, deren Eiter, unter Ausschluss aller anderen Keime, nur Gonokokken enthielt. Die Verfasser sind der Ansicht, daß dieselben auf dem Wege der Blutbahn in die Halsdrüsen gelangt sind, wollen aber die Möglichkeit, daß der Gonococcus unter Umständen auch durch den Lymphstrom weiter verbreitet werden kann, nicht bestreiten. Sie weisen noch besonders darauf hin, daß ihr Befund von neuem den Beweis liefert, daß dieser Pilz auch ohne Mithilfe anderer Keime eitererregend wirken könne.

Heft 8.

Beitrag zur Pathologie der Erfrierung, von MENAHEM HODARA. (*S. diese Zeitschr.* Bd. XXII, pag. 445.)

Ein Fall von ecthyma-ähnlicher Hauttuberkulose, von CH. AUDRY. Die 11jährige, sonst gesunde Patientin, ohne Vorgeschichte, hatte auf der linken Wange über dem Unterkieferrand, sowie an der Innenfläche des rechten Unterschenkels je

eine einfrancstückgroße, runde Plaque, die mit einer Borke bedeckt waren, auf Druck etwas Eiter entleerten und genau wie Eothyma aussahen, als solche auch behandelt wurden. Erst die Erfolglosigkeit dieser Behandlung führte über den Umweg der Syphilis zur richtigen Diagnose der Tuberkulose. Durch Ausschneiden der Geschwüre wurde rasche Heilung erzielt. Die ausgeschnittenen Stücke zeigten unter dem Mikroskop den Bau des Lupus verrucosus. Einige Wochen später entdeckte man an zwei Körperstellen je einen braunen Fleck, der als Nävus imponierte, jedoch aus mehreren kleinen, gelblichen Papeln bestand. Auch diese Gebilde wurden entfernt und als tuberkulös befunden.

Vortäuschung eines Schankers durch ein Vaginalgeschwür, das infolge eines liegendebliebenen Seidenfadens entstanden war, von GASTON GAGNIER. Patientin hatte nicht lange vorher eine Entbindung durchgemacht, bei der eine Perinealnaht nötig wurde. Bei sorgfältiger Untersuchung des Geschwürs wurde der wahre Sachverhalt entdeckt, und nach Entfernung des Fadens heilte das Geschwür ohne jede Behandlung in wenigen Tagen. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1896. No. 9.

I. Eine neue Entstehungsart der Harnröhrenfisteln (Beitrag zum Studium der Bilharzia Haematobia), von TREKAKI und EICHSTORFF. Der Inhalt dieser Arbeit läßt sich in Folgendem zusammenfassen:

1. Zu den verschiedenen Ursachen, welche Harnröhrenfisteln erzeugen, darf man auch die Entstehung solcher durch jenen Saugwurm rechnen, welcher als Bilharzia Haematobia bekannt ist.

2. Den Ausgangspunkt dieser Fisteln bilden jene krankhaften Veränderungen, welche unter dem Einflusse der in die peri-urethralen Gewebe gelegten Eier von Bilharzia entstehen. Diese Eier verursachen in ihrer Umgebung Störungen, welche unter gewissen Bedingungen eine oder mehrere Fistelöffnungen nach sich ziehen.

3. Diese Fisteln gleichen in allen Punkten den Harnröhrenfisteln blennorrhoeischen oder sonstigen Ursprungs, jedoch geht ihnen niemals Harnröhrenverengung voraus.

4. Die Fisteln dieser Art sind in Egypten endemisch. Bei 100 Fellaha, welche an Hämaturie infolge von Bilharzia Haematobia leiden, findet man 40 Mal Fisteln.

Dagegen hat man sie bis jetzt bei den in Egypten wohnenden Europäern nicht wahrgenommen.

II. Über den Misserfolg der Spülungen mit Formalin bei der Behandlung der Blennorrhoe, von NOGÜKS. Mit Rücksicht auf die antiseptischen Eigenschaften des Formalins und seinen hohen Wert für die Sterilisation der Katheter hat Verfasser das Mittel zur Behandlung der Urethritis blennorrhoeica in der Form der JANERSCHEN Spülungen versucht, aber ohne jeden Erfolg: Die Gonokokken konnten nicht zum Verschwinden gebracht werden. Er empfiehlt daher zunächst für diese Spülungen Kaliumpermanganat beizubehalten und macht zugleich auf die günstigen Ergebnisse mit Hydrargyrum oxycyanatum aufmerksam.

III. Ersatz der mittelst Druck wirkenden Apparate durch die Spritzen bei den großen Harnröhren-Blasen-Spülungen, von GUIARD. Bekanntlich werden die so häufig zu verwendenden JANERSCHEN Spülungen bei Urethritis anterior und posterior meistens mit Irrigateurs oder ähnlichen Apparaten ausgeführt, bei denen der atmosphärische Druck zur Ausdehnung der Harnröhre und Überwindung des Compressor urethrae benutzt wird.

GUIARD will an Stelle dieser Instrumente wieder eine gutgehende ca. 100 g fassende Handspritze setzen, die er in den letzten Jahren erfolgreich benutzt habe. Als Vorsüge führt er besonders diejenigen Momente an, welche ja schon früher bei den Spülungen nach DIDAY (mittelst Katheter) oft hervorgehoben worden sind, also die Einfachheit des Instrumentariums und die Leichtigkeit, mit welcher der Arzt jederzeit und bequem individualisierend den von ihm ausgeübten Druck regulieren kann, sobald er sich der Spritze bedient. Die durch den hohen Druck des Irrigateurs manchmal vorkommenden Komplikationen wie Blutungen, Prostatitis, Cystitis würden bei Anwendung der Spritze eher zu umgehen sein.

Um die Procedur zu erleichtern empfiehlt G. die ganze Harnröhre zu kokainisieren, nur schwache Spülflüssigkeit zu benutzen und den Kranken stets horizontal zu lagern. Das Kokain läßt er einträufeln und zwar 2—3 g einer 5%igen Lösung. Unter schwachen Lösungen zum Spülen versteht er Kalium permanganicum 1:10000 bis 1—5000, hiervon genüge $\frac{1}{2}$ l für eine Sitzung.

Die der Spritze aufgesetzte Kanüle soll eine ziemlich weite Lichtung benutzen, damit der Austritt der Lösung keine besondere Schwierigkeit darbiete, gewöhnlich benutzt G. noch eine der Harnröhrenöffnung bequem sich anschmiegende gläserne Olive (wie bei JANET), welche die Bespülung der Fossa navicularis nicht behindern darf. Bei besonders enger Öffnung bleibt diese Olive weg und wird die betreffende Schleimhautpartie gleich anfangs gründlich berieselt. Die Resultate der Methode seien zufriedenstellend.

Neuhaus-München.

Besprechungen.

On the Conditions under which Leprosy has declined in Iceland and the extent of its former and present Prevalence, by EDWARD EHLEBS M. D., Kopenhagen. Nach einer erschöpfenden Darstellung der Geschichte der Lepra an der Hand einer reichen Litteratur berichtet EHLEBS eingehend über die Erfolge seiner zur Erforschung der Lepra unternommenen Expedition nach Island. Er konnte 102 Leprakranke persönlich untersuchen und die interessantesten darunter photographisch aufnehmen. Außerdem erhielt er durch die Unterstützung der isländischen Kollegen Berichte über etwa 42 Patienten, die er, da sie zu weit entfernt wohnten, nicht besuchen konnte. Am stärksten fand er die tuberöse Form.

Das Verhältnis zwischen tuberöser, anästhetischer und Mischform ist in Island ungefähr dasselbe wie in anderen Ländern. Während in manchen Bezirken des Landes, besonders im Westen, die Krankheit in der Abnahme begriffen ist, ist es nach den Beobachtungen des Verfassers sicher, daß sie in den Provinzen Rangarvalla und Öfjord zunimmt und um sich greift. Öfjord speziell scheint der gefährlichste Sitz der Lepra zu sein. Verfasser schildert dann eingehend die Bodenverhältnisse, die Bauart der Häuser, die Feuchtigkeitsverhältnisse, die durchweg den hygienischen Prinzipien spotten, die Lebensweise der Isländer, ihre Nahrung, die aus „dried fish“ mit ranziger Butter besteht, auch Sauermilch wird viel verzehrt, dagegen selten Brot.

Das im Jahre 1776 eingeführte Heiratsverbot für Aussätzige war gewiß für die Abnahme der Krankheit von Wert, doch war es nicht streng durchzuführen; diejenigen, die die Krankheit erst am Beginne hatten, drängten wahrscheinlich zur Ehe, bevor ihre Krankheit der Umgebung auffiel. Besser als alle öffentlichen Maßnahmen

gegen die Krankheit wirkten die großen verheerenden Epidemien, besonders die Pockenepidemie von 1707, die ein Drittel der ganzen Bevölkerung wegfegte, und die Masernepidemie im Jahre 1846. Die Krankheit nahm so allmählich in Island ab, wozu natürlich die fortschreitende Zivilisation etwas beitrug. Die Schließung der Lepraspitäler brachte dem Lande keinen Nutzen, denn, so gering die Rolle war, die sie beim Kampfe gegen die Seuche spielten, trug doch die Aufhebung dieser Spitäler die falsche Ansicht ins Volk, die Krankheit sei im Erlöschen und verdiene kein Interesse mehr. Durch die Dampfschiffahrt ist die Lepra in zwei Distrikten verbreitet worden.

Karl Ries-Stuttgart.

Autointoxikation und Hautkrankheiten, von A. BLASCHKO. (Berliner Klinik, September 1895.) Es hat sich neuerdings das Bestreben geltend gemacht, eine große Reihe von Hautaffektionen auf krankhafte Vorgänge im Innern des Organismus zurückzuführen. Schon der gesunde Mensch lebt nach BOUCHARD, dem Begründer dieser Richtung, in der beständigen Gefahr der Selbstvergiftung; es kommt zu Intoxikationserscheinungen, wenn er sich der chemischen Substanzen, die seine eigenen Organe, sowie zahlreiche Mikroorganismen, die seinen Darmtractus bevölkern, schon normalerweise produzieren, aus irgend welchem Grunde auf dem gewöhnlichen Wege des Darms, der Nieren, der Lungen, der Haut nicht mehr hinlänglich entledigen kann. Ebenso stellen sich Intoxikationserscheinungen dann ein, wenn durch irgend welche krankhafte Vorgänge abnorme chemische Substanzen im Organismus gebildet und nicht rechtzeitig entfernt werden. Die Frage, ob überhaupt eine Entstehung verschiedenartiger Hautaffektionen durch den Übertritt gewisser Stoffe in den Kreislauf denkbar und durch klinische Erfahrungen sichergestellt ist, muß nach BOUCHARD'S Ansicht entschieden bejaht werden, da eine ganze Gruppe von krankhaften Veränderungen der Haut zweifellos auf diesem Wege zu stande kommt, die Hauterkrankungen nämlich, welche sich nach Einführung gewisser Nahrungsmittel und Medikamente bei einzelnen dazu prädisponierten Individuen einstellen. Da die Arzneiexantheme sowohl nach äußerer Applikation, als auch nach Darreichung per os auftreten, nach subcutaner und intravenöser Injektion, so schließt Verfasser mit Recht daraus, daß die Exantheme nicht, wie man früher annahm, auf reflektorischem Wege zu stande kommen, sondern durch direkte toxische Wirkung, d. h. durch Aufnahme der betreffenden Stoffe in das Blut. Dies gilt auch von anderen, für das Blut fremdartigen Substanzen. So tritt bekanntlich nicht selten, wenn der Inhalt einer Echinokokkencyste sich in die Bauchhöhle entleert, Urticaria auf, eine Erscheinung, die man früher durch eine reflektorische Wirkung zu erklären suchte. Es liegt nahe, die bei den toxischen Exanthenen gewonnenen Resultate zu übertragen auf diejenigen Prozesse, bei denen wir eine Autointoxikation vermuten, besonders auf alle diejenigen Exanthemformen, die ihrer äußeren Erscheinung und ihrem klinischen Verlauf nach mit dem toxischen Exanthem übereinstimmen: Erytheme aller Art, Urticaria, Herpes, Pemphigus etc.

Die Möglichkeit einer Autointoxikation in dem einen oder anderen Falle ist nicht zu bestreiten, besonders da, wo gleichzeitig irgend welche Erkrankungs Zustände im Magen-Darmkanal, in der Leber, den Nieren oder sonstige Allgemeinerkrankungen bestanden. Da aber von Hunderten von Kranken mit gastrischen Störungen nur ein kleiner Teil Manifestationen an der Haut zeigt, muß eben, wie bei den Arzneiexanthenen, eine besondere individuelle Idiosynkrasie vorhanden sein.

Die Zahl derjenigen Hautaffektionen, bei denen die Entstehung auf dem Wege der Autointoxikation nachweisbar oder doch höchstwahrscheinlich ist, bezieht sich nach BOUCHARD'S Ausführungen sehr gering, während die Möglichkeit der auto-toxischen Entstehungsweise für zahlreiche Hautaffektionen zugegeben werden muß.

Karl Ries-Stuttgart.

The American Year-book of Medicine and Surgery, von GEORGE M. GOULD. (Philadelphia. 1896. W. B. Saunders.) Der erste Band eines referierenden Werkes über die gesamte Medizin liegt vor uns, das Jahr Juli 1894 bis Juni 1895 umfassend. Die einzelnen Disziplinen sind von hervorragenden Kollegen verfasst. Wert gelegt ist darauf, nicht alles zu bringen, sondern nur das, was einen Fortschritt bedeutet; dabei spielt natürlich die persönliche Erfahrung eine große Rolle, denn manches ist nicht neu, und manches neue nicht wahr. Somit ist der Kritik in der Auswahl ein ziemlich weiter Spielraum eröffnet. Was speziell den dermatologischen Teil anbelangt, so scheint er etwas knapp weggekommen zu sein, man liest von einigen seltenen Affektionen, hat auch einige gute Bilder, findet aber z. B. über Syphilis wenig, über Blennorrhoe nichts als Ichthyolinjektionen gegen Blennorrhoe. Jedenfalls ist auch dies Werk äußerlich vorzüglich ausgestattet. *F. Hahn-Bremen.*

Die Pathologie und Behandlung der venerischen Krankheiten, von ROBERT W. TAYLOR. (Philadelphia. 1895. Lea Brothers.) Als 1000 Seiten starkes, vorzüglich ausgestattetes Werk liegt TAYLORS Buch vor uns. Einen breiten Raum nimmt naturgemäß die Besprechung der Blennorrhoe ein. Die vielen neueren Untersuchungen über die pathologische Anatomie des blennorrhoeischen Prozesses sind gebührend gewürdigt, meist auf Grund eigener Erfahrungen, doch auch unter Zugrundelegung des von anderen Autoren veröffentlichten. Verfasser steht überhaupt auf dem Standpunkt, stets seine eigenen Erfahrungen durch die Anderer zu ergänzen, da einer allein bei der großen Ausdehnung unserer Disziplin, mit seinen Kenntnissen nicht in allen Punkten ausreicht. Besondere Breite nimmt die Besprechung der blennorrhoeischen Striktur und ihrer Behandlung ein: Verfasser redet der konservativen Behandlung durch allmähliche Dehnung und verwirft die jetzt so viel beliebte Urethrotomie bei jeder leichten Strikturierung. Bei Besprechung der Syphilis fällt der Hauptanteil auf eine genaue Schilderung der Therapie, Bewertung der einzelnen Methoden, um so dem Leser eine auf Erfahrung und wissenschaftlicher Basis beruhende Richtschnur zu geben. Besonderer Wert ist auf gute Illustrationen in dankenswerter Weise gelegt: fast alle sind nach persönlichen Angaben des Verfassers, unter seiner besonderen Aufsicht aus einer Menge typischer Fälle ausgewählt, entworfen. Die Ausstattung ist, wie bemerkt, eine ganz vorzügliche, was Papier, Druck, Bilder anbelangt. *F. Hahn-Bremen.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Hygiene.

Die Gesundheitsvisitationen im Heere, von BONDESEN-Kopenhagen. (*Militært Tidsskr.* XXV.) Nachdem der Verfasser nachgewiesen, wie äußerst selten venerische Krankheiten durch die schon seit Anfang des Jahrhunderts zu diesem Zwecke bestellte, regelmäßige, monatliche Visitation der Mannschaft des dänischen Heeres aufgefunden worden, schließt er mit einem Vorschlag zur Aufhebung der Gesundheitsvisitation in ihrer gegenwärtigen Form. *Ludw. Nielsen-Kopenhagen.*

Zur Frage über die Reorganisation der Aufsicht über die Prostitution in Rußland, von Dr. GRAZIANOW. (*Journ. f. Hyg., gerichtl. u. prakt. Med.* 1895. No. 11.) Die jetzt herrschende Organisation ist nach der Meinung des Autors sehr mangelhaft.

Eine Verbesserung derselben ist nur dann zu erwarten, wenn die Gemeindeverwaltungen sich unmittelbar und aktiv an derselben beteiligen werden. Die Thätigkeit der Stadt- und Landkomitees zum Ergreifen von Mafregeln gegen die Verbreitung der Lues und zur Aufsicht über die Prostitution muß unter Kontrolle der Regierung stehen, zu welchem Zwecke die Gründung einer besonderen Abteilung am Medisinaldepartement sehr wünschenswert ist, die alles, was diese wichtige Frage betrifft, verwalten sollte, und in der alle Kenntnisse über die Verbreitung der Syphilis konzentriert und erwogen werden sollten. Außerdem ist eine Verbesserung der Registration der Syphilitiker sehr wünschenswert, wobei die Syphilis zur Gruppe jener Infektionskrankheiten gerechnet werden sollte, gegen deren Verbreitung das Ergreifen von Verhütungsmafregeln obligatorisch. Da die Frage eine sehr komplizierte und wichtige ist, so können die Details derselben am besten in periodischen Ärzteversammlungen aus dem ganzen Reiche ausgearbeitet werden. *J. Grünberg - St. Petersburg.*

Das Unterbringen der Veneriker in den Krankenhäusern Petersburgs, von HERZENSTEIN. (*Russ. Zeitschr. f. Hyg. gerichtl. u. prakt. Med.* 1895. No. 10.) Auf Grund der statistischen Angaben über die Verbreitung der Syphilis in Rußland überhaupt und speziell in St. Petersburg kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die Syphilis ist in St. Petersburg unter den Männern stets stark verbreitet, wodurch der Bevölkerung nicht nur der Hauptstadt, sondern dem ganzen Reiche außerordentliche Gefahr droht, da von der Lues eine Menge Personen betroffen werden, die nur kurze Zeit in St. Petersburg bleiben, von hier in die Heimat zurückkehren und dort ihre Familien und ganze Dörfer infizieren. 2. Einen großen Prozentsatz der Erkrankungen bilden die Frühformen der Syphilis, von denen hauptsächlich Personen im blühenden Alter von 20—30 Jahren betroffen werden. 3. Diese sehr ansteckenden Formen kommen bei einer Unmenge von Personen vor, die in Artelen, möblierten Zimmern und überhaupt unter Verhältnissen leben, wo der Konnex mit anderen Personen ein sehr naher ist und die Möglichkeit der nötigen Behandlung deshalb fast ausgeschlossen ist. 4. An Syphilis leiden sehr viele Personen, die ständig und nahe mit der Gesellschaft verkehren, so die Dienstleute der Gast- und Wirtshäuser, Verkäufer von Nahrungsmitteln, Friseure etc. 5. Die klinische Hilfe für die an Syphilis und überhaupt an venerischen und Hautkrankheiten leidenden Männer ist in Petersburg eine sehr mangelhafte und steht deshalb die Notwendigkeit der Ausdehnung dieser Hilfe außer jedem Zweifel, sowohl im Interesse der Gerechtigkeit und Humanität dem Kranken gegenüber, als auch, was noch wichtiger ist, um die Möglichkeit zu haben, die Syphilitiker zu isolieren und ihre Umgebung vor der Ansteckung zu schützen.

J. Grünberg - St. Petersburg.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Histologische Studien über die epithelialen Geschwülste, von RANOV Y CAJAL. I. Teil. (*Revista trimestral micrográfica.* I. B. Heft 2 u. 3. August 1896.) Die Bindegewebssubstanz, namentlich die Bindegewebsfasern wie die zelligen Elemente derselben erfahren in diesem Teile mit Bezug auf die Tumoren epithelialen Ursprungs eingehende Besprechung. Die Einteilung und die Auffassung der faserigen Elemente des Bindegewebes ist in jeder Hinsicht die volle Bestätigung der diesbezüglichen Publikationen UNNAS. Hiernach sind zu unterscheiden: 1. Acidophile Kollagenfasern — von allen die längstbekanntesten — die den Hauptbestandteil des Stromas bilden. Bei der Färbung nach VAN GIESON erscheinen sie als gewellte, intensiv rote (bei Pikrinsäure-Indigokarmin als intensiv blaue) Stränge. Sie bilden in normalen Verhältnissen, so bei Erwachsenen wie bei Embryonen den Hauptbestandteil des Binde-

gewebes und dienen bei Neubildungen zur Grundlage für die zelligen Elemente und deren Proliferation. 2. Basophile Kollagenfasern, die von UNNA zum ersten Male so beschrieben sind, daß sie eine stärkere chemische Affinität zu basischen Anilinfarben besitzen und dieselben auch dann nicht abgeben, wenn die acidophilen Fasern durch 33%ige Tanninlösung entfärbt werden. Neben den UNNAschen Methoden ihrer Darstellung giebt Verfasser zwei neue an. Ihrer Natur nach hält er sie auch für degenerierende Kollagenfasern, da sie weder in jungem Bindegewebe noch in jüngeren Partien von Tumoren angetroffen werden; hingegen findet man sie bei älteren Individuen in zunehmender Anzahl. 3. Neutrophile Kollagenfasern, die viel dünner sind als die acidophilen, während sie von den homogenen, strukturlosen, basophilen Fasern sich durch ihren fibrillären Bau unterscheiden. Bei kombinierten Färbungen erscheinen sie in Mischfarben, die sich bald den sauren, bald wieder den basischen nähern. Man findet sie hauptsächlich an solchen Stellen, wo die Kollagenfasern zwischen massigeren Infiltraten verlaufen und nach ihrer chemischen Alteration scheinen sie mit UNNAs Kollastin und Kollacin identisch zu sein. 4. Elastische Fasern, welche sich so nach RANVIER wie nach TAENZERS Orceinmethode sehr gut färben und von ihrer Resistenz Alkalien und Säuren gegenüber schon seit langem bekannt sind. 5. Elacinfasern, wie UNNA die basophil degenerierten elastischen Fasern nennt — die sich mit basischen Anilinfarben sehr intensiv färben, ihre Resistenz aber selbst noch bei Nekrose der Umgebung nicht einbüßen.

Unter den zelligen Elementen des Bindegewebes unterscheidet Verfasser 8 Arten, die sich in konstante und nichtkonstante sondern lassen.

Zu ersteren gehören: 1. Die fixen Bindegewebszellen; 2. die WALDEYERSchen „Plasmazellen“ die er mit EHRLICHs „Mastzellen“ identifiziert. (Dieselben waren von vornherein nicht identisch; die WALDEYERSchen Plasmazellen umfaßten mehr als die EHRLICHschen Mastzellen. Neuerdings hat WALDEYER den Namen Plasmazellen als Gruppennamen aufgegeben und derselbe ist von UNNA für eine ganz andere Zellenart, CAJALS cyanophile Zellen, wieder aufgenommen worden. Man sollte daher in Zukunft nicht mehr von „WALDEYERS Plasmazellen“ sprechen, sondern nur noch von EHRLICHs Mastzellen und UNNAs Plasmazellen. Ref.) 3. Zellen mit basophilem Protoplasma von ihm „cyanophile Zellen“ genannt, die aber nach den Abbildungen und der Beschreibung mit UNNAs „Plasmazellen“ identisch sind.

Nicht konstant vorkommende Zellen sind folgende: 4. Mononukleäre Leukocyten; 5. Polynukleäre Leukocyten; 6. Zellen mit RUSSELSchen Fuchsinkörperchen; 7. Bindegewebariesenzellen; 8. Pigmentzellen.

Es folgt die eingehende Schilderung der Charaktere der einzelnen Arten. Von größter Wichtigkeit ist die Besprechung der „cyanophilen Zellen.“ Ihre Charakterisierung entspricht dem, was UNNA von den „Plasmazellen“ berichtet, doch ist von hohem Interesse Verfassers Anschauung über ihre Herkunft.

Da sie den Hauptbestandteil chronischer, entzündlicher Infiltrate bilden, haben sich schon verschiedene Ansichten über ihre Histogenese entwickelt. COHNHEIM, ZIEGLER, YERSIN, TCHISWITOWICH, METCHENIKOFF, ARNOLD u. a. plädieren für den hämatogenen Ursprung, identifizieren sie mit einkernigen Leukocyten, den sog. Lymphocyten und sprechen ihnen die Fähigkeit zu, sich in fixe Bindegewebszellen umzuwandeln.

VIRCHOW, später auch ZIEGLER, dann GRAWITZ, MARCHAND, KLEBS, NIKIFOROFF, RIEBERT, BALLANCE etc. glauben, daß sie durch Proliferation der fixen, flachen und sternförmigen Bindegewebszellen entstehen, während jüngst ZIEGLER und THOMA sich dahin äußern, daß diese sog. embryonalen Bindegewebszellen Derivate der Kapillarendothelien wären.

Diesen drei Ansichten gegenüber erklärt Verfasser folgendes: „Die embryonalen Bindegewebszellen der Neubildungen, chronischer entzündlicher Prozesse und Granulome stammen weder von fixen Bindegewebszellen noch von Leukocyten, noch von Endothelien, sondern von gewissen bindegewebigen Keimkörperchen (*corpúculos germinales*), welche in den Lymphspalten des Bindegewebes, hauptsächlich aber unter den Epithelien sowie auch Blutgefäßen entlang von bestimmtem Kaliber angehäuft sind.“ Diese bindegewebigen Keimkörperchen sollen undifferenzierte zellige Elemente sein mit welchen Verfasser die bisherigen Osteoblasten, Leukoblasten, Erythroblasten etc. auch identifiziert; das Hauptlager derselben sollen die Lymphdrüsen sein, deren zellige Elemente Verfasser zum größten Teile für solche Keimkörperchen hält, sie sollen aber auch in anderen Organen und Gewebsarten vorzufinden sein. Das Regenerationsvermögen eines Organs oder einer Gewebsart soll von ihrer relativen Menge abhängig sein. Nach der Auseinanderlegung seiner Stützpunkte erklärt er diese Frage nun von seiner Seite aus als erledigt.

Bei der Definition der Russelsohen Fuchsinkörperchen erklärt er dieselben auf Grund eingehender Untersuchungen als hypertrophische Degenerationsformen der proteinartigen Granulationen der EHRLICH'schen Mastzellen, die, nachdem sie eine gewisse Größe erreicht haben, nach dem Zerfalle der Zelle in den Blut- und Lymphstrom gelangen und in den Gewebespalten deponiert werden. Sie kommen nie in Epithelien vor und sind keineswegs Parasiten.

Neben der kurzen Besprechung der Lymphocyten und der polynukleären Leukocyten finden noch EHRLICH's Mastzellen etwas eingehendere Würdigung. Er hält sie für Bindegewebszellen, die mit sekretorischem und exkretorischem Vermögen versehen sind. (Bei der Besprechung ihrer Herkunft findet man die nicht richtige Bemerkung des Verfassers, als hätte die Entscheidung der Herkunft der Mastzellen zur Diskussion zwischen v. MARSCHALKO und UNNA geführt und MARSCHALKO in seiner Arbeit über Plasmazellen im *Arch. f. Derm. u. Syph.* UNNA gegenüber ihren hämatogenen Ursprung verteidigt, der sie für Bindegewebszellen ansieht. Dies war aber gar nicht der Gegenstand der Streitfrage zwischen den genannten Autoren, s. obige Bemerkung des Referenten).

Schließlich behandelt Verfasser die Pigmentzellen, die epitheloiden und die bindegewebigen Riesenzellen. Die Pigmentzellen hält er für Bindegewebszellen, während die epitheloiden Zellen von den cyanophilen Zellen oder von jungen Fibroblasten sich entwickeln sollen. Er sieht zwischen letztgenannten zwei Zellarten zahlreiche Übergänge. Bindegewebige Riesenzellen (LANGERHANS) wie man sie z. B. bei Tuberkulose findet, sah Verfasser nie im Stroma epithelialer Neubildungen.

E. Tauffer-Budapest.

Die Einwanderungswege der Staphylokokken in die menschliche Haut, von P. G. UNNA. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 53 u. 54.) In der, einer der Furunkelbildung gewidmeten Besprechung weist der Verfasser auf die hohe Bedeutung der Kombination von bakteriologischen Untersuchungen mit den histopathologischen hin. Erst aus der Ausnutzung aller Forschungsmethoden erhalten wir einen klaren Einblick in die Naturvorgänge, einseitige Forschungen leisten wenig. An den Eiterkokken, deren kulturelle Verhältnisse allein bisher immer gewürdigt sind ohne Rücksicht auf die Histopathologie, kann man erkennen, zu welchen Resultaten man dabei gelangen kann, konstatieren die Autoren doch auf rein bakteriologische Weise bei allen möglichen Leiden ihre Anwesenheit, so daß ihre Spezifität beinahe gefährdet erscheinen könnte. Die Schwierigkeiten werden leicht überwunden, wenn man die Kokken bei ihrer Invasion in den Organismus, beispielsweise bei der Furunkulose genauer verfolgt. Wenn hier ein Mikroorganismus konstant vorkommt, allein ver-

handen ist, den klinischen und histologischen Erscheinungen entsprechend verteilt ist und womöglich besondere strukturelle und tinktorielle Eigenschaften hat, dann ist seine Spezifität sicher festzustellen. Wo sich verschiedene Bakterien finden, wird die Sache schwieriger, ist aber nicht zu schwierig, wie am Streptococcus des Ulcus molle ersichtlich ist.

Der Verfasser geht nun daran den Angriff des Staphylococcus aureus und albus auf die menschliche Haut zu erläutern. Man kann abgrenzen die Eiterinfektion auf nackter, d. h. nur mit Lanugo besetzter Haut und diejenige auf behaarter Haut. Jene bewirkt die staphylogene Impetigo, Follikulitis, die Furunkel bei Neugeborenen und Marantischen, manche kryptogenen Furunkel, die umschriebenen Hautabscesse und das Panaritium. In behaarter Gegend entstehen Impetigo der Haarbalgtrichter, Furunkel und die staphylogene Sykosis. Diese Formen sind härter, gespannter, entzündlicher, mehr furunkulös als abscessähnlich. Histologisch ist die Grenze keine so scharfe.

Der Vortragende geht nun auf eine genauere Schilderung der histologischen Befunde bei den genannten Leiden ein, die ich für Leser dieser Zeitschrift, die ja wohl alle die Histopathologie des Verfassers kennen, nicht ausführlich wiedergeben will. Nur die Schlusssätze der Arbeit füge ich hier an:

1. Wo bei einer Infektionskrankheit für die betreffenden Mikroparasiten geeignete Impftiere, scharfe kulturelle und tinktorielle Merkmale fehlen und wo eine Anzahl verwandter und ähnlicher Mikroorganismen existieren, ist auf die genaue histologische Verfolgung der Infektionswege in den einzelnen Organen ein besonderer Wert zu legen.

2. Ausgenommen die bekannten staphylogenen Erkrankungen der Haut (Impetigo, Follikulitis, Sykosis staphylogenes, Furunkel, Panaritium, Hautabscess, umschriebene Phlegmone), ist eine Ubiquität der echten eitererregenden Staphylokokken auf der gesunden und erkrankten Haut nicht so sicher bewiesen, daß dadurch die Spezifität derselben in Frage gestellt würde.

3. Die Epithelien der Stachelschicht zeigen unter dem Einfluß des Staphylokokkeneinbruchs keine Zeichen von Degeneration oder parenchymatöser Entzündung.

4. Die von den Staphylokokken chemotaktisch angezogenen Leukocyten sterben in der Nähe ersterer ab, ohne dieselben in sich aufzunehmen.

5. Wo in das lebendige Hautgewebe Staphylokokken eingedrungen sind, finden wir sie von einem Leukocytenwall umgeben. Kokken, die daselbst nicht leukotaktisch wirksam sind, dürfen nicht ohne weiteres als echte Staphylokokken betrachtet werden. In der normalen (abgestorbenen, trockenen) Hornschicht können die Staphylokokken längere Zeit symptomlos (leukotaktisch unwirksam) vegetieren.

6. Die Haarspalte zwischen Haar und Stachelschicht des Haarbalges, bietet am unverletzten Follikel den Staphylokokken ebenso leicht eine Stätte ihrer Wirksamkeit dar, wie ein Einriß der Hornschicht an der Oberfläche der Haut.

7. Ein annähernd vertikal gerichteter Kokkenhohlzylinder ist das Wahrzeichen des Durchgangs der Staphylokokken durch die Haarspalte.

8. Bei tiefer Vereiterung starker Haarbälge hat man es histologisch häufig nur mit einer an die Impetigo des Haarbalges sich anschließenden, eiterigen Perifollikulitis zu thun.

9. Hautabscesse und Furunkel sind in extremer Ausbildung anscheinend unvergleichbare Prozesse (Abscesse der Neugeborenen — Haarbalgfurunkel der Erwachsenen). In Wirklichkeit sind sie jedoch durch Übergänge miteinander verbunden und gewinnen ihr verschiedenes Aussehen hauptsächlich durch accessorische Umstände (Alter des Individuums, Topographie — erschwerte Kolliquation, vermehrte Spannung).

Auch der Furunkel ist ein Konglomerat von elementaren, im Zentrum kokkenhaltigen Hautabscessen.

10. Wo um einen Staphylokokkeneinbruch sich in der Haut rasch und leicht ein dichter Leukocytenwall ausbilden kann (Impetigo, Hautabscess) trägt der Prozess nur den Charakter einer einfachen Leukotaxis, wo die Bildung des Leukocytenwalles auf Schwierigkeiten stößt (Furunkel, tiefgreifende Sykosis), bilden sich die vier klinischen Kardinalsymptome der Entzündung aus.

11. Die Knäueldrüsen bilden nicht die Eingangsporte der Staphylokokken und die tiefe Lagerung der Abscesse der Neugeborenen läßt sich nicht darauf zurückführen, daß Knäueldrüsen den Ausgangspunkt der Eiterung bildeten. Dieselben verhalten sich bei dem Prozess vielmehr ganz passiv und werden erst sekundär in die Abscesse einbezogen.

12. Auch bei starker Vereiterung des subkutanen Gewebes und dichter Durchsetzung desselben mit Staphylokokken (Abscesse der Neugeborenen) sind die sekundär von der Eiterung ergriffenen Knäueldrüsen kokkenfrei, scheinen also wenig geeignet, eine sekretorische Ausscheidung der Staphylokokken aus dem Körper zu bewirken

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes Exanthem, von P. G. UNNA. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 56.) In der oben referierten Arbeit zeigte Verfasser, wie die pathologischen Vorgänge beim Eindringen der Staphylokokken in die Haut von außen durch Läsionen oder die Haarfollikel bereits vollkommen geklärt sind. In der vorliegenden beschäftigt er sich mit den Vorgängen beim Eindringen derselben Mikroben in die Haut auf dem Wege der Blutbahn, also von innen, wie man es bei septischen und pyämischen Krankheitszuständen findet. Bisher ist nur ein Fall untersucht und seiner Zeit von DEUTSCH als Dissertation (*Zur Lehre von der kryptogenen Sepsis*) publiziert, auch in des Verfassers *Histopathologie* besprochen. Der Befund ist hier total verschieden von der staphylogenen Impetigo. Die Hornschicht ist hier total frei von Kokken, die nur bis zur Stachelnschicht vorgedrungen sind und den ganzen Blasenboden durchsetzen, die zentral gelegenen Papillen durchsetzen, die Blutgefäße der Pustelbasis erfüllen. Das Exsudat ist hier primär serös und enthält degenerierte Epithelien, bei der Impetigo aber ist es rein eiterig. Die Pustulosis ähnelt hierin schon der Pockenefflorescenz, noch mehr aber, durch die Degeneration, der Stachelnschicht. Die Umgebung zeigt ein Zellödem. Die Papillen sind nur mechanisch gedrückt, wie bei der Impetigo, zum Teil aber auch nekrotisch. Die Blutgefäße sind bei der Pustulosis maximal erweitert, von Leukocyten umgeben. Die Impetigo ist eine akute, primäre Leukotaxis, die Pustulosis zeigt das Bild einer intensiven Gewebeschädigung mit sekundärer Leukocytenansammlung. Der ganze Befund erinnert an die Phlyktänosis durch Streptokokken. Jedenfalls sind die Unterschiede zwischen Pustulosis und Impetigo sehr prägnant, ohne daß man aus diesem einzelnen Befund endgültige Schlüsse ziehen dürfte.

Jüngst hat MEIER einen ähnlichen Fall im *Arch. f. klin. Chir.* Bd. 52. Heft 1 publiziert, der noch reiner ist, die Gefäßdilatation und Papillennekrose nicht zeigt, wohl aber ein von Staphylokokken infarciertes Blutgefäß, umgeben von einem Leukocytenwall, aufweist. Einen ähnlichen Fall hat EUGEN FRÄNKEL gesehen. Aus all diesen Befunden geht hervor, daß es sich beim Eindringen der Staphylokokken von innen her um einen Kokkenthrombus in den Papillargefäßen mit Leukocytenansammlung handelt, der sekundären Zerfall und Vereiterung der Stachelnschicht mit Blasenbildung bewirkt. Es ist also hier primär die Staphylokokkenwirkung auch aus,

wie bei der Impetigo, eine Leukotaxis. Nur die Ausbreitung der Kokken, die Beteiligung der tieferen Hautschichten, bedingt die Differenzen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pharmakologie.

Über Schwefel und Schwefelbäder, von HUGO SCHULZ. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 36.) Der für die Dermatologie so wichtige Schwefel ist von dem Verfasser in letzter Zeit einem genaueren Studium gewürdigt worden, aus dem hoffentlich der Praxis Nutzen erwachsen wird. In dem vorliegenden, auf dem 17. Balneologenkongress gehaltenen Vortrage führt derselbe etwa folgendes aus: Schwefel ist ein regelmäßiger Bestandteil des Eiweiss. Kein Leben ohne Schwefel. Die Wichtigkeit des letzteren beruht vielleicht darauf, daß der Schwefel an der Luft sich sehr leicht mit Sauerstoff verbindet, aber auch an leicht oxydierbares, organisches Material sehr leicht abgibt. Wenn Schwefel sich mit dem Wasserstoff des Wassers zu Schwefelwasserstoff verbindet, wird Sauerstoff frei, der in statu nascendi natürlich besonders wirksam ist. Der Schwefel spielt im Blute eine ähnliche Rolle, wie das Eisen, bei der Übermittlung des Sauerstoffes aus dem Blute an die Gewebe. Störungen in der Schwefelbilanz müssen Störungen des Stoffwechsels bedingen. Die arzneiliche Bedeutung des Schwefels müssen wir feststellen an der Hand der praktischen Erfahrung und des Experimentes, welches letztere, wie Verfasser zu motivieren sucht, an gesunden Menschen angeführt werden muß. Verfasser hat seine Schüler zu Versuchen an eigenem Körper veranlaßt und nach Schwefeleinnahme eine Reihe von Veränderungen an fast allen Organen beobachtet, über die er in einer besonderen Schrift berichtet. Auffallenderweise ähneln die Erscheinungen denjenigen, welche bisher Objekt der Schwefelbehandlung waren. Der Verfasser wendet sich dann zu einer Betrachtung der Bedeutung der Schwefelquellen, deren Wirksamkeit nicht bezweifelt werden kann. Der wirksame Bestandteil ist Schwefelwasserstoff, der bei seinem leichten Zerfall in seiner Wirkung mit dem Schwefel identifiziert werden kann. Die Brunnen enthalten Schwefel:

Nenndorf	hat 1,0 Schwefel in	28 Litern
Gurnigl	„ 1,0 „ „	69 „
Weilbach	„ 1,0 „ „	140 „
Aachen	„ 1,0 „ „	222 „
Alvaneu	„ 1,0 „ „	794 „
Quirinusquelle	„ 1,0 „ „	1042 „

Diese Mengen sind nicht zu klein, das lehren die obengenannten Versuche der Schüler, die mit einer Schwefeltinktur angestellt wurden, die 0,085% Schwefel enthielt, doch aber bemerkenswerte Erscheinungen machte. Es wurden von dem einzelnen nur 0,196 in vier Wochen genommen, entsprechend etwa einer täglichen Zufuhr von 300,0 Nenndorfer durch drei Wochen hindurch. Es decken sich nach dem Verfasser bei dem Studium der Schwefelquellen in Bezug auf ihre Bedeutung praktische Erfahrung und theoretischer Versuch.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Verwendung großer ungestielter Hautlappen, von F. KRAUSE. (*Centralbl. f. Chirurg.* 1896. No. 12.) KRAUSE verwahrt sich gegen Vorwürfe HIRSCHBERGS, die dieser ihm betreffs seiner Methode der Transplantation gemacht hat.

F. Hahn-Bremen.

Einige Betrachtungen über die Einverleibung des Arsens, von VINAY. (*Lyon méd.* 1896. No. 15.) Die verschiedenen Nachteile, welche mit der subkutanen

und innerlichen Darreichung des Arseniks verbunden sind, haben VINAY veranlaßt, dasselbe per rectum zu geben. Er verwendet eine Lösung von 4,0 Solutio Fowleri in 56,0 destillierten Wassers, wovon 5,0 pro dosi (mittels des CONDAMINSCHEN Rektalkatheters) 2—3 Mal täglich injiziert werden. VINAY ist mit seiner Methode sehr zufrieden und hat niemals Intoleranzerscheinungen von seiten des Darms beobachtet.

C. Müller-Wallisellen.

Kantheriden-Tinktur und Albuminurie, von CAZAL. (Nach *Ann. des mal. des org. gén.-ur.* 1896. No. 6.) Verfasser empfiehlt lebhaft nach dem Vorgange von LANCEREAU die Anwendung der Kantheriden-Tinktur bei akuter Nephritis. Er hat das Medikament wohl öfter benützt, will aber hauptsächlich auf fünf Fälle aufmerksam machen, welche damit im Spitale behandelt worden sind. Vier Mal wurde in überraschend kurzer Zeit Heilung erzielt, im fünften Falle ward bloß beträchtliche Besserung, aber nicht Heilung gewonnen. Bei den drei ersten Fällen war die Ursache der akuten Nephritis dunkel, vielleicht ging Erkältung voraus, in einem Falle hatte vorher Pneumonie bestanden, die mit kaltem Wasser behandelt worden war.

Zwei Beobachtungen betrafen Fälle von Scharlach-Nephritis. Die Dosis der Tinktur betrage anfangs vier Tropfen, allmählich wird sie gesteigert, etwa um zwei Tropfen täglich, nötigenfalls bis zu 24 Tropfen.

Neuhaus-München.

Über Unguentum Caseini, eine neue Salbengrundlage von GOLINER. (*Medica* 13. Mai 1896.) Der Verfasser fand die Anwendung des Unguentum caseini sehr probat zur Stillung des Juckreizes, bei oberflächlichen Erosionen und Rhagaden, wie man sie bei Hyperhidrosis pedum et manuum findet. Bei Ulcus molle wandte er eine 10% Jodoformkaseinsalbe, bei Seborrhoea genitalium eine 5% Borkaseinsalbe mit Erfolg an. Im ganzen hält Verfasser die kurativen und kosmetischen Wirkungen des Unguentum caseini für sehr bedeutend.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Kokainintoxikation von den Harnwegen aus, von M. WERNIC. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 12.) Ein von NITZE beobachteter Fall lehrt, wie heimtückisch das Kokain wirken und wie es in kleinen Mengen die schwersten Vergiftungserscheinungen auslösen kann. Einem kräftigen Manne war behufs cystoskopischer Untersuchung und Operation eine Lösung von Kokain wiederholt ohne Nebenwirkungen in Blase und Urethra injiziert. Als die Injektion behufs galvanokaustischer Ätzung des Restes eines entfernten Tumors wieder ausgeführt wurde, stellten sich plötzlich Kopfschmerzen, Schwindel, Bewusstlosigkeit und heftige klonische und tonische Krämpfe ein. Dabei wurde die Respiration unregelmäßig, zeigte CHEYNE STOKESSCHEN Typus, der Konjunktivalreflex war erloschen, die Pupillen waren erweitert, das Gesicht cyanotisch. Unter künstlicher, $\frac{3}{4}$ Stunde fortgesetzter Respiration gelang es den Patienten zu erhalten, das Bewusstsein kehrte zum Teil nach $3\frac{1}{2}$ Stunden, ganz erst nach 7 Stunden wieder. Eine nach einer Woche wieder eingeleitete Kokainanästhesie mit einer Lösung 1:30 wurde gut vertragen. Ähnlich, wenn auch nicht so anhaltend war die Intoxikation bei einem 80 Jahre alten Herrn nach Kokaininjektion in die Blase.

Verfasser geht dann näher auf die Resorptionsfähigkeit der Blase und die die Intoxikationen begünstigenden Faktoren ein. Hervorheben will ich nur den Vorschlag von GAUCHIER bei subkutaner Injektion Nitroglycerin zuzusetzen, nach der Formel:

Cocain. muriat. (MERK)	0,2
Aq. dest.	10,0
Sol. Nitroglycerin (1%) gttss.	X.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Vergiftung durch Injektion von Kokainlösung in die Urethra, von E. PRISTER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Der Verfasser berichtet über einen von einem anderen Arzt in Ägypten behandelten Offizier, dem behufs Katheterismus eine Spritze einer 20% Kokainlösung in die Urethra injiziert war und der kurz darauf fast blitzartig verschied. Wenn auch die Grösse der Spritze unbekannt blieb, ist es doch zweifellos, dass die Maximaldosis hier um das vielfache überschritten worden ist und ein verhängnisvoller Kunstfehler vorliegt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Eukain in der dermatologisch-urologischen Praxis. von GÖRL. (*Therap. Monatsh.* 1896. No. 7.) GÖRL empfiehlt zur Blasenanästhesierung eine $\frac{1}{2}$ % Lösung von Eucainum hydrochloricum, welches keine so unangenehme Nachwirkungen wie das Kokain haben soll und wesentlich billiger ist. Die gleiche Lösung genügt, um in einer Menge von 7–8 ccm in die Harnröhre injiziert, völlige Empfindungslosigkeit zu erzielen. Da das Eukain aber reizende Eigenschaften besitzt, so soll man es bei entzündlichen Prozessen und Blutungen nicht anwenden, in solchen Fällen ist vielmehr Kokain am Platze.

L. Hoffmann-Berlin.

Weitere mit Europhenbehandlung gemachte Erfahrungen, von GYER. (*Allg. Med. Central-Ztg.* 1896. No. 63.) Die Erfolge der Europhenbehandlung sind auf der Krankenabteilung von EICHHOFF in Elberfeld nach wie vor sehr günstige. Es wird das Europhen fast nur in Pulverform angewendet. Große Ulcera mollia, selbst solche gangränösen Charakters reinigten sich unter Europhen und heilten schnell, ebenso Primäraffekte, gummöse Geschwüre, exulcerierte Papeln und auch Skrophulodermata. Die günstige Reaktion der letzteren auf Europhen soll zeigen, dass auch in Bezug auf die antituberkulöse Wirkung das Europhen dem Jodoform nicht nachsteht. Sehr günstig sind auch die Erfolge bei Ulcera cruris. Nebenwirkungen, Idiosynkrasien gegen Europhen sind nicht beobachtet. (Wenn Verfasser meint, dass in der ganzen Litteratur solche nicht mitgeteilt sind, so ist das nicht richtig. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Akuter Jodismus, von HAMPEL. (*Therap. Monatsh.* April 1896.) Nach dem ersten Löffel einer Jodkaliumlösung (6:180) traten bei einer älteren Dame heftige Jodintoxikationserscheinungen auf, Stirnschmerz, Appressionsgefühl, Ödem der Augenlider, Conjunctivitis, Schlaflosigkeit etc. Alles schwand nach Aussetzen des Jods. (Solche Fälle sind sehr häufig. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Jod, von TOPP. (*Therap. Monatsh.* Juli 1896.) Nach einmaliger Jodeinpinselung des kontusionierten Handgelenks erkrankte der Patient an einer starken bullösen Dermatitis mit allgemeinen Intoxikationssymptomen: Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Brechreiz, Dyspnoe. Im Urin liess sich Jod nachweisen.

F. Hahn-Bremen.

Über die Jodverbindungen der Schilddrüse, von E. BAUMANN. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 17.) Diesem lebhaft polemisch gehaltenen Artikel sei folgendes entnommen: Das Thyrojodin, die wirksame Substanz der Schilddrüse sei in derselben zum kleinsten Teil in freiem Zustande enthalten, zum grösseren Teil sei es an zwei Eiweiskörper gebunden, welche leicht von einander getrennt werden können. Durch Behandlung mit Säuren, Alkalien oder durch künstliche Verdauung werde aus den eiweisshaltigen Substanzen das Thyrojodin abgespalten.

Durch Behandlung mit verdünnter Salzlösung werde den Schilddrüsen die jodhaltige Substanz allmählich völlig entzogen. In dem Masse als letztere in Lösung gehe, nehme die Wirksamkeit der Drüsensubstanz ab. Aus der Lösung werde nach

Ansäuern mit Essigsäure beim Kochen ein reichliches Eiweißcoagulum abgeschieden, welches alles Jod und die ganze wirksame Substanz der Schilddrüse enthalte. Die aus der Salzlösung abgeschiedenen Eiweißkörper seien von den Elberfelder Farbwerken mit Vorteil zur Gewinnung des Thyrojdins verwendet worden.

Die gegensätzlichen Angaben von S. FRÄNKEL, als ob die oben bezeichneten Eiweißniederschläge, sowohl bei Menschen als bei Tieren unwirksam seien, bezeichnet BAUMANN als unrichtig. Ferner weist er FRÄNKELS Behauptung zurück, daß die Filtrate der Eiweißfällung die wirksame Substanz der Schilddrüse enthielten (das Thyro-antitoxin). Nur wenn die Abscheidung der Eiweißkörper unvollständig bewirkt werde, enthielten diese Filtrate einen Teil des Thyrojdins und zeigen dann eine geringe Wirksamkeit. Verfahre man streng nach ROOS und BAUMANN, sei das Filtrat jodfrei und unwirksam.

Bei der Verarbeitung der Eiweißniederschläge, sowohl als der Drüsen selbst sei zu bemerken, daß ein Teil des Thyrojdins in Lösung bleibe, da die Löslichkeitsverhältnisse des Thyrojdins durch die Gegenwart anderer Substanzen stark beeinflusst werden, so sei nicht sofort klar, ob hier unverändertes Thyrojodin oder ein Derivat desselben oder eine andere jodhaltige Verbindung vorliege. Jedenfalls sei auch dieses lösliche Thyrojodin seinem Jodgehalte entsprechend ebenso wirksam, als das im Wasser fast unlösliche Thyrojodin.

Neuhaus-München.

Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Loretins und seiner Präparate, von MEYERSTRASSE. (*Berl. thierärztl. Wochenschr.* 1896. No. 13.) Auf Grund der an Pferden und Hunden gemachten Erfahrungen rühmt M. die desinfizierende, austrocknende und sekretionsbeschränkende Wirkung des Loretins, ferner seine desodorierende Kraft und Ungiftigkeit. Er verwandte Lösungen, Salben, Streupulver rein oder gemischt, Gazen bei Wunden, Quetschungen, Ekzemen, Geschwüren, Verbrennungen etc. mit gutem Erfolge.

A. Strauß-Barmen.

Über die therapeutische Anwendung des Loretins, von L. DEJACK. (*Le Scalpel.* 1896. pag. 212.) Loretin, eine organische Verbindung des Jods, ein gelb-farbenes, sehr feines, etwas seifenartiges, geruchloses Pulver, ist ungiftig und reizt die Haut nicht. Ein Hund kann täglich 10 g einnehmen ohne nachteilige Folgen. Es widersteht hohen Wärmegraden (180° C.); daher kann Loretinaze im Trockenschrank sterilisiert werden, ohne Zersetzung zu erleiden. Bei frischen Wunden wird es wie Jodoform gebraucht; es bewirkt eine tadellose Asepsis, angeblich dadurch, daß es unter dem in den organischen Flüssigkeiten enthaltenen Chlornatrium loretinsaures Natron bildet. Bei infizierten Wunden und Brandwunden wurde es ohne Reizwirkung mit gutem Erfolge angewandt. Zugleich wirkte es schmerzstillend. Empfohlen wird besonders folgende Mischung: Loretini 90,0, Ol. oliv. sterilis. 60,0. Loretin zeichnet sich durch seine Billigkeit aus und kann als Loretinaze, in Pulvermischung, in Salben-, Pastenform und Trockenfirnissen verwandt werden.

A. Strauß-Barmen.

Berichtigung.

Seite 449, Zeile 14 von oben ist statt *exiciert* zu lesen: „*incidiert*“, wie unsere Leser wohl schon selbst herausgefunden haben werden.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

N^o. 11.

1. Dezember 1896.

Syphilis und Soolbäder.

Vortrag

gehalten auf der 68. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte
zu Frankfurt a. M. 1896.

Von

Dr. E. VOLLMER,
Badearzt zu Bad Kreuznach.

Wenn hier einiges über die therapeutischen Beziehungen zwischen Syphilis und Soolbädern vorgebracht werden soll, so werden Sie, meine Herren, von vorneherein wissen, daß es sich nicht etwa um den Versuch handeln kann, die einzigen Specifica, das Quecksilber und das Jod, von ihrer Stelle zu verdrängen. Aber wie ROSENTHAL auf dem internationalen Dermatologenkongress zu London diesen Sommer mit Recht hervorgehoben hat, daß die Heißwasserbehandlung bei der Syphiliskur die Hg-Wirkung unterstützt, so soll hier noch einmal nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht werden, daß neben den Specificis auch den warmen Kochsalzbädern und bei diesen nicht der Wärme allein, sondern auch dem Kochsalze selbst ein Einfluß auf die Lues und eine Verwertbarkeit in der Therapie dieser Krankheit nicht gut abgesprochen werden kann.

Eine Reihe von Beobachtungen, und nicht etwa nur solche von Badeärzten, sondern von ganz unabhängig an diese Frage herantretenden Kollegen, legen dem Chlornatrium eine Bedeutung bei, die es als einen für den Heilplan eines Luetikers nicht zu vernachlässigenden Faktor erscheinen läßt. Dem wissenschaftlichen Dermatologen sind ja die Arbeiten über den Einfluß der warmen Sool- und Süßwasserbäder auf den Stoffwechsel des Gesunden bekannt. Es mag Ihnen aber hier eine Arbeit von KELLER aus dem *Correspondenzbl. f. Schweiz. Ärzte* (1891) über den Einfluß des Chlornatriums auf den normalen Stoffwechsel ins Gedächtnis zurückgerufen werden. Der Autor experimentierte an sich selbst und zwar mit 3- und 6%igen Soolbädern und zur Kontrolle mit Süßwasserbädern, alle bei 35° C. Temperatur und 30 Minuten Dauer. Nahrungsaufnahme, Körper-

bewegung — alles wurde genau reguliert und die Resultate ergaben: 1. das 3%ige Soolbad wirkt deutlich diuretisch — das Süßwasserbad das Gegenteil; 2. das Soolbad bewirkt eine Vermehrung der Chloride im Harn — das Süßwasserbad eine Verminderung; 3. das Soolbad eine Verminderung der Phosphorsäure — das Süßwasserbad eine Vermehrung.

Geben diese Resultate eine Anschauung von dem Einfluß der Soolbäder auf den Gesunden, so wirkt die unter Prof. MANSUROFF in Moskau angefertigte Arbeit „Über den Einfluß der gesalzenen Nahrung auf die Ausscheidung des Merkurs im Harn“ von Dr. PAWLOFF darauf hin, in welcher Weise das Chlornatrium auf den in Behandlung stehenden Luetiker wirken kann. Gesteigerter Salzgehalt in der Nahrung bewirkte stärkere Quecksilberausscheidungen, wie überhaupt größere Harnentleerungen. Auch SCHWIMMER plädiert in seinen „Grundlinien der heutigen Syphilistherapie“, weil das Kochsalz vermöge seiner physiologischen Eigenschaften die Oxydation des Eiweißes steigert und die Harnstoffmenge vermehrt, für die Kochsalzthermen als wertvolle Unterstützungsmittel der Syphilisbehandlung.

Die durch das Chlornatrium im Soolbade bewirkte größere Intensität der Stickstoffmetamorphose fällt also zusammen mit einer größeren ausgeschiedenen Menge von Quecksilber bei Luetikern, die während der Quecksilberkur in der Nahrung mehr Salz zu sich nehmen. Sie wissen nun, meine Herren, daß in unseren Soolbädern nicht nur in Salzlösungen gebadet wird, sondern auch die natürlichen Salzquellen getrunken werden, und Sie erraten also leicht, in welcher Weise die Soolbäder für den Luetiker von Vorteil sind. Ob also in den Soolbädern durch die Haut Kochsalz resorbiert wird oder nicht — eine Frage, deren Beantwortung auch noch Kontroversen unterliegt, — bei der in den modernen Soolbädern vereinigten Trink- und Badekur gelangt jedenfalls mehr Chlornatrium in den Kreislauf, das in der von PAWLOFF angegebenen Weise wirken kann. Mit der quantitativ verstärkten Ausscheidung des Harns ist ein Weg zur schnelleren Ausgabe des bei der Syphiliskur verwendeten Quecksilbers gegeben. Das wäre der erste Vorteil einer in einem Soolbade inszenierten Quecksilberkur. Die direkte Folge dieser Wirkung der Soolbäder ist aber die, logischerweise, daß nun in einem Soolbade Patienten, deren schwächliche Konstitution eine energische Applikation der grauen Salbe kontraindiziert, sich im Soolbade dieser Kur eher unterwerfen können, und daß man hier mit den zu verwendenden Dosen höher gehen kann als zu Hause. Diese Thatsache ist mir durch einige Krankengeschichten klar geworden, deren ausführliche Mitteilung ich an anderer Stelle geben werde. Man sage nicht, daß derselbe Effekt der schnelleren Quecksilberausscheidung durch starke Dampfbäder zu erzielen sei. Man wende nicht ein, daß derselbe auch

durch alle Arten von Schwitzkuren erreicht werden könne. Einigermassen schwächliche Personen sind für Dampfbäderbehandlung und andere energische Schwitzkuren durchaus nicht geeignet, während Soolbäder, selbst mit starken Zusätzen von Mutterlaugen, gut vertragen werden und die Patienten stärken, statt ihnen Kraft zu entziehen. Diese, die ganze Konstitution des oft blassen und heruntergekommenen Syphilitikers stärkende Wirkung der Soolbäder geben ihnen auch den Vorzug vor anderen Methoden, starke Sekretionen zu erzeugen. Soolbäder sind unserer Ansicht nach für den Luetiker zuträglicher — natürlich bei gleichzeitiger Anwendung von Hydrargyrumkuren — als die HUTTENSCHE Guajakabkochungen, die in England gebräuchlichen Abführthees oder das ZITTMANNSCHE Dekokt. Und wenn LEWIN, um Schweisssekretionen zu erzeugen, bei Syphilitikern Pilokarpin in Gaben von 0,015 bis 0,02 alle zwei Tage durch Wochen hindurch injiziert hat, so glauben wir mit größerem Rechte auf die warmen Soolbäder und den innerlichen Gebrauch unserer natürlichen Soolquellen als Heilfaktoren für die Lues hinweisen zu dürfen.

Aber nicht nur aus diesen Betrachtungen soll hier den Soolbädern bei der Syphilistherapie das Wort geredet werden. Wenn ja die Lues eine konstitutionelle Krankheit ist und sich auch wahrscheinlich ähnliche Veränderungen im sekundären Stadium wie auf der Haut auch in den inneren Organen, ähnliche Plaques wie auf der Schleimhaut des Mundes, auf der des Intestinaltractus vorfinden liessen, wenn die Lage dieser Organe nicht die Inspektion unmöglich machte — so manifestiert sich die Lues doch, im sekundären Stadium besonders, hauptsächlich auf Haut und Schleimhaut, soweit diese sichtbar ist.

Welcher Art die Syphiliserreger sind, wissen wir ja trotz VAN NIESSEN noch nicht, jedenfalls aber sind auch die Roseolaflecken und die Kondylole Depôts des Giftes, das bei einer Inunktionskur durch Einreibung des Gegengiftes paralytisch wird, das aber beim Baden in Soolbädern, wenn nicht in seiner Wesenheit selbst, so in seinen gewiss auch schädlichen Stoffwechselprodukten zum Austritt aus dem Organismus veranlasst wird. Wir stellen uns die Einwirkung starker Kochsalzbäder auf die Haut als eine physikalisch-chemische Aktion vor und glauben, dass, wie bei osmotischen Versuchen mit Salzlösungen von verschiedenem Gehalte das Wasser aus der schwächeren Lösung in die stärkere strömt, so auch beim Baden in Soole ein zentrifugaler Sekretionsstrom stattfindet. Dieser aber ist geeignet, schädliche Substanzen aller Art aus dem Organe zu entfernen, und somit ist im Soolbade auch dieser Weg für die Eliminierung des Syphilisgiftes offen. Wir sehen bei dieser Erklärung der von uns oft beobachteten Thatsache, dass starke Roseolaflecken nach wenigen Soolbädern erheblich und schnell ab-

blafsten und dafs breite Kondylome schnell heilten, nicht von den vitalen Vorgängen der zelligen Elemente der Haut ab; es mag eine Regeneration vom Rete Malpighi aus stattfinden; es mögen die Schweifsdrüsen lebhafter secernieren, die glatten Muskeln sich anspannen und reflektorische Einflüsse durch die Nervenendigungen ausgelöst werden, die zur Kontraktur der dilatirten Gefäße der Roseolaflecken führen — aber der letzte Grund aller dieser Vorgänge, meinen wir, beruht auf dem durch die starke Kochsalzlösung im Bade auf die Gesamtheit der Haut ausgeübten Reize, der ein physikalischer ist. Wie bei einer Luftverdünnung das Blut aus den Gefäßen schieft, so überwindet auch im Salzbad der physikalische Zwang die vitalen Kräfte des Zellverbandes der Gesamthaut. So wird also der Körper des Luetikers im Soolbade von Syphilisstoffen, die mit dem aus den schwächer chlornatriumhaltigen Gewebssäften in die starke Soole überdifferierenden Wasser ausgeschieden werden, entlastet. Sollte nun in die Gewebssäfte der Haut noch Chlornatrium eindringen, so ist dies eben in der Weise wirksam, wie das durch die Nahrung aufgenommene, und befördert die Quecksilberausscheidung im Harn. Jedenfalls aber imbibiert sich die Haut in ihren oberen Schichten mit Kochsalz, und der sicher vorhandene, grössere Widerstand des Organismus gegen hohe Quecksilberdosen mag auch darauf beruhen, dafs sich der Überschufs von Chlor mit Quecksilber zu Kalomel verbindet, der auch gegen Syphilis energisch wirksamen, aber den Patienten viel zuträglicheren Quecksilberverbindung.

Endlich möchte sich noch aus folgender Überlegung für Luetiker im sekundären Stadium ein Aufenthalt in Soolbädern empfehlen lassen. Seit langem ist der günstige Einflufs der Soolbäder auf Drüsenhypertrophien, vor allem auf tuberkulöse Lymphome bekannt, und zu Dutzenden sieht man jugendliche, mit Drüsenpacketen versehene Patienten, vor allem in Kreuznach, mit Erfolg Brunnen trinken und Soolbäder gebrauchen. Fehlt uns vorläufig die wissenschaftliche Erklärung für diese sicher konstatierte Thatsache, so mufs doch auf irgend eine Weise, sei es durch Änderung der Blutzusammensetzung oder wie immer, das in den Drüsen aufgespeicherte infektiöse Material wieder in Fluß gebracht und entfernt werden. Eine spezifische Einwirkung der Soolbäder auf die Organe der Lymphgefäße steht also fest. Die Lymphdrüsen sind aber auch Dépôts für das Syphilisgift. Es dürfte sich also zur Mobilmachung der deponierten Syphilisstoffe eine Soolbäderkur recht eignen und somit empfehlen, Luetiker mit starker Polyadenitis in Soolbäder zu schicken.

Das sind die drei Hauptpunkte, die wohl für eine Behandlung der Syphilitiker in Soolbädern in den Vordergrund gerückt werden können. Es sind dies zum Teil nur theoretische Überlegungen.

aber die nutzbringende Verwendung von Soolbädern während einer Inunktionskur dürfte doch aus ihnen hervorleuchten. Auch auf unbemittelte Patienten, die nicht in die bekannten Soolbäder geschickt werden können, könnte diese Therapie dadurch ausgedehnt werden, daß man dieselben in Hospitälern und Kliniken in Salzbädern, die mit Zusatz von Viehsalz zu den Wannebädern oder aus Zusätzen von Kreuznacher Mutterlaugen hergerichtet sind, badete. Es kommen also, noch einmal zusammenfassend, hauptsächlich für Soolbäder in Betracht:

1. schwächliche Patienten, die nicht viel Quecksilber vertragen;
2. solche mit starker Roseolaeruption;
3. solche mit markanter Polyadenitis.

Morbus Basedowii und totale Alopecie.

Vortrag, gehalten auf der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte
in Frankfurt a. M. 21.—26. September 1896.

Von

Dr. med. C. BERLINER in Aachen.

Es hat sich in den letzten Jahren vielfach das Bestreben geltend gemacht, den neurotischen Ursprung der Alopecia areata gänzlich zu leugnen. Namhafte Autoren, die Jahre hindurch eine vermittelnde Stellung in der Alopecie-Frage eingenommen hatten, indem sie eine Alopecia areata neurotica oder trophoneurotica und parasitaria unterschieden, sind in der neuesten Zeit sans phrase Anhänger der Annahme eines rein contagiösen Charakters der Affektion geworden. Sind denn die Thatsachen, meine Herren, genügend und zwingen sie uns durch ihre Beweiskraft einen derartig einseitigen Standpunkt einzunehmen? Wenn wir die Litteratur der letzten fünf Jahre einer kurzen Durchsicht unterziehen, so begegnen wir folgenden für die parasitäre Theorie bemerkenswerten Argumenten: 1. Die Alopecia areata tritt zuweilen in Familien, Instituten, Schulen und Kasernen epidemisch auf. FEULARD¹ beispielsweise berichtet auf dem II. internationalen Dermatologenkongress in Wien über die erschreckende Zunahme der Peladeerkrankungen und über einzelne Epidemien derselben im französischen Heere. Innerhalb von 8 Wochen wurden in einer einzigen Kompagnie des 84. Regiments von 118 Mann 44 von der Pelade ergriffen. Im Militärbezirk von Paris

kommen auf 1000 Mann nahezu 11 Peladeerkrankungen. Seit 10 Jahren hat die Affektion namentlich in den größeren Städten Frankreichs stetig zugenommen.

J. T. BOWEN³ beschreibt eine Epidemie von Alopecia areata in einem Mädchenwaisenhaus zu Boston. Von 69 Kindern wurden 63 mehr oder weniger stark von der Krankheit befallen. Die erste Patientin, ein 11jähriges Mädchen, zeigte auf dem Scheitel 3—4 vollkommene, glatte, kahle Stellen, die das ganz charakteristische Aussehen der typischen Alopecia areata hatten. Eine Infektionsquelle für Trichophytie ließ sich nicht nachweisen, und in keinem einzigen der 69 Fälle wurde der Trichophytonpilz gefunden. Der Autor kann sich des Gedankens nicht verschließen, daß die Epidemie in dem Waisenhaus auf Ansteckung zurückzuführen ist, obwohl das Kontagium trotz aller Bemühungen nicht festgestellt werden konnte.

Diese Thatsachen erfahren eine Abschwächung durch HUTCHINSON und CROCKER, welche auf Grund eigener Untersuchungen die Ansicht aussprechen, daß die kontagiöse Alopecia areata nur ein modifizierter Herpes tonsurans (Ringworm) sei.

CROCKER³ unterscheidet vier Arten von Alopecia areata: 1. die generalisierende, sich meist rapid entwickelnde; 2. die im Verlaufe eines Nerven oder an der Stelle einer Verletzung auftretende und durch eine oder mehrere runde, kahle Stellen charakterisierte Alopecie; 3. die Alopecia circumscripta oder punctata, welche durch kleine, atrophisch deprimierte Flecken gekennzeichnet ist; 4. die üblichen Fälle mit unregelmäßiger Verteilung der Flecken und charakteristischen Haaren am Rande der kranken Stellen. Die drei ersten Arten sind nach CROCKER trophoneurotischen Ursprungs, die letzte, zugleich die häufigste, parasitärer Natur. Diese parasitäre Form ist nur im beschränkten Maße kontagiös; ähnliche Veränderungen findet man bei Kindern wie Erwachsenen nach Tinea tonsurans, die auch vollkommene Kahlheit bedingen kann. Vielleicht ist diese letztere Art der Alopecia nur ein modifizierter Herpes tonsurans.

PHINEAS S. ABRAHAM⁴ hat die Ansicht HUTCHINSONS und CROCKERS einer Nachprüfung unterzogen. Von 132 genau registrierten Fällen, die alle Kriterien der typischen Alopecia areata aufwiesen, hatten 18 früher an Herpes tonsurans gelitten, bei 26 war letzterer in der Familie vorgekommen; bei 28 war Alopecia schon in der Familie beobachtet; bei 15 bestand Seborrhoea capitis, bei 13 habitueller Kopfschmerz. Es spielt also der Herpes tonsurans in 32% der Fälle von Alopecia areata eine Rolle. ABRAHAM sah ferner 22 Fälle in einem Waisenhaus; ein angeblich von Herpes tonsurans geheilter Knabe bildete den Ausgangspunkt. Es gelang aber nie der Nachweis des Trichophyton in den Haaren. In derselben Richtung ist ein Fall interessant, den

WHITEHOUSE⁵ beobachtet hat. Ein 7jähriger Knabe zeigte auf dem Scheitel eine einzelne, rundliche kahle Stelle, welche sämtliche klinische Charakteristika der Alopecia areata aufwies. Die Diagnose auf Herpes tonsurans wurde aber mit Sicherheit gestellt, einmal durch den vorherigen Verlauf der Affektion, dann durch den bakteriologischen Befund und durch das Vorhandensein mehrerer anderer Fälle von Herpes tonsurans in demselben Hause. WHITEHOUSE meint, daß bei manchen Fällen von sog. parasitärer Area Celsi es sich thatsächlich um Herpes tonsurans gehandelt haben dürfte.

2. Als nächstes Argument für den parasitären Ursprung der Alopecia areata ist in der neuesten Litteratur eine direkte experimentelle Übertragung der Affektion verzeichnet. BLASCHKO⁶ berichtet über einen Patienten, der seit zwei Jahren an Alopecia areata leidet und beim Auftreten einer kleinen frischen Stelle auf dem Kopfe Schuppen von derselben mit seinem Speichel ablöste, um sie experimenti causa am Arm einzureiben. Nach drei Wochen trat lediglich an der so infizierten Stelle Haarausfall ein. Ob hierbei sich eine entzündliche Reaktion bemerkbar gemacht hat, geht aus dem Berichte nicht hervor. Es wäre jedoch von Interesse gewesen, dies zu erfahren, da BLASCHKO früher an einen nervösen Einfluß als Ursache der Alopecia areata geglaubt hat, aber auf Grund der Beobachtung, daß fast alle frischen Fälle einen entzündlichen Charakter zeigten, von seiner früheren Ansicht zurückgekommen und ein Anhänger der parasitären Theorie geworden ist. Eine Wiederholung des erwähnten Experimentes hat unseres Wissens nicht stattgefunden; da dasselbe überdies nicht ganz einwandfrei ist, so erscheint es auch nicht geeignet, die parasitäre Theorie zu stützen.

3. Als wichtigstes Argument wäre der direkte Nachweis von Parasiten als Erreger der Alopecia areata anzusehen. Der Versuch eines solchen Nachweises ist, wie in früheren, so auch in den letzten Jahren gemacht worden. AUDRAIN⁷ hat in einer Anzahl von Fällen das grossporige Trichophyton beobachtet, in anderen, welche die Mehrzahl bilden, hat er an der Spitze der abgebrochenen, bogenförmig aussehenden Haare eine große Menge ganz kleiner, birnförmiger Elemente angetroffen. Sie fanden sich nur auf solchen Haarstümpfen, die noch im Haarkanal lagen und nur bei noch nicht behandelten Fällen, die noch in voller Entwicklung standen.

C. HOLBORN⁸ fand in einem charakteristischen Falle, daß die Haare am Rande der Area leicht epilierbar waren, während die Wurzelscheiden meistens zurückblieben. Die Haarkolben zeigten eine pinselförmige Ausfaserung; zwischen den Fasern bemerkte man ein Pilzmycel in Gestalt einer farblosen, dicht verflochtenen, körnigen Masse, an einigen Haaren zeigte sich Sporenbildung zwischen den Fasern, an anderen waren die

Sporen kettenartig angehäuft. Durch Aufbewahren der Haare in einer feuchten Kammer entwickelt sich das Mycel kräftiger. Nur Haare von kranken Stellen gaben diesen Befund. Sechs Versuche an Mäusen und Kaninchen hatten nach Einreiben der Kulturen in fünf Fällen das Auftreten einer Alopecie zur Folge. Eine Maus starb vier Wochen nach der Impfung; in den Fleischfasern und Nieren fand sich ein zartes Mycel, in Herz und Lungen wurden Sporen gefunden. Verfasser ist überzeugt, daß in dem untersuchten Falle der eigenartige Pilz, den er mit „Trichophyton rudens“ bezeichnet, der Krankheitserreger war.

Wenn es sich wirklich um Alopecia areata und nicht um Trichophytie gehandelt hat, so wäre, abgesehen von dem spezifischen Krankheitserreger, die Thatsache von Interesse, daß Pilzstoffe bei der Alopecia areata in den Blutkreislauf übertreten können. Mit dieser Thatsache würde man sich, wenn man einen neurotischen Einfluß durchaus nicht anerkennen will, diejenigen Fälle erklären, welche als Alopecia areata beginnen und rapide oder auch schleichend der totalen Kahlheit anheimfallen. Die cirkulierenden, vielleicht modifizierten Pilzstoffe würden als ein toxisches Agens zur Peripherie gelangen und hier den deletären Einfluß auf das Haarwachstum ausüben. Dieselbe oder annähernd gleiche Anschauung vertritt neuerdings SABOURAUD.⁹ Nach ihm ist die Alopecia areata die Wirkung einer chronischen Intoxikation. Zur Zeit des Haarausfalles und der Bildung von kahlen Stellen ist der eigentliche parasitäre Krankheitserreger bereits von der Bildfläche verschwunden, nur seine Toxine sind wirksam und rufen das uns bekannte klinische und histologische Bild der Alopecie hervor. SABOURAUD hat in 50 Fällen, die er untersuchte, konstant in ampullenartigen Erweiterungen der erkrankten Haarfollikel einen Mikrobacillus angetroffen, den er „Microbacille de l'Utricule peladique“ nennt. Dieses Mikrobion ist das kleinste, das SABOURAUD je zu Gesichte bekommen hat und zeigt eine große Ähnlichkeit mit UNNAS Akne-Bacillus. Wegen dieser auffallenden Ähnlichkeit läßt der französische Forscher die sehr wichtige Frage unentschieden, ob der von ihm entdeckte Mikrobacillus der spezifische Erreger der Alopecia areata sei. Der SABOURAUDSche Pilz ist, wie wir sehen, ein anderer als der HOLBORNSche und dieser wieder ein anderer als der von AUDRAIN gefundene. Nehmen wir noch die früheren Pilz-entdecker hinzu, so kann man sagen, daß beinahe jeder neue Autor einen neuen spezifischen Pilz bei der Alopecia areata beobachtet hat. Trotzdem wir also den wirklichen Erreger der Krankheit heute ebensowenig kennen, wie vor 20 Jahren, als MICHELSONS ausgezeichnete Schrift über Herpes tonsurans und Area Celsi erschien, so ist dennoch für eine große Zahl von Fällen an dem parasitären Ursprunge nicht zu zweifeln. Ein Teil dieser Fälle steht möglicherweise mit dem Herpes tonsurans, ein anderer

mit der Alopecia pityrodes in irgend einer Beziehung. Sicher ist, daß diese genannten Affektionen das Bild der Alopecia areata zuweilen nachahmen, ebenso steht es fest, daß die Alopecia areata sich häufig mit einer Pityriasis, einer Seborrhoea capitis vergesellschaftet. SABOURAUDS Befunde sprechen eher für als gegen einen solchen Zusammenhang, da er dieselben als auffallend ähnlich mit denjenigen bei der Seborrhoea oleosa bezeichnet.

Bei dem gegenwärtigen Stand der Alopeciefrage kann man ohne Bedenken an der Unterscheidung einer parasitären und einer nervösen Alopecia areata festhalten. Dies ist aber auch die weitgehendste Konzession, die man den Anhängern der parasitären Theorie machen kann.

Die Fälle von Alopecia areata, welche in Ernährungsstörungen nervösen oder trophoneurotischen Ursprunges ihre Ursache haben, sind in der Litteratur der letzten Jahre sehr zahlreich. Wir sehen hier Area Celsi entstehen bei nervöser Disposition, bei langdauernden Kopfschmerzen, auf psychischen Shock, bei Hysterie, bei Gehirnentzündungen, bei Neurasthenie, bei Skorbut, Skrophulose, Anämie, allgemeiner Schwäche und schlechten hygienischen Verhältnissen.

Man muß sich wirklich wundern, daß es noch Autoren giebt, die angesichts solch' prägnanter Fälle, wie sie die Litteratur aufweist, jede nervöse ursächliche Moment bei der Area Celsi in Abrede stellen. Noch viel weniger gerechtfertigt erscheint dies bei der Alopecia areata maligna. Kein einziger der publizierten Fälle läßt den neurotischen oder trophoneurotischen Einfluß auf die Entstehung oder wenigstens auf die universelle Ausbreitung gänzlich vermissen. Wir stehen nicht an, zu behaupten, daß auch die universelle Alopecie, wie sie sich gelegentlich aus einem Herpes tonsurans, aus der parasitären Form der Alopecia areata oder aus der Alopecia pityrodes entwickelt nicht direkt auf den spezifischen Parasiten zurückzuführen ist, sondern einen veränderten und verschlechterten Ernährungszustand der Gewebe, insbesondere der Hautgefäße und Hautnerven zur Voraussetzung hat. Diese Veränderung und Verschlechterung des Ernährungszustandes mögen in einzelnen Fällen unter uns unbekanntem Bedingungen die im Blute kreisenden Stoffwechselprodukte der spezifischen Krankheitserreger bewirken. Eine Analogie für diese Annahme würden wir in dem Haarausfalle bei Typhus, Erysipel, Syphilis etc. finden. Epidemien von totaler Alopecie kennen wir nicht, das ist erklärlich, weil die universelle Ausbreitung des Haarausfalles mit dem spezifischen Parasiten direkt nichts zu thun hat, sondern zunächst an den Ernährungszustand des einzelnen Individuums gebunden ist.

In unserer Praxis sind uns zwei Fälle von totaler Alopecie zur Beobachtung gelangt.

Der erste Fall betrifft einen 32jährigen Schuhmacher, der früher stets gesund

war und sich bis vor 5 Jahren eines üppigen Haarwuchses erfreute. Um diese Zeit wurde er zu einer 14tägigen Übung eingezogen. Wie er angiebt, mußte er beim Schiessen eine Mütze aufsetzen, die vorher bereits andere Soldaten auf dem Kopfe gehabt hatten. Er vermag sich jedoch nicht zu erinnern, daß einer derselben an einer Haarkrankheit gelitten hätte. Sein Leiden möchte er eher auf eine scharfe Erkältung zurückführen, die er sich zugezogen, als er einmal stark schwitzend bei schlechtem Wetter hatte marschieren müssen. Kurze Zeit nach Beendigung der Übung wurde er von einem seiner Verwandten darauf aufmerksam gemacht, daß er am Hinterkopfe nahe dem Halse eine runde kahle Stelle habe. Dieselbe mochte etwa fünfmarkstückgroß sein. Innerhalb der nächsten 4 Wochen fielen ihm sämtliche Haare zuerst am Kopfe, später am ganzen Körper aus. Ich sah den Patienten, als sein Leiden bereits 1½ Jahre bestanden hatte. Die Kopfhaut war völlig glatt, fühlte sich feucht an und hatte viel von ihrer Elastizität verloren. Die Haarfollikel waren verstrichen, die Sensibilität normal. Der Patient sah zwar etwas blaß aus, hatte aber, abgesehen von dem Haarverlust, über nichts zu klagen. In der Achselhöhle und Schamgegend waren bereits einige struppige, glanzlose Haare wieder gewachsen. Gegenwärtig trägt er eine Perrücke, hat sich Augenbrauen und einen Schnurrbart mit Kohle gezeichnet, um den Leuten den komischen Anblick und sich den Spott zu ersparen. Auf dem Kopfe sind an verschiedenen Stellen, namentlich in der Stirngegend, Haare wiedergewachsen, aber sie haben genau das Aussehen, wie das Greisenhaar. Man kann den Rückschluß ziehen, daß die Kopfhaut, welche solche Haare produziert, unter Ernährungsverhältnissen stehen muß, wie sie dem Greisenalter eigen sind. Thatsächlich macht der Patient jetzt den Eindruck eines von Gesundheit strotzenden Mannes.

Der zweite Fall ist von großem Interesse wegen der Kombination der totalen Alopecie mit der Basedowschen Krankheit.

Der 30jährige Patient erzählt, daß er nach vollendeter Schulzeit in einem Sägewerk von morgens 6 bis nachts 12 Uhr hätte angestrengt arbeiten müssen. In einer Nacht sei Feuer ausgebrochen, das ihn furchtbar erschreckt hätte. Beim Löschen sei er mit thätig gewesen, hätte stark geschwitzt, während seine Kleider vom Wasser völlig durchnäßt gewesen wären. In diesem Zustande habe er den 1 Stunde langen Weg nach Hause zurückgelegt. Am anderen Morgen fühlte er sich matt und schwindelig, trotzdem trieben ihn die strengen Pflegeeltern zur Arbeit nach dem 1 Meile entfernten Sägewerk. Von dieser Zeit an klagte er oft über leichte Ermüdung, Herzklopfen und Aufgeregtheit. Einige Wochen später bemerkte er einen zweimarkstückgroßen kahlen, runden Fleck am Hinterkopf, dann einen gleichen etwas tiefer am Nacken. In 4 Wochen war auf dem Kopfe und in 6 Monaten am ganzen Körper kein Haar mehr zu sehen. Die Zeit, wann der Kropf entstanden sei, weiß der Patient nicht genau anzugeben. Er erinnert sich nur, daß er damals häufig ein heftiges Zittern empfunden habe, bekanntlich ein seltenes Symptom des Morbus Basedowii. Als ich den Patienten zum ersten Male sah, fehlten von dem Symptomenkomplex der Basedowschen Krankheit noch die Glotzaugen. Dagegen war die Struma sehr deutlich ausgeprägt, der Puls beschleunigt, starkes Herzklopfen fühlbar. Abnorme Herzgeräusche waren nicht zu konstatieren. Die Kopfhaut war glatt, glänzend, gespannt, nirgends eine Spur auch nur von Lanugohärchen. Dritte Personen erzählten mir später von dem Patienten, den ich monatelang nicht gesehen hatte, daß dessen Augen stark hervorgetreten wären. So war das Krankheitsbild des Morbus Basedowii nunmehr ein abgerundetes. Den Patienten sah ich zum letzten Male in sehr schwerem Zustande. Er hatte sich eines Morgens verschlafen, und um noch rechtzeitig bei der

Arbeit anzutreten, hatte er den weiten Weg springend und laufend zurückgelegt. Er vermochte noch keuchend ans Ziel zu kommen, als er zusammenbrach und sofort wieder heimgefahren werden mußte. Von dieser Zeit an verschlimmerte sich seine Krankheit außerordentlich.

Jahrelang hatte ich von dem Patienten nichts mehr gehört. Ich hielt ihn längst für tot. Eine Anfrage über sein weiteres Schicksal wurde mir vor 2 Wochen dahin beantwortet, daß der Mann 2 Jahre nicht hätte arbeiten können, sich aber nach und nach erholt hätte und gegenwärtig sich eines relativ guten Wohlbefindens erfreue, das ihn in den Stand setze, am Orte selbst seiner Arbeit ohne Beschwerden nachzugehen. Vor einigen Tagen schrieb mir nun auf mein Ersuchen der Patient seine ganze Krankengeschichte auf, aus der ich des großen Interesses wegen noch hervorhebe, daß er vergeblich Heilung bei Professoren und Ärzten gesucht hatte, da er (der Patient beschreibt hier ein seltenes, aber charakteristisches Symptom des Morbus Basedowii) in einer Nacht in einen furchtbaren Schweiß verfallen wäre, der sich einige Nächte hintereinander wiederholte. Seitdem habe sich sein Zustand langsam, aber stetig gebessert. Kropf und Glotzaugen seien ein wenig zurückgegangen, das Herzklopfen habe ganz aufgehört, sein Puls, der früher bis auf 150 Schläge gekommen wäre, betrage jetzt nur 77 in der Minute.

Patient ist verheiratet, hat 2 gesunde Kinder mit vollem Haarwuchs, während er selbst kein Haar wiedererlangt hat.

Fälle von Alopecia areata in Verbindung mit Basedowscher Krankheit sind, wie wir PLATTNERS¹⁰ vorzüglicher Abhandlung über „Wesen und Ursache der Alopecia areata“ entnehmen, von BAZIN und KAPOSI beobachtet worden. Herr Kollege JULIUS KOHN von hier teilte mir vor Beginn dieser Sitzung mit, daß er einen Patienten mit Morbus Basedowii und totaler Alopecia demonstrieren werde. Es ist dies bei der Seltenheit der Coincidenz beider Affektionen ein außerordentlich glücklicher Zufall. Die Krankengeschichte dieses Falles, die mir Herr Kollege KOHN mit dankenswerter Bereitwilligkeit zur Verfügung gestellt hat, sei hier kurz erzählt.

Der 26jährige Patient H. G., Maler von Beruf, hat gesunde Eltern. Eine Schwester leidet, seitdem sie eine akute Infektionskrankheit durchgemacht hat, an Epilepsie. Er selbst war stets gesund und hat auch immer ein regelmäßiges Leben geführt. Vor 2 Jahren bemerkte er im Nacken einen haarlosen Fleck von Markstückgröße, der in der Folgezeit sich weiter ausdehnte. Nach und nach zeigten sich an verschiedenen Stellen des behaarten Kopfes ähnliche kahle Stellen. Innerhalb eines Zeitraumes von $\frac{3}{4}$ Jahren fielen sämtliche Haare am ganzen Körper aus. Gleichzeitig klagte der Patient häufig über Herzklopfen, Atemnot bei der geringsten Anstrengung, über Hitzegefühl und starkes Schwitzen. Die Behandlung bestand in der Applikation von Chrysarobin und Präcipitatssalbe und innerlich Arsentropfen. Der Status præsens bei der ersten Besichtigung des Patienten durch Herrn Dr. KOHN lautet: Bleich aussehender Mensch, Schleimhäute blaß, graciler Knochenbau mit mäßig entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster. Alle Haare an allen Stellen fehlen. In der Poliklinik für Nervenranke wurde notiert: Leichter Tremor der Hände, der rechte Händedruck schwächer als links, keine Sensibilitätsstörungen, Schwund aller Nagelbetten, Nägel flach, rissig, Haut feucht; Tremor faciei, besonders der Lippe und der Zunge. Puls 96, stark hebender Spitzenstoß in der Mammillarlinie, systolisches Blasen, leise an der Spitze, laut über der zweiten Rippe links, dagegen nicht hörbar auf dem Sternum; der zweite Pulmonalton nicht

verstärkt, zweiter Spitzenton etwas unrein; sehr große Struma, Struma pulsans, laute Blasen und Gefäßschwirren über der Struma. Exophthalmus nicht besonders deutlich ausgeprägt. Die Behandlung besteht gegenwärtig in Gaben von Thyreoidtabletten.

Von sonstigen Hautsymptomen als Begleiterscheinungen des Morbus Basedowii werden in der Litteratur erwähnt Verdünnung und Temperaturerhöhung, abnorme Pigmentation, Gangrän der Haut, Vitiligo und Urticaria.

Über einen anderen bisher nicht publizierten Fall, den ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. UNNA verdanke, erfahre ich folgendes:

M. S., 21 $\frac{1}{2}$ J. alt, Dienstmädchen aus L., kräftig entwickelte Blondine mit fast vollständigem Verlust der Körperhaare. Menses unregelmäßig seit dem vierzehnten Lebensjahre, fünfwöchentlich, gering, begleitet von Rücken- und Kopfschmerzen. Die Schwester des Vaters leidet seit der Kindheit an Epilepsie. Die Eltern sind gesund und haben nicht an Nervenkrankheiten gelitten. Angeblich sofort nach einem Sittlichkeitsattentat, das auf die Patientin ausgeübt worden ist, sollen sich im Februar 1881 Migräne, epileptische Zufälle und Basedowsche Krankheit entwickelt haben. Gleichzeitig begann das Haar auf dem Scheitel in Form kreisrunder Flecken auszufallen, die später konfluieren. Im März 1881 war der Kopf fast ganz haarlos, im Mai fielen die Augenbrauen, Achselhaare auf beiden Seiten aus, während die Regio pubica noch behaart blieb. Haare in Form von Ausrufungszeichen waren nicht vorhanden. Die Protrusion der Bulbi hatte langsam zugenommen und ist jetzt sehr auffallend und mit progressiver Abnahme der Sehkraft verbunden. Die Patientin klagt über starkes Herzklopfen. Der Spitzenstoß ist hebed. Die Anfälle von Hemicrania dextra kommen unregelmäßig und coincidieren nicht mit den epileptischen; es ist rechterseits beständig Kopfweh vorhanden. Die Patientin entzog sich der weiteren Beobachtung.

Um den inneren Zusammenhang des Morbus Basedowii und der Alopecia areata maligna zu erklären, müssen wir wiederum das Gebiet der Theorien betreten, da die Deutung des Basedowschen Symptomenkomplexes noch ganz und gar der Hypothese angehört.

Die Annahme einiger Autoren, daß pathologische Veränderungen in den Sympathikushalsganglien für das Entstehen der Basedowschen Krankheit verantwortlich zu machen sind, wird von anderen Forschern bestritten. Mit derselben ließe sich jedoch die Erklärung der Alopecia areata als einer Affektion trophoneurotischen Ursprunges und gleichzeitig ihr gelegentliches Zusammentreffen mit dem Morbus Basedowii ganz gut in Einklang bringen.

In den letzten Jahren haben MÖBIUS, BIONDI, LANGENDORFF, HÜRTHEL, CHEVALIER, EULENBURG u. A. die Entstehung des Morbus Basedowii auf chemisch-toxische Einflüsse einer veränderten und pathogen wirkenden Schilddrüsenfunktion zurückgeführt. Auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Wien hat EULENBURG¹¹ die Schilddrüsentheorie der Basedowschen Krankheit in folgenden Sätzen zum Ausdruck gebracht:

1. „Die Schilddrüse verändert bei ihrer normalen Funktion die chemische Beschaffenheit des Blutes in eigenartiger Weise, und zwar

geschieht dies durch Bildung und Absonderung eines spezifischen Stoffes, der von den gereizten Follikelzellen produziert und teils durch Zellschmelzung und Berstung der Follikel in die interfollikulären Lymphräume, teils auch in die je nach Bedürfnis sich bildenden und erweiternden Interzellularspalten entleert und im Normalzustande jedenfalls vorzugsweise durch die ausführenden Lymphgefäße der Drüse abgeführt wird. Als adäquater Reiz für diese Sekretbildung in der Drüse ist nicht der Nervenreiz, sondern wesentlich eine bestimmte Zusammensetzung des Blutes zu betrachten.

2. Bei der Basedowschen Krankheit ist eine progressiv gesteigerte Sekretionsthätigkeit der Drüse, möglicherweise verbunden mit einer noch unbekanntem qualitativen Veränderung des von ihr gelieferten Sekrets anzunehmen, wodurch das letztere in spezifischer Weise pathogen wirkt. Man hat verschiedene Ptomaine im Harn der Basedow-Kranken gefunden.

3. Die gesteigerte Sekretionsthätigkeit der Drüse wird durch arterielle Kongestion und Blutüberfüllung derselben, dann durch Abnormitäten der Blutbeschaffenheit, wie sie bei Anämie, Chloranämie, Ikterus, Verdauungsstörungen, bei schwächenden akuten Krankheiten, Traumen, schwerer psychischer Erschütterung eintreten, hervorgerufen.“

Ich habe oben bereits bemerkt, daß für eine Anzahl von Fällen totaler Alopecie, auch solcher, welche aus einer Alopecia areata sich entwickeln, die Annahme eines im Blute kreisenden, toxischen Agens als Ursache der universellen Kahlheit manche Berechtigung für sich habe. Dieses toxische Agens würde in den von mir beschriebenen Fällen von totaler Alopecie, welche sich mit Basedowscher Krankheit komplizieren, nach der Schilddrüsentheorie ein pathologisches Produkt der Schilddrüse, in anderen vielleicht die Stoffwechselprodukte spezifischer Bakterien sein. In allen Fällen jedoch würde das toxische Agens erst unter den in No. 3 der EULENBURGschen Sätze angegebenen Bedingungen zur Wirksamkeit gelangen.

Bei der Bedeutung, welche die Schilddrüse nach den neuesten Anschauungen für die Basedowsche Krankheit und für verschiedene mit derselben kombinierte Hauterscheinungen gewonnen hat, ist es zu wünschen, daß die Dermatologen dem Morbus Basedowii wenigstens ein gleiches Interesse entgegenbringen, wie dem Myxödem, zu welchem jener gleichsam ein Pendant bildet. Thatsächlich hat man in einzelnen Fällen einen Übergang von Morbus Basedowii in Myxödem beobachtet und daraufhin den Versuch gemacht, auch die Basedowsche Krankheit mit Thyreoidpräparaten zu heilen.

Litteratur.

1. FEULARD, *Le Favus et la pelade en France (1887—1892). Bericht über den II. internat. Dermatologen-Congress in Wien. 1892. S. 393.*

2. BOWEN, J. T. Über eine Epidemie von Alopecia areata in Boston. *The Brit. Journ. of Derm.* 1894. Heft 3.
3. CROCKER, R. Pathologie und Behandlung der Alopecia areata. *The Lancet* 28. Febr. u. 7. März 1891.
4. ABRAHAM, PH. S. Alopecia areata. *Med. Press. and Circ.* 22. Nov. 1893.
5. WHITEHOUSE, H. H. Über einen Fall von Herpes tonsurans capitis, welcher Alopecia areata vortäuschte. *Journ. of cutan. and genit.-urin. dis.* October 1893.
6. BLASCHKO, Experimentelle Übertragung von Alopecia areata. *Dermat. Vereinigung zu Berlin.* Sitzung vom 9. Juni 1896.
7. AUDRAIN, J., Beitrag zum Studium der Alopecie. *Annales de Derm. et de Syphil.* 1895. Heft 10 u. 11.
8. HOLLBORN, C., Über die parasitäre Natur der Alopecia areata. *Centralbl. f. Bacteriol. und Parasitenkunde.* 1895. No. 2-4.
9. SABOURAUD, R., Über die Ursachen der Alopecia areata. *Annales de Derm. et de Syphil.* 1895. Heft 2-5.
10. PLATTNER, A., *Wesen und Ursache der Alopecia areata.* Dissertation. Zürich. 1890.
11. EULENBURG, Hypothetische Vorstellung in Betreff der veränderten und pathogen wirkenden Schilddrüsenfunktion bei Morbus Basedowii. 66. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte in Wien. 1894. *Münchener med. Wochenschr.* 1894. No. 40.

Die Behandlung des phagadänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kalium permanganicum.

Von

F. BALZER,
Arzt am Hôpital Ricord.

Die Bezeichnung „phagadänisch“ sollte für die schwere und hartnäckige Form des Schankers aufgespart bleiben. Der wichtigste pathogene Keim dieses Geschwürs ist, wie ich das schon in meinem *Handbuch der Therapie der Geschlechtskrankheiten* ausgesprochen habe, der Streptobacillus von DUCREY-UNNA. Diese Thatsache ist direkt von FIOCCO bewiesen und ich habe auch Gelegenheit gehabt, mich von ihrer Richtigkeit zu überzeugen.

In den letzten Jahren kamen im Hôpital-Ricord ungefähr ein Dutzend phagadänischer Schanker in meine Behandlung, die sich teils aus einem primären Geschwür, teils aus ulcerierten Bubonen entwickelt hatten. Die meisten der Patienten wurden im Krankenhaus geheilt und nur drei von ihnen mußten nach langer Behandlung ungeheilt entlassen werden. Von

diesen Misserfolgen, die mich zu der jetzt befolgten Behandlungsweise geführt haben; wird noch weiter die Rede sein.

Die allgemeinen Ursachen des Phagadänismus sind häufig schwer zu erkennen, man hat die Anämie, die verschiedenen Formen von Cachexie, die Skrophulose, die Syphilis, die übertriebene Anwendung des Quecksilbers u. s. w. beschuldigt. Es ist schwer zu unterscheiden, was Wahres an diesen Behauptungen ist, und nur soviel steht fest, daß die Schwächung des Organismus eine große Rolle in der Pathogenese des Phagadänismus spielt. Als Beleg diene der Fall eines Patienten mit je einem Schanker am Glied und oberhalb der Clavicula; dieser Patient, der nach viermonatlicher, auf das Peinlichste innegehaltenen Behandlung das Hôpital-Ricord ungeheilt verließ, war in noch nicht vierzehn Tagen, nachdem er sich an die See begeben hatte, wieder hergestellt. (F. BALZER, *Therapie der Geschlechtskrankheiten*. 1894. S. 123.)

Der allzulange Hospitalaufenthalt macht die mit phagadänischem Schanker behafteten Patienten blutarm und trägt so zur Hartnäckigkeit des Leidens bei. In dem nämlichen Sinne wirken auch die Entmutigung und die Verzweiflung, denen die Kranken anheimfallen. Daher thut man auch gut, die Bettruhe, trotzdem sie namentlich beim Bubo sich so wohlthätig erweist, nicht streng durchzuführen; vielmehr gestatte man den Kranken, etwas aufzustehen, mit den anderen Kranken an gemeinsamer Tafel zu essen, an die Luft zu gehen, kurz, man bemühe sich, sie so viel wie möglich ihren trübsinnigen Gedanken zu entziehen. Einer meiner Patienten, der seit vier Monaten an phagadänischem Bubonenschanker litt, geriet thatsächlich in einen Zustand von Melancholie und äußerte Selbstmordgedanken, so daß seine Überführung in die Irrenanstalt Bioêtre notwendig wurde. Auch dort wurde das Geschwür erfolglos mit den verschiedensten Mitteln behandelt, bis man sich entschloß, das Ulcus abzutragen. Die Operation gelang, und einige Zeit nachher konnte Patient die Anstalt geheilt verlassen.

Durch die anatomischen Verhältnisse wird das phagadänische Geschwür in seinem Wachstum wesentlich begünstigt, und so lange dem Eiter kein freier Abfluß ermöglicht ist, nimmt es in der Präputialhöhle, in den Buchten des Frenulum, der Vulva u. s. w. immer mehr an Umfang zu. Eine Heilung kann man erst erzielen, wenn die Geschwürsfläche vollkommen freigelegt ist; eine ganz geringfügige Unterminierung der Ränder genügt schon, um den Bacillus zu verbergen und ein Weiterfressen des Schankers zu bewirken. Daher schlagen auch manche Autoren vor, die Behandlung immer mit der Abtragung der Geschwürsränder zu beginnen, selbst in den Fällen, wo der Schanker anscheinend keine Neigung zeigt, phagadänisch zu werden. Leider genügt nach meinen Erfahrungen selbst dieser Eingriff nicht allemal, denn ich habe Fälle gesehen, wo das

phagadänische Geschwür, trotzdem es völlig freigelegt war, dennoch der Behandlung Widerstand leistete und immer weiter um sich griff.

Diese Hartnäckigkeit des Prozesses ist bei der terebrierenden Form des phagadänischen Schankers noch ausgesprochener; hier bohrt sich das Geschwür seine Gänge in die Tiefe bis zur Aponeurose, die auch zuweilen noch durchbohrt wird. Doch erweisen sich auch manche oberflächliche Schanker mit serpiginösem Verlauf als recht hartnäckig, indem hier das Geschwür seine Ränder immer weiter ausdehnt. Bei der Behandlung eines phagadänischen Geschwürs gilt demnach als oberstes Gesetz, jede Ansammlung von Eiter unmöglich zu machen, indem man für genügenden Abfluß sorgt und die etwa unterminierten Ränder abträgt, indem man mit einem Wort die Geschwürsfläche soviel wie möglich freilegt.

Die weiter zu befolgenden Regeln richten sich je nach dem einzelnen Fall; die Auskratzung des Geschwürsgrundes, die Ausbrennung mit dem Thermokauter können unter Umständen die Heilung sehr beschleunigen.

Liegt das Geschwür dagegen von vornherein frei, so reichen die Mittel, mit denen man den Schanker zu bekämpfen pflegt, auch gegen den Phagadänismus aus, z. B. Ätzen mit Chlorzink, mit reiner Karbolsäure, Jodoform, Höllenstein u. s. w. So habe ich noch in diesem Jahre einen ausgedehnten phagadänischen Schanker der Vorhaut und des Gliedes einzig unter Anwendung von reiner Karbolsäure und der NEISSERSchen Höllensteinsalbe heilen sehen.

Ich habe bis jetzt noch nichts über die Anwendung der Hitze gesagt. AUBERT hat sie schon 1883 als sehr wirksam empfohlen und seitdem ist sie vielfach Gegenstand interessanter Untersuchungen gewesen, besonders durch BOECK, ARNOZAN und VIGNETON, WELANDER, TAYLOR u. s. w. Auch ich habe die Hitze in jedem einzelnen Falle angewandt, hatte aber, so lange ich mich nur des heißen Wassers bediente, mehrfach Misserfolge zu verzeichnen. Dennoch ist es, glaube ich, die Hitze, der ich im folgenden Falle den Erfolg zu verdanken habe; dieser Fall war es auch, der mich zu meinen weiteren Versuchen veranlaßte:

Fall 1. E . . . , 21 J. alt, Kellner, aufgenommen 8. Jan. 1896, Hôpital Ricord, Saal 8, No. 30. Wohlgebauter Mensch mit gesunden Organen. Die Aufnahme erfolgt wegen eines Trippers, an dem er schon im vorigen Jahre behandelt worden war, und wegen eines Schankers am Frenulum nebst linksseitigem Bubo. Der Schanker war ungefähr vier Tage vor der Aufnahme entstanden, wird mit Jodoform verbunden und heilt rasch in einigen Tagen. Am 18. Januar wird der Bubo punktiert, mit einer 1%igen Höllensteinlösung ausgespült und ebenfalls mit Jodoform verbunden. Bei der Untersuchung am 11. Februar zeigt sich, daß die Haut in größerer Ausdehnung unterminiert ist, wodurch ein zweiter Einschnitt

nötig wird; es wird dann wiederum mit Höllensteinlösung ausgespritzt und die Jodoformbehandlung bis zum 29. März fortgesetzt; dann geht man versuchsweise zur NEISSERSCHEN Höllensteinsalbe über. Diese scheint die Geschwürsfläche günstig zu beeinflussen; jedoch am 15. April entdeckt man bei der Untersuchung mit der Sonde zwei lange Fistelgänge, die gespalten werden; nunmehr wird wieder mit Jodoform und Jodoformgaze verbunden. Am 28. Mai schließt sich der untere Fistelgang, während der höher gelegene noch bestehen bleibt. Am 10. Juni wird der vierte Eingriff nötig, bestehend in einer Freilegung aller Buchten; wir haben nunmehr ein großes Geschwür von nahezu 10 cm vor uns, das die ganze innere Hälfte der Leiste bedeckt und bis zur Plica inguino-scrotalis hineinreicht. Das Ulcus zeigt namentlich an seiner inneren Hälfte das graue Aussehen eines phagadänischen Schankers.

Bis jetzt hatte kein Mittel vermocht, diese Stelle dauernd zu beeinflussen, weder das Jodoform, noch der Thermokauter, noch die zahlreichen Ätzungen mit reiner Karbolsäure. Am 15. Juni fing ich an, die Stelle mit Lösung von Kalium permanganicum abzuspülen, sie wurde darauf mit Europhen eingepudert und mit kleinen Wattebäuschen bedeckt, die zuerst mit einer 1‰igen Lösung von Kalium permanganicum befeuchtet und dann in Europhen umgedreht waren. Auf diese Weise wird nun wohl der äußere Teil des Geschwürs etwas verändert, ein Weiterdringen des Prozesses in die Tiefe aber nicht verhindert; diese Tiefe beträgt 3 cm und bewirkt eine beträchtliche Unterminierung der Bauchhaut. Patient verliert allen Mut bei der Wahrnehmung, daß selbst dieser sorgfältige und dreibis viermal täglich erneuerte Verband nicht im stande ist, das Umsichgreifen des Geschwürs aufzuhalten. Am 2. Juli gehe ich zur Irrigation mit heißer Kalium permanganicum-Lösung über (anfangs 1 : 1000, später 1 : 500), und schon in den ersten Tagen macht sich ein günstiger Einfluss bemerkbar; ein neuer operativer Eingriff, der nötig schien, kann aufgeschoben werden, und dem Kranken wird gestattet, zur Zeit des Essens das Bett zu verlassen. Die graue Farbe des Geschwürs und sein entzündetes Aussehen verschwinden, es wird glatt und rot, seine Ränder legen sich an, und es bildet sich ein Epidermissaum, der rasch gegen die Mitte fortschreitet; gleichzeitig erhebt sich der Grund und nähert sich den Rändern. Vom 15. Juli an werden die Irrigationen nur noch alle zwei bis drei Tage wiederholt und das kleine Geschwür, das sich immer mehr schließt, wird nur noch mit Liqueur de Labarraque verbunden; am 30. Juli war es nicht mal mehr 1 cm groß.

Es handelte sich bei diesem Patienten um einen phagadänischen Schanker von einer ganz außerordentlichen Schwere und Hartnäckigkeit; die tiefen Zerstörungen, die er verursacht hatte, lassen es verstehen, daß die Heilung sich so lange verzögerte. — In dem folgenden Falle, wo das

schankröse Geschwür trotz langen Bestandes oberflächlich blieb, wurde der Erfolg viel schneller erzielt.

Fall 2. S., 21 J. alt, Maler, stellte sich am 4. Mai mit vier Schankern auf dem Glied, dem Frenulum und der Eichel vor. Am 9. Mai bildete sich linkerseits und zwei Tage später rechterseits ein Bubo. Am 13. Mai Aufnahme ins Krankenhaus, am 15. Mai Operation, Einspritzung einer 1%igen Höllensteinlösung und Jodoformverband. Der linke Bubo ist am 20. Mai geheilt, an welchem Tage nur noch ein Schanker auf dem Glied besteht. Der rechte Bubo dagegen unterminiert die Ränder und macht am 25. Mai und 5. Juni je einen neuen Eingriff erforderlich. Die Ränder werden ausgeschnitten, der Geschwürsgrund ausgiebig mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und kauterisiert. Trotzdem verlässt uns der Kranke am 1. Juli ungeheilt, mit einem phagadänischen Schanker in der rechten Leiste und einem Schanker des Gliedes. Aber schon am 18. Juli meldet er sich wieder zur Aufnahme. Das Geschwür in der rechten Leiste ist jetzt ungefähr fünffrancstückgroß, außerdem bemerkt man in seiner Nachbarschaft vier weitere kleinere, aber tiefe und zerklüftete Geschwüre. Es wird nun gar nicht erst etwas Anderes versucht, sondern der Kranke vom nächsten Tage an mit Irrigationen einer 40° heißen und 1%igen Lösung von Kalium permanganicum behandelt. Bewerkstelligt wird diese Irrigation mittelst eines Glasrohres, dessen Öffnung weit genug ist, um alle Geschwüre zu bespülen. Nach jeder Irrigation wird mit Jodoformgaze, die in Liqueur de Labarraque angefeuchtet ist, verbunden. Schon am dritten Tage sind die Geschwüre derartig verändert, daß an ihrer baldigen Vernarbung nicht mehr zu zweifeln ist. Der Grund des Hauptgeschwürs wird rot und glatt, seine Ränder legen sich an, und die kleinen Geschwüre reinigen sich und heilen zu. Vom 25. Juli ab wird nur noch alle zwei Tage irrigiert und am 30. Juli ist die Vernarbung beendet.

Es würde mir schwer fallen, zu entscheiden, welcher Faktor bei dieser Behandlung die wichtigste Rolle spielt. Wohl ist die Einwirkung der Hitze eine ganz bedeutende und doch hatte ich bei ihrer Anwendung allein nur Mißerfolge zu verzeichnen. So brachten bei einem Patienten mit fressendem Schanker des Oberschenkels örtliche heiße Bäder in 1%igem Karbolwasser gar keine Besserung. Aber auch das Kalium permanganicum in starker, aber kalter Lösung ist mir lange nicht so wirksam erschienen, wie die 1%ige und über 40° erhitzte Lösung. Ich meine daher, daß man sowohl die Hitze, wie auch die desinfizierende Wirkung des Salzes in Anrechnung bringen muß, daß aber der ununterbrochenen Irrigation das Hauptverdienst an der Wirkung zukommt.

Das Verfahren ist aber nicht nur beim phagadänischen Schanker zu empfehlen, es leistet vielmehr auch beim einfachen Bubo mit chronischer Eiterung, mit unterminierten Rändern und Fistelgängen große Dienste.

Ich habe es in drei Fällen angewandt und konnte beobachten, wie jedesmal unter dem Einfluß der Dauer-Irrigation das Geschwür rot und glatt wurde, wie die Eiterung nachließ und die Vernarbung von den Rändern aus begann. Nur darf man dabei nicht vergessen, daß die Irrigation nur auf die freie Geschwürsfläche einwirkt, daß aber die Fistelgänge und die Eiterherde zwischen den einzelnen Drüsen von ihr natürlich nicht erreicht werden. Auch ist die günstige Wirkung bei dem Schanker viel sinnfälliger.

Das Verfahren ist sehr einfach: Ein Behälter mit einem Kautschukrohr wird mit einer 1‰igen Lösung von Kalium permanganicum, die auf ungefähr 45° erhitzt ist, gefüllt und in einiger Höhe aufgehängt. Handelt es sich um einen Genitalschanker, so läßt der Kranke die Flüssigkeit direkt über das Geschwür rieseln; beim Bubo mit unterminierten Rändern führt man eine Kanüle bis ans Ende der Höhle; beim freiliegenden Geschwür stülpt man ein Lampenglas oder sonst einen Glaszylinder, dessen Lumen weit genug ist, das Geschwür aufzunehmen, darüber; in diesem Cylinder läßt man die Flüssigkeitssäule bis zu einer gewissen Höhe steigen und läßt sie alsdann wieder ablaufen, indem man das Rohr etwas abhebt. Auf diese Weise wird die Geschwürsfläche in allen Fällen immer von einer frischen Lösung bespült. Diese Spülungen haben zwei bis vier Stunden täglich zu dauern, je nach der Schwere und der Tiefe des Geschwürs. In der Zwischenzeit wird mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum verbunden. Meistens scheidet sich bei längerer Irrigation das Salz in Form einer dünnen Schicht auf dem Geschwür aus und bleibt dort bis zum nächsten Tage liegen. Auch die Haut in der Umgebung des Geschwürs wird stark durch das Kalium permanganicum gefärbt; man kann die Färbung aber leicht mittelst einer Lösung von Natron bisulfuricum wieder beseitigen. Die Dauer-Irrigationen werden, wenn man sie länger als zwei Stunden fortsetzt, oder wenn man eine Lösung von 1:500 verwendet, recht schmerzhaft.

Nebenher habe ich noch, wie schon erwähnt, das Natrium chloratum in Form des Liqueur de Labarraque angewandt, und ich muß gestehen, daß ich von seiner günstigen Wirkung überrascht war. Vielleicht hat man mit diesem Mittel in Form heißer Dauer-Irrigationen die nämlichen guten Erfolge, wie mit dem übermangansauren Kalium. Hiersei auch daran erinnert, daß bereits TAYLOR die Irrigationen mit einer heißen Sublimatlösung (1:2000) lebhaft empfohlen hat.

Wie man sieht, empfehle ich für die Behandlung des phagadänischen Schankers keine neuen Mittel, sondern nur eine besondere Anwendungsweise altbewährter Mittel. Ich glaube, dieses Verfahren auf Grund der Erfolge, die ich damit in schwierigen Fällen erzielt habe, empfehlen zu

können. Ich weise auch noch besonders darauf hin, daß die Dauer-Irrigation dem einfachen Bad bedeutend überlegen ist. In meinem zweiten Falle schlossen sich die phagadänischen Geschwüre der Leiste, die auf erstere Weise behandelt waren, schon nach elf Tagen, während der Schanker des Gliedes, der nur mit heißen Bädern von Kalium permanganicum-Lösung bedacht wurde, viel längere Zeit zu seiner Heilung erforderte.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Über Trichophytiasis und Herpes tonsurans, hervorgerufen durch das Mikrosporon GRUBY.

Von

R. SABOURAUD.

1892—1896.

Abschließende Untersuchung.

1. Teil:

Trichophytiasis.

1. Abgrenzung. Die nächste Aufgabe wird sein, eine vorläufige Erklärung des Begriffs Trichophyton zu geben. Die einzig mögliche Erklärung ist zur Zeit folgende:

Das Trichophyton

1. veranlaßt auf der unbehaarten Haut des Menschen eine circinöse Erkrankung.
2. Es findet sich hier nur in zwei Formen
 - a) als Mycelium,
 - b) als Myceliumspore (Endospore).
3. Niemals kommt es auf der erkrankten Haut zu einer externen Sporenbildung.
4. Auf einem künstlichen Nährboden dagegen bildet es immer Gruppen von freien Sporen (Sporotrichum).
5. In Kulturen assimiliert es die Kohlenwasserstoffe, besonders den Zucker.

Dies sind die sich stets gleichbleibenden Eigenschaften aller Trichophytonarten, man trifft sie bei keinem anderen parasitären Mikroorganismus.

2. Technik der Kulturen. Zur Anlegung der Trichophytonkulturen ist die Kenntnis der gebräuchlichen bakteriologischen Technik

erforderlich; daneben sind aber noch vier andere Bedingungen unerlässlich, und zwar:

- α) ein zuckerhaltiger Nährboden,
- β) ein Nährboden, der sich chemisch nicht zersetzt und der immer leicht wieder herzustellen ist,
- γ) ein fester Nährboden in einem runden, weiten, flachgrundigen Gefäß,
- δ) stets wieder jung aufgetragene Kulturen.

3. Die Befunde, die man regelmässig bei Einhaltung dieser Bedingungen erlangt. So oft man auch trichophytische Haare, die vom nämlichen Kopf stammen, aussät, oder Schuppen von verschiedenen Herden des nämlichen Individuums, oder auch Schuppen, Kopf- und Barthaare, Eiter, Nägelreste, von verschiedenen Individuen, wenn ihre Ansteckung nur von der nämlichen Quelle herrührt, so erhält man immer die gleiche Kultur, wenn man auch hunderte von Aussaaten veranstaltet.

4. Entnimmt man aber umgekehrt sein Material von Patienten, deren Trichophytiasis verschiedenen Herden entstammt, und beobachtet man die technischen Vorschriften auch noch so gewissenhaft, so erhält man eine recht beträchtliche Anzahl botanisch verschiedener Keime, während man auch hier wieder beobachten kann, daß die vom nämlichen Individuum stammenden Kulturen völlig identisch sind. Und man mag diese Untersuchungen fortsetzen, so lange man will, drei Jahre und länger, immer wird man noch wieder auf neue Arten des Trichophyton stofsen.

5. Alle diese Arten gehören der nämlichen Familie des *Sporotrichum Botrytis* (L. saccardo) an, die durch die freie Bildung von Sporenhäufen sich auszeichnet.

6. Man kann jede einzelne Art, unter Einhaltung der früher bezeichneten Regeln, durch unendlich viele Kulturen hindurchschicken, ohne daß sie je etwas von ihren Eigenschaften einbüßt.

7. Die parasitäre Bedeutung der verschiedenen Arten ist leicht nachzuweisen; man braucht sie nur einem Meerschweinchen unter die Haut zu bringen. Die mittelst Haarseils oder PRAVAZscher Spritze ausgeführte Impfung bewirkt je nach dem Fall bald einen serpiginösen Herpes tonsurans von leichter oder schwererer Form, bald einen reinen trichophytischen Abscess mit nachfolgendem Haarausfall. Nach mehreren Wochen läßt sich von diesen Herden sehr leicht wieder eine neue Kultur gewinnen, die in allen Punkten mit der Mutterkultur genau übereinstimmt.

8. Nachdem ich nun seit drei Jahren bei allen meinen diesbezüglichen Versuchen immer die nämlichen Ergebnisse erzielt habe, wage ich mit Sicherheit zu behaupten, daß es:

- A) verschiedene Pilzsorten giebt, die beim Menschen den Symptomenkomplex der Trichophytiasis zu erzeugen vermögen; dafs
- B) die Zahl dieser Pilzarten eine beträchtliche ist; und dafs sie
- C) sämtlich zur Klasse der Mucedinen gehören, die nach LIXX und DE SACCARDO unter dem Namen Sporotrichum bekannt sind.

9. Die geographische Verbreitung des Trichophyton. Die Verteilung der verschiedenen Arten des Trichophyton ist nach den verschiedenen Ländern verschieden; so wissen wir z. B., dafs einzelne Arten, die in Paris selten sind, in Parma häufig vorkommen, während hier umgekehrt andere Arten gänzlich fehlen, die in Paris zu den allergewöhnlichsten gehören.

Es scheint demnach, dafs jede Trichophytonart ihren bestimmten Länderstrich hat, in dem sie heimisch ist, so dafs das, was man etwa über eine Trichophytonart ermittelt hat, unbedingte Gültigkeit nur für den Ort, an dem sie vorkommt, beanspruchen kann, und dafs der Befund des einen Landes von einem Forscher eines anderen Landes nicht für irrtümlich erklärt werden darf, weil er sich mit seinen eigenen Beobachtungen nicht deckt.

10. Jede Untersuchung über Trichophytiasis, die für vollständig gelten will, muß sich über eine grofse Zahl von Einzelfällen erstrecken und hat jeden dieser Fälle eingehend zu berücksichtigen. Zur gründlichen Untersuchung eines Falles gehören:

- 1. Die peinlichste Nachforschung nach seinem Ursprung;
- 2. die klinische Beobachtung seiner Lokalisationen und seiner Eigentümlichkeiten;
- 3. die mikroskopische Untersuchung des Pilzes auf der erkrankten Haut und die Anfertigung von Dauerpräparaten;
- 4. die Anlegung von Kulturen und das Sammeln derselben;
- 5. die mikroskopische Untersuchung der auf den Kulturen gewachsenen Trichophyten.

Falls man auch nur einen dieser Punkte ununtersucht läfst, so hat man das mit einem Irrtum zu bezahlen.

11. Die mikroskopische Untersuchung des Pilzes in der menschlichen Haut. Auf der Epidermis trifft man das Trichophyton in zweierlei Gestalt:

- a) als Myceliumfaden,
- b) als Myceliumspore (Endospore).

Die Myceliumfäden teilen sich immer durch einfache Spaltung, gleichviel ob sie mit Sporen versehen sind, oder nicht.

12. Im Harn kommt das Trichophyton nur als Myceliumspore vor.

13. Wenn das Trichophyton den Haarfollikel bewohnt, so bestehen die an das Haar gehefteten Fäden immer aus Myceliumsporen. Die äußeren Fäden, die zu der Epidermis des Haarfollikels in Beziehung stehen, sind bald von Sporen, bald von Mycelium gebildet.

14. Im Nagel besteht das Trichophyton aus unförmlichen Myceliumelementen, sowie aus normalen und unförmlichen Myceliumsporen.

15. Trichophyton endothrix. In Paris kommen bei Kindern einzelne Trichophytonarten vor (Herpes tonsurans scholae), die ausschließlich in das Innere der Haare dringen, dieses aber ganz ausfüllen. Man kann sie als Trichophyton endothrix purum bezeichnen.

16. Die Lokalisationen des Trichophyton endothrix beim Menschen. Paris hat dieser einen Art die größere Menge seiner Schulpidemieen zu verdanken. Das Trichophyton endothrix scheint ausschließlich bei Kindern vorzukommen; bei Tieren findet man es nie; ebenso wenig findet es sich je im Bart.

17. Endothrix-Trichophytiasis scholae. Der Herpes tonsurans scholae, die Wirkung eines Trichophyton endothrix, stellt eine trockene Form, ohne entzündliche Erscheinungen an der Epidermis dar. Die kranken Stellen sind klein aber zahlreich. Bei dieser Form werden fast immer Übertragungen auf die unbehaarte Haut (Gesicht, Hals, Hände) beobachtet. Das Charakteristische der Erkrankung besteht hier darin, daß die gekrümmten Haare in der verdickten Epidermis eingeschlossen sind.

18. Die Kulturen des Endothrix. Das Trichophyton endothrix der Kinder gehört zu einer ganz kleinen Zahl von Arten, die alle einander sehr nahe stehen; alle liefern sie auf dem Nährboden:

Aq. dest.	100,0
Pepton	0,7
Maltos.	3,8
Agar	1,3

eine kraterförmige Kultur. Die Arten sind nur durch nebensächliche Eigenschaften von einander verschieden, dennoch handelt es sich zweifelsohne um richtige Varietäten.

19. Selbst in Frankreich scheinen die Trichophyton-endothrixarten nur in stark bevölkerten Zentren vorzukommen. Denn sämtliche Trichophytiasisfälle bei Kindern auf dem Lande, selbst in dem Umkreis von Paris, rühren vom Trichophyton ektothrix her.

20. Reine Ektothrixarten. Es gibt in Frankreich eine Anzahl von Trichophytonarten, die weder die Haare des Kindes noch die des Erwachsenen angreifen, sondern nur ihre Oberfläche mit einem Mantel sporentragender Myceliumfäden überziehen. Dieser Mantel umkleidet die ganze Wurzel der Haare und einen Teil ihres freien Schafts. Dieses

Trichophyton kann man als Trichophyton ektothrix purus bezeichnen. Es kommt beim Menschen nur selten vor, ist dagegen beim Tiere in der letzten Zeit sehr vielfach beobachtet und direkt isoliert worden.

21. Das Ektothrix purum beim Tier. Es verhält sich im Haar des Esels, des Stieres, des Pferdes ebenso wie beim Menschen.

22. Endo-Ektothrix. Endlich kommt in Paris auch noch eine große Zahl von Trichophytonarten vor, die die Haarwurzel nicht nur äußerlich umhüllen, sondern auch noch mehr oder weniger tief in die Rinde eindringen. Ihre Geschichte fällt mit der des Trichophyton ektothrix purum zusammen. Man kann sie, wenn man will, als Trichophyton endo-ektothrix bezeichnen. Sie sind zum großen Teil schon bei den Tieren beobachtet worden. Sicher haben viele von ihnen, und vielleicht alle, einen tierischen Ursprung, so daß ihr Vorkommen beim Menschen nur ein zufälliges wäre.

23. Spezifität des Endothrix und des Ektothrix. Niemals trifft man bei der nämlichen Erkrankung in einigen Haaren ein Endothrix purum, in anderen ein Ektothrix purum, vielmehr bleibt die Art für das ganze Erkrankungsfeld die nämliche. Jedoch wiederholt sich dieses Verhalten bei allen anderen Trichophytonarten, sodaß daran allein die einzelnen Arten sich nicht erkennen lassen.

24. Die Abstammung der Trichophytiasis des erwachsenen Menschen vom Tiere. Eine große Anzahl von Gewerben setzen den Menschen der Ansteckung durch Tiere aus: Reiter, Kutscher, Stallknechte, Sattler, Abdecker, Gerber, Federhändler, Schafscherer u. s. w.

Die meisten Haustiere können Trichophytiasis erwerben; so ist sie schon beim Pferd (drei Arten), bei der Katze (zwei Arten), beim Hund, beim Ochsen, beim Huhn u. s. w. beobachtet. Dagegen ist die Gefahr, daß die Haustiere vom Menschen mit Trichophytiasis angesteckt werden, nur eine geringe. Aus diesem Verhalten erklärt es sich, daß beim Menschen Trichophytonarten vorkommen (Endothrix), die man beim Tier nicht trifft, und daß der Mensch umgekehrt eine Menge von Arten herbergen kann, die ursprünglich nur beim Tier heimisch waren.

25. Sämtliche Trichophytonarten, deren Abstammung von Tieren durch die direkte Kultur erwiesen ist, erscheinen, auf den menschlichen Haarboden versetzt, als Endo-Ektothrix oder als Ektothrix purum. Trifft man also ein derartiges Trichophyton bei einer Trichophytiasis des Menschen, so muß man an die Möglichkeit seines tierischen Ursprungs denken und danach fahnden. Jedoch läßt sich beim gegenwärtigen Stand der Dinge noch nicht mit Sicherheit behaupten, daß jede Endo-Ektothrix-Trichophytiasis beim Menschen von Tieren herrühre.

26. Außerdem ist eine Trichophytiasis, die nachgewiesenermaßen vom Tiere her stammt, vom Erwachsenen auf Erwachsene sowohl wie auch auf

Kinder übertragbar. Auch kann die Ansteckung vom Tier direkt oder indirekt erfolgen.

27. Der tierische Ursprung der Trichophytiasis des Bartes. In Frankreich findet man niemals bei der Sykosis das Trichophyton scholae, d. h. das Endothrix der Kinder. Das Barthaar enthält niemals das Trichophyton endothrix, sondern immer nur das Trichophyton endo-ektothrix oder das Ektothrix purum.

Die Kulturen haben sehr verschiedenes Aussehen. Bei drei Arten liefs sich die Herkunft nicht bestimmen; bei sechs anderen war sie zu ermitteln; sie konnten direkt von den betreffenden Tieren gezüchtet werden. (Pferd, Hund, Huhn und Katze).

In $\frac{2}{3}$ der Fälle von Sykosis ist die Krankheit demnach nachweisbar tierischen Ursprungs; wahrscheinlich ist es auch für das andere Drittel.

28. Die abnormen Formen von Herpes tonsurans. Alle Arten von Trichophyton endo-ektothrix oder ektothrix purum können beim Kind eine Trichophytiasis veranlassen. Auf dem Kopfhaar, selbst dem ganz jungen, bewahrt das Trichophyton seinen Charakter als Ektothrix, wodurch die Diagnose einer abnormen Trichophytiasis ermöglicht wird. Meistens macht ein derartiger Herpes tonsurans eigenartige Symptome, wie sie bei der gewöhnlichen Trichophytiasis scholae nicht beobachtet werden: Sichtbare Kreise auf der Epidermis, Blasen, Pusteln, Infiltrationen der Cutis, kranke Haare, von einer Epidermoidscheide umgeben u. s. w.

29. Die Trichophytiasis cutanea. In Frankreich rühren die Trichophytiasis-Kreise auf der glatten Haut fast immer von Trichophytonarten her, die als Endo-Ektothrix oder als Ektothrix purum im menschlichen Haare vorkommen.

Das Endothrix scholae setzt immer nur geringfügige, flüchtige Veränderungen und seine Herkunft — das kranke Kind — ist gewöhnlich leicht in der Umgebung des Kranken zu ermitteln.

30. Onychomykosis. Bei keiner der bis jetzt untersuchten Epidemien von Trichophyton endothrix scholae ist ein Fall von Onychomykosis beobachtet worden.

Sämtliche Onychomykosen, die im Hôpital Saint-Louis zur Beobachtung kamen, lieferten bei der Kultur eine von den Trichophytonarten, die als Endo-Ektothrix im menschlichen Haar vorkommen.

31. Im ganzen ist trotz der ungeheuren Menge von Herpes tonsurans der Kinder, die vom Trichophyton endothrix verursacht werden, das Verhältnis der in jedem Alter vom Trichophyton ektothrix hervorgerufenen Fälle doch ein beträchtliches.

Alle Fälle von Sykosis des Bartes, $\frac{9}{10}$ aller Fälle von Hauttrichophytiasis, $\frac{1}{10}$ der Fälle von Herpes tonsurans und schliesslich sämtliche Onychomykosen scheinen dem Endo-Ektothrix oder dem Ektothrix purus

ihr Dasein zu verdanken. Die Abstammung vom Tiere ist hier wahrscheinlich und für mehr als die Hälfte der Arten schon bewiesen.

32. Es ist ganz gut möglich, daß, namentlich in Ländern, in denen die Trichophytiasis selten ist, sämtliche Fälle beim Menschen von Tieren abstammen, und daß sich hier kein menschlicher Typus, keine, dem Kindesalter eigene Trichophytonart findet, wie es in Paris z. B. der Fall ist. Indessen vermögen nur Untersuchungen in verschiedenen Ländern und namentlich Untersuchungen über die Trichophytiasis der Tiere Licht in diese Dinge zu bringen.

33. In einem beliebigen Lande, dessen Trichophytonflora man kennt, kann man bei der mikroskopischen Untersuchung eines kranken Haars meistens die Artgruppe bestimmen, zu welcher das betreffende Trichophyton gehört, ja die Art selber läßt sich sogar mit Wahrscheinlichkeit, wenn auch nicht mit Sicherheit bestimmen.

Einzelne Arten haben gleichmäßige, viereckige Sporen, bei anderen sind sie rundlich und unregelmäßig, oder sie besitzen ein Mycelium, das brüchig ist oder das den Mitteln, von welchen die Haare aufgelöst werden, Widerstand entgegengesetzt u. s. w. u. s. w.

Aber alle diese Unterschiede reichen nicht aus, um auf Grund der mikroskopischen Untersuchung allein mit Sicherheit vorherzusagen, was für eine Kultur man von dem kranken Haar erhalten wird.

34. Klassifikation der Trichophytonarten. Eine solche Klassifikation ist zur Zeit noch unmöglich, sie wird aber voraussichtlich in der Zukunft gelingen. Voraussetzung dazu ist, daß in jedem Land die einheimischen Trichophytonarten gekannt seien. Die Klassifikation eines einzelnen Landes wird mit derjenigen der Nachbarländer in manchen Punkten übereinstimmen, in manchen aber nicht.

35. Für Frankreich ließe sich etwa folgende Klassifikation entwerfen: Trichophyton endothrix — kraterförmige Kulturen. — 3 bekannte Arten. Trichophyton endo-ektothrix. — Spitze Kulturen. 3 bekannte Arten. Trichophyton ektothrix. — Weiße Kulturen und Trichophytiasis suppurativa. — 6 bekannte Arten. Jedoch bleiben daneben noch etwa ebensoviele Arten, die ich nicht unterzubringen wüßte.

36. Saprophytischer Zustand des Trichophyton. Für die Mehrzahl der Trichophytonarten liegt die Frage nach ihrem saprophytischen Vorkommen in der Natur sehr nahe. Folgende Gründe machen diese Vermutung sehr wahrscheinlich:

1. In der künstlichen Kultur bildet das Trichophyton sehr leicht eine äußere Spore, was in seinem parasitären Dasein nie vorkommt.
2. Einzelne Trichophytonarten sind so selten, daß sich ihr Fortbestand nur durch ein saprophytisches Weiterwachsen erklären läßt.

3. Auf beliebigen organischen Stoffen und selbst auf Erde lassen sich Kulturen von ihnen gewinnen.
4. Die Familie der Sporotrichum-Botrytis enthält eine große Zahl von Arten, die keine parasitäre Rolle spielen, sondern nur als Saprophyten vorkommen.

37. **Pyogene Eigenschaften des Trichophyton.** Einzelne Trichophytonarten sind in Frankreich niemals bei Eiterungen gefunden worden (Endothrix, Endo-Ektothrix mit spitzer Kultur); andere dagegen (in Frankreich) regelmäßig Veranlassung zu Vesiko-Pusteln, oder zu tiefgehender Follikulitis mit nachträglicher Narbenbildung (Kerion). Aus dem Eiter lassen sich reine Trichophytonkulturen gewinnen; diese, auf ein Meerschweinchen übergeimpft, erzeugen von neuem Eiterung, und dieser Eiter liefert wiederum reine Kulturen.

Aus diesen Thatsachen folgt:

Einzelne Trichophytonarten sind Eitererreger.

Verschiedene von ihnen sind es fast immer.

Andere scheinen es nie zu sein.

38. **Die schwankende Virulenz des Trichophyton.** In Frankreich erzeugen einzelne Trichophytonarten mit weißer Kultur fast immer Eiterungen (Kerion). Jedoch liefs sich auch mit diesen Arten, wenn sie sehr abgeschwächt und erhitzt waren, ein trockener Trichophytonherd hervorbringen. Daraus folgt, daß das nämliche Trichophyton nicht immer die nämliche Krankheitsform erzeugt, und daß die nämliche Trichophytonart eine schwankende Virulenz besitzen kann.

Möglich ist auch, daß einzelne Arten in verschiedenen Ländern von verschiedener Virulenz sind.

39. Infolge der Schwankungen in der Virulenz der Trichophytonarten läst sich aus der äußeren Form der Erkrankung nicht immer mit Sicherheit auf die Art des Erregers schließen. Jedoch wird in Frankreich das Kerion, gleichviel an welchem Körperteil es sitzt, durch eine Art mit weißer Kultur verursacht und unter zehn Fällen ist das neunmal das pyogene Trichophyton des Pferdes.

40. **Die Mykologie des Trichophyton.** Wenn man von vielen Trichophytonarten im hängenden Tropfen Kulturen anfertigt und sie unterm Mikroskop miteinander vergleicht, so findet man, daß sie in sehr vielen Punkten übereinstimmen.

In einem verschieden langen Zeitraum, der aber zwei Tage nie überschreitet, wachsen aus der Mutterspore junge Fäden. Diese bedecken sich bald mit Sporen, die auf ihnen gestielt sind, und infolgedessen die Eigenschaften von äußeren Sporen der Mucedinen haben; sie wachsen eine neben der anderen, längs des Myceliumfadens. Meistens stehen sie so dicht nebeneinander, daß sie eine Traube bilden. Diese Traube ist

je nach der Art entweder länglich — Trichophyton mit spitzer, gelber Kultur —, oder sie ist gedrängt und kugelig — Trichophyton mit spitzen violetten Kulturen —, oder geradlinig — Trichophyton 1. vom Pferde, mit weißer Kultur — oder gewunden — Trichophyton 2. vom Pferde mit weißer Kultur. —.

Aber in keiner Trichophytonkultur scheint die Sporentraube zu fehlen.

Die Charaktereigenschaften des Trichophyton verweisen es in die Klasse der Mucedinen. Es schließt sich an die Gruppe des Sporetrichum an. Dieses Merkmal gehört von nun an zur Beschreibung des Trichophyton.

41. Neben dieser Traubenbildung haben einzelne Trichophytongruppen nun noch besondere Eigentümlichkeiten, die zwar weniger regelmäßig, aber doch recht häufig angetroffen werden, z. B. vielfarbige Spindeln (NEKES und FURTHMANN), wie sie namentlich bei der Gruppe des Trichophyton pyogenes mit weißer Kultur beobachtet werden; oder die Spiralen, die allerdings nichts anderes als sterile Fäden zu sein scheinen.

42. Durch die äußere Spore wird dem Trichophyton sein Platz unter den Mucedinen angewiesen. Aber um zu wissen, von welcher Gruppe von höheren Pilzen sie abstammen, muß man die Entwicklung der höheren Reproduktionsorgane hervorzurufen suchen, und so vorher ermitteln, ob sie zu den höheren Mucedinen, ferner, ob sie zu den höheren Pilzen gehören (das ist dann wahrscheinlich die Gruppe der Ascomyceten).

43. Zu dieser besonderen Untersuchung hat man die Formen der älteren Trichophytonkulturen zu studieren, d. h. derjenigen, die von der Sammlung der verschiedenen Trichophytonkulturen auszuschließen sind.

44. Pleomorphismus des Trichophyton. Bei Untersuchung der alten Kulturen gewahrt man, daß zu der ursprünglichen Kultur neue, fremdartige Formen hinzugekommen sind. Das rührt zum Teil daher, daß die Kultur des pathogenen Trichophyton nicht ganz rein war, daß vielmehr ein kryptogamer, nicht pathogener Keim mit untergelaufen ist.

45. In den meisten Fällen handelt es sich aber tatsächlich um eine Umwandlung des Trichophyton. Und wenn man diese neue Form wieder aussät, so erhält man einen Typus, der nicht nur von der Mutterkultur, sondern auch von jeder anderen Trichophytonkultur abweicht.

46. Aber diese Metamorphose vermag nicht eine Trichophytonart in eine andere umzuwandeln. Denn die neugebildeten Formen tragen niemals Trauben; und niemals läßt sich ein traubentragendes Trichophyton in eine andere, traubenbildende Art umwandeln selbst nicht in eine nah verwandte. Auch eine einfache Mucedine wandelt sich nie in eine andere einfache Mucedine, sondern immer nur

in eine höhere Form um (Pseudoparenchyma, Mucedinée agrégée). Ebenso verhält es sich mit dem Trichophyton; eine jede Art hat verschiedene ihr eigentümliche Formen der Umwandlung. Wollte man dieses Verhalten so deuten, daß man sagte, es gebe nur Eine Trichophytonart mit vielfältigen Kulturen, so würde man einen großen Irrtum begehen, denn nicht nur sind die pleomorphischen Formen nicht mehr Trichophyton, bilden keine Trauben mehr, sondern es gilt auch als Regel, daß durch den Pleomorphismus eine einfache Mucedine nicht in eine andere einfache Mucedine umgewandelt wird; vielmehr bildet sich bei diesem Vorgang aus einer niederen kryptogamischen Form stets eine höhere.

Ein Pleomorphismus, bei dem aus einem traubenbildenden Trichophyton ein anderes traubentragendes Trichophyton hervorginge, wäre kein einfacher Pleomorphismus mehr, sondern eine Abartung im Darwinistischem Sinne. Ein derartiger Fall ist aber noch nie beobachtet worden.

47. Das Achorion als Urheber der Trichophytiasis. In Frankreich giebt es sicher eine recht große Anzahl von circinösen Haut- und Haarerkrankungen, an deren trichophytischer Natur man bei der bloßen Betrachtung keinen Zweifel hegt und bei denen doch durch die Kultur Pilze ermittelt werden, die mit keiner der bekannten Trichophytonarten zu vergleichen sind.

48. Diese Parasiten bilden Kolonien, die allen bekannten Achorionarten so ähnlich sind, daß jeder Mykologe sie nach dem bloßen Aussehen zum Favus verweisen würde.

49. Wie alle bekannten Arten des Favus, so wachsen auch diese besonderen Pilze bei der gewöhnlichen Temperatur (10—20°) nur äußerst langsam.

50. Dagegen wachsen sie, wie auch die übrigen bekannten Achorionarten, bei der gewöhnlichen Temperatur des Brutofens (30—35°) sehr schnell.

51. Desgleichen verflüssigen sie, wie alle anderen Favusarten, die Gelatine schon am ersten Tage ihres Wachstums (3.—4. Tag der Aussaat) — im Gegensatz selbst zu den wirksamsten Trichophytonarten, bei denen die Verflüssigung immer erst am 12.—15. Tag beginnt.

52. Auch darin gleichen diese Pilze den Favusarten, daß sie azotische Stoffe, organische sowohl wie mineralische, in großer Menge assimilieren, während sie — wiederum im Gegensatz zum Trichophyton — die kohlenwasserstoffhaltigen Stoffe (Zucker) nicht angreifen.

53. Ferner bilden diese Pilze, wie alle bekannten Favusarten, in Kulturen Formen, die in jeder Beziehung an die Oospora erinnern, während es bei ihnen niemals zu der für das Trichophyton so charakteristischen Traubenbildung kommt.

54. Bis jetzt sind nur drei Arten von diesen Pilzen bekannt.

55. Bei der Untersuchung kranker Haare findet man, daß diese Parasiten bald die Myceliumform des Achorion annehmen, bald unter dem typischen Bilde des Trichophyton ektothrix erscheinen.

56. Bei der Überimpfung auf den Menschen bildet eine der Formen einen typischen Trichophytiasiskreis, die anderen ein atypisches Kerion, das aber der Trichophytiasis sich annähert. — Die Bildung von Favuskörpern wird dabei aber nie beobachtet.

57. Auch bei ihrer Überimpfung auf Tiere entstehen keine Favuskörper, wohl aber kryptogamische Abscesse, aus denen der Pilz wieder in Reinkultur zurückgewonnen werden kann.

58. Bei der Weiterverimpfung nimmt der Pilz, genau wie alle anderen parasitären Pilze, die Form und die Eigenschaften der Mutterkultur wieder an.

In allen einschlägigen Fällen, die bis jetzt untersucht wurden, wurde der tierische Ursprung der Parasiten

1. entweder von den Kranken behauptet;
2. oder ohne Mühe nachgewiesen;
3. oder endlich aus der völligen Übereinstimmung der Kulturen, die von Tieren abstammten, mit denen, die vom Menschen gewonnen waren, erkannt.

59. In allen diesen Fällen war schon in der Klinik die Diagnose auf Trichophytiasis tierischer Herkunft gestellt worden.

60. Diese Thatsachen könnten zu zwei widerstreitenden Schlussfolgerungen verleiten:

- I. Man könnte entweder behaupten, diese kryptogamen Pilze sind Trichophytonarten mit favusartiger Kultur;
- II. oder man könnte meinen, es handle sich um echte Favusarten mit trichophytoider oder auch trichophytischer Erkrankung.

Berücksichtigen wir aber alle die erwähnten mykologischen und biologischen Beziehungen der Pilze, berücksichtigen wir ferner, daß eine vernünftige Ordnung der parasitären Pilze des Menschen sich ausschließlich auf deren Mykologie und Biologie begründen kann, so kommen wir (SABOURAUD und BODIN) zu dem Schlusse:

Daß es echte Favusarten giebt, die beim Menschen die klinischen Erscheinungen der Trichophytiasis verursachen und deren wirklicher Charakter erst durch die Kultur erkannt wird.

2. Teil.

**Die Alopecia chronica auf Grund der kleinen Sporen nach GRUBY.
(Mikrosperon Audouini.)**

61. Neben der Trichophytiasis hat die Dermatologie noch einen

anderen ausgesprochenen Krankheitsbild einen Platz einzuräumen, nämlich einer Haarerkrankung der Kinder (*Tondante à petites spores de GRUBY*), die durch einen besonderen Pilz, das *Mikrosporon Audouini* (GRUBY 1843) veranlaßt wird.

62. Diese Krankheit bietet eine einheitliche, sich immer gleich bleibende Symptomatologie, nämlich große Plaques, die mit grauen, feinen, trockenen und festsitzenden Schuppen bedeckt sind. (*Pityriasis alba parasitica*.) In Frankreich wenigstens ist dieser Symptomenkomplex immer derselbe, niemals kommt es zu einer Follikelentzündung mit Eiterbildung.

63. Auf diesen Plaques sind die 6—7 mm langen Haare mit einem grauen, aus Pilzen bestehenden Belag überzogen, der als Haarscheide noch 3—4 mm in die Haut eindringt. Beim Versuch, das Haar auszuziehen, bricht dieses in einem Millimeter Tiefe in der Haut.

64. Bei dieser Haarkrankheit kommt es auch häufig zu vorübergehenden Infektionen der Epidermis, die aber immer nur im Beginn der Erkrankung beobachtet werden.

65. Wird diese Krankheit nicht gleich im Beginn durch energisches Eingreifen und strenge Malsregeln bekämpft, so nimmt sie einen sehr ersten und hartnäckigen Charakter an und kann sich über 3—8 Jahre hinziehen.

66. Sie ist für Kinder im höchsten Grade kontagiös. Gegen die Pubertät hin hört sie aber von selber auf, und zwar hinterläßt sie keine dauernde Kahlheit, sondern die ausgefallenen Haare ergänzen sich wieder.

67. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet sich der Parasit in den Schuppen der *Pityriasis alba* unter der Form eines feinen *Myceliums*; dieses besteht aus länglichen Zellen, die mit ihren Enden zusammenhängen.

68. Die mikroskopische Untersuchung des Parasiten im Haar ist ganz einfach. Rings um das Haar gewahrt man eine Schicht, die aus einem Mosaik polyedrischer, dichtgelagerter Sporen besteht. Diese Sporen haben einen Durchmesser von 2—4 μ und liegen ganz ordnungslos, bilden auch keine Ketten, und obschon sie dicht nebeneinander stehen, kommt es auch nicht zur Fadenbildung. Sie umgeben das Haar, ohne in dasselbe einzudringen. Durch ihre Anhäufung entsteht der graue, für das unbewaffnete Auge sichtbare Mantel, der das Haar bei seinem Austritt aus der Haut umhüllt.

69. Bei eingehenderer Untersuchung zeigt der Parasit einen recht zusammengesetzten Bau.

Im Inneren des Haares besteht ein fadenförmiges *Mycelium*, von dem unter einem Winkel von 10—15° Zweige abgehen, die sich immer weiter verzweigen. Die letzten Fibrillen durchbohren das Haar und dringen nach

ausen. Auf diesen Endfibrillen sind nun die Sporen der parasitären Schicht nebeneinander befestigt.

70. Aus diesem Befunde ergibt sich, daß die Spore der Haarscheide keine Mycelium- oder Endospore ist, wie die trichophytischen Sporen, sondern eine Ektospore, der wahre Kern der Mucedinen; und es ergibt sich daraus weiter, daß unter allen parasitären Keimen das Mikrosporon Audouini einstweilen der einzige ist, der alle Stadien seiner Entwicklung als Mucedine im Haare selber durchläuft.

71. Diese Schilderung deckt sich vollkommen mit der Beschreibung, die GRUBY 1843 von dem Pilz gegeben hat. Dieser Pilz ist das Mikrosporon Audouini (GRUBY 1843).

72. Die Kultur dieses Pilzes ist leicht auf allen Medien herzustellen. Fast auf allen festen Nährböden bildet das Mikrosporon Audouini eine flache Scheibe von weißem, flaumigen Rasen, auf Kartoffeln einen grauen, feuchten Strich, der später rotbraun wird und sich mit einem spärlichen Flaum bedeckt.

73. Die Morphologie der Kultur. In der Kultur bewahrt der Pilz regelmässig deutliche Mycelium- und Sporenformen.

Sein Mycelium besteht aus keulenförmigen Zellen. Wenn es zur Sporenbildung kommt, so wachsen zuerst längs des Myceliums feine, nicht gespaltene, streifenartige Fäden. Diese krümmen sich und bilden Schleifen, und auf letzteren wachsen in zuckerhaltigem Nährboden die äußeren Sporen. Die Schleifen spielen dabei die Rolle von Conidiophoren; auf ihrem mit kleinen Buckelchen bedeckten Rande, der infolgedessen wie ein Kamm aussieht, sitzen die äußeren Sporen auf.

74. Die Autonomie des Herpes tonsurans ist demnach unbestreitbar. Es ist die einzige Mykose, deren Pilz in seinem parasitären Lebensabschnitt das Leben der Mucedinen ganz durchläuft. (Äußere Spore.)

Außerdem unterscheidet sich ihr ursprünglicher Pilz von allen anderen Trichophyten 1. durch seinen verwickelten Bau im Haar; 2. durch die Gestalt, die er in der Kultur annimmt; 3. durch biologische Eigenschaften, die denen der übrigen Trichophytonarten ganz entgegengesetzt sind (unbegrenzte Lebensdauer auf Kartoffeln); 4. durch die keulenartige Form seines Myceliums in Kultur, und endlich 5. durch das kammartige Aussehen seines Reproduktionsapparats.

75. Eigentümlich erscheint das Verbreitungsgebiet des Mikrosporon Audouini. In England ist es sehr häufig, in Frankreich hat es ungefähr nur die Hälfte aller Fälle von Herpes tonsurans auf seinem Gewissen. In Italien, in Ostdeutschland u. s. w. ist es ganz unbekannt. Jedoch ist sein Ausbreitungsgebiet noch nicht sicher festgestellt.

76. In Frankreich sind alle Fälle von kleinsporigem Herpes tonsurans durch das nämliche Mikrosporon Audouini bedingt; dasselbe liefert immer

die nämliche Kultur. Das Mikrosporon Audouini des Kindes gestattet demnach keine Abweichungen.

77. Dagegen kommt eine Varietät des Mikrosporon Audouini des Pferdes vor, die in seltenen Fällen auf den Menschen übertragen wird.

78. Es ist dies der Herpes contagiosus des Füllens. — Der Pilz im Pferdehaar hat den nämlichen verwickelten Bau, wie das Mikrosporon Audouini des Kindes im kindlichen Haar.

79. Beim Menschen hat man ihn beobachtet:

1. In einer Entzündung in Schleifenform mit doppeltem, rotem Saum (die kahle Haut der Kinder).
2. Bei einem Herpes tonsurans eines Erwachsenen (30 J.); hier hatte die Haarkrankheit die Eigenschaften eines kindlichen, kleinsporigen Herpes tonsurans (SABOURAUD).
3. In dem Bart eines Mannes (BODIN).

In zwei von diesen Fällen wurde durch die Kultur die Ansteckung vom Pferde her bewiesen.

80. In der Kultur hat das Mikrosporon Audouini des Pferdes große Ähnlichkeit mit demjenigen des Kindes und unterscheidet sich von letzterem nur durch sein Färbungsvermögen (rot oder gelbbraun, je nach dem Nährboden), das ihm nie mangelt.

81. In Bezug auf seine Mykologie hat das Mikrosporon Audouini des Pferdes dieselben botanischen Eigenschaften, wie das Mikrosporon Audouini des Kindes — keulenförmiges Mycelium, sporentragende, kammartige Schleifen.

82. Diejenige botanische Familie, denen die Arten des Mikrosporon Audouini am nächsten kommen, ist die Familie der Martonsella, nur daß bei dieser letzteren die Sporen auf der konkaven Seite des Conidiophoron stehen, während sie beim Mikrosporon Audouini die konvexe Seite einnehmen.

(Übersetzt von Dr. J. TÜRKHEIM-Hamburg.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1896. Band 26. Heft 3.

I. Über chronischen Rotz der menschlichen Haut, nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen, von A. BUSCHKE-Breslau. Bei der Vielgestaltigkeit der Krankheit kann die Diagnose namentlich in den schleichend verlaufenden Fällen Schwierigkeiten bereiten. Chronisch entstehende

Rotzgeschwüre an der Nasenschleimhaut und auf der Haut haben so wenig Charakteristisches, daß man sie klinisch kaum von syphilitischen, tuberkulösen Geschwüren, eventuell Aktinomykose der Haut unterscheiden kann. Dafür bringt Verfasser ein Beispiel aus der Greifswalder chirurgischen Klinik. Ein 73jähriger Mann bekam vor etwa einem halben Jahre ohne besondere Ursache am rechten Zeigefinger gerötete, schmerzhafte Stellen. Dieselben vereiterten, heilten zum Teil spontan ab, während einige weiter um sich griffen. Im Laufe der Zeit entstanden ähnliche fressende Geschwüre auf dem Handrücken. An einzelnen Stellen trat Vernarbung und Heilung ein, an anderen ging das Geschwür weiter. Gegenwärtig zeigt der in der Ernährung stark heruntergekommene blasse Patient an der Dorsalfläche des rechten Zeigefingers in der ganzen Ausdehnung der Grund- und Mittelphalanx eine Ulceration, welche sich auf die seitlichen Flächen des Fingers herab erstreckt. Die Ränder des Geschwüres sind scharf, unregelmäßig, nahezu nierenförmig gestaltet. Die benachbarten Hautränder sind livide gerötet und fühlen sich etwas infiltriert an. Im Grunde des Geschwüres liegt ein Teil der Strecksehne des Zeigefingers bloß; sie hat ihren Atlasglanz verloren und ist schmutziggelb gefärbt. Das Geschwür ist im ganzen mit schmutzigen, leicht blutenden, etwas zähen Eiter zeigenden Granulationen bedeckt. Zwischen Daumen und Zeigefinger und in der Nähe des Handgelenks befinden sich ähnlich beschaffene Ulcerationen. Die Achseldrüsen, wie Leistendrüsen sind leicht geschwollen.

Die Diagnose schwankte bei dem unsicheren klinischen Bilde, das der Patient darbot, zwischen Aktinomykose und Lues. Durch Zufall kam der Verfasser auf die richtige Diagnose. In der Greifswalder medizinischen Klinik lag gerade ein Fall, bei dem die Möglichkeit einer Rotzinfektion diskutiert wurde (es war, wie sich später ergab, Lues). Der Glaube an das Gesetz der Duplizität der Fälle brachte den Verfasser auf den Gedanken, daß es sich bei seinem Patienten um Rotz handeln könnte. Es wurden daraufhin von dem Eiter der Geschwüre Kulturen auf Kartoffeln angelegt, weil gerade auf diesem Nährboden der Rotz in sehr charakteristischer Weise wächst: honigfarbene, bräunliche, glasige Kolonien. Für die rasche Diagnose des Rotzes außerordentlich praktisch erwies sich die Methode von STRAUSS. Vom Eiter der Geschwüre wurde eine Aufschwemmung in Bouillon gemacht und je 2 ccm davon je einem männlichen Meerschweinchen in die Bauchhöhle gespritzt. Wenn eine genügende Menge Rotzbacillen injiziert wird, tritt nach 2—3 Tagen Hodenschwellung auf; es entsteht eine eiterige Tunicitis vaginalis, im Eiter finden sich dann Rotzbacillen. Bei beiden Tieren trat nach 4 Tagen eine bedeutende Hodenschwellung auf, nach 6 Tagen war bei einem Meerschweinchen am rechten Testikel die Haut stark gerötet, gleichzeitig zeigte sich an der Stelle Fluktuation. Es wurde incidiert, und etwas Eiter entleert, in welchem sich reine Bacillen, welche Rotzbacillen gleichen, fanden. Nach 3, resp. 4 Wochen starben beide Tiere. Auch bei dem zweiten hatte sich eine eiterige Entzündung der Tunica vaginalis entwickelt; in den inneren Organen fanden sich zahlreiche Rotzknötchen.

Der Patient gab nachträglich auf Befragen an, daß er um die Zeit der Erkrankung des Zeigefingers mit rotzkranken Pferden zu thun gehabt hätte. Die Tiere waren damals erschossen worden.

Der Verfasser beschäftigt sich in folgendem unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur noch weiter mit der Diagnose des chronischen Rotzes. In der Veterinärmedizin hat sich das Mallein zu diagnostischen Zwecken beim Rotz nützlich erwiesen.

Aus dem Studium der Litteratur und der Untersuchung seines Falles zieht der Verfasser folgendes Resultat:

1. Es gibt neben den an der Nasenschleimhaut und um dieselbe sich lokali-

sierenden Fällen von chronischem Rotz mit meistens multiplen Herden im Körper einen auf eine Extremität lokalisierten chronischen Rotz.

2. Die aus den Rotzneubildungen hervorgehenden Rotzgeschwüre haben an sich wenig oder gar nichts Charakteristisches, sie gleichen fast vollkommen Geschwüren, welche aus syphilitischen Neubildungen entstehen.

3. Die Diagnose wird gestellt durch die bakteriologische Untersuchung und zwar das STRAUSSsche Verfahren der intraperitonealen Impfung, was aber noch dahin zu ergänzen ist, daß die aus dem Hodeneiter gewonnenen Bacillen durch Färbung (GRAMSches Verfahren) und Kultur mit Rotzbacillen zu identifizieren sind.

4. Das Mallein ist möglicherweise auch für den menschlichen Rotz als diagnostisches und prognostisches Mittel zu verwerten.

5. Therapeutisch ist bei ganz lokalen Herden oder auch bei multiplen Herden, wenn sie einer radikalen Therapie zugänglich sind, eine Exstirpation im gesunden, Verschorfung mit dem Paquelin, womöglich unter Blutleere ausgeführt, indiziert.

II. Ein Fall von Pemphigus acutus mit Hornzystenbildung, von M. BEHREND-Bern. Der 21jährige Patient hat vor 3 Jahren mehrere Wochen an Gelenkrheumatismus gelitten. Vor 3 Wochen erkrankte er am 5. Februar mit Schüttelfrost, heftigen Schmerzen in beiden Fuß-, Knie- und Hüftgelenken. Er ließ sich Schröpfköpfe setzen. Am 9. traten an den Füßen, Oberschenkeln und im Gesicht zahlreiche Blasen auf, worauf die Gelenkschmerzen aufhörten. Alte Blasen trockneten ein, andere schossen wieder hervor. Der Patient zeigt jetzt die ganze Körperhaut von einem symmetrischen Exanthem mit starker Blasenbildung diffus ergriffen. Die meisten Blasen sind fast vollständig eingetrocknet. An verschiedenen Stellen zeigt die Haut die Neigung, sich in Fetzen abzulösen.

Während der Behandlung mit Bädern und Borvaselinverbänden trat Besserung ein, die jedoch von einzelnen frischen Eruptionen zeitweilig unterbrochen war.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose und teilt das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Die Epidermis zeigt sich stellenweise in allen ihren Schichten gleichmäßig verbreitert. Am auffälligsten sind in den Präparaten zahlreiche Cysten, von denen man 2 Gruppen unterscheiden kann: 1. Cysten, die von den Haarbälgen ausgegangen sind und 2. Hornzysten, die von den Schweißdrüsengängen ausgegangen sind. Sie liegen zumeist in der Cutis, mit wenigen Ausnahmen, ohne Zusammenhang mit der Epidermis; nur sehr wenige von ihnen liegen auch in der Epidermis. An Zahl übertreffen die aus den Schweißdrüsengängen hervorgegangenen Cysten die anderen bei weitem, und die ersteren entsprechen den hirsekorngroßen Knötchen, die man makroskopisch auf den von Pemphigusblasen bedeckten Stellen beobachten konnte. Sie sind keine Retentionscysten, da der Inhalt nicht aus Fettmassen und Detritus, sondern stets aus Hornzellen, ihre Wandungen immer aus mehreren Schichten Epithelzellen bestehen und an verschiedenen Stellen reichliche Keratohyalinbildung zeigen. Es handelt sich der Hauptsache nach um Proliferationsvorgänge, durch welche die Cysten hervorgerufen werden. Als Endursache für die Proliferation mögen Stauungen bei der Blasenbildung in Frage kommen.

Von besonderem Interesse ist das spontane Verschwinden der Cysten, namentlich der in der Cutis liegenden. Möglich, daß dieselben allmählich nach oben rücken, bis sie mit der Epidermis verschmelzen und dann ebenso wie die mit der Epidermis zusammenhängenden Cysten abgestoßen werden.

Verfasser vergleicht seine Befunde an der Hand der Litteratur mit denjenigen anderer Autoren. Was die Klassifizierung der Cysten betrifft, so möchte Verfasser diejenigen, welche ihren Ausgangspunkt in den Talgdrüsen haben, den echten Milien, die von den Schweißdrüsengängen entspringenden, den Hornzysten zuzählen.

III. Über die Beziehungen der Hautkrankheiten zum Gesamtorganismus und über toxische Exantheme, von J. NEUMANN-Wien. Die Bakteriologie und das Studium der Infektionskrankheiten haben die alten, längst vergessenen Lehren der Humoralpathologie insofern wieder in Erinnerung gebracht und in wissenschaftliche Bahnen geleitet, als sie den Nachweis lieferten, daß die Gewebssäfte, — Blut und Lymphe — als Virusträger fungierten und das Virus auf dem Wege der Circulation an die verschiedensten Stellen befördern. Gleichzeitig gelangte neben dem Begriffe der Infektion durch die Erforschung der chemischen Vorgänge im Organismus der Begriff der Autointoxikation zu hervorragender Geltung.

Der Verfasser will in der vorliegenden Arbeit diejenigen Hautkrankheiten besprechen, bei denen Beziehungen zur Infektion und Autointoxikation angenommen werden können. Sie lassen sich in 2 Gruppen scheiden: 1. in die sog. akuten infektiösen Exantheme — Masern, Scharlach, Blattern, Flecktyphus —, bei welchen die Hautveränderungen einen wesentlichen Teil des Krankheitsbildes darstellen; 2. in solche Hautaffektionen, welche als Begleiterscheinungen von Infektionskrankheiten auftreten, an und für sich für die Erkrankung nicht wesentlich einen mehr accidentellen Charakter zeigen und auch inkonstant sind. Hierher gehören z. B. Typhus, Diphtherie, Puerperalfieber etc. Der Verfasser beschäftigt sich eingehend mit der zweiten Gruppe, den sog. sekundären Infektionsexanthenen. Auf Grund der vorhandenen Thatsachen spricht er die Ansicht aus, daß die sekundären Infektionsexantheme nicht auf rein reflektorisch-vasomotorischem Wege entstehen, sondern durch direkte örtliche Einwirkung entweder der Krankheitserreger selbst oder ihrer toxischen Stoffwechselprodukte zu stande kommen.

Zu den infektiösen Erkrankungen, in deren Gefolge Hauteruptionen auftreten, gehört auch der apthöse Prozess, dessen Ätiologie bisher nicht mit Sicherheit nachgewiesen ist. Man hat wohl in den Efflorescenzen Eiterkokken vorgefunden, auch kultiviert; Übertragungsversuche haben jedoch kein positives Resultat ergeben. Trotzdem läßt das klinische Bild der Erkrankung, das häufige Vorhandensein von Fieber, Mattigkeit, Abgeschlagenheit, Gelenkschmerzen, die die Aphthenerkrankung des Kindesalters zuweilen begleitende Nephritis keinen Zweifel an der infektiösen Natur der Affektion zu. Verfasser hat früher auf einen Fall von Colpitis apthosa und auf das gleichzeitige Vorkommen von Hautexanthenen aufmerksam gemacht. Seitdem sind ihm weitere Fälle zur Beobachtung gelangt, deren Krankengeschichten im folgenden mitgeteilt werden. Aus denselben ergibt sich, daß neben den apthösen Geschwüren, die vorwiegend an der Schleimhaut der kleinen Labien, der Vagina und des Cervix, ferner an der Mundschleimhaut, zuweilen an der Bindehaut des Auges und an der Mamilla auftreten, Allgemeinerscheinungen, besonders Fieber, und dann Hauteruptionen begleiten, welche vorwiegend dem Typus des Erythema nodosum angehören, zuweilen auch dem Bilde des Erythema iris und des Erythema exsudativum multiforme entsprechen; manchmal repräsentieren sie in Gruppen angeordnete Bläschen. Die Efflorescenzen sehen hellrot bis bläulich aus. Sie lokalisieren sich an den verschiedensten Körperstellen. Da diese Hauteruptionen mit jeder Exacerbation des apthösen Prozesses frisch auftreten und mit dem Cessieren desselben verschwinden, so liegt es nahe, anzunehmen, daß die Hauterscheinungen beim apthösen Prozess durch die direkte Einwirkung jener Infektionskeime oder ihrer giftigen Stoffwechselprodukte entstehen, welche das Grundleiden hervorrufen, und daß sie die lokalen Manifestationen der Infektion an der Haut bilden.

IV. Bartholinitis und Leistendrüsen, von J. H. RILLE-Wien. Die Litteratur über Frauenkrankheiten, insbesondere über die Blennorrhoe beim Weibe und ihre Komplikation bringt so viel wie gar nichts über das Verhalten der Lymphdrüsen bei

Erkrankungen der BARTHOLINISCHEN Drüse. Verfasser weist an der Hand eines Krankheitsfalles nach, daß ein Abscess der BARTHOLINISCHEN Drüse Schwellung und Vereiterung von inguinalen Lymphdrüsen zur Folge haben resp. eine solche verursachen kann.

Die 18jährige Patientin, Prostituierte, zeigt bei der Aufnahme die linke BARTHOLINISCHE Drüse haselnußgroß, schmerzhaft, fluktuierend; das Labium über derselben gespannt und gerötet. Aus dem Ausführungsgange entleert sich auf Druck weißlichgelber Eiter, ebenso in geringer Menge aus der Harnröhre. Die Inguinaldrüsen sind beiderseits haselnußgroß, indolent. Es wurde eine Incision und hierauf Excochleation des BARTHOLINISCHEN Abscesses gemacht, die Drüsenreste wurden mit Pinzette und Schere entfernt, schließlic ein Jodoformverband angelegt. Während sich die Wunde in den folgenden Wochen reinigte, nahm die Schwellung der linken Leistenrüse stetig zu. Etwa 3 Wochen nach der Incision war sie schmerzhaft, gerötet, fluktuierend. Ein Einschnitt in den Bubo förderte graugelben, stark blutig tingierten, übelriechenden Eiter in großer Menge zu Tage.

Verfasser versucht nun den ätiologischen Zusammenhang zwischen dem BARTHOLINISCHEN und dem Lymphdrüsenabscesse vom anatomischen Standpunkte aus nachzuweisen. Die Ansichten der Autoren über die anatomischen Beziehungen der Lymphgefäße der BARTHOLINISCHEN Drüse zu den Lymphdrüsen der benachbarten Gewebepartien differieren zwar außerordentlich, lassen jedoch die Möglichkeit der Zusammengehörigkeit des Krankheitsprozesses in der BARTHOLINISCHEN und Leistenrüse zu. Eine kräftige Stütze findet die Annahme in dem Umstande, daß der Eiter stark übelriechend war, ein für den Abscess der BARTHOLINISCHEN Drüse fast charakteristischer, der dem Verfasser niemals bei Schankerbubonen begegnet ist.

Unter 81 Fällen von entzündlichen Affektionen der BARTHOLINISCHEN Drüse, die im Jahre 1895 an Prof. NEUMANN'S Klinik zur Beobachtung kamen, befanden sich 20 mit Abscess und unter diesen 6 (= 30%), die Schwellung und Empfindlichkeit der Leistenrüssen an der korrespondierenden Körperhälfte aufwiesen.

Verfasser teilt die Krankengeschichten dieser 6 Fälle in ganz kurzen Auszügen mit.

V. Die der Zanzibarküste eigentümlichen klimatischen Leistenrüseneutzündungen, von R. RUGE-Berlin. Der Verfasser bespricht zunächst kurz die Ursache, unter denen Leistenrüseneutzündungen entstehen können. Wenig bekannt und auch nicht anerkannt sind bei uns zu Lande klimatische Einflüsse als Entstehungsursachen von Bubonen. Verfasser war als Marinearzt in der Lage an der Zanzibarküste das Auftreten solcher klimatischer Leistenrüseneutzündungen zu beobachten. Gleichzeitig mit ihm und unabhängig von einander haben sieben andere Ärzte auf sechs Schiffen dieselbe Beobachtung gemacht. Der Umstand, dass die Mannschaften mancher Schiffe, welche an der Blockade der Zanzibarküste teilnahmen, während der Blockade von diesen Leistenrüssen zu leiden hatten, und nach Aufhören der Blockade, acht Tage nach der Abreise, kein neuer derartiger Fall mehr zu verzeichnen war, trotzdem die Schiffe Monate hindurch sich in anderen Tropengegenden aufhielten, beweist den ursächlichen Zusammenhang der Bubonen mit dem Klima der Zanzibarküste.

Verfasser teilt im folgenden die Krankengeschichten einer Reihe hierher gehöriger Fälle mit. Es handelt sich ausschließlich um solche Patienten, die das Krankenjournal niemals als geschlechtlich krank angegeben hat.

Das Gesamtresumé seiner Beobachtungen giebt Verfasser in folgenden Schlüssätzen wieder:

1. An der Zanzibarküste kommen klimatische Leistenrüseneutzündungen vor.

2. Ihre Entstehungsursachen sind dunkel. Malariafieber sind nur als gelegentliche Komplikationen, nicht als Entstehungsursachen von klimatischen Leistendrüsenentzündungen anzusehen.

3. Die Differentialdiagnose zwischen klimatischen und venerischen Leistendrüsenentzündungen ist beim Fehlen von Zeichen geschlechtlicher Erkrankungen durch den klinischen Befund nicht zu stellen. Vielleicht geben pathologisch-anatomische Untersuchungen einen Anhalt hierfür. Vor der Hand ist man auf eine genaue Erhebung der Anamnese angewiesen.

VI. Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. Ein Rückblick auf das Jahr 1894, von R. LEDERMANN und RATKOWSKI-Berlin. Die Referate in dem vorliegenden Abschnitte der Zusammenstellung betreffen die Färbung von Oberhautpilzen, Darstellung des Hyalins in der Oberhaut, WEIGERTS Fibrinfärbeverfahren und HERXHEIMERS Fasern; die Verhornung und das Keratohyalin.

C. Berliner-Aachen.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1896. Heft 6.

Über den Ursprung der Alopecie. Abteilung IV: Über die Alopecia totalis, von R. SABOURAUD. Unter Alopecia totalis versteht S. den Verlust sämtlicher Haare, und zwar kommen Fälle vor, in denen nicht nur sämtliche Kopfhare, sondern auch die Barthaare, die Augenbrauen u. s. w. verloren gegangen sind. Diese Form ist nur eine Varietät der Alopecia areata, sie beginnt, wie diese, mit einer einzelnen Plaque, bald gesellen sich aber noch weitere hinzu, die schliesslich, immer grösser werdend, ineinanderfliessen und einen völligen Kahlkopf bewirken. Es giebt zwei Arten eines solchen Kahlkopfs, er ist entweder trocken, oder fettig und glänzend. Im ersteren Fall bereitet sich schon wieder eine Heilung vor, es finden sich zahlreiche, teils zerbrechliche, teils dauerhafte Flaumhaare; der fettige Kahlkopf dagegen zeigt noch keine Spur von Heilung. Aus den zahlreichen, mit bloßem Auge sichtbaren Haarkanälen fließt auf Druck reichlich Fett und mit einem starken Vergrößerungsglas erkennt man auch feine Härchen in den Kanälen. Zieht man ein solches mit der Pinzette aus, so erhält man einen Fettcylinder von etwa 2 mm Länge, in dem man unter dem Mikroskop 10—15 Flaumhaare entdeckt.

Die histologische Untersuchung zeigt, daß die Cutis aus einem halbklerosierten Gewebe, mit dichtstehenden fibro-elastischen Fasern besteht, nur sehr wenig Gefäße und wenige Ausführungsgänge von Schweißdrüsen besitzt. Dagegen findet man große Anhäufungen von Talgdrüsen mit gewundenen Haarfollikeln; die einzelnen Drüsenhaufen erreichen einen Durchmesser von 1—3 mm. Die Zellen der Cutis verhalten sich so wie bei der Alopecia areata.

Jene Drüsenhaufen setzen sich aus 10—15 einzelnen Talgdrüsen zusammen; ihre Bildung erklärt sich aus der normalen Anordnung der Haare, die so gestaltet ist, daß immer eine grössere Gruppe von Haarbälgen dicht nebeneinander steht und von der nächsten Gruppe etwas getrennt ist; durch die Sklerosierung der Haut bei der Alopecia totalis wird diese ungleichmäßige Verteilung noch verstärkt; ein ähnliches Verhalten ist bei der Keloidakne schon längst bekannt. Diese Drüsenpakete winnen von Kolonien des Mikrobacillus, der in vielen Millionen von Exemplaren vorhanden ist und nur bei der trockenen Form der Alopecia totalis, wenn sich schon wieder festsitzende Flaumhaare zeigen, an Anzahl geringer wird.

Aus diesen Befunden folgert S., daß sämtliche Formen von Alopecie zusammengehören und die nämliche Ätiologie haben. Ob aber der Mikrobacillus des Utricularis

auf dessen große Ähnlichkeit mit dem Aknebacillus von HODARA schon hingewiesen wurde, als causa peccans anzusprechen sei, müssen weitere Untersuchungen feststellen.

Versuch einer pathogenetischen Einteilung der Dermatosen, von LEREDDE.

Das Prinzip, welches die allgemeine Pathologie verfolgt, indem sie für jede Krankheit die schädigende Ursache — Bacillen, Gifte u. s. w. — aufsucht und aus den vorhandenen anatomischen Veränderungen die Symptome erklärt, dieses Prinzip wünscht L. auch in die Dermatologie einzuführen. Danach stellt er im ganzen drei Hauptgruppen auf: 1. primäre, 2. sekundäre Hautkrankheiten, 3. Neubildungen und Mißbildungen. Zu der ersten Gruppe gehören diejenigen Dermatosen, deren Ursache in der Haut selber zu suchen ist. Diese Ursache ist entweder ein Parasit oder eine chemisch-physikalische, d. h. eine traumatische. In die zweite Klasse werden diejenigen Hautkrankheiten verwiesen, die erst von einer Veränderung des Blutes oder einer Umstimmung der Nerven und Nervencentra ihren Ursprung nehmen. Zur dritten Gruppe endlich rechnet er Naevi, Tumoren, die Ichthyosis u. s. w. In längeren Ausführungen wird den bekannteren Hauterkrankungen ihre Stelle in dem neuen System zugewiesen, manche Theorie gestreift und auch die Mängel dieses Versuchs nicht verschwiegen.

Heft 7.

Weitere klinische Bemerkungen über Lichenifikation und Neurodermitis, von L. BROCC. Heft 6—7. Die Arbeit zerfällt in zwei Abteilungen; in der ersten wird die Neurodermitis behandelt, in der zweiten die sog. sekundäre Lichenifikation.

In dem ersten Teil tritt Brocc mit der alten Beredsamkeit und neuem Krankematerial für seine früheren diesbezüglichen Veröffentlichungen ein. Zum Ausgangspunkt dient ihm der Lichen simplex chronicus, den er bekanntlich als reine Neurodermitis aufgefaßt wissen will; die Lichenifikation sei hier eine Wirkung des unaufhörlichen Kratzens; die leicht erregbare Haut neuropathisch veranlagter Individuen — und um solche handle es sich hier allemal — reagiere in dieser Weise. Dem Einwand, daß man beim Lichen simplex chronicus und verwandten Zuständen noch niemals anatomische Veränderungen der Hautnerven gefunden habe und daß die Anwendung der Lichenelemente in Form von Herden und nicht von Streifen, entsprechend dem Verlauf der Hautnerven, seiner Auffassung widerspreche — diesem Einwand hält er entgegen, daß es sich in erster Linie um eine Veränderung, Umstimmung, Erkrankung des Zentralnervensystems handle, daß er aber auch thatsächlich solche band- oder streifenförmige Verteilung der Lichenelemente gesehen und beschrieben habe; eine weitere Beobachtung teilt er in dieser Abhandlung mit.

Neben dem Lichen simplex chronicus E. VIDAL, den Brocc seiner Auffassung entsprechend Neurodermitis chronica circumscripta nennt, giebt es aber auch noch eine Form mit ausgedehntem Lichen, in deren Verlauf es auch nur zu einer Lichenbildung (Kratzwirkung auf neuropathisch veränderter Haut) unter Ausschluß aller anderen Ausschlagselemente kommt (Neurodermitis chronica diffusa à type objectif de Lichénification pure). Auch für diese Form wird eine neue Beobachtung mitgeteilt und in einer eingehenden, differential-diagnostischen Erörterung ausgeführt, daß es sich in diesem Falle eben nur um einen einfachen Lichen handeln könne. Freilich giebt Brocc zu, daß das unterscheidende Merkmal zwischen seiner Neurodermitis und der Prurigo diathésique von E. BESNIER nur ganz nebensächlicher Natur sei, im Grunde handle es sich bei beiden Formen um den nämlichen pathologischen Grundprozeß, dennoch wünscht er, der größeren Genauigkeit halber, ein Auseinanderhalten der Formen, da seine Neurodermitis nur einen unvermischten Lichen hervorbringe, während die Prurigo diathésique eine Dermatitis multiformis sei.

B. wendet sich dann der klinischen Betrachtung der beiden Formen (*Neurodermitis chronica circumscripta et chronica*) zu, bespricht ihre Ätiologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie und kommt dann, am Schluss des ersten Kapitels, auf die graphische Darstellung der Neurodermitis zu sprechen. Er hatte 1893 zuerst den Versuch gemacht, die verwandtschaftlichen Beziehungen der verschiedenen Dermatosen zu einander bildlich darzustellen und liefert hier ein solches Schema für die Gruppe der Neurodermitiden. In der Mitte stehen seine *Neurodermitis circumscripta et diffusa*, um die herum sich die Neurodermien, das *Eccema chronicum*, das *Eccema papulosum*, die *Urticaria chronica*, die *Prurigo diathésique*, die *Prurigo HERBA*, die *Mykosis fungoides*, die verschiedenen Formen des *Lichen ruber u. s. w.* lagern.

Mit der sekundären Lichenifikation beschäftigt sich der zweite Teil der Arbeit. Auch hierüber hat B. sich schon früher ausführlich geäußert und bringt hier nur noch einige Ergänzungen zu seinen früheren Bemerkungen. Namentlich sind es die Beziehungen der sekundären Lichenifikation zum *Eccema seborrhoicum psoriasisforme*, zum *Eccema seborrhoicum siccum* der Kopfhaut, sowie zu verschiedenen anderen Dermatosen, die der fleißige und geistvolle Autor klarzulegen sich bemüht.

Über ein Granuloma innominatum, von TENNESON, LEBEDDE und MARTINET. Die Neubildung, um die es sich hier handelt, hat schon viele Bearbeiter gefunden, und jeder hat ihr einen anderen Namen beigelegt. Dabei nahmen die früheren Beobachter an und ließen sich durch den Augenschein so täuschen, daß es sich um eine Follikulitis oder um die Erkrankung einer Hautdrüse handle. In der vorliegenden Arbeit wird nun gezeigt, daß das Granulom allerdings in der Cutis sitzt, auch die Drüsen in Mitleidenschaft ziehen kann, aber in ihnen nicht seinen Entstehungsherd hat. Die Verfasser erblicken in diesem Granulom eine infektiöse, durch Mikroben bedingte Neubildung; der Nachweis der Keime ist allerdings noch nicht gelungen. Die Skrofulose bildet die Voraussetzung für das Zustandekommen der Granulome. Diese bestehen aus kleinen, höchstens erbsengroßen, schmerzlosen, in der Cutis sitzenden und mit dieser verschiebbaren Knötchen, die nach monatelangem Bestand ohne Spur wieder verschwinden können oder vereitern und unter Narbenbildung heilen. Diese Knötchen entstehen, wie die Verfasser mit Sicherheit beobachtet haben, durch Obliteration der Kapillaren, die sie mit Lymphzellen vollgestopft fanden. Infolge davon kommt es zur Nekrose; in dem nekrotischen Herd liegt ein dichter Haufen von Lymphzellen oder festen Zellen mit großen Kernen (Beob. 2); die benachbarten Schweißdrüsen fanden sich zum Teil noch unversehrt.

Pleuritis, Phlebitis und Ikterus im Gefolge von Syphilis, von G. RICHARD D'AULNAY. Ein Referat dieser Arbeit wäre nur eine Umschreibung des Titels. Der unglückliche Träger aller dieser Leiden war ein 25jähriger, schwächlicher Mensch, der trotzdem alle Prüfungen siegreich überstand. Die Pleuritis verlief ohne Fieber und nur die Syphilis erwies sich als sehr hartnäckig. Verfasser giebt sich redliche Mühe nachzuweisen, daß alle die genannten Krankheiten auf dem Boden der Syphilis sich abwickelten.

Heft 8—9.

Über die Prurigofrage, von E. BESNIER. Ist in dieser Zeitschrift, Heft 6, in deutscher Sprache erschienen.

Die Prurigofrage, von L. BROCC. Die Prurigofrage läßt die Franzosen nicht zur Ruhe kommen und BROCC ist einer der eifrigsten Bearbeiter dieses Gegenstandes. War es im vorigen Hefte der *Annales* vor allem die Pathogenese der Prurigo und

verwandter Dermatosen, die er zu beleuchten versuchte, so ist es hier besonders die Klassifikation, in die er Ordnung zu bringen sich bemüht.

Die **HEBRASche Prurigo** läßt er als feststehenden Typus gelten. Sie ist ungeheuer hartnäckig und juckend, beginnt in der frühesten Kindheit mit Urticaria und eigenartigen Papeln und hat groÙe Neigung, sich durch Lichenifikation, Eecema und Drüsenschwellung zu komplizieren. Alles, was diesem Bilde nicht entspricht, wird von der Wiener Schule nicht als Prurigo anerkannt. Hiergegen aber wendet sich **BROcq** und verlangt für seine Prurigo simplex, bei der nur Lichen und Ekzem fehlen, auch Aufnahme in die Prurigogruppe. Denn, sagt er, jene beiden Ausschlagselemente sind nur eine Kratzwirkung, die bei Personen mit empfindlicher Haut leicht zu stande kommt, aber keineswegs zur eigentlichen Symptomatologie der Prurigo gehört.

Ganz nahe verwandt mit der Prurigo-**HEBRA**, wenn nicht auch zu ihr gehörig, ist die Prurigo ferox, deren Papeln viel umfangreicher und rot sind und die wenig Neigung zur Lichenifikation besitzt. **BROcq** erblickt auch in dieser Form nur eine Varietät der Prurigo **HEBRA**.

Etwas weniger bestimmt spricht er sich über die **BESNIERSche Prurigo diathésique** aus. Wollte man auch diese Gruppe als Prurigo gelten lassen, dann müÙte man aufhören, in der Papel ein pathognominisches Element der Prurigo zu erblicken. **BROcq** ist hierzu nicht besonders geneigt, weil dadurch die Terminologie an Übersichtlichkeit einbüÙen würde. Wollte man aber doch den Begriff der Prurigo so erweitern, daÙ man darunter nur „eine pruriginöse Hautkrankheit, die von einem sichtbaren Ausschlag begleitet ist“, versteht, so solle man die von ihm in seinen früheren Abhandlungen vorgeschlagene Namengebung annehmen.

Vielleicht erweisen spätere Untersuchungen, daÙ die Papel gar keine pathognomonische Bedeutung für die Prurigo habe, daÙ sie auch vielen anderen Dermatosen eigen sei; einstweilen aber — und darin stimmen die meisten Dermatologen überein — bilde sie das wichtigste objektive Symptom der Prurigogruppe und darum sollte man für alle diejenigen pruriginösen Formen, denen dieses Symptom fehlt (Prurigo parasitica vera, Neurodermitis, Prurigo diathésique-**BESNIER**) andere Bezeichnungen wählen.

Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den Hautkrankheiten, von **H. HALLOPEAU**. Ist in dieser Zeitschrift in deutscher Übersetzung erschienen.

Die Dauer der Ansteckungsgefahr bei der Syphilis, von **HENRI FEULARD**. Wann darf ein Syphilitiker heiraten? Wenn 4 Jahre seit der ersten Ansteckung verstrichen sind und sich in den letzten Monaten bis Jahren keine verdächtigen Symptome gezeigt haben — lautet im allgemeinen die Antwort. Das trifft für die Regel auch zu. Es giebt aber doch eine gröÙere Zahl von Ausnahmefällen; Fälle, wo nach 10jährigem Bestand der Syphilis und noch später, trotz ausgiebiger Behandlung Übertragungen in der Ehe vorkommen. **FEULARD** hat sich die Mühe gegeben, in der vorliegenden Arbeit, die im Wesentlichen eine statistische ist, aus der Litteratur und aus der eigenen Praxis 22 derartige Fälle zusammenzutragen. In den meisten dieser Fälle hatte die Syphilis im Augenblick der Übertragung 4—7—10 Jahre bestanden; bei den Fällen 17, 18, 19 und 20 findet sich aber eine Dauer von 18, 17, 20 und 14 Jahren verzeichnet. In den beiden letztgenannten Beobachtungen waren es dem Anschein nach tertiäre Symptome, die die Übertragung vermittelten, in allen übrigen Fällen handelte es sich um eine Erosion oder ein papulöses Syphilid der Schleimhaut. In allen Beobachtungen, bis auf den Fall 13, war es der Mann, der die Frau ansteckte. 13 Mal findet sich angegeben, wie lange nach Eingang der Ehe die Ansteckung erfolgte; meistens hatte das in den ersten Monaten statt; jedoch sind im Fall 17 drei Jahre, im Fall 3 vier Jahre und im Fall 16 sogar sieben Jahre darüber vergangen.

In allen den 22 Fällen hatten sich die Ehemänner vor ihrer Heirat genügend behandeln lassen und bei kaum einer Beobachtung konnte von einer schweren Syphilis des Mannes die Rede sein; es waren vielmehr fast nur leichte Formen, aber allerdings Formen, die mit großer Hartnäckigkeit immer wieder rückfällig wurden, und zwar unbedeutende Erosionen an Zunge und Lippen (bei starken Rauchern), am Scrotum u. s. w. Um so auffälliger mußte erscheinen, daß bei mehreren der ange Steckten Frauen sich sehr schwere Formen der Syphilis entwickelten.

Türkheim-Hamburg.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1896. Heft IV.

Die Isotonie, die Dichte, die Alkalinität und das Hämoglobin des Blutes von Syphilitischen in Beziehung zu den Chloriden vor und während der Quecksilberbehandlung, von VALERIO. Aus den Untersuchungen des Verfassers geht hervor, daß im Blute von Syphilitischen in der Sekundärperiode die Resistenz der roten Blutkörperchen, die Alkalescenz, die Dichte und das Hämoglobin abnehmen. Auch die Chloride sind vermindert und zwar im Verhältnis zur Schwere der Infektion. Während der Quecksilberbehandlung nehmen alle diese Werte stetig zu. Verfasser ist der Meinung, daß die Abnahme der Chloride im Blute der Syphilitischen als die Ursache der verminderten Resistenz, Alkalescenz, Dichte und der Abnahme des Hämoglobins zu betrachten sei. Bezüglich der therapeutischen Wirkung ist, ceteris paribus, das Quecksilberbiodid wirksamer, als das Protojoduret und wird auch besser als letzteres vertragen (Pillen à 0,01).

Das Natronnitrit bei der Syphilisbehandlung, von F. SPRECHER. Verfasser hat das Salz seinen Patienten in der Sekundärperiode der Syphilis in Dosen von höchstens 0,5 pro die injiziert; während der ganzen Dauer der Behandlung erhielt jeder Patient im ganzen 9—12,0 des Salzes subkutan einverleibt. Die Erfolge waren nichts weniger als ermutigend, da die Syphilis nicht nur nicht günstig beeinflusst wird, sondern zuweilen üble Komplikationen (Schwindel, Cyanose etc.) eintreten.

Die anatomischen Veränderungen bei der Acariasis des Kaninchens und beim Menschen mit anästhetischer Lepra, von CARRUCCIO. Verfasser konstatiert die Analogie der anatomischen Veränderungen bei der Scabies auf lepröser menschlicher Haut und bei der Acariasis des Kaninchens, eines Tieres, bei dem die Hautsensibilität nur sehr schwach entwickelt ist. Diese Veränderungen bestehen vornehmlich in Ansammlungen von verhornten, schmutzigweißen, warzenartigen Massen, welche als eine unvollständige nutritive, degenerative, adipiphäre und keratohyaline Entwicklung in den oberflächlichen Epidermisschichten unter dem Einflusse der Parasiten zu betrachten sind.

Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosis, von Prof. V. MINELLI. Erscheint in extenso in dieser Zeitschrift.

C. Müller-Wallisellen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie.

Über Jodoformin, von ALFRED ROSENSTEIN. (Dissert. 1896. München.) Angewandt wurde das Jodoformin als Pulver, Vaseline- und Lanolinsalbe, Gaze, als Jodoformglycerinemulsion, Jodoforminquecksilber und in Form von Jodoforminbougies, und zwar bei tuberkulösen undluetischen Geschwüren, Fisteln, kalten Abscessen, jauchenden Fußgeschwüren, Wunden, Bubonen, Ulcera mollia u. s. w. Von 22 Fußgeschwüren, welche vorher mit feuchten antiseptischen Verbänden oder Salben oder Jodoform ohne Erfolg behandelt waren, heilten 5; 10 waren in der Heilung begriffen, 3 blieben unverändert; in 4 Fällen trat ein Ekzem auf, die auch auf Jodoform, und zwar viel stärker in dieser Weise reagiert hatten. Aus den mitgeteilten Beobachtungen ist folgendes zu berichten. Jodoformin regt die Granulationsbildung noch energischer an, als Jodoform. Seine austrocknende Wirkung ist eine größere, als die des Jodoforms, da es ein äußerst feines Pulver darstellt und daher besser auf der Wunde haftet als jenes. Es hat stark desodorierende Wirkung, so daß schon nach einmaliger Anwendung jauchende Fußgeschwüre ihren Geruch verloren. Auf tuberkulöse Prozesse hat Jodoformin denselben günstigen Einfluß wie Jodoform. Vergiftungserscheinungen wurden nicht beobachtet und können bei vorsichtiger Anwendung vermieden werden.

Jodoformin hat volle Jodoformwirkung; es weicht weniger stark als Jodoform, zeigt geringere Reizerscheinungen, desodoriert und trocknet besser aus. Es ist daher im stande, das Jodoform in allen Fällen zu ersetzen, ja es ist ihm sogar wegen der erwähnten Vorteile vorzuziehen, zumal der Preisunterschied ein geringer ist, aber das Ideal eines Ersatzmittels für Jodoform ist mit Jodoformin nicht erreicht.

A. Strauss-Barmen.

Sanofom, ein neues Ersatzmittel für Jodoform, von ALFR. ARNHHEIM. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 37.) Sanofom ist Bijodsalicylsäuremethyläther; es enthält 62,7% Jod und stellt ein aus weißen Nadeln bestehendes, geruch- und geschmackloses Pulver dar, das sich weder bei der Aufbewahrung noch am Licht zersetzt. Es ist leicht löslich in Alkohol, sehr leicht in Äther und auch in Vaseline. Es ist ungiftig. Es wurde in 22 Fällen von Ulcus molle, 20 Fällen von Ulcus durum, in 6 Fällen von Bubo, in 16 Fällen von Phimosi, in 3 Fällen zur Wundbehandlung nach Excoision eines Ulcus, in 5 Fällen von Panaritium oder zur Nachbehandlung von eröffneten Abscessen angewandt, und zwar als Pulver, 10%ige Salbe, Gaze, Collodium. Hervorgehoben wird seine außerordentlich große Austrocknungsfähigkeit. Schnelle Heilung wurde im allgemeinen beobachtet. Reizerscheinungen blieben stets aus. Es wird als ein zuverlässiges Ersatzmittel des Jodoforms, vor dem es sich durch seine Geruch-, Reizlosigkeit und Ungiftigkeit auszeichnet, empfohlen.

Hergestellt wird dasselbe von den Farbwerken vorm. Meister, Lucius und Brüning; es ist nicht teurer wie Jodoform.

A. Strauss-Barmen.

Chinosol als Antisepticum und Heilmittel (Antipyreticum), von A. BIDDIES und W. FISCHER. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 59 u. 60.) Nachdem das Chinosol, aus Oxychinolin und Kaliumpyrosulfat in alkoholischer Lösung gewonnen, sich bei den chemischen und physiologisch-bakteriologischen Versuchen eine ausgezeichnete Des-

infektionskraft bewährt hatte, wurde es auch therapeutisch angewandt, zur Desinfektion der Hände vor Operationen (1:1000), bei frischen Wunden, Brandwunden, Eitersekreten (1:500), gegen Blennorrhoe (0,5%ig), gegen Anthrax und Furunkel (Chinosol 4,0, Ungt. cer. camp. 6,0, Vaseline 10,0), Sykosis (Chinos. 1,0, Ichthyl 0,5, Acid. salicyl. 0,5, Lanol. 20,0), Dermatitis pustulosa, Akne etc. (Chinos. 1,0, Amyl. 10,0, Vaseline 10,0 oder Chinos. 0,5, Hydr. bichl. 0,1, Vaseline 20,0), Ekzeme, Herpes, Psoriasis (Chinos. 0,1—2,0, Amyl. trit. Zinc. oxyd. 5,0, Lanolin 8,0 oder Chinos. 0,1—1,0, Amyl. trit. Zinc. oxyd. 10,0, Vaseline 20,0), Alopecia (Chinos., Resorc., Zinc. oxyd., Amyl. \approx 5,0, Vaseline 15,0), Hyperidrosis (Chinos. 2,0, Amyl. 18,0, Talc. 80,0), und zwar mit besten Erfolgen im allgemeinen. Auch bei inneren Krankheiten wird es empfohlen. Aus den Schlusssätzen sei folgendes hervorgehoben: Chinosol ist ein nach Safran riechendes gelbes Pulver, leicht in Wasser löslich; es diffundiert durch Membranen und wird resorbiert. Es wirkt 30—50 mal stärker desinfizierend als Karbolsäure. Es hat auch eine starke antitoxische und antipyretische Kraft. Es ist relativ unschädlich. Es ist, auch in schwachen Lösungen, ein starkes Desinfektionsmittel für alle möglichen Zwecke. Es wird als ein Antiseptikum und Heilmittel ersten Ranges bezeichnet. Fabrikanten: Chemische Fabrik von Franz Fritzsche & Co. in Hamburg.

A. Straufs-Barmen.

Loretin, ein neues Antiseptikum, von H. SNOW. (*The British Med. Journ.* 21. Dezember 1895.) Verfasser wandte das Loretinpulver an und sah niemals Reizung von demselben. Es zerstört augenblicklich den üblen Geruch der Krebsgeschwüre und hält dieselben, wie kein anderes Mittel, in ihrem Wachstum auf. Höhlenwunden nach Drüsenexstirpation heilen per primam. Es hat sich in 60 Fällen gut bewährt und wird sehr statt des Jodoforms empfohlen.

A. Straufs-Barmen.

Über die Bestimmung von freiem Fett in Seifen. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 16.) Zehn Gramm der absolut wasserfreien Seife werden im Mörser zu einem feinen Pulver zerrieben, in einen graduierten 200 ccm Kolben gebracht und mit ca. 100 ccm Gasolin einige Minuten lang geschüttelt. Letzteres muß völlig wasserfrei sein und auf dem Wasserbade ohne Rückstand verdampfen. Man füllt nun bis zur Marke mit Gasolin auf und läßt die Flüssigkeit durch Stehen klar werden. Hierauf filtriert man durch ein doppeltes Faltenfilter 50 ccm ab, ohne den Niederschlag auf das Filter zu bringen, verdampft in einer Platinschale auf dem Wasserbade und trocknet bei 100° bis zum konstanten Gewichte.

A. Straufs-Barmen.

Zur Herstellung von Spiritus saponatus kalinus Hebrae. (*Pharmaz. Centralh.* 1896. No. 16.) In eine 500,0 Flasche werden 100 g Ol. lini, 100 g Spiritus (91%) und 40 g Liq. Kalii caust. (Kal. caust. fus. 2,0 g, Aqua ad 40 g) gewogen und einige Male kräftig geschüttelt. Überraschend schnell ist die Flüssigkeit vollständig klar geworden. Es werden dann 230 g Spirit. Lavandul., 130 g Spiritus und 95 g Aq. destill. in eine entsprechende Flasche gegeben, die Seifenlösung zugefügt und nach einiger Zeit das ganze filtriert.

A. Straufs-Barmen.

Einige Fälle sekundärer anämischer und kachektischer Zustände und ihre Behandlung mit Somatose, von JUAN E. TAUBE. (*Wien. klin. Rundsch.* 1896. No. 16.) Bei einem jungen Manne, der durch Hg-Kuren sehr kachektisch geworden war, an Stomatitis, erschwerter Nahrungsaufnahme, interkurrenten Diarrhoen litt und bei dem alle Versuche robrierender Diät erfolglos blieben, konnte erst durch Zusatz von Somatose zu Schleim- und Mehlsuppen der Appetit gehoben und die Ernährung geregelt werden. Somatose erwies sich als ein wertvolles Hilfsmittel zur Bekämpfung der Merkurialkachexie.

A. Straufs-Barmen.

Das citronensaure Silber (Itrol) als Antiblennorrhoeum, von O. WERLER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 37.) Fünfzig Fälle von Tripper akuter und chronischer Formen, 8 Fälle von blennorrhöischer Erkrankung der Harnröhre bei Frauen, einige Fälle von Bartholinitis blennorrhöica und einige von chronischer Cystitis hat W. mit einer Sol. Itroli (0,025) 200,0 bei akuter Blennorrhoe, dann allmählich steigend und mit einer Lavage des ganzen Harnröhrenkanals mit ca. 300 cm lauwarmen Silbercitratlösung durch eine große Injektionsspritze bei der chronischen Form mit günstigem Erfolge behandelt. Wichtig ist es, die Injektionen ohne Zeitverlust möglichst schnell nach erfolgter Infektion vornehmen zu lassen, um den Gonokokken Zeit und Gelegenheit in die Fläche und Tiefe der Schleimhaut vorzudringen, zu benehmen.

L. Hoffmann-Berlin.

Argoninlösungen müssen zum Gebrauch stets frisch bereitet werden, dürfen also nicht vorrätig gehalten werden. Niedrigprozentuierte, wässrige Lösungen werden am besten in einem Becherglase, höherprozentuierte in einer Porzellanschale solange mit kaltem Wasser angerührt, bis alles Argonin benetzt ist; ist dies der Fall, so wird jetzt erst das betreffende Gefäß auf das Wasser-, resp. Dampfbad gestellt und unter beständigem Umrühren daselbst solange gelassen, bis alles Argonin in Lösung gegangen. Sobald dieses Stadium erreicht ist, muß das Gefäß sofort vom Wasserbad entfernt werden. Dann wird die Lösung in dunkle Flaschen filtriert. Auf diese Weise kann man mit Leichtigkeit bis 10%ige Lösungen herstellen; dieselben opaleszieren.

Akute Exantheme.

In der Aprilsitzung (1895) der Tennessee State Medical Society sprach NOWLIN-Shelleyville über die Differentialdiagnose der akuten Exantheme und den epidemischen und endemischen Einfluß beim Vorherrschen einzelner derselben. Er kam dabei zum Schlusse, daß es lange Perioden giebt, während welcher sich das Volk gegenüber den zymotischen Krankheiten immun erweist, daß sich ferner diese natürliche Immunität gegenüber einer derselben gleichzeitig auch auf alle anderen erstreckt. Die Richtigkeit dieser Thatsachen vorausgesetzt, hätten wir somit einen Beweis für die ätiologische Identität aller dieser Affektionen. — An der Diskussion beteiligen sich: TUCKER-Nashville. Derselbe konstatiert die Schwierigkeit der Diagnose im Beginne der Affektion in manchen Fällen und die Gleichgültigkeit vieler Ärzte denselben gegenüber, wodurch es häufig zu gefährlichen Epidemien gekommen ist.

COYLE fragt, wie der Scharlachausschlag beim Neger vor der Degenerationsperiode zu erkennen sei, was öfters geradezu unmöglich sei, indem sich die Farbe der Efflorescenzen von derjenigen der umgebenden Haut nicht unterscheidet. Außerdem kommen die dem Scharlach begleitenden Rachenveränderungen zuweilen auch bei anderen akuten Exanthemen vor.

TUCKER antwortet, daß jedes Eruptionsfieber seine typische und beinahe konstante Prodromalzeit habe.

GLENN-Nashville weist auf die Thatsache hin, daß die Ärzte viel zur Verschleppung und Verbreitung der Epidemien von akuten Exanthemen beitragen.

Verschiedene andere Redner betonen die hochgradige Kontagiosität des Scharlachs und die Notwendigkeit strengster antiseptischer Prophylaxis. (*Med. Rev.* Juni 1895.)

C. Müller-Wallisellen.

Differentialdiagnose zwischen Röteln, Roseola, Masern und Scharlach, von WARMUTH. (*Bost. Journ.* 8. Juni 1895.) Verfasser bespricht eingehend die Diagnose

dieser so oft vorkommenden und so oft verwechselten Kinderkrankheiten, ohne etwas Neues zu bringen.

F. Hahn-Bremen.

In Anbetracht der zuweilen äußerst schweren **Komplikationen der Masern**, wohin ganz besonders die Bronchopneumonie gehört, verlangt *l'Union méd.* (1895. No. 40) strenge Isolierung der Patienten nach folgendem Plan: Errichtung von Pavillons mit je fünf oder sechs Betten, und zwar für einfache Masern, für Masern mit Bronchopneumonie, für Rekonvaleszenten und für zweifelhafte Fälle; tägliches, mehrmals wiederholtes Lüften, Kehren und Desinfizieren der Räumlichkeiten.

C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von wiederholter Masernerkrankung. Beitrag zur Lehre von der erworbenen Immunität, von A. GOTTSTEIN - Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 13.) Aus der in Betracht kommenden Krankengeschichte sei folgendes hervor gehoben: Ein achtjähriges Mädchen erkrankt an Masern, die katarrhalischen Erscheinungen sind gering, der Ausschlag charakteristisch. Verlauf mild. Zwei Jahre später erkrankt dasselbe Kind am 1. März mit leichtem Schnupfen, an den nächsten Tagen zeigen sich starke katarrhalische Erscheinungen, hohe Abendtemperaturen. Das Masernexanthem trat aber nicht zur erwarteten Zeit, sondern mindestens 48, vielleicht auch erst 72 Stunden später auf. Es erlangte geringe Intensität, verschwand rasch, damit fiel das Fieber ab, die Rekonvaleszenz erfolgte sehr zögernd. GOTTSTEIN glaubt nun, diesen Fall mittelst der lokalistischen Theorie SCHLEICHS befriedigend erklären zu können. SCHLEICH geht davon aus, daß die erworbene Immunität vielfach nur auf einer durch die erste Erkrankung erzeugten Veränderung der Eingangspforte des Infektionskeimes oder des Giftes beruhe. Die erste Erkrankung erzeuge in vielen Fällen an deren Eingangspforte und dem Hauptsitz der Erkrankung derartige Veränderungen entzündlicher und anderer Art, daß bei einer späteren Erkrankung oder Vergiftung das Haften des Infektionskeimes oder die Resorption des Giftstoffes auf Hindernisse stößt und die Auslösung der Krankheitserscheinungen erschwert wird.

In vorliegendem Falle hat, nach GOTTSTEIN, der Organismus des Kindes gegenüber dem Kontagium nicht die geringste generelle Immunität erworben, wie die erneute Infektion zeigt. Dagegen bestand eine, wenn auch nur quantitativ merkbare, deutliche lokale Resistenz gegenüber den Krankheitserscheinungen, und zwar von seiten desjenigen Organsystems, welches bei der ersten Erkrankung am lebhaftesten reagiert hatte, d. h. des Hautsystems. Die Infektion drang offenbar auf einem anderen Wege ein, nachher äußerte sich der Widerstand der Haut, und das Exanthem konnte erst spät und schwach zum Ausbruch kommen. Dagegen reagierten die das erste Mal unbedeutend befallenen Systeme in ausgesprochenster Weise auf die erneute Infektion.

Neuhaus-München.

SZOZYPIORSKI berichtet (*Gas. des Hôpitaux*) über einen Fall von **gleichzeitigem Auftreten von Masern und Varicellen** bei demselben Individuum.

C. Müller - Wallisellen.

Ergebnisse der pathologisch - anatomischen Untersuchung des Ohres bei Masern, von Prof. BRZOLD. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 10 u. 11.) BRZOLD hat in Gemeinschaft mit RUDOLPH 18 Schläfenbeinobduktionen bei masernkrank gewesenen Kindern vorgenommen. Die überwiegende Zahl der Gehörorgane hatte, soweit die Kranken zu Lebzeiten untersucht werden konnten, das Bild des einfachen akuten Mittelohrkatarrhs dargeboten. Die Sektion wies in allen 18 Schläfenbeinen schleimig-eiteriges oder rein eiteriges Sekret nach. In 17 Fällen lagen Entzündungserscheinungen offenbar frischen Datums vor. Nur in einem Falle beschränkte sich

die Ansammlung von Sekret auf die knöcherne Tuba, zweimal auf knöcherne Tuba und Boden der Paukenhöhle. In den übrigen Gehörorganen fand sich Sekretansammlung, Rötung und Schwellung, ausgebreitet über die sämtlichen Hohlräume des Mittelohres. Das Sekret hatte fünfmal schleimig-eiterige, dreimal serös-eiterige, siebenmal rein eiterige, rahmige Beschaffenheit, viermal fand sich fibrinöses Exsudat vor.

In keinem Falle war das Sekret fäulend oder missfarbig. Die Injektion, welche meist noch einzelne Gefäßverzweigungen erkennen liefs, und die Schwellung der Schleimhaut hielten sich in mässigen Grenzen, doch fanden sich zweimal kleine Granulationen. Von der Mehrzahl der zur Sektion gekommenen und von einer Anzahl Masernkranker, deren Sekret im Leben durch den Trommelfellstich entnommen war, wurde das Sekret mikroskopisch, teilweise auch mittelst Kulturversuchen und Impfung untersucht. Am häufigsten fand sich der Streptococcus, halb so häufig der Staphylococcus albus und seltener der Staphylococcus aureus. Die pyogenen Organismen fehlten niemals.

Was den zeitlichen Ablauf der geschilderten Erscheinungen betrifft, so kann bereits am dritten Tage nach Ausbruch des Exanthems nicht nur die Schleimhaut in der Paukenhöhle, sondern auch im Antrum und in den Warzenzellen lebhaft diffus injiziert und geschwollen sein, und können alle diese Räume sich mit eiterigem Sekret gefüllt finden. Am vierten Tage kann sich schon fibrinöses Exsudat mit Blutextravasaten auf der Schleimhaut gebildet haben. In der Zeit vom vierten bis sechsten Tage können kleine polypöse Granulationen in der knöchernen Tuba, der Paukenhöhle und dem Antrum aufschiefsen.

Vergleicht man unter Berücksichtigung der doch stets vorhandenen pyogenen Organismen die Reaktion der Mittelohrschleimhaut in den untersuchten Masernfällen mit den Befunden bei anderen Otitiden, so erscheint diese Reaktion als auffällig gering. Zur Erklärung nimmt BEZOLD an, es käme hier eine Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit zum Ausdruck, welche auf der Höhe der Allgemeinerkrankung den Gesamtorganismus betreffe. Es ist also die regelmässig gefundene Otitis media purulenta acuta, ebenso wie die begleitende Conjunctivitis, Rhinitis, Pharyngitis und Bronchitis als eine integrierende Teilerscheinung der Allgemeinerkrankung bei Masern zu bezeichnen.

Die Befunde sprechen ferner mit Entschiedenheit gegen die bisher angenommene Entstehungsweise der akuten Mittelohreiterung von der Nase aus und deren kontinuierliche Fortpflanzung, sondern gleich mit dem Beginn der Allgemeininfektion wird sogleich der ganze Mittelohrtractus bis in die Warzenzellen hinein befallen. Die ganze Form der Entzündung in der Schleimhaut läfst sich in direkte Analogie mit dem Hautexanthem stellen.

Eine scharfe Grenze zwischen den Formen, welche unter dem Bilde des einfachen akuten Katarrhs entgegnetreten, und der Form von Eiterentleerung durch das perforierte Trommelfell läfst sich überhaupt nicht ziehen. Klinisch wird der Prozess dadurch ein anderer, dafs sich nach der Perforation ein neuer Weg für Sekundärinfektion etc. eröffnet hat.

Auch am Lebenden bietet die Masern-Otitis in einer Anzahl von Fällen an der Aussenfläche des Trommelfells gewisse charakteristische Bilder, deren Schilderung im Original nachzusehen ist.

Zum Schlusse betont BEZOLD nochmals, dafs die Otitis post morbillos im Vergleich zu den Vorkommnissen bei anderen Infektionskrankheiten gewöhnlich durch ihren milden Charakter sich auszeichnet.

Neuhaus-München.

Verhältnisse der Häuser in Bezug auf ihren Einfluß auf die Genesung von Masern, von J. S. CAMERON. (*Lancet*. 26. Januar 1895.) Verfasser teilt ganz interessante statistische Mitteilungen über die Mortalität der Masern in Leeds mit, je nachdem die Krankheit in dicht bewohnten, unreinen, schlecht ventilirten und schlecht drainierten Häusern ausbrach, oder in solchen, wo die sanitären Verhältnisse bessere waren.

F. Hahn-Bremen.

Abortivmasern nach Chinindarreichung, von HÜLS. (*Die Praxis*. 1896. No. 2.) Der eigene Sohn des Verfassers erhielt wegen Keuchhusten Chinin mit Morphinum und erkrankte danach an „Masern“; die Flecke waren bläulich und bestanden 14 Tage, das Allgemeinbefinden war nicht gestört. Sollten diese Abortivmasern nicht ein ordentliches Chininexanthem gewesen sein?

F. Hahn-Bremen.

Über das Auftreten sekundärer Exantheme bei Scharlachfieber, von A. GRIFFITH. (*The quarterly med. Journ.* IV. 1. *Deutsch. Med.-Ztg.* 1896. No. 117.) Unter 2000 Scharlachfällen wurden in dem Nottingham-Fieber-Hospital 14 Fälle beobachtet, die als Relaps- oder Sekundärfälle zu bezeichnen sind, bei denen nach vorausgegangenem Scharlach ein 1—4 Tage bestehendes, mit Rachennekrose, gestörtem Allgemeinbefinden, Fieber einhergehendes Exanthem auftrat. In vier Fällen war die Abschuppung nach beiden Exanthemausbrüchen lebhaft, in drei nur das erste Mal. Dreimal war die Desquamation bei der zweiten Attacke stärker, dreimal war sie beide Male unbedeutend. Nach Sekundärexanthenen scheint eine besondere Neigung zu Nephritis zu bestehen. Die Angina ist nicht die Ursache derselben, da das Fieber den Exanthenen parallel geht. Zum Schlusse läßt es der Verfasser unentschieden, ob diese sekundären Exantheme als Recidive oder als neue Infektionen, ausgehend von schwereren Fällen der Station, anzusehen sind. (Letztere Idee ist wohl ohne weiteres von der Hand zu weisen. Auch eine leichte Erkrankung immunisirt vielleicht nicht immer für das ganze Leben, aber doch für die Dauer der Rekonvalescenz. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Einige Fälle von Scharlachfieber mit besonderer Berücksichtigung der Ansteckung und Prophylaxe, von WILLIAM C. HOLYOKE. (*Boston med. and surg. Journ.* 10. Jan. 1895.) Verfasser schildert eine kleine Scharlachepidemie im Hospital der Childrens Friend Society zu Boston, bei der er genau den Modus der Einschleppung und Weiterverbreitung der Krankheit verfolgen konnte. In Bezug auf Prophylaxe plädiert er für Öleinreibungen, besonders in der Zeit der Desquamation, da seiner Ansicht nach die Krankheit besonders durch die verstäubenden Schüppchen weiterverbreitet werde. Den Schluss bilden einige Mitteilungen, wo in kinderreichen Familien die Krankheit auf ein Kind beschränkt blieb, wenn das befallene rechtzeitig mit Öl eingerieben wurde.

F. Hahn-Bremen.

Eruptionen, die Scharlach vortäuschen, von GRIFFITH. (*Med. News*. 31. Aug. 1895.) Verfasser plädiert dafür, daß man bei der Diagnose des Scharlachfiebers sich nicht allein auf die Form des Ausschlags stützen soll, sondern auch alle anderen Symptome berücksichtigen soll; er führt an, was alles skarlatiniforme Ausschläge machen kann: Erytheme, septische Prozesse, Arzneiexantheme, Rubeola etc. etc.

F. Hahn-Bremen.

Betrachtungen über die „Rückkehr“-Fälle von Scharlach, von THOMSON (*Lancet*. 23. Nov. 1895.) Daß Patienten, die nach durchgemachtem Scharlach aus dem Hospital entlassen werden, Quelle neuer Infektion werden, ist nicht allein der zu frühzeitigen Entlassung aus dem Hospital zuzuschreiben, ebensowenig der mangelhaften Desinfektion ihrer Effekten, es spielen da zweifelsohne noch unbekanntere Faktoren mit, die mit der Natur des Scharlachgiftes zusammenhängen.

F. Hahn-Bremen.

Wiederauftreten von Scharlachfieber, von CHALMERS. (Lancet. 22. Juni 1895.)

Verfasser versucht nachzuforschen, auf welchen Ursachen das Wiederauftreten von Scharlachfieber in Familien beruht, von denen Mitglieder nach überstandener Krankheit geheilt aus Krankenhäusern entlassen sind. Er hat zu dem Zwecke statistische Untersuchungen an den Glasgower Krankenanstalten angestellt und verfügt so über ein großes Material. Gewöhnlich trat das Scharlachfieber innerhalb der ersten 14 Tage nach der Entlassung wieder auf; meist hatten die Kinder mit anderen nicht erkrankten zusammen geschlafen oder gespielt; die Kleider waren nicht durch Dampf, sondern nur durch Schwefel desinfiziert; die Bäder, denen die zu entlassenden Patienten unterzogen wurden, haben keinen sicheren Wert. In einigen Fällen trat auch nach der Entlassung die Desquamation wieder auf und bewirkte die Infektion.

F. Hahn-Bremen.

CADILHAC giebt (*Le Nouv. Montp. méd.* 1895. No. 2) mit Anführung der betreffenden Krankengeschichten die Beschreibung einer **Scarlatinaepidemie in Montpellier** (1893), bei der 29 Personen erkrankten (ein Todesfall) und die ziemlich gutartig verlief. Als spezielle Formen, welche die schwereren Fälle annahmen, werden erwähnt: die hämorrhagische (zwei), die staxo-adynamische (mehrere), eine Form mit unstillbarem Erbrechen (eine). Als häufigste Komplikation wird der skarlatinöse Rheumatismus angeführt.

C. Müller-Wallisellen.

Als besondere Erscheinungen bei **Scarlatina** erwähnt FIESSINGER (*Gas. méd. de Paris.* 1895. No. 26) die Apyrexie; die Angina pseudomembranacea, welche eine Diphtherie vortäuschen kann; den abortiven Verlauf, ohne daß die Temperatur dabei stets eine niedrige zu sein braucht; Eruption von Bläschen, Urticaria, Herpes labialis. Wiederauftreten des Exanthems nach seinem Verschwinden; heftige Allgemeinerscheinungen, Hallucinationen des Gesichts, Gehörs, Geruchs; Delirien, die nicht immer mit Alkoholismus im Zusammenhang stehen; nervöse Erscheinungen in der Rekonescenz, welche Verfasser so erklärt, daß die gebildeten Toxine nach dem Fieberabfall durch die fehlende Hyperthermie nicht mehr zerstört werden.

C. Müller-Wallisellen.

Über Scharlachnephritis und ihre Varietäten, von TURNER. (Guys Hosp. Rep. 1896. No. 51.) Auf Grund eines reichhaltigen Materials von ca. 6000 Fällen in zwei Jahren kommt Verfasser zu den folgenden Schlüssen: Der Einfluß der Bettruhe und der Diät im Hospital auf den Eintritt der Nephritis ist statistisch nicht ersichtlich; Todesfälle im akuten Stadium sind selten (1%). Hospitalaufenthalt verhindert nicht die Nephritis, höchstens das Auftreten schwerer Ödeme. Die Perspiration beim Auftreten eines akuten Anfalles ist oft reichlich; daher kann ihre Unterdrückung nicht die Ursache der Nephritis sein. Hauptsymptome in schweren Fällen sind langanhaltender Brechreiz und Benommenheit. Nephritis ist oft mit entzündlichen Komplikationen anderer Organe verbunden; diese sind dann meist die Ursache der Nephritis. Ihr Auftreten ist dann Indikation zum operativen Eingriff. Pathologisch anatomisch zeigt sich die Nephritis meist als septische oder glomeruläre Form; letztere macht während des Lebens meist ausgesprochene Symptome, erstere verläuft häufig schleichend.

F. Hahn-Bremen.

Fälle von Ödem des oberen Augenlids bei Scharlach, von SIDNEY PHILLIPS. (Brit. med. Journ. 26. Januar 1895.) Verfasser sah drei Fälle von Ödem eines Augenlides bei Scharlach im Anschluß an eine Mittelohreiterung; er hält sie für bedingt durch eine Thrombose des Sinus cavernosus.

F. Hahn-Bremen.

Ein Fall von Scharlachfieber, kompliziert mit Abscessen des rechten Augenlides und der Tibia und mit Bronchopneumonie. Herstellung, von MAX JACKSON. (*Brit. med. Journ.* 28. März 1895.) Die Überschrift giebt den Inhalt der kleinen Mitteilung wieder. *F. Hahn-Bremen.*

Ein Fall von Scharlach, Otorrhoe, Thrombose des lateralen Sinus, pyämische Affektion des rechten Ellenbogens und der linken Hüfte; Heilung. von TURNER. (*Lancet.* 1895. Nov. 30.) Die Überschrift illustriert die Krankengeschichte dieses abnorm schweren und interessanten Falles. Bemerkenswert waren die geringen Symptome, welche die intrakranielle Erkrankung machte; ferner die große aktive Beweglichkeit, die das Hüftgelenk behielt, trotzdem es mit Eiter angefüllt war. *F. Hahn-Bremen.*

Bemerkungen über eine gemeinsame Epidemie von Scharlachfieber und Diphtherie, von RICHMOND. (*Brit. med. Journ.* 27. April 1895.) Verfasser teilt eine ganz interessante kleine Epidemie mit, in der stets der Infektionsmodus genau festgestellt werden konnte. Ausgegangen war die Epidemie von einer an Puerperalfieber erkrankten Frau; von dieser wurde ihre Pflegerin, die bald darauf niederkam, ebenfalls mit Puerperalfieber angesteckt. Die Kinder dieser Frau erkrankten an Scharlachfieber, ebenso deren Cousinen. Diese infizierten in ihrem Hause wieder Mitbewohner mit Diphtherie etc. etc. *F. Hahn-Bremen.*

Eiterige Gelenkentzündungen bei Scharlach, von SMITH und STURGE. (*Lancet.* 16. November 1895.) Verfasser teilen aus dem großen Material des Nordost-Fieberspitals in London die zur Beobachtung gekommenen Fälle von Gelenkeiterungen bei Scharlach mit und besprechen im Anschluß daran Symptomatologie, Verlauf, Zusammentreffen mit anderen Komplikationen etc. etc. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum, von ALEXANDER MARMOREK. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 7.) Der Erreger des Scharlachs ist unbekannt, aber zweifellos wird die Gefahr desselben sehr erhöht durch Mischinfektion, beruhend auf Invasion von Kokken. Verfasser suchte deshalb durch Bekämpfung der letzteren die Malignität des Scharlachs herabzusetzen. Es wurden 96 Kinder mit Streptokokkenserum von 30 000 Einheiten behandelt. Von diesen fand man bei 17 LÖFFLERsche Bacillen; es starben vier. Die Injektionen, 10—20 ccm, wurden täglich bis zum Temperaturabfall wiederholt; bei Eintritt von Drüenschwellungen oder Albuminurie wurden sie wieder aufgenommen, so daß bis 10—80 ccm verwendet wurden. Am markantesten war die Wirkung auf die Drüenschwellungen. Beginnende Albuminurie fand nach 1—2 Injektionen statt. Die Reinigung des Rachens erfolgte schnell, die Delirien schwanden, Allgemeinbefinden und Puls besserten sich. Das Fieber sank nach den Injektionen nur, wenn es durch Sekundärinfektion mit Streptokokken bedingt war; das eigentliche Scharlachfieber wurde nicht beeinflusst. Bis auf kurzdauernde Erytheme traten keine üble Nebenwirkungen auf. Verfasser glaubt, durch diese Therapie gutes erreicht zu haben, besonders auch durch Verhütung schwerer Komplikationen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Therapie der postskarlatinösen wasserüchtigen Anschwellungen im Kindesalter, von FEDOR SCHMEY. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 8.) Kurze Empfehlung warmer Einpackungen in Verbindung mit Sirupus Jaborandi, stündlich einen Kaffeelöffel voll, bis starker Schweiß auftritt. Schon nach zwei bis drei Tagen sind meist alle Anschwellungen verschwunden; unangenehme Nebenwirkungen oder ein Mißerfolg hat Verfasser bei dieser Behandlung nie erlebt. Bei Kindern über 15 Jahren wurden mit gleichem Erfolge subkutane Pilokarpininjektionen angewandt und den Einpackungen heiße Bäder vorangeschickt. *H. Einhorn-München.*

Zur Therapie der wassersüchtigen postscarlatinösen Anschwellungen im Kindesalter, von SCHUMANN. (*Allg. med. Centralstz.* 1896. No. 18.) Der Verfasser betont die Wirksamkeit der Wasseranwendung bei dem Hydrops postscarlatinus. Meist genügen Einpackungen mit in heißes Wasser getauchten Tüchern, wozu noch mit feuchtheißen Tüchern bewickelte Flaschen ins Bett gelegt werden. Wo es nötig, sind heiße Bäder unter allmählichem Zusatz kochenden Wassers bis auf 42° am Platze. Medikamente sind unnötig. Daran knüpft der Verfasser die Mahnung an die Ärzte, die hydropathischen Prozeduren mehr zu studieren und zu üben.

Jeanner-Königsberg i. Pr.

Über den Wert des Eucalyptusöls als Desinficiens bei Scharlachfieber, von JOSEF PRIESTLEY. (*Lancet.* 6. April 1895.) Verfasser hat in 120 Fällen von Scharlach die CURVENWESCHE Behandlung mit Eucalyptusöl versucht (die Patienten werden damit eingerieben, außerdem wird das Öl im Krankenzimmer verdampft). Er erzielte eine Herabsetzung der Dauer des Hospitalaufenthaltes und empfiehlt die Sache zur Nachprüfung.

F. Hahn-Bremen.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Über die Behandlung der Blennorrhoe nach der Methode von JANET, von G. TÁNAGO Y GARCIA. (*Revista clínica.* 1896. No. 6.) Verfasser ist der Ansicht, daß die Methode indiziert ist, sobald ein UrethraSekret der Gonokokken konstatiert worden, daß sie aber nicht schablonenmäßig, sondern in einer jedem besonderen Falle passenden Weise angewendet werden soll. Die Lösungen müssen in schwacher Konzentration (1:5000—4000) täglich injiziert werden. Außerdem hält es TÁNAGO für ratsam, zwischen den einzelnen Sitzungen noch Injektionen kräftiger, aber reiskloser Antiseptica zu verordnen. Kommt man nach einer Anzahl (ca. 20) von Ausspülungen nicht zum Ziele, so soll man von weiterer Anwendung des Kalium permanganicum abstehen und andere Präparate versuchen (Arg. nitr. 1:4000, Sublimat 1:15000, Ichthyol 1—5:100, Fonnol 1:4000). Die Blennorrhoe soll ausschließlich lokal behandelt werden, innere Medikamente wie Balsamica etc. haben gar keinen Sinn.

C. Müller-Walksellen.

In einer ausführlichen Mitteilung über die Wirkung des Ichthyols bei der Blennorrhoe kommt CANOVA (Dissertation, Paris 1895) zum Schlusse, dass sich das Ichthyol in Anbetracht seiner analogen, antiphlogistischen, resorbierenden und antiseptischen Eigenschaften so gut wie jedes Medikament, resp. vielleicht noch besser, zur Behandlung der Blennorrhoe signe. Im Gegensatz zu den Ausspülungen mit Kalium permangan., Arg. nitr. etc. sind diejenigen (1—2%) mit Ichthyol beinahe vollständig schmerzlos, weshalb sie auch gleich im Anfang der Affektion in Anwendung gebracht werden können. Doch ist es ratsam, davon Abstand zu nehmen im floriden Stadium; im Stadium decrementi hingegen führen sie gewöhnlich rasche Heilung herbei. In einzelnen Fällen lassen sie auch, wie jedes andere Medikament, vollständig im Stiche. Entzündliche Reaktion des Harnapparates und zwar dann meist der Blase (nicht der Urethra) hat Verfasser selten beobachtet. Die gewöhnliche Folge der Irrigation mit Ichthyollösung ist gewöhnlich eine Exfoliation der Schleimhaut, auf welche NEISSER großen Wert legt.

C. Müller-Walksellen.

Ichthyol bei Epididymitis blennorrhoeica, von S. MAYLÄNDER. (*Pest. med.-chir. Presse.*) Bei Anwendung des Mittels liefs die Schmerzhaftigkeit rasch nach, die Anschwellung nahm binnen kurzer Zeit ab und die Patienten waren schon in drei bis

fünf Tagen in der Lage, ihre Beschäftigung wieder aufzunehmen. Der erkrankte Teil wird mit einer verdünnten Iodhyollösung bepinselt, darüber kommt eine Lage Watte und Schutzverband. Verfasser empfiehlt folgende Formel:

<i>Ammonii sulfo-ichthyol.</i>	10,0
<i>Glycerini</i>	90,0
S. Äusserlich.	

Karl Bies-Stuttgart.

Verschiedenes.

Über Eukain, ein neues lokales Anästheticum, von VINC. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 27.) Verfasser beschreibt einen neuen, synthetisch dargestellten Körper, der den kurzen Namen Eukain erhalten hat, und als Ersatzmittel des Kokains dienen soll; er hat seine örtlichen und allgemeinen Wirkungen am Tier geprüft, dann auch Versuche an SCHWEIGGERS Augenklinik damit angestellt. Die anästhesierende Wirkung ist eine vollkommene, tritt rasch ein und dauert 10–15 Minuten; es fehlt die ischaemierende Wirkung des Kokains, vor allem tritt aber weder Mydriasis noch Akkommodationsparese auf, so daß das Mittel in manchen Fällen dem Kokain vorzuziehen ist. Es ist auch weniger giftig als Kokain, billiger, und hält sich in wässriger Lösung lange unzersetzt. In einzelnen Fällen bemerkte man leichte Hyperämie und leichte Reizung der Schleimhaut.

F. Hahn-Bremen.

Auf die depilatorische Wirkung der RÖNTGENSchen Strahlen macht DANIEL in *Medical Record* aufmerksam. Einem Knaben wurde der Schädel nach RÖNTGEN photographiert, um darin den Sitz einer Kugel festzustellen. Die Exposition hatte eine Stunde gedauert und die Crooksche Röhre lag dabei in einer Entfernung von einem halben Zoll vom Kopfe. Drei Wochen nach der Aufnahme begannen an der betreffenden Stelle des Kopfes die Haare in einem Umkreise von allmählich 2 Zoll auszufallen.

C. Müller-Wallisellen.

Die Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder, von L. FÜRST. (*Therap. Monatsk.* Juni 1896.) Verfasser empfiehlt statt der bisher von ihm benutzten 1% Lapislösung als milde antiseptisch und reizmildernd wirkend das Boregycerinlanolin.

F. Hahn-Bremen.

Pflasternaht, von T. BLANK. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. Vol. X, No. 2.) B. schneidet zwei Pflasterstreifen von entsprechender Länge und Breite und klebt dann auf die gegenüberliegenden Enden derselben auf die nicht klebende Fläche zwei viereckige Pflasterstückchen. Nun sticht er an dem einen Streifen an dem durch die Auflage verstärkten Ende von oben ein (von der nicht klebenden Fläche aus) und führt die Nadel durch das Ende des zweiten Streifens von der unteren, klebenden Fläche her. Die beiden Streifen werden dann etwas entfernt von der Wunde, senkrecht zum Verlauf derselben, angelegt und nachdem sie adhärent sind, wird der Faden so lange zusammengezogen, bis die Wundränder vereinigt sind.

H. Einhorn-München.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band XXIII.

N^o. 12.

15. Dezember 1896.

Pseudoxanthoma elasticum.

Dem dritten Internationalen Dermatologischen Kongress (London, August 1896)
überreicht von

J. DARIER-Paris.

(Mit Tafel V.)

Ich werde sicherlich auf keinerlei Widerspruch stoßen mit der Behauptung, daß die Lehre vom Xanthom sowohl in klinischer, wie auch in pathologisch-anatomischer und ätiologischer Beziehung noch manche dunkle Punkte in sich birgt.

Die vorliegende Mitteilung hat nun den Zweck, einen dieser Punkte zu untersuchen und womöglich aufzuhellen, die Frage nämlich, wie es um die Veränderungen des elastischen Gewebes bei der Xanthomatose steht und wie sich vor allem das sogenannte Xanthoma elasticum verhält. Nun sei vorweg gleich bemerkt, daß ich das in Frage stehende Xanthoma elasticum für eine gut umschriebene Krankheit mit eigenartigen klinischen und anatomischen Merkmalen halte — für eine allerdings sehr seltene Krankheit, die aber unser besonderes Interesse in Anspruch nimmt, weil sie erstens bisher immer mit dem Xanthoma verum verwechselt wurde, und weil sie zweitens eine ganz bemerkenswerte Veränderung des elastischen Gewebes darbietet.

I.

Mein Freund und Kollege BALZER¹ hat zuerst auf die Veränderungen des elastischen Gewebes beim Xanthom hingewiesen. Vor ihm hatte RIGAL² bei einem Fall von Xanthelasma das Vorkommen „glänzender, zerstreuter oder derart in Reihe angeordneter Körner, daß sie neue Fasern (nouvelles travées) bildeten“, erwähnt. Er hielt die letzteren für elastische Fasern, die im Begriff ständen, sich zu organisieren, legte der

¹ BALZER: Untersuchungen über den anatomischen Charakter des Xanthelasma. *Archives de Physiologie*. 3^{me} Série. Bd. IV. S. 65.

² RIGAL: Beitrag zur Geschichte des diffusen Cheloids. *Annales de Dermatologie*. 1881.

ganzen Sache aber keine Bedeutung bei. BALZER beobachtete, daß einzelne Körner der xanthelasmatischen Zellen in Äther und Ölen (Essences) unlöslich waren und daß sie sich in Osmiumsäure nicht färbten. Zuerst meinte er, er habe es da mit Mikroben zu thun, jedoch fand diese Deutung keine Annahme. Dann trat er aber 1884 mit der Ansicht hervor, daß jene Körner Trümmer von elastischem Gewebe seien. Er hatte nämlich gerade einen besonderen Fall beobachtet, einen Fall, bei dem wir etwas verweilen müssen, da derselbe nach meinem Dafürhalten das erste bekannte Beispiel eines Pseudoxanthoma elasticum bildet. Die fragliche Beobachtung war in kurzem folgende:

Ein 49jähriger Mann, der an Malaria, aber niemals an Gelbsucht gelitten hatte, geht im Krankenhause an Lungentuberkulose zu Grunde; dieser Mann hatte auf seinem Körper zahlreiche „xanthelasmatische“ Plaques, die aus seiner ersten Kindheit herührten, flach und blaßgelb waren und 1 mm bis 1 cm im Geviert maßen. Sie saßen namentlich in den Gelenkfalten und verschonten den übrigen Körper fast ganz; so fand man sie namentlich am Hals, in den Achselhöhlen, am Ellenbogen; um den Nabel herum bildeten sie ein leichtes Relief; in den Leisten und in den Kniekehlen waren sie weniger zahlreich. Die Flecke saßen längs den Hautfurchen und bildeten kleine Wülste.

Bei der Sektion fanden sich außer der Lungentuberkulose und einer Fettleber mehrere blaßgelbe Flecke auf dem Endokard. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nun, daß es sich bei der äußeren Haut und bei den serösen Häuten des Herzens um fast die nämlichen Veränderungen handelte. Vor allem fiel BALZER eine Veränderung des elastischen Gewebes auf; dasselbe war infolge Vergrößerung seiner Fasern hypertrophiert, vielleicht aber nicht hyperplasiert. Die Fasern waren aufgelockert und gespalten, zuweilen auseinandergezerrt oder knotig und rosenkranzartig, zuweilen konnte man glauben, rosenkranzartige Ketten von Sporen vor sich zu haben, die durch gegenseitigen Druck ihre ursprüngliche Form verloren hatten. Sehr oft standen auch die Haufen kleiner Trümmer noch mit den gesunden Fasern in Verbindung und schienen blumenkohlartig auf ihnen zu sitzen. BALZER fügte hinzu, „daß sehr wenig Fett und wenige xanthelasmatische Zellen“ in der veränderten Haut anwesend waren und schloß daraus, daß „diese Zellen nicht als charakteristisch für das Xanthom aufzufassen seien“.

Gelegentlich dieses Falles hat BALZER auch einige frühere Fälle von Xanthom wieder untersucht und hat gefunden, daß bei diesen Neubildungen neben der eigentümlichen fettigen Granulation auch noch Störungen im elastischen Gewebe vorkommen, die seines Erachtens von der nämlichen Art sind, wie diejenigen, von denen soeben die Rede war. Er scheint ihnen aber doch keine große Bedeutung beigelegt zu haben, denn er schreibt: „Diese Veränderungen haben für das Xanthelasma keine andere Bedeutung als für alle übrigen entzündlichen Erscheinungen, die sich in einem, an elastischen Fasern reichen Gewebe abspielen.“

Mag also auch BALZER die hohe Bedeutung des von ihm beobachteten Falles verkannt haben, so bleiben wir ihm doch immer für die eingehende Beschreibung der eigentümlichen Veränderungen seines Falles zu Dank verpflichtet.

II.

Die einzige, mir bekannte Beobachtung, die dem soeben mitgetheilten Fall an die Seite gestellt werden kann, betrifft den von CHAUFFARD³ in der Société médicale des Hôpitaux als Xanthelasma disseminatum et symmetricum vorgestellten Fall. Derselbe ist gewissermaßen geschichtlich geworden, denn BESNIER und DOYON⁴ haben ihn in richtiger Erkenntnis seiner Bedeutung ausführlich veröffentlicht und haben auch die Diskussion, die sich an die Vorstellung des Patienten durch CHAUFFARD anschloß, hinzugefügt. Ich persönlich bin CHAUFFARD sehr verbunden dafür, daß er mir die Untersuchung dieses Patienten und die mikroskopische Prüfung der Veränderungen gestattet hat. Ich fand ähnliche Veränderungen, wie sie von BALZER beschrieben sind; meinen Befund habe ich in einem kurzen Bericht zusammengefaßt, der ebenfalls von BESNIER und DOYON⁵ veröffentlicht wurde.

Nun habe ich das große Glück gehabt, den in Frage stehenden Patienten jüngst wieder zu Gesicht zu bekommen. Ich habe ihn photographieren und Wachsabdrücke anfertigen lassen, habe auch von Neuem Biopsien vorgenommen, die es mir ermöglichten, meine früheren Behauptungen zu ergänzen und zu berichtigen.

Da der Fall durch BESNIER allen Dermatologen bekannt geworden ist, so kann ich mich hier auf eine kurze Wiedergabe der Krankengeschichte beschränken und füge nur einiges selbst beobachtete hinzu.

Mann von 42 Jahren, ohne nachweisbare erbliche Belastung. Mit 23 Jahren Typhus. Später Gastritis alcoholica mit mehrfachem Blutbrechen. Malariafieber in Neu-Caledonien, wo er seiner Militärflicht genügte. Außerdem hat er an Icterus gelitten, der sehr lange angehalten haben soll. Der Beginn seines Hautleidens reicht in das Jahr 1880 zurück, wo er, 26 Jahre alt, nach Frankreich zurückkehrte. Es fiel ihm zuerst auf, daß die Haut in der Gelenkbeuge seiner Ellenbogen sich bläulich verfärbte und zu jucken anfang; das Blaue ging bald ins Gelbliche über und diese Farbe ist seitdem geblieben; die nämlichen Veränderungen spielten sich dann nacheinander in den Achseln, am Hals, auf der Bauchhaut u. s. w. ab. Seit 1889 haben sich die ursprünglichen Stellen überall noch etwas vergrößert, besonders auffällig in den Achseln, am Hals und auf der Mundschleimhaut.

Gegenwärtig sitzen die Neubildungen symmetrisch in den Beugefalten des Rumpfes und der großen Gelenke der Extremitäten; wir fanden sie demnach am Halse, in der Schlüsselbeingegend, in den Achselhöhlen, den Ellenbogenfalten, auf der Bauchhaut, namentlich unterhalb des Nabels, in den Leisten, an der unteren Fläche des Gliedes, in der Afterspalte und in den Kniekehlen. Sie bestehen aus großen xanthomatösen Flecken und Plaques, ragen kaum hervor und haben im ganzen eine gelbliche Färbung, richtiger, sind wie Milchkaffee gefärbt. Die Plaque am linken Ellenbogen hat 5 cm Breite bei 10 cm Länge. Beim näheren Zusehen entdeckt man,

³ A. CHAUFFARD: *Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux de Paris*. 1889. S. 412.

⁴ BESNIER und DOYON: *Annotations et appendices au Traité des Maladies de la Peau, de Kaposi*. 2. Ausg. 1891. S. 336.

⁵ Ebendas. S. 335.

dafs die Flecken leicht höckerig sind; die einzelnen Höcker entstehen durch den Zusammenflufs kleiner hanfkorn- bis linsengrosser Stellen, die selber hellgelb auf einem netzartig gezeichneten violett- oder lilafarbenen Grunde sitzen. Die Haut fühlt sich an den erkrankten Stellen weich und pastös an, wie feuchter Sammet; sie ist ausserdem deutlich gelockert und weniger elastisch als im Normalen. An der Grenze der eigentlichen Plaque treten die sie zusammensetzenden Elemente immer weiter auseinander und verflüchtigen sich zu kleinen gelben oder weissen Papeln, die von einem bläulichen Hof umgeben sind und in der Mitte eine braun gefärbte Follikelöffnung besitzen; die einzelnen Papeln verlieren um so mehr an Umfang und Höhe, je weiter sie vom Mittelpunkt der Plaque entfernt sind. Der Rücken, die Sternalgegend, die Streckseiten der Glieder, die Hände und Füsse sind unversehrt. Das Gleiche würde vom Kopf gelten, wenn nicht an den Commissurae palpebrarum beider Augen je ein gelblicher Fleck von der Gröfse eines Getreidekorns säfse; ausserdem ist auch am Rande der Oberlippe ein vereinzelter Fleck vorhanden. Lippen- und Wangenschleimhaut sind mit rahmfarbenen Flecken versehen, die stellenweise zusammenfliessen und auf einem stark vaskularisierten Grunde sitzen. Von weiteren Verletzungen sind die Schleimhäute frei.

Der Kranke ist blaß und etwas abgemagert; er hustet seit mehreren Jahren und auf beiden Lungenspitzen, namentlich aber auf der rechten, bestehen Veränderungen wahrscheinlich tuberkulöser Natur. Das von CHAUFFARD untersuchte Blut verhielt sich normal, desgleichen der Harn, der niemals Zucker enthalten hat. Auch sonst sind keine weiteren Störungen zu verzeichnen; die erkrankten Hautteile haben normale Empfindung. Icterus besteht nicht mehr; auch sind keine Symptome von Leberinsufficienz mehr vorhanden.

Man wolle beachten, dafs die soeben beschriebene Hauterkrankung im höchsten Grade xanthoider Natur ist und dafs einige Eigentümlichkeiten sehr lebhaft an das Xanthom der Diabetiker erinnern. Jedoch darf man nicht übersehen, dafs hier erstens die Beugefalten und nicht die konvexen Seiten der Gelenke oder die Streckseiten der Glieder befallen sind, und dafs zweitens eine unverkennbare Lockerung und Elastizitätseinbuls der Haut an den erkrankten Stellen besteht; so hat die Haut namentlich in der Leistengegend starke Neigung, grosse, schlappe Falten zu bilden — eine Veränderung, die bei den verschiedenen Xanthomen nicht vorkommt.

III. Histologische Untersuchung.

Zum Zweck der Untersuchung habe ich 1890 und 1896 aus der xanthoiden Fläche der Achsel und der Bauchhaut Stückchen ausgeschnitten, auch einzelnstehende Papeln aus der Schulter und dem Schenkel entnommen. Die Präparate wurden mit Alkohol, mit essigsauerm Sublimat, mit Osmiumsäure oder mit Ammonium bichromicum gehärtet; als Einbettungsmittel habe ich teils Gummi und Alkohol, teils Paraffin gebraucht.

Nun kann man sich bei allen Schnitten leicht überzeugen, dafs die wesentlichste und fast ausschliessliche Veränderung sich am elastischen Gewebe der Cutis vorfindet. Von den Färbungsarten, denen ich mich bediente, haben sich die folgenden am besten bewährt: Alkohol, Eosin,

Kalium causticum zu 40%. Alkohol oder Bichromat, Pikrokarmine, Glycerinum formicatum zu 1%. Osmiumsäure, Saffranin, Tanninalkohol, Orceinum acidum mit und ohne Methylenblaufärbung. Die letzteren Färbungsarten geben ein prächtiges Gesamtbild, die ersteren lassen die Einzelheiten besser erkennen.

Bei schwacher Vergrößerung erkennt man auf einem Präparat aus der Haut der Achselhöhle, das z. B. mit saurem Orcein gefärbt ist, daß das elastische Netz in der ganzen Dicke der Cutis eine gründliche Veränderung erfahren hat; vor allem sieht es aus, als ob es vermehrt wäre, was eine Folge seiner pathologischen Verdickung und der Aufrollung (pelotonnement) seiner Fasern ist; denn diese letzteren sind nicht etwa durch Anastomosen zu einem regelrechten Netzwerk vereinigt, sondern sind gebrochen, zerstückelt, verbogen und in kleine Klümpchen verwandelt. Diese Veränderung, die man als Elastoclasie oder Elastorhexis bezeichnen könnte, erstreckt sich durch die ganze Dicke der Lederhaut von dem subpapillaren Netzwerk bis zur Höhe der Drüsen, so daß die Subcutis nur erreicht, aber nicht in den Prozeß mit einbezogen wird. Im transversalen Sinne setzt sich die Veränderung aber nicht gleichmäßig in einer Fläche fort; hier bildet sie vielmehr schlecht abgerundete Lappen und Knäuel, die durch dünne Streifen normalen elastischen Gewebes von einander getrennt sind.

Epidermis und Papillarkörper scheinen normal; auch die Haartalgfollikel und die Knäueldrüsen sind nicht nachweislich verändert. Die Gefäße sind erhalten und zwar finden sich die größten derselben in den Streifen gesunden Gewebes; auf keinen Fall ist ihr elastischer Mantel bei der Elastoclasie mitbeteiligt.

Die nämlichen Veränderungen des elastischen Gewebes finden sich in Schnitten durch eine einzelne Papel, nur daß sie sich hier auf eine bestimmte Gegend des Haarfollikels, seinen Hals nämlich, beschränken, den sie wie einen Kranz umgeben; dementsprechend gewahrt man auf dem Präparat, an beiden Seiten des Halses, einen Knäuel elastischer Fasern. Es scheint, als ob hier bei den frisch ergriffenen Teilen der Ausgangspunkt des ganzen Prozesses säße.

Endlich ist die Elastoclasie auch auf der Mundschleimhaut vorhanden; hier erscheint sie in Form eines dünnen Streifens, zwischen dem und der Epidermis sich eine ungefähr ebenso dünne Schicht gesunden Gewebes befindet.

Bei starker Vergrößerung erkennt man nun alle die Veränderungen, die BALZER so schön beschrieben hat. Die elastischen Fasern sind dicker und breiter, häufig auch gebrochen und in Stäbchen oder kurze Cylinder zerbröckelt, die aber noch im Zusammenhang bleiben und dadurch wie kettenförmige Bacillen aussehen. Öfter aber noch lockern

sich die elastischen Fasern zu rosenkranzartigen Bändchen mit bizarren Rändern auf und lassen Vakuolen und zuweilen auch Längsspalten erkennen; sie vermögen sich in die Breite auszudehnen und bilden dann unregelmäßige Plaques mit Vakuolen; schließlic können sie auch ganz auseinanderfallen und sich in lauter Körnchen und Krümelchen auflösen.

An vielen Punkten des Präparats kann man sich mit Leichtigkeit überzeugen, daß diese sonderbaren Gebilde in unmittelbarem Zusammenhange mit den normalen elastischen Fasern stehen, welche letztere an irgend einem Punkte plötzlich von Elastorrhesis befallen sind.

Hand in Hand mit diesen morphologischen Veränderungen gehen nun auch chemische Umwandlungen des elastischen Gewebes vor sich, und man kann dieselben durch Einwirkung einer Reihe mikro-chemischer Reaktionen erkennen; so sind die elastischen Fasern gegenüber der auflösenden Wirkung des Kalium causticum in der Hitze etwas weniger widerstandsfähig; so färben sie sich durch Eosin mehr violett oder weniger dunkel; mit Pikrinsäure färben sie sich schön gelb. Sind sie in Osmiumsäure gehärtet und infolgedessen wie metallisiert, so werden sie stark lichtbrechend und treten nunmehr deutlich hervor; man kann dann ein sehr schönes Bild von ihnen erhalten, indem man mit Saffranin färbt und mit Tannin wieder entfärbt; die Häufchen von Körnern und Krümelchen sind dann weniger rot als die Fasern, die ihre Form sich noch bewahrt haben. Das Reaktionsmittel *Kar' έξοχην* für das elastische Gewebe, das Orcein in saurer Lösung, färbt die am meisten veränderten Teile etwas weniger kräftig. Das UNNASche polychrome Blau färbt sie nur blaßblau, und wendet man diese beiden letzteren Mittel in Verbindung mit Säure an, so sieht man, daß einzelne Teile zwar das Blau, aber nicht das Orcein annehmen. Schließlic sei noch erwähnt, daß sämtliche Massen des elastischen Gewebes mittelst des Hämatein diffus violett gefärbt werden.

Fasst man alle diese Abweichungen zusammen, so kann man also sagen, das veränderte elastische Gewebe habe zwar seine Hauptreaktionen behalten, es zeige aber Neigung, basophil zu werden.

Was nun die übrigen Teile der Haut anbelangt, so ist das Bindegewebe an den kranken Stellen fast ganz normal und nicht deutlich sklerosiert. Die Zellen an den Herden der Elastoclase sind der Zahl nach vermehrt; es sind das aber keine Leukocyten oder Plasmazellen, sondern mehr oder weniger verzweigte Bindegewebszellen mit vermehrtem Protoplasma; sie häufen sich bei den in Auflockerung begriffenen Fasern oder bei den Körnerhaufen an. Einige unter ihnen sind wohl granulös, sie sehen aber durchaus nicht wie xanthomatöse Zellen aus; selbst mit Hilfe von Osmiumsäure kann man keine Spur von Fett bei ihnen nachweisen.

Daß die Epidermis mitsamt ihren Anhängen, Follikeln und Drüsen,

normal sei, wurde schon oben erwähnt; ebenso sind keine Gefäßveränderungen vorhanden.

Ich betone ausdrücklich, daß ich in keinem meiner Präparate an irgend einem Punkte xanthomatöse Zellen gefunden habe. Nur am Grunde der Papillen habe ich einige Spindelzellen oder Zellen mit Ausläufern gesehen, die Körner enthielten und sich mit Osmium schwarz färbten. Ich hatte diese Gebilde früher für unvollständige xanthelasmatische Zellen gehalten. (Vergl. meine Notiz im Anhang von BESNIER-KAPOSÍ); seitdem habe ich mich aber durch Vergleichung mit ungefärbten Schnitten überzeugt, daß es sich hier nur um Pigmentkörner handelt, die mit Methylenblau oder Thionin eine grünliche Farbe annehmen; wir haben hier demnach Pigmentgranula und keine Fettgranula vor uns. An den nämlichen Stellen, wie diese Elemente, kommen auch Mastzellen vor, freilich nur in mäßiger Menge.

Ich muß also im Gegensatz zu BALZER erklären, daß wir es im vorliegenden Fall weder mit xanthelasmatischen Zellen, noch mit Fett, noch mit sonst etwas, das an Xanthom erinnert, zu thun haben.

IV.

Es war nun interessant zu untersuchen, ob beim wirklichen Xanthom die nämlichen Veränderungen des elastischen Gewebes, die ich als Elastorrhexis bezeichnet habe, vorkommen.

Ich habe daraufhin etwa zehn Fälle von Xanthom, die verschiedenen Varietäten angehörten und die der Zufall mir in die Finger spielte, histologisch untersucht. Zuweilen war das elastische Netz vollkommen normal erhalten; andere Male waren die elastischen Fasern an den Punkten der Zellanhäufung gebrochen und ihre Enden hatten sich verkürzt. Das sind aber bekanntlich Veränderungen, die bei allen Neubildungen und Entzündungen vorkommen und die beim Lupus am stärksten ausgeprägt erscheinen. Aber jene Veränderungen, die ich hier soeben ausführlich beschrieben und Elastorrhexis getauft habe, die habe ich in keinem Fall von Xanthom angetroffen.⁶

⁶ Dr. PAYNE war so lebenswürdig, mich während des Londoner Kongresses auf einen Artikel aufmerksam zu machen, den er über einen Fall von Xanthoma diabeticorum veröffentlicht hatte. (J. T. PAYNE, *The Brit. Journ. of Derm.* November 1898.- Er erwähnt darin neben Vermehrung des Bindegewebes eine Degeneration der elastischen Fasern und vergleicht seinen Fall mit denen von BALZER und CHAUFFARD. Nun genügte aber schon ein Blick auf die der Arbeit beigelegten Abbildungen, oder eine flüchtige Prüfung der Präparate, die der Verfasser mir gütigst zeigte, um zu erkennen, daß es sich in diesem Falle nur um ganz bedeutungslose Zerreißen des elastischen Gewebes, wie man sie bei jedem echten Xanthom beobachten kann, handelte; außerdem waren auch die typischen Veränderungen des wirklichen Xanthoms vorhanden. PAYNE stimmte, nach Einblick in meine Präparate, mit mir darin überein, daß sein Fall mit dem von mir beschriebenen Pseudo-Xanthoma elasticum nichts gemein habe.

Schlussätze.

1. Es giebt eine, wahrscheinlich nur sehr selten vorkommende, Krankheit der Haut mit deutlichen, unverkennbaren anatomischen und klinischen Symptomen, die man **Pseudo-Xanthoma elasticum** nennen kann.

2. Klinisch äußert sich diese Krankheit durch Bildung von Flecken, Plaques oder gelblichen Papeln, die mit denen des echten Xanthoms große Ähnlichkeit haben. Sie unterscheiden sich von letzterem einmal durch ihren Sitz, der fast ausschließlich die Beugefalten der großen Gelenke des Rumpfes und der Gliedmaßen betrifft — sowie zum andern durch die Schlawheit der Haut und ihre Elastizitäts-Einbuße an den befallenen Punkten.

3. Anatomisch findet die Krankheit ihren Ausdruck in einer Zerreißung mit Schwellung und schließlichem Zerfall des elastischen Gewebes in lauter Krümelchen, welche Veränderung man als **Elastorrhexis** bezeichnen kann. Dagegen vermisst man die spezifischen Veränderungen des Xanthoms, xanthomatöse Zellen und Fettkörner.

4. Über Pathogenese und Natur des **Pseudo-Xanthoma elasticum** herrscht noch völlige Unklarheit. Es ist beim Kinde und beim Erwachsenen, die Infektionen oder Intoxikationen ausgesetzt waren, beobachtet worden und scheint von unbegrenzter Dauer zu sein. Wir sind berechtigt, es zu den verschiedenen Formen der Hautatrophie, an die Seite der **Atrophia maculosa cutis** (JADASSOHN) z. B., zu verweisen.

5. Auf jeden Fall verdient dieses **Pseudo-Xanthom** seinen eigenen Platz in der Nosologie, schon allein wegen der vorherrschenden und anscheinend primären Veränderung des elastischen Gewebes, wie man sie in dieser Form beim echten Xanthom nicht antrifft.

Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.

Zu den Abbildungen.

Fig. 1. Schnitt durch die Haut von der Achsel. (Färbung mit **Orceinum acidum**. Vergrößerung $\frac{20}{1}$.)

Unter der Epidermis sieht man den normalen Papillarkörper. In der Lederhaut sind die Veränderungen des elastischen Gewebes auf ungleiche Knäuel oder Lämpchen verteilt, die durch normale Gewebestränge voneinander getrennt wurden. Der Prozeß macht vor der Subcutis Halt. Talgdrüsen, Glomeruli und Gefäße sind normal.

Fig. 2. Einzelheiten der Veränderungen des elastischen Gewebes. **Elastorrhexis** (Alkohol, Eosin, Kalium causticum zu 40°. Vergrößerung $\frac{800}{1}$.)

a) Normale elastische Fasern am Rande eines Knäuels; sowie sie in dasselbe eindringen, rollen sie sich auf, schwellen wulstförmig an, vacuolisieren und zerfallen.

b) Zu kurzen Stückchen auseinandergefallene elastische Fasern; an einer Stelle löst sich eine dicke Faser in einen Haufen amorpher Körner auf.

c) Zerfallene, gespaltene und verdickte Fasern in gelockerten Plaques.

Fig. 3. Die Beziehungen der Bindegewebszellen zu den von Elastorhexis befallenen elastischen Fasern. (Alkohol, Pikrokarmmin, Glycerinum formicatum zu 1%. Vergrößerung $\frac{850}{1}$.)

Die Zellen sind an Zahl vermehrt und unregelmäßig gestaltet; sie sind an den Stellen des veränderten elastischen Gewebes angehäuft und scheinen dasselbe in ihr Protoplasma einzuhüllen. (Xanthomatöse Zellen sind nicht vorhanden.)

Aus der Klinik von Dr. UNNA in Hamburg.

Eine seltene, einer generalisierten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung.

Von

Dr. ADOLF SPIEGEL, Köln a. Rh.

In folgendem sei es mir gestattet, über eine eigentümliche Hauterkrankung, die ich in der UNNASchen Klinik zu beobachten und zu untersuchen Gelegenheit hatte und die meines Wissens noch nicht beschrieben worden ist, zu berichten.

Meinem geschätzten Lehrer, Herrn Dr. UNNA, der mir in liebenswürdigster Weise das Material zur Verfügung stellte und mich bei meiner Arbeit unterstützte, sage ich meinen verbindlichsten Dank.

Patient P. B., 23 Jahre alt, stammt aus Nord-Russland. Die Eltern des Patienten leben noch und sollen, abgesehen von einer Nervosität des Vaters, gesund sein. Von den 13 Geschwistern des Patienten leben noch 7, die alle an Drüsenschwellungen des Halses leiden sollen; ein Bruder des Patienten soll einen ähnlichen Hautausschlag haben, wie Patient selbst. Von den übrigen Geschwistern des Patienten sollen drei einige Stunden nach der Geburt gestorben sein, woran, weiß Patient nicht anzugeben, ein anderes an Scarlatina und Keuchhusten, eines an Meningitis.

Patient selbst will von Jugend an krank gewesen sein; in den ersten Lebensjahren hatte er einen eiterigen Ausfluss aus Ohr, Nase und Augen. Als Kind von 8 Jahren hatte er Gelenkrheumatismus, der ihn zwei Jahre bettlägerig gemacht hat. Im Jahre 1890 acquirierte Patient einen Schanker, der nach Aussage des behandelnden Professors ein Ulcus molle war. Vor zwei Jahren machte Patient wegen seines jetzt noch bestehenden Hautausschlages beim Militär eine Schmierkur durch und will Patient innerhalb eines Jahres über 1 Pfund Hydrargyrum eingerieben haben, darauf nahm er noch über $\frac{1}{2}$ Jahr lang Jodkalium in größeren Dosen; beides hatte, wie ich schon vorwegnehmen will, keinen Einfluss auf den Krankheitsprozess.

Das Hautleiden, weswegen Patient jetzt die Klinik aufsucht, besteht seit seinem fünften Jahre, dasselbe soll an den Ohren angefangen haben, dann auf den Füßen sich gezeigt haben, später auf die Arme übergegangen sein, um sich allmählich über den ganzen Körper zu verbreiten. Patient fühlt zuerst unter der Haut ein kleines Kügelchen von Pfefferkorngröße, das sich hart anfühlt und verschieben läßt. Diese kleine Geschwulst kann mehrere Monate so bestehen, ohne daß die darüberliegende Haut sich rötet. Später rötet sich die Haut ein wenig und die Geschwulst soll dann etwas oberflächlicher werden. Es zeigt sich darauf bald in der Mitte des Knotens eine kleine, weißlichgelbe Stelle, die eintrocknet. Versucht Patient dieselbe abzukratzen, so gelingt es ihm schwer und beschädigt er meistens die gesunde Haut mit. Ist die Mitte eingetrocknet, so schreitet der Prozeß peripherwärts weiter, so daß es ungefähr bis 8 Monate dauern kann, bis die Eintrocknung eine vollständige ist. Es entsteht dann eine bräunlichrote Kruste, die schichtenweise abfallen soll, bis eine dunkle Narbe zurückbleibt, die im Verlaufe einiger Monate weiß wird.

Es kann somit der ganze Prozeß annähernd ein Jahr dauern.

Status praesens. Der Patient ist von mittlerer Statur, Panniculus adiposus mäßig entwickelt, Schleimhäute etwas hyperämisch, keine Cyanose, geringes Ödem der Haut. Schwellung der Supraclavicular-, Cervical- und Submaxillardrüsen.

Lungengrenzen sind normal, doch ist rechts oben eine mäßige Dämpfung zu konstatieren, ferner hört man auskultatorisch über der ganzen Lunge großbläufige, trockene Rasselgeräusche.

Herz. Spitzenstoß innerhalb der Mamillarlinie, Verbreiterung des rechten Ventrikels um zwei Querfingerbreiten; Töne rein, accentuierter II. Pulmonaltaon.

Im Urin kein Eiweiß, Zucker oder Blut. Die Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbacillen war negativ.

An der oberen und unteren Extremität, besonders am Vorderarm und Unterschenkel, sowohl an der Extensoren- als Flexorenseite, ebenso wie auf der Glutaealgegend und am Penis, weniger im Gesicht, hier mit Prädispositionsstellen von Ohr und Nase, ferner vereinzelt an Brust und Rücken, sowohl bräunlich pigmentierte, wie glänzendweiße Narben von Stecknadelkopf- bis Erbsen- und Haselnußgröße, von denen einige an eine Variolanarbe erinnern, sich aber durch ihre regelmäßigen, runden Konturen unterscheiden, während andere geradezu wie Vertiefungen aussehen, die mit einem Locheisen ausgestoßen sind. Der Boden der Narben ist tief und gleichmäßig eben; ein großer Teil der letzteren ist von einem bräunlichgelben Pigmenthalo umgeben. Ebenfalls disseminiert über den ganzen Körper, mit derselben Lokalisation wie vorher angegeben, zeigen sich kleine bräunlichrote Papeln, von denen einige in der Mitte einen kleinen weißlichgelben Eiterpunkt haben, während andere mit einer schmutziggelben Kruste bedeckt sind. Gleitet der untersuchende Finger über die Haut weg, so fühlt man an einigen Stellen, besonders am Ohr, Vorderarm und in der Gegend des Talokruralgelenks kleine linsen- bis erbsengroße Kügelchen, die unter der normal aussehenden Haut liegen, etwas beweglich sind und auf Druck nicht schmerzen. Auffallend ist die symmetrische Lokalisation sowohl der Effloreszenzen als auch der pockenähnlichen Narben auf beiden Körperhälften.

Nach dem ganzen Krankheitsbild, das der Patient darbietet, kann die Differentialdiagnose wohl nur schwanken zwischen Lues und einer Folliculitisform, und wie ich noch ausführlicher besprechen werde mit dem Lupus erythematosus disseminatus, wie BORCK diese Form beschreibt.

Erstere ist aber wohl schon durch die Anamnese auszuschließen, denn wir haben erfahren, daß sowohl der Gebrauch des Quecksilbers als

auch des Jodkalium ohne jeden Einfluss auf den Krankheitsprozess geblieben ist.

Von den Follikelerkrankungen kämen hier in erster Linie in Betracht: die Acne necrotica BOECK und jene Fälle, die als solche oder als Acne varioliformis oder ihnen ähnliche Fälle in der Litteratur verzeichnet sind.

Während aber BOECK in seinen mitgeteilten Fällen (cf. *Auspitz' Arch.* 1889. pag. 37 u. s. w.) als Charakteristikum hervorhebt:

Erstens die violetten Pünktchen, die in kollossalen Gefässerweiterungen und kapillaren Hämorrhagien begründet sind, zweitens die Tendenz bei neuen Ausbrüchen sich in alten Narben zu lokalisieren und drittens den konstanten Ausgang des Prozesses in Nekrose einestheils der Cutis mit der zugehörigen Epidermisdecke“, vermissen wir in dem hier mitgeteilten Falle die beiden ersten Eigentümlichkeiten.

In der mir zugänglichen Litteratur habe ich nun keinen Fall gefunden, der diesem hier vollständig gleicht, denn auch der von GRUNEWALD beschriebene, (cf. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1885. pag. 81 u. s. w.) als Acne varioliformis universalis bezeichnete, hat wohl Ähnlichkeit mit dem hier mitgeteilten Krankheitsbild, bietet aber doch große Verschiedenheiten. Dort starkes Jucken, so dass Patient Tag und Nacht keine Ruhe hatte, hier fast gar keine subjektiven Beschwerden, der Patient merkt seine neuen Efflorescenzen erst dann, wenn er mit dem Finger über die Haut streift und nach den Kügelchen sucht.

Auch teilt GRUNEWALD in seinem Falle mit, dass die stecknadelkopfbis erbsengroßen Knötchen sämtlich auf der Spitze eine graubraune, dünne Borke tragen, nach deren Abkratzen sich aus dem Knötchen ein Tropfen trüber seröser Flüssigkeit entleert, während in unserem Falle die kleinen Kügelchen unter der wie normal aussehenden Haut zu fühlen sind und erst nach Monaten in der Mitte ein kleines weißlichgelbes Eiterpünktchen sich auf ihnen zeigt.

Anzuführen wäre noch der von PICK mitgeteilte Fall II von Acne necrotica BOECK, (cf. *Auspitz' Arch.* 1889. pag. 555 u. s. w.) der, wie der Autor schreibt, mit dem von BOECK mitgeteilten Fall identisch ist und sich ebenso durch die staubförmigen, hämorrhagischen Pünktchen, die zusammen einen violetten Fleck bilden, durch die ödematös imbibierte Oberhaut und tiefer gehende Verschorfung auszeichnet.

Vollständig zu trennen ist der hier mitgeteilte Fall von der Acne varioliformis sive frontalis HEBRAE, die zumeist (cf. *Path. u. Therap. d. Hautkrankh.* von KAPOSI. 1893. pag. 529) an der Haargrenze der Stirn und des Nackens in gruppenförmig gestellten, flachen Knötchen und Pusteln sich etabliert, in disseminierten einzelnen Efflorescenzen auch im Bereich des Capillitium, selten auch über dem Bereich des ganzen Gesichtes und der oberen Brustregion. Über dem Zentrum der linsen-

großen, flachen, derben, braunroten Knötchen bildet sich eine schlappe Pustel, welche bald zu einer unter das Niveau einsinkenden Borke vertrocknet, oder sofort ein trockener, pergamentartiger Schorf nach deren Abfallen eine seichte, narbige, an Variolaefflorescenz erinnernde, Depression zurückbleibt.

Zu erwähnen wäre noch die von BARTHÉLEMY in den *Ann. de Derm. et Syph.* 1891 beschriebene Acnitis und Folliculis.

Bei ersterer sind außer Kopf und Gesicht, Hals, Stirne, Lendengegend, Arm, Hand und Fuß ergriffen. Es treten plötzlich ohne jede Allgemeinerscheinung 5—12 kleine, unter der Haut gelegene Erhebungen von Hirsekorn- bis Erbsengröße auf, die nach 8 Tagen sich völlig entwickelt haben; es entsteht sodann auf der Höhe der Efflorescenz eine kleine, rötliche Kruste, die eintrocknet und abfällt und eine Narbe zurückläßt, die zuweilen im Zentrum deprimiert und von einem starken Pigmenthalo umgeben ist, oder einem einfachen braunen Fleck ohne Narbe, der lange persistiert. Im Mittel dauert also dieser Prozeß einen Monat, d. i. 10—12 Tage, während welcher sich der Knoten entwickelt, 3—4 Tage Eiterung, 10 Tage bis die Kruste eintrocknet und abfällt.

Im Gegensatz hierzu versteht BARTHÉLEMY unter Folliculis eine gewöhnlich chronische Affektion, die recidivieren kann „et recidive in situ.“ Sie ist ganz oberflächlich, abgeplattet, zuerst papulös, dann pustulös und oft „ombiliqué“, sie endet mit einer stark pigmentierten braunen Narbe. Niemals wölbt sie sich vor, es besteht keine ausgesprochene Eiterung. Die erhabenen, makaroniähnlichen Plaques sind zerstreut und während die Acnitis mehr das Gesicht und den Kopf befällt, verschont die Folliculis ihn fast vollständig mit Ausnahme der Ohren.

Endlich ist differentialdiagnostisch noch der Lupus erythematosus disseminatus BOECK zu berücksichtigen. Ich wurde von Herrn Dr. UZZA auf die in Deutschland ziemlich unbekannte Arbeit von BOECK, welche derselbe im Jahre 1880 im *Norsk Magazin for Laegevidenskab* erschienen liefs unter dem Titel: „Tvende eiendommelige Tilfælde af Lupus erythematosus disseminatus“ aufmerksam gemacht. Die daselbst publizierten Fälle weisen in der That eine gewisse Ähnlichkeit mit unserem Falle auf. Es sei mir gestattet, diese eigentümliche Form von Lupus erythematosus disseminatus, wie BOECK sie beschreibt, etwas genauer hier mitzutheilen, da ich in den deutschen Lehrbüchern dieselbe garnicht oder höchst ungenau erwähnt finde. BOECK charakterisiert die Primärefflorescenz folgendermaßen: „Es bildet sich schnell ein kleiner, stecknadelkopf- bis hanfkorn-großer, lebhaft roter Fleck, welcher im Verlaufe eines Tages sich ziemlich über das Niveau der Haut erhebt und sich von der Umgebung scharf abgrenzt. Bei genauer Beobachtung, hauptsächlich in den ersten Tagen nach dem Erscheinen der Efflorescenzen zeigt der zentrale Teil eine mehr

bläulich livide Farbennuance, verschieden von der lebhaft roten Farbe der Peripherie, so daß der zentrale Teil am ersten an die Blasenbildung in der Handfläche erinnert. Dieser Fleck besteht aus einer gleichmäßigen Hervorwölbung der Oberfläche, gebildet von der stark gespannten, glatten, gleichsam durchscheinenden Epidermis, und niemals ist es mir geglückt, trotz der vielen Untersuchungen mit der Lupe und bloßem Auge die kleinste Spur einer Vertiefung oder einer Follikelmündung in der Mitte der Efflorescenz zu entdecken. Nachdem die Flecke sich nun einen oder mehrere Tage erhalten haben, kann die weitere Entwicklung in verschiedener Richtung vor sich gehen. Entweder ist schon der Entzündungs- und Exsudationsprozeß kulminiert und die Efflorescenz fängt an einzusinken, indem die früher gespannte und glatte Epidermis zusammenschrumpft und dabei Schuppen bildet. Namentlich sieht man in dem Stadium die Mitte der Efflorescenz von einer Epidermisabhebung gedeckt, welche sich in die Tiefe als ein zapfen- oder pfriemenförmiger Fortsatz fortsetzt, die übrigens ziemlich lange sitzen bleiben kann, ohne ausgestoßen zu werden, selbst nachdem die Lupusefflorescenz verschwunden scheint. Wenn hingegen der Entzündungsprozeß an Intensität zunimmt, kann, wie wir es in diesen Fällen gesehen haben, sich ein Eiterherd ausbilden, der jedoch immer wegen der Nekrose von Anfang an oberflächlich gelegen ist, aber nach und nach den größten Teil der Efflorescenz einnehmen kann und dadurch derselben eine gewisse Ähnlichkeit mit einer Aknepustel giebt. Dieser Herd trocknet dann schließlichs ein und bildet eine Borke, die ebenfalls in die Tiefe geht und sehr fest sitzt, so daß sie oftmals erst abfällt, wenn die Lupusefflorescenz sich beinahe vollständig involviert hat.

Außer einer Anordnung in Gruppen, kommen diese Flecken vollständig zerstreut über den ganzen Körper vor, wobei man eine rein disseminierte Form ohne eine einzige charakteristische Gruppenbildung als Führer vor sich hat, welches übrigens selten der Fall ist, weil gewöhnlich neben den zerstreuten Flecken einzelne Gruppen vorkommen, namentlich im Gesicht und wobei die Diagnose, hauptsächlich, wenn man früher ähnliche Fälle noch nicht gesehen hat, große Schwierigkeiten verursacht, man hat dann nämlich ein Bild, welches nichts mit dem Lupus erythematosus gemeinsam hat und es gilt dabei unter solchen Umständen auf ein genaues Studium der einzelnen Efflorescenzen zu halten.

Über die Lokalisation sagt BOECK in seinem Falle: Längs des Haarrandes sieht man eine Reihe hanfkorn- bis linsengroßer Efflorescenzen, von welchen die meisten das Aussehen von Aknepusteln haben. Auf den Ohren und besonders längs des Ohrmuschelrandes und auf der Rückseite derselben, sowie auf der Gegend des Processus mastoideus, sieht man zahlreiche, hanfkorngroße, lebhaft rot gefärbte, teilweise stark erhabene

Flecken. Hauptsächlich auf beiden Handrücken, auf beiden Handgelenkgegenden, auf beiden Ellenbogen, sowie auf dem Ober- und Unterschenkel und Fußrücken, auf den Nates und um den Leibring, sowie mehr zerstreut und spärlich über den ganzen Körper — Pars capillata capitis allein ausgenommen — sieht man eine Menge hanfkorn- bis linsengroße Effloreszenzen, welche aus mehr oder minder erhabenen Flecken von lebhaft roter oder besonders livider Farbe bestehen. Auf vielen von diesen Flecken sieht man auf der Spitze entweder einen kleinen Eiterherd, eine kleine eingetrocknete Kruste oder eine Schuppe, welche, wenn man dieselbe ablösen will, sich als fest anhaftend erweist und oft eine Vertiefung in der Mitte der Efflorescenz deckt, oder auch sehr häufig sich in die Tiefe als schmaler, pfriemenförmiger Epidermiszapfen fortsetzt.

Das Aussehen der Effloreszenzen variiert übrigens bedeutend, teils nach ihrem mehr oder weniger akutem Verlauf, teils nach ihrem Entwicklungsstadium, worin sie sich befinden.

Zwischen den über den ganzen Körper verbreiteten Effloreszenzen sieht man zahlreiche, mehr oder minder scharf markierte, meistens punktförmige Narben in der Haut. Diese Narben sind besonders zahlreich auf Lokalisationen, wo sich gerade Effloreszenzen befinden und tragen dazu bei, das Krankheitsbild leicht wieder erkenntlich zu machen.

In großer Menge sieht man diese Narben auf beiden Handrücken, Dorsalfächen der Finger und ganz besonders in der Umgebung der Handgelenke, wo sie glänzendweiße, harte Flecken bilden, welche bei näherer Untersuchung zeigen, daß sie die Oberfläche der Haut überragen. Ebenfalls sieht man längs des Unterarms ulnarwärts zahlreiche ungefähr hanfkorngroße, vertiefte Narben, welche an Variolanarben erinnern. Die Verteilung dieser kleinen Narben, überhaupt die Verteilung der Effloreszenzen, namentlich auf den Armen, ist durchaus symmetrisch, indem z. B. die Narben sich in großer Menge an beiden Ulnarrändern befinden, während keine einzige am Radialrand zu finden ist. Auch im Gesicht und speziell auf und in der Umgebung der Ohren sieht man zahlreiche solcher Narben.

Schließlich möchte ich noch hinzufügen, daß wie ich einer freundlichen Mitteilung des Herrn Prof. BOECK verdanke, alle von ihm beobachteten Fälle meistens mit allgemeiner Drüsenschwellung einhergingen und daß fast alle Patienten die Zeichen einer Skrophulo-Tuberkulose boten, so daß BOECK der Überzeugung ist, daß bei diesen Kranken immer der Tuberkelbacillus vorkommt. Allerdings ist es ihm bis jetzt noch nicht gelungen, den Bacillus in den Papeln nachzuweisen, ebensowenig wie es bei den übrigen Formen von Lupus erythematosus bis jetzt gelungen ist.

Dieses Bild des Lupus erythematosus disseminatus ist also wohl zu unterscheiden von dem Lupus erythematosus disseminatus wie KAPOSI

ihn beschreibt (cf. KAPOSI *Pathol. d. Hautkrankh.* 1893. pag. 716 u. s. w.) der diese Form ebenso wie den Lupus erythematosus discoïdes charakterisiert als stecknadelkopf- bis linsengroße, etwas erhabene Flecken, die im Zentrum dellig vertieft, oder narbig glänzend, oder mit einem dünnen, festhaftenden Schüttchen versehen sind, und als eine Art Primärefflorescenz stellt er das zentrale Schüttchen mit dem roten, erhabenen Saum hin.

Kommen wir nun wieder auf unseren Fall zurück und vergleichen ihn mit dem BOECKSchen Lupus erythematosus disseminatus, so muß ich gestehen, daß die Analogien wirklich recht auffallend sind.

Auch wir haben es mit einem phthisisch belasteten Individuum zu thun, wie sowohl aus der Anamnese, als auch aus dem Lungenbefund hervorgeht. Ebenso besteht wie in den Fällen von BOECK Schwellung der Supraclavikular-, Cervikal- und Submaxillardrüsen. Auch die Lokalisation ist fast eine gleiche, ebenso der Ausgang des Entzündungsprozesses in Nekrose. Hier sowohl wie dort bilden sich akneähnliche Pusteln, die eintrocknen, eine in die Tiefe gehende, adhärente Borke bilden, nach deren Abfallen, Narben, die an Variola erinnern, zurückbleiben.

Verschieden ist hingegen sowohl der Beginn des Krankheitsprozesses als auch die Dauer desselben. Denn, während die Primärefflorescenzen beim Lupus erythematosus disseminatus BOECK sämtlich den Charakter des „erythematosen“ an sich haben, vermischen wir denselben in unserem Falle. Beim BOECKSchen Lupus bilden sich schnell stecknadelkopfgroße, lebhaft rote Flecke, die im Laufe eines Tages sich ziemlich über das Niveau der Haut erheben und sich scharf von der gesunden Umgebung abgrenzen, um im Verlaufe einiger Tage, wenn der Entzündungsprozess seinen Höhepunkt erreicht hat, sich als akneähnliche Pusteln zu zeigen. Bei unserem Patienten dagegen ist von einem erythematosen Fleck als Primärefflorescenz nichts mit dem Auge wahrzunehmen; erst der untersuchende Finger weist uns auf die hanf- bis pfefferkorngroßen Kügelchen hin, die unter der völlig normal aussehenden Haut monatelang persistieren, erst dann beginnt die Haut sich zu röten, wird livide und schließlich bildet sich dann ebenfalls eine an Akne erinnernde Pustel, um dann allerdings als Endresultat seiner Entwicklung dasselbe Bild zu zeigen, wie beim BOECKSchen Fall, nämlich den Ausgang in Nekrose und Narben.

Um nun in dem von mir beschriebenen Falle eine größere Klarheit zu erhalten, wurde die mikroskopische Untersuchung vorgenommen und zwar an Hautstückchen, die frischen und älteren Efflorescenzen am Bein und Arm entsprachen; die exsicierten Hautstücke wurden in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet.

Das mikroskopische Bild zeigt einen kegelförmigen, in die obersten Schichten der Cutis eingebetteten, circumskripten nekrotischen Herd, der

im wesentlichen besteht aus der teilweise noch vollständig erhaltenen Epidermisschicht, dem Papillarkörper, von welchem noch etwa 6—8 Papillen zu erkennen sind, ferner aus dem daruntergelegenen Cutisgewebe mit homogenisiertem Kollagen, aus teilweise noch erhaltenen elastischen Fasern, aus hauptsächlich in der Peripherie abgelagerten Eiterkörperchen und etwas körnigem Fibrin. Im Herde selbst konnten weder Schweiss- noch Talgdrüsen, noch irgend welche Haarbalgreste nachgewiesen werden.

Auf sämtlichen untersuchten Schnitten fällt die eigentümliche Art der Abgrenzung gegen das gesunde Gewebe auf. Die Epidermis und Hornschicht, welche den in Abstossung begriffenen Herd bedeckt, überragt das Niveau der normalen Epidermis und sitzt hutförmig dem Pfropfen auf und kann am besten mit einem Kugelsegment verglichen werden, dessen spitz abgeschnittene Peripherie den Pfropf allseitig überragend, sich umstülpend und allmählich verjüngend, der unteren Spitze des nekrotischen Herdes zuläuft. Der Verlauf der gesunden Epidermis schmiegt sich ebenfalls mit allmählicher Verjüngung der Rundung des Pfropfes an, jedoch ohne denselben vollständig zu erreichen. Der Pfropf steht durch einen aus zusammengedrängten Bindegewebsfasern bestehenden Stiel mit der Cutis in Zusammenhang und erklärt durch die an dieser Stelle begrenzte leukocytäre Infiltration das Fehlen der Demarkationszone an den übrigen Stellen der Pfropfperipherie.

Manche Schnitte zeigen in den gesunden Partien gelegene, durch den Pfropf etwas abgeplattete und sich der Rundung des Pfropfes anschmiegende Haarbälge. Solche finden sich aber im Pfropf selbst nicht vor.

An manchen Schnitten zeigt der Pfropf eine wahrscheinlich sekundäre Vegetation von Kokken und Hornbakterien, die sich hauptsächlich im Innern der nekrotisierenden Cutis und teilweise auch in der den Pfropf seitlich umgebenden Epidermisschicht etablieren.

Das allgemeine Bild der Veränderungen, das sich in der unmittelbaren und der weiteren Umgebung der Herde darthut, besteht im wesentlichen in der Durchsetzung des perivaskulären Bindegewebes mit Lymphocyten und Plasmazellen ohne ausgesprochene Wucherung des perivaskulären Bindegewebes, in dem Vorkommen zerstreuter in der Subcutis liegender Herde, zu welchen sich stellenweise eine Auflockerung der Cutis hinzugesellt, die sich in dem Erscheinen sternförmiger Bindegewebszellen, weiten Interzellularräumen, das an myxomatöses Gewebe erinnert, repräsentiert. Die Färbungsmethoden zum Nachweis des Tuberkelbacillus hatten ein negatives Resultat.

Wiewohl nun der ganze klinische Verlauf und das makroskopische Aussehen des Krankheitsprozesses, sowohl an eine der oben mitgeteilten Follikulitiden als auch den Lupus erythematosus disseminatus Boeck erinnert, ja in einigen Punkten gleich erscheint, so ziehe ich doch vor,

in dem von mir beschriebenen Falle keinen Gebrauch davon zu machen, da die in der Litteratur als solche bezeichneten Fälle, streng charakterisiert sind.

Außerdem widerspricht ja auch der mikroskopische Befund einer Follikelerkrankung, da ich von einer Mitbeteiligung resp. Erkrankung des Haarbalges nichts nachweisen konnte.

Vorläufig müssen wir daher die beschriebene Hauterkrankung als eine Krankheit sui generis auffassen; vielleicht trägt diese kurze Mitteilung dazu bei, auf diese interessante Affektion aufmerksam zu machen. Neue Fälle müssen die bisherigen Lücken ihrer Pathogenese ausfüllen.

Aus der Praxis.

Über Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze.

Von

Dr. LEO LEISTIKOW.

Die Notwendigkeit der inneren Darreichung von Jodsalzen in Gestalt von Jodkalium oder -Natrium oder auch von Jodrubidium ist eine allgemeine. Oft genug wird der Arzt in der Praxis gezwungen mit der Darreichung per os aufzuhören. Besonders sind es die heftigen katarrhalischen Entzündungen der Schleimhäute der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle, fernerhin des Magens und der Bronchien, aber auch rheumatoide Schmerzen, Herzbeklemmungen und Joddermatitiden, welche fernerer interner Medikation Einhalt gebieten. In solchen Fällen pflegt man entweder den Jodgebrauch völlig zu inhibieren und zu Hg-kuren seine Zuflucht zu nehmen, oder man greift zu den von KÖBNER seinerzeit empfohlenen Jodkaliumklystieren. Eine längere Versuchsreihe, welche ich mit den letzteren in praxi anstellte, führte zu keinen günstigen Resultaten. Abgesehen von der Umständlichkeit und der Empfindlichkeit, die eine jede Rektaleingießung verursacht, sind die Nebenwirkungen der Medikation per os durchaus analog.

Die günstigen Erfahrungen, welche mit dem Jodvasogen in neuerer Zeit von mir und anderen gemacht wurden, brachten mich auf den Gedanken, mit äußerlichen Jodvasogeneinreibungen einen Ersatz für den innerlichen Gebrauch von Jodsalzen anzustreben.

In folgendem teile ich die Resultate mit, welche ich in zwanzig Fällen meiner Privatpraxis mit dem Jodvasogen gewonnen habe.

Diesmal benutzte ich von E. T. Pearson in Hamburg hergestelltes Jodvasogen. Es wurden zwei verschiedenprozentuierte Jodvasogene angewandt, das eine mit 6, das andere mit 10% Jod. Von dem letzteren machte ich nur in einem Falle Gebrauch, bei dem sich kurz nach der Einreibung eine folliculäre Joddermatitis einstellte. Ich benutzte sonst durchweg das 6%ige, welches niemals direkt durch die Injunktion bewirkte Dermatitis zur Folge hatte, sondern immer gut von der Haut vertragen wurde.

Die Art der Applikation war eine der gewöhnlichen Hg-schmierkur durchaus ähnliche. Ich liefs täglich 3,0 g Jodvasogen etwa 10 Minuten lang verreiben, bis dasselbe in die Haut gründlich eingezogen war. 1. Tag linker Arm, 2. Tag rechter Arm, 3. Tag Brust und Bauch, 4. Tag Rücken, 5. Tag linkes Bein, 6. Tag rechtes Bein. Die Einreibungsdauer betrug, abgesehen von denjenigen Fällen die ein früheres Aussetzen erforderten, 3 Wochen im Durchschnitt.

In 15 Fällen handelte es sich durchweg um vereinzelte tertiäre Syphilome der Haut; in 4 Fällen um allgemeine Lymphadenitis der späten Sekundärperiode; in 1 Fall um gummöse Orchitis.

Bei 4 Fällen zwang ein heftiger Nasen- respektive Rachenkatarrh uns, nach 6—10tägigem Verlauf mit den Einreibungen aufzuhören. Die übrigen Fälle zeigten durchaus keine Reaktion, besonders zu erwähnen ist, daß sonstige Begleiterscheinungen, wie Magenkatarrh, Bronchialkatarrh, Herzbeklemmungen etc. fehlten. Der Fall von gummöser Orchitis wurde geheilt, desgleichen 10 Fälle der tertiären Syphilome und 3 Fälle von allgemeiner Drüsenschwellung. 1 Fall von tertiärer Lues wurde gar nicht, 1 Fall von Lymphadenitis nur zum Teil beeinflusst. 4 Fälle von Gummata verkleinerten und entfärbten sich zwar, wurden aber in der vorgesehenen dreiwöchentlichen Versuchsreihe nicht völlig geheilt.

Aus diesen durchaus günstigen Beobachtungen, glaube ich den Schluß ziehen zu können, daß die von mir angegebene Jodvasogenschmierkur, wenn auch nicht einen vollkommenen, so doch einen guten Ersatz des innerlichen Gebrauchs der Jodsalze darstellt und wir glauben, für die Bedürfnisse der Praxis nicht genug die Jodvasogenschmierkur empfehlen zu können in denjenigen Fällen, in welchen wir durch heftige entzündliche Reaktion auf interne Jodsalzmedikation gezwungen sind, mit derselben auszusetzen.

Fenilleton.

Historische Streifzüge.

(Fortsetzung.)

Celsus (I. Teil).

Von

Dr. MORITZ COHN in Hamburg.

Hippokrates können wir ohne eine kurze Bemerkung nicht verlassen. Da nach einer privaten Mitteilung des Herrn Dr. FUCHS die Bearbeitung des zweiten und dritten Bandes noch längere Zeit in Anspruch nehmen wird, so will ich nur noch kurz darauf hinweisen, daß wir es in den Schriften des Hippokrates eigentlich nicht mit einem einheitlichen Ganzen zu thun haben, sondern mit einer Sammlung der damals geltenden Anschauungen in der Medizin. Ähnlich wie Homer wahrscheinlich aus dem Aneinanderreihen der Lieder verschiedener Dichter entstanden ist, so ist auch der uns überlieferte Hippokrates das Erzeugnis verschiedener Ärzte. Darauf hinzuweisen werde ich später Gelegenheit nehmen, wenn die anderen Bände in der Übersetzung erschienen sind.

In der Zwischenzeit wenden wir uns mit einem kühnen Sprunge nach Rom, und hier können die Hautspezialisten manches aus Celsus schöpfen. Bei weitem weniger Theoretiker als die Griechen, hat er es sich zur Aufgabe gemacht, das Objektive aus den älteren Schriften zusammenzutragen, unterstützt durch eigene, bisweilen sehr zutreffende Bemerkungen. So finden wir gleich in der Einleitung eine sehr scharfe Kritik der Sektionen und Vivisektionen. Er sagt (— benutzt wurde folgende lateinische Ausgabe, auf welche sich auch alle Seitenzahlen beziehen: A. Cornelii Celsi Medicina, edid. F. Ritter et H. Albers, Coloniae ad Rhenum, 1835) auf Seite 6 und 7: Bei weitem am besten verfahren Herophilus und Erasistratus, welche sich von den Königen die Gefangenen (ob dieselben zum Tode verurteilt waren, ist aus der Stelle nicht zu ersehen) erbaten, um sie bei lebendem Körper zu sezieren (— nocentes homines a regibus ex carcere acceptos vivos incidereint —). Während das Leben noch nicht erloschen war (spiritu remanente), betrachteten sie das, was die Natur ihnen vorher verschlossen hatte, und sahen dessen Topographie, Farbe, Gestalt, Größe, Härte u. s. w.

Er schließt die Schilderung ihrer Thätigkeit mit den Worten: „neque esse crudele, sicut plerique proponunt hominum nocentium et horum quoque paucorum suppliciis remedia populis innocentibus saeculorum omnium quaeri“ (pag. 7). Hiernach könnte es scheinen, als ob Celsus die Vivisektion billigte. Doch nein; er sagt dieses nur, um das Vorgehen der älteren Ärzte zu rechtfertigen. Seine eigene Meinung legt er an zwei späteren Stellen nieder. So heißt es am Schluß der Einleitung (pag. 15): „Incidere autem vivorum corpora et crudele et supervacuum est, mortuorum discentibus necessarium: nam positum et ordinem nosse debent, quae cadavera melius quam vivus et vulneratus homo repraesentant. Sed et cetera, quae modo in vivis cognosci possunt, in ipsis curationibus vulneratorum paulo tardius sed aliquanto mitius usus ipse monstrabit.“ Ja gerade dieses Lernen am Lebenden, sei es bei einer Operation, sei es bei dem Verbinden der Verwundeten, hält er für die schönste Aufgabe des Arztes, die Vivisektion der Physiologen und den Präparierboden der Anatomen weit überragend. „Neque quicquam esse stultius, quam quale quidque vivo homine est, tale existimare esse moriente, immo jam mortuo“ (pag. 9) und auf Seite 10: „Interdum enim gladiatorem in arena vel militem in acie vel viatorem a latronibus exceptum sic vulnerari, ut eius interior aliqua pars aperiatur, et in alio alia, ita sedem, positum, ordinem, figuram, similiaque alia cognoscere prudentem medicum, non caedem sed sanitatem molientem, idque per misericordiam discere, quod alii dura crudelitate cognoverint. Ob haec ne mortuorum quidem lacerationem necessariam esse (quae etsi non crudelis, tamen foeda sit), cum aliter pleraque in mortuis se habeant, quantum vero in vivis cognosci potest, ipsa curatio ostendat.“

In betreff der Zeichen des herannahenden Todes (pag. 35, Lib. II, Kap. 6), der Prognose auf Grund des Urins (pag. 37, ibid.) und seiner Beschaffenheit und das Auftreten der Podagra (pag. 145, Lib. IV, Kap. 24), welches er mit dem Ausüben des Coitus in Zusammenhang bringt, decken sich seine Ansichten so sehr mit denen des Hippokrates, daß mir nichts anderes übrig bliebe, als das dort bereits Gesagte zu wiederholen, weshalb ich den Leser dorthin verweise (diese Zeitschrift, 1896. Bd. XXII, pag. 410, 411 u. 71).

Im dritten Buch (Kap. 18) schildert Celsus uns das Fieber und seine Behandlung, wobei selbst die Musik ihre Verwendung findet. Wenn nämlich jemand während des Fiebers von traurigen Vorstellungen geplagt wird, so soll man ihm diese durch Musik vertreiben. (quorundam discutiendae tristes cogitationes; ad quod symphoniae et cymbala strepitusque proficiunt, pag. 94.)

Zur Austreibung einer abgestorbenen Frucht gab man in Wasser zerstoßene Granatapfelschale (Si vero infans intus decessit, quo facilius

eiiciatur, malicorium¹ ex aqua terendum eoque utendum est. Lib. V, Kap. 21, pag 164). Etwas mehr schon interessiert den Hautspezialisten die Differentialdiagnose zwischen Hernie und Hydrocele, welche im 7. Buch, Kap. 18 (pag. 276 u. ff.) ziemlich gut geschildert ist. Im 6. Kapitel des 6. Buches erwähnt er die Läuse in den Augenbrauen und die durch sie hervorgerufene Augenentzündung (pag. 217). An derselben Stelle erwähnt er auch die Schuppenbildung (Seborrhoe) der Augenlider und damit komme ich zu den Krankheiten an der Haut.

Von diesen brauche ich manche nur kurz zu erwähnen, da Celsus, wie schon oben bemerkt, vielfach die Ansichten des Hippokrates wiedergibt. So kennt auch der römische Autor einen wesentlichen Einfluß der Jahreszeiten auf Hautkrankheiten. Im Frühling entstehen tiefende Augenentzündungen, welchen Pusteln an der Haut folgen (Ekzem und Impetigo) und Geschwüre. Im Sommer herrschen Wund- und Krebsgeschwüre vor; letztere hauptsächlich an den Genitalien (Ulcera mollia?). Der Herbst bringt Strangurie und der Winter Harnverhaltung (II. Buch, Kap. 1, pag 29). In demselben Buch, Kap. 7, schildert er die Gangrän mit den Worten: „Solent etiam in gravi morbo pedes cum digitis unguibusque nigrescere: quod si non est mors consecuta et reliquum corpus invaluit, pedes tamen decidunt“ (pag. 43). Als gute Zeichen für eiternde Geschwüre gelten somnum capere, facile spirare, siti non confici, cibum non fastidire: si febricula fuit, ea vacare; itemque habere pus album, laeve, non foedi odoris (Buch VII, Kap. 3, pag. 249).

Schwieriger ist schon die Deutung der Geschwülste an der Kopfhaut, welche er ausführlich in demselben Buche Kap. 6 (pag. 254 u. ff.) schildert. Er unterscheidet γάγγλιδ, μελικηρίδας, ἀθροώματα und σκατώματα. Sie alle entwickeln sich aus kleinen Anfängen, wachsen lange Zeit hindurch nur mäfsig und werden von einer Membran umschlossen. Einige sind hart und resistent, andere weich und nachgiebig. Fast alle sind schmerzlos. Sie finden sich an behaarten und haarfreien Stellen. Ihr Inhalt läßt sich oft erst nach der Exstirpation beurteilen. In den Geschwülsten von härterer Konsistenz finden sich steinähnliche Massen (Kalkkonkremente?) oder verklebte Haare in gröfseren Haufen. Hier kann wohl niemand zweifeln, daß es sich um Dermoidcysten gehandelt habe? Von den weniger resistenten Geschwülsten erfahren wir, daß ihr Inhalt dem Honig, dem Speltbrei, dem geschabten Knorpel, milchfarbigem, von Blut durchtränktem Fleische (Granulationen?) gleichen kann. Die Differentialdiagnose obiger 4 Gruppen ist nach Celsus etwa folgendermaßen. Ganglien sind in der Regel etwas resistenter (fereque ganglia renitentur). Im Atherom findet sich ein dünner Brei (eine Definition, welche sich auch mit dem

¹ Statt malicorium ist zu lesen mali (ergänze: punici oder granati) corium.

deckt, was wir unter Atherom verstehen). Der Inhalt der Melicerns ist flüssiger und, wenn er gedrückt wird, fließt er umher. (Fluctuaction, vielleicht eine Cyste mit flüssigem Inhalt.) Im Steatoma findet sich ein fettiger Inhalt. Dasselbe wächst sehr stark und beeinflusst seine Umgebung derart, daß die über der Geschwulst sich befindende Haut verschieblich bleibt, während die angrenzende Cutis straffer wird. Ich möchte glauben, daß hierunter Lipome gemeint sind, wie sie sich im Nacken häufiger finden. Dagegen bin ich nicht im stande zu sagen, was Celsus unter Ganglien verstanden, jedenfalls nicht dasselbe, was wir heutzutage unter Nervenganglien oder Ganglien der Sehnenscheiden verstehen. Vielleicht meint Celsus unter Ganglien die oben geschilderten, aber nicht näher bezeichneten Dermoidcysten, doch ist dieses nicht sicher.

Bevor ich nun zu den speziellen Hautkrankheiten übergehe, möchte ich nur noch das zusammenstellen, was ich über die Behandlung der Krankheiten an der Haut gefunden habe. So mag denn hier gleich die Therapie der zuletzt besprochenen Geschwülste angeschlossen werden. Er schlägt für alle, nachdem die Haut rasiert ist, die Incision der letzteren und die Exstirpation der Kapsel mit Inhalt vor. Eine Ausnahme machen nur die Steatomata, bei welchen auch die „tunica“ zu spalten ist, weil dieselbe nicht von der Haut und dem darunter liegenden Fleisch zu trennen ist.

Zur Hautreinigung empfiehlt er (Buch V, Kap. 16, pag. 151) den Honig; noch besser wirkt derselbe mit einem Zusatz von Gallapfel oder Erve oder blauen Lilien oder Kupferrost. Zur Wundheilung (Lib. V, Kap. 2, pag. 149) u. a. Myrrhe, Weihrauch, Trajaganth, Kardamom, Leinsamen, Eiweiß, Leim und, um nur noch das seltsamste zu erwähnen, sammt ihrer Schale zerstoßene Schnecken. In demselben Buch (Kap. 19, pag. 153) giebt er auch eine Reihe Heilpflaster an. Eins wird genügen, um dem Leser ein Bild von der Zusammensetzung älterer Pflaster zu geben. Er sagt: Das beste von diesen (Pflastern) ist „Barbarum“. Es besteht aus 12 Teilen geschabtem Kupferrost, 20 Teilen Silberschaum, je 1 Teil Alaun, Pech und Fichtenharz, aufgelöst in einem Viertelmaß (hemina) Öl und Essig. Bei alten Wunden empfiehlt er, erst die Ränder anzufrischen und alles, was bläulich verfärbt ist, mit dem Messer zu entfernen (Lib. V, Kap. 26, pag. 183). Als Ätzmittel zählt er (Lib. V, Kap. 6, pag. 150) aufser den oben genannten Wundheilmitteln Alaun, Balsam, Terpentinöl, Pfeffer, Auripigment, Bittermandelöl, Styrax, Honig, Wein u. a. m. auf. Um Geschwülste zu erweichen und zur Abscedierung zu bringen, empfiehlt er Myrrhe, Costum, Balsam, Styrax, Weihrauch, Pech, Schwefel, Fett, Öl, Zimmt, Veilchen, Terpentin, Harz, Pfeffer, Alaun u. a. w. (Lib. V, Kap. 3 u. 4, pag. 149).

Zur Beruhigung der Chirurgen, welchen bei dieser Behandlung der

Wunden und Abscesse doch vielleicht etwas eigentümlich zu Mute geworden ist, kann ich zwei andere Stellen aus dem 7. Buch (Kap. 2, pag. 247) anführen. Dort heisst es: Bevor die Abscesse hart werden, muß man einschneiden (Frühincision!), damit die Materie einen Abfluss hat, ja es muß sogar zum zweiten und dritten Male geschehen, bis jedes Anzeichen der Entzündung geschwunden ist. Weiter sagt der Autor im 4. Kap. (pag. 250): „Wenn sich unter der Haut eine Fistel gebildet hat, muß man eine Sonde einschieben und auf ihr einschneiden.“ Auch die Behandlung der Gangrän und Brandwunden entspricht modernen Grundsätzen. Zur Heilung der letzteren läßt er Lilien- oder Hundszungen- oder Beteblätter in altem Wein und Öl kochen (Lib. V, Kap. 27, pag. 190). Bei der Behandlung des Brandes warnt er vor dem Zuviel. Man suche den Patienten zu kräftigen und warte ab, bis sich eine Demarkationslinie gebildet hat. Selbst Umschläge mit kaltem Wasser hat er schon als schädlich erkannt. Mittel zur Eintrocknung scheinen ihm nicht bekannt zu sein. Zunächst soll man versuchen, das Erkrankte abzubrennen. Hilft dieses nicht, so ist das Glied abzunehmen (Lib. V, Kap. 26, pag. 184). Über die Amputation der gangränösen Glieder äußert er sich im letzten (33.) Kapitel des 7. Buches (pag. 302) folgendermaßen: „Man schneide das Fleisch mit dem Messer zwischen gesundem und krankem Teil ein und achte darauf, daß man eher von dem gesunden etwas mitnehme, als daß von dem kranken etwas zurückbleibe, bis auf den Knochen. Wenn man auf den Knochen gekommen ist, so ist das Fleisch von dem Knochen zurückzupräparieren; dann säge man den Knochen ab und bedecke den Stumpf. Falls die Haut zu knapp ist, lege man Leinen auf und bedecke dasselbe mit in Essig getauchten Schwämmen.“

(Fortsetzung folgt.)

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Juni 1896.

I. „Kuli-Jucken“, von J. NUMA RAT. Unter „Kuli-Jucken“ versteht man in Westindien eine Hautaffektion, welche nach dem Glauben der dortigen Einwohner durch chinesische oder ostindische Arbeiter eingeschleppt worden ist. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 35jährigen Neger, der sich sonst einer allgemeinen Gesundheit erfreute. Vor 2—3 Monaten bemerkte er an der Außenseite des rechten Fußes, etwas oberhalb des Knöchels eine Gruppe von Papeln, die bedeutendes Jucken

verursachten. Nach einigen Tagen zeigten sich andere etwas höher hinauf an demselben Beine, nach und nach wurde das ganze rechte, sodann das linke Bein, das Abdomen, Brust, Rücken und schliesslich die Arme ergriffen. Hände, Füsse, Kopf und Hals blieben frei von dem Ausschlage. Die Peronealstellen der Beine waren am stärksten befallen und juckten auch am meisten. Das Jucken ist intensiver, wenn der Patient im Bette liegt, wenn er erhitzt ist oder sich der Sonne aussetzt. Die juckenden Papeln wurden niemals vesikulös, sie zeigten eine dicke, gelblich-weiße Decke, welche auf purpurrotem, augenscheinlich granulierendem Gewebe ruhte. Außer zahlreichen Kratzeffekten sind nirgends Pusteln oder Geschwüre zu bemerken. Der Ausschlag fehlt an solchen Stellen, die bei Scabies besonders befallen zu sein pflegen. Der *Acarus scabiei* ist nirgends vorgefunden worden. Verfasser bespricht die Differentialdiagnose. Dr. NICHOLLS giebt in einem Bericht über Yaws eine Beschreibung vom „Kuli-Jucken“, die wesentlich von der des Verfassers abweicht. Der Ausschlag, wie ihn NICHOLLS in St. Lucia beobachtet hat, beginnt mit einem kleinen Bläschen, das pustulös wird; der gelbliche Eiter trocknet teilweise zu einer Kruste ein, unter der die Haut ulceriert. Die Ulceration dehnt sich weiter aus und kann mit anderen Geschwüren zu größeren konfluieren. Die Geschwürsfläche ist, wenn man die Kruste entfernt, schmutzig und unregelmäßig gestaltet und hat scharf begrenzte Ränder. Die Pusteln und Geschwüre sind sehr schmerzhaft und beeinflussen deshalb auch das Allgemeinbefinden. Junge Leute werden am häufigsten von der Affektion befallen, aber auch viele Kinder leiden an der Krankheit, die bis zur Einwanderung der Ostindier dort unbekannt war. Diese Beschreibung NICHOLLS trifft auch nicht für diejenigen Fälle vom Kuli-Jucken zu, welche Dr. BRANCH auf der Insel St. Kitts gesehen hat. Letzterer berichtet, dass die Affektion bis vor 10 Jahren auf der Insel St. Kitts völlig unbekannt war. Von ostindischen Arbeitern der Nachbarinsel Nevis sei sie dorthin eingeschleppt worden, sei in hohem Grade contagiös und trete zeitweilig epidemisch auf. Die Patienten zeigten im Gegensatze zu denen von NICHOLLS weder Pusteln noch Geschwüre. Somit stimmt Verfasser mit BRANCH im wesentlichen überein. Eine große Ähnlichkeit mit dem „Kuli-Jucken“, wie es NICHOLLS beschreibt, zeigen zwei Affektionen, die „Kra-Kra“ der westafrikanischen Küste und die „parasitäre Dermatose“, von der NIELLY einen Fall gesehen hat. O'NEIL giebt folgendes Bild von der „Kra-Kra“: Der intensiv juckende Ausschlag besteht von hier und da am Stamm und den Extremitäten zerstreuten Papeln, welche in 4 Tagen vesikulös und dann pustulös werden. In den Papeln, sowohl dieser Affektion, wie der „Dermatose parasitaire“ von NIELLY sind filariaähnliche Organismen gefunden worden.

II. Akuter Pemphigus; ein Beitrag zur Ätiologie der akuten, bullösen Eruptionen, von G. PERNET und W. BULLOCH. (Schluss.) Dr. PERNET teilt aus der Litteratur weitere Fälle von akutem Pemphigus in Anschluss an Verwundungen der Hände und Finger mit.

Mit der bakteriologischen und histo-pathologischen Untersuchung eines von den Verfassern beobachteten Falles beschäftigt sich in dem zweiten Teil der vorliegenden Arbeit Dr. BULLOCH sehr eingehend.

Auf Grund ihrer klinischen Beobachtungen und bakteriologischen und histo-logischen Befunde gelangen die Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Es giebt eine Gruppe von seltenen Fällen akuter bullöser Hautausschläge, welche von schweren, meist tödlich endenden Allgemeinerkrankungen begleitet sind und vorwiegend Metzger treffen.

2. Die Krankheit folgt einer Verletzung der Hände oder Finger.

3. Sie ist wahrscheinlich auf einen Mikroorganismus zurückzuführen.

4. Derselbe ätiologische Faktor wirkt wahrscheinlich in einer anderen Gruppe sehr ähnlicher Fälle mit, bei welchen die Patienten mit Tieren oder toten Teilen von Tieren in Berührung gewesen sind. Die bakteriologischen Befunde unterstützen diese Annahme.

Was den Mikroorganismus betrifft, so glauben Verfasser, daß es sich um den zuerst von DEMME, später von CLAESSEN beschriebenen handelt. Daß derselbe jedoch die Ursache des akuten Pemphigus ist, ließe sich mit Sicherheit nicht feststellen. In dem untersuchten Falle wurde der Diplococcus in einer Reinkultur von einer frischen, nach prallgefüllten, vorher nicht offenen Blase vorgefunden. Ob derselbe von Beginn an dort gewesen, oder erst später (sekundär) eingedrungen ist, konnte nicht nachgewiesen werden. Verfasser sind geneigt, das erstere für wahrscheinlicher zu halten. Der vorgefundene Coccus war weder der Staphylococcus noch der Streptococcus. Er ist offenbar pathogen für Meerschweinchen, wenn auch nicht in hohem Grade. Aus der Thatsache, daß derselbe Mikroorganismus in drei Fällen von akutem Pemphigus (DEMME, BLEIBTREU, PERNET) beobachtet worden ist, möchten die Verfasser auf einen unverkennbaren Zusammenhang dieser Krankheit mit jenem schließen.

Juli 1896.

I. Eine Untersuchung über die Vielheit des die Trichophytie beim Menschen verursachenden Pilzes, wie er in London vorkommt, von T. C. Fox und F. R. BLAXALL. Die Verfasser haben sich in der Weise in die Arbeit geteilt, daß der erstere die Führung des Krankenjournal, die mikroskopische Untersuchung der Läsionen und sonstiger Pilzobjekte und die erste Anlegung einer Reinkultur, der letztere die weiteren Reinzüchtungen und die Untersuchung der Kulturen übernommen hat.

Das Krankenmaterial entstammt teils dem Westminsterhospital, teils dem Paddington Kinderhospital.

Zuerst findet der von GRUBY im Jahre 1843 unter dem Namen „Mikrosporon Audouini“ beschriebene Pilz eine eingehende Besprechung. Sehr wahrscheinlich giebt es von diesem Pilz mehrere Varietäten, von denen eine sehr wohl charakterisierte beim Pferde vorkommt und von diesem auf den Menschen übertragen werden kann. Hauptsächlich sind es Kinder im Alter von 8—15 Jahren stehend, welche von dieser Varietät, für welche ein geeigneter Name noch nicht existiert, betroffen werden. Fast ausschließlich ist es die Kopfhaut, in der sich dieser Pilz ansiedelt, er ist der ansteckendste, verheerendste und hartnäckigste aller Trichophytonpilze. Etwa 80—90% (ADAMSON nimmt noch mehr an) der Ringwormfälle, welche in London auftreten, werden durch das Mikrosporon oder eine klinisch und mikroskopisch ihm ganz entsprechende Pilzform verursacht. Dem Trichophyton endothrix wie ectothrix begegnet man in London relativ selten.

Während die Beschreibung dieser Pilze sich von der SABOURAUDS nicht wesentlich unterscheidet, stimmen die Verfasser in einem Punkte mit dem französischen Autor nicht überein. Dieser nimmt an, daß die Kopfhaut erst sekundär nach der Erkrankung des Haares befallen wird. Die Verfasser haben jedoch in ganz frischen, noch nicht behandelten Fällen an den erkrankten Stellen der Kopfhaut stets eine beträchtliche Quantität von Mycelnetzwerk vorgefunden, noch ehe die Haare bemerkenswert ergriffen waren. In diesem Punkte sind sie mit ADAMSON einer Ansicht.

Sowohl die bekannten Trichophytonpilzarten, wie auch bisher nicht beschriebene Varietäten, auf welche die Verfasser bei ihren Untersuchungen gestoßen sind, finden in der vorliegenden, sehr umfangreichen in No. 7, 8, 9, 10 des *Brit. Journ. of Derm.*

publizierten Arbeit eine nach jeder Richtung hin erschöpfende Besprechung, aus der wir noch hervorheben wollen, daß die beiden Autoren sich auf Grund ihrer Beobachtungen für berechtigt halten, alle die verschiedenen Trichophytonpilzarten als zu ein und derselben Familie gehörig anzusehen, die man mit dem Namen „Trichophyton“ bezeichnen mag.

Aus allem leuchtet den Verfassern hervor, daß man von einer definitiven Entscheidung der Trichophytonfrage noch weit entfernt sei, und daß für nachfolgende Studien über dieselben noch ein großer Spielraum übrig bleibe.

II. Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie), von A. MORSON-Glasgow.

Der 26jährige Patient, Bäcker, hatte Eltern, die niemals an einer Hautkrankheit gelitten haben. Er selbst war bis vor 3 Jahren ganz gesund. Um diese Zeit bemerkte er, daß sein Kopf stark schuppte, und daß die Kopfhaut, später auch die Stirn rot wurde. Der Zustand besserte sich unter Waschungen mit Lanolinseife. Etwa $\frac{1}{2}$ Jahr später erkrankte er mit Appetitlosigkeit, allgemeiner Schwäche und Schlaflosigkeit. Bald darauf fühlte er namentlich des Nachts Hitze, zuweilen unerträgliches Jucken. Als er in die Behandlung des Verfassers kam, zeigte er folgenden Status: Der ganze Körper war von einem Ausschlage ergriffen, dessen Charakter an verschiedenen Stellen wechselt. Mit Ausnahme einiger kleiner Bezirke mit scheinbar normaler Haut ist die ganze Körperoberfläche sehr trocken, schuppig und von einer rötlichen Farbe überzogen. Diese Röte wird hervorgerufen durch zahllose rote Papeln, von denen man zwei Typen, flache und spitze, unterscheiden kann. Die ersteren wechseln zwischen Stecknadelkopf- bis Hanfkorngröße, während die letzteren zumeist stecknadelkopfgroß sind. Die flachen Papeln sind rundlich, festhaftend und jede mit einer gelblich-weißen glänzenden Schuppe bedeckt. Einige zeigen im Zentrum eine schwache Vertiefung. Die spitzen Papeln verdanken ihre Gestalt einem trockenen, schuppigen, konischen Köpfchen von schmutzig-grauer Farbe. Man sieht sie hier und da zerstreut. Sie zeigen nur wenig Neigung, sich zu gruppieren oder zu konfluieren. Die flachen und spitzen Papeln sind nicht durcheinandergeworfen, sondern nehmen verschiedene Regionen ein, die einzeln vom Verfasser ausführlich beschrieben werden.

Die von Prof. COATS vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab identische Befunde mit denjenigen anderer Autoren. Die Krankheit erweist sich darnach wesentlich als eine Hyperkeratosis der Wände der Haarfollikel. Die Veränderungen, die im Corium Platz greifen, sind rein sekundärer Natur und unterscheiden sich so vom Lichen ruber acuminatus-HEBRAE, bei welchem der entzündliche Prozess sich hauptsächlich im Papillarkörper abspielt.

In therapeutischer Beziehung haben neben Bädern innerlich Thyroidtabletten Vorzügliches geleistet.

III. Die Ätiologie der Hautkrankheiten, von J. F. PAYNE.

Der Verfasser hat als Vorsitzender der dermatologischen Gesellschaft von Großbritannien und Irland auf der Jahresversammlung am 20. Mai 1896 über obiges Thema eine einleitende Ansprache gehalten und hauptsächlich folgende Fragen zur Diskussion gestellt:

1. Gibt es Bakterien, welche im stande sind, in demselben bestimmten Sinne ein Ekzem hervorzurufen, wie die Mikroben bekannter spezifischer Krankheiten auf die Entstehung dieser einwirken?

2. Wenn dies der Fall ist, sind es saprophytische Bewohner der Haut oder von außen eingeschleppte?

3. Sind irgendwelche prodromale Ernährungsstörungen notwendig, um ihre pathogenen Wirkungen hervorzurufen?

4. Können Fälle von Ekzem gefunden werden, bei denen die Läsionen voll-

ständig frei von Bakterien sind, oder der Krankheitsprozess noch fort dauert, nachdem die Bakterien zerstört sind?

5. Unterstützen oder widerlegen die therapeutischen Resultate die parasitäre Theorie?

August 1896.

Fünf Fälle von Lymphangioma circumscriptum, von LESLIE ROBERTS.

Fall I. Haemato-Lymphangioma capillare varicosum mit einem varikösen Zustand der Venen- und Lymphstränge der Subcutis. Die hauptsächlichsten charakteristischen Merkmale in diesem Falle sind: 1. die festen, quaddelähnlichen Erhabenheiten; 2. die dünnwandigen Bläschen, von denen die größeren Blut enthalten; 3. das Fehlen von warzenähnlichen Efflorescenzen, die MORRIS als charakteristisch für Lymphangioma circumscriptum ansieht; 4. die Hämorrhagien, welche bei verschiedenen Gelegenheiten auftreten.

Fall II. Lymphangioma cavernosum, hauptsächlich der Subcutis und der oberflächlichen Schichten der Cutis.

Fall III. Lymphangioma der Subcutis, den Papillarkörper in Mit leidenschaft ziehend.

Fall IV. Lymphangioma tuberosum circumscriptum.

Fall V. Lymphangioma tuberosum (Typus POSPELOW-HARLINGEN).

Der Verfasser bespricht das Resultat der mikroskopischen Untersuchung und die Histopathologie der Lymphangiome, insbesondere ihren Unterschied von wahren Lymphangiectasien. Die charakteristischsten Merkmale der letzteren sind die täglichen Veränderungen im Volumen und in der Farbe der Efflorescenzen. Diese Veränderungen hängen von Abweichungen des Lymphstromes ab. Während der Hungerperioden werden sie blaß und schlaff, kurze Zeit nach der Nahrungsaufnahme dagegen rosig und strotzend. Die Farbe und das Volumen richten sich auch nach dem jeweiligen Gesundheitszustand des Individuums, insbesondere nach der Fähigkeit, die Nahrung zu verdauen und zu assimilieren. Der Inhalt der Efflorescenzen kann auf Fingerdruck in die tieferen Hautschichten gedrängt werden. Während also bei den wahren Lymphangiectasien jede nutritive Aberration des Lymphsystems sich in der Lymphe der affizierten peripheren Lymphgefäße widerspiegelt, fehlt dieses Merkmal bei den wahren Lymphangiomen. Der Inhalt der lymphangiomatösen Efflorescenzen besteht gewöhnlich aus einer klaren, alkalischen, zuweilen auch etwas Blut enthaltenden Flüssigkeit. Die Wände der Efflorescenzen beim Lymphangioma capillare varicosum (Торчок) sind gewöhnlich zähe und resistent, sie können aber auch zuweilen dünn, transparent und kompressibel sein. Die Größe wechselt nur mit dem Wachstum des Tumors. Es giebt hier keine Ebbe und Fluth im Lymphstrom, wie bei den wahren Lymphangiectasien. Die Inspiration, während welcher der Druck in den Venenstämmen negativ wird, ist niemals von einer Verkleinerung der lokalen Tumoren begleitet. Dies ist sogar bei den großen kavernenösen Tumoren der Fall.

Der Verfasser erörtert im folgenden die Pathogenese der Lymphangiome.

September 1896.

Mykosis fungoides, von PH. H. PYE-SMITH. Der Verfasser beschreibt vier in mancher Beziehung interessante Fälle aus seiner jüngsten Praxis. Wir heben Fall 1 heraus. Derselbe betrifft einen 26jährigen Mann, der bis vor ca. 3 Jahren gesund war, als er erst am Abdomen kleine Knötchen bemerkte. Nach und nach entwickelten sich solche am Halse, Rücken und schließlich auch am Stamm. Erst in der letzten Zeit wurden auch die Extremitäten ergriffen. Bei der Aufnahme zeigte der gut gebaute, etwas blasse Mann eine schuppige Röthe auf der Haut. Zerstreut

über die ganze Oberfläche sieht man zahllose, vielfach dichtgedrängte Gewächse, unter denen einige nicht größer als Erbsen, andere Billardkugeln gleich waren. Die letzteren sind entweder bedeckt mit einer glatten, burgunderroten, feuchten Oberfläche, gleich der Schleimhaut, oder sie bilden eine erhabene, granulierende Masse. Viele der Tumoren sind, wie der Patient angibt, geschrumpft und ohne zu verätzen verschwunden, andere sind abgeheilt mit Hinterlassung einer Narbe. Aus den weichen, schleimhautähnlichen Tumoren fließt eine farblose, transparente Lymphe.

Der Verfasser bespricht unter eingehender Berücksichtigung der diesbezüglichen Litteratur die Pathologie, Anatomie, Nomenclatur der Mykosis fungoides.

Oktober 1896.

Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis, von J. LINDKIL.
Die 53jährige Patientin war früher stets gesund. Im Jahre 1894 bezog sie eine neue Wohnung in einem frisch gebauten Hause und erkrankte kurze Zeit darauf mit Schmerzen an den Knien. Dieselben verschwanden nach einigen Wochen ziemlich plötzlich, und unmittelbar nachher bemerkte die Frau eine Anzahl von Blasen an beiden Beinen. Später entwickelten sich solche am Abdomen und Rücken. Es bildete sich gewöhnlich eine Schuppe auf der Blase, und wenn dieselbe abgestoßen war, wurde an der Stelle des Blaseurandes ein Ring sichtbar. Dieser Zustand hielt etwa ein Jahr an, als Blasen und Ringe verschwanden, und Patientin gesund wurde. Im Frühjahr 1895 recidivierten die Blasen, die wiederum von den Ringen gefolgt waren. Der Ausschlag verursachte Jucken und ein Gefühl von Brennen.

Bei der Untersuchung der Patientin zeigten sich Oberschenkel, Beine, Fußrücken, die unteren Partien des Abdomens bis hinauf zum Nabel, Rücken bis zur zehnten Rippe auf beiden Seiten nahezu symmetrisch befallen von einem Ausschlag, der wesentlich aus Ringen, gyrierten Figuren, Bläschen und Blasen bestand. Der Entwicklungsmodus war folgender: Zuerst erschienen Bläschen und Blasen, die rund oder oval, gespannt und über die umgebende Haut erhaben waren. Ihr Inhalt war im Beginn klar, aber in einigen Stunden opak. Gleichzeitig mit dem Eintritt der Opazität des Inhalts wurde ein rosenroter Hof um die Blase oder das Bläschen sichtbar. Innerhalb von 24 Stunden nach der Entwicklung der Blase wurde der Inhalt aufgesaugt, und es bildete sich eine dünne Schuppe an der Stelle. Der rote Hof blieb jedoch noch bestehen. In der Peripherie der Schuppe und zwar zwischen ihr und dem roten Hofe wurde ein etwas vertiefter, feuchter Ring bemerkt. Nach innen von diesem Ringe bildete sich, sobald die Schuppe abgestoßen war, noch ein zweiter Ring, der aus feinen Schüppchen bestand. So sah man drei konzentrische Ringe, der innerste bestand aus Schuppen, der mittlere bildete einen feuchten Wall und der äußerste einen roten Hof. Wenn solche konzentrische Ringe mit benachbarten konfluerten, entstanden gyrierte Figuren.

Die mikroskopische Untersuchung des Blaseninhalts ergab zahlreiche, mit Methylenblau rasch färbbare Mikrokokken, die paarweise oder auch in Linien von 3, 4 und mehreren auftraten.

Die Behandlung bestand hauptsächlich in Schwefelbädern. Der Ausschlag verschwand vollständig mit Hinterlassung einer schwachen Pigmentation.

Der Verfasser bespricht die Diagnose und die Differentialdiagnose.

C. Berliner-Aachen

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

August 1896.

I. Der Gebrauch des Argonins im akuten Stadium der Blennorrhoe.
Vorläufige Mitteilung von G. K. SWINBURNE. Bei der Behandlung der akuten Blennorrhoe mit Argonin hielt Verfasser folgenden Plan ein: Es wurde eine genaue Anamnese jedes Patienten aufgenommen, das Trippersekret sorgfältig mikroskopisch untersucht, hierauf die Urethra mit einer sehr schwachen Lösung von Kalium permanganicum (1:6000) gründlich ausgewaschen, sodann die vordere Harnröhre mit einer 2—10%igen Argoninlösung gefüllt. Der Patient hielt die Mündung der Urethra 5—10 Minuten zu. War auch die hintere Harnröhre befallen, so wurde eine kleine Quantität der Argoninlösung mittelst eines weichen Katheters in die Pars posterior eingespritzt. Der Katheter kann vorher mit der Argoninlösung selbst schlüpfrig gemacht werden. Verfasser begann zuerst vorsichtig mit einer 2%igen Lösung, überzeugte sich jedoch bald, daß auch stärker konzentrierte, ja 10%ige Lösungen, keine entzündliche Reaktion, keine Schmerzen hervorriefen. Die Einspritzungen wurden täglich gemacht. Intern wurde nichts verabreicht, höchstens auf regelmäßigen Stuhlgang geachtet. Alkoholika wurden verboten, sonst aber kein besonderes Gewicht auf eine bestimmte Diät gelegt. Milch und Selters wurden als Getränke empfohlen. Rauchen war gestattet.

In allen Fällen machte sich eine rapide Verminderung der Sekretion und der Gonokokken bemerkbar. Der Verfasser beschreibt eine ganze Reihe von Fällen, die er mit Argoninlösung behandelt hat. Da die Behandlungszeit noch nicht genügend lange ist, um ein endgültiges Urteil über das Mittel zu fällen, so behält er sich für später weitere Mitteilungen vor.

II. Eine eigentümliche Hautkrankheit, begleitet von ausgedehnten warzigen Gewächsen und intensivem Jucken, von W. TH. CORLETT-Cleveland. Verfasser beschreibt einen Fall aus seiner früheren Praxis, der in vieler Beziehung an den jüngst von J. NUMA RAT publizierten Fall von „Kuli-Jucken“ erinnert (s. pag. 631).

Der 52jährige Patient kam im Februar 1888 in die Behandlung des Verfassers mit einem trockenen, papulösen, intensiv juckenden Ausschlage an der Außenseite der Beine. Die Papeln waren erbsen- bis halbdollargroß, rötlich, deutlich über das Niveau der umgebenden Haut erhaben, rundlich oder oval, zuweilen konfluierend und dann unregelmäßig gestaltet. Mit ihrer schwach schuppenden Oberfläche glichen die Papeln flachen warzigen Gewächsen. Feuchtigkeit war nicht vorhanden. Nur nach heftigen Juckparoxysmen, welche der Ausschlag hervorrief, wurde infolge des Kratzens eine kleine Quantität Blut von einzelnen Efflorescenzen entleert. Während der nächsten Monate entwickelten sich einige kleine Papeln auch an den Oberschenkeln, Armen und am Stamm. Der Patient fühlte zuweilen Mattigkeit und Taubheit in den Beinen. Das Hautleiden widerstand lange Zeit den angewandten Mitteln. Mit hereinbrechendem Winter liefs das Jucken etwas nach. Unter der Behandlung mit Tonicis, Mineralbrunnen innerlich, Resorcin, Carbonsäure, Salicylsäure in verschiedenen Vehikeln äußerlich, besserte sich langsam der Zustand. Nach Ablauf von 1¼ Jahren hatte der Ausschlag sein papilläres Aussehen verloren, die Haut zeigte sich nur schwach schuppig und hatte ein dunkelbraunes Kolorit angenommen. Das Jucken ist zwar nicht vollständig verschwunden, aber die Juckanfalle sind weit seltener und erträglicher geworden.

Der Verfasser bespricht die Differentialdiagnose.

III. Vollständige Amputatio penis wegen Epithelialcarcinoms, von O. HORWITZ-Philadelphia. Nach einigen allgemeinen Bemerkungen über Epithelialcarcinom des Penis beschreibt der Verfasser folgenden Fall aus seiner Praxis.

Der 61jährige Patient, Arbeiter, war bis zum August 1895 gesund, als er eine heftige Balanitis bekam. Er neigte zu dieser Affektion schon längere Zeit, weil seine Vorhaut lang war und viel Smegma absetzte. Die Behandlung der Balanitis war jedoch erfolglos. Der Patient hatte unerträgliches Jucken und kratzte sich beständig an der Eichel. Die andauernde Reizung mit den Fingernägeln rief zuerst eine Schwellung, schliesslich eine Ulceration der betreffenden Partie hervor, die sich langsam ausdehnte und gleichzeitig von grossen prominierenden, warzigen Excrescenzen umgeben war. Die letzteren entleerten beim Kratzen geringe blutige Flüssigkeit. Die vorgeschlagene Amputation bis hinter die Corona glandis verweigerte der Patient. Nach einigen Monaten kehrte er wieder mit nahezu vollständiger Phimosis, ganz mächtig vergrössertem Penis, der zahlreiche, übelriechende Ulcerationen aufwies. Der Patient war stark abgemagert. Nunmehr wurde die Exstirpation des ganzen Gliedes ausgeführt. Die Methode, die hierbei in Anwendung kam, wird vom Verfasser ausführlich beschrieben. Der Patient erholte sich vollständig. Die vorher vergrösserten Leistendrüsen, deren Entfernung auf eine spätere Zeit aufgeschoben wurde, nahmen ihre normale Grösse an und geben zur Zeit keinen Anlass zur Besorgnis.

IV. Ein Fall von syphilitischer Reinfektion, von H. P. COLLINGS-Hot Springs. Der 28jährige, unverheiratete Bergmann hatte vor 9 Jahren harten Schanker mit nachfolgenden sekundären Erscheinungen (Roseolen, Alopecia syphilitica und Plaques muqueuses in der Mund- und Rachenhöhle. Sechs Jahre lang hatte er keinerlei Anzeichen von Syphilis mehr gezeigt. August des letzten Jahres bemerkte er ca. 28 Tage nach einem vollzogenen Coitus ein hartes Geschwür auf der Dorsalfäche des Penis, nahe der Corona glandis. 6 Wochen später entwickelten sich Schleimpapeln am Anus, später Plaques an der Zunge. Gleichzeitig brach auf der Kopfhaut ein fleckiger, etwas nässender Ausschlag aus. Die Inguinaldrüsen sind geschwollen. Unter einer antiluetischen Behandlung gingen die meisten Erscheinungen zurück.

V. Degeneration eines Testikels im Anschluß an eine Verletzung, von J. N. BLOOM-Louisville. Der 37jährige Patient hatte sich vor 16 Jahren beim Aufspringen auf ein Pferd beide Testikel verletzt. Es folgte kurze Zeit nach dem Urfalle eine akute Orchitis und Epididymitis, die der Patient sich selbst kurierte; sodann entwickelte sich an beiden Seiten eine Hydrocele, welche vor 4 Jahren punktiert wurde und vollständig abheilte jedoch mit Hinterlassung eines schwach vergrösserten Testikels und Nebenhodens auf der rechten Seite. Die linke Seite war nicht operiert worden. Bei der Untersuchung fand Verfasser ein enorm ausgedehntes, birnförmiges, gelapptes Scrotum mit linksseitiger Hydrocele vor. Mittelst Troicarts wurde eine grössere Menge einer klaren, serösen Flüssigkeit abgezapft, wodurch es möglich wurde, den ausserordentlich stark vergrösserten Testikel durchzufühlen. Da ein spontanes Zurückgehen desselben nicht zu erwarten war, so wurde er exstirpiert. Das Testikelgewebe war fast vollständig durch fibröses Gewebe ersetzt. Die parietalen wie visceralen Schichten der Tunica vaginalis waren enorm verdickt. Ebenso war das Gewicht des operierten Testikels ein ungewöhnlich grosses. Der Patient erholte sich vollkommen und war seitdem von seinen langjährigen Beschwerden befreit.

September 1896.

I. Operativer Eingriff bei schweren Fällen von Samenbläschen-Entzündung, von E. FULLER-New-York. Nach einigen einleitenden Worten über die Behandlung der Vesiculitis seminalis, soweit chirurgische Eingriffe in Betracht kommen, beschreibt Verfasser ausführlich die Krankengeschichte zweier Fälle. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangt er zu folgenden Schlüssen:

1. Chronische, nicht tuberkulöse Fälle von Vesiculitis seminalis können erfolgreich und zufriedenstellend durch die Exstirpation des Sackes behandelt werden.

2. Ein solch intensiver Eingriff sollte jedoch nur für extreme Fälle mit ernsten oder schweren subjektiven Symptomen reserviert bleiben.

3. Bevor man zur Exstirpation seine Zuflucht nimmt, müssen die anderen üblichen Behandlungsmethoden erfolglos angewendet worden sein.

4. Bei der Ausführung der Operation ist die KRASKER-Methode die empfehlenswerteste.

5. Die mit der Vesiculitis seminalis einhergehenden subjektiven Symptome verschwinden, wenn die Operation gut ausgeführt ist.

6. Die sexuellen Funktionen sind bei Vorhandensein nur eines Samenbläschens nicht gestört, vorausgesetzt, daß die sexuellen Organe sonst gesund sind.

7. Eine subakute Epididymitis tritt zuweilen nach der Operation auf der dem operierten Samenbläschen korrespondierenden Seite auf. Der Testikel selbst atrophiert jedoch nicht.

II. Klinischer und pathologischer Bericht über einen Fall von Gehirnsyphilis, von G. E. BREWER und P. BAILEY. Der 25jährige, unverheiratete Patient erfreute sich, abgesehen von einer mäßigen Neurasthenie, bis zum Jahre 1892 einer guten Gesundheit. Bei der ersten Visite klagte er über Kopfschmerzen, wunden Rachen, Taubheit, Stechen in den Ohren und allgemeines Unwohlsein. Die Untersuchung ergab ein induriertes Geschwür am Penis mit vergrößerten Inguinal-, Cervikal- und Epitrochleardrüsen. Außerdem hatte der Patient makulöse Syphilide auf der Brust und am Abdomen, Plaques muquenses auf der Zunge, an den Lippen und Tonsillen. Gleichzeitig bestand linksseitige Otitis media. Es wurden Quecksilberinunktionen längere Zeit hindurch verordnet, worauf die Erscheinungen zurückgingen. Aus der Krankengeschichte geht hervor, daß der Patient während der ersten 2 Jahre nach der Infektion Quecksilber in verschiedenen Formen und in großen Quantitäten, außerdem Jodkalium erhalten hat. In den letzten 1½ Jahren vor Beginn der schweren Erkrankung hatte er keinerlei Symptome mehr gezeigt. Etwa 3½ Jahre nach der Infektion klagte der Patient über intensive den Rücken lang ausstrahlende und in Paroxysmen auftretende Kopfschmerzen, welche in der Nacht an Heftigkeit zunahmten und bisweilen mit Übelsein, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Unruhe verknüpft waren. Bei der Untersuchung durch Dr. BAILEY wurde schwache Pupillenerweiterung und beginnende doppelseitige Neuritis des Nervus opticus, stark erhöhte Sehnenreflexe, fehlender Fußklonus konstatiert. Paralyse der Gesichts- oder Augenmuskeln, Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden. Der Patient erhielt Inunktionskuren und rasch ansteigende Dosen von Jodkalium. Während der ersten 2—3 Wochen der Behandlung besserten sich alle Symptome. Fünf Tage lang waren alle abnormen Kopfsymptome vollständig verschwunden, als der Patient plötzlich von Bewusstlosigkeit, epileptiformen Krämpfen befallen wurde. Zehn Stunden später erfolgte ein neuer, aber schwächerer Krampfanfall, an welchem sämtliche Extremitäten beteiligt waren. Der Patient wurde unruhig, aufgeregt, sprach unzusammenhängend. Alle Reflexe waren stark gesteigert, links bestand schwache Ptosis. Die Temperatur stieg an. Puls 100, fest und regelmäÙig. In den darauffolgenden Tagen entwickelte sich komplette Ataxie und vollständiger Verlust aller Reflexe. Der Zustand verschlimmerte sich trotz energischer Quecksilber- und Jodkaliumkur zusehends. Etwa sechs Wochen nach Beginn der schweren Erscheinungen starb der Patient, nachdem er zuvor in einen komatösen Zustand verfallen war.

Die Autopsie des Gehirns ergab eine Leptomeningitis basilaris, einen Tumor zwischen den dritten Gehirnnerven am oberen Ende der Basilararterie und in die

verdickten Maschen der Pia eingeschlossen. In der ganzen Ausdehnung der Basilararterie befand sich ein roter Thrombus; die oberen Partien der Vertebralarterien und ein Teil der hinteren kommunizierenden Arterien waren verstopft. Erweichung war nirgends vorhanden.

Die mikroskopische Untersuchung stellte fest eine Leptomeningitis, Endarteriitis der großen Arterien und eine aneurysmatische Dilatation der Basilararterie. Der erwähnte Tumor wurde durch die Erweiterung dieser Arterie gebildet, deren Wände teilweise zerstört und mit polynukleären Leukocyten und Blutkörperchen infiltriert waren. Einige der letzteren waren in die Maschen der umgebenden Pia mater entschlüpft. Die Intima der Basilararterien und einiger kleiner Arterien war stellenweise hochgradig verdickt. Die Infiltration der Pia, über der Brücke am stärksten, bestand aus perivaskulären Rundzellen einiger Piagefäße, aus kleinen runden und polynukleären Zellen und einer Proliferation der Endothelialzellen.

Die klinischen Symptome deuteten in vivo auf eine Thrombose einiger Cerebellararterien und auf das Cerebellum als Sitz des Krankheitsprozesses hin. Keine der Cerebellararterien fand sich jedoch bei der Autopsie verstopft, trotzdem wurde derselbe Effekt durch den ausgedehnten Thrombus in den größeren Arterien hervorgerufen, der die Blutversorgung des Cerebellums außerordentlich beeinträchtigt hatte.

III. Hydrocele und ihre radikale Heilung, von O. HORWITZ-Philadelphia. Der Verfasser hat in den letzten fünf Jahren nicht weniger als 110 Fälle verschiedener Formen von Hydrocele in Behandlung gehabt. Von diesen zeigten

1. die gewöhnliche Hydrocele	54
2. kongenitale Hydrocele	1
3. infantile Hydrocele	22
4. Inguinalhydrocele verbunden mit Kryptorchismus	1
5. Encystierte Hydrocele der Epididymis	4
6. Encystierte Hydrocele der Testikel	1
7. Hydrocele des Samenstranges	13
8. Hydrocele der Tunica vaginalis mit encystierter Hydrocele der Testikel	1
9. Hydrocele kompliziert mit Inguinalhernie	12
10. Hydrocele in einem alten Bruchsack, wobei der Leistenkanal durch den langen Gebrauch eines Bruchbandes obliteriert war	1.

Die Behandlung ist entweder eine palliative (Punktion und Entleerung der Flüssigkeit) oder eine radikale.

Verfasser beschäftigt sich hauptsächlich mit der letzteren von der er vier Methoden unterscheidet:

1. Punktion des Sackes und Injektion einer irritierenden Flüssigkeit,
2. die VOLKMANNSche Methode,
3. die antiseptische Incision,
4. die partielle Excision des Sackes.

Diese Methoden werden vom Verfasser einer eingehenden Besprechung unterzogen, und sodann der Gang der Operationen bei den oben erwähnten Formen der Hydrocele ausführlich beschrieben.

C. Berliner-Aachen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Angioneurosen.

CASARINI berichtet über einen Fall von **Urticaria** infolge von **Eingeweidewürmern** (*Ascaris lumbricoides*) bei einem vierjährigen Kinde. (*Rif. med.* 1896, No. 101.)
C. Müller-Wallaseellen.

Ödem bei Morbus Basedowii, Bericht über einen Fall von **Ödem der Augenlider**, von ARTHUR BOOTH. (*Med. Record.* 11. Juli 1896.) Verfasser teilt die ihm bekannten Äußerungen der Neurologen über Ödeme bei Basedowscher Krankheit mit. Es handelt sich meistens um Anschwellungen einzelner Körperteile, welche die Eigentümlichkeit haben, auf Druck keine Grube zu hinterlassen und spontan zu verschwinden. Als Ursache vermutet er eine periphere Neuritis, welche eine Lähmung der Vasokonstriktoren bedinge. Eine besonders seltene Lokalisation dieser Ödeme sind die oberen Augenlider. Eine Photogravüre der Patientin veranschaulicht den Zustand sehr gut. Durch einseitige Thyreoidektomie wurden sämtliche Symptome der Krankheit gebessert, nur die Anschwellung der Augenlider blieb unbeeinflusst.

J. Appel-Altona.

Ein Fall von akutem, umschriebenem Hautödem auf alkoholischer Basis, von H. OPPENHEIMER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1896, No. 3.) Der Patient erkrankte in ganz unregelmäßigen Zwischenräumen an sehr stark ausgedehnten Schwellungen im Gesicht, an den Armen etc., die nur wenig Jucken und Brennen verursachen; die Haut ist über den Schwellungen livide verfärbt, das Allgemeinbefinden nicht gestört, keine gastro-intestinale Störungen. Die genaue Nachforschung ergab, daß die Anfälle jedesmal nach Genuß von Alcoholicis, auch in geringen Dosen, auftraten. Abstinenz brachte Fortbleiben der Anfälle.

F. Hahn-Bremen.

Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Hautödeme, von RABITSCH. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896, No. 15.) 1. Ein 16jähriger Patient erkrankte plötzlich mit hochgradigem Ödem des Gesichts, besonders an den Lidern, der Hände, Füße, Vorderarme, Unterschenkel und des Präputium. Während die Ödeme in einigen Tagen zurückgingen, entstanden an Händen und Unterschenkeln zahlreiche Bläschen und es entwickelte sich das Bild eines akuten nässenden Ekzems, das unter schließlicher Abschuppung abheilte.

2. Ein sechsmonatlicher Säugling erkrankt mit hohem Fieber und ausgebreiteten Ödemen, von denen nur Kopfschwarte, Ellbogenbeuge und Kniekehle frei blieben. Beides schwand nach zwei Tagen. Verfasser will im ersten Falle „acute Anämie“ (? d. Ref.) annehmen, den zweiten bringt er mit der Dengue in Zusammenhang.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Ödem der Haut und des Gehirnes, von DEMETRIO GALATTI. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896, No. 15.) Ein sieben Monate altes Kind bekam plötzlich einen masernähnlichen Ausschlag, der am Tage darauf schwand, um einem Ödem der Unterschenkel und Füße Platz zu machen. Gleichzeitig bestand eine schlaffe Lähmung der rechten oberen Extremität und unverdauter Stuhl. Mit dem Schwunde der Ödeme

und der Dyspepsie kehrte die Beweglichkeit der Extremität wieder, sodass das Kind nach zwölf Tagen ganz gesund war. Der Verfasser glaubt, dass durch Autointoxikation Hautödem und partielles Hirnödem zu erklären sind.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Erscheinungen an der Haut nach äußerer Anwendung von Lysol, von BERGEL. (*Therap. Monatsh.* Juni 1896.) Verfasser sah bei einem Patienten, dem er weiche Schankergeschwüre mit reinem Lysol betupfte (zur Nachbehandlung wurde Jodol benutzt) das Auftreten eines starken Ödems von Penis und Scrotum mit Blasenbildung. Die Dermatitis breitete sich in mehr papulöser Form über die Unterbauchgegend aus und heilte unter Dermatolstreupulver rasch ab.

F. Hahn-Bremen.

Über puerperale Exantheme, von J. HEITZMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896, No. 30.) Sowohl bei Pyämie, wie bei Septikämie kommen Exantheme vor, die roseola-, morbillen- und scharlachähnlich sein können, als diffuse Erytheme erscheinen oder an Akne, Pemphigus, Variola erinnern. Miliaria rubra ist häufig, Miliaria alba oder crystallina ist ein ominöses Zeichen, das das nahende Ende verkündet. Diffuse Hautrötung hat Verfasser bei Wöchnerinnen schon als Folge von Obstipation gesehen. Echte Skarlatina, Erysipel können das Puerperium komplizieren, aber ähnliche Ausschläge auch als Folgen einer Primärfektion oder bakteriellen Invasion auftreten. Ein interessanter Fall wird mitgeteilt, bei dem ein pyämisch-puerperales Exanthem auftrat, das durchaus den Pockencharakter trug. Zum Schluss weist Verfasser in der wenig übersichtlichen Arbeit auf die neueren Arbeiten von WEISS über septische Exantheme, von G. SINGER über Varietäten des Typhusexanthems und FISCHER über Dermatitis pyaemica hin.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein Fall von Quecksilberakarlatina, von Dr. ISSERSON. Verfasser beobachtete eine syphilitische Patientin, die Hydrarg. salicyl.-Injektionen bekam. Nach der siebenten Injektion trat ein Ausschlag auf, der viel Ähnlichkeit mit Scharlach zeigte, aber ohne Temperaturerhöhung verlief. Die Kranke starb unter den Erscheinungen schweren Kräfteverfalls. Autor führt die Worte FOURNIERS an, nach dem Quecksilberausschläge zwar sehr selten, aber äußerst gefahrdrohend sind. (*Hospitalg. Botkin.* 1896. No. 19.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen, von WILHELM MARCUSE. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Bei einem 17jährigen Manne, bei dem wochenlang eine Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen stattfand, zeigte sich an der der Röhre zugewendeten Gesichtshälfte des Kopfes, eine diffuse Rötung, mit einem in das bräunliche gehenden Farbenton. Am dunkelsten war die Färbung auf der Höhe der Ohrmuschel. An einzelnen Partien dieser geröteten Fläche sah man deutliche Abschuppungen. Auf Fingerdruck wird die gerötete Stelle etwas blasser. Juckreiz besteht nicht. Über dem Ohr in der Temporalgegend zeigt sich eine fünfmarkstückgroße, vollkommen leichte Stelle, an welcher die Haare nur außerordentlich dünn verstreut sind, und die in ziemlich scharfer Bogenbegrenzung sich von der dicht behaarten Scheitelpartie absetzt. Die Färbung des Haarbodens ist blaß und kontrastiert auffallend mit der Rötung der angrenzenden Gesichtshaut. Die spärlichen Haare sind dünn und lassen sich leicht ausziehen. Bei der mikroskopischen Betrachtung ergaben sich die Zeichen der Haardegeneration, während die Haare der anderen Seite vollkommen normal sind. Es handelt sich um eine in der Entwicklung begriffene Alopecie. Auch an den Stellen des Körpers, die häufiger der Durchleuchtung ausgesetzt waren, zeigte sich, dass die Oberhaut abgelöst und das Corium mit vielen kleinen, blutenden Stellen und mit dünnem, serös-eiterigem Exsudat bedeckt ist. Das

freiliegende Corium ist bei Berührung sehr schmerzhaft. Es handelt sich also um eine Dermatitis, wie man sie nach Verbrennungen oder starken Einwirkungen von Sonnenstrahlen findet.

L. Hoffmann-Berlin.

Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen, von Dr. E. SEHRWALD. (*Deutsch. Med. Wochenschr.* No. 41. 1896.) Auch S. hat bei einem Knaben 14 Tage nach der Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen eine Dermatitis beobachtet.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit, von O. WIESENTHAL. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 15.) Bis dahin gesunde, gut genährte Kinder, meist im ersten oder zweiten Lebensjahre, zeigen zunächst Schmerzhaftigkeit eines oder mehrerer Körperteile, ein unruhiges, ängstliches Wesen, unruhigen Schlaf, wimmern beim Berühren, nehmen aber in gewohnter Weise Nahrung zu sich. Hierzu gesellt sich nach Tagen oder Wochen eine nicht gewölbte, teigige Schwellung an den Extremitäten oder an den Schädelknochen, hervorgerufen durch koaguliertes Blut, das sich zwischen Knochen und Periost ansammelt. In dem einen Falle des Verfassers zeigte sich die ganze Diaphyse des rechten Femur, vom Periost entblößt, als Sequester bei der Autopsie. In dem zweiten Falle bestand ebenfalls eine bedeutende Schwellung über dem rechten Femur, außerdem eine anfangs unter dem Bilde einer Parotitis auftretende Schwellung, die sich auf Nacken und Hinterhaupt fortpflanzte und dem ganzen Hinterkopf eine fast konische Gestalt verlieh. Im Verlaufe des Leidens bildet sich eine bedeutende Anämie heraus, die Kinder haben ein charakteristisches, wachstumsartiges, ödematöses Aussehen und neigen zu Schweissen. Weiter kommt es öfters zu Zahnfleisch- und Darmblutungen.

Das eine Kind war mit Dr. RIETHS Albumose-Milch, das zweite mit BOLLEScher Milch, die im Soxhlet sterilisiert wurde, genährt worden. Beide Fälle verliefen tödlich. Die Kinder dürfen, sobald das Leiden erkannt ist, keine sterilisierte Milch, sondern müssen frische Kuhmilch erhalten, die prophylaktisch, auch bei Benutzung des Soxhlet, jedenfalls nicht länger als ca. 10 Minuten zu kochen ist. *H. Einhorn-München.*

Zur Ätiologie des Skorbut. Ein Fall aus der Praxis, von SPENER. (*Allg. med. Centralztg.* 1896. No. 46.) Dafs einseitige Ernährung bei der Entstehung des Skorbut von Bedeutung ist, ist wohl eine unanfechtbare Thatsache. Dafs auch eine ärztlich verschriebene einseitige Diät dasselbe bewirken kann, ist von besonderem Interesse. RIES berichtet über eine Patientin, die sich $\frac{3}{4}$ Jahre von Hammelfleisch und Reis nährte und skorbutisch wurde. Er nimmt an, dafs neben dieser Nahrung die vorhandene depressive Gemütsstimmung von ätiologischer Bedeutung war. Der Verfasser sah eine Patientin, die fünf Aborte und eine Frühgeburt durchgemacht hatte, vielleicht luetisch war. Dieselbe lebte nach ihr von einem Arzte wegen eines Diokdarmkatarrhs gegebenem Rat, fast nur von Fleisch und Eiern. Während der Katarrh sich besserte, stellten sich Menorrhagien ein, die vergeblich mit Auskratzung und Jodinjektion behandelt wurden. Dieselbe konsultierte den Verfasser wegen zahlreicher Suggillationen, besonders an den Waden, und Gingivitis. Es bestand eine melancholisch-depressive Gemütsstimmung. Unter entsprechend, allerdings schwer durchzuführender Diät genas die Kranke; auch die Menorrhagien schwanden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die infektiösen Hämorrhagien beim Menschen, von SILVESTRINI und BADUEL. (*Settimana med. della Sperimentale.* 1896. No. 30.) In Fällen von infektiöser Purpura wurden teils spezifische (KELB, BABES, LETZNERICH etc.), teils verschiedenartige Mikroorganismen gefunden; erstere gleichen denjenigen, welche bei infektiösen hämorrhagischen

gischen Affektionen des Kaninchens und des Schweines nachgewiesen wurden. In zwei Fällen von Purpura und einem Falle eines eigentümlichen Erythems machten die Verfasser folgende Beobachtungen: alle Fälle hatten mit intestinalen Störungen begonnen; stets waren Nierenstörungen vorhanden, und zwar coincidierte Zunahme des Eiweißes im Harn mit neuem Aufklackern des Prozesses und Auftreten neuer Hämorrhagien; Knochen- und Gelenkschmerzen fehlten in keinem Falle; die Hämorrhagien zeigten eine besondere Neigung, sich in der Umgebung der Gelenke zu lokalisieren; im Urin wurden besonders zur Zeit der Anfälle Staphylokokken nachgewiesen, die nach Heilung der Krankheit vollständig fehlten. Aus Milch und Blut wurden in einem Falle Staphylokokken gezüchtet, während solche in den Petechien fehlten. Ein Meerschweinchen, dem Urin von einem Purpurakranken injiziert worden war, starb nach 14 Tagen an typischer Purpura; die Autopsie ergab das Vorhandensein von Osteomyelitis und Periostitis verschiedener Rippen und aus der Milch und den Knochen konnte man den gleichen Staphylococcus pyogenes albus züchten, den man in den Organen des Patienten nachgewiesen hatte. C. Müller-Wallisellen.

Pucci berichtet über einen Fall von fulminierender Purpura, welche in kürzester Zeit zum Exitus führte. Der 7jährige Knabe war zunächst an Masern erkrankt, welche einen ziemlich schweren Verlauf nahm und sich mit Parotitis komplizierte, die in Eiterung überging. In der Periode scheinbarer Rekonvaleszenz stieg dann das Fieber plötzlich wieder, es traten heftige Blutungen aus Nase, Mund, Blase und Darm, sowie ein ausgedehnter Purpurausschlag auf. Die Autopsie, sowie die bakteriologische Untersuchung des Falles wurden leider nicht gemacht. (Gas. d. Ospedali. 1896. No. 28.) C. Müller-Wallisellen (Zürich).

Über einen Fall von Peliosis rheumatica, von AUGUST MARIA POLAK. (Wien. klin. Wochenschr. 1896. No. 19.) Der ausführliche Bericht über eine Patientin, welche an Peliosis rheumatica unter Krämpfen und Sopor zu Grunde ging. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautete: Concretio epicardii et pericardii recentior e pericarditide. Morbus Brightii chronic. Hypertrophia ventriculi sin. Haemorrhag. multiplica. Tumor lienis chronicus. Hyperplasia gland. lymphat. Infarctus lienis anaemicus. Hydrops universalis.

Bemerkenswert ist der Befund kernhaltiger roter Blutkörperchen. Das Krankheitsbild und auch die Veränderungen des hämatopoetischen Systems erinnerten vielfach an akute Leukämie, jedoch fehlte die eigentliche Leukocytose.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Traumatische Entzündungen.

Über den Einfluss der vasomotorischen und sensiblen Nerven auf die durch Verbrühung hervorgerufene Entzündung des Kaninchenohrs, sowie über die während der Verbrühung auftretenden Allgemeinerscheinungen, insbesondere die Tachypnoe, von RUDOLF BUNZEL. (Arch. f. exper. Pathol. u. Physiol. Bd. 37. Heft 6.) Die besonders von SAMUEL vielfach ausgeführten Versuche über den Einfluss der Nerven auf den Verlauf des Entzündungsprozesses nahm der Verfasser wieder auf, indem er zur Hervorrufung der Entzündung sich gleich SAMUEL des Wassers bediente, und zwar einer Temperatur von 53° C. Als Beobachtungsdiente das Kaninchenohr. Folgendes konnte Verfasser feststellen.

Die unmittelbar vor der Verbrühung mit Wasser von 53° C. vorgenommene Ausschaltung der Vasomotoren des Ohrs durch Durchschneidung des Sympatikus auf

einer Seite, hat auf den Verlauf der Entzündung den Einfluss, daß es zu einer stärkeren Ausbildung und verzögerten Rückbildung kommt; jedoch ist der Unterschied kein bedeutender. Wird aber die Verbrühung etwa 14 Tage nach der Durchtrennung des Sympathicus ausgeführt, dann ist der Verlauf der Entzündung auf diesem Ohr, im Vergleich zu dem anderen mit ungestörter, vasomotorischer Erregbarkeit, ein ganz anderer. Die entzündliche Anschwellung tritt am alterierten Ohr einige Stunden früher auf und wird viel stärker, so daß es zu Blasenbildung und zu partieller Nekrose kommt. Dieser beträchtliche Unterschied ist wohl zurückzuführen auf die infolge der Lähmung der Vasomotoren eingetretene Alteration des Gewebes und der Gefäßwände.

Die Durchschneidung der N. auriculares hat keinen Einfluss auf die Folgen der Verbrühung, mag sie unmittelbar vor derselben, oder 14 Tage früher ausgeführt sein.

Während der Verbrühung tritt eine Steigerung des Blutdrucks ein, auf die nachher ein Sinken unter die normale Höhe folgt.

Frequente und oberflächliche Atmung, Tachypnoe, begleitet die Verbrühung; bei vagotomierten Tieren nimmt die Frequenz der Atemzüge zu, ohne daß dieselben flach werden. Die Tachypnoe kann nicht durch Kälteapplikation erzeugt werden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol, von PAUL WALTER. (*Wien. med. Presse.* 1896. No. 24.) Aristol wurde als Streupulver bei stark ausgedehnten Verbrennungen angewandt, es wurde nach Reinigung durch Waschungen mit warmem Wasser und nach Eröffnung der Blasen aufgestreut. Circa 30 Fälle bestätigen den bedeutenden Wert des Aristols bei Verbrennungen, insbesondere seine schnelle Vernarbungsfähigkeit, seine hohe granulierende Wirkung, seine relative Ungiftigkeit dem Jodoform gegenüber. Es soll aber erst angewandt werden, wenn die Wunden keine septischen Eigenschaften mehr besitzen, da seine desinfizierende Kraft geringer als die des Jodoforms ist. Ausgebreitete Wunden bedecke man mit Aristol-salbe, während die Ränder mit dem Pulver bestreut werden sollen.

A. Strauß-Barmen.

Hauterscheinungen nach mißbräuchlicher äußerer Anwendung unverdünnten Lysols, von SAALFELD. (*Therap. Monatsh.* Mai 1896.) Der betreffende Patient wusch nach einem suspekten Coitus seinen Penis mit unverdünntem Lysol; unmittelbar darauf heftige brennende Schmerzen; sieben Stunden später starkes Ödem mit blutigen Blasen und Echylosen. Unter Hochlagerung und kühlenden Umschlägen schwand das Ödem, die Blasen platzten; es bestand nur noch starkes Nässen.

Verfasser rät, den Handverkauf des Lysols zu verbieten.

F. Hahn - Bremen.

Über eine eigentümliche Form von Karboldermatitis, von FR. RUBINSTEIN. (*Der ärztl. Prakt.* 1896. No. 7.) Nach Karbolanwendung stellen sich beim Verfasser an der Vola manus und an den Fingern bis erbsengroße, derbe Infiltrate ein, scharf begrenzt, braunrot gefärbt; nur an den Händen gingen die Infiltrate ohne Hautverfärbung einher, waren hier auch flacher. Allmählich löste sich die Oberhaut in Lamellen ab, die Cutis erschien glänzend, lebhaft rot, von silberweißen Schüppchen bedeckt. Die Stellen heilten in 2—3 Wochen und glichen nach des Verfassers Ansicht wirklichen Psoriasisflecken. (Verfasser zieht aus dieser Beobachtung unter anderem gleich folgenden, weitgehenden Schluss: „Histologisch und klinisch gleiche Infiltrationen können durch Ursachen erzeugt werden, die im Körper von innen heraus wirken Psoriasis vulgaris; Psoriasis syphilitica). Daraus ist zu entnehmen, daß histologischen Prozessen und Bildern nichts spezifisches zukommt.“ Was weiß er aber von dem

histologischen Befund seiner Handaffektion? Gar nichts! Wie kann er dennach behaupten, daß diese Affektion histologisch identisch ist mit den Infiltraten bei Psoriasis vulgaris und Psoriasis luetica? Und ist durch seine Schilderung die klinische Identität erwiesen? Das ist wohl sehr zu bezweifeln. Also wozu diese weitgehenden, vielleicht an sich nicht unrichtigen, aber hier keineswegs begründeten Folgerungen an eine an sich ja ganz dankenswerte kasuistische Mitteilung knüpfen? Wahrlich etwas weniger leichtfertig sollten manche Ärzte doch darin sein, großartige Gebäude auf so schwachem Fundament zu errichten. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Karbolgangrän, von LEUSSER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 15.) Drei vom Verfasser beobachtete und hier beschriebene Fälle veranlaßten ihn, sich mit der Karbolgangrän genauer zu beschäftigen. In der Litteratur fand er 31 Fälle genau geschildert, 10 Fälle hat CARLIER gelegentlich, 4 BILLROTH andeutungsweise erwähnt. Fast immer sind es Laien, welche sehr konzentrierte Lösungen, besonders das Acid. carbol. liquefactum bei leichten Verletzungen anwandten. Doch machten sich dieselben üblen Folgen manchmal bemerkbar, wenn nur 2%ige Karbolsäurelösungen zu Umschlägen benutzt wurden und besonders, wenn der Karboldunst durch Guttapercha zurückgehalten ward. Immer kam es zum trockenen Brand.

Zunächst machte sich Brennen der betreffenden Körperstelle bemerkbar, dieses liefs bald nach, an seine Stelle trat eine gewisse Gefühllosigkeit, etliche Stunden später folgte lebhafterer Schmerz, der zur Entfernung des Umschlages trieb. Und nun erschien bereits ein mehr oder weniger großer Teil der betreffenden Stelle weiß oder schwarzbraun, trocken, gerunzelt; Nadelstiche wurden nicht mehr geföhlt. Diesem trockenen Brande fielen unter den 3 Fällen des Verfassers zweimal je eine Phalange zum Opfer, im dritten Falle wurde vom Patienten wegen einer unbedeutenden Bisswunde an der Innenseite des rechten Unterarmes die ganze Nacht hindurch reine Karbolsäure (wohl Ac. carbol. liquefactum) als Umschlag benutzt, dadurch die Haut im Umkreis von 6 cm im Durchmesser zerstört; doch trat kein bleibender Schaden ein; die Heilung beanspruchte 4 Wochen. FRANKENBURGER hat nachgewiesen, daß die Karbolsäure die roten und weißen Blutkörperchen zum Zerfall bringt, dadurch tritt Blutstase und Verstopfung der Gefäße, zuerst der Capillaren, dann der Venen und Arterien ein, als weitere Folge das Absterben des betreffenden Körperteils. Bei längerer Einwirkung werden auch tiefere Teile von der Thrombose ergriffen. Warum gerade trockene Gangrän eintrete, habe darin seinen Grund: 1. daß die Karbolsäure wasserentziehende Wirkung hat, 2. daß nach Unterbrechung der Blutcirculation durch die macerierte Haut eine leichtere Verdunstung der noch vorhandenen flüssigen Bestandteile der Gewebe stattfindet.

Für die Schwere der jeweiligen Zerstörungen soheine individuelle Disposition in Betracht zu kommen. Nur einmal findet sich in der Litteratur ein Todesfall verzeichnet. Es handelte sich um einen 75jährigen Greis, bei dem Altersbrand hinzgetreten war. Gewöhnlich tritt Heilung ein, unter Verlust einzelner Teile.

LEUSSER empfiehlt — wie schon Andere — den Handverkauf der Karbolsäurelösungen ganz und gar zu verbieten, auch Badern und Hebammen die Karbolsäureanwendung zu untersagen. Insbesondere sollten die Hausärzte die Entfernung der Karbolsäure aus den sog. Hausapotheken ernsthaft betreiben.

(Karbolgangrän kommt sicherlich noch viel öfter vor, als LEUSSER ansunehmen scheint; Referent hat ebenfalls einige Fälle beobachtet, in denen von Laien dieselbe hervorgerufen worden war).

Neuhaus-München.

Neurotische Entzündungen.

Über Herpes Zoster der Regenbogenhaut im Verlaufe von Herpes Zoster frontalis, von E. MACHEK. (*Arch. f. Augenheilkde.* XXXI.) Im Verlaufe des Herpes Zoster ophthalmicus hat schon HUTCHINSON Iritis beobachtet und HORNBER erwähnt, daß diese Komplikation wohl außerordentlich selten, aber doch vorkomme. Daß aber die Regenbogenhaut im Verlaufe der hämorrhagischen Form des Zoster ophthalmicus selbständig und ganz analog der Hautkrankheit erkranken kann, ist bis jetzt nicht bekannt.

MACHEK beobachtete im Stadium der Borkenbildung auf der Haut das Auftreten einer sehr akuten Iritis mit spärlichem, plastischen Exsudat im Anschluß an neuralgische Schmerzen im Auge. Starke Ciliarinjektion, hintere anscheinend totale Synechie, bedeutende Sekretion einer wenig getrübbten Flüssigkeit in die vordere Kammer. Am folgenden Tage circumskripte Schwellung des Irisgewebes; es folgt Zerfall der geschwollenen Partie, Blutung aus den geborstenen Gefäßen. Nach längerer Zeit Heilung durch Bildung von Narbengewebe. Das akute Auftreten, die auf einen kurzen Zyklus bemessene Entwicklung, der weitere Verlauf, welchen geringe entzündliche Nebenerscheinungen, aber sich öfter wiederholende Blutungen, kennzeichnen, und endlich der Abschluß durch Bildung von Narbengewebe sind so charakteristisch und den herpetischen Veränderungen in der Haut und Hornhaut so analog, daß es begründet erscheint, die Existenz eines Herpes der Iris anzunehmen. Die Verschiedenheit der Krankheitsbilder wird durch die eigentümlichen physiologischen Verhältnisse der Iris, welche von Kammerwasser umgeben ist, vollkommen erklärt.

Die Ursache des Herpes der Iris muß in vorliegendem Falle auf einem Übergreifen der einzelnen Nervenendigungen in das nachbarliche Gebiet zu suchen sein, oder es dürfte die Innervation der Iris durch eine anastomotische Schlinge mit den trophischen Nerven der Haut und Hornhaut verbunden sein, so daß die Erkrankung des einen Gebietes, Reizung und Entzündung im Verlaufe des anastomosierenden Nerven zur Folge haben kann.

H. Einhorn-München.

Dermatitis gestationis, von KR. GRÖN. (*Norsk Magaz. f. Lægevid.* 1896. No. 1.) Der Verfasser hält diese Krankheit für eine besondere, mit der Duhringschen Krankheit nahe verwandte Affektion, welche sich aber doch von dieser durch ihr ausschließliches Vorkommen während der Gravidität und Entbindung unterscheidet. Das Leiden von Verfassers Patientin fing im siebenten Graviditätsmonat, der siebenten Schwangerschaft bei einer 34jährigen Frau an und hielt bis ein oder zwei Monate nach der Entbindung an. Patientin hatte zugleich Nephritis (bis 0,3% Albumen) mit Anasarca und seröser Flüssigkeit in beiden Pleurae (der Angabe FOURNIERS entgegengesetzt, gemäß welcher das Allgemeinbefinden dieser Patientin nicht beeinflusst werden solle). Die Dermatitis erschien zum ersten Male kurz nach Ablauf der zweiten Gravidität; in der dritten und vierten Gravidität kam sie resp. 8 Tage nach und 14 Tage vor der Entbindung; bei der fünften und sechsten Gravidität gab es leichte Anfälle kurz nach der Entbindung. Während der späteren achten Gravidität, welche im sechsten oder siebenten Monate durch Ausstoßung eines todtgeborenen Fötus unterbrochen wurde, gab es keinen Ausbruch des Hautleidens. Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Über das an der Mundschleimhaut isoliert vorkommende Erythema exsudativum multiforme, von LUKASIEWICZ. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 23.) Isoliertes Auftreten des Erythema exsudativum auf der Mundschleimhaut ist bisher kaum beobachtet. Zwei derartige Fälle hat Verfasser aber im verflossenen Jahre gesehen. Unter Fieber und Schmerzen traten an Ober- und Unterlippen, Wangen-

schleimhaut und Zahnfleisch oberflächliche, runde oder unregelmäßige, bis erbsengroße, granlich belegte, leicht blutende Substanzverluste auf. Am harten und weichen Gaumen waren bei dem einen Kranken typische Bläschen und rote Defekte sichtbar, die später konfluieren. Keinerlei Hauterscheinungen. Die Affektion ist identisch mit den Veränderungen, welche das typische Erythema exudativum auf der Haut oft begleiten, wie Verfasser an zwei weiteren Beobachtungen ausführt, bei denen Flecke auf der Haut in spärlicher Menge neben der Mundaffektion auftraten. Die Diagnose dieser Mundaffektion bei fehlenden Hautflecken ist keine leichte. Die Akuität des Prozesses, der oberflächliche Sitz, die periphere Ausbreitung und rasche Überhäutung unterscheiden das Leiden vom Pemphigus. Die diffuse Ausbreitung ist gegenüber dem Herpes Zoster wichtig. Der Mangel eines Infiltrates läßt die luetische Papel abgrenzen, das Fehlen der pseudomembranösen Auflagerungen von der Stomatitis aphthosa. Gewöhnlich werden solche Fälle fälschlich dem Herpes der Schleimhaut angereihet oder unter den verschiedensten Namen aufgeführt. Man wird deshalb, um die Diagnose richtig zu stellen, künftig sorgsamer erwägen müssen, ob es sich nicht um ein exsudatives Erythem handelt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Als parasitophobe Neurodermien beschreiben BROcq und PERRIN gewisse bei Neuropathikern oder Degenerierten nach gewissen Hautaffektionen, wie Skabies, Phthiriasis etc. (sekundäre parasitophobe Neurodermie), oder aber infolge eines besonderen psychischen Zustandes (primäre parasitophobe Neurodermie) auftretende Hautaffektionen, die sich als Jucken, Stechen, Ameisenkriechen etc. präsentieren. Die sekundären parasitophoben Neurodermien sind die häufigeren und werden beobachtet bei Patienten, die, nach durchgemachter und geheilter Skabies, Phthiriasis etc., sich von diesen Affektionen noch immer behaftet glauben. Bei den primären Neurodermien haben die Patienten niemals an den genannten Krankheiten gelitten, halten sich aber für damit behaftet. Die Neurodermien dieser beiden Kategorien sind entweder lokalisierte (Busch, Rumpf) oder allgemeine, die sekundären, im Gegensatz zu den primären, meist heilbar. (*Journ. de méd. et de chir.* 1896. No. 15.) C. Müller-Walkellen.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. Lepra.

Die Lepra im Kreise Memel, von A. BLASCHKO. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Verfasser hat die Lepra, die im Kreise Memel von FÜRST und PRIDIKOWITZ festgestellt ist, zum Gegenstand eines Studiums an Ort und Stelle gemacht, besonders bewogen durch die amtliche Annahme einer autochthonen Entstehung der Krankheit. Zunächst entwirft nun derselbe eine Skizze von Land und Leuten. Darans ist besonders zu beachten, die sehr nahe Lage an Rußland, d. h. russisch Litthauen und Kurland und die elende Lebensweise der ausschließlich befallenen Litthauer. Zu den bisher festgestellten Fällen konnte Verfasser noch zwei hinzufügen, sodaß bisher 22 Fälle konstatiert sind, von denen aber nur noch 9 leben. Die Fälle verteilen sich auf drei Krankheitsherde, sie datieren bis 1870 zurück. Bei dem engen Zusammenleben der zum Teil Familienmitglieder betreffenden Leprafälle mit den anderen Personen, bei dem Mangel jeder Sauberkeit und Pflege, ist die geringe Ausbreitung in diesen Jahren sicher ein Zeichen, daß die Kontagiosität der Lepra eine geringe ist und eine besondere Disposition vorhanden sein muß. Daß die Erkrankung vererbt wird, ist nicht anzunehmen; wo die Kinder kranker Eltern von der Lepra ergriffen sind, sind letztere erst leprös geworden, als erstere schon herangewachsen waren. Von den 9 lebenden Leprafällen gehören 2 der Lepra anaesthetica an; es sind die

beiden vom Verfasser gefundenen, einer leprösen Familie angehörigen Kranken. Die Schwierigkeit der Diagnose der anästhetischen Lepra, der Streit betreffend die Abgrenzung der Syringomyelie wird in der Arbeit kurz hervorgehoben.

Die Frage über die Quelle dieser Lepraepidemie beantwortet der Verfasser in für jeden Kenner der örtlichen Verhältnisse von vornherein selbstverständlicher Weise dahin, daß dieselbe aus Rußland vornehmlich durch den Grenzverkehr eingeschleppt ist. Die Herde in Kurland liegen durchaus nicht weit von dem Memeler Kreise entfernt; die entgegengesetzten Angaben sind falsch. Die Lepra dringt gesetzmäßig von Livland aus vor und hat bei Memel die deutsche Grenze überschritten. Die zu treffenden Maßnahmen gegen eine weitere Verbreitung präzisirt Verfasser dahin, daß zunächst durch eine genaue Enquête der Umfang der Epidemie festgestellt werden muß. Eine Untersuchung der Schulkinder und Konfirmanden wäre zweckmäßig. Alle aus Rußland übersiedelnden Personen müßten auf ihren Gesundheitszustand geprüft werden.

Um der direkten Infektion vorzubeugen, muß man dafür sorgen, daß die Knoten vor direkten, zum Zerfall führenden Läsionen behütet, entstandene Ulcerationen sorgsame Oclusivverbände bekommen, da gerade hier die zahllos in den Knoten vorhandenen Bacillen leicht frei werden. Eigentliche Leproserien nach mittelalterlichem Modus mit völliger Abschließung der Kranken befürwortet Verfasser nicht, wohl aber die Gründung kleiner Kolonien mit Krankenstationen. Am Empfangen von Besuchen und Ausgehen dürften die Kranken unter gewissen Kautelen nicht behindert werden. Der Verpflichtung, in dieser Richtung aktiv vorzugehen, wird sich die Regierung nicht entziehen können.

In der Diskussion, welche sich in der Berliner Medizinischen Gesellschaft an diesen Vortrag knüpfte, stellt BRASCH einen 49 Jahre alten Patienten vor, der 1889 eine Hemihyperhidrosis zeigte und jetzt ein Krankheitsbild bietet, welches mit der Diagnose „Syringomyelie und Vitiligo“ belegt ist. Man findet Muskelatrophien, Sensibilitätsstörungen dissociierter Natur, besonders auch Anästhesie an den zahlreichen vitiliginösen Stellen. Das Bild deckt sich also ganz mit der anästhetischen Lepra. Nun ergibt die Anamnese, daß der Patient im Jahre 1860 in Memel $\frac{3}{4}$ Jahre als Lehrling gelebt hat. Nachträglich wurde denn auch wirklich durch das Auffinden von Leprabacillen die Diagnose auf Lepra bestätigt.

WASSERMANN hebt hervor, daß die Regierung dieser Lepraepidemie gegenüber die Hände nicht in den Schoß lege. Sie habe die Absicht die Kranken an verschiedene Kliniken zu verteilen, eventuell für sie in Königsberg ein Haus zu errichten.

LEWIN betont, daß die Kontagiosität der Lepra ebensowenig zweifellos feststehe, wie man die Heredität ganz in Abrede stellen könne.

BLASCHKO hält die Kontagiosität für zweifellos bewiesen. Der Fall von BRASCH, als Leprafall aufgefaßt, sei wegen der langen Inkubation und des so langsamen Verlaufes sehr bemerkenswert. Ist es aber eine Syringomyelie, dann erläutert er die diagnostischen Schwierigkeiten in klarer Weise. Betreffs der Unterbringung der Kranken ist weder die Aufnahme in Kliniken zu empfehlen, da hier dieselben nicht so lange festgehalten werden können, noch die Gründung eines Leprosoriums fern von ihrer Heimat in Königsberg.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von *Lepra tuberosa und anaesthetica*, von PROTOPOFOW. Verfasser berichtet recht ausführlich über diesen Fall und bespricht dessen Ätiologie, wobei er sich der Meinung von BERGMANN, ARNING, PETERSEN u. a. anschließt, daß der Heredität eine geringe Rolle nur zukomme, hauptsächlich sei hier direkte Infektion zu beschuldigen. (*Russ. Med. Rundsch.* 1896. No. 6.)

J. Grünberg-St. Petersburg.

Ainhum und Lepra. In der Sitzung der Académie de Médecine de Paris vom 28. Juli 1896 erklärte ZAMBACO, der sich mit dieser Frage ausführlich beschäftigte, das Ainhum als eine abgeschwächte Lepraform. Z. hat ausschließlich die typische Affektion im Sinne, die bei den Negern Afrikas und Brasiliens vorkommt, keineswegs aber die von verschiedenen Ärzten mit dem Begriffe Ainhum zusammengeworfenen Fälle von kongenitalen Amputationen mehrerer Zehen (nicht nur der kleinen) und selbst der Finger, wie sie nicht nur bei den Negern, sondern auch in Indien, bei den Arabern und Malayen beobachtet werden. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 31.)

C. Müller-Wallisellen.

Über die Anwesenheit des Leprabacillus in der Medulla eines an Syringomyelitis gestorbenen Individuums, von CAMARA PESTANA und A. BETTENCOURT. (*Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde.* 1896. No. 18 u. 19.) Die Sektion eines Patienten der an einer charakteristischen Syringomyelie zu Grunde gegangen war, bestätigte die Diagnose insofern, als man in der Nackengegend in dem aufgetriebenen Rückenmark eine große Höhle, gefüllt mit einer dunkelgrauen Masse fand. Bei der Untersuchung dieser Masse fand man in den mit Karbolfuchsin, mit Salpetersäure, Methylenblau behandelten Schnitten zahlreiche rotgefärbte Bacillen, ähnlich den Tuberkelbacillen. Die Färbung derselben trat aber auch mit wässriger Fuchsinlösung bei 30—60° ein, was ja den Leprabacillus vom Tuberkelbacillus unterscheidet. Die GRAMsche Methode gab positive Resultate. Zur definitiven Entscheidung, ob nicht doch der Tuberkelbacillus vorliegt, wurde ein Meerschweinchen mit der Höhlen-substanz geimpft. Es trat aber keine Tuberkulose ein. Damit ist es zweifellos, daß hier Leprabacillen vorliegen. Jedenfalls ist der Fall sehr geeignet die Berechtigung der Auffassung von ZAMBACO über die Syringomyelie zu stärken. Bemerkenswert und auffallend ist, daß in den Nerven der affizierten Gliedmaßen keine Leprabacillen gefunden wurden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Prophylaxe der Lepra in Skandinavien, ihre Erfolge und ihre Lehren, von FRANZ KOCH. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 30.) Da jeder Lepröse für seine Umgebung einen Infektionsherd darstellt, mag auch die Gefahr der Infektion in unseren Klimaten keine allzugroße sein, und da es keine Heilmittel dagegen giebt, so bleiben nur prophylaktische Maßnahmen übrig, als deren einzig erfolgreiche sich in Norwegen das Isolierungssystem erwiesen hat und zwar, wenn notwendig, auf Staatskosten. Deshalb sei auch für Deutschland, besonders für die Memeler Gegend, ein kleines Leprahospital nach skandinavischem Muster zu empfehlen. L. Hoffmann-Berlin.

Die Serumbehandlung der Lepra. (*New York. med. Journ.* 18. Januar 1896.) Am 22. November 1895 berichtete JUAN DE DIOS CARRASQUILLA in der Nationalen Medizinischen Akademie der Republik Kolumbia zu Bogota im Anschluß an eine frühere Mitteilung über seine weiteren Beobachtungen betreffs der Behandlung der Lepra mittelst eines von ihm hergestellten Serums. Seine ersten Versuche hatten nur auf die nervöse Form Bezug gehabt, während er jetzt auch Fälle von tuberculöser Lepra behandelt hat. C. hat bisher 15 Kranke dieser Methode unterzogen und giebt an, ausnahmslos die günstigsten Erfolge erzielt zu haben. In weniger als einem Monat war jedesmal die Krankheit so gut wie geheilt. In der nächsten Sitzung der Gesellschaft will der Erfinder seine Methoden der Zubereitung und Anwendung des Serums ausführlich mitteilen. Man kann nur wünschen und hoffen, daß seine Angaben sich bestätigen werden.

Philippi-Remscheid.

Als anatomische Veränderungen bei Lepra pulmonum fand SCAGLION in einem Falle zahlreiche bronchopneumonische Herde, als deren Erreger wahrscheinlich

die vorgefundenen Strepto- und Staphylokokken anzusehen sind. In Uebereinstimmung mit HANSEN, NEISSER, LELOIR, RIKLI etc. und im Gegensatz zu BONOME, DOUTRELEPONT, MAX WOLTERS konnte er nirgends Spuren von Leprabacillen entdecken. (*Rif. med.* 1896. No. 189.)

C. Müller-Wallisellen.

b. Tuberkulose.

DUBOIS-HAVENITH erwähnt einen Fall von **Tuberculum anatomicum** bei einem Metzgerburschen, der sich beim Stechen eines nachträglich als tuberkulös erkannten Rindes am Handrücken mit dem Messer leicht verletzte. Nach zwei Jahren hatte die Läsion die Dimension eines Zweifrankenstückes erreicht. (*La Policlinique.* 1896. No. 13.)

C. Müller-Wallisellen.

Über einen Fall von Impftuberkulose, von KARL Ritter v. HOFMANN. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1896. No. 14.) Eine 47jährige Patientin, die ihr tuberkulöses Kind pflegte, verletzte sich an den Fingern wiederholt mit der Nadel, als sie die Wäsche des Kindes ausbesserte. Es entstand an einem Finger ein Panaritium, dann ein tuberkulöses Geschwür; dazu gesellte sich unter lymphangitischen Erscheinungen die Bildung von einer grossen Zahl bis erbsengrosser Knoten, die sich längs der Streckseite des Vorderarms bis in den Sulcus bicipitalis externus erstreckten. Dieselben sind von beweglicher oder nicht verschiebbarer, teils pigmentierter und abschilfernder Haut überzogen; ihre Konsistenz variiert nach der Grösse, die kleineren sind derb, die grösseren weich. In der Achselhöhle eine haselnussgrosse Drüse, die Kubitaldrüsen sind frei. Die Untersuchung ergibt Tuberkulose.

Die Impftuberkulose der Haut, teils als Leichttuberkel, teils als Geschwür sich äussernd, entwickelt sich fast immer im Anschluss an eine Verletzung, zumal wenn die Haut irgendwie gereizt oder maceriert ist (Waschen tuberkulös infizierter Wäsche). Meist ist eine wiederholte Berührung mit dem infektiösen Material nötig, besonders bei Erwachsenen. Bei Kindern genügt, wie die Infektion nach der Beschneidung zeigt, oft schon die einmalige Berührung. Allgemeininfektion und tödtlicher Ausgang erfolgen nur bei hereditär belasteten Kindern.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Aus den Versuchen von HALLOPEAU und ROGER mit **Injektionen von Streptokokkentoxinen beim Lupus** geht hervor, dass dieselben in Dosen bis zu 9 ccm keine allgemeinen, wohl aber ziemlich intensiven lokalen Erscheinungen machen. Es wurden sieben Fälle damit behandelt, wovon einer vollständig heilte, zwei sich beträchtlich besserten, vier eine weniger ausgesprochene Besserung zeigten. Am günstigsten für die Versuche erwiesen sich jüngere Individuen und die Formen mit fungösen, mächtigen Tuberkeln sowie tiefen und ausgebreiteten Ulcerationen. Wo es sich um skleröse Formen handelte oder da wo sich der Lupus auf Narbengewebe ausgebildet hatte war der Erfolg ein ziemlich geringer. (*Presse méd.* April 1896.)

C. Müller-Wallisellen.

TERRILE berichtet über sehr günstige Resultate mit der **Serumtherapie nach MARAGLIANO in zwei Fällen von tuberkulösem Lupus**. Es handelt sich um 1. eine Tuberculosis nodularis et vegetans des Fußrückens und 2. einen Lupus tumidus des Handrückens. Das Serum wurde aber nicht subkutan injiziert, sondern täglich in einer Dosis von 3 ccm aufgespritzt; die bepinselte Fläche wurde mit in gleiches Serum getauchte Watte bedeckt. (*Rif. med.* 1896. No. 175.)

C. Müller-Wallisellen.

Über die Behandlung tuberkulöser Abscesse und anderweitiger Eiterungen mit KLEVERSchem Jodoformvasogen, von NICOLAUS OSTERMAYER. (*Wiener med.*

Wochenschr. 1896. No. 14.) Bei der außerordentlich günstigen Einwirkung des Jodoforms war die Unlöslichkeit desselben stets sehr zu bedauern, zumal Jodoformäther zu Injektionen nicht verwendet werden kann. Infolgedessen konnten stets nur Suspensionen injiziert werden. Nachdem wir nun im Vasogen ein neues Lösungsmittel für Jodoform gefunden, hat Verfasser die Prüfung des Jodoformvasogens unternommen. Er verwendete 1 1/2% Jodoformvasogen in 30 Fällen bei 20 tuberkulösen Abscessen, zwei phlegmonösen Eiterungen (Parametritis, Panaritium), einer Verbrennung zweiten Grades, einer Quetschwunde des Fingers, zwei Fällen von *fissura ani*, einem Fall von Hauttuberkulose. Die Anwendungswaise geschah bei geschlossenen Höhlen in Injektion nach Punktion und Ausspülung, bei offenen Eiterungen etc. in Form von Tampons oder Verbänden. Die Injektion wurde meist einmal, in hartnäckigen Fällen mehrere Male ausgeführt. Stets traten lebhaftere, örtliche Entzündungserscheinungen mit Fieber am ersten Tage auf mit Schwellung und durch seröse Infiltration. In den nächsten Tagen wurde ein dicker, chokoladenfarbiger, mit Gewebefetzen gemischter Eiter sezerniert, dann nahm die Sekretion ab, das Sekret wurde dünnflüssiger und die Heilung erfolgte in kurzer Zeit, doch war, wie gesagt, mitunter eine Wiederholung der Injektion nötig. Ebenso heilten die mit in Jodoformvasogen getauchten Gazestreifen tamponierten Wundflächen, Wundhöhlen und Fisteln schnell. Nur zwei Fälle von tuberkulöser Eiterung blieben ungeheilt. In 88,2% der Fälle war der Erfolg der erwünschte. Toxische Wirkungen wurden nicht gesehen. Die Ursache der entzündlichen Erscheinungen ist wohl im Vasogen zu suchen. Im ganzen ist das Jodoformvasogen sehr zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Behandlung des Gesichtslupus, von HAUS. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 12.) Verfasser empfiehlt neuerdings die Elektrolyse gegen Lupus und zwar in folgender Weise: Die beiden Elektroden, feine Platinnadeln von 3—4 mm Länge, werden in beliebiger Entfernung von einander jede in ein Lupusknötchen senkrecht eingestochen. Die Stromstärke beträgt 10—30 M.-A. Je nach der Größe der Knoten bleiben die Nadeln 10—30 Sekunden liegen. In einer Sitzung kann man eine etwa handtellergroße Fläche bearbeiten. Schon bis zu der am 3. oder 4. Tag abzuhaltenden abermaligen Sitzung zeigen sich die Knoten geschrumpft, das Gewebe ist fester und sieht gesünder aus. Man nimmt nun ein neues Gebiet in Angriff oder bearbeitet nochmals die schon getroffenen Knoten. Nach einiger Zeit stößt man schon bei 1 mm Tiefe auf festes, gesundes Narbengewebe; man wendet aus der Elektrolyse nicht mehr senkrecht, sondern flächenhaft an und benutzt dazu längere Nadeln (3—4 cm lange), deren vorderes, sehr dünnes Ende 1—2 cm weit parallel zur Oberfläche in das kranke Gewebe eingeführt wird. Die Ränder der Lupusgeschwüre sind ganz besonders sorgfältig zu berücksichtigen. Verfasser hat bis jetzt zwei Fälle, die 10, resp. 15 Jahre bestanden, in 15 resp. 25 Sitzungen mit Erfolg behandelt.

Neuhaas-München.

Ein Fall von Heilung von Lupus unter lokaler Kreosotbehandlung, von POLJAKOW. (*Militär-med. Journ.* Februar 1896.) Patient, Soldat, 23 Jahre alt, leidet seit zwei Jahren an Lupus exulcerans serpiginosus, wobei die Affektion stets fortschreitet und keinen Mitteln weicht. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters auf Bacillen ergab ein negatives Resultat; eine Untersuchung von Gewebestückchen unterblieb. Anfangs wurde die Burowsche Flüssigkeit angewandt. Vom 24. September ging Autor auf Kreosot (1:10 Glycerin) über, das er 2 mal täglich auf die Geschwüre pinselte; vom 25. Oktober wurde die Mischung verstärkt und zum 15. November waren die Geschwüre verheilt. Ende November konnte Patient als geheilt entlassen werden. Körpergewicht hatte sich gehoben. Innere Organe waren stets gesund.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Wesentliche Verbesserung eines ausgedehnten Lupus faciei durch Anbringen einer künstlichen Maske und Nase, von E. J. СМΥTH. (*Lancet*. 25. Januar. 1896.) Bei einem 27jährigen Manne, welcher seit seinem 12. Lebensjahr an Gesichtslupus gelitten und dabei einen großen Teil seiner Nase nebst angrenzenden Wangenteilen, der Oberlippe des weichen und harten Gaumens eingebüßt hatte, wurde durch eine künstliche, durch eine Brille gestützte Maske mit Nase und Schnurrbart ein wesentlicher kosmetischer Erfolg erzielt, ein für das Verkehrsleben des Patienten nicht zu verachtender Vorteil. Auch die Aussprache war gleichzeitig ganz erheblich verbessert worden.

Philippi-Remscheid.

Zur Behandlung des Lupus vulgaris, von ERNST FEIBES in Aachen. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896. No. 23.) FEIBES behandelt die Lupusaffektionen auf folgende Weise: Ein zugespitztes dickes Streichholz wird in eine Lösung von Quecksilber in rauchender Salpetersäure im Verhältnis von 1 : 2 eingetaucht und dann in den Lupusknoten unter lebhaften Umdrehungen tief eingestossen. Es bildet sich um das Holz herum eine graue, weiche Masse. Nach Beendigung der Operation bedeckt man die Stelle mit etwas Watte, die man am nächsten Tage mit lauwarmem Borwasser abweicht und durch 2 mal im Tage zu wechselndes Quecksilberpflaster ersetzt. Die Schmerzhaftigkeit des Verfahrens ist gering, so daß man in einer Sitzung 10—12 Stellen kauterisieren kann. Die Heilung tritt nach ca. 12 Tagen ein. Die Resultate dieser Behandlung sollen vorzüglich sein.

L. Hoffmann-Berlin.

c. Syphilis.

Die Syphilis in Europa vor der Entdeckung Amerikas, von TH. PUSCHMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 23.) In einem früheren Vortrage hat der Verfasser zu beweisen gesucht, daß die Syphilis nicht aus Amerika stamme. In dieser Arbeit bespricht er die aus der Zeit vor dem 15. Jahrhundert stammenden Dokumente, welche die Existenz der Syphilis beweisen sollen, und geht zurück bis in das graueste Altertum. Diese historischen Ausführungen sind ja sehr anregend und interessant, ob sie aber wirklich beweisend sind, muß man doch bezweifeln: Die alten Ärzte und Schriftsteller, welch' letztere natürlich leider unsere Hauptquellen sind, haben zwischen den verschiedenen Sexualeiden nicht zu unterscheiden vermocht und deshalb alle durcheinander geworfen. Nach so und so viel Jahrhunderten aber nachträglich Differentialdiagnosen zu stellen, ist sehr schwierig. So kommt es denn, daß jeder Autor das Material so auslegt, wie es zu seinen Ansichten paßt. Der eine sagt, wenn ein Mensch mit faulenden, ausgiebig zerstörten Genitalien, oder ein Mensch, der infolge von Sexualeiden zu Grunde geht, irgendwo geschildert wird: das kann nur Syphilis sein. Der andere aber meint, vielleicht mit mehr Recht: das kann keine Syphilis sein, denn Syphilis macht gar keine ausgedehnten Zerstörungen der Genitalien und führt gar nicht so leicht zum Tode. Zu diesen Schwierigkeiten gesellt sich dann aber noch als sehr beachtenswert die gewiß anzuzweifelnde Zuverlässigkeit der Übersetzungen aus den verschiedenen alten Sprachen. Da müßte in jeder Sprache jemand sich an die Arbeit machen, der die Medizin ebenso gründlich beherrscht, wie die Philologie, und solche Forscher giebt es kaum. Kurz, da ist sehr vieles zu bedenken, bevor man sich unter dem Eindruck eines Vortrages auf eine bestimmte Ansicht festnageln läßt. Ich muß sagen, daß ich sicher überzeugende Beweise für die Existenz der Syphilis vor dem 15. Jahrhundert noch nicht gefunden habe, womit aber durchaus nicht auch gesagt sein soll, daß ich ihre amerikanische Abstammung für erwiesen halte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei der Syphilis, von F. RADARLI. (*Policlínico*. 1896. No. 6.) Die Untersuchungen des Verfassers ergaben, daß bei der erworbenen Syphilis die Zahl der weissen Blutkörperchen nicht vermehrt war. Bei der kongenitalen Syphilis hingegen wurde eine Vermehrung der Leukocyten konstatiert, doch dürfte dieselbe nur eine scheinbare sein, indem auch beim gesunden mit Milch ernährtem Kinde das Verhältnis der weissen zu den roten Blutkörperchen vermehrt ist; ausserdem tragen aber wahrscheinlich noch andere Umstände (Knochenkaries, papulöse und ulceröse Efflorescenzen etc.) dazu bei, die Zahl der Leukocyten zu vermehren.
C. Müller-Wallisellen.

Über den Heilwert des Erysipels bei Syphilis, von RUDOLPH-Magdeburg. (*Centrabl. f. inn. Med.* 1896. No. 5.) In zwei Beobachtungsfällen verschwanden die luetischen Erscheinungen während des Ablaufs eines interkurrenten Erysipels; im ersten Falle zwei syphilitische Geschwüre, im zweiten beträchtliche Drüsenschwellungen, syphilitischer Gelenkrheumatismus, cerebrale Symptome (Kopfschmerzen, Parese und Zuckungen der linken Gesichtshälfte) und die schwerste Syphiliskachexie, welche Erscheinungen einer energischen, spezifischen Behandlung getrotzt hatten. Der erste Fall schwand aus der Beobachtung, im zweiten recidierte die Syphilis, allerdings erst nach Ablauf eines Jahres. Das Urteil, die Rose hat Syphilis geheilt, darf dabei nur nach langer Beobachtungsdauer des betreffenden Falles ausgesprochen werden.
H. Einhorn - München.

Postkonzeptionelle syphilitische Infektion gegen das Ende der Schwangerschaft, von EDV. WELANDER. (*Nord. med. Ark.* 1896. No. 3.) Von der Übertragung der Syphilis von der Mutter auf das Kind durch die Placenta — die Placentarinfektion (beide Eltern gesund bei der Konzeption, Mutter infiziert während der Gravidität) — giebt es mehrere überzeugende Krankengeschichten. Verfasser, welcher auch mehrere solche beobachtet hat, teilt hier einen Fall mit als einen ziemlich zuverlässigen Beweis, daß das syphilitische Virus, wenn auch die Mutter erst spät während der Gravidität infiziert wird (so daß die sog. konstitutionellen Symptome bei ihr nicht vor der Entbindung zum Ausbruch gelangen können), doch durch die Placenta dem Fötus zugeführt werden kann, und dann die Syphilis beim Kinde in ganz derselben Weise, wie gewöhnlich bei erblicher, kongenitaler Syphilis, auftreten kann. Der Fall war, wie folgt:

Der Vater wurde infiziert ungefähr 11—12 Wochen.....	}	vor der Geburt des Kindes.
entdeckte seine Sklerose ungefähr 8 Wochen.....		
übte den Beischlaf mit der Mutter aus ein paar Mal während der 8.—6. Woche.....		
Die Mutter wurde wahrscheinlich infiziert nahezu 6 Wochen		
entdeckte ihre Sklerose ungefähr 2 Wochen.....		
Fünf Wochen nach der Geburt des Kindes hatten gleichzeitig:		
der Vater:	die Mutter:	das Kind:
eine geheilte Sklerose und reichliche, verblasste Rose- ola.	eine nicht geheilte Sklerose und eine reichliche, klein- fleckige Roseola von noch nicht langem Bestande.	Schnupfen und syphilitische Papeln im Gesicht, an den Armen, den Beinen, den inneren Seiten der Hände und den Fußsohlen.

Es wäre in diesem Falle anzunehmen, daß die Infektion durch die Placentargefäße geschehen sei, entweder dadurch, daß Syphilisbakterien, welche im Blute der Mutter cirkulierten, erst kleine Läsionen der Placentargefäße verursacht haben, oder, wie es v. DÜRING annimmt, in Veranlassung eines etwas ähnlichen von ihm mit-

geteilten Falles, durch Überführung des Virus von der Mutter auf das Kind durch kleine Risse in der Placenta, bei der Entbindungsarbeit selbst entstanden. W. hebt im Anschluß an diesen Fall die Zweckmäßigkeit einer sofortigen generellen Quecksilberbehandlung hervor, wenn die Diagnose: Induration sicher ist; die Überführung der Syphilis auf den Fötus wäre in diesem Falle aller Wahrscheinlichkeit nach dadurch verhindert worden.

Ludw. Nielsen-Kopenhagen.

Die im späteren Lebensalter acquirierte Syphilis, von R. W. TAYLOR. (*Med. News*. 21. März 1896.) In Amerika und in Frankreich gilt im allgemeinen die Ansicht, daß die im späteren Lebensalter acquirierte Syphilis sich durch besondere Bösartigkeit auszeichnet. Deutsche Beobachter (SIGMUND, LEWIN, BORN u. a.) haben sich dieser Meinung meist nicht angeschlossen, auch sind die angeführten Beobachtungen vielfach wegen des relativ niedrigen Lebensalters der Patienten nicht maßgebend. TAYLOR bespricht eine in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vor kurzem stattgefundene Diskussion über diese Frage und äußert sich auf Grund seiner eigenen Erfahrungen dahin, daß namentlich der Zustand der Arterien und die allgemeine Körperbeschaffenheit der Patienten von viel größerer Bedeutung sind, als die bloße Anzahl der Lebensjahre. Bei kräftigen, gut genährten Leuten nimmt die Syphilis einen verhältnismäßig milden Verlauf; bei schlecht genährten, nervösen, neuropathischen, erregbaren Patienten und namentlich bei anstrengender Gehirnthätigkeit ist die Krankheit oft unheilvoll. Namentlich ist das Vorhandensein von Arterio-Sklerose oder die Nachwirkung vorhergegangener Organerkrankungen meist sehr bedrohlich.

Philippi-Remscheid.

Syphilis und die Ätiologie des Atheroms, von WEBER. (*The Amer. Journ. of med. sciences*. Mai 1896.) Das Atherom der Aorta ist oft von Entzündungserscheinungen begleitet, ist aber an sich ein rein degenerativer Prozeß; syphilitische Entzündung kann ebenso wie jede andere lokal dazu prädisponieren. Das Aortenaneurysma entsteht meist dadurch, daß ein Teil der Wandung nachgibt, der von syphilitischer oder anderer Entzündung ergriffen ist, seltener ist der nachgebende Teil von einem fachen Atherom befallen.

F. Hahn-Bremen.

Die Initialsklerose und ihre Behandlung, von OHMANN-DUMESNIL. (*Tri-State med. Journ.* April 1896.) Verfasser bespricht die Differentialdiagnose zwischen Schanker (i. e. syphilitischem) und einfacher Helkose; er warnt vor diagnostischen Irrtümern, die auch dem Geübtesten passieren können. Excision gab ihm nie einen Erfolg als Abortivmaßregel; Allgemeinbehandlung vor Ausbruch der Secundaria verwirft er; man soll den Schanker möglichst einfach und milde behandeln, vor allem vor Irritationen schützen; er selbst läßt nur mit Sublimatlösung waschen, dann eine Mischung von grauer Salbe und Hydrargyrum oleioicum applizieren; nur bei gangränösen Formen sind leichte Ätzungen von Salpetersäure etc. am Platze.

F. Hahn-Bremen.

Über das syphilitische Ulcus der Finger, von A. FOURNIER. (*Journ. de méd. et de chir.* Oktober 1896.) Dasselbe zeigt, zumal da es ziemlich selten beobachtet wird einzelne Besonderheiten, welche zuweilen die Diagnose schwierig machen. Die Schwellung ist öfters so bedeutend, daß man den Eindruck eines Tumors erhält. Die Verwechslung mit einem Panaritium ist ferner außerordentlich nahe liegend, da es an dem Eintritt weiterer Erscheinungen genau dieselben Symptome aufweisen kann. Von TAYLOR wurde des weiteren das fungöse Ulcus beschrieben, dessen mächtige Vegetationen die primäre Läsion vollständig verdecken. Der Verlauf des Ulcus specificum der Finger ist gewöhnlich ein regelmässiger, kann aber verzögert und

kompliziert werden durch die Mitbeteiligung des Nagels und den Abfall der Phalange. Die Dauer beträgt 3—4 Monate, wenn keine Komplikationen (Phagedänismus, Lymphangitis, Cubital- oder Axillarbubonen, Phlebitis oder selbst Pyämie) hinzutreten. Von einigen Autoren wurde die schwere Prognose des Fingerschankers hervorgehoben und FOURNIER selbst sah bei 49 damit behafteten Individuen 14 mal tertiäre Symptome eintreten. Von diesen letzteren Patienten waren 10 Ärzte und aus diesem Umstande erklärt Verfasser die Schwere der Prognose, indem hier die Gemütsdepression die Überanstrengung und die mangelhafte Behandlung in Betracht zu ziehen sind. JULLIEN erwähnt eines Falles, wo ein Arzt, der am Finger eine kleine Kratzwunde trug, sich bei der Untersuchung von Plaques muqueuses infizierte. Trotz sofortiger energischer Desinfektion entwickelte sich ein typischer Schanker.

C. Müller-Wallisellen.

Syphilitische Initialsklerose am Hinterkopfe. (*Norsk. Magas. for Lægevidensk.* Februar 1896.) C. BOWCK stellte einen solchen Fall in der medizinischen Gesellschaft von Christiania (18. Dezember 1895) vor. Die Induration, welche marktstückgroß war, saß an der rechten Seite des Hinterkopfes; nach oben am vordersten Rande des rechten M. trapezius fand sich eine erbsengroße knorpelharte Drüsengeschwulst; außerdem Roseola und Halsaffektion. Extragenitale Infektion ist hier nichts seltenes; nach den Untersuchungen KÆRTINGS auf der Hautkrankenabteilung des Verfassers waren nämlich 15—16% von erworbener Syphilis einer extragenitalen Infektion zuzuschreiben. Am häufigsten ist nach der persönlichen Erfahrung des Verfassers (besonders in der Privatpraxis) die Tonsillarinfektion, dann Infektion durch die Lippen; Zungenschanker wurden dagegen selten gesehen. Nächst der Lippeninfektion war die Ansteckung durch die Brustwarzen bei Frauen die häufigste, dann Fingerinfektion, welche leicht mit einem Panaritium verwechselt werden konnte. Endlich folgt die Infektion der Pars capillata, wovon Verfasser einige Fälle gesehen hatte; einer von diesen rührte vom Gebrauch eines Kammes in Gemeinschaft mit Syphilitischen her. Alle vom Verfasser beobachteten Fälle von Analinfektion kamen bei Männern vor. (Nach MAURELAC sind sie in Frankreich häufiger bei Frauen.) Fälle, wo das Primärsymptom trotz alles Suchens nicht nachzuweisen ist, selbst bei frischen Fällen von sekundärer Syphilis (BOWCKs kryptogenetische Syphilis), sind nicht so selten, als man glauben sollte.

Ludwig Nielsen-Kopenhagen.

Einige Fälle von circinärem syphilitischen Erythem, von W. PERRESEN. (*Hosp. Tid.* 1896. No. 15.) Verfasser teilt folgende Fälle mit, welche er in der St. Johannes-Stiftung in Kopenhagen beobachtete: Erstens ein 59jähriges Weib; weiß gar nichts von früherer Syphilis; nie antisiphilitisch behandelt. Das Exanthem — UNNAS erythematöses papulöses Neurosyphilid mit Elementen bis zu 10 cm im Durchmesser — hatte 10 Jahre gedauert, war sehr verbreitet, doch hauptsächlich an den Nates und um den Leib lokalisiert; außerdem gab es cutane Gummata und Narben nach solchen. Die Efflorescenzen schwanden durch Behandlung mit Jodkalium in 52 Tagen. Zweitens ein 35jähriges Weib; weiß nichts von früherer Syphilis; nie antisiphilitisch behandelt. Zwei totgeborene Kinder (im 7. Monat) vor 16 Jahren. Cristae tibiae sägeförmig gezackt. Das Exanthem hat 6 Jahre gedauert, doch mit mehreren Intermissionen; es bildet große erythematöse Bogen und Festons an den Crura. Durch Behandlung — welche noch nicht abgeschlossen war — mit Inunctionen und Jodkalium blasse das Exanthem ab, war aber noch nicht ganz geschwunden. (Die Fälle, welche im Anschluss an die vom Referenten veröffentlichte Abhandlung über diesen Gegenstand — vergl. diese Zeitschrift, Band XXII, No. 10 — mitgeteilt

sind, sind ein weiterer Beweis, daß eine frühere antisypilitische Behandlung keine notwendige Voraussetzung für das Hervorkommen dieses Exanthems ist. Der Referent.)

Ludwig Nielsen-Kopenhagen.

Über Rupia, von OHMANN-DUMESNIL. (*The Tri-State med. Journ.* Febr. 1896.)

Während die ausgebildete Form der Rupia keine diagnostischen Schwierigkeiten bieten dürfte, ist ihre Erkennung im Beginne weniger leicht. Die Efflorescenz zeigt sich zunächst als eine dunkelrote Macula, auf welche eine flache kleine Pustel folgt, die weiter nichts charakteristisches bietet und der auch meist keine Bedeutung zugeschrieben wird. Aus dieser primären Efflorescenz bildet sich später die mächtige Kruste aus, die mit keiner anderen Läsion verwechselt werden kann. Im Gegensatz zu den sekundären Exanthenen weist die Rupia keine symmetrische Ausbreitung auf, sie ist meist unilateral und befällt weitaus am häufigsten die oberen Extremitäten, indem die unteren Extremitäten, der Bumpf (Rücken), das Gesicht viel seltener affiziert sind.

Bei der Behandlung ist auf die allgemeine Ernährung (reichliche, kräftige Kost) und die Hygiene großes Gewicht zu legen, indem bekanntlich die Rupia als die Manifestation einer schweren spezifischen Erkrankung, deren Prognose stets mit Reserve zu stellen ist, betrachtet werden muß. Als spezifische Therapie eignet sich im Anfange die kombinierte Quecksilber-Jodkaliummedikation in gewissen Fällen eine ausschließliche Jodkaliumbehandlung (in Milch und kombiniert mit Natron bicarbonic. zu verabreichen). Die lokale Therapie besteht in Entfernung der Krusten, Sublimatkompressen (1:1000) und Sublimatwaschungen (1:500), Auskratzen oder Kauterisation (Salpetersäure) ungesunder Granulationen. Zu Überschlügen eignet sich am besten mit 1‰ Sublimatlösung getränkte Gaze, welche nicht mit Impermeablen bedeckt werden darf.

C. Müller-Wallkellen.

Zur Kenntnis und Ätiologie des Ikterus bei recenter Syphilis, von J. NEUMANN. (*Wiener med. Presse.* 1895. No. 45.) Verfasser hatte Gelegenheit im Verlaufe von drei Jahren 14 Fälle von Ikterus bei recenter Syphilis zu beobachten, darunter waren 4 Männer und 9 Weiber. In 8 Fällen trat der Ikterus mit dem Exanthem gleichzeitig auf, in 3 Fällen entwickelte sich der Ikterus erst nach der Eruption des Exanthems, zweimal ging der Ikterus dem Exanthem voraus, in 10 Fällen waren keine Magen- und Darmerscheinungen zu beobachten. Von diesen 14 Fällen endete 1 Fall letal unter urämischen Erscheinungen, bei der Nekropsie konnte aber ein bestimmter Zusammenhang mit einer spezifischen Erkrankung der Leber nicht nachgewiesen werden. Folgende Anhaltspunkte sollen den Zusammenhang mit der Syphilis geben:

1. Wenn dem Ausbruch des Ikterus keine gastrischen Störungen vorausgehen oder denselben begleiten, namentlich wenn derselbe gleichzeitig mit dem Exanthem erscheint.

2. Wenn mit dem Recidiv des Exanthems auch Recidiv des Ikterus auftritt.

3. Leberempfindlichkeit, eventuell Schwellung derselben gleichzeitig mit dem Auftreten des Exanthems.

4. Wenn die antisypilitische Behandlung denselben zum Schwinden bringt.

5. Wenn gleichzeitig mit dem Ikterus auch andere sypilitische Intestinalerkrankungen auftreten.

A. Aschner-Budapest.

Beiträge zum Icterus sypiliticus praecox, von ARTHUR ASCHNER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 32.) Das Auftreten eines Ikterus im Sekundärstadium ist in letzter Zeit oft besprochen. Nach LASCH kennzeichnet sich derselbe durch Fehlen wesentlicher Verdauungsstörungen, durch Abwesenheit jeder anderen Ursache und die Reaktion auf die antiluetische Kur. Eine bestimmte Erklärung fehlt noch.

Es wird bald Veränderung in der Schleimhaut der Gallenwege (RICORD, QUEDILLAC, GUTLER), bald Anschwellung der portalen Drüsen (LANCEREAUX, ENGEL-REIMERS), bald entzündliche Veränderung der Leber (MAUBIAC), bald Gefäßveränderungen (J. NEUMANN) vermutet. Verfasser teilt drei neue Fälle aus der Praxis von RÓNA mit und neigt auf Grund derselben zu der Ansicht, daß die Affektion der Schleimhaut der Gallenwege die anatomische Grundlage bildet, da das Zusammenfallen mit der Eruption auf der Haut und Rückgang gleichzeitig mit dieser besonders auffallend ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein seltener Fall von angeborener syphilitischer Lebercirrhose, von Dr. TOKNOW. (*Wratsch.* 1895. No. 43 — 45.) Ein elfjähriges Mädchen wies die Erscheinungen einer Leukämie auf dem Boden kongenitaler Lues auf. Große Milz, vermehrte Zahl der weißen Blutkörperchen, hypertrophische Lymphdrüsen, allgemeine Anämie, wiederholtes Nasenbluten. Daneben bestanden Icterus, Ascites. Bei der Obduktion ergab sich Lebercirrhose, Bindegewebswucherung und Stauungserscheinungen in der Milz, das Knochenmark des rechten Femur hyperämisch. Der Bau der Lymphdrüsen normal. Die Bindegewebswucherungen in der Leber traten vorzugsweise herdweise auf.

J. Grünberg-St. Petersburg.

Über kongenitale Lebercirrhose bei Syphilis, von F. MARCHAND. (*Centrabl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat.*) 1896. No. 7.) Zu den ätiologischen Momenten der Lebercirrhose im Kindesalter, die an sich sehr selten, zählt die Syphilis. Luetische Veränderungen der Leber sind bei luetischen Früchten sehr häufig. Man findet bei Neugeborenen und Föten Rundzelleninfiltrationen mit oder ohne Vermehrung des Bindegewebes, seltener intrauterine Schrumpfung der Leber mit Ascites, Ödemen, Cyanosen, auch Hydrarnos. Verfasser berichtet mehrere Fälle von kongenitaler Schrumpfung. Im ersten handelt es sich um Cirrhose mit deutlichen luetischen Veränderungen der Epiphysengrenzen. Zwei weitere betreffen ein luetisches Zwillingpaar, ein todegeborenes und ein 36 Stunden nach der Geburt verstorbenes Kind. Das eine Kind zeigte eine granulirte, kleine, lividrote Leber, das andere eine große infiltrirte Leber. Von einem anderen luetischen Zwillingpaar, aus einem Ei stammend, wies die eine Frucht Lebercirrhose mit Ödemen auf, während die Leber der anderen makroskopisch normal erschien. Das Mikroskop ergab aber eine hochgradige Infiltration mit Rundzellen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Atrophie und trockene Entzündung der Häute des Respirationsapparates; ihre Beziehung zur Syphilis, von STICKER. (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* 57. Bd. 1. u. 2. Heft.) Aus reichem Material an der Gießener Poliklinik hat Verfasser ein Bild der Pharyngitis und Rhinitis sicca gezeichnet; aufgefallen ist ihm dabei das häufige Zusammentreffen mit trockener Pleuritis. In einzelnen Fällen ließen sich Berufsschädigungen als Ursachen des Rachenkatarrhs nachweisen, bei einer Gruppe ergab die Anamnese Tuberkulose: bei dieser bestand die Pharyngitis in chronischer Hyperämie, Granulationen, Hypertrophie der Seitenstränge mit teilweiser Atrophie. bei einer anderen Gruppe dagegen war ererbte oder erworbene Syphilis nachzuweisen; diese Pharyngitiden zeigten jene einfache Trockenheit der Schleimhaut mit diffuser Atrophie, welche zur Erweiterung der Nasen- und Rachenhöhle führt. Hier fand sich als Komplikation eine chronische Erkrankung der Pleura, die allmählich, ohne jede nachweisbare Exsudation, sich über das ganze Brustfell ausbreitete. Diese „Xerosis faucium“ ist stets der Syphilis verdächtig; sie ist der Ausdruck einer tiefgreifenden Atrophie des ganzen Organrohrs. Sie ist unheilbar. Diese Zustände sind daher als

mehr syphilitischer Parenchymschwund anzusehen, wie die Tabes. Möglicherweise können je neben der Syphilis noch andere Schädlichkeiten in Frage kommen.

F. Hahn-Bremen.

Syphilis bei Herz- und Lungenkrankheiten. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 9.) L. WEBER betont im Anschluss an die kurze Mitteilung von 7 Fällen, dass abgesehen von dem verderblichen Einfluss des syphilitischen Virus auf die Bronchialschleimhaut, Endokarditis und Schwäche des Herzmuskels häufiger auf Syphilis zurückzuführen seien als allgemein angenommen werde.

W. H. THOMSON hält die syphilitischen Erkrankungen des Herzens und die syphilitische Endarteriitis für sehr gewöhnlich, während er nur einen Fall von Lungensyphilis beobachten konnte, der durch spezifische Behandlung geheilt wurde. Bei Individuen mit Zeichen von Herzschwäche ohne Klappenerkrankung ist man bei vorausgegangener syphilitischer Infektion berechtigt, die Herzaffektion auf die Syphilis zurückzuführen. 10% aller Fälle von Herzinsuffizienz bei Männern über 40 Jahren dürften syphilitischen Ursprungs sein. Ausser Jodkalium haben sich dem Vortragenden besonders mercurielle Dampfbäder bewährt.

WEBER hat dieselben bei der konstitutionellen Syphilis der ersten zwei oder drei Jahre früher viel verwendet, hat aber von den Inunktions- und Injektionsmethoden ebenso gute, wenn nicht bessere Erfolge gesehen. Ganz besonders empfiehlt er die Calomelinjektionen.

H. Einhorn-München.

Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung der Epiglottis, von DAVID HANSEMAN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Wenn sich bei Syphilis die narbige Atrophie des Zungengrundes auf das Frenulum der Epiglottis, das Lig. gloss. epiglottic. med. fortsetzt, dann tritt eine Anteflexio epiglottidis ein, indem sich der obere Rand nach vorne umbiegt. Die Schleimhaut am Knorpel verschiebt sich durch den Zug des verkürzten Frenulums. In weiteren Stadien ist der obere Rand nach vorne förmlich umgerollt und fixiert; schliesslich verwachsen die umgebogenen Teile, so dass die Epiglottis verkürzt erscheint. Die Duplikatur kann aus Mucosa und Submucosa bestehen, aber auch der Knorpel mit hineingezogen sein. Verfasser fand unter 55 Fällen manifester Syphilis die Epiglottis 25 mal anteflektiert, 13 mal stark ulceriert oder narbig retrahiert, 12 mal unverändert. Ohne Erscheinungen von Syphilis fand er die Anteflexion 5 mal (Sepsis puerperalis, Pneumonie, Phthisis); in einem von diesen Fällen deutete der atrophische Zungengrund auf vorhandene Lues. Wenn die Anteflexio epiglottidis auch nicht immer auf Syphilis beruht, so erregt sie doch stets den Verdacht auf vorhandene Syphilis.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Kehlkopfsyphilis, nebst Bericht über einen tödlich verlaufenen Fall, von A. M. DAVIS. (*Med. News.* 18. Januar 1896.) Eine 46jährige Frau wurde wegen Atembeschwerden ins Hospital aufgenommen. Bei ruhiger Lage konnte sie ziemlich gut atmen, doch stellte sich sofort bei jeglicher Bewegung lebhaftes Dyspnoë ein. Anamnestiche Angaben wurden durchaus verweigert. Es fanden sich verschiedene kleinere und ein größeres syphilitisches Geschwür auf der Haut, und die Schleimhaut des Mundes zeigte mehrere Plaques muqueuses. Bei Behandlung mit Sublimat und Jodkalium trat keine Besserung ein, und einen Monat nach der Aufnahme verschied die Kranke ziemlich plötzlich durch Erstickung. Die Autopsie ergab eine Nekrose der linken Seite des Schildknorpels und größere Geschwürsbildung; das subchordale Gewebe war beiderseits stark geschwollen, und die Schleimhaut beider Stimmbänder war entzündet und infiltriert.

Philippi-Remscheid.

Über medikamentöse Magenaffektionen bei den Syphilitikern, von GASTOR und BABON. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 17.) Dieselben nehmen meist die Form einer mehr oder weniger ausgesprochenen Hypopepsie an, mit verlangsamter Entleerung des Magens und abnormen Gährungsprozessen. Als prädisponierende Ursachen wirken Chlorose, Alkoholismus, Uterusaffektionen, Wanderniere. Die unmittelbare Ursache bildet das Medikament, Quecksilber oder Jodkalium und zwar wird in dieser Hinsicht der Sirop de Gibert von HAYEM als besonders schädlich angegeben. Die Gastropathie zeigt sich entweder rasch nach den ersten Dosen des Medikaments oder entwickelt sich nur allmählich. Dilatation ist selten.

C. Müller-Wallisellen.

Etwas über Rektalsyphilis und deren Behandlung, von ALB. SUNDBÖLL. (*Finska Läkaresällskapets Handlingar.* Dezember 1895.) Verfasser teilt 5 Fälle (3 Männer, 2 Weiber) von Ulcerationen und Striktur des Rektums mit. Bei einem Patienten, welcher vorher nicht an Syphilis gelitten haben wollte, war es zweifelhaft, ob die Affektion Syphilis oder Krebs sei; Behandlung mit Jodkalium hatte doch einigen Erfolg. Bei den anderen Patienten, welche früher Syphilis gehabt hatten, waren Symptome und Verlauf wie gewöhnlich bei Rektalsyphilis, nur bei einem von diesen schien antiluetische Behandlung (Jodkalium) einige Wirkung gehabt zu haben. Bougiebehandlung (in 3 Fällen) blieb ohne wesentlichen Erfolg.

Die Colotomie wurde bei drei Patienten ausgeführt; einer starb wenige Tage nach der Operation; der andere litt danach an stetigen Unterleibschmerzen; bei dem dritten Patienten war das Resultat später (2 Jahre) gut.

Ludw. Nielsen - Kopenhagen.

Polymyositis acuta, mit Bericht über einen Fall wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs, von HERRICK. (*The Americ. Journ. of Med. sciences.* April 1896.) Verfasser bespricht die bisher als akute Polymyositis, Pseudotrichinose oder Dermatomyositis beschriebenen Fälle. Der von ihm beobachtete Fall betraf eine 24-jährige syphilitische Frau, welche plötzlich mit einer schmerzhaften Schwellung im Supinator longus erkrankte; später wurden auch andere Muskeln befallen. Mikroskopische Untersuchung eines excidierten Stückchens zeigte akute hämorrhagische Entzündung, keine Parasiten, weder pflanzliche noch tierische. Heilung unter Jodkalium.

F. Hahn - Bremen.

Seltener Fall einer starken Blutung infolge syphilitischen Geschwürs der Portio, von WOLTER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 20.) Die hier in Betracht kommende Patientin war 15 Jahre vorher syphilitisch infiziert worden und hatte eine Schmierkur durchgemacht. Zwei Jahre später verheiratete sie sich mit dem Manne, der sie infiziert hatte.

Es folgten nun 9 Entbindungen, alle 9 Kinder wurden todegeboren, die meisten zu früh. Letzte Entbindung Februar 1895. Von Ende September 1895 an traten heftige Blutungen auf. Am 13. November begab sich die Patientin zum Verfasser, der als Ursache der Blutungen nach Einführung des Spiegels an der rechten Hälfte der Vaginalportion eine leicht blutende Geschwürsfläche fand, die sich in das Uterus cavum fortzusetzen schien, die linke Hälfte der Portio war ziemlich erhalten. Leichte Tamponade. Erneute heftige Blutung, die erst durch feste Tamponierung der Scheide mit Jodoformgaze gestillt ward. In der Annahme, daß vielleicht ein zerfallenes Gumma in dem Ulcus vorliegen könne, gab WOLTER jetzt Jodkalium, worauf deutliche Besserung, 3 Wochen später völlige Vernarbung sich einstellte. Es wurde also ex juvantibus der Beweis für Lues erbracht.

Neuhaus - München.

Endometritis fungosa und Syphilis tarda, von GELLI. (Sitzung der medicin.-physikal. Akademie zu Florenz.) Verfasser weiß im ganzen über 8 solcher Fälle zu berichten, wo es zur Ausbildung mächtiger Fungositäten in der Uterushöhle gekommen war. Auskratzung und innere Darreichung von Jodkalium führten zur definitiven Heilung. In Anbetracht der Seltenheit tertiärer Läsionen der weiblichen Genitalmukosa im Verlaufe der Lues frägt es sich, ob die Veränderungen in den genannten Fällen spezifischer Art sind oder aber ob es sich lediglich um endometrische Läsionen handelt, die auf einem durch die konstitutionelle Affektion günstig gestalteten Boden zu besonders starker Entwicklung gelangten.

C. Müller-Wallisellen.

Die Ursachen der Lokalisation der Gummien, von EVANS. (*The Americ. Journ. of med. sciences.* Juli 1896.) Gummien entstehen nach EVANS an solchen Körperstellen, die mangelhaft mit Blut versorgt werden, ferner an solchen Stellen, deren Vitalität in irgend einer Weise herabgesetzt ist; die Vitalität wird herabgesetzt durch mechanische Insulte, excessiven Gebrauch, Schwächung der Cirkulation.

F. Hahn-Bremen.

Der Einfluss der antisiphilitischen Behandlung auf die Verhütung gewisser Erkrankungen des Nervensystems, die man als syphilitisch ansteht, von JOSEF COLLINS. (*The Post-Graduate.* Vol. XI. No. 7.) Die fleißige statistische Arbeit des Verfassers enthält das Material aus DAUAS und eigener Privatpraxis, aus dem Ambulatorium der Post-Graduate-Klinik und aus dem City-Hospital. Verwertet sind nur diejenigen Fälle von Tabes, Paralyse, Hemiplegie und allgemeiner Parese, bei denen aus den Krankenjournalen hervorgeht, daß besonders auf vorausgegangene luetische Infektion und deren Behandlung gefahndet wurde. Er kommt zu dem Schlufs, daß syphilitische Nervenerkrankungen sich gern am Ende der dritten oder am Anfang der vierten Dekade des Lebens einstellen. Energische und prolongierte Behandlung schiebt diesen Zeitpunkt nicht hinaus; ebensowenig beugt sie ihrem Auftreten vor; denn schlecht, ungenügend behandelte Syphilis neigt nicht mehr zur Entwicklung solcher schwerer Nervenerkrankungen als gut behandelte; daher erfüllt die gangbare Behandlung der Syphilis nicht alle Forderungen einer guten Heilmethode: Syphilis ist eben oft unheilbar.

F. Hahn-Bremen.

Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Zentral-Nervensystems spricht BRASON in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 9. Dezember 1895 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 31.) Er berichtet über einen 43jährigen Vergolder, der im August 1893 sich infizierte. Die Schmierkur mußte nach 48,0 abgebrochen werden, weil bei dem Patienten, der viel mit Blei zu thun hatte und einen deutlichen Bleisum zeigte, sich eine Stomatitis entwickelt hatte. Im September schwere, periphere, rechtsseitige Facialislähmung, Kopfschmerzen. Im November zunehmende Kachexie, Schwindel, Kopfschmerzen, WESTPFALHsches Zeichen. Im Dezember Schwerhörigkeit durch Labyrinthkrankung, Pupillendifferenz; Besserung nach Schmierkur und Jodkalium. Im März 1894 erneutes Auftreten aller Symptome, darauf trotz spezifischer Kur linksseitige Hemiplegie mit Beteiligung der unteren Facialisäste. Gemischte Behandlung besserte die Mobilität, jedoch traten in den nächsten Monaten Schwindel und Kopfschmerzen wieder auf, Kontrakturen gesellten sich hinzu und Oktober 1894 starb Patient unter bulbären Erscheinungen. Die Sektion ergab eine ausgedehnte Enderarteriitis syphilitica mit sekundärem Erweichungsherde in der cerebralen Hälfte der rechten Brückenhälfte, Degeneration der rechten Pyramide bis zum Rückenmark, Degeneration beider Nervi acustici, Veränderungen am rechten Facialis.

Es liegt hier ein Fall vor, wo schon einige Wochen nach der Infektion cerebrale Symptome auftraten, was dem Vortragenden zu Erwägungen Veranlassung giebt, die ihn zu folgenden Schlüssen führen:

1. In jedem Stadium der Syphilis können Nervenerkrankungen auftreten, auch wenige Wochen nach der Infektion.

2. Zwischen sekundär- und tertiärsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems zu unterscheiden, hat keinen praktischen Wert.

3. Je ungenügender die Behandlung, desto früher setzen schwere Affektionen der nervösen Zentralapparate ein.

4. Die Früh- und Späterkrankungen unterscheiden sich allenfalls darin, daß die ersteren akuter auftreten und maligner verlaufen als letztere.

In der Diskussion betont ROSIN, daß bei ausgebildeter Intimaveränderung auch die antiluetische Therapie nichts nütze.

MENDEL kennt Fälle, wo eine Arteriitis luetica peripherer Arterien durch die spezifische Kur geheilt wurde. Diese ist also in solchen Fällen stets einzuleiten.

OPPENHEIM zieht den Erfolg in Zweifel. Die Angabe von LEUBER über die Heilung der Endarteriitis luetica an der Art. temporalis ist doch isoliert geblieben.

Im Schlusswort spricht BRASCH sich sehr gegen das Wort „tertiär“ aus. Einen Erfolg der Therapie kann man bei der Endarteriitis wohl nur so lange erwarten, als die Wucherung noch keinen fibrillären Charakter angenommen habe. Der Vortragende betont zuletzt, daß die Syphilidologen in ihren Büchern die Früherkrankung des Nervensystems noch nicht beachteteten.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Qualitative und quantitative Veränderungen des Bluts bei der Lues und der Quecksilberkur, von W. JAWEIN. (Petersburg. Dissert. 1896.) Im ganzen waren 18 Beobachtungen gemacht worden: 16 an Soldaten im Alter von 20—26 Jahren, 1 an einem Schüler von 17 Jahren und 1 an einem 30jährigen Arbeiter. Es wurden zu den Untersuchungen gesunde (außer an Lues kranke) Individuen von kräftiger Konstitution gewählt. Die Nahrung war bei allen die gleiche und alle bekamen Hg-Friktionen zu 2,0 — weiter keinerlei Medikation. Ohne auf die Art der Untersuchungen näher einzugehen, sollen nur die Resultate der Beobachtungen hier publiziert werden.

1. Die Anzahl der roten Blutkörperchen bleibt während der Primäraffektion unverändert, bei Auftritt des Exanthems verringert sie sich auffallend, um bei Beginn der Hg-Kur sich wieder zu steigern; am Schlusse der Kur übertrifft sie die Anfangsziffer.

2. Der Prozentgehalt des Hämoglobins fällt beim Auftreten des Primäraffektes, verringert sich noch mehr beim Einsetzen des kondylomatösen Stadiums; Hg Kur hebt ihn wieder zur Anfangsgröße und darüber hinaus. Die Schwankungen des Hämoglobins im kondylomatösen Stadium geht parallel mit denen der roten Blutkörperchen, nur ist der Prozentgehalt der letzteren weniger gering, als der des ersteren.

3. Auf die Quantität der weißen Blutkörperchen wirkt weder Lues noch Hg irgendwie ein, in qualitativer Beziehung indes erleiden sie gewisse Veränderungen: a) die jüngeren Elemente sind schon zur Zeit des Primäraffektes an Anzahl, wenn auch unbedeutend, geringer; b) im kondylomatösen Stadium sind sie noch weniger vorhanden; c) unter dem Einflusse des Hg steigt ihre Anzahl bis zur Norm am Schlafe; d) die reifen Elemente erleiden unter dem Einflusse von Lues und der Hg-Kur eine geringe Vermehrung; e) die Anzahl der überreifen Elemente vermehrt sich beim ulcus durum und besonders im Sekundärstadium, um unter dem Einflusse des Hg wieder zur Norm zu sinken.

J. Grünberg-St. Petersburg.

CARDARELLI beschreibt zwei Fälle von cerebraler Syphilis, welche zu vollständiger Hemiplegie nach apoplektischem Anfalle geführt hatten. Bei dem einen dieser Fälle traten die Gehirnerscheinungen bereits ein Jahr nach dem Initialafekt auf. C. führt ihn auf eine Kompression der Meninga media durch ein Gumma mit daraus erfolgter Erweichung des betreffenden Gehirnbezirkes zurück. Beim zweiten Falle ist er eher geneigt, eine Meningitis oder ein flaches oberflächliches meningeales Gumma anzunehmen. (*Giorn. intern. d. sc. med.* 1896. No. 7.)

C. Müller-Wallisellen.

Syphilis und Tabes, von W. ERB. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 11.) Da STORBECK, ein Schüler LEYDENS, jüngst über das Verhältnis der Tabes zur Lues Angaben gemacht hat, die mit denen des Verfassers nicht übereinstimmen, unternimmt es der letztere an der Hand der von ihm beobachteten neuen Fälle die Frage erneut zu prüfen, wie oft der Tabes die luetische Infektion vorausgeht. Er berücksichtigt 200 Tabesfälle bei Männern der höheren Stände. Die Statistik ergibt:

1. Fälle ohne jede nachweisbare luetische Infektion..... 7,5% (15),
 2. Fälle mit vorausgegangener syphilitischer Infektion 92,5% (185).
- Dann a) mit sicherer sekundärer Syphilis 61,5% (123),
 b) mit Schanker ohne bemerkte sekundäre Syphilis 31,0% (62).

Von den letzten 62 Kranken findet sich bei mindestens 25 notiert, daß der Schanker ein harter gewesen sei, oder daß der betreffende Arzt seiner Zeit Hg resp. Jod angewendet hat.

Von den 15 Nichtinfizierten sind 11 durchaus nicht unverdächtig, so daß also nur 4 als sicher frei von Syphilis anzusehen sind (= 2%). Im ganzen hat Verfasser in der ganzen Reihe von 700 Fällen gefunden 9,65% Nichtinfizierte und 90,35% Infizierte. Von den 200 Fällen waren 33 Offiziere, darunter 30 infizierte, 2 Theologen, beide infiziert, 3 Brüderpaare, alle 6 infiziert, ebenso 1 Ehepaar. Der Verfasser hat ferner 9 Tabesfälle bei Weibern gesehen, davon waren 6 sicher, 2 ziemlich sicher, 1 höchst wahrscheinlich luetisch. Die Angaben STORBECKS, der 69,4% Nichtinfizierte bei Tabes fand, findet in dem Vortragenden einen starken Zweifler. Die Statistik desselben, sich auf 108 Fällen aufbauend, ist deshalb schon eine unzuverlässige, weil 33 Weiber darunter sind, bei denen ja die Konstatierung früherer Syphilis unüberwindliche Hindernisse bietet. Unter den 33 finden sich auch nur 2 mit sicherer Syphilis, was doch sehr auffallend ist. Läßt man diese 33 Fälle aus der STORBECKSchen Statistik fort und berücksichtigt nur die 75 Männer, dann findet man auch hier 60% sicher infizierte.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über hereditäre Rückenmarkssyphilis, von GILLES DE LA TOURETTE. (*Presse méd. belge.* 1896. No. 20.) Je nachdem dieselbe im intrauterinen Leben, in der Kindheit oder in der Jugend auftritt unterscheidet Verfasser drei Formen. Beim Fötus findet man Herde diffuser Meningomyelitis, analog der diffusen Hepatitis. Dahin gehört die Littlesche Krankheit oder spasmodische kongenitale Tabes. Die zweite Gruppe umfaßt die Periode vom zweiten bis achten Jahre: perivaskuläre, interstitielle oder meningeale Gummata die sich klinisch als gewöhnliche oder spasmodische Paraplegien (ШАРКОТ-ЕРВ) kennzeichnen; letztere ist meist heilbar. Auch hat man Poliomyelitis anterior beobachtet. Zur dritten Gruppe gehören die zum Teil noch wenig studierten Spätformen der spezifischen Myelopathien.

C. Müller-Wallisellen.

HANOT und MEUNIER berichten über einen Fall von bilateralem BROWSEQUARDSchem Symptomenkomplex infolge von doppelseitigem Rückenmarksgumma. 42jähriger Syphilitiker, der von einer apoplektiformen Paraplegie der

unteren Extremitäten betroffen wurde, opisthotonische Stellung des Nackens mit heftigen Schmerzen in demselben; doppelseitige Hemianästhesie in den unteren Extremitäten, Aufhebung der Reflexe, Urininkontinenz, Ungleichheit der Pupillen. Die Autopsie ergab das Vorhandensein zweier symmetrisch gelegener Gummata in der Höhe zwischen dem achten cervikalen und dem dritten dorsalen Wurzelpaare. Die Meningen über den Tumoren waren entsprechend verändert. (*Bif. med.* 1896. No. 116.)

C. Müller-Wallisellen.

Ein Fall von Tarsitis syphilitica mit sulziger Infiltration der Conjunctiva bulbi, von SIEGFRIED REINER. (*Beitr. z. Augenheilkde.* XXIII. Heft.) Unter 540 Fällen syphilitischer Liderkrankungen fand ALEXANDER nur 16 syphilitische Erkrankungen der Lidknorpel. Stets war der Tarsus ohne nennenswerte Beteiligung der Conjunctiva ergriffen. Anders in dem hier mitgeteilten Fall, in dem die Conjunctiva bulbi sehr stark infiltriert, grau-rötlich gefärbt war. Mikroskopisch sah man hier eine oberste Schicht von Plattenepithel, stark abgeplattet und verdünnt, darauf eine gefäßreiche Schicht langgestreckter Zellen, an einer Stelle durch Bindegewebe ersetzt und endlich eine kleinzellig infiltrierte Schicht. Die Tarsitis war sehr ausgesprochen; Lues nachweisbar; auf spezifische Therapie Besserung. Das Krankheitsbild der luetischen Tarsitis zeichnet der Verfasser folgendermaßen: knorpelharte, schmerzlose, halb-elliptische Schwellung des Tarsus. Die Haut über demselben sehr hyperämisch und verschiebbar. Die Cilien fehlen meist infolge von Kompression der Haarbälge. Lymphdrüsenanschwellung am Ohr und Unterkieferwinkel.

Nicht immer ist die Anschwellung des Tarsus eine gleichmäßige. Der Verlauf des Leidens ist häufiger chronisch als akut. Die akuten Fälle gehören dem Frühstadium, die chronischen dem gummösen Stadium an.

Die Konjunktivalaffektion, wie sie in diesem Falle gefunden wurde, ist sehr selten. Spätluetische Konjunktivalleiden sind überhaupt selten und dann ist es meist ein Gumma.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Gefäßveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen, von ALEXANDER. (*Berl. Klinik.* Dezember 1895.) Unsere Kenntnis über luetische Veränderungen der Arterien des Auges ist noch recht neu und ziemlich dürftig. Verfasser giebt über die bisherigen Beobachtungen eine Übersicht und fordert auf, bei Sektionen Syphilitischer den Gefäßen des Auges eingehendere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Sowohl bei der syphilitischen Iritis plastica, wie auch bei der Iritis papulosa, der Knötcheniritis fanden MICHEL und FUCHS die kleinen Gefäße verändert und ihre Wandungen gummös entartet. Mikroskopisch zeigte sich eine Endarteriitis der kleinen Gefäße. Die gummöse Erkrankung der Chorioidea giebt zu glaukomatöser Drucksteigerung Veranlassung. Auch in der Retina spielen die Gefäße bei der Syphilis eine wichtige Rolle. Sie zeigen eine ähnliche Veränderung, wie die Gehirnarterien bei Lues. Die Wände sind verdickt und zeigen Kernwucherung, die Intima gewuchert und die Kapillaren öfters varikös.

Außer den syphilitischen Erkrankungen des Sehnerven, die als Folgeerscheinungen von gummösen Prozessen der Meningen und des Gehirns selber betrachtet werden müssen, giebt es auch Fälle, in denen der Sehnerv primär gummös erkrankt kann. Doch ist der Verlauf solcher primären Sehnerventzündungen stets ein gutartiger; es ist wohl der Prozess ein oberflächlicher, nicht tiefgehender, wahrscheinlich eine Perivasculitis, eine Umwucherung des Gefäßes mit Granulationsmasse.

Auch bei den luetischen Erkrankungen der Hornhaut ist eine Mitbeteiligung des Gefäßsystems ziemlich sicher.

Karl Ries-Stuttgart.

Über hereditär-luetische Hornhautentzündung spricht BURCHARDT in der Gesellschaft der Charité-Ärzte, Sitzung vom 7. November 1895, (*Berl. klin. Wochenschr.* 1896. No. 10) unter Vorstellung von Kranken. JONATHAN HUTCHINSON war der erste, der erkannte, daß die interstitielle Keratitis auf hereditärer Lues beruht und mit anderen Zeichen der letzteren einhergeht. Das Krankheitsbild, das in der Mitte beginnende mattgraue Aussehen der ganzen Cornea, die undurchsichtigen Trübungen, die folgende Vaaskularisation, das Aufhellen vom Rande aus, hat er sehr gut geschildert. HINSONBERG hat das Verdienst, darauf hingewiesen zu haben, daß durch die Lupe die Gefäße während des ganzen Lebens in der Hornhaut erkennbar bleiben. Von dem typischen Bilde giebt es mancherlei Abweichungen; so können die Trübungen am Rande beginnen. Meist tritt die Affektion doppelseitig auf, wenn auch nicht beide Augen gleichzeitig erkranken. Oft gesellt sich Iritis hinzu, was allerdings bei starker Kornealtrübung oft schwer erkennbar ist, weshalb man zur Sicherheit oft zeitig Atropin geben muß. Nicht immer findet man die HUTCHINSONSchen Zähne bei den Kranken.

Der Vortragende beschreibt als eine besonders charakteristische Veränderung der Zähne die Verschmälerung der mittleren oberen Schneidezähne vom Zahnfleischrande und vom Halsteil nach der Schneidekante zu. Diese Veränderung ist konstanter als die Einkerbung und Ausbeulung. Die seitlichen oberen Schneidezähne sind oft verkümmert, fehlen bisweilen. Die unteren Schneidezähne stehen mehr einzeln, sind verschmälert, aber von vorne nach hinten verdickt, sehen deshalb plump aus. Von sonstigen Begleiterscheinungen findet man oft bei der Keratitis interstitialis alle möglichen tertiären Symptome. Früher hat Verfasser nur Quecksilber therapeutisch verwendet. Seitdem er aber angefangen hat Jodkalium in großen Dosen (5,0—8,0 pro die) zu geben, hat er damit dieselben guten Erfolge.

HEUBNER weist darauf hin, daß die luetische Keratitis interstitialis immerhin sehr selten ist. HOCHSINGER, der das Schicksal luetischer Säuglinge 10—20 Jahre verfolgte, sah unter 70 Fällen dieselbe kein einziges Mal. Von den Zahndeformitäten ist nur das halbmondförmige Ausgeschliffensein der Vorderfläche der beiden oberen Schneidezähne pathognomonisch, wird aber auch nur sehr selten gefunden.

G. LEWIN hält von der Trias HUTCHINSONS wenig. Die Zahnveränderung, die ja nur bei den Zähnen der zweiten Dentition pathognomonisch sein soll, findet man ähnlich auch bei nicht syphilitischen Kindern. Ebenso kommt die interstitielle Keratitis auch bei Skrophulose resp. Tuberkulose vor. Sie wird übrigens nicht nur bei hereditärer, sondern auch bei acquirierter Syphilis beobachtet. Zu beachten ist die Kombination der Keratitis mit chronischer Synovitis, die meist das Kniegelenk betrifft. Die histologische Verwandtschaft der Sklera und des Knorpels, die beide gefäßlos sind und beim Kochen Chondrin geben, erklärt vielleicht dieses Zusammentreffen.

BURCHARDT betont, daß HUTCHINSON nur die regelmäßige Verbindung der Keratitis mit Zahnveränderungen behauptet hat und glaubt dieser Ansicht beistimmen zu müssen. Die Keratitis kommt noch bis zum 28. Lebensjahre auf Grund hereditärer Lues vor; von einem Auftreten in den ersten Lebenswochen ist keine Rede.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die nervösen Manifestationen der hereditären Syphilis in der Kindheit, von S. SACHS. (*Americ. med.-surg. Bull.* 1895. No. 7.) Die hereditäre Syphilis ist für die nervösen Affektionen der Kindheit nur von ganz untergeordneter Bedeutung; für den spezifischen Charakter sprechen außer bekannten Symptomen ein Alternieren von Besserung und Rückfällen und ein Mißverhältnis zwischen der weiten Ausdehnung der Erkrankung und der geringen Intensität der Krankheits Symptome. Von den

Fällen von Idiotie und Epilepsie läßt sich nur ein ganz geringer Teil auf Syphilis zurückführen. Unter mehr als 200 Fällen infantiler cerebraler Lähmung bildete sie nur zweimal den ätiologischen Faktor. Die bei Kindern hie und da beobachteten Augenmuskellähmungen beruhen mit aller Wahrscheinlichkeit auf syphilitischer Grundlage; sie können isoliert auftreten, sind aber häufiger mit Hemiplegien oder spastischen Paraplegien besonders der unteren Extremitäten vergesellschaftet. Gummata im Gehirn sind außerordentlich selten. Auch andere Neoplasmen können sich unter Quecksilberbehandlung bessern. Die spinale Form führt häufig zu spastischer Paraplegie, die ohne nachweisbare Ursache auftritt, Besserungen und Rückfälle zeigt, häufig mit cerebralen Lähmungen und Pupillenstarre verbunden ist, also eine ausgedehnte Cerebrospinalaffektion darstellt.

H. Einhorn-München.

HAWTHORNE stellte in der Glasgow Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft (*The Glasgow med. Journ.* April 1896) drei Kinder vor, die einem syphilitischen Elternpaar entstammen; zwei wiesen verschiedene Zeichen hereditärer Lues auf, das jüngste ist gesund; nach ihm ist noch ein totes Kind geboren, während zwischen dem ältesten und zweiten Kinde mehrere Aborte und früh verstorbene Kinder zu verzeichnen sind.

F. Hahn-Bremen.

Über fötale Syphilis, von ALBERS-SCHÖNBERG. (*Münch. med. Wochenschr.* 1896. No. 19.) Die Schwierigkeiten, welche sich die Beurteilung von Ursache und Veranlassung des intrauterinen Fruchttodes trotz mannigfacher Arbeiten immer wieder darbieten, hat dem Verfasser die Veranlassung gegeben, das Material der Leipziger Universitäts-Frauen-Klinik an faulod oder todegeborenen Früchten während einer Reihe von Monaten zu sammeln und besonders vom Standpunkte der Ätiologie und Diagnose aus näher zu betrachten. Die fleißige Arbeit enthält viel Statistik, eignet sich deshalb schwer für ein Referat. Doch sollen einige Punkte hervorgehoben werden, im übrigen sei auf das Original verwiesen.

1. Vergleicht man die gewonnenen Mittelwerte für die Organe macerierter nicht syphilitischer Früchte mit denjenigen gesunder nicht macerierter Kinder, so ergibt sich, daß ein eklatanter Gewichtsverlust nur für die Leber besteht und zwar annähernd um die Hälfte, wie es auch RUGZ gefunden hat. Eine wesentliche Abnahme des Milzgewichtes konnte Verfasser in seinen Fällen nicht konstatieren.

2. Seine Zahlen ergeben, daß infolge des syphilitischen Prozesses in erster Linie die Milz, dann die Leber, die Niere, die Lungen und schließlich das Herz eine Gewichtsvermehrung erfahren. Die Vermehrung des Leber- und Milzgewichtes hatte RUGZ konstant gefunden, BIRCH-HIRSCHFELD konstant die Gewichtsvermehrung nur für die Milz, nicht für die Leber. Unter 39 Fällen des Verfassers fanden sich immerhin 7, in welchen trotz der Syphilis das Milzgewicht nicht vermehrt war.

3. Der syphilitische Prozess scheint eine erhebliche Zunahme des Placentargewichtes zu bedingen; unter 42 daraufhin untersuchten Fällen liefs sich 35 Mal Gewichtsvermehrung konstatieren.

4. Die Mütter macerierter Früchte sind bezüglich der syphilitischen Infektion aufs Sorgfältigste zu kontrollieren und namentlich ist eine genaue Untersuchung auf Stigmata latenter oder alter Syphilis erforderlich. Besonders auf ein Symptom legt Verfasser nach ENGEL-REIMERS großen Wert. Es sind dieses die pigmentlosen oder pigmentarmen Flecke an den großen und kleinen Labien, um den Anus herum, in der Genito-Cruralfalte, eventuell am Mons veneris. Bisweilen sind sie leicht erhöht, bisweilen liegen sie etwas unter dem Niveau der Haut. Es sind dieses die Residua abgeheilter Papeln resp. Kondylome, eventuell auch Primäraffekte. Sie sind balfert dauerhaft. Gewöhnlich ist ein Abrasieren der sie verdeckenden Schamhaare nötig.

Der Verfasser selbst fand 75% der von ihm untersuchten Mütter faultodter oder frühgeborener Früchte syphilitisch.

Fünf Frauen waren trotz antisymphilitischer Behandlung mit luetischen, macerierten Früchten niedergekommen. *Neuhaus-München.*

GAREL berichtet über zwei Fälle von hereditärer Lues bei einem 12- und einem 15jährigen Mädchen, welche eine Tonsillenhypertrophie vortäuschte. Die vorgenommenen Operationen blieben vollständig erfolglos und erst der innere Gebrauch von Jodkalium brachte definitive Heilung herbei. (*Rev. de laryngologie.*)

C. Müller-Wallisellen.

Zur Kenntnis der angeborenen Lebersyphilis der Säuglinge, von KARL HOCHSINGER. (*Wien. med. Wochenschr.* 1896. No. 9 u. f.) In der vorliegenden Arbeit legt der Verfasser die Ergebnisse seiner klinisch-anatomischen Studien über die Leberveränderungen bei kongenital-luetischen Kindern nieder. Das Material der den Studien zu Grunde liegenden Beobachtungen erstreckt sich auf 172 Fälle, darunter 148 Säuglinge. Von diesen Säuglingen zeigten 46 Leberintumescenz; 30 Fälle heilten, 16 starben. Von den 46 Säuglingen befanden sich 34 in einem Alter unter 6 Monaten. Fünf Kinder kamen zur Sektion, von denen zeigt eins neben der Syphilis eine tuberkulöse Verkäsung der Leber; Verfasser hat über diesen Fall von Doppelinfektion auf dem Dermatologenkongress in Breslau berichtet. Meistens bestand gleichzeitig Milzschwellung. Nur solche Fälle wurden als Lebersyphilis notiert, wo die Leber mehrere Zentimeter unter dem Rippenbogen hervorragte. Bei den allerschwersten und stets tödlichen Fällen reichte die Leber bis unter den Nabel herunter. Die Oberfläche war glatt, die Konsistenz eine auffallend harte. Niemals bestand Icterus oder Ascites. Das Allgemeinbefinden ist um so mehr gestört, je jünger das Kind. Etwas ältere Säuglinge befinden sich oft in einem recht guten Ernährungszustande. Auch die Prognose wird mit dem Alter des Kindes besser. Fast stets waren floride, syphilitische Exantheme vorhanden, oft Knochenerkrankungen, vornehmlich Pseudoparalysen und Entzündungen der Hand- und Fußwurzelknochen.

Stets war die Nase erkrankt, wie es bei jeder hereditären Lues der Fall ist.

Die Leberschwellung reagiert meist schnell auf Quecksilber; schon nach zwei Wochen ist eine Abnahme erkennbar. Die Leberschwellung geht aber stets langsamer zurück, als die Haut- und Knochenerkrankungen. Wo die Leber durch Quecksilber unbeeinflusst blieb, bestand wohl meist gleichzeitig eine Fettinfiltration derselben. Die Milzschwellung geht stets später zurück als die Leberschwellung. Gegeben wurde meist Protojoduretum Hydrargyri in Dosen von 25 mg pro die. In einem Falle wirkte die Inunktionskur, wo Hydr. jodat. flav. versagt hatte, ein anderes Mal half auch diese nicht.

Für die Diagnose wichtig sind anderweitige Syphiliserscheinungen, vor allem Nasenveränderungen, dann fahles, blafgelbes Kolorit, mangelhafte Behaarung der Ciliar- und Superciliarbögen.

Der Vortragende geht dann näher auf die von anderen Autoren publizierten Fälle von Lebersyphilis mit Icterus ein und bezweifelt, daß in diesen die luetische Ätiologie sicher festgestellt war. Syphilitische Leberschwellung bedingt niemals Icterus. Die Fälle von Leberschwellung mit Icterus beruhen auf anderen ätiologischen Momenten; man faßt sie unter dem Namen „Icterus neonatorum perstans afebrilis“ zusammen. Es handelt sich um Hemmungsbildungen oder nicht luetische fötale Entzündungsvorgänge.

Gegen den Einwand, daß unter seine Fälle von Lebersyphilis auch solche Leberschwellungen eingereicht sind, die auf „Anaemia pseudoleukaemica infantum“ (JAKSCH)

beruhen, hebt der Verfasser hervor, daß bei dieser die Milzschwellung im Vordergrund steht, während diejenige der Leber eine nur mäßige ist. Unter seinen Fällen boten drei die Milzbeschaffenheit und den klinischen Habitus der *Anaemia pseudo-leukaemica infantum*, von denen einer zur Obduktion kam. Verfasser geht nun unter Berücksichtigung und Kritisierung der bezüglichen Litteratur ein auf die von ihm erhobenen anatomischen Befunde, die ich hier nur kurz wiedergeben kann. Es sind die anatomischen Befunde bei Lebersyphilis einzuteilen in vier Gruppen, die der Häufigkeit ihres Vorkommens nach in folgender Reihe aufzuzählen sind:

1. Diffuse kleinzellige Infiltration des interstitiellen Bindegewebes, fast ausnahmslos vordringend zwischen die Leberacini und Leberzellenbalken. In der Regel finden sich dabei entzündliche Veränderungen an den kleinen Leberarteriastüben im erkrankten Bindegewebe. Die Leber ist hierbei oft makroskopisch normal und unvergrößert.

2. Bindegewebige Hyperplasie. Die Leber ist sehr vergrößert, von vermehrter Konsistenz, hellgelb bis graubraun; die Läppchenzeichnung auf dem Schnitt wenig oder gar nicht zu erkennen. Histologisch sieht man eine Bindegewebe Neubildung, ausgehend vom periportal Gebiete, folgend den Blutgefäßen, in die Acini eindringend und die Leberbälkchen in regelloser Form umscheidend. Die Wucherung findet man im zellreichen oder zellarmen, schwierigen Zustande. Die Leberzellen oft fettig infiltriert oder atrophiert. Die Gefäßadventitien entweder zellig infiltriert oder schwierig verdickt, ohne scharfe Grenze in die Media übergehend; hier und da Intimanwucherung an den kleinen Arterien.

3. Miliare Gummata; dicht gehäufte, kleinzellige Infiltrationsherde im interacinösen Bindegewebe, makroskopisch als stecknadelkopfgroße, graugelbe Fleckchen in der Leber erkennbar (Feuersteinleber).

4. Wahre knotenförmige Gummata, der seltenste Befund.

Diese Anomalien werden nicht isoliert, sondern gemischt gleichzeitig in derselben Leber gefunden; man sieht auch Übergänge zwischen den einzelnen Formen in demselben Präparate häufig deutlich ausgesprochen.

Zum Schlusse bemerkt der Verfasser, daß die wenigen mitgeteilten Fälle von knotigen Lebergummen nicht alle einwandfrei sind, zumal wenn es sich um große, zentral verkäste Knoten handelt. Es kann sich da immer um Tuberkulose handeln, welche sich zur hereditären Lues hinzugesellt.

Die inhaltreiche, fleißige Arbeit sei zu eingehenderem Studium allen Fachkollegen empfohlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Syphilis und ihre Heilung durch kleine Gaben Quecksilbers, von H. Böing. (Berlin, R. Skrzeczek. 1895.) Auf eine Schilderung der verschiedenen Ansichten der Ärzte über die Wirksamkeit und Dosierung des Quecksilbers bei der Syphilis folgt eine Erörterung der Gefahren dieses Metalls für den Organismus, die in einer Zusammenstellung aller bis jetzt nach Quecksilbergebrauch eingetretener Todesfälle gipfelt. Nach B.'s 25jähriger Erfahrung genügen ganz minimale Mengen von Quecksilber, um sowohl frische, als auch veraltete Fälle von Syphilis zur Heilung zu führen, Recidive fast ganz und tertiäre Formen ganz zu verhindern, sie genügen auch, um bei schwangeren Frauen, die wiederholt abortiert und zu früh oder syphilitische Kinder geboren haben, normale Entbindungen mit reifen und gesunden Früchten zu erzielen. B. verschreibt: Kalomel 0,01, Sacch. 1,0, Gum. arab., Aq. dest. q. s ad pilul. No. L und läßt hiervon in den ersten acht Tagen täglich eine Pille (= 0,0002 Kalomel), in der folgenden Woche an jedem zweiten Tage, dann alle drei Tage eine Pille nehmen; als relativ große Dosen werden noch 0,005 Kalomel dreimal täglich bezeichnet.

muß zugegeben werden, daß die beigelegten sieben Krankengeschichten der üblichen Dosierung des Hg's nicht günstiger lauten könnten, und es ist verschwiegen worden, daß sich Verfasser in der beneidenswerten Lage befindet ein Mittel zu besitzen, das man als Reagens auf Syphilis mit fast absolutem Erfolg anwenden kann. Ein 2—3tägiger Gebrauch von ferr. oxyd. sacch. : 100 aq., zweistündlich 1 Theelöffel, genügt, um zur Erkenntnis zu kommen, ob Kindern hereditäre Syphilis vorliegt oder nicht. Ist sie vorhanden, so verschwinden sich alle Symptome so rasch und intensiv, wie es bei gewöhnlichem Syphilis nicht vorkommt.

H. Einhorn-München.

AVARENNE hebt die günstige Wirkung der Schwefelthermen bei Syphilis zur Unterstützung der Jod-Quecksilbertherapie hervor, zumal bei solchen Patienten, welche diesem Präparate gegenüber sehr empfindlich zeigen. Unter dem Einflusse der Schwefelwässer, welche als konstitutionelle Kräftigungsmittel aufgefaßt werden müssen, sind dieselben viel leichter toleriert. Ihre Wirkung ist weniger auffallend bei hartnäckigen, atonischen, reaktionslosen Formen der Syphilis oder Syphilis maligna und Eingeweidelues. (*Presse méd. de Paris.*)

C. Müller - Wallisellen.

Die Wandlungen der Schmierkur und die neueste Modifikation derselben. (F. FREY. (Dissertation. Bern 1896.) Verfasser giebt einen historischen Überblick über die Veränderungen, welche die Quecksilbertherapie seit ihren ersten Anfängen im 17. Jahrhundert durch den Araber DSCHAFFAR) durchgemacht und die Kämpfe, die sie gegenüber anderen Methoden (Guajaktherapie von U. VAN HUTTEN, Jodn etc.) zu bestehen hatte. Er erwähnt die verschiedenen Methoden der Quecksilberverleibung in neuerer Zeit und verbreitet sich dann ausführlicher über eine dieser letzteren, die WELANDERSCHE Überstreichungsmethode. Nach einem Vergleich derselben mit den alten durch SIGMUND begründeten Inunktionen und den WELANDERSCHEN Überstreichungen, wobei das Material der Berner dermatologischen Klinik entnommen wurde, kommt Verfasser zu dem Resultate, daß „die Inunktionskur mit Überstreichungen nach WELANDER in dem so wichtigen Kampfe gegen die Syphilis nicht in Ausnahmefällen, — wie WELANDER sich in vorsichtiger Weise ausdrückt — überhaupt für alle Fälle zur Verwendung kommen wird.“ In ihrer Wirksamkeit steht dieselbe nämlich der Einreibung keineswegs nach, die Fälle von Stomatitis sind eher seltener, der Hautreiz geringer.

C. Müller-Wallisellen.

Die Hämatotherapie der Syphilis, von J. NEUMANN. (*Therap. Wochenschrift.* 1906. No. 3.) Für die Serumtherapie der Syphilis fehlen alle Bedingungen, welche die unerläßliche Postulate der exakten Durchführung sind. Wir kennen weder den Verlauf der Syphilis, noch seine toxischen Stoffwechselprodukte und ferner ist die Syphilis eine ausschließlich dem menschlichen Geschlechte eigentümliche, auf Tiere nicht übertragbare Erkrankung, wenigstens ist bisher kein authentischer Fall von Syphilis bei Tieren bekannt, und auch die Übertragung der menschlichen Syphilis auf Tiere noch niemals in überzeugender Weise nachgewiesen worden. Da aber sämtliche Übertragungsversuche in einer Zeit angestellt wurden, in welcher weder die Bakteriologie noch die Hämatologie mit dem gegenwärtigen Stand der Ausbildung noch befanden, darf die Frage noch keineswegs als erledigt betrachtet werden. Schon durch den Nachweis irgend eines toxischen Einflusses der auf Tiere übertragenen Syphilis wäre für die Serumtherapie der Syphilis viel gewonnen. Vielleicht ist durch Herabsetzung der Resistenz der Tiere eine größere Empfänglichkeit für Syphilis zu erreichen. Für die Fortsetzung der Impfversuche spricht weiter die Thatsache, daß

Tiere, wenn sie auch vollständige natürliche Immunität besitzen, nach Überimpfung toxischer Krankheitsprodukte Serum liefern, das einen, wenn auch nicht beträchtlichen, übertragbaren Immunisierungswert besitzt.

Von der Annahme der natürlichen Immunität der Tiere gegen Syphilis ausgehend wurde zuerst die Injektion tierischen Blutserums als Heilmittel gegen Syphilis versucht (TOMMASOLI, KOLLMANN). Dann wurden die Tiere mit Blut und infektiösen Syphilisprodukten wiederholt geimpft und das Blutserum der geimpften Tiere verwendet (HÉRICOURT und RICHET, GILBERT und L. FOURNIER) und hieran schlossen sich die Versuche mit der Injektion von Blutserum syphilitischer Menschen, die neben auffallend günstigen Erfolgen (GILBERT und FOURNIER, WIEWOBOWSKI, PELLIZZARI etc.) auch ausschließlich negative Resultate zeigten. Die auf der Klinik des Verfassers mit von tertiärer Syphilis gewonnenem Serum angestellten fünf Versuche, lassen keinerlei definitive Schlussfolgerung bezüglich des Wertes der Hämatotherapie zu. In einem Falle war ein Aufschub des Exanthembausbruches zu konstatieren, der jedoch keineswegs auf die Serumtherapie zurückzuführen ist, da eine Verzögerung der Eruption auch bei ganz unbehandelten, sowie auch bei präventiv mit Quecksilber behandelten Fällen mehrfach beobachtet wurde. Abgesehen von rasch vorübergehenden Reizerscheinungen an den Injektionsstellen, sowie gelegentlicher, flüchtiger Temperatursteigerung, ließen sich keine schädlichen Nebenwirkungen konstatieren. Eine irgendwie günstige Beeinflussung des Prozesses, wie sie mit unseren bisherigen Behandlungsmethoden erzielbar sind, war nicht zu beobachten. Trotzdem erscheint eine Fortführung der Versuche ratsam.

H. Einhorn-München.

Über die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen, von M. J. STUKOWENKOFF. (*Therap. Wochenschr.* 1895. No. 51 u. 52.) In einer ersten Versuchsreihe wurden außerordentlich kleine Dosen von Sublimat intravenös injiziert. Eine zweite Reihe von Patienten erhielt Sublimat in täglich um 1 mg steigender Dosis bis zu 12 mg pro die = 9 mg Hg oder Hydrargyr. benz. oxyd. (in 1 cem 1—5 mg Hg) bis zur höchsten Dosis von 10 mg Hg. In einer dritten Serie wurde Hydrarg. benz. von Anfang an in hohen Dosen injiziert, so daß bereits am dritten Behandlungstage die Einzeldosis 10 mg zur Anwendung kam.

Die ziemlich unklaren Schlüsse des Verfassers, die sich auf 564 Einzelinjektionen bei 30 Kranken stützen, sind folgende:

1. Die Schnelligkeit der therapeutischen Wirkung des Hg ist direkt proportional der Menge des pro die in's Blut eingeführten Metalls und indirekt proportional der hierzu verwendeten Zeit.

2. Die Tagesdosis des Metalls steht im umgekehrten Verhältnis zu der allgemeinen Menge desselben, die für einen Behandlungszyklus für eine bestimmte Zeit der Behandlung erforderlich ist.

3. Die täglich in's Blut einzuführende, für eine rasche therapeutische Wirkung erforderliche Hg-Dosis nähert sich der pharmakologischen (!) Dosis von 0,01. Geringere Mengen wirken entweder schwächer, langsamer und in längerer Zeit oder gar nicht.

4. Die therapeutische Grenzdosis des Hg von 0,26 bei Einführung in's Blut wird durch die im Verlaufe eines Behandlungszyklus erforderliche Menge erschöpft.

5. Entgegen der Mitteilung BACCELLIS ist die zur Erzielung eines therapeutischen Effektes bei intravenöser Injektion erforderliche Hg-Menge nicht geringer als die bei subkutaner Einführung von Eiweiß nicht gerinnenmachenden Salzen notwendige Menge.

6. Sublimat ist nicht das beste Hg-Salz für intravenöse Injektionen, andere Salze werden sich vielleicht als geeigneter erweisen.

Ein abschließendes Urteil über die intravenöse Hg-Einführung als praktische Behandlungsmethode kann nicht gefällt werden. Als wichtigstes Resultat der bisherigen

Versuche ist die Bestimmung derjenigen Hg-Menge anzusehen, die zur Erzielung des therapeutischen Effektes notwendig ist. Der Vergleich dieser genau festgestellten Menge mit der bei anderen Behandlungsmethoden erforderlichen kann als Schätzwert der in Rede stehenden Methode dienen.

H. Einhorn-München.

Der therapeutische Wert der hypodermatischen Quecksilberinjektionen und besonders des Hydrargyrum bicanatum bei der Behandlung der Syphilis, von NICOLS BARRUCCO. (Bologna. Fratelli Treves. 1896.) Nach eingehender Erörterung der Vorzüge der hypodermatischen Methode vor der Verabreichung des Quecksilbers durch den Magendarmkanal und durch Innunktion empfiehlt B. nach Verwerfung der Injektion der unlöslichen Quecksilbersalze mit großer Wärme das Hydrargyrum bicanatum. Die Lösungen verlieren jedoch infolge Zersetzung unter Bildung von Cyanwasserstoffsäure, die schon nach einigen Stunden auftritt, allmählich ihre Wirksamkeit; dieselben sind deshalb entweder stets frisch zu bereiten oder in zuschmelzbaren Röhrchen aufzubewahren; sie müssen stets neutral oder leicht alkalisch sein und dürfen niemals sauer reagieren.

Bei 37 Kranken, deren Krankengeschichten genau mitgeteilt werden, wurden im ganzen 1081 Injektionen gemacht, und zwar im Einzelfalle 20—30; täglich oder alle zwei Tage 0,01 pro dosi einer 1%igen Salzlösung der 2% Cocain. hydrochlor. zugesetzt waren (РЕНН). Nur in einem Falle wurde nach der Injektion über Schwindel geklagt, Diarrhoen wurden zweimal beobachtet, niemals lokale Reizerscheinungen oder Stomatitis. Der Erfolg war bei den verschiedensten klinischen Formen deutlich ausgesprochen, ganz besonders bei den Affektionen der Schleimhäute und bei jeder Art von auf Syphilis beruhenden Schmerzen. Nur in vier Fällen persistierten die Drüsenanschwellungen noch lange Zeit nach Heilung aller sonstigen Erscheinungen und nur sechsmal kamen Recidive zur Beobachtung.

H. Einhorn-München.

Über Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit, von J. H. RILLE. (Wien. med. Presse. 1896. No. 3—7.) R. verwendete das Kaliumquecksilberhyposulfit bei 28 Kranken, deren Krankengeschichten er auch mitteilt. Von diesen waren 14 mit recenter Syphilis, 11 mit älterer Syphilis behaftet, 1 Fall mit Hautgummata, 1 Fall mit Sklerose, der von der 5. Krankheitswoche ab präventiv behandelt wurde. Von diesen 28 Fällen verlief ein Patient die Klinik ohne vollständig geheilt zu sein, drei stellten sich später mit Recidiven vor, 16 Fälle wurden mit 0,25 Hg Kal. hyposulfuros. : 10,0 Aq.; 10 mit 0,5 : 10,0; 2 mit 1,25 : 10,0 behandelt. Zum Schwinden eines makulösen Exanthems waren durchschnittlich 20 Injektionen von 0,25 : 10,0 und 11 Injektionen von 0,5 : 10,0 notwendig; für makulo-papulöse Exantheme 20 Injektionen von 0,25 : 10,0 und 14 Injektionen von 0,5 : 10,0; für pustulöse Formen 25 Injektionen von 0,25 : 10,0 und 18 Injektionen von 0,25 : 10,0 für die Involution diverser Sekundärsymptome. Die Dosierungen 0,25 und 0,5 : 10,0 wurden täglich eingespritzt, die 1,25 : 10,0 jeden fünften Tag. In biologisch-physiologischer Hinsicht haben die Experimente ergeben, daß das Hg Kal. hyposulfur. bedeutend weniger giftig ist, als das Cyan-, Rhodan- und Succinimidquecksilber; dasselbe wurde stets gut vertragen und war in seinen Nebenerscheinungen nicht unangenehmer, selbst bei Dosierungen einer 5%igen Sublimatlösung entsprechenden Konzentrationsgrade, scheint aber den Übelstand zu besitzen, sich schon nach 2—3 Tagen zu zersetzen, selbst wenn die Solution vor dem Einflusse des Tageslichtes geschützt ist, wodurch sowohl die Dosierung als auch der therapeutische Effekt beeinträchtigt wird, es können auch dadurch unangenehme lokale Nebenwirkungen entstehen, daher nur frisch bereitete Lösungen ihren Zweck erfüllen.

A. Aschner-Budapest.

Verschiedenes.

OHMANN-DUMESNIL fordert in einem kurzen, **Hautmedizin** überschriebenen Artikel (*St. Louis med. and surg. journ.* Juni 1896) für den Hautspezialisten eine gründliche, allgemein medizinische und chirurgische Vorbildung und macht auf die vielfachen Beziehungen der Erkrankungen der inneren Organe zu den Erkrankungen der Haut aufmerksam.

H. Einhorn-München.

Klinische Krankenvorstellungen: **Vitiligo; Psoriasis; infantiles Ekzem; Lippenekzem**, von J. V. SHOEMAKER. (*Amer. med.-surg. bull.* 1896. No. 23.) 1. Vitiligo: bei einer 45jährigen Negerin finden sich zahlreiche weiße Flecke im Gesicht, die einen großen Teil der Stirne und der Wange einnehmen. Außerdem am rechten Bein, besonders an der Innenfläche. Beginn vor 25 Jahren. Die Erkrankung beruht auf Ernährungsstörung des Stratum mucosum der Haut und tritt häufig nach Malaria auf. Die besten Behandlungserfolge giebt die Anwendung des galvanischen Stromes, doch ist die Prognose von der Dauer des Leidens und vom Alter der Patienten abhängig. Eventuell Waschungen mit β -Naphthol 0,75:100,0 Eucalyptolwasser nach vorheriger Abseifung mit Salicylseife.

2. Psoriasis. In erster Linie sind eventuelle Magendarmstörungen zu bekämpfen. Calomel., Pulv. Jalap., Extr. Colocynth. \approx 1,25 Ol. Ment. pip. gtt. V M. f. pilul. No. XX. Alle 2—3 Tage 1 Pille zu nehmen; später innerlich Salol 0,2 3 mal täglich und lokal Acid. salicyl., Sulf. sublimat \approx 2,0, Lanolin. 7,6, Adip. benz. 22,0.

Gegen das chronische Lippenekzem empfiehlt S.: Acid. salicyl., Sulf. sublim. \approx 1,25, Acid. carb., Campher \approx 0,6, Ungt. Aq. ros., Ungt. zinc. oxyd. bez. \approx 15,0.

H. Einhorn-München.

Ein Wort an Herrn J. K. PROKSCH.

Im *Medicinischn-Chirurgischen Centralblatt*, das in Wien erscheint, setzt Herr PROKSCH seine Polemik gegen I. NEUMANN in einem Nachtrag zum dritten Protest fort. In dieser Arbeit findet sich ein Passus: „Und dieses nennt ein Herr JESSNER aus Königsberg „eine gediegene Kenntnis der gesamten Litteratur.“ — Hierzu möchte ich nur bemerken, daß Herr PROKSCH bisher mich in diesem Urteil nicht hat erschüttern können, da die unwürdige, in einem den Verfasser nichts weniger als ehrenden Ton gehaltene Polemik nicht geeignet ist, großes Vertrauen zu seinen Ausführungen zu erwecken. Wer das Wahre mit voller Überzeugung verteidigt, braucht nicht solch' schmutzige Waffen zu schwingen. Ohne in der Streitsache selbst Partei nehmen zu wollen, muß ich doch bemerken, daß, wenn auch in der Geschichte der Syphilis PROKSCH die Oberhand gewinnen sollte, die Geschichte der Syphilis dennoch dereinst den vielgeschmähten, mir selbst persönlich nur ganz oberflächlich bekannten I. NEUMANN nicht hinter ihn stellen wird. Übrigens läßt die Ausdruckweise „ein Herr JESSNER aus Königsberg“ auch nicht gerade auf eine zu ausgedehnte Kenntnis der dermatosyphilologischen Litteratur schließen, da der Name Herrn PROKSCH wohl sonst nicht so ganz unbekannt geblieben wäre.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

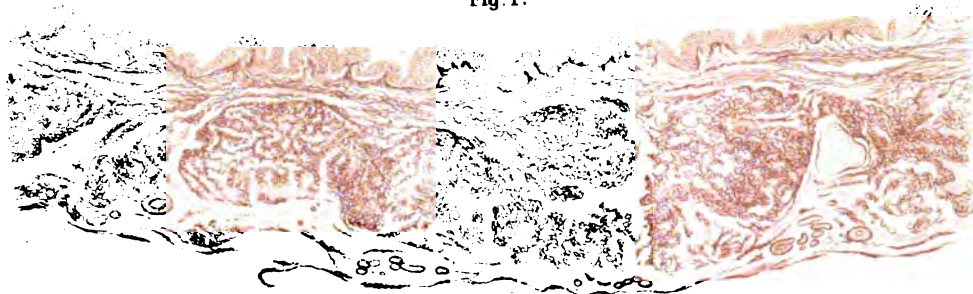


Fig. 2.

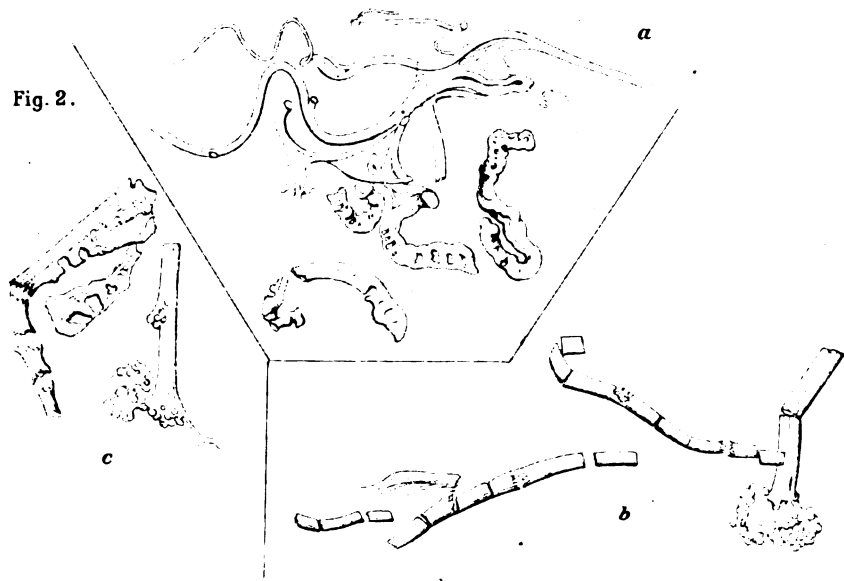
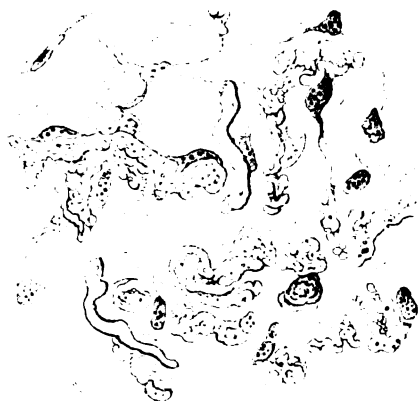


Fig. 3.





Sachverzeichnis.

- Abortivmasern nach Chinindarreichung (Hüls)** 604.
- Abcesse der Neugeborenen und Furunkeln der Erwachsenen (Unna)** 317.
- Absorptionsfähigkeit der gesunden Harnblase (Hottinger)** 188.
- Acariasis des Kaninchens und Lepra anaesthetica beim Menschen, Anatomische Veränderungen bei (Carruccio)** 598.
- Acetonurie und ihre Behandlung, die Grundgesetze der (Rosenfeld)** 266.
- Achromie** 24.
- Aciditätsbestimmung des Harns und ihre klinische Bedeutung (Haussmann)** 539.
- Acne, Ätiologie der (Lomry)** 376.
- *cachexica* 346. 354. 356.
- *hypertrophica* (Pfundnase) 204.
- —, *Beginnende (Brocq)* 203.
- *scrofulosa* 346. 354. 356.
- *scrophulosorum*, Ein Fall von (Galloway) 79.
- *varioliformis* (Abraham) 19.
- *vulgaris* 482.
- , *Neue Methode in der lokalen Behandlung der (Hyde)* 35.
- Addisons Krankheit, Ein Fall von (Fish)** 253.
- —, *geheilt mit Suprarenalextrakt (Jones)* 254.
- —, *geheilt durch Exstirpation eines Nebennierentumors (Hadra)* 360.
- Adenoma sebaceum, Ein Fall von (Perry)** 80.
- Ätiologie der Hautkrankheiten (Payne)** 634.
- Ainhum und Lepra (Zambaco)** 650.
- Airol, ein neues Ersatzmittel des Jodoforms und ähnlicher antiseptischer Pulver (Hægler)** 164.
- Akromegalie, Ein Fall von (Mendel)** 253.
- Aktinomykose der linken Wange (Guillemot)** 208.
- *im Südosten Frankreichs (Dubreuilh und Frèche)* 197.
- Aktinomykotischer Hautabscess, Degeneration der Zellen in der Wand desselben (Audry)** 158.
- Aktol und Itrol** 163.
- Albuminurie, Beitrag zur Kenntnis der sogen. physiologischen (Zeehuisen)** 264.
- *nach hohen Antipyrindosen (Ramos)* 264.
- *bei Blennorrhoe, Über (Goldberg)* 405.
- *und Kanthariden-Tinktur (Cazal)* 554.
- Alopecia (Manassein)** 150.
- , *Drei Fälle von (Galloway)* 77.
- , *Ursache der (Sabouraud)* 189.
- *der Augenbrauen infolge von Keratosis pilaris (Dubreuilh)* 197.
- Alopecia areata (Walsh)** 20. 21.
- —, *Ursachen der (Sabouraud)* 155. 184.
- —, *Experimentelle Übertragung der (Blaschko)* 183.
- — *im Anschluß an Herpes zoster (Cutler)* 23. (Jackson, Klotz) 23.
- *neurotica (Palm)* 69.
- , *Ursprung der: IV. Alopecia totalis (Sabouraud)* 594.
- Alopecie, Totale, und Morbus Basedowii (Berliner)** 561.
- *und Dermatitis nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen (Marcuse)* 642. (Sehrwald) 643.
- Aluminium borico tannicum (Cutolum)** 161.
- American Association of Genito-urinary Surgeons, Ansprache des Vorsitzenden der 10. Jahresversammlung der (Mastin)** 311.

- Ammen und syphilitische Säuglinge 543.
 Amputatio penis, die Technik der (Guiteras) 154.
 — — wegen Epithelialcarcinom (Horwitz) 637.
 Anatomische Veränderungen bei Acariasis des Kaninohens und beim Menschen mit *Lepra anaesthetica* (Carruccio) 598.
 Anginen, Stomatitis aphthosa und Soor, Zur Ätiologie und Pathologie der (Stooss) 93.
 Angiokeratoma des Scrotums (Fordyce) 34.
 Angiombildung im Gesichte, Ein Fall von multipler, eruptiver (Ullmann) 241.
 Angiome, Infektive (Morrow) 23. (Lustgarten) 23.
 Antipyrinexanthem, Fixes (Dubreuilh) 197.
 Antistreptokokken-Serum gegen Erysipel neonatorum (Steele) 205.
 — gegen Erysipel des Gesichts (Gonin) 205.
 Anurie, Über posttraumatische (Filandeau) 264.
 Argentamin (Aschner) 161.
 — bei akuter Urethro-Cystitis (Leclerc) 116.
 Argonin 161.
 —, Behandlung der Blennorrhoe mittelst (Boltz) 385.
 — (Argentum-Kasein) ein neues Antiblennorrhoeicum (Benda) 116.
 — im akuten Stadium der Blennorrhoe (Swinburne) 637.
 Argoninlösungen 601.
 Argyrie bei Glasperlenversilberern (Schubert) 438.
 Argyrose der Harnröhre (Feleki) 238.
 Aristol bei Brandwunden (Walter) 645.
 Arsengebrauch, Allgemeine Pigmentation nach (Crocker) 78. (St. Mackenzie) 81.
 Arsenik, Betrachtung über Einverleibung des (Vinay) 553.
 Arsenikpräparate und ihre Verwertung in der Pathologie (Danlos) 186.
 Arthritisme nerveux 280.
 Asphyxie, Haematoma scroti nach (Rentmann) 46.
 Atherom, Syphilis und die Ätiologie des (Weber) 655.
 Atresia ani, Pseudohermaphroditismus mit kongenitaler (Grünberg) 502.
 Atrophie der Haut (G. P. Jackson) 25.
 — — während der Gravidität, Ein Fall fleckiger (Temesváry) 155.
 — mucosae linguae (Partsch) 382.
 Angensalben, Nicht reizendes Excipiens für (Jamieson) 30.
 Auspülung der Urethra (Arnaud) 542.
 Autoinkulation beim harten Schanker (Zarewicz) 104.
 Autointoxikation, Zur Frage der (Poehl) 588.
 — und Hautkrankheiten (Blaschko) 546.
 Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und das Sperma tuberkulöser Individuen (Jaech) 496.
 Bakteriologie des Genitaltractus beim Weibe (Straganow) 502.
 Bakteriotherapie der bösartigen Neubildungen und ihre Grundlagen (Glücks-mann) 249.
 — bösartiger Geschwülste, Klinische Beobachtungen bei der (Petersen) 540.
 Barlowsche Krankheit, Zur Kenntnis der (Wiesenthal) 645.
 Bartholinitis und Leistendrüsen (Bille) 592.
 Beingschwüre, Alle können geheilt werden (Cole) 254.
 Berufssyphilis, Syphilom der Nase. Diagnostischer Wert syphilitischer Narben (Morrow) 87.
 Beule der heißen Länder, Endemische (De Souza) 206.
 Blase, Absorptionsfähigkeit der gesunden (Hottinger) 188.
 —, Bemerkungen zu Hottingers Arbeit über die Absorptionsfähigkeit der (Alapy) 306.
 —, Die Resorption körperfremder Stoffe aus der (Lewin und Goldschmidt) 493.
 —, Anästhesie durch Antipyrin (Pousson) 214.
 —, Ausdehnung der B. bei chronischer Urinverhaltung (Michon) 160.
 —, Darmsaiten-Einführung in die (Gigli) 492.
 —, Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die (Burckhard) 499.
 —, Die Epicystotomie bei der Behandlung der (Roberts) 307.
 —, Inversion der (Niehaus) 494.
 —, Fremdkörper der (Adenot) 495.
 —, eines jungen Mädchens, Entfernung eines Bleistiftes aus der (Montaz) 495.
 —, Harnadel in der (Sengense) 214.
 —, Bruchstück eines Thermometers in der (Adenot) 214.
 —, Resektion der B. mit Verlagerung der Harnleiter (Küster) 540.
 —, Stichverletzung der (Seefisch) 360.
 —, Carcinom der (Adenot) 213.
 —, Papillom der (Loumeau) 213.
 —, Hochgradige Tuberkulose der (Wunschheim) 493.

- Blase, Zottengeschwulst der Bl. mit dem Nitzschen Operationscystoskop operiert (Görl) 26.
- , Periphere Versteinerung einer Zottengeschwulst der (Nicaise) 214.
- Blasenektomie, Fortschritte in der chirurgischen Behandlung der (Pousson) 158.
- Blasenerkrankungen des Weibes (Kollischer) 209.
- Blaseninsuffizienz mit Incontinentia urinae verbunden (Feleki) 237.
- Blasennaht (Vetere) 216.
- bei hohem Steinschnitte (Kukula) 216.
- Blasenneubildung mittelst Cystoskop diagnostiziert (Pousson) 194.
- Blasenruptur (G. Fox) 210.
- , Intraperitoneale (Lenz) 211.
- , Diagnose der (Kofmann) 211.
- Blasen- und Harnröhrenspalte, Angeborene: Neue Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses (Poppert) 540.
- Blasenstein, Vorlesungen über (Heath) 214.
- in der Gravidität, Großes (Rosenfeld) 214.
- durch suprapubikale Operation entfernt (Hayden) 154.
- Blasensteine, Über die Behandlung encystierter (Southam) 495.
- , Invaginatio recti infolge von (Idzinski) 495.
- Blasentumor, Primärer, bei einem 3 $\frac{1}{4}$ Jahre alten Mädchen (Löhr) 149.
- Blasentumoren (Fenwick) 213.
- Blastomyceten bei der Keloidakne (Secchi) 509.
- Blennorrhoe 112.
- , Albuminurie bei (Goldberg) 406.
- des Auges und ihre Behandlung (Ceraso) 51.
- , Die Gonokokken bei der (Powarkie) 504.
- , Bemerkungen zur Pathologie und Therapie der (Finger) 49.
- , Hartnäckige Formen von chronischer (Riess) 48.
- der Neugeborenen, Quecksilberoxycyanid zur Behandlung der (Sicherer) 505.
- , Maligne Endocarditis im Anschluß an (Dauber und Borst) 51.
- des Weibes (Schultz) 374.
- bei Frauen, Beckenkomplikationen im Gefolge der (Pryor) 151.
- , Die Bedeutung der B. für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Fehling) 503.
- und ihrer Komplikationen, Beiträge zur Therapie der (Ehrmann) 507.
- , Beiträge zur Behandlung der (Werner) 125.
- Blennorrhoe, Zur Behandlung der B. und zur Asepsis der Katheter und Sonden (Sbordone) 508.
- , Behandlung der chronischen (Trekkaki) 193.
- — mit Argentamin (Aschner) 115; — (Leclerc) 116; — (Bender) 116; — (Boltz) 385; — (Lewin) 508; — (Swinburne) 637.
- , Behandlung mit Dermatol (Constantini) 508.
- — mit den Oberländerschen Dilatoren (Verhoogen) 194.
- , Therapie mittelst Formaldehyd (Orlow) 115.
- , Formalin bei (Howland) 310.
- , Misserfolg der Spülungen mit Formalin bei (Nogués) 544.
- , Chronische, welche durch Höllesteininstillationen nicht beeinflusst wird (Phélip) 114.
- , 125 Fälle nach Janet behandelt (Ekelund) 114.
- , Behandlung nach Janet (Tanágo y Garcia) 607.
- , Ichthyol bei (Canova) 607.
- , Itröl (citronensaures Silber) gegen Werler) 601.
- , Erfolg mit Kalium permanganicum bei (Mantegazza) 52.
- , Methylenblautherapie bei (Robinson) 115.
- , Präservativ gegen (Neisser) 508.
- , Thermotherapie der (Callari) 446.
- Blennorrhoeiker, Wann dürfen B. heiraten? (Valentine) 503.
- , Gelenkerkrankungen der (König) 361.
- Blennorrhoeische Cystitis geheilt durch Influenza (Goldberg) 47.
- — und hartnäckige Formen von chronischer Blennorrhoe (Riess) 48.
- Endocarditis mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, zentralen Schmerzen und Ödem (Zawadzki und Bregman) 506.
- Epididymitis (Colombini) 49.
- —, Ichthyol bei (Mayländer) 607.
- eiterige Hodenentzündung (Routier) 48.
- Iritis (Dunn) 506.
- Phlebitis (Gouget) 51.
- Prostatitis (Finger) 49.
- Pyelonephritis (Mendelsohn) 150.
- Blennorrhoeischer, akuter Katarrh der Glandulae prostaticae 49.
- Rheumatismus beim Neugeborenen (Hausalter) 47.
- Blutung, Starke, infolge syphilitischen Geschwürs der Portio (Wolter) 660.
- Blutungen aus der Harnröhre (Pousson) 449.
- , Kasuistik der (Stritzower) 36.

- Blutveränderungen bei der Lues und der Quecksilberkur, Qualitative und quantitative (Jawein) 662.
- Brand des Hodensacks (Allen) 46.
- Brandwunden bei maurischen Prostituierten (Rey) 384.
- Bromidrosis 458.
- Bubo inguinalis, Zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden (Miekeley) 377.
- Carcinom, Sind Kohlenarbeiter immun gegen 251.
- Carcinoma vesicae [urinae] (Adenot) 213.
- der Zunge (Buschke) 382.
- Cathétérisme rétrograde (Mendes) 114.
- Cheirpompholyx 476.
- Chinosol als Antisepticum und Heilmittel [Antipyreticum] (Beddie und Fischer) 599.
- Chylurie, Ein Fall von (Henry) 267.
- Chylus-Hydrocele, Ein Fall von (Brown) 151.
- Circumcision bei einem Säugling, Tetanus nach (Schirman) 45.
- Collesches Gesetz (Fournier) 103.
- Condylomatosis pemphigoides — Tommasoli oder Pemphigus vegetans — Neumann (Philippson und Fileti) 446.
- Copaiva-Ausschlag (Fordyce) 25. 26.
- Corpora amylacea in der Prostata, Zur Entstehung der (Eastman) 376.
- cavernosa, Knoten der (O'Zoux) 83.
- Cowpersche Drüsen, Chronische Entzündung und Fisteln derselben und ihre Behandlung (Englisch) 111.
- Cystische Beschwerden mit innerlichen Gaben von Kantharidin behandelt (Freundenberg) 212.
- Cystitis chronica blennorrhoeica geheilt durch Influenza (Goldberg) 47.
- ocelli blennorrhoeica und hartnäckige Formen von chronischer Blennorrhoe (Riess) 48.
- crouposa mit saurem Harn (Savor) 211.
- , Falsche (Guépin) 212.
- junger Männer, Komplikationen der (Kornfeld) 212.
- , Gewaltige Narbe der Blasenschleimhaut nach (Loumeau) 212.
- verursacht durch Zufuhr von Alkalien in großer Dosis (Mathieu) 212.
- Behandlung der (Allen) 48.
- — der tuberkulösen C. durch Sublimat-injektion (Verhoogen) 494.
- , Guajakolinjektionen bei schmerzhafter (Colin) 494.
- Cystitiserscheinungen, Hochgradige Striktur mit (Feleki) 238.
- Cystocele inguinalis, Über (Imbert) 446.
- Cystoskop-Demonstration (Güterbock) 44.
- Cystoskopie (Casper) 44.
- Cystoskopische Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen; Harnleiterkatheterismus (Nitze) 499.
- Cystotomia suprapubica bei Harnröhren-fisteln (Loumeau) 111.
- Daactylitis syphilitica (Heller) 232.
- Dampfsterilisator für Metallkatheter (Pavone) 306)
- Darmsaiten-Einführung in die Blase (Gigli) 492.
- Deferentitis pelvica bei Epididymitis blennorrhoeica (Colombini) 49.
- Degeneration der Zellen in der Wand eines aktinomykotischen Hautabcesses (Audry) 158.
- Depressionszustände und ihre Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese, Periodische (Lange) 384.
- Dermatitis, Akute (Macgregor) 201.
- bullosa congenita (Hallopeau) 189.
- exfoliativa mercurialis (Eudlitz) 188.
- gestationis (Grön) 647.
- herpetiformis (St. Mackenzie) 79; — (Elliot) 89.
- —, Eosinophilie (Darier) 184.
- —, ungewöhnlicher Fall (Liddell) 636.
- hiemalis (Carlett) 531.
- mercurialis maligna mit tödlichem Ausgang (Oro) 380.
- seborrhoeica (Walsh) 21.
- und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen (Marcuse) 642; — (Schrwald) 643.
- Dermatolysis oder Naevus mollusciformis (Fox) 22.
- Dermatoneurosen oder Hautaffektionen nervösen Ursprungs (Moraga) 40.
- Dermatosen 31.
- , Pathogenetische Einteilung der (Leredde) 595.
- Dermoidcysten, Primäre carcinomtöse Degeneration von (Tautfer) 488.
- Desinfektion der Harnwege durch Entero (Fosa) 189.
- Diagnose der Hautkrankheiten gegründet auf pathologische Anatomie (Philippson und Török) 446.
- Diathese, Lokale (Thiry) 253.
- Differentialdiagnose der akuten Erytheme und der epidemische und endemische Einflüsse beim Vorherrschenden einzelner derselben (Nowlin) 601.
- zwischen Röteln, Roseola, Masern und Scharlach (Warmuth) 601.

- Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Blase (Burckhard) 499.
- Divertikel des Ureters bei Atresie des letzteren (Lindemann) 261.
- Dühringsche Dermatose, Anatomische Merkmale derselben (Leredde) 185.
- Dysidrosis 476.
- , Zwei Fälle von (Gaston) 186.
- Dystrophia unguium et pilorum hereditaria (White) 309.
- Dystrophische Erscheinungen der Haut (Severi) 31.
- Eccema** 14. 279. 482.
- infantile (Shoemaker) 672.
- —; Lippeneckzem; Psoriasis; Vitiligo (Shoemaker) 672.
- , Epidemie von perioralem (Savill) 20.
- scrofulosum 358.
- seborrhoicum der Leistengegend, Kontagiosität (Perrin) 535.
- — des Haarbodens medikamentösen Ursprungs (Alglave) 187.
- tuberculosum 358.
- — oder Lupus exfoliatus (Eddowes) 19.
- , Universelles (Lewin) 181.
- verrucosum (Stowers) 21.
- , Protest gegen die übereifrige Behandlung des (Morris) 199.
- , Elektrostatische Behandlung (Bordier) 199.
- , Ichthyolvasogen bei (Gomez) 86.
- , Wasserdampf bei chronischem (Liberzon) 200.
- , Zinkoesypuspaste gegen (Ruge) 178.
- Einfluß der antisypilitischen Behandlung auf die Verhütung gewisser Erkrankungen des Nervensystems (Collins) 661.
- der vasomotorischen und sensiblen Nerven auf die durch Verbrühung hervorgerufene Entzündung des Kaninchenohrs (Bunzel) 644.
- Einschluß von organischer Substanz in den kristallisierten Sedimenten des Harns, besonders denen der Harnsäure (Moritz) 539.
- Einteilung der Dermatosen, Pathogenetische (Leredde) 595.
- Ein Wort an Herrn J. Prosch (Jessner) 672.
- Ekthyma, Infektion durch Kratzen und ihre Beziehung zum (Klotz) 82.
- Elastische Fasern in gesunder und kranker Haut (Meissner) 248.
- Elastoclasia 618.
- Elastorrhesis 513.
- Eleidin (Buzzi) 58.
- Eleidin und Keratohyalin (Dubreuilh) 196.
- Eleidindarstellung, Zur Technik der (Frickenhau) 57.
- Elektrolyseur bei chirurgischer Behandlung der Striktur (Fort) 152.
- Elephantiasis Arabum 13.
- congenita, Pathogenese der (Moncorvo) 205.
- der Genitalien nach Exstirpation der inguinalen Lymphdrüsen (Brouardel) 187.
- -Penis (Lewin) 70.
- , Lymphangiektasie der Haut mit Lymphorrhagie und (Malherbe) 156.
- -Dermatitis ekzematösen (seborrhoischen) Ursprungs und allgemeine Tuberkulose (Audry) 477.
- Endocarditis blennorrhoeica mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, zentralen Schmerzen und Ödem (Zawadzki und Bregman) 506.
- maligna im Anschluß an Blennorrhoe (Dauber und Borst) 51.
- Endometritis fungosa und Syphilis tardiva (Gelli) 661.
- Endoskopische Enttäuschungen (Dittel) 44.
- Entfärbung, Allgemeine (Crocker) 78.
- Entwicklungsstörung, Seltener Fall. Pseudohermaphroditismus mit kongenitaler Atresia ani (Grünberg) 502.
- Enuresis nocturna, Einfaches Verfahren zur Beseitigung der (Stumpf) 210.
- Eosinophilie und Dermatitis hepatoformis (Darier) 184.
- Epicystotomie, Hypogastrische Drainage bei der (Blasucci) 257.
- bei der Behandlung der Blase (Roberts) 307.
- Epidermis und ihre Abkömmlinge 383.
- Epidermisspiralen, Über die Deutung der sog. (Herxheimer und Müller) 369.
- Epidermolysis bullosa (Elliot) 22.
- Epididymitis blennorrhoeica, Häufigkeit der Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei der (Colombini) 49.
- —, Ichthyol bei (Mayländer) 607.
- , Primäre gummöse (Reale) 496.
- , Doppelseitige tuberkulöse (S. Alexander) 153; — (Hance) 154.
- , Zur Behandlung der (Kutner) 496.
- Epispadia glandis et penis mit ungespaltenem Präputium (Kornfeld) 46.
- Epithelialcarcinom, Amputatio penis wegen (Horwitz) 637.
- Epitheliale Neubildungen der Haut (Stravino) 251.
- Epithelien, Über den Nachweis eines Zusammenhanges derselben mit dem darunterliegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen (Schütz) 370.
- Epithelioma s. auch Carcinom.

Epithelioma contagiosum, Übertragbarkeit des (Diliberto) 446.
 — des Penis (Gollozi) 46; — (Rodman) 308; — (Snow) 489.
 — auf dem Rücken (Stowers) 19.
Ersatz der mittelst Druck wirkenden Apparate durch die Spritze bei den großen Harnröhrenblasenspülungen (Guiard) 544.
Eruptionen, Ätiologie der akuten, bullösen (Fernet und Bulloch) 632.
 — der Haut, Circinäre chronische (Dubreuilh) 196.
Erysipel des Gesichts behandelt mit Antistreptokokkenserum nach Marmorek (Gonin) 205.
 — neonatorum, behandelt mit Antistreptokokkenserum (Steele) 205.
 —, Vergleichende Untersuchungen über die verschiedenen Behandlungsmethoden des (Bolognesi) 206.
 —, Guajakol bei (Maragliano) 205.
 —, Besserung eines Lupus durch (Hallopeau und Bureau) 187.
 — mit Orthochlorphenol behandelt (Matwejew) 205.
 — bei Syphilis, Heilwert des (Rudolph) 654.
Erysipelasekzem 199.
Erysieloid der Finger (Fordyce) 22.
Erythema bullosum 372.
 — exsudativum multiforme (Joseph) 69.
 — — — mit Lues (Rosenthal) 68.
 — — — an der Mundschleimhaut (Lukasiewicz) 647.
 — — — und Purpura rheumatica (St. Mackenzie) 28.
 — induratum (Pringle) 80.
 — — junger Mädchen (Thibierge) 99.
 — infantile 279.
 — nodosum 302. 303.
 — —, Komplikationen des (Potain) 204.
 — — und Syphilis (De Beurmann und Claude) 191.
 — pellagroides (Dubreuilh) 196.
 — polymorphum phlytaenoides (Carruccio) 379.
 — scarlatiniforme (Schwarz) 201; — (Török) 239.
 — —, Recidivierendes (Hartzell) 36; — (Török) 75.
 — tuberculosum 357.
 —, Fliegendes im Gesicht (Savill) 21.
 — und Ödem der Augenlider (St. Mackenzie) 81.
 —, Syphilitisches, circinäres (Petersen) 656.
Erythematobullöse Trophoneurose des Gesichts und des Haarbodens (Gaucher und Barbe) 187.
Erytheme, Beitrag zur Lehre der polymorphen (v. Düring) 242. 302.
Erythrodermia disseminata 353.

Erythromelalgie (Pajor) 41.
Eucalyptusöl als Desinficiens bei Scharlachfieber (Priestley) 606.
Eukain, ein neues Anaestheticum (Vinci) 608.
 — in der dermatologisch-urologischen Praxis (Görl) 555.
Eunuchen, Die ägyptischen (Lortet) 268.
Europäerbehandlung, Weitere Erfahrungen mit (Geyer) 555.
Exantheme, Akute, Differentialdiagnose derselben (Nowlin) 601.
 —, Puerperale (Heitzmann) 642.
 —, Sekundäre; bei Scharlach (Griffith) 604.
 — bei der Serotherapie (Dubreuilh) 197.
 — durch Sulfonal (Wolters) 37.
 —, Toxische (Neumann) 592.
Excipiens, Nicht reizendes, für Augensalben (Jamieson) 30.
Exitus letalis 18 Stunden nach Sondierung der Urethra (F. Müller) 27.
Extractum Myrtilli Winternitz 162.
Extragenitale Infektion, Ein Fall von (Basch) 240.
Extragenitaler Schanker (Sorel) 543.
 — — und Prognose desselben (Morrow) 87.
 — Tripperinfektion (Aquila) 16.

Färbemethode des Nervensystems, Neue (Vastarini) 484.
Fall zur Diagnose (Fordyce) 21. 26; — (Fox) 23; — (Jackson) 23; — (Lustgarten) 25; — (Pringle) 79; — (Gibson) 153.
Favus des Scrotums (Dubreuilh) 197.
Favuspilzkultur (Adamsen) 78.
Fett in Seifen, Bestimmung von freiem 600.
Fibroma molluscum 31.
 — — der Kopfhaut (W. G. Smith) 27.
Filmogen 524.
Fliegen, Flöhe etc. als Krankheitsüberträger (Hutchinson) 199.
Folliculitis staphylogenes. Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut (Unna) 66. 217.
 — agminata 346.
 — decalvans, Ein Fall von (Jackson) 312.
 — suppurativa 342.
Folliculitisähnliche, seltene Hauterkrankung (Spiegel) 617.
Formalin bei Blennorrhoe (Howland) 310.
 — —, Misserfolg der Spülungen mit (Noguès) 544.
 — in der Histologie (Infante) 486.
Formol, Kathetersterilisation durch Dämpfe von (Janet) 159; — (Claisse) 160.

- Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen (Unna)** 317.
- Gangrän der Extremitäten, Symmetrische (Thiersch)** 255.
— der Finger nach Verätzung (Trier) 40.
Gaumensegelgeschwür, Perforierendes (Davier) 185.
Gefäßveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen (Alexander) 664.
Gehirnsyphilis (Brewer und Bailey) 639.
Gelenkerkrankungen der Blennorrhöiker (König) 361.
Geschwür auf der Wange [Initialaklerose?] (Abraham) 19.
Geschwülste, Histologische Studien über die epithelialen (Ramon y Cajal) 548.
Gesundheitsvisitationen im Heere (Bondesen) 547.
Gonokokken, Urethritis ohne (Picard) 449.
—, Desinfektionsversuche an (Schäffer) 505.
— im Eiter eines Drüsenabscesses am Nacken (Raymond petit und Pichervin) 543.
Gonokokkenpyämie (Singer) 506.
Granuloma innominatum (Tenneson, Leredde und Martinet) 596.
Grundlage, Neue, für Applikation von Medikamenten auf die Haut (Schiff) 522.
- Haare, Angeborene Dystrophie der Nägel und der (White)** 309.
—, Ein Beitrag zur Phylogenie der (Oppenheimer) 248.
—, Die Funktion der menschlichen (Exner) 248.
Haemangiom 11.
Haematoma scroti nach Asphyxie (Rentmann) 46.
Hämatoxidemie 284.
Hämaturie und Pyurie, Zur Kenntnis der (Goldberg) 264.
—, Über einen Fall von intermittierender hysterischer (Capellari) 264.
—, Die differentialdiagnostischen Merkmale der H. je nach ihrer vesikalen oder renalen Herkunft (Assmuth) 265.
Hämoglobinurie, Paroxysmale (Strauss) 150; — (Ewald) 541.
— e frigore, Hämatologische Untersuchungen über einen Fall von paroxysmaler (Viola) 265.
Hämolum cupratum 162.
— hydrargyro-jodatum 162.
Hämolympfangiom 11.
- Hämorrhagien beim Menschen, Infektiöse (Silvestrini und Baduel)** 643.
Hämorrhoidalknoten, Erukulation der (Baumgärtner) 540.
Häutung bei einem neugeborenen Kinde (Brauns) 246.
Harn, Aciditätsbestimmung desselben und ihre klinische Bedeutung (Hausmann) 539.
—, Chemische Untersuchungen über den eiterigen (Leidié) 447.
—, Cystitis crouposa mit saurem (Savor) 211.
Harnabscesse, Über die Bakteriologie der (Albarran und Banzet) 379.
Harnapparat, Leukoplakie und Kankroid im (Hallé) 447.
Harninfektion behandelt mit Serum (Albarran und Mosny) 378.
Harnleiden im Zusammenhang mit Zweiradfahren (Ferria) 492.
Harnorgane, Die Bedeutung der Kongestion in der Pathologie der (Schubert) 41.
Harnröhre, Ausspülung der (Arnaud) 542.
—, Blutungen aus der (Pousson) 449.
—, Über einige Hindernisse beim Katheterismus der männlichen (Kollmann) 381.
—, Die Behandlung der filiformen Striktur der H. mit Bemerkungen über Strikturen überhaupt (Thomas) 307.
—, Eine nach Beckenbruch aufgetretene Verengerung der (Bako) 306.
Harnröhrenentzündung, Die Rolle der Littreschen Drüsen in der chronischen (Keersmäcker) 448.
Harnröhrenfisteln, Cystotomia suprapubica bei (Loumeau) 111.
—, Neue Entstehungsart der (Trekaki und Eichstorff) 544.
Harnröhrenirrigationen (Niehans) 113.
Harnröhrenspülungen, Ersatz der mittelst Druck wirkenden Apparate durch die Spritze bei den großen (Guiard) 544.
Harnröhrensteine bei der Frau (Quénu und Pasteau) 306.
Harnröhrenstriktur, der Verlauf einer in-veterierten (Assmuth) 362.
Harnsäure, Einfluss des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der (Bohland) 501.
—, Einschluss von organischer Substanz in den krystallisierten Sedimenten des Harns, besonders denen der (Moritz) 539.
— im Säugetierorganismus, Entstehung der (Weintraud) 538.
— und Xanthinblasen im Urin, Diagnostische Bedeutung der (Brandenburg) 501.
Harnsäurestein, Lithotripsie wegen (Imbert) 195.

- Harnsaure Diathese, Zur Behandlung der (Rosenfeld und Orgler) 267.
 — — Grundzüge der Behandlung (Rosenfeld) 538.
- Haut, Pflege der H. und ihrer Adnexa (Spietschka und Grünfeld) 380.
- Hautaffektionen nervösen Ursprungs oder Dermatoneurosen (Moraga) 40.
- Hautausschlag mit Fieber, Masern vor-täuschend (Robertson) 37.
- Hautdiphtherie, Ein Fall von (Flesch) 204.
- Hauterkrankung, Ein Fall von eigentümlicher (Schwimmer) 237.
 —, Seltene (Kuschew) 487.
- Hauteruptionen bei Hysterischen (Frèche) 198.
- Hauterscheinungen bei der Serotherapie der Tuberkulose (Maragliano) 100.
- Hautgangrän, Beiträge zur Lehre von der multiplen (Janovsky) 303.
- Hauthörner 482.
- Hautkrankheit, Eigentümliche, begleitet von ausgedehnten warzigen Gewächsen und intensivem Jucken (Corlett) 637.
- Hautkrankheiten und Autointoxikation (Blaschko) 546.
 — und Gesamtorganismus; toxische Exantheme (Neumann) 592.
 — und Tuberkulose (Hallopeau) 597.
- Hautlappen, Verwendung großer ungestielter (Krause) 553.
- Hautmedizin (Ohmann-Dumesnil) 672.
- Hautnaevi, Zur Histogenese der weichen (Kromayer) 244.
- Hautödem auf alkoholischer Basis, Akutes umschriebenes (Oppenheimer) 641.
- Hautödeme, Kasuistik der akuten (Rabitsch) 641.
- Hautinnee, Zur Physiologie der (Thunberg) 483.
- Hauttuberkulose, Ecthymaähnliche (Audry) 543.
- Hautwarzen, Ätiologie der (Schoal) 242.
- Hermaphroditismus (Minot) 43.
- Herpes, Unterscheidung von Plaques muqueuses (Fournier) 40.
 — pharyngis (R. Heller) 40.
 — tonsurans, Gewöhnliches Salz gegen (Reilly) 200.
 — — und Trichophytiasis, hervorgerufen durch das Mikrosporon Gruby (Sabouraud) 576.
 — zoster, Alopecia areata im Anschluß an (Cutler) 23.
 — — der Regenbogenhaut im Verlaufe von Herpes zoster frontalis (Machek) 647.
- Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut (Unna) 66. 217. 317.
- Historische Streifzüge [Celsus] (Cohn) 627.
- Hodenentzündung, Eiterige Blennorrhoe (Routier) 48.
- Hoden-Nebenhoden-Entzündungen, Ätiologie und Pathogenese der akuten (Macaigne und Vanverts) 448.
- Hodenteratome, Beitrag zur Kenntnis der (Kockel) 381.
- Hodentuberkulose (Bier) 100.
- Hornhautentzündung, Hereditär-syphilitische (Burchardt) 665.
- Huaco-Steingutgefäße mit Abbildungen (Ashmead) 33.
- Hutchinsons Prurigo (Joseph) 70.
- Hydradenom 14.
- Hydrargyrum jodicum oxydatum 160.
- Hydroa aestivale (Graham) 31.
- Hydrocele, Chylus-, Ein Fall von (Brown) 151.
 — und ihre radikale Heilung (Horwitz) 640.
 —, behandelt durch Punktion mit Injektion von konzentrierter Kohlensäure (Bach) 257.
 — und serocystische Bildungen, Differentialdiagnose derselben (Manley) 311.
 — testis, Über die Therapie der (Moritz) 362.
- Hydrocelebehandlung (Storp) 540.
- Hyperaesthesia, Geschlechtliche, im Zusammenhang mit Kürze des Frenulum petiti (Féré) 45.
- Hyperidrosis 458. 459.
 — des Gesichts, Einseitige (Kasinow) 487.
- Hypospadias, Beseitigung der Krümmung bei (Horvath) 46.
- Hysterische Hauterscheinungen (Parmentier) 36.
 — — beim Manne (Verrier) 36.
- Jahrbuch für Medizin, Amerikanisches (Gould) 547.
- Ichthyol bei Blennorrhoe (Canova) 607.
 — bei Epididymitis blennorrhoeica (Mayerländer) 607.
 — und seine Wirkung (Ebersson) 163.
- Ichthyolvasogen bei Ekzem (Gomez) 86.
- Ichthyosis, Kongenitale (Stowers) 21.
 —, Morphologische und histologische Besonderheiten der (Rocchi) 200. 330.
 — der Sklerodermie (Ledermann) 71.
 — mit Trichophytia circinata (Rosenthal) 69.
- Idiosynkrasie gegen Quecksilber (Abramyschew) 151.
- Ikterus, Pleuritis und Phlebitis im Gefolge von Syphilis (d'Aulney) 596.
 — praecox syphiliticus (Aschner) 657.
 — bei recenter Syphilis (Neumann) 657.

- Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes** (Unna) 217.
 — **contagiosa annulata et serpiginosa** (Schamberg) 307.
 —, **Infektion durch Kratzen und ihre Beziehung zur** (Klotz) 32.
 —, **Vermutliche auf einem tuberkulösen Geschwür des Gesichts** (Pernose) 81.
 — **rodens** 351.
Impftuberkulose (v. Hofmann) 651.
Incontinentia urinae, Blaseninsuffizienz mit (Feleki) 237.
Infektion durch Kratzen und ihre Beziehung zur Impetigo und zum Ekthyma (Klotz) 32.
Initialsklerose und ihre Behandlung (Ohmann-Dumesnil) 655.
Invaginatio recti infolge von Blasensteinen (Idzinski) 495.
Insekten als Krankheitsübertrager (Hutchinson) 198.
Jod, Hochgradige Idiosynkrasie gegen (Topp) 555.
Jodchinin bei sekundärer Syphilis (Asaky) 459.
Jodismus, Akuter (Hampel) 555.
 —, **seine Varietäten, Ätiologie und Behandlung** (Biquet) 164.
Jodoform, Sanoform ein neues Ersatzmittel für (Arnheim) 599.
Jodoformin 162.
 — (Rosenstein) 599.
Jodoformvasogen bei tuberkulösen Prozessen und anderweitigen Eiterungen (Ostermayer) 651.
Jodol bei venerischen Krankheiten (Majocchi) 167.
Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze (Leistikow) 625.
Jodverbindungen der Schilddrüse (Baumann) 555.
Irrigator, Heizbarer mit selbstthätiger Temperaturregulierung etc. zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülung mit Kalium permanganicum (Strauss) 52.
Isotonie, Dichte, Alkalinität und Hämoglobin des Blutes von Syphilitischen in Beziehung zu den Chloriden vor und während der Quecksilberbehandlung (Valerio) 598.
Itrol (citronensaures Silber) als Antiblennorrhoeicum (Werler) 601.
Itrol und Aktol 168.
Juckreiz (Rosenthal) 68.
Kalomel und Lupus (Fournier) 186.
Kalomeleinspritzungen bei Syphilis (Jullien) 157.
Kankroid und Leukoplakie im Harnapparat (Hallé) 447.
Kantheriden-Tinktur und Albuminurie (Cazà) 554.
Kantheridin innerlich bei cystischen Beschwerden (Freudenberg) 212.
Kantheridintherapie (Liebreich) 150.
Karboldermatitis, Eigentümliche Form von (Rubinstein) 645.
Karbolgangrän (Leusser) 646.
Katheterismus von hinten (cathétérisme rétrograde) (Mendes) 114.
 — **retro-urethralis bei der Behandlung impermeabler, blennorrhöischer Strikturen** (Sonnenberg) 381.
 — **posterior** (Kukula) 492.
 — **der männlichen Harnröhre, Über einige Hindernisse beim** (Kollmann) 381.
Kathetersterilisation, Weitere Mitteilungen zur (Frank) 113.
 — **durch Dämpfe von Formol und Trioxymethylen** (Janet) 159; — (Claisse) 160.
Kehlkopfsyphilis, Ein tödlich verlaufener Fall von (Davis) 659.
Keloid (Plonski) 180.
 —, **Angeborenes primäres** (Koch) 180.
Keloidakne, Blastomyceten bei der (Secchi) 509.
Keratohyalin und Eleidin (Dubreuilh) 196.
Keratoma 482.
 — **oder Syphilis?** (Aschner) 75.
Keratosis, Ätiologie und Varietäten der (Mibelli) 598.
 — **palmaris et plantaris und allgemeine Pigmentation nach Arsengebrauch** (St. Mackenzie) 81.
 — **pilaris** (Galloway) 81.
 — —, **Alopecia der Augenbrauen infolge von** (Dubreuilh) 197.
Kokainintoxikation von den Harnwegen aus (Wernich) 554.
Kondylomata (Gottheil) 251.
Kondylome, Phimosis verursachend und Gumma des Penis vortäuschend.
Kongestion, ihre Bedeutung in der Pathologie der Harnorgane (Schubert) 41.
Kra-Kra 632.
Krankenpflege-Apparate (Quincke) 168.
Kraurosis vulvae (Róna) 502.
Krebs des Penis, Totale Entmannung wegen (Leguen) 446.
Kuli-Jucken (Numa Rat) 631.
Langerhanssche Zellen, Pemphigus vegetans mit Bemerkungen über die Natur der (Herxheimer) 371.
Larynxstenose, Tertiär-syphilitische Erscheinungen im Larynx und die (Marchal) 452.

- Lebercirrhose, Hypertrophische und Xanthoma (C. Fox) 78.
 Lebersyphilis der Säuglinge, Angeborene (Hochsinger) 667.
 Leistendrüsen und Bartholinitis (Rille) 592.
 Leistendrüsenentzündungen, Der Zanzibar-küste eigentümliche, klimatische (Ruge) 593.
 Lepra (Crocker) 80; — (Kaurin) 96;
 — Hallopeau) 97.
 — eine tellurische Krankheit? (A. Thompson) 97.
 — in Dalmatien (Glück) 366.
 — in Island, Ätiologische Studien über (Ehlers) 196. 244. 545; — (Eichmüller) 380.
 — im Kreise Memel (Blaschko) 375. 648.
 — anaesthetica und Scabies beim Kaninchen und Menschen (Carruccio) 86. 598.
 — Arabum in Heidelberg (Czerny) 98.
 —, Prophylaxis der (Neumann) 98.
 —, Prophylaxe in Skandinavien (Koch) 650.
 — pulmonum, Anatomische Veränderungen (Scagliosi) 650.
 — tuberosa et anaesthetica (Protopopow) 649.
 — und Ainhum (Zambacco) 650.
 —, Serumtherapie bei (Carasquilla) 98. 650.
 —, erfolgreich mit Tuberkulin behandelt (Arnaud) 157.
 Leprabacillus in der Medulla eines an Syringomyelitis gestorbenen Individuums (Pestana und Bettencourt) 650.
 Lepra- und Tuberkelbacillen, Zur Differentialdiagnose der (Spiegel) 221.
 Leukoderma 24.
 Leukokeratosis linguae und Sklerosis, behandelt mit Zerstäubung von Mineralwässern (Bénard) 202.
 Leukoplakie (Joseph) 69.
 — und Gumma der Zunge (Neisser) 382.
 — und Kankroid im Harnapparat (Hallé) 447.
 Lichen 273.
 — planus (Morris) 81; — (Galloway) 81; — (Ledermann) 183.
 — ruber (Ledermann) 70.
 — —, Allgemeine Hautpigmentation nach (Schwimmer) 72.
 — — acuminatus oder Pityriasis rubra pilaris (Lustgarten) 25; — (Havas) 78.
 — — planus und acuminatus (Joseph) 284.
 — — verrucosus (Saalfeld) 70; — (Frêche) 207.
 — scrofulosorum 342. 354.
 Lichen simplex chronicus oder Névrodermite chronique circonscrite (Pringle) 80.
 — spinulosus (Perry) 80.
 Lichenification 272.
 — und Neurodermitis (Brocq) 595.
 Lipome, Traumatische Entstehung der 251.
 Lipomprotozoen, Über (Vedeler) 251.
 Lippeulkem (Shoemaker) 672.
 Lithium bromatum 162.
 — jodicum 161.
 Lithiumsalze, Die diuretische Wirkung der (Mendelsohn) 267.
 Lithotripsie, Achtzig Fälle von (Albarran) 494.
 — wegen Harnsäuresteines bei einem 75jährigen Manne (Imbert) 195.
 —, Chloroform bei (Imbert) 195.
 — ohne Chloroform und ohne Kokain (Picard) 195.
 Litréschen Drüsen in der chronischen Harnröhrenentzündung, Die Rolle der (Keersmacker) 448.
 Lochkerne des Fettgewebes (Unna) 485.
 Lokalanästhesie, Über (Schlatter) 167; — (Dubreuilh) 195.
 Loretin, Die therapeutische Anwendung des (Dejace) 556.
 — ein neues Antisepticum (Snow) 600.
 Lungegaardhospital, seine Wirksamkeit 1892 bis 1894 (Lie) 95.
 Lungensyphilis (Pispoli) 105; — (Merigot de Treigny) 106.
 Lupus des Gesichts (Rosenthal) 69.
 — —, Ausgedehnter: Wesentliche Verbesserung durch Anbringen einer künstlichen Maske und Nase (Smyth) 653.
 — —, Behandlung des (Hann) 651.
 — der Extremitäten (Bier) 100.
 — der Finger und Zehen (Küttner) 540.
 — lingue et faciei (Muenchheimer) 382.
 — des Rachens, der Nase und der äußeren Haut (Ball) 100.
 — erythematous a. Ulerythema centrifugum 351.
 — —, Ungewöhnliche Form von (Crocker) 82.
 — — disseminatus während der Gravidität verschwindend (Fordyce) 34.
 — exfoliativus oder tuberkulöses Ekzem (Eddowes) 19.
 — pernio 345. 353. 354.
 — sclerosus 346.
 — verrucosus 343.
 — vulgaris, Behandlung des (Feibes) 653.
 — —, Oberflächlicher (Galloway) 79.
 — —, Seltener Fall von (Róna) 99.
 — —, Bedeutende und dauernde Besserung durch Erysipel (Hallopeau und Bureau) 187.
 —, Heilung unter lokaler Kreosotbehandlung (Poljakow) 652.

- Lupus**, Injektion von Streptokokkentoxinen bei (Hallopeau und Roger) 651.
 —, Serumtherapie nach Maragliano bei (Terrile) 651.
 — und Kalomel (Fournier) 186.
 — und Sarcoma (Schwimmer) 72.
Lupusartige Wucherungen im Larynx, Stenose desselben verursachend (Parker) 100.
 — Affektion des linken Nasenflügels im Gefolge einer tuberkulösen Ulceration der linken Nasenhöhle (Hill) 100.
Lupusbehandlung mit chemischen Causticis (Martinet) 187.
 — mit Salicylkreosotpflaster (Dubreuilh und Bernard) 197.
Lymphangiektasie der Haut mit Lymphorrhagie und Elephantiasis (Malherbe) 156.
Lymphangioma circumscriptum cysticum (Heuss) 1.
 — —, Fünf Fälle von (Roberts) 635.
 — — linguae (Schwimmer) 252.
 — tuberosum multiplex 14. 15.
Lymphektasie 12. 13. 14.
Lymphgefäße und Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase (Gerota) 483.
Lymphorrhagie, Lymphangiektasie der Haut und Elephantiasis (Malherbe) 156.
Lymphskrotum 13.
Lymphstaung 13.
Lysol, Hauterscheinungen nach äußerer Anwendung (Bergel) 642 (Saalfeld) 645.
- Maculae atrophicae cutis** während der Schwangerschaft (Temesváry) 255.
Magenaffektionen, Medikamentöse bei Syphilitikern (Gaston und Babon) 660.
Makrocheilie 13.
Makroglossie 13.
Makromelie 13.
Mallein beim Menschen, Anwendung des. Chronischer Rotz der menschlichen Haut (Buschke) 589.
Martonsella 589.
Masern, Hautausschlag mit Fieber vor-täuschend (Robertson) 37.
 —, Scharlach, Röteln und Roseola, Differentialdiagnose (Warmuth) 601.
 — Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Ohres bei (Bezold) 602.
 —, Komplikationen der 602.
 — und Varicellen gleichzeitig bei demselben Individuum (Szczypiorski) 602.
 —, Verhältnisse der Häuser in Bezug auf ihren Einfluss auf die Genesung von (Cameron) 604.
- Masern, Abortive nach Chinindarreichung** (Hüls) 604.
Masernerkrankung, Wiederholte (Gottstein) 602.
Massagebehandlung variköser Wunden (Bekorewitsch) 254.
Masturbation 112.
Meatus hypogastricus und Meatus perinealis (Poncet) 215.
Melanodermie, Cirrhosis hepatica mit (Richardière) 253.
Mercks Bericht für 1895 160.
Metamerie, Spinale, und periphere Verteilung des Zoster (Brissaud) 40.
Metaplasie von Epithel zu Bindegewebe (Kromayer) 244.
Methylenblau, Harntreibende Wirkung des (Alexejewsky) 502.
Methylenblautherapie bei Blennorrhoe (Robinson) 115.
Mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie (Ledermann und Ratkowski) 243. 594.
Monilethrix, Typische Fälle von (Galloway) 77.
Morbus Basedowii und totale Alopecia (Berliner) 561.
Morvansche Krankheit 31.
Mutterlange, Kreuznacher und ihre Wirksamkeit (Vollmer) 378.
Myelitis acuta luetica (Starck) 313.
 — — — praecox (Gyurman) 314.
Mykosis fungoides (Hodara) 229; — (Pye-Smith) 20. 81. 635; — (Schreiber) 182; (Dubreuilh) 196.
- Nägel, Angeborene Dystrophie der Haare und** (White) 309.
 —, Weisse (Joseph) 70.
Naevi 492.
 — (Giovanni) 488.
Naevus mollusciformis oder Dermatolysis (Fox) 22.
 — unius lateris, Ungewöhnlicher Fall von (Ransom) 87.
 — verrucosus (Veiel) 364.
Naht, Intradermale (Daurand) 384.
Narben, Diagnostischer Wert der syphilitischen (Morrow) 86.
Narbenkeloid des Penis und Talgdrüsen-blennorrhoe (Baumgarten) 47.
Nasenplastik (Lassar) 181.
Natronnitrit bei der Syphilisbehandlung (Sprecher) 598.
Nebennierentumor, Morbus Addisonii geheilt durch Exstirpation eines (Hadra) 360.
Nephrektomie im Anschluss an die Nephrotomie (Fuller) 88.
Nephrolithiasis, Pyonephrosis infolge von (Guiteras) 153.

- Nephrotomie mit nachfolgender Nephrektomie (Fuller) 88.
 Nerven, Endknöpfe der (Leydig) 247.
 Neurasthenie nach Ablauf der Sekundärperiode der Syphilis (Gilbert) 312.
 Neuritis, Über die multiple. Pseudotabes oder die Nervotabes infolge von Quecksilber (Blumenau) 313.
 Neurodermia parasitophobica (Perrin) 155.
 Neurodermien, Parasitophobe (Brocq und Perrin) 648.
 Neurodermitis circumscripta chronica 274;
 — (Pringle) 80.
 — und Lichenifikation (Brocq) 595.
 Neurom des oberen Augenlides, Plexiformes (Jaquieu) 252.
 Niere, Ruptur der linken (Seefisch) 360.
 —, Schußverletzung der linken (Seefisch) 360.
 Nierenerkrankungen, Cystoskopische Diagnostik chirurgischer (Nitze) 499.
 Nierenkonkremente, Harnsaure (v. Noorden) 588.
 Noma, Ein Fall von (Hoerschelmann) 361.
 Nosophen, Erfahrungen über (Buge) 219.
- Ödem 14.**
 —, Blennorrhische Endocarditis mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, zentralen Schmerzen und (Zawadzki und Bregman) 506.
 —, Hämorrhagisches 28.
 — induratives (M. Meyer) 106.
 — des oberen Augenlides bei Scharlach (Philipps) 605.
 — speziell der Augenlider, bei Morbus Basedowii (Booth) 641.
 — und Erythem der Augenlider (St. Mackenzie) 81.
 — im Kindesalter, Postscarlatinöses, wassersüchtiges (Schmey) 606; — (Schumann) 607.
 — der Haut und des Gehirns (Galatti) 641.
 — — auf alkoholischer Basis, Ein Fall von akutem, umschriebenem (Oppenheimer) 641.
 — — (Rabitsch) 641.
 Oesypus als Salben- und Pastengrundlage (Ruge) 175.
 Oleum cinereum, Intramuskuläre Einspritzungen von (Le Pileur) 192.
 Ophthalmien, Prophylaxe der sog. skrophulösen (Norrie) 488.
 Orchitis der Prostatiker (Guépin) 497.
 Ostitis Pageta, Deformierende (Dubreuilh) 197.
 Otitis externa seborrhoica (Haan) 542.
- Oxalurie, Ein Beitrag zur pathologischen (Kisch) 27.
- Pachydermie, Diffuse, syphilitische (Kantak und Home) 106.**
 Papillo-cornea 347.
 — -crustacea 347.
 Papillom der Blase (Loumeau) 213.
 Papillomatosis cutanea et vesicalis (Rasch) 366.
 Parurethrale Hohlgänge und Urethralpapillome, Behandlung der (Ehrmann) 111.
 Peliosis rheumatica (Polak) 644.
 Pemphigus, Akuter (Pernet und Bulloch) 682.
 — — mit Hornzystenbildung (Behrend) 591.
 — neonatorum (Peter) 200.
 — vegetans — Neumann oder Condylomatosis pemphigoides — Tommasoli (Philippson und Fileti) 446.
 — — nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhansschen Zellen (Herzheimer) 371.
 — —, Stoffwechseluntersuchungen betreffend einen Fall von (Stüve) 374.
 Pemphiguskranken - Untersuchungen (Török) 74.
 Penis, Seltene Abnormität des (von Leersum) 46.
 — Epitheliom des (Gollozi) 45.
 Penisfistel, Urethroplastik wegen (Loumeau) 489.
 Perifolliculitis staphylogenes; Impetigo Folliculitis und (Unna) 217.
 Peritonitis syphilitica (Krupetzkoï) 107.
 Perverse Sexualempfindung (Krebs) 189.
 Pflasternaht (Blank) 608.
 Phimose als Ursache einer perversen Sexualempfindung (Wolleman) 44.
 —, bedingt durch Kondylome, Gummades Penis vortäuschend (Gaither) 44.
 Phimosenhaken, Ein neuer (Natanson) 489.
 Phlebitis blennorrhagica (Gouget) 51.
 —, Pleuritis und Ikterus im Gefolge von Syphilis (d'Aulney) 596.
 Pigmentation, Allgemeine, nach Arsengebrauch (Crocker) 78; — (St. Mackenzie) 81.
 — — nach Lichen ruber (Schwimmer) 72.
 — der Haut, Abnorm starke bei angeborenen Wucherungen (Thiry) 253.
 Pigmentsarkome der Haut, Über sogen. idiopathische, multiple (Trapeznikow) 250.
 Pityriasis rubra 343. 353.
 — (Elliot) 22.

- Pityriasis rubra pilaris* (Abraham) 19; — (Lustgarten) 25; — (Saalfeld) 70. 182; (Méneau) 196; (Morton) 634.
- — — oder *Lichen ruber acuminatus* (Havas) 73.
- *versicolor* 348. 358.
- Plaques muqueuses, Unterscheidung von Herpes (Fournier) 40.
- Pleuritis, Phlebitis und Ikterus im Gefolge von Syphilis (d'Aulney) 596.
- Pollutionen, Spermatorrhoe und nächtliche (Jacobsohn) 257.
- Polsterfetischismus (Wohl) 496.
- Polymyositis resp. Dermatomyositis acuta (Pfeiffer) 204.
- acuta, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs (Herrick) 660.
- Polypöses Sarkom der Blase bei einem zehnjährigen Knaben (Klein) 213.
- Portwein-Naevus mit spontaner Rückbildung (Crocker) 78.
- Prostata, Zur Entstehung der Corpora amyacea in der (Eastman) 376.
- , Die Wirkung der unilateralen Atrophie des Testikels auf die Größe der (Baldwin) 258; — (Morton) 260.
- , Kastration wegen vergrößerter (Faulds) 260; — (Kendall) 261; — (Koren) 261 — (Rovsing) 261.
- nach doppelseitiger Kastration, Sektionspräparat der (Kelsey) 155.
- Prostataabscess (Sorel) 192.
- Prostatabletten 163.
- Prostatahypertrophie (Kornfeld) 258.
- , Pathologie der (Harrison) 497.
- , Moderne Behandlung der (Vautrin) 193.
- , Neuere Methoden zur Behandlung der (Englisch) 259.
- , behandelt mit Heilgymnastik und Massage, Ein Fall von seniler (Weltz) 497.
- , behandelt mit Schilddrüsen- und Prostatasubstanz (Bazy) 498.
- , Die operative Behandlung der (Prschewalsky) 498.
- , behandelt mit Kastration und Durchschneidung des Samenstranges (Bereskin) 498.
- , Zwei Fälle von doppelseitiger Kastration wegen (Levings) 498.
- durch Resektion der Canales deferentes behandelt (Chalot) 259.
- , Die Resektion der Samenleiter als ein Heilmittel bei (Helferich) 381.
- , behandelt mit Resektion der Vasa deferentia (Frisch) 305.
- Prostatectomia totalis (Verhoogen) 497.
- Prostatiker, Orchitis der (Guépin) 496.
- Prostatitis, Diagnose und Behandlung der chronischen (Keersmacker) 258.
- , Vesiculitis und Deferentitis ohne Epididymitis (Colombini) 49.
- Prostatitis, Eine modifizierte Rektal-Kühlsonde zur Behandlung der (Goldenberg) 308.
- blennorrhoea nebst Bemerkung zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe (Finger) 49.
- follicularis acuta 49.
- glandularis chronica 50.
- purulenta parenchymatosa 50.
- und sexuelle Neurasthenie, Chronische (Hottinger) 497.
- stürmischen Charakters, Totale oder partielle, subakute, glanduläre (Mayet) 193.
- und Urethritis nonblennorrhoea (Róna) 239.
- Prostitution in Rußland, Reorganisation der Aufsicht über die (Grazianow) 547.
- Protoplasmatheorien, Die neueren, und das Spongionplasma (Unna) 484.
- Protozoen-Reinkulturen auf festen Nährböden (Schardinger) 486.
- Prurigo (White) 290.
- , Hutchinsonscher (Joseph) 70.
- diathésique 272. 274. 278.
- hiemalis 278.
- temporalis 278.
- Prurigofrage, Zur (Besnier) 269.
- (Besnier) 596; — (Brocq) 596.
- Pruritus cutaneus 269.
- nervöser 273.
- Urticaria pigmentosa ohne (Eudlitz) 188.
- universalis gravidarum, Ursache des (Kolbasenko) 487.
- Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis (Dubreuilh und Frêche) 536.
- areata (Hallopeau und Bureau) 188.
- Pseudohermaphroditismus mit kongenitaler Atresia ani (Grünberg) 502.
- Pseudolichen 277. 279.
- Pseudo-Lupus syphiliticus (Fournier) 186.
- Pseudotabes infolge von Quecksilber (Blumenau) 313.
- Pseudoxanthoma elasticum (Darier) 609.
- Psoriasis unilateralis und die Theorien über Ätiologie der (Kuznitsky) 402.
- (Pringle) 78; — (P. Richter) 68.
- , Abnorme (Fox) 26.
- , infantiles Ekzem, Lippenekzem; Vitiligo (Shoemaker) 672.
- von 20jähriger Dauer mit Ausgang in Heilung (Hemsted) 200.
- der Nägel, Primäre (Dubreuilh) 197.
- syphilitica, Dunkle Pigmentierung der (Lewin) 70.
- vulgaris im frühen Kindesalter (Rille) 200.
- und Varietäten, Morphologische und therapeutische Besonderheiten der (Vasile) 80.

- Psorospermose folliculaire végétante-Darier (Bowen) 308.
 Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua (Schopf) 215.
 Purpura (Lewin) 181.
 —, Fulminierende (Pucci) 644.
 — exanthematica (Ruge) 541.
 — rheumatica und Erythema exsudativum multiforme (St. Mackenzie) 28.
 Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes Exanthem (Unna) 552.
 Pyelitis, behandelt mit Nierenbeckenspülungen per vias naturales (Casper) 262.
 Pyelonephritis, Blennorrhische (Mendelsohn) 150.
 Pyonephrosis infolge von Nephrolithiasis (Guiteras) 158.
 Pyurie und Hämaturie, Zur Kenntnis der (Goldberg) 264.
- Quecksilber s. auch Hydrargyrum.
 —, Heilung der Syphilis mit kleinen Gaben von (Böing) 668.
 —, Idiosynkrasie gegen (Abramyschew) 151.
 —, Multiple Neuritis [Pseudotabes oder Nervotabes] infolge von (Blumensau) 313.
 Quecksilbertherapie, Intensive, vom Beginn der zweiten Inkubationsperiode der Syphilis (Mannino) 85.
 —, Isotonie, Dichte, Alkalinität und Hämoglobin des Blutes von Syphilitischen in Beziehung zu den Chloriden vor und während der (Valerio) 598.
 Quecksilberdermatitis mit tödlichem Ausgang (Oro) 380.
 Quecksilberoxycyanid zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum (Sicherer) 505.
 Quecksilberscarlatina (Issersohn) 642.
- Raynaudsche Krankheit (Fairland) 38.
 — — an den Ohren (Fordyce) 34.
 Reinfectio syphilitica (Aschner) 76; — (Mraček) 103.
 Reizung und Syphilis (Oschner) 75.
 Rektalsyphilis (Sundholm) 660.
 Benes siccati pulv. 163.
 Reptilien, Eigentümliche Organe in der Haut einiger (Oppenheimer) 248.
 Resektion der Harnblase mit Verlagerung der Harnleiter (Küster) 540.
 Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase (Lewin und Goldschmidt) 498.
- Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder (Fürst) 608.
 Rheumatische recidivierende Schwielen (Laquer) 539.
 Rheumatismus, Blennorrhischer, bei Neugeborenen (Haushalter) 47.
 Rheumatoidkrankheiten (Gerhardt) 537.
 Rhinoskleroma, Ein Fall von (Morelli) 209.
 — bei einem Eingeborenen der Vereinigten Staaten (Wende) 35.
 Ringwurm, Mikrosporon des (F. Taylor) 29.
 Röntgensche Strahlen, Depilatorische Wirkung der (Daniel) 608.
 Röteln, Roseola, Masern und Scharlach, Differentialdiagnose (Warmuth) 601.
 Rosacea 483.
 —, Behandlung der (Heuss) 202.
 Roseola, Masern, Scharlach, Röteln, Differentialdiagnose (Warmuth) 601.
 Rotz, Chronische Wurmkrankeheit mit Ausgang in akuten (Juliano Moreira) 109.
 — der menschlichen Haut, Chronischer; Anwendung des Mallein beim Menschen (Buschke) 589.
 Rückenmarksgumma, Bilateraler Brown-Sequardscher Symptomenkomplex infolge von doppelseitigem (Hanot u. Mennier) 663.
 Rückenmarkssyphilis, Hereditäre (Gillos de la Tourette) 663.
 Rupia (Ohmann-Dumesnil) 657.
- Salicylsäure, Histologische Untersuchungen über ihre Einwirkung auf gesunde Haut (Hodara) 117.
 Salicylsäureseifenpflastermull, Über (Leistikow) 481.
 Samenbläschen-Entzündung, Operativer Eingriff bei schweren Fällen von (Fuller) 638.
 Samenleiter, die Resektion der S. als ein Heilmittel bei Prostatohypertrophie (Helferich) 381.
 Sanoform, ein neues Ersatzmittel für Jodoform (Arnheim) 599.
 Sarkom der Blase bei einem zehnjährigen Knaben, Polypöses (Klein) 213.
 — des in der Bauchhöhle retinierten Hodens, Kindsopfgroßes 540.
 —, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des (Jürgens) 539.
 — und Lupus (Schwimmer) 72.
 — des Ohrs (Sherwell) 26.
 Scabies beim Kaninchen und Menschen mit Lepa anaesthetica, Anatomische Veränderungen der Haut infolge von (Carruccio) 86.

- Scabiesgift 283.
 Schanker, Autoinokulation beim harten (Zarewicz) 104.
 —, Extragenitaler und Prognose desselben (Morrow) 87.
 —, Ein Fall von phagedänischem (Owings) 310.
 —, Behandlung des phagedänischen Sch. mittelst dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kalium permanganicum (Balzer) 570.
 —, Streptobacillus des weichen (Colombini) 84.
 Schankergift, Stand seiner Erkenntnis (v. Zeissl) 207.
 Schankroid, Urethrales (Swinburne) 151.
 Scharlach, Masern, Röteln und Roseola, Differentialdiagnose (Warmuth) 601.
 — vortäuschende Eruptionen (Griffith) 604.
 —, Antistreptokokkenserum bei (Marmorek) 606.
 —, Besondere Erscheinungen bei (Fiesinger) 605.
 —, Eiterige Gelenkentzündungen bei (Smith und Sturge) 606.
 —, Ödem des oberen Augenlides bei (Philipp) 606.
 —, Otorrhoe, Thrombose des lateralen Sinus, pyämische Affektion des rechten Ellenbogens und der linken Hüfte; Heilung (Turner) 606.
 —, „Bückkehr“-Fälle von (Thompson) 604.
 Scharlachartiges, recidivierendes Erythem (Hartzell) 86; — (Török) 75.
 Scharlachepidemie in Montpellier (Cadilhac) 605.
 Scharlachfieber, Eucalyptusöl als Desinficiens bei (Priestley) 606.
 — kompliziert mit Abscessen des Augenlides und der Tibia und mit Bronchopneumonie; Herstellung (Jackson) 606.
 — mit besonderer Berücksichtigung der Ansteckung und Prophylaxe (Holyoke) 604.
 —, Sekundäre Exantheme bei (Griffith) 604.
 — und Diphtherie, Gemeinsame Epidemie von (Richmond) 606.
 —, Wiederauftreten von (Chalmers) 605.
 Scharlachnephritis und ihre Varietäten (Turner) 605.
 Schilddrüsenpräparate (Bruns) 537.
 Schmierkur und ihre Wandlungen und neueste Modifikation (Frey) 669.
 Schuppung am ganzen Körper bei Sublimatkompressen (Manassein) 151.
 Schwefel und Schwefelbäder (Schulz) 553.
 Schwefelthermen, Moderne Bestrebungen in der Therapie der Syphilis mit besonderer Berücksichtigung der (Finger) 455.
 Skleroderma neonatorum (Jackson) 23.
 Skleroderma (Marianelli) 85; — (Palm) 231.
 — diffusa (Wadstein) 365.
 — en plaques (Danlos) 187.
 — oder Ichthyosis? (Ledermann) 71.
 Sklerosis und Leukokeratosis linguae behandelt mit Zerstäubung von Mineralwässern (Bénard) 202.
 Skorbut, Ätiologie des (Spener) 643.
 Skrofuloderma 348.
 —, Ein Fall von (Morris) 79.
 Skrophulose 112.
 Seborrhoe, Mikroorganismen bei der (van Hoorn) 525.
 Seborrhoische Dermatitis (Wulsh) 21.
 Selbstkatheterisieren der Patienten (Mare) 209.
 Serocystische Bildungen und Hydrocele, Differentialdiagnose derselben (Manley) 311.
 Serum, Die Behandlung der Harninfektion mit (Albarran und Mosny) 378.
 —, Behandlung recenter Syphilis mit tertiärsyphilitischem (Boeck) 304.
 Serumbehandlung bei Erysipel (Bolognesi) 206.
 —, Exantheme bei (Dubreuilh) 197.
 — der Lepra (Carrasquilla) 650.
 — des Lupus nach Maragliano (Terrile) 651.
 — der Tuberkulose (Maragliano) 100.
 — der Syphilis (Müller) 241; — (Tarnowsky) 367.
 Sexualempfindung, Perverse (Kreps) 189.
 — —, hervorgerufen durch Phimosis (Wollemann) 34.
 Silber- und Silbersalze als Wundverbandmittel 163.
 Smegma- und Tuberkelbacillen (Grethe) 486.
 Somatose bei sekundären anämischen und kachektischen Zuständen (Taube) 600.
 Sondierung der Urethra mit tödlichem Ausgange (Müller) 27.
 Soor, Ätiologie des (Stooss) 93.
 Sperma tuberkulöser Individuen und der Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen (Jaek h) 496.
 Sperrmatorrhoe und nächtliche Pollutionen (Jacobsohn) 257.
 Spiritus saponatus kalinus Hebrae, Herstellung von 600.
 Splenitis gummosa (Stanziale) 379.
 Spongionema und die neueren Protoplasmatheorien, Das (Unna) 484.
 Staphylococcus epidermidis albus, Unerwarteter Nachweis des (Craig) 486.
 Staphylokokken, Einwanderungswege in die Haut (Unna) 550.
 Steinkohlenteer. Seine Löslichkeit in Flüssigkeiten und therapeutische Verwertung dieser Lösungen (Sack) 470.

- Stenose des Larynx wegen lupusartiger Wucherungen (Parker) 100.
- Stereoskopischer, medizinischer Atlas (Neisser) 382.
- Sterilisation der Katheter durch schweflige Säure und Dämpfe des Formalins [Formols] (Janet) 83.
- Sterilität, Beiträge zur Lehre der (Schwarsky) 502.
- Stomatitis aphthosa (Stooss) 93.
- und Vulvitis aphthosa (Christlieb) 202.
- Streptobacillus des weichen Schankers (Colombini) 84.
- Strepto- und Staphylococcus pyogenes, Verhalten der Aufgüsse derselben gegenüber der Haut einiger Tiere und des Menschen (Campana) 31.
- Striktur, Elektrolyseur bei chirurgischer Behandlung der (Fort) 152.
- , Das Syphilom der männlichen Harnröhrenmündung und seine Spätfolgen bezüglich der (Casoli) 445.
- Strikturen, Ätiologie der (Getz) 112; — (Feleki) 112.
- , Cylindrische 112.
- mit Cystitiserscheinungen, Hochgradige (Feleki) 238.
- in der hinteren Harnröhre (Thorn-dike) 112.
- der Harnröhre, Eine nach Beckenbruch aufgetretene (Bako) 306.
- , Behandlung der filiformen (Thomas) 307.
- , Impermeable, Therapie (Federer) 113.
- , Klappenförmige 112.
- , Kongenitale 112.
- , Traumatische 112.
- behandelt mittelst linearer Elektrolyse (Le Fort) 490.
- behandelt mit Dilatation (Wossidlo) 491.
- behandelt mit Dilatation durch Urethrotomia interna (Nacciarone) 490.
- der Katheterismus retro-urethralis bei der Behandlung impermeabler blennorrhöischer (Sonnennburg) 381.
- Strophulus 273.
- Sublimatkompressen, Schuppung am ganzen Körper bei (Manassein) 151.
- Sulfonalexantheme (Wolters) 37.
- Sykosis coccogenes 483.
- , Heilung der (Koschewnikow) 206.
- Syphilid, Lichenoides (Bóna) 74.
- , Pustulöses (Lewin) 182.
- , Serpiginöses (P. Richter) 68.
- , Umfangreiches, serpiginöses, tuberkuloceroses (Marmonier) 192.
- Syphilis 31.
- (Morrow) 86; — (Neumann) 90.
- , Zur neuesten Geschichtschreibung der (Proksch) 139.
- Syphilis in Europavor der Entdeckung Amerikas (Puschmann) 653.
- , Beweise in Yucatan für die Möglichkeit des Zusammenhanges der präcolumbianischen S. mit Asien (Ashmead) 35.
- in Rußland (Petersen) 101.
- im Koischen Kreise (Tschapin) 101.
- auf dem Lande (Herzenstein) 101.
- in Livland, Zur Bekämpfung der (Trukart) 362.
- unter den Prostituierten der St. Peterburger Bordelle (Widersky) 150. 371.
- , Zur Bekämpfung der 363.
- , Dauer der Ansteckungsgefahr bei der (Feulard) 597.
- , Zur Kasuistik der Übertragung der S. auf die Geschlechtsteile (Stein) 103.
- , Extragenitale (J. Lenz) 104; (P.) 106.
- , Familienepidemie von extragenitaler (Gebert) 104.
- , Zweimalige Infektion mit (Hutchinson) 198.
- , Erfahrungen über (Pericic) 101.
- , Verhalten der weißen Blutkörperchen bei (Badaeli) 654.
- in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, Über Blutveränderungen der (Justus) 454.
- und Quecksilberkur, Qualitative und quantitative Veränderungen des Blutes bei (Jawein) 662.
- und Reiz (Oschner) 75.
- , Veränderungen an der Epiglottis bei (Hansemann) 106.
- des Kehlkopfes, Letaler Fall von (Davis) 659.
- des äußeren Ohres (Bruck) 107.
- des Rectum, Behandlung (Sundholm) 660.
- und Atrophie und trockene Entzündung der Härte des Respirationsapparates (Sticker) 658.
- Pleuritis, Phlebitis und Ikterus im Gefolge von (d'Aulney) 596.
- , Ikterus bei recenter (Neumann) 657.
- und die Ätiologie des Atheroms (Weber) 655.
- , Erythema exsudativum multiforme mit (Rosenthal) 68.
- und Erythema nodosum (De Bearmann und Claude) 191.
- der Portio (Wolter) 660.
- tardiva und Endometritis fungosa (Gelli) 661.
- bei Herz und Lungenkrankheiten (Weber) 659.
- , Die im späteren Lebensalter acquirierte (Taylor) 655.
- Prognose der acquirierten S. im Einzel-falle (Klotz) 102.
- maligna (Tarnowsky) 324. 426.
- — (Cannet) 188.

- Syphilis maligna praecox* (Cannet und Barasch) 188.
- , Schwere (Lewin) 70.
 - , Cerebrale (Cardarelli) 663.
 - , Cerebrospinale. Zwei aphatische Anfälle. Meningomyelitis cervicalis superior (Fournier) 186.
 - , des Gehirns, Drei Fälle von (Gajkiewicz) 315.
 - , Über Großhirnrindenerkrankungen mit Berücksichtigung ihrer Beziehung zur (Küppen) 315.
 - , Über Neurasthenie nach Ablauf der Sekundärperiode der (Gilbert) 312.
 - , spinalis, Beitrag zum Studium der (Orlowski) 155.
 - , und Tabes (Erb) 663; — (Glück) 314.
 - , Pathogenese der tertiären S. mit Rücksicht auf die Behandlung (Neumann) 452.
 - , Zur Statistik der tertiären (Raff) 364.
 - , Die Heilung der (Westerfield) 380.
 - , Ursache des Misserfolges bei der Behandlung der (Dubois-Havenith) 455.
 - , Verhalten des Magens bei Behandlung wegen (Babon) 191.
 - , Jodchinin bei sekundärer (Assaky) 459.
 - , Behandlung mit Jodsalzen (Briquet) 157.
 - , Behandlung mit Kaliumquecksilberhyposulfit (Rille) 671.
 - , Kalomeleinspritzungen bei (Jullien) 157.
 - , und ihre Heilung durch kleine Gaben Quecksilber (Böing) 668.
 - , Intensive Quecksilbertherapie vom Beginne der zweiten Inkubationsperiode (Mannino) 85.
 - , Therapeutischer Wert der hypodermatischen Quecksilberinjektionen und besonders des Hydrargyrum bichloratum (Barucco) 671.
 - , Behandlung mit intravenösen Quecksilberinjektionen (Stukowenkoff) 670.
 - , Technik der endermatischen Behandlung der (Herxheimer) 456.
 - , Schwefelthermen bei (Lavarenne) 669.
 - , Moderne Bestrebungen in der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Schwefelthermen (Finger) 455.
 - , und Soolbäder (Vollmer) 557.
 - , Heilwert des Erysipels bei (Rudolph) 654.
 - , Hämatotherapie der (Neumann) 669.
 - , Serumtherapie der (Tommasoli) 84; — (Müller) 241; — (Tarnowsky) 367.
 - , Behandlung recenter S. mit tertiärsyphilitischem Serum (Boeck) 304.
- Syphilis in Kiew*, Die Resultate der ersten Versuche mit Serumtherapie der (Wreden) 454.
- , Hereditäre (Anderson) 80; — (Hawthorne) 666.
 - , charakteristica hereditärer (Caspary) 71.
 - , Pathognomonische Zeichen der kongenitalen (Silex) 450.
 - , Fötale (Albers-Schönberg) 666.
 - , Placentare (Schwab) 107.
 - , in der Kindheit, Nervöse Manifestationen der hereditären (Sachs) 665.
 - , Verkannte infantile (Feulard) 186.
 - , hereditaria infantilis, Drei seltenere Fälle von (Battistini) 380.
 - , — infantum, Über spät auftretende Knochenerscheinungen bei der (Sbordoni) 316.
 - , —, Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der (Pollak) 316.
 - , — tarda (Hunicken) 316.
 - , Kongenitale Lebercirrhose bei (Marchand) 658.
 - , des Rückenmarks, Hereditäre (Gilles de la Tourette) 663.
 - , Tonsillenhypertrophie vortäuschende hereditäre (Garel) 667.
- Syphilisartiges Aussehen eines seborrhoischen Ekzems des Haarbodens* (Alglave) 187.
- Syphilisbehandlung mit Pferdeserum* (Lourier) 643.
- , Natronnitrit bei der (Sprecher) 598.
- Syphilitiker, Über medikamentöse Magenaffektionen bei den* (Gaston und Babon) 660.
- , Bedeutung der Mineralwässer zu Staraja Russa für die Behandlung der (Tschistjakow) 456.
 - , vor und während der Quecksilberbehandlung, Das Blut von (Valerio) 598.
- Syphilitische Augenerkrankungen, Gefäßveränderungen bei* (Alexander) 664.
- , Arteriitis der Retina (Galezowky) 186.
 - , Hornhautentzündung, Hereditäre (Burchardt) 665.
 - , Tarsitis (Reiner) 664.
 - , Ausschläge, Schwierigkeit ihrer Beurteilung (Hutchinson) 198.
 - , Bronchitiden (De Figueiredo) 105.
 - , Früherkrankungen des Centralnervensystems (Brasch) 661.
 - , circinäres Erythem (Petersen) 656.
 - , Dactylitis (Heller) 232.
 - , Erkrankungen des Gehörorgans (Haber mann) 92.
 - , Gelenkaffektionen 537.
 - , — (Jastrebow) 107.
 - , Manifestationen in den Knochen und Gelenken, Kongenitale (Morgan) 108.

- Syphilitischer Icterus praecox (Aschner) 657.
- angeborene Lebercirrhose, seltener Fall (Tonkow) 658.
 - Meningitis basilaris gummosa (Sarbo) 316.
 - Myelitis acuta (Starck) 313.
 - — — praecox (Gyurman) 314.
 - Veränderungen am Nabelstrang (Lau-gier) 192.
 - Narben, diagnostischer Wert derselben (Morrow) 86.
 - Pachydermie, Anatomisches Präparat von diffuser (Kanthack und Home) 106.
 - Peritonitis (Krupetzkoj) 107.
 - Pseudo-Lupus (Fournier) 186.
 - Infektion gegen das Ende der Schwangerschaft, Postkonzeptionelle (Welan-der) 654.
 - Reinfektion (Aschner) 76; — (Mraček) 103; — (Collings) 638.
 - heilbare Rückenmarksschwindsucht (Adamkiewicz) 315.
 - Säuglinge und Ammen 548.
 - Schanker und Infiltration der Wangen-lymphdrüsen (Vanthey) 105.
 - — des Auges (Griwzov) 105.
 - — der Finger (Fournier) 655.
 - — am Hinterkopfe (Boeck) 656.
 - Typhoid (Juliano Mereira) 107.
- Syphilom der Harnröhrenmündung und Striktur (Casoli) 445.
- der Nase von ungewöhnlicher Form und Entwicklung (Morrow) 86.
 - des Nebenhodens, Ein Fall von (Du-rand) 158.
- Syngocystadenom 14.
- Tabes dorsalis und Syphilis (Glück) 314; — (Erb) 663.
- — syphilitica, Über heilbare (Adam-kiewicz) 315.
- Tätowierungen, Zur Entfernung der (Minime) 487.
- Talgdrüsenblennorrhoe und Narbenkeloid des Penis (Baumgarten) 47.
- Tannoform, Therapeutische Mitteilungen über (Frank) 457.
- Termophore (Quincke) 168.
- Tertiär-syphilitische Erscheinungen im Larynx und die Larynxstenose (Mar-chal) 452.
- Testikel-Dislokation (Guiteras) 152.
- Testikel-Degeneration im Anschluss an eine Verletzung (Bloom) 638.
- Tetanus nach Circumcision bei einem Säugling; Genesung (Schirman) 45.
- Thiosavonale [wasserlösliche Schwefel-seifen] (Müller und Grube) 319.
- Thyrojodin (Baumann) 164; — (Hennig) 166.
- Wirkung auf den Stoffwechsel bei Fettsucht (Grawitz) 166.
- Tinea circinata der Beine, Ungewöhnliche (Morris) 77.
- Tribromphenolwismuth [Xeroform], ein neues pulverförmiges Antisepticum (Heuss) 167.
- Trichomonas als Parasit des Mannes (Dock) 500.
- Trichophytia circinata mit Ichthyosis (Rosenthal) 69.
- Trichophytiasis und Herpes tonsurans, hervorgerufen durch das Mikrosporus Gruby (Sabouraud) 576.
- und Pseudo-Alopecie (Dubreuilh und Frèche) 536.
- Trichophytie s. auch Herpes tonsurans.
- des behaarten Kopfes (Joseph) 69.
 - der Lider (Dubreuilh) 197.
 - des Haarhodens und der Nägel (Du-breuilh) 196.
 - der Nägel (Boyer) 201.
- Trichophytie-Pilz, Vielheit des (Fox und Blaxall) 633.
- Weitere Studien über (Krösing) 240.
- Trichophyton der Haut; seine morphologischen und klinischen Varietäten (Collavitti) 86.
- Trichophytonarten in der Provinz Parma (Pelagatti) 515.
- Trichophyton-Erkrankungen, Tiefe und eiternde und deren Krankheitserreger (Rosenbach) 169.
- Trichophytosis, Über den Nachweis der Pilze im Gewebe bei (Ullmann) 305.
- Trioxymethylen, Kathetersterilisation durch Dämpfe von Formol und (Janet) 159; — (Claisse) 160.
- Tripperbehandlung, Moderne (Schlifka) 51. Tannoform 163.
- durch Spülungen mit hypermangan-saurem Kali (Goldberg) 27.
- Tripperinfektion, Extragenitale (Aquila) 16.
- Tripperrheumatismus: Behandlung durch Terpentinfäder (Balzer) 47.
- Trophoneurose des Gesichts und des Haarhodens, Erythemato-bullöse (Gau-cher und Barbe) 187.
- Tuberkulosis, Allgemeine, und Elephan-tiasis-Dermatitis ekzematösen [seb-orrhoeischen] Ursprungs (Andry) 477.
- colliquativa 348.
 - cutis (Schwimmer) 73.
 - fungosa 349.
 - gummosa 348.
 - papillomatosa 346.
 - suppurativa 350.
 - ulcerosa miliaris 349.
 - verrucosa 346.

- Tuberculosis verrucosa cutis (Rosenthal) 69; — (Palm) 182.
 — der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie, Chirurgische Behandlung (Bier) 100.
 — Hauterscheinungen bei Serothérapie der (Maragliano) 100.
 — und Hautkrankheiten (Hallopeau) 597.
 — und nicht lupöse Krankheiten (Hallopeau) 341.
 Tuberculum anatomicum (Dubois-Havenith) 651.
 Tuberkel- und Leprabacillen, Zur Differentialdiagnose (Spiegel) 221.
 Tuberkulin und einige andere irritierende Produkte infektiöser Keime (Broochieri) 379.
 Tuberkulöses Ekzem oder Lupus exfoliatus (Eddowes) 19.
 — Epididymitis, doppelseitige (S. Alexander) 153; — (Hance) 154.
 — Prozesse, behandelt mit Jodoformvasogen (Ostermayer) 651.
 — Ulceration der Nasenhöhle (Hill) 100.
 Tumoren, Bakteriotherapie der malignen (Glücksman) 248.
 —, Maligne, mit Toxinen des Erysipelstreptococcus und des Bacillus prodigiösus behandelt (Swain)²248.
- Ulcus durum et molle urethrae (Eisele) 104.
 — gefolgt von Bubo inguinalis (Miekeley) 377.
 — molle, Mikroorganismen des (Jordan) 207.
 — —, Chirurgische Behandlung des (Grinzow) 208.
 — — der Urethral Schleimhaut (Swinburne) 207.
 — — Behandlung (Lanz) 208.
 — simplex mit Perforation der Vorhaut (Durand) 192.
 — rodens auf der Rückseite des Halses (St. Mackenzie) 81.
 — traumaticum linguae (Partsch) 382.
 Ulerythema centrifugum 351.
 Unguentum Caseini, Eine neue Salbengrundlage (Goliner) 554.
 Urathische Diathese und ihre Behandlung mit Quinalgen (Ingraham) 500.
 Ureter, Divertikel des U. bei Atresie des letzteren (Lindemann) 261.
 Ureteren, Zur Anatomie der (Schwalbe) 541.
 —, Über abnorme Ausmündungen der (Weelfler) 262.
 — mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Blase (Burckhard) 499.
- Ureteren, Resektion der Harnblase mit Verlagerung der (Küster) 540.
 Ureterenkatheterismus (Nitze) 499.
 Uretereneinpflanzung in den Mastdarm (Eiselsberg) 71.
 — — ohne Nähte (Boari) 82.
 Urethra s. auch Harnröhre.
 —, Fremdkörper in der (Schreiber) 247.
 —, Erworbene Substanzverluste der; und Behandlung mit Urethroplastik (Dittel) 110.
 —, Ruptur mit ausgedehnter Urininfiltration; perinealer Steinschnitt und rückläufiges Katheterisieren (Horwitz) 110.
 —, Einfaches Instrument zur Einführung von Salben in die (Friedlieb) 113.
 —, Ulcus durum et molle der (Eisele) 104.
 Urethralpapillome und parurethrale Hohlgänge, Behandlung der (Ehrmann) 111.
 Urethritiden, Die nichtblennorrhöischen (Nacciarone) 490.
 Urethritis ohne Gonokokken (Picard) 449.
 — und Prostatitis non blennorrhöica (Róna) 259.
 Urethrocele vaginalis, Über (Boursier) 503.
 Urethro-Cystitis, Argentamin bei akuter (Leclere) 116.
 Urethroplastik bei erworbenen Substanzverlusten der Urethra (Dittel) 110.
 — wegen Penisfistel (Loumeau) 489.
 Urethrotomia, Indikation der U. bei Verengerung der Harnröhrenmündung (Barrucco) 84.
 — interna, Strikturen behandelt mit Dilatation durch (Nacciarone) 490.
 Urine, Über die Entfärbung zuckerhaltiger U. mit Tierkohle (Lohnstein) 267.
 Urininfiltration, Ruptur der Urethra mit ausgedehnter (Horwitz) 110.
 Urinverhaltung, Chronische mit Ausdehnung der Blase. Behandlung durch Katheterismus (Michon) 160.
 Urobilin, Über die Entstehung des (Beck) 266.
 — im normalen und pathologischen Harn (Jolles) 266.
 Urobilinurie, Pathogenese der (Giarré) 501.
 Urogenitalapparat, Drei Fälle von Verletzungen des (Seefisch) 360.
 Urologische Hilfsapparate (Dufaux) 246.
 Urticaria 279.
 — Dermographische, Beitrag zur Physiologie der (Hallopeau und Tessier) 37.
 — infolge von Eingeweidewürmern (Casarini) 641.
 — infantilis 293.

- Urticaria der Kinder (van der Sperk) 541.
 — pigmentosa ohne Pruritus (Eudlitz) 188.
 —, Wirkung des statischen Stromes bei (A bramytshew) 151.
- Vagabonds Disease 283.
 Vaginalgeschwür, Vortäuschung eines Schankers durch ein (Gagnière) 544.
 Varicellen und Masern gleichzeitig bei demselben Individuum (Szczypiorski) 602.
 Varicocele, Operative Methode zur Behandlung der (Brault) 257.
 — Sieben Fälle behandelt mit Incision, Ligierung der Venen und Verkürzung des Scrotums (Parker) 258.
 Veneriker, ihre Unterbringung in den Krankenhäusern Petersburgs (Herzenstein) 548.
 Venerische Krankheiten (Taylor) 547.
 Verbrennung ungewöhnlicher Intensität (Kaposi) 38.
 — der Kopf- und Gesichtshaut mit nachfolgenden Delirien etc. (Bourneville und Tessier) 38.
 —, Pikrinsäure bei (Thiéry) 39.
 —, Antiseptische Behandlung der (Nageotte-Wilbuschewicz) 39.
 Verengerung der Harnröhrenmündung; Indikation der Urethrotomie und neues Instrumentarium (Barrucco) 84.
 Vergiftung durch Injektion von Kokainlösung in die Urethra (Pfister) 555.
 Verhornung, Über (Rabl) 540.
 Verruca vulgaris (Dubreuilh) 196.
 Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei Epididymitis blennorrhoeica (Colombini) 49.
 Vestre-Hospital in 1895 (Bergh) 268.
 Vierteljahrsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates (Casper und Lohnstein) 268.
 Vitiligo (Morton) 24; — (Hess) 256.
 — bei einem sechsjährigen Knaben (Wladimirow) 256.
 —, Psoriasis; infantiles Ekzem, Lippenekzem (Shoemaker) 672.
 Vortäuschung eines Schankers durch ein Vaginalgeschwür, das infolge eines liegendebliebenen Seidenfadens entstanden war (Gagnière) 544.
 Vulvitis aphthosa und Stomatitis (Christlieb) 202.
 — bei kleinen Mädchen (Legladie) 542.
- Warzen 482.
 Wassersüchtige postscarlatinöse Anschwellungen im Kindesalter (Schmey) 606; — (Schumann) 607.
 Wucherungen der Haut, Angeborene (Thiry) 253.
 Wurm im epidermoidalen Gewebe (Sokolow) 487.
 Wurmkrankheit, Chronische mit Ausgang in akuten Rotz (Juliano Moreira) 109.
- Xanthinblasen und Harnsäure im Urin, Diagnostische Bedeutung der (Brandenburg) 501.
 Xanthoma diabeticum, Ein Fall von (Gass) 252.
 — und hypertrophische Lebercirrhose (C. Fox) 78.
 Xeroderma pigmentosum (West) 78.
 Xeroform [Tribromphenolwismuth] (Heuss) 167.
- Yaws 632.
 Yucatan, Beweise in Y. für die Möglichkeit eines Zusammenhanges der präcolombianischen Syphilis mit Ams (Ashmead) 35.
- Zerstäubung von Mineralwässern in Füllen von Sklerosis und Leukokeratosis linguale (Bénard) 202.
 Zoster 7.
 —, Spinale Metamerie und periphere Verteilung des (Brissaud) 40.
 Zosterrecidiv (Dubreuilh) 197.
 Zottengeschwulst der Blase, Operation mit dem Nitzeschen Operationscystoskop (Görl) 26.
 — —, Periphere Versteinerung einer (Nicaise) 214.
 Zunge, Carcinom der (Buschke) 382.
 —, Exulceriertes Gumma der (Schaeffer) 382.
 —, Leukoplakie und Gumma der (Neisser) 382.
 — Landkarten-, [Lingua geographica] (Partsch) 382.
 —, Ulcus traumaticum der (Partsch) 382.
 — Faltenzunge (Lingua plicata) 382.
 Zungenlupus (Spine) 197; — (Münchenheimer) 382.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

- Abelin** 108.
Abraham, Fall von Pityriasis rubra pilaris 19.
— Geschwür auf der Wange bei einem Kinde 19.
— Fall von Acne varioliformis 19.
— 20. 21. 562.
Abramyschew, Die Wirkung des statischen Stromes bei Urticaria 151.
— Idiosynkrasie gegen Quecksilber 151.
Adamkiewicz, Über syphilitische, heilbare Rückenmarksschwindsucht 315.
Adamson, Kultur des Favuspilzes 78.
— 80. 392. 395. 396. 397. 402. 633.
Adenot, Carcinoma vesicae urinariae 213.
— Entfernung eines Stück Thermometers aus der Harnblase 214.
— Fremdkörper in der Blase 495.
Alapy, Bemerkungen zu Hottingers Arbeit über die Frage der Absorptionsfähigkeit der Harnblase 306.
— 238. 306.
Albarran, Achtzig Fälle von Lithotripsie 494.
— und **Mosny**, Untersuchungen über die Behandlung der Harninfektion mit Serum 378.
— und **Barzet**, Bemerkungen über die Bakteriologie der Harnabszesse 379.
Albers-Schönberg, Über fötale Syphilis 666.
Alexander, S., Ein Fall von doppelseitiger, tuberkulöser Epididymitis 153.
— 152. 153. 490.
Alexander, Louis, Über Gefäßveränderungen bei syphilitischen Augenkrankungen 664.
— 31.
Alexejewsky und Borissowsky, Über die harntreibende Wirkung des Methylenblau 502.
Alglave, Fall von seborrhoischem Ekzem des Haarbodens medikamentösen Ursprungs und von syphilitischem Aussehen 187.
Alibert 180.
Allen, Ch. W., Ein Fall von Brand des Hodensacks 46.
—, **G. W.**, Bemerkungen über die Behandlung der Cystitis 48.
— 490.
Altmann 484.
Altschul 320.
Anders 362.
Anderson, W., Kongenitale Syphilis 80.
D'Anna 510.
Appel, Referat 641.
***Aquila**, Ein von extragenitaler Tripperinfektion 16.
d'Arcy Power 109.
Arnaud Lucien, Ein Fall von Lepra erfolgreich mit Tuberkulin behandelt 157.
— Die Ausspülung der Urethra 542.
Arnheim, A., Sanoforn, ein neues Ersatzmittel für Jodoform 599.
Arning 96. 649.
Arnold 549.
Arnozan 413.
— 572.
Arzberger 308.
Aschner, A., Syphilis oder Keratoma? 75.
— Ein Fall von Reinfectio syphilitica 76.
— Die Behandlung des Harnröhrentrippers mit Argentamin 115.
— Beiträge zum Icterus syphiliticus praecox 657.
— Referate 41. 77. 99. 209. 240. 253. 255. 314. 315. 454. 496. 502. 508. 671.
— 161.

- Ashmead, A. S., Prof. Bandelers Ansichten über die auf Huacos-Steingutgefäßen abgebildeten Mißbildungen 33.
 — Beweise in Yucatan für die Möglichkeit eines Zusammenhanges der präkolumbianischen Syphilis mit Asien 35.
- Assmuth, Über die differential-diagnostischen Merkmale des Blutharnes je nach seiner vesikalen oder renalen Herkunft 265.
 — Der Verlauf einer inveterierten Harnröhrenstriktur 363.
 — 362.
- *Assaky, Die therapeutische Wirkung des Jodchinins bei der sekundären Syphilis 459.
- Aubert 239. 572.
- Audrain 563. 564.
- *Andry, Ch., Allgemeine Tuberkulose und Elephantiasis - Dermatitis ekzematösen (seborrhöischen) Ursprungs 477.
 — Über die Degeneration der Zellen in der Wand eines aktinomykotischen Hautabscesses 158.
 — Ein Fall von eothyma-ähnlicher Hauttuberkulose 543.
 — 52. 114. 351.
- d'Aulney, G. B., Pleuritis, Phlebitis und Ikterus im Gefolge von Syphilis 596.
- Auspitz 285. 286. 299. 300. 303.
- Babes 643.**
- Babon, J., Das Verhalten des Magens bei Behandlung wegen Syphilis 191.
 — und Gaston, Über medikamentöse Magenaffektionen bei den Syphilitikern 660.
- Bach, Heinrich, Über die Behandlung der Hydrocele durch Punktion mit Injektion von konzentrierter Karbolsäure 257.
- Baduel und Silvestrini, Die infektiösen Hämorrhagien beim Menschen 643.
- Baelz 22.
- Bärensprung 31.
- Bailey und Brewer, Klinischer und pathologischer Bericht über einen Fall von Gehirnsyphilis 639.
- Bakó, Eine nach Beckenbruch aufgetretene Verengung der Harnröhre 306.
 — 237. 238. 239.
- Baldwin, A., Die Wirkung der unilatéralen Atrophie des Testikels auf die GröÙe der Prostata 258.
- Ball, Lupus des Rachens und der Nase und der äußeren Haut 100.
- Ballance 549.
- *Balzer, F., Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittelst dauernder Irrigation mit einer heißen Lösung von Kalium permanganicum 570.
- Balzer, Behandlung des Tripperrheumatismus durch Terpentinbäder 47.
 — 126. 405—409. 411. 416. 418—421. 571. 609—611. 613. 615.
- Bange, B. 154.
- Banzet und Albarran, Bemerkungen über die Bakteriologie der Harnabscesse 379.
- Barasch und Cannet, Syphilis maligna praecox 188.
 — Über einen weiteren Fall von bedeutender und dauernder Besserung eines Lupus durch Erysipel 187.
- Baratoux 92.
- Barbe und Gaucher, ErythematöÙe Trophoneurose des Gesichts und des Haarbodens 187.
 — 351.
- Barlow 28. 108. 109.
- Barrucco, Pathologische und klinische Bedeutung der Verengung der Harnröhrenmündung, Indikation der Harnthrombie und neues Instrumentarium 84.
 — Der therapeutische Wert der hypodermatischen Quecksilberinjektionen und besonders des Hg. bicyanatum bei der Behandlung der Syphilis 671.
- Barthélemy 368. 620.
- Bartholin 374. 375. 593.
- Basch, Ein Fall von extragenitaler Infektion 240.
 — 77.
- Basedow 641.
- Basserau 430.
- Bateman 270.
- Battistini, Drei seltenere Fälle von Syphilis hereditaria infantilis 380.
- Bauer 244.
- Baumann, E., Über das ThyrojoJin 164.
 — Über die Jodverbindungen der Schilddrüse 555.
- Baumgarten, S., Ein Fall von Talgdrüsenblennorrhoe und Narbenkeloid des Penis 47.
 — 95. 221. 222. 223. 225. 228. 238. 316.
- Baumgärtner, Über Enukleation der Hämorrhoidalknoten 540.
- Bayer 357.
- Bazin 80. 358. 567.
- Bazy, Über die innerliche Darreichung von Schilddrüsen- und Prostatasubstanz bei der Behandlung der Prostatatrophie 498.
- Beck, A., Über die Entstehung des Urobilins 266.
- Beddies, A., und Fischer, Chinocol als Antiseptikum und Heilmittel (Antipyreticum) 599.
- Behrend, G., 282. 299.

- Behrend, M., Ein Fall von Pemphigus acutus mit Horneystenbildung 591.
- Bekorewitsch, Zur Massagebehandlung variköser Wunden 254.
- Bénard, Zerstäubung von Mineralwässern in Fällen von Sklerosis und Leukokeratosis linguae 202.
- Bender, das Argonin (Argentum-Kasein), ein neues Antiblebennorrhoeum 116.
- Beneke 14.
- Bereskin, Zur Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Kastration und Durchschneidung des Samenstranges 498.
- Berg 159.
- Bergel, Erscheinungen an der Haut nach äufserer Anwendung von Lysol 642.
- Bergh, R., Vestre-Hospital in 1895.
- von Bergmann, A., 42. 43. 363. 649.
- *Berliner, Carl, Morbus Basedowii und totale Alopecie 561.
- Referate 21. 26. 30. 35. 82. 90. 98. 109. 113. 155. 199. 200. 201. 206. 211. 214. 244. 247. 250. 251. 254. 258. 260. 261. 305. 312. 375. 378. 489. 495. 497. 506. 594. 636. 640.
- 175. 177. 178.
- Bernard, Claude 287.
- *Besnier, Ernest, Zur Prurigofrage 269.
- Über die Prurigofrage 596.
- 11. 73. 85. 186. 203. 236. 245. 274. 298. 300. 302. 303. 341. 345. 346. 351. 353. 404. 595. 597. 611. 615.
- Bettencourt und Pestana, Über die Anwesenheit des Leprabacillus in der Medulla eines an Syringomyelitis verstorbenen Individuums 650.
- De Beurmann und Claude, Erythema nodosum und Syphilis 191.
- Bezold, Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchung des Ohres bei Masern 602
- Bier, August, Behandlung chirurgischer Tuberkulose der Gliedmaßen mit Stauungshyperämie 100.
- Lupus der Extremitäten 100.
- Hodentuberkulose 100.
- Biermann 488. 489.
- Billroth 646.
- Binaghi 510. 513. 514.
- Biondi 568.
- Birch-Hirschfeld 13. 666.
- Biquet, Über den Jodismus, seine Varietäten, Ätiologie und Behandlung 164.
- Bizzozzero 525—528.
- Blank, T., Pflasternaht 608.
- Blaschko, Experimentelle Übertragung von Alopecia areata 183.
- Autointoxikation und Hautkrankheiten 546.
- die Lepra im Kreise Memel 375. 648.
- 184. 451. 452. 563. 649.
- Blasucci, Die hypogastrische Drainage bei der Epicystotomie 257.
- Blaxall, F. R. und Fox, Eine Untersuchung über die Vielheit des die Trichophytie beim Menschen verursachenden Pilzes, wie er in London vorkommt 633.
- 392. 396.
- Bleibtreu 633.
- Blokusewski 508.
- Bloom, J. N., Degeneration eines Testikels im Anschluß an eine Verletzung 638.
- 308.
- Blumensau, Über die multiple Neuritis: Pseudotabes oder die Nervotabes infolge von Quecksilber 313.
- Boari, Eine leichte und schnelle Art, die Harnleiter ohne Nähte, mittelst eines eigens dafür gefertigten Knopfes dem Darm einzufügen 82.
- Book 15.
- Bockhart 239.
- Bodin 391. 392. 398. 401. 586. 589.
- Boeck, C., Syphilitische Initialsklerose am Hinterkopfe 656.
- Behandlung recenter Syphilis mit tertiärsyphilitischem Serum 304.
- 351. 525. 527. 572.
- 618—624.
- Böing, H., Die Syphilis und ihre Heilung durch kleine Gaben Quecksilbers 668.
- Bohland, K., Über den Einfluß des salicylsauren Natrons auf die Bildung und Ausscheidung der Harnsäure 501.
- Boinet 208.
- Bolle 643.
- Bolognesi, Vergleichende Untersuchungen zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden des Erysipels und der Serotherapie bei dieser Affektion 206.
- *Boltz, R., Über die Resultate der Blennorrhoebehandlung mittelst Argonin 385.
- Bonaduce 368.
- Bondesen, Die Gesundheitsvisitationen im Heere 547.
- Bonome 95. 651.
- Booth, Arthur, Ödem bei Morbus Basedowii, Bericht über einen Fall von Ödem der Augenlider 641.
- Bordier, Elektrostatistische Behandlung des Ekzems 199.
- Borissowsky und Alexejewsky, Über die harntreibende Wirkung des Methylenblau 502.
- Born 655.
- Borst und Dauber, Maligne Endocarditis im Anschluß an Blennorrhoe 51.
- Bostroem 500.
- Boucharde 280. 344. 546.
- Bourcy 537.

- Bourneville und Tessier, Verbrennung der Kopf- und Gesichtshaut 38.
- Boursier, Über Urethrocele vaginalis 503.
- Bowen, J. T., Keratosis follicularis (Psorospermoze folliculaire végétante-Darier) 908.
— 562.
- Bowles 21.
- Boyer, Über Trichophytie der Nägel 201.
- Branch 632.
- Brandberg 418.
- Brandenburg, Curt, Über die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinbasen im Urin 501.
- Brandt 452.
- Brasch, Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Zentral-Nervensystems 661.
— 649.
- Braut, Operative Methode zur Behandlung der Varicocele 257.
- Braun 375.
- Brauns, H., Über einen eigenartigen Fall von Häutung bei einem neugeborenen Kinde 246.
- Brazzola 510.
- Bregman, L. E., und Zawadzki, Endocarditis blennorrhoea mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, zentralen Schmerzen und Ödem 506.
- Brewer, G. E., und Bailey, Klinischer und pathologischer Bericht über einen Fall von Gehirnsyphilis 639.
- Briquet, Die Behandlung der Syphilis mit verschiedenen Jodsalzen 157.
- Brissaud, Die spinale Metamerie und die periphere Verteilung des Zoster 40.
— 346.
- Brocchieri, Klinische und experimentelle Untersuchungen über das Tuberkulin und einige andere irritierende Produkte infektiöser Keime 379.
- Brocq, L., Behandlung der beginnenden Acne hypertrophica 203.
— Die Prurigofrage 596.
— Weitere klinische Bemerkungen über Lichenifikation und Neurodermitis 595.
— 80. 81. 185. 203. 272. 273. 274. 277. 285. 290. 341. 351. 353.
— und Perrin, Parasitophobe Neurodermien 648.
- Bronson 24.
- Brouardel, G., Fall von Elephantiasis der äußeren Genitalien nach Extirpation der inguinalen Lymphdrüsen 187.
- Brown, T., Ein Fall von Chylus-Hydrocele 151.
— 152. 153. 490.
- Browne, B., Eine bisher unbeschriebene Stelle der männlichen Harnblase, wo ein Konkrement der Berührung mit der Sonde entgegen kann 493.
- Bruck, Alfred, Zur Syphilis des äußeren Ohres 107.
- Bruns, P., und Ewald, Über die therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate 537.
- Buck, De 459.
- Buelz 501.
- Bütschli 484. 485.
- Bulkley 22. 25.
- Bulloch, W., und Pernet, Akuter Pemphigus; ein Beitrag zur Ätiologie der akuten, bullösen Eruptionen 632.
- Bunsen 186.
- Bunzel, Rudolph, Über den Einfluss der vasomotorischen und sensiblen Nerven auf die durch Verbrühung hervorgerufene Entzündung des Kaninchenohrs sowie über die während der Verbrühung auftretenden Allgemeinerscheinungen insbesondere die Tachypnoe 644.
- Burchardt, Über hereditär-luetische Hornhautentzündung 665.
- Burckhard, G., Über Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Harnröhre 499.
- Bureau und Hallopeau, Über einen neuen wahrscheinlich trophoneurotischen Fall von Pseudo-Alopecia areata 188.
- Burow 652.
- Busch 450. 648.
- Buschke, A., Carcinom der Zunge 362.
— Über chronischen Rots der menschlichen Haut, nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen 589.
- Butte 287.
- *Buzzi, F., Über Eleidin 53.
— 57. 356.
- Byram-Bramwell 537.
- Cadeddu 510.
- Cadilhac, Scarlatinaepidemie in Montpellier 605.
- y Cajal Ramon, Histologische Studien über die epithelialen Geschwülste 548.
— 371. 373. 549.
- Callari, Über die Thermotheapie der Blennorrhoe 446.
- Cameron, J. S., Verhältnisse der Häuser in Bezug auf ihren Einfluss auf die Genesung von Masern 604.
- Campana, Über das Verhalten der Aufgüsse von Strepto- und Staphylococcus pyogenes gegenüber der Haut einiger Tiere und des Menschen 31.
— 86. 379.
- Campanini 510.
- Campbell 292.
- Cannet, Maligne Syphilis 188.

- Cannet und Barasch, Syphilis maligna praecox 188.
- Canova, Die Wirkung des Ichthyols bei der Blennorrhoe 607.
- 126.
- Capellari, Ein Fall von intermittierender hysterischer Hämaturie 265.
- Cardarelli, Zwei Fälle von cerebraler Syphilis 663.
- Carlier 646.
- Carlyle 402.
- Carrasquilla, Juan de Dios, Die Serumbehandlung der Lepra 650.
- Serumtherapie bei Lepra 98.
- Carruccio, Die anatomischen Veränderungen der Haut infolge von Scabies beim Kaninchen und beim Menschen mit Lepra anaesthetica 86.
- Klinischer und bakteriologischer Beitrag zum Erythema polymorphum phlyctenoides 379.
- Die anatomischen Veränderungen bei der Acariasis des Kaninchens und beim Menschen mit anästhetischer Lepra 598.
- Cartier 58.
- Casarini, Ein Fall von Urticaria infolge von Eingeweidewürmern (*Ascaris lumbricoides*) 641.
- Casoli, Das Syphilom der männlichen Harnröhrenmündung und seine Spätfolgen bezüglich der Striktur 445.
- Caspary, Characteristica hereditärer Lues 71.
- 235. 236. 300.
- Casper, C., Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales 262.
- und Lohnstein, Vierteljahrsberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates 268.
- , L., Cystoskopie 44.
- Cazàl, Kanthariden-Tinktur und Albuminurie 554.
- Cazenave, 274. 277. 284. 285.
- Ceraso, C., Die Blennorrhoe des Auges und ihre Behandlung 51.
- Chalmers, Wiederauftreten von Scharlachfieber 605.
- Chalot, Zur Behandlung der Prostatahypertrophie durch Resektion der Canales deferentes 259.
- Chantemesse 206.
- Charcot 256. 663.
- Chauffard 612. 615.
- Chandle 28.
- Chevalier 568.
- Cheyne 554.
- Chotzen 131. 134.
- Christlieb, O., Über Stomatitis und Vulvitis aphthosa 202.
- Claessen 633.
- Claisse, Versuch der Sterilisation von Kathetern durch die Dämpfe von Formol 160.
- Clark 260.
- Claude und De Beurmann, Erythema nodosum und Syphilis 191.
- Clifford-Beale 106.
- Coats 634.
- *Cohn, Moritz, Historische Streifzüge (Celsus) 627.
- Cohnheim 549.
- Cole, C. S., Beingeschwüre: Alle können geheilt werden 254.
- Coley 250.
- Colin, Guajakolinjektionen bei schmerzhafter Cystitis 494.
- Collavitti, Das Trichophyton der Haut, seine morphologischen und klinischen Varietäten 86.
- Collier, St. 109.
- Collings, H. P., Ein Fall von syphilitischer Reinfektion 688.
- Collins, Josef, Der Einfluss der anti-syphilitischen Behandlung auf die Verhütung gewisser Erkrankungen des Nervensystems, die man als syphilitisch ansieht 661.
- Colombini, Über die Häufigkeit der Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis pelvica bei der Epididymitis blennorrhoeica und über einen Fall von Prostatitis, Vesiculitis und Deferentitis ohne Epididymitis 49.
- Einige Worte über den Streptobacillus des weichen Schankers 84.
- 130.
- Combenale 420.
- Comby 282.
- Condamin 554.
- *Corlett, W. Th., Weitere Untersuchungen über Dermatitis hiemalis 531.
- Eine eigentümliche Hautkrankheit, begleitet von ausgedehnten warzigen Gewächsen und intensivem Jucken 637.
- Cotterell 305.
- Cowper, 111.
- Coyle 601.
- Craig, T. C., Über den Nachweis des Staphylococcus epidermidis albus auf unerwartete Weise 486.
- Constantini, Behandlung der Blennorrhoe mit Dermatol 508.
- Credé 163.
- Crocker, B., Fall von allgemeiner Pigmentation nach Arsengebrauch 78.
- Mann mit allgemeiner Entfärbung nach Pityriasis rubra 78.
- Portwein-Naevus mit spontaner Rückbildung 78.
- Lepra bei einem Missionar 80.
- Lupus erythematosus von ungewöhnlicher Form 82.
- 25. 300. 341. 353. 536. 562.
- Culver 490.

- Curgenven 607.
 Curtis 510.
 Cutler, Fall von Alopecia areata im Anschluß an Herpes zoster 23.
 — 23. 24.
 Czaplewski 486.
 Czerny, Ein Fall von Lepra Arabum aus Heidelberg 98.
- Daniel**, Die depilatorische Wirkung der Röntgenschen Strahlen 608.
 Danielsen 95.
 Danlos, Über einige Arsenikpräparate und ihre Verwertung in der Pathologie 186.
 — Sclerodermie en plaques 187.
 — 350.
 *Darier, J., Pseudoxanthoma elasticum 609.
 — Über einen Fall von Dermatitis herpetiformis. Eosinophilie 184.
 — Perforierendes Geschwür des Gaumensegels 185.
 — 56. 273. 308. 346. 357.
 Darwin 248. 249.
 Daus 661.
 Dauber und Borst, Maligne Endocarditis im Anschluß an Blennorrhoe 51.
 Daurand, Die intradermale Naht 384.
 Davis, A. M., Kehlkopfsyphilis, nebst Bericht über einen tödlich verlaufenen Fall 659.
 Deaver 110.
 Debove 346.
 Dehio 43.
 Dejace, L., Über die therapeutische Anwendung des Loretins 556.
 Dejafield 377.
 Delaroché 126.
 Delbanco 244.
 Demme 303. 683.
 Deperet 208.
 Deutsch 552.
 Devergie 25. 78. 684.
 Diday 48. 50. 108. 250. 545.
 Diliberto, Beitrag zum Studium der Übertragbarkeit des Epithelioma contagiosum 446.
 v. Dittel, Endoskopische Enttäuschungen 44.
 — Erworbene Substanzverluste der Harnröhre und ihre Behandlung mittelst Urethroplastik 110.
 — Zur Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua nach Primarius Dr. Schopf 215.
 — 216.
 Dock, G., Trichomonas als Parasit des Mannes 500.
- Donovan, W. 163.
 Douglas 152.
 Doutrelepont 349. 350. 651.
 Doyon 85. 298. 300. 611.
 Dreysel, Glossitis interstitialis lueticæ 382.
 — 57. 59. 62. 64. 134.
 Deschaffar 669.
 Dubreuilh, W., Die Lokalanästhesie in der Dermatologie 195.
 — Über einen Fall von chronischer, circinärer Eruption der Haut 196.
 — Beitrag zur klinischen und anatomischen Untersuchung der Verruca vulgaris 196.
 — Über Erythema pellagroides 196.
 — Über einen Fall von Mykosis fungoides 196.
 — Eleidin und Keratohyalin 196.
 — Fall von fixem Antipyrixanthem 197.
 — Fall von Trichophytie der Lider 197.
 — Alopecie der Augenbrauen infolge von Keratosis pilaris 197.
 — Über Exantheme bei der Serothérapie 197.
 — Über deformierende Otitis Pagets 197.
 — Favus des Scrotum 197.
 — Zosterrecidiv 197.
 — 197. 201.
 *— und D. Frèche, Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis 536.
 — — Die Aktinomykose im Südosten Frankreichs 197.
 — und Bernard, Behandlung des Lupus mit Salicylkreosotpflaster 197.
 Dubois-Havenith, Ein Fall von Tuberculum anatomicum 651.
 — Ursache des Mißerfolges bei der Behandlung der Syphilis 455.
 Du Castel 341. 350. 356.
 Duclaux 208.
 Ducrey 84. 91. 151. 207. 208. 311. 570.
 Dührssen 248.
 Düring, E. von, Beitrag zur Lehre von den polymorphen Erythemen 242. 302.
 — 654.
 Dufaux, Einige urologische Hilfsapparate 246.
 Dugan 308.
 Duhring 89. 184. 185. 273. 281.
 Dunn, P., Bemerkungen über blennorrhoeische Iritis 506.
 Duplay 361.
 Durand, V., Über einen Fall von Syphilom des Hodens 158.
 — Ein Fall von Ulcus simplex mit Perforation der Vorhaut 192.
- Eastman, J. R., Zur Entstehung der Corpora amyloacea in der Prostata 376.

- Eberson, M., Das Ichthyol und seine Wirkung 163.
 Ebstein 539.
 Eddowes, A., Lupus exfoliatus oder tuberkulöses Ekzem 19.
 — 20. 21. 358.
 Eger 15.
 Ehlers, Ed., Weitere Beiträge der Beurteilung der Ätiologie der Lepra 96.
 — Bemerkungen über die Leprafage auf Island 96.
 — Ätiologische Studien über Lepra, besonders in Island 244.
 — On the Conditions under which Leprosy has declined in Iceland and the extent of its former and present prevalence 545.
 — 285. 286. 298. 299. 380.
 Ehrlich 237. 511. 549. 550.
 Ehrmann, S., Beiträge zur Therapie der Urethralblennorrhoe und ihrer Komplikationen 507.
 — Über die Behandlung parurethraler Hohlgänge und Urethralpapillome 111.
 Eichmüller, G., Notes sur la lèpre en Islande. Recherches sur l'étiologie 380.
 Eichstorff und Trekaki, Eine neue Entstehungsart der Harnröhrenfisteln 544.
 Einhorn, H., Referate 43. 103. 207. 248. 252. 254. 257. 380. 489. 490. 494. 496. 501. 503. 606. 647. 654. 659. 666. 670. 671. 672.
 Eisele, A., Zur Lehre von Ulcus durum et molle urethrae 104.
 v. Eiselsberg, Über Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm 71.
 Ekelund, Carl, 125 Fälle von Blennorrhoe nach der Janetschen Methode behandelt 114.
 — 134. 135.
 Elliot, G. T., Epidermolysis bullosa 22.
 — Pityriasis rubra, früher als Erythrodermie präsentiert 22.
 — Ein Fall von Dermatitis herpetiformis 89.
 — 15. 22. 23.
 Eisenberg 455.
 Engel-Reimers 125. 658. 666.
 Englisch, Joseph, Neuere Methoden zur Behandlung der Prostatahypertrophie 259.
 — Zur Behandlung der chronischen Entzündung und der Fisteln der Cowpersehen Drüsen 111.
 — 258.
 Engmann 191.
 Erb, W., Syphilis und Tabes 663.
 — 312. 434. 663.
 Esbach 406. 417.
 Esmarck 13.
 Etienne 347.
 Eudlitz, Urticaria pigmentosa ohne Pruritus 188.
 Eulenburg 568. 569.
 Evans, Die Ursachen der Lokalisation der Gummien 661.
 Ewald, Paroxysmale Hämoglobinurie 541.
 — und Bruns, P., Über die therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate 537.
 Exner, S., Die Funktion der menschlichen Haare 248.
 Fadyen, Mc., 392.
 Fairland, L. J., Ein Fall von Raynaud-scher Krankheit 88.
 Falloppia 452.
 Faulds, G., Kastration wegen vergrößerter Prostata 260.
 Fayrer 28.
 Federer, Karl, Zur Therapie der impermeablen Striktur 113.
 Fehleisen 205.
 Fehling, Die Bedeutung der Blennorrhoe für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett 503.
 Feibes, E., Zur Behandlung des Lupus vulgaris 653.
 Feleki, Hugo, Beiträge zur Ätiologie der Harnröhrenstrikturen 112.
 — Ein Fall von Blaseninsuffizienz mit unwillkürlichem Harnlassen verbunden 237.
 — Ein Fall von hochgradiger Striktur mit Cystitiserscheinungen 238.
 — 238. 239.
 Fenwick, Diagnose und Behandlung der Blasentumoren 213.
 Féry, M., Eine geschlechtliche Hyperästhesie im Zusammenhang mit der Kürze des Frenulum penis 45.
 Fergusson 504.
 Ferris, Leiden der Harnwege, die mit der Ausübung des Zweiradfahrens im Zusammenhange stehen 492.
 Feulard, Henri, Fall von verkannter, infantiler Syphilis 186.
 — Die Dauer der Ansteckungsgefahr bei der Syphilis 597.
 — 282. 356. 367. 561.
 Fiessinger, Besondere Erscheinungen bei Scarlatina 605.
 De Figueiredo, Kleiner Beitrag zum Studium der syphilitischen Bronchitiden 105.
 Filandea, Über posttraumatische Anurie 264.
 Fileti und Philippson, Fall von Pemphigus vegetans (Neumann) oder Condylomatosis pemphigoides (Tommasoli) 446.

- Finger, E., Über Prostatitis blennorrhagica. Nebst Bemerkung zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe im allgemeinen 49.
 — Über die modernen Bestrebungen in der Syphilistherapie mit besonderer Berücksichtigung des Heilwerts der Schwefelthermen 455.
 — 52. 106. 379. 409. 415. 416. 448. 490. 491. 642.
 Fiocco 570.
 Fish, F. W., Ein Fall von Addisons Krankheit 253.
 Fischel 471—474.
 Fischer, W., und Beddies, Chinosol als Antiseptikum und Heilmittel 599.
 Fleischl 454.
 Flemming 6. 484. 540.
 Fleisch, Max, Ein Fall von Hautdiphtherie 204.
 Fleurant 215.
 Flietner 435.
 Flint, A. 115.
 Fordyce, J. A., Fall zur Diagnose 21. 26.
 — Erysipeloid der Finger 22.
 — Fall von Copaiva-Ausschlag 25. 26.
 — Angiokeratoma des Scrotums. Raynauds Krankheit von den Ohren. Lupus erythematosus disseminatus während der Gravidität verschwindend 34.
 — 22. 24. 25. 26.
 Forster 530.
 Le Fort, Der Elektrolyseur bei der chirurgischen Behandlung der Striktur 152.
 — Behandlung der Strikturen mit linearer Elektrolyse 490.
 — 508.
 Foss, Die Desinfektion der Harnwege durch inneren Gebrauch von Enterol 189.
 Fournier, A., Zur Unterscheidung des Herpes von Plaques muqueuses 40.
 — Das Collesche Gesetz 103.
 — Cerebrospinale Syphilis. Zwei aphatische Anfälle. Meningomyelitis cervicalis superior 186.
 — Pseudo-Lupus syphiliticus. Übt das Kalomel eine heilende Wirkung auf den Lupus aus? 186.
 — Über das syphilitische Ulcus der Finger 655.
 — 87. 107. 198. 313. 340. 450. 453. 642. 647. 656.
 Fournier, Louis 368. 670.
 Fox, Colcott, Xanthoma und hypertrophische Lebercirrhose 78.
 — und Blaxall, Eine Untersuchung über die Vielheit des die Trichophytie beim Menschen verursachenden Pilzes, wie er in London vorkommt 633.
 — 392. 396. 397. 402.
 Fox, G. H., Naevus mollusciformis oder Dermatitis auf der Kopfhaut 22.
 — Fall zur Diagnose 23. 25.
 — Abnormer Fall von Psoriasis 26.
 — Blasenruptur 210.
 — 24.
 Fränkel, Eugen 552.
 —, S. 556.
 *Frank, Ernst R. W., Therapeutische Mitteilungen über Tannoform 457.
 — Weitere Mitteilungen zur Kathetersterilisation 113.
 — 125.
 Frankenburger 646.
 Fréche, D., Über Hauteruptionen bei Hysterischen 198.
 — Fall von Lichen ruber verrucosus 207.
 — und Dubreuilh, Die Aktinomykose im Südosten Frankreichs 197.
 *— und W. Dubreuilh, Pseudo-Alopecie und Trichophytiasis 536.
 Freudenberg, A., Über die innerliche Anwendung des Kantharidins bei cystischen Beschwerden 212.
 Freund 312.
 Frey, H., Die Wandlungen der Schmierkur und die neueste Modifikation derselben 669.
 Fricke 130.
 *Frickenhans, Adalbert, Zur Technik der Eleidindarstellung 57.
 — 120.
 Friedlieb, Ein einfaches Instrument zur Einführung von Salben in die Harnröhre und ähnliche Höhlen 113.
 v. Frisch, Behandlung der Prostatihypertrophie durch Resektion der Vas deferentia 305.
 — 246.
 Fuchs 627. 664.
 Fürbringer 409.
 Fürst, L., Die Behandlung von Rhagaden und Coryza sicca kleiner Kinder 603.
 — 115. 125. 648.
 Fuller, E., Interessante Gesichtspunkte bezüglich der Nephrectomie im Anschluß an die Nephrotomie 88.
 — Operativer Eingriff bei schweren Fällen von Samenbläschen-Entzündung 638.
 — 153.
 Funk 542.
 Furthmann 172. 240. 390. 584.
 Gaffky 255.
 Gagnière, Gaston, Vortäuschung eines Schankers durch ein Vaginalgeschwür, das infolge eines liegengeliebenen Seidenfadens entstanden war 544.
 Gajkiewicz, Drei Fälle von Hirsyphilis 315.

- Gaither, A. B., Eine durch das unvermutete Vorhandensein von Kondylomen bedingte Phimose, welche Gummien des Penis vortäuschte 44.
- Galatti, Demetrio, Ein Fall von Ödem der Haut und des Gehirns 641.
- Galezowsky, Syphilitische Arteriitis der Retina 186.
- Galloway, Drei Fälle von Alopecie 77. — Monilethrix 77. — Fall von Acne scrophulosorum 79. — Oberflächlicher Lupus vulgaris 79. — Fall von Lichen planus und Keratosis pilaris 81. — 398.
- Gans, E., Ein Fall von Xanthoma diabeticum 252.
- Garel, Hereditäre Lues, Tonsillenhypertrophie vortäuschend 667.
- Gaston, Zwei Fälle von Dysidrosis 186. — und Babon, Über medikamentöse Magenaffektionen bei den Syphilitikern 660. — 349.
- Gaucher und Barbe, Erythematobullöse Trophonurose des Gesichts und des Haarbodens 187. — 351.
- Gebert, Familienepidemie von extragenitaler Syphilis 104. — 207. 232.
- Gelli, Endometritis fungosa und Syphilis tardiva 661.
- Gérard 408. 409. 418.
- Gerhardt, C., Über Rheumatoidkrankheiten 537.
- Gerlach 283.
- Gerota, D., Über die Lymphgefäße und die Lymphdrüsen der Nabelgegend und der Harnblase 483.
- Getz, Ätiologie der Harnröhrenverengungen beim Manne 112.
- Geyer, Weitere mit Europen gemachte Erfahrungen 555.
- Giacomi 486.
- Giarré, Beitrag zur Pathogenese der Urobilinurie 501.
- Gibson, Fall zur Diagnose 153.
- Gieson, van 548.
- Gigli, Methode zur leichten Einführung von Darmsaiten in die Harnblase 492.
- Gilbert, Über Neurasthenie nach Ablauf der Sekundärperiode der Syphilis 312. — 368. 670.
- Gilles, de la Tourette, Über hereditäre Rückenmarkssyphilis 663.
- Giovannini, Naevi 488.
- Glassner 472. 476.
- Glenn 601.
- Glück, L., Kommt Lepa in Dalmatien vor? 366. — Tabes dorsales und Syphilis 314.
- Glücksman, Die Bakteriotherapie der bösartigen Neubildungen und ihre Grundlagen 249.
- Glünder 503.
- Görl, Zottengeschwulst der Blase, Operation mit dem Nitzeschen Operationscystoskop 26. — Über Eukain in der dermatologisch-urologischen Praxis 555.
- Goldberg, B., Die Behandlung des Trippers durch Spülungen mit hypermangansaurem Kali 27. — Cystitis chronica blennorrhoeica, geheilt durch Influenza 47. — Zur Kenntnis der Pyurie und Hämaturie 264. — Über Albuminurie bei Blennorrhoe 405.
- Goldenberg, H., Eine modifizierte Rektal-Kühlsonde zur Behandlung der Prostatitis 308. — 127.
- Goldschmidt und L. Lewin, Die Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase 493. — 411. 419.
- Goliner, Über Unguentum Caseini, eine neue Salbengrundlage 554.
- Gollozi, Epitheliom des Penis 46.
- Goltz 404.
- Gomez, Beitrag zur Behandlung des Ekzems. Das Ichthyolvasogen 86.
- Gonella 510.
- Gonin, Gesichtserysipel behandelt mit Antistreptokokken-Serum nach Marmorek 205.
- Gordon 537.
- Gottheil, S., Kondylomata 251.
- Gottstein, A., Ein Fall von wiederholter Masernerkrankung 602.
- Gouget, Phlebitis blennorrhagica 51.
- Gould, George M., The American Yearbook of Medicine and Surgery 547.
- Gouley, W. S. 490.
- Goupil 348.
- Gowers 2.
- Gradenigo 93.
- Graf 113.
- Graham, J. E., Hydroa aestivale 31.
- Gram 94. 106. 136. 158. 225. 377. 395. 450. 506. 511. 513. 591. 650.
- Graucher 345. 554.
- Grawitz, E., Beitrag zur Wirkung des Thyrojdins auf den Stoffwechsel bei Fettsucht 166. — 549.
- Grazianow, Zur Frage über die Reorganisation der Aufsicht über die Prostitution in Rußland 547.
- Grethe, Smegma- u. Tuberkelbacillen 486.
- Greve, F. 109.
- Griffith, A., Eruptionen, die Scharlach vortäuschen 604. — Über das Auftreten sekundärer Exantheme bei Scharlachfieber 604.

- Griwzow, Der syphilitische Schanker des Auges in ätiologischer und klinischer Beziehung 105.
 — Einige Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des Ulcus molle 208.
- Grön, K., Dermatitis gestationis 647.
- Grosse 58. 62.
- Grünberg, M., Ein seltener Fall von Entwicklungsstörung. Pseudohermaphroditismus mit kongenitaler Atresia ani 502.
- , J., Referate 101. 105. 107. 115. 151. 206. 208. 251. 255. 256. 313. 455. 456. 487. 498. 502. 508. 505. 508. 548. 642. 649. 652. 658. 662.
- Grünfeld, A. und Spietschka, Die Pflege der Haut und ihrer Adnexa nebst Angabe der wichtigsten pharmakotherapeutischen Mittel 380.
- *Grube und Müller, Thio-savonale (wasserlösliche Schwefelseife) 319.
- Gruby 390. 536. 576. 586. 633.
- Grundzsch 542.
- Grunewald 619.
- Guarnieri 510.
- Gué 107.
- Guépin, Falsche Cystitis 212.
 — Orchitis der Prostatiker 497.
- Güterbock, Demonstration eines Cystoskops 44.
 — 491.
- Guiard, Ersatz der mittelst Druck wirkenden Apparate durch die Spritze bei den großen Harnröhren-Blasen-Spülungen 544.
- Guillemot, Aktinomykose der linken Wange 208.
 — 353.
- Guiteras, Pyonephrosis infolge von Nephrolithiasis 153.
 — Die Technik der Amputatio penis 154.
 — Dislokation des Testikels 152.
 — 152.
- Gussenbauer 150.
- Gutheil 385.
- Gutler 658.
- Gyon 52. 116. 193. 195. 257. 305. 449. 492. 494.
- Gyurmán, Myelitis syphilitica acuta praecox 314.
- Haan, P., Otitis externa seborrhoica 542.
- Habermann, Joh., Dieluetischen Erkrankungen des Gehörorgans 92.
- Hadra, Ein durch Exstirpation eines Nebennierentumors geheilter Fall von Morbus Addisonii 360.
- Haegler, C. S., Über Airol. Ein neues Ersatzmittel des Jodoforms und ähnlicher antiseptischer Pulvermittel 164.
- Haferkorn 12.
- Hahn, F., Referate 27. 44. 51. 112. 113. 189. 258. 297. 268. 380. 381. 493. 540. 541. 547. 553. 555. 602. 604. 605. 606. 607. 608. 641. 642. 645. 655. 659—661. 666.
- Halipré 309.
- Hallé, Leukoplakie und Kankroid im Harnapparat 447.
 — 379. 448.
- *Hallopeau, H., Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten 341.
 — Die Lepra 97.
 — Weitere Bemerkungen zu der Dermatitis bullosa congenita 189.
 — Über die Beziehungen der Tuberkulose zu den Hautkrankheiten 597.
 — 278. 338. 355. 356. 357.
 — und Bureau, Über einen weiteren Fall von bedeutender und dauernder Besserung eines Lupus durch Erysipel 187.
 — — Über einen neuen, wahrscheinlich trophoneurotischen Fall von Pseudo-Alopecia areata 188.
 — und Roger, Injektionen von Streptokokkentoxinen beim Lupus 651.
 — und Tessier, Beitrag zur Physiologie der dermatographischen Urticaria 37.
- Hammarsten 406.
- Hammond 490.
- Hampel, Akuter Jodismus 555.
- Hance, J., Ein Fall von doppelseitiger tuberkulöser Epididymitis 154.
- Hanot und Meunier, Ein Fall von bilateralem Brown-Sequardschem Symptomenkomplex infolge von doppelseitigem Rückenmarkagamma 663.
- Hansemann, David, Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung an der Epiglottis 106.
 — Über eine häufig bei Syphilis vorkommende Veränderung der Epiglottis 659.
- Hansen, A., 96. 221. 246. 651.
- Hardaway 352.
- Harlingen 635.
- Harrison, R., Bemerkungen über die Pathologie der vergrößerten oder hypertrophierten Prostata 497.
- Haslund 453.
- Hartzell, Rekurrerendes, skarlatiniformes Erythem 36.
- Hann, Zur Behandlung des Gesichtslupus 652.
- Haushalter, Der blennorrhische Rheumatismus beim Neugeborenen 47.
- Hausmann, V., Über die Aciditätsbestimmung des Harns und ihre klinische Bedeutung 539.
- Havas, Fall von Pityriasis rubra pilaris oder Lichen ruber acuminatus 73.

- Havas 72. 73. 74. 287. 289.
 Hawthorne, Hereditäre Lues 666.
 Hayden, Blasenstein, entfernt durch
 suprapubikale Operation 154.
 Hayen 660.
 Heath, Ch., Vorlesung über Blasensteine
 214.
 Hebra, F., 25. 177. 243. 269—274. 276
 — 281. 284. 291. 293. 297—301. 343.
 481. 596. 597. 619. 634.
 Hebra, H. v., 285. 299.
 Heck, W. 501.
 Hedenius 95.
 Hegar 495.
 Heitzmann, J., Über puerperale Exan-
 theme 642.
 Helferich, Weitere Mitteilungen über
 die Resektion der Samenleiter als ein
 Heilmittel bei Prostatahypertrophie 381.
 Heller, R., Fall von Herpes pharyngis
 40.
 — Dactylitis syphilitica 232.
 — 181. 232. 406. 408. 418. 421. 423.
 Hemsted, R. H., Ein Fall von Psoriasis
 von zwanzigjähriger Dauer mit Ausgang
 in Heilung 200.
 Henle, A., Ulcus tuberculorum linguae
 382.
 Hennig, A., Über Thyrojojin 166.
 Henry, F. P., Ein Fall von Chylurie
 267.
 Héricourt 367. 368. 670.
 Herrick, Polymyositis acuta, mit Bericht
 über einen Fall wahrscheinlich syphili-
 tischen Ursprungs 660.
 Herxheimer, K., Über Pemphigus
 vegetans nebst Bemerkungen über die
 Natur der Langerhansschen Zellen 371.
 — Zur Technik der endermatischen
 Syphilisbehandlung 456.
 — 374. 537. 594.
 — und H. Müller, Über die Deutung
 der sogen. Epidermisspiralen 369.
 Herzenstein, H., Über die Maferegeln
 zur Bekämpfung der Syphilis auf dem
 Lande 101.
 — Das Unterbringen der Veneriker in
 den Krankenhäusern Petersburgs 548.
 Heschl 488.
 Hess, Vitiligo 256.
 Heubner 315. 665.
 Heusner 458.
 *Heuss, E., Lymphangioma circum-
 scriptum cysticum 1.
 — Über Xeroform (Tribromphenolwismuth),
 ein neues pulverförmiges Antisepticum
 167.
 — Über die Behandlung der Rosacea
 202.
 Hill, Fall von tuberkulöser Ulceration
 der linken Nasenhöhle mit nachfolgen-
 der, lupusartiger Affektion des linken
 Nasenflügels 100.
 Hillairet 186.
 Himmelfarb 488.
 Hirschberg 451. 452. 553. 665.
 Hochsinger, K., Zur Kenntnis der an-
 geborenen Lebersyphilis der Säuglinge
 667.
 — 665.
 *Hodara, M., Histologische Untersuchun-
 gen über die Einwirkung der Salicyl-
 säure auf die gesunde Haut. 117.
 — Ein Fall von Mykosis fungoides
 229.
 — Beitrag zur Pathologie der Erfrierung
 543.
 — 184. 191. 595.
 Hoerschelmann, Ein Fall von Noma
 361.
 Hoffa 232.
 Hoffmann, L., Referate 48. 68. 104. 106.
 107. 167. 180. 200. 281. 252. 316. 456.
 508. 555. 601. 643. 650. 653.
 Hoffmann 258.
 v. Hofmann, K., Über einen Fall von
 Impftuberkulose 651.
 Hollborn, C., 563. 564.
 Holyoke, W. C., Einige Fälle von
 Scharlachfieber mit besonderer Berück-
 sichtigung der Ansteckung und Propy-
 laxe 604.
 Home und Kanthack, Anatomisches
 Präparat von diffuser, syphilitischer
 Pachydermie 106.
 *van Hoorn, W., Mikroorganismen bei
 der Seborrhoe 525.
 Horbaczewski 501.
 Horner 647.
 Horvath, Julius, Die Beseitigung der
 Krümmung bei Hypospadie 46.
 Horwitz, O., Ruptur der Urethra mit
 ausgedehnter Urininfiltration. Erfol-
 greiche Behandlung durch perinealen
 Steinschnitt und rückläufiges Katheteri-
 sieren 110.
 — Vollständige Amputatio penis wegen
 Epithelialcarcinoms 637.
 — Hydrocele und ihre radikale Heilung
 640.
 Hottinger, Zur Frage der Absorptions-
 fähigkeit der gesunden Harnblase 188.
 306.
 — Über chronische Prostatitis und sexuelle
 Neurasthenie 497.
 — 306.
 Howland, G. T., Formalin bei Blennor-
 rhoe 310.
 Howship 109.
 Hüls, Abortivmasern nach Chinindar-
 reichung 604.
 Hüppe 530.
 Hürthle 568.
 Hunicken, Ein Fall von Syphilis here-
 ditaria tarda 316.
 Hunter 198.

- Hutchinson, J., Über die Schwierigkeit in der Beurteilung syphilitischer Ausschläge 198.
 — Über zweimalige Infektion mit Syphilis 198.
 — Fliegen, Flöhe u. s. w. als Krankheitsübertrager 198.
 — 23. 70. 71. 98. 108. 273. 341. 345. 351. 353. 358. 366. 451. 531. 536. 562. 647. 665.
 Hutten 559.
 van Hutten 669.
 Hyde, J. N., Eine neue Methode der lokalen Behandlung der Akne 35.
 — 533.
- Jacksch 667.
 Jackson, G. P., Fall zur Diagnose 23.
 — Atrophie der Haut 25.
 —, G. Th., Ein Fall von Folliculitis decalvans 312.
 — 23. 24. 25.
 —, Mark, Ein Fall von Scharlachfieber, kompliziert mit Abscessen des rechten Augenlides und der Tibia und mit Bronchopneumonie. Herstellung 606.
 Jaeckh, Alexander, Über den Bacillengehalt der Geschlechtsdrüsen und das Sperma tuberkulöser Individuen 496.
 Jacobi 354.
 Jacobsohn, H., Spermatorrhoe und nächtliche Pollutionen 257.
 Jadassohn 49. 116. 125. 131. 134. 135. 161. 342. 343. 348. 351. 352. 354. 358. 365. 385. 386. 387. 481. 508. 616.
 Jamieson, W. A., Ein nicht reizendes Excipiens für Augensalben 30.
 — 392. 395. 396.
 Janet, Sterilisation der Katheter durch die schweflige Säure und die Dämpfe des Formalins (Formols) 83. 159.
 — 27. 51. 113. 125. 126. 136. 159. 414. 421. 542. 544. 545. 607.
 Janovsky und Mourek, Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän 303.
 Jaqueau, Plexiformes Neurom des oberen Augenlides 252.
 Jaquet 81. 285—290.
 Jastrebow, G. A., Zur Lehre von den syphilitischen Gelenkaffektionen 107.
 Jawein, W., Qualitative und quantitative Veränderungen des Bluts bei der Lues und der Quecksilberkur 662.
 Idzinski, Invaginatio recti infolge von Harnblasenstein 495.
 Jesselme 338. 342. 343. 351.
 *Jessner, S., Ein Wort an Herrn J. K. Proksch 672.
 — Referate 36. 37. 38. 40. 42. 44. 45. 46. 47. 48. 51. 52. 72. 92. 93. 94. 98. 100. 102. 103. 104. 105. 108. 110. 111. 112. 113. 116. 150. 168. 200. 202. 204. 206. 207. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 248. 249. 251. 253. 257. 259. 260. 261. 262. 264. 265. 266. 267. 315. 316. 361. 362. 364. 383. 384. 452. 454. 456. 483. 485. 486. 488. 492. 496. 498. 500. 501. 505. 507. 539. 552. 553. 554. 555. 604. 606. 607. 641—646. 648—653. 658. 659. 662—665. 668. 672.
 — 672.
 Ihle 175. 177.
 Imbert, Lithotripsie wegen eines großen Harnsäuresteins bei einem 75jährigen Manne; — Betrachtungen über den Gebrauch des Chloroforms bei der Lithotripsie 195.
 — Über die Cystocele inguinalis 446.
 Immermann 537.
 Infante, Über den Gebrauch des Formalins in der Histologie 486.
 Ingraham, Ch. W., Urathische Diathese und ihre Behandlung mit Quinalgen 500.
 Johnston, J. C., Eine bullöse Chinindermatitis 312.
 Jolles, Adolf, Über das Auftreten und den Nachweis von Urobilin im normalen und pathologischen Harn 266.
 Jones, E. L., Fall von Addisonischer Krankheit geheilt mit Suprarenalextrakt 254.
 Jordan, A., Über die Mikroorganismen des Ulcus molle 207.
 Joseph, M., Trichophytie des behaarten Kopfes 69.
 — Erythema exsudativum multiforme 69.
 — Zwei Fälle von Leukoplakie 69.
 — Weiße Nägel 70.
 — Lichen ruber planus und acuminatus mit mikroskopischen Demonstrationen 234.
 — 181. 184. 237.
 Israel 244.
 Issersohn, Ein Fall von Quecksilberscarlatina 642.
 Istomanow 367.
 Jürgens, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie der Sarkome 539.
 — 501.
 Jullien, L., Die Kalomeleinspritzungen bei der Behandlung der Syphilis 157.
 — 656.
 Justus, Über Blutveränderungen der Syphilis in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht 454.
 — 73.
 Iven 162.

- Kanthack und Home**, Anatomisches Präparat von diffuser syphilitischer Pschydermie 106.
- Kaposi, M.**, Ein Fall von Verbrennung ungewöhnlicher Intensität 38.
— 10. 14. 73. 74. 206. 250. 293. 299. 300. 341. 352. 353. 354. 524. 567. 615. 619. 622. 623.
- Kartuli** 501.
- Kast** 15.
- Kasinow**, Ein Fall von einseitiger Hyperidrosis des Gesichts 487.
- Kaurin, Edw.**, Bemerkungen über Lepra 96.
- Keersmacker**, Diagnose und Behandlung der chronischen Prostatitis 258.
— Die Rolle der Littréschen Drüsen in der chronischen Harnröhrenentzündung 448.
- Keith** 213.
- Kelb** 643.
- Keller** 557.
- Kelly** 262.
- Kelsey**, Demonstration eines Sektionspräparates der Prostata nach doppelseitiger Kastration 155.
- Kendall**, Kastration bei vergrößerter Prostata 261.
- Kernig** 266.
- Kisch**, Ein Beitrag zur pathologischen Oxalurie 27.
- Klebs** 13. 549.
- Klein, A.**, Polypöses Sarkom der Blase bei einem zehnjährigen Knaben. Sectio alta. Exstirpation. Heilung 213.
- Klotz, H. G.**, Die Infektion durch Kratzen und ihre Beziehungen zur Impetigo und zum Ekthyma 32.
— Die Prognose der erworbenen Syphilis im Einzelfalle 102.
— 23. 24.
- Knickenberg** 347.
- Kobert** 162. 458.
- Koch, Fr.**, Über angeborenes primäres Keloid 180.
— Die Prophylaxe der Lepra in Skandinavien ihre Erfolge und ihre Lehren 650.
— 70. 181.
— R., Prof. 162. 170. 187. 221. 225. 226. 344. 345. 352.
- Kockel**, Beitrag zur Kenntnis der Hodenteratome 381.
- Köbner** 108. 236. 237. 282. 372. 373. 451. 625.
- Koehle** 361.
- König**, Über die Gelenkerkrankungen der Blennorrhoeiker 361.
- Köppen**, Über Grolshirnrindenerkrankungen mit Berücksichtigung ihrer Beziehung zur Syphilis 315.
- Kofmann, S.**, Kasuistische Beiträge zur Diagnose der Blasenruptur 211.
- Kohn, Julius** 567.
- Kolbasenko**, Über die Ursache des Pruritus universalis gravidarum 487.
- Kolischer**, Über Erkrankungen der Blase des Weibes 209.
- Kollmann, A.**, Über einige Hindernisse beim Katheterismus der männlichen Harnröhre 381.
— 27. 194. 259. 367. 670.
- Koppel, P.** 161.
- Koren, F. und A.**, Hypertrophie der Prostata, geheilt durch die doppelseitige Kastration 261.
- Kornfeld, F.**, Über einen Fall von Epispadia glandis et penis mit ungespaltenem Präputium 45.
— Über eine Komplikation der Cystitis junger Männer 212.
— Über Prostatahypertrophie 258.
— 259.
- Korowin** 428.
- Koschewnikow**, Heilung der Sykosis 206.
- Král** 170. 516.
- Krafft-Ebing** 312.
- Kraske** 639.
- Krause, F.**, Zur Verwendung großer ungestielter Hautlappen 558.
- Kreffing** 91. 151. 207. 208. 656.
- Kreps**, Ein Fall von perverser Sexualempfindung 189.
- Krisowski** 450.
- Krönig** 504.
- Krösing, B.**, Weitere Studien über Trichophytonpilze 240.
— 170. 393. 397.
- Kromayer, E.**, Zur Histogenese der weichen Hautnaevi. Metaplasie von Epithel zu Bindegewebe 244.
— 14. 354. 370. 371.
- Krukenberg** 488. 489.
- Krupetzkoi, A.**, Ein Fall von Peritonitis syphilitica 107.
- Krynsky** 10.
- Künstler** 500.
- Küster**, Über Resektion der Harnblase mit Verlagerung der Harnleiter 540.
- Küttner**, Über den Lupus der Finger und Zehen 540.
- Kuhlenkamp** 13.
- Kukula, Ottokar**, Über den Katheterismus posterior 492.
— Zur Frage der Blasennaht bei hohem Steinschnitte 216.
- Kulnew** 151.
- Kuschew, N.**, Eine seltene Hauterkrankung 487.
- Kutscher** 106.
- Kutner, B.**, Zur Behandlung der Nebenhodenentzündung 496.
- *Kuznitsky, Martin**, Psoriasis unilateralis und die Theorien über Ätiologie der Psoriasis 402.

- Lacavallerie** 351.
Lachi 486.
Lafitte 357.
Lanceraux 658.
Lange, C., Periodische Depressionszustände und ihrer Pathogenese auf dem Boden der harnsauren Diathese 384.
Langendorff 568.
Langerhans 371. 378. 550.
Langhans 13.
Lanz, A., Zur Behandlung des Ulcus molle 208.
Laquer, B., Ein Fall von rheumatischer recidivierender Schwielen 589.
Lasch 657.
Lassar, Zur Nasenplastik 181.
 — 86. 178. 179. 206. 219. 231. 232. 525.
Lavarenne, Die günstige Wirkung der Schwefelthermen bei Syphilis 669.
Laugier, Über die syphilitischen Veränderungen am Nabelstrang 192.
Leclerc, Acht Fälle von akuter Urethrocystitis mit Injektionen von Argentamin (Silber-Äthylidiamin-Phosphat) 116.
Ledermann, R., Fall von Lichen ruber 70.
 — Ichthyosis oder Sklerodermie 71.
 — Lichen ruber planus 183.
 — 68. 237.
 — und Ratkowski, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 243. 594.
Ledoux-Lebard 345.
Lee 490.
v. Leersum, E. C., Eine seltene Abnormität des Penis 46.
Le Fort 362.
Legladie, Über die Vulvitis bei kleinen Mädchen 542.
Legrain 490.
Leguen, Totale Entmannung wegen Krebs des Penis 446.
Leichtenstern 412.
Leidié, Chemische Untersuchungen über den eiterigen Harn 447.
***Leistikow, Leo**, Über Salicylsäureseifenpflaster 481.
 *— Über Jodvasogen als Ersatz für den internen Gebrauch der Jodsalze 625.
 — 15. 472.
Leloir 97. 118. 245. 300. 342. 352. 379. 430. 651.
Lembert 216.
Lenoir 260.
Lenz, A., Zur Kasuistik der intraperitonealen Blasenruptur 211.
 —, J., Fünf Fälle von extragenitaler Syphilis 104
Leredde, Neue Mitteilung über die anatomischen Merkmale der Duhringischen Dermatose 185.
Leredde, Versuch einer pathogenetischen Einteilung der Dermatosen 595.
 — 185. 351. 357.
 —, Martinet und Tenneson, Über ein Granuloma innominatum 596.
 Lesser 14. 107. 299. 450.
Letzerich 643.
Leudet 662.
Leusser, Über Karbolgangrän 646.
 Levestre 183.
Levings, A. H., Zwei Fälle von doppelseitiger Kastration wegen Prostatahypertrophie 498.
Lewin, Arthur, Zur Argoninbehandlung der Blennorrhoe 508.
Lewin, G., Elephantiasis penis 70.
 — Zwei Fälle von schwerer Lues 70.
 — Fall von Purpura 181.
 — Fall von universellem Ekzem 181.
 — Fall von pustulösem Syphilid 182.
 — 70. 150. 360. 361. 411. 419. 559. 655. 665.
Lewin, L., und Goldschmidt, Die Resorption körperfremder Stoffe aus der Harnblase 498.
Leyden 663.
Leydig, F., Einiges über Endknöpfe der Nerven 247.
 — 484. 485.
Liberson, Heiße Wasserdämpfe gegen chronisches Ekzem 200.
Liddell, J., Ein ungewöhnlicher Fall von Dermatitis herpetiformis 636.
Lie, H. P., Bericht über die Wirksamkeit des Lungegaardhospitals von 1892—94. S. 95.
Liebrecht, A. 161.
Liebreich, Über Kantharidintherapie 150.
Lier 378.
Lindemann, W., Divertikel des Ureters bei Atresie des letzteren 261.
Lingen 362.
Link 578.
Litré 129.
Löffler 227. 335. 606.
Löhr, Über einen primären Blasen tumor bei einem 3 $\frac{1}{4}$ Jahre alten Mädchen 149.
Lohnstein, H., Zur Behandlung der Urethro-Prostatitis chronica 259.
 — Über die Entfärbung zuckerhaltiger Urine mit Tierkohle 267.
 — 126. 127.
 — und Casper, Vierteljahresberichte über die Gesamtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Geschlechtsapparates 268.
Lomry, P. F., Untersuchungen über die Ätiologie der Akne 376.
Lortet, Die ägyptischen Eunuchen 268.
Loumeau, Zwei Fälle von Harnröhren fisteln durch Cystotomia suprapubica behandelt 111.

- Loumeau, Kreuzförmige Narbe in der Blaseschleimhaut nach blennorrhöischer Cystitis 212.
 — Fall von Papillom der Blase 218.
 — Urethroplastik wegen Penisfistel 489.
- Lourier, Alexandre, Über die Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen von Pferdeserum 548.
- Lubersch 244. 377.
- Lucas, C. 47.
- Ludwig, Ernst 528.
- Lugol 370. 511.
- Lukasiewicz, Über das an der Mundschleimhaut isoliert vorkommende Erythema exsudativum multiforme 647.
 — 364.
- Lunin 362.
- Lustgarten, Fall zur Diagnose 25.
 — Fall von Lichen ruber acuminatus oder Pityriasis rubra pilaris 25.
 — 22. 23. 26. 225. 486.
- Lutz 225. 226.
- Luxcey 420.
- Macaigne und Vanverts, Ätiologie und Pathogenese der akuten Hoden-Nebenhoden-Entzündungen 448.**
- Macgregor, D., Akute Dermatitis 201.
- Machek, E., Über Herpes zoster der Regenbogenhaut im Verlaufe von Herpes zoster frontalis 647.
- Mackenzie, St., Über die Beziehung der Purpura rheumatica zum Erythema exsudativum multiforme 28.
 — Fall von Dermatitis herpetiformis 79.
 — Fall von allgemeiner Pigmentation und Keratosis palmaris et plantaris 81.
 — Ulcus rodens auf der Rückseite des Halses 81.
 — Erythem und Ödem der Augenlider 81.
- Maffucci 509.
- Majocchi, D., Über die Anwendung des Jodols bei venerischen Krankheiten 167.
 — 446. 511.
- Maisonneuve 112. 490.
- Malassez 345. 525—528.
- Malherbe, A. und H., Über einen eigentümlichen Fall von Lymphangiektasie der Haut mit Lymphorrhagie und Elephantiasis 156.
- Manassein, Zwei Fälle mit begrenzter Alopecia 150.
 — Schuppung durch eine Sublimatkompressen 151.
 — 151.
- Manley, H. Th., Die Diagnose der flüssigen und halbflüssigen Bildungen in der Inguino-Scrotalgegend 311.
- Mannino, Die sogen. intensive Quecksilbertherapie bei Syphilis, vom Beginne der zweiten Inkubationsperiode an 85.
- Mankiewitz 491.
- Mansuroff 558.
- Mantegazza, H., Über den Erfolg mit Kalium permanganicum bei Blennorrhoe 52.
 — 312.
- Maragliano, Hauterscheinungen bei der Seratherapie der Tuberkulose 100.
- Marianelli, Beitrag zum Studium der Sklerodermie 85.
- Marc, Über das Selbstkatheterisieren der Patienten 209.
- Marchal, Die tertiär-syphilitischen Erscheinungen im Larynx und die Larynxstenose 452.
- Marchand, F., Über kongenitale Lebercirrhose bei Syphilis 658.
 — 500. 549.
- Marcuse, Wilhelm, Dermatitis und Alopecie nach Durchleuchtungsversuchen mit Röntgenstrahlen 642.
- Margliano, Guajakol bei Erysipel 205.
- Marmonier, Über ein sehr umfangreiches, serpiginöses, tuberkulo-ulceröses Syphilid 192.
- Marmorek, Alexander, Behandlung des Scharlachs mit Antistreptokokkenserum 606.
 — 205.
- Marschalko, v. 550.
- Martinet, Über einige Fälle von Lupus. Behandlung derselben mit chemischen Causticis 187.
- , Tenneson und Leredde, Über ein Granuloma innominatum 596.
- Martin, C. J. 48. 247.
- Martinotti 511. 513.
- Mastin, C. H., Ansprache des Vorsitzenden der 10. Jahresversammlung der „American Association of Genito-urinary Surgeons“ 311.
- Mathieu, Cystitis verursacht durch die Zufuhr von Alkalien in grosser Dosis 212.
- Matwejew, Über die Behandlung des Erysipels mit Orthochlorphenol 205.
- Maurer, Fr., Die Epidermis und ihre Abkömmlinge 383.
- Maurer 248. 456.
- Mauriac 191. 656.
- Mauthner 452.
- Mayer, G. 415.
- Mayet, Totale oder partielle, subakute, glanduläre Prostatitis stürmischen Charakters 193.
- Mayländer, S., Ichthyol bei Epididymitis blennorrhöica 607.
- Mazza 510. 513. 514.
- Mc Cleary 26.
- Meier 552.
- Meisels 238. 239.

- Meissner, P., Über elastische Fasern in gesunder und kranker Haut 248.
 Memmo 510.
 Mendel, E., Ein Fall von Akromegalie 253.
 — 662.
 Mendelsohn, Martin, Über blennorrhöische Pyelonephritis 150.
 — Die diuretische Wirkung der Lithiumsalze 267.
 — 162.
 Mendes, Über den Katheterismus von hinten (Cathétérisme rétrograde) 114.
 Méneau, Drei neue Fälle von Pityriasis rubra pilaris 196.
 Metchnikoff 549.
 Meunier und Hanot, Ein Fall von bilateralem Brown-Sequardschem Symptomenkomplex infolge von doppelseitigem Rückenmarksgumma 663.
 Meyer, Max, Oedema indurativum 106.
 Meyer, B. 161.
 Meyerstrasse, Beitrag zur therapeutischen Verwendung des Loretins und seiner Präparate 556.
 Mibelli, V., Die Ätiologie und die Varietäten der Keratosis 598.
 — 56. 170. 178. 197. 299. 393. 397. 515. 519.
 Michel 664.
 Michelson 564.
 Michon, Chronische Urinverhaltung mit Ausdehnung der Blase. Behandlung durch Katheterismus 160.
 Miekley, J., Statistische Beiträge zur Lehre des auf Ulcus molle folgenden Bubo inguinalis 377.
 Minime, Zur Entfernung der Tätowierungen 437.
 Minot, F., Ein Fall von offenbarem Hermaphroditismus 43.
 Miura 490. 500.
 Möbius 568.
 Möller, M. 134. 135.
 Moncorvo, Zur Pathogenese der Elephantiasis congenita 206.
 Montaz, Entfernung eines Bleistiftes aus der Blase eines jungen Mädchens 495.
 De Moor 459.
 Moraga, A., Dermatoneurosen oder Hautaffektionen nervösen Ursprungs 40.
 Moreira, Juliano, Fall von syphilitischem Typhoid 107.
 — Fall von chronischer Wurmkrankheit mit Ausgang in akuten Rotz 109.
 Morelli, K., Ein Fall von Rhinoskleroma 209.
 Morgan, J. H., Über die kongenitalen, syphilitischen Manifestationen in den Knochen und Gelenken 108.
 Moritz, Über die Therapie der Hydrocele testis 362.
 — Über den Einschluss von organischer Substanz in den kristallisierten Sedimenten des Harns, besonders denen der Harnsäure 539.
 Moritz 362.
 Morris, M., Fall von ungewöhnlicher Tinea circinata der Beine 77.
 — Fall von Scrophuloderma 79.
 — Typischer Fall von Lichen planus 81.
 — Protest gegen die übereifrige Behandlung des Ekzems 199.
 — Herpes tonsurans und die Trichophyten 389.
 — 15. 353. 635.
 Morrow, P. A., Bemerkungen über Syphilis. Syphilom der Nase von ungewöhnlicher Form und Entwicklung. Der diagnostische Wert der syphilitischen Narben. Extragenitaler Schanker und Prognose desselben. Berufssyphilis 86. 87.
 — 23. 24.
 Morton, A., Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris (Devergie) 634.
 — Fall von Vitiligo 24.
 —, C. A., Die Wirkung der unilateralen Kastration auf die Prostata 260.
 —, T. G. 111. 152.
 Morvan 245. 256.
 Mosny und Albarran, Untersuchungen über die Behandlung der Harninfektion mit Serum 378.
 Moure 197.
 Mourek und Janovsky, Beiträge zur Lehre von der multiplen Hautgangrän 303.
 Mozza 367.
 Mráček, Franz, Über Reinfectio-syphilitica 103.
 *Müller, G. J. und Grube, Thioavonale (wasserlösliche Schwefelseife) 319.
 —, C., Referate 31. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 46. 47. 49. 51. 52. 86. 97. 100. 101. 103. 104. 105. 106. 107. 109. 111. 113. 114. 116. 164. 163. 188. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 207. 208. 209. 212. 213. 214. 216. 251. 252. 253. 256. 257. 258. 259. 264. 265. 313. 315. 316. 330. 384. 446. 456. 484. 486. 488. 489. 490. 491. 492. 494. 495. 496. 497. 499. 502. 503. 518. 514. 522. 554. 596. 601. 602. 605. 607. 608. 641. 644. 648. 650. 651. 654. 656. 657. 660. 661. 663. 664. 667. 669.
 — 372. 373.
 —, Friedrich, Ein Fall von Erythema letalis 18 Stunden nach Sondierung der Urethra 27.
 —, H., und Herzheimer, Über Pemphigus vegetans nebst Bemerkungen über die Natur der Langerhansschen Zellen 371.
 —, Kannberg, Zur Serumtherapie der Syphilis 241.

- Muenchheimer, F., Lupus linguae et faciei 382.
- Nacciarone, Die nicht blennorrhoidischen Urethritiden 490.
— Über Dilatation der Urethralstrikturen beim Manne durch Urethrotomia interna 490.
- Nageotte-Wilbuschewicz, Die antiseptische Behandlung der Verbrennungen 39.
- Nasse 10. 180. 361.
- Natanson, G., Ein neuer Phimosenhaken 489.
- Neebe 172. 240. 390. 584.
- Neelsen 448.
- O'Neil 632.
- Neisser, A., Leukoplakie und Gumma der Zunge 382.
— Präservativ gegen Blennorrhoe 508.
— 17. 50. 221. 273. 277. 281. 293. 298. 299. 358. 453. 455. 505. 572. 573. 607. 651.
- Nelson, T. B. 111.
- Neuhaus, Referate 45. 46. 47. 48. 49. 83. 99. 112. 160. 166. 167. 195. 210. 212. 214. 215. 250. 256. 258. 261. 268. 307. 314. 450. 493. 495. 496. 506. 554. 556. 602. 603. 646. 660. 667.
- Neumann, J., Syphilis 90.
— Propylaxis der Lepra 98.
— Pathogenese der tertiären Syphilis mit Rücksicht auf die Behandlung 452.
— Über die Beziehungen der Hautkrankheiten zum Gesamtorganismus und über toxische Exantheme 592.
— Zur Kenntnis und Ätiologie des Ikterus bei recenter Syphilis 657.
— Die Hämatotherapie der Syphilis 669.
— 75. 139. 141. 142. 143. 144. 147. 299. 372. 446. 658. 672.
- Neusser, E. 501.
- Newman 490. 499.
- Nicaise, Periphere Versteinerung einer Zottengeschwulst der Blase 214.
- Nicholls 632.
- Nicolle 309.
- Nielsen, Ludwig, Referate 96. 97. 98. 115. 268. 484. 488. 547. 647. 655. 656. 657. 660.
- Niehaus, Harnröhrenirrigationen 113.
— Inversion der Harnblase 494.
- Nielly 632.
- van Niessen 559.
- Nikiforoff 549.
- Nissle 74.
- Nitze, Max, Über cystoskopische Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des Harnleiterkatheterismus 499.
— 26. 448. 554.
- Noack 219.
- Noguès, Über den Misserfolg der Spülungen mit Formalin bei der Behandlung der Blennorrhoe 544.
- v. Noorden, C., Zur Behandlung der harnsauren Nierenkonkremente 538.
- Norrie, Gordon, Prophylaxe der sog. skrophulösen Ophthalmien 488.
- Nothnagel 90.
- Nowlin, Über die Differentialdiagnose der akuten Exantheme und den epidemischen und endemischen Einfluss beim Vorherrschen einzelner derselben 601.
- Noyes 15.
- Numa, Rat J., „Kuli-Jucken“ 681.
— 637.
- Oberländer 194. 258. 259. 414. 448. 449. 491.
- Obosnenko 441.
- Oesterreich 360.
- Ohmann-Dumesnil, Die Initialsklerose und ihre Behandlung 655.
— Über Rupia 657.
— Hautmedizin 672.
- Oppenheim 662.
- Oppenheimer, E., Über eigentümliche Organe in der Haut einiger Reptilien 248.
—, H., Ein Fall von akutem, umschriebenem Hautödem auf alkoholischer Basis 641.
- Oppler 57. 58. 59. 62. 64.
- Orgler und Rosenfeld, Zur Behandlung der harnsauren Diathese 267.
- Oro, Fall von Dermatitis mercurialis maligna mit tödlichem Ausgange 380.
- Orlow, Über die Therapie der Blennorrhoe mittelst Formaldehyd 115.
- Orlowski, F., Beitrag zum Studium der Syphilis spinalis 155.
- Orth 366.
- Oschner, A., Syphilis und Reiz 75.
- Ostermayer, Nicolaus, Über die Behandlung tuberkulöser Abscesse und anderweitiger Eiterungen mit Kleverischem Jodoformvasogen 651.
- Otis 118. 491.
- Oudemans 526.
- Owings, E. R., Ein Fall von phagedänischem Schanker 310.
- O'Zoux, Zwei Fälle von Knoten der Corpora cavernosa 83.
- Paget 197.
- Pajor, S., Über Erythromelalgie 41.
- Palm, Alopecia neurotica 69.

- Palm, Fall von Tuberculosis verrucosa cutis 182.
 — Fall von Sklerodermie 231.
 — Lichen ruber verrucosus 232.
 Palmer 20. 112.
 Paltauf 182. 183. 346. 347.
 Parker, Stenose des Larynx wegen lupusartiger Wucherungen 100.
 — Klinischer Bericht über 7 Fälle von Varikoele, die mit Incision, Ligierung der Venen und Verkürzung des Scrotums behandelt wurden 258.
 Parmentier, Hysterische Hauteruptionen 36.
 Parrot 108. 109.
 Partsch, C., Ulcus traumaticum linguae 382.
 — Atrophia mucosa linguae 382.
 — Faltzunge (Lingua plicata) 382.
 — Landkartenzunge (Lingua geographica) 382.
 Pasteau und Quénu, Studie über die Harnröhrensteine bei der Frau 306.
 Passavant 159.
 Pavone, Dampfsterilisator für Metallkatheter 306.
 Pawlik 499.
 Pawlow 525. 558.
 Payne, J. F., Die Ätiologie der Hautkrankheiten 634.
 — 615.
 Pekelharing 525. 526. 527. 529.
 *Pelagatti, Marius, Über die Trichophytonarten in der Provinz Parma 515.
 Pellizari 84. 85. 86. 368. 670.
 Pericik, B., Erfahrungen über die Syphilis 101.
 Périer 257.
 Pernet und Bulloch, Akuter Pemphigus; ein Beitrag zur Ätiologie der akuten bullösen Eruptionen 632.
 Pernet, G., 19. 633.
 Pernice 412.
 Pernose, Fall von vermutlicher Impetigo auf einem tuberkulösen Geschwür des Gesichts 81.
 *Perrin, L., Kontagiosität und Übertragbarkeit des Eocema seborrhoeicum der Leistengegend 535.
 — Über Neurodermia parasitophobica 155.
 — 185.
 — und Brocq, Parasitophobe Neurodermien 648.
 Perroud 537.
 Perry, Fall von Lichen spinulosus 80.
 — Fall von Adenoma sebaceum 80.
 Pestana, Camara und Bettencourt, Über die Anwesenheit des Leprabacillus in der Medulla eines an Syringomyelitis gestorbenen Individuums 650.
 Peter, W., Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum 200.
 Petersen, O., Über die Mittel zum Kampf mit der Syphilis in Rußland 101.
 — Klinische Beobachtungen bei der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste 540.
 — 649.
 Petersen, W., Einige Fälle von circinärem syphilitischen Erythem 656.
 Petri 386. 516.
 Pezzoli 129.
 Pfeiffer, Richard, Die Polymyositis resp. Dermatomyositis acuta 204.
 — 81.
 Pfister, E., Ein Fall von Vergiftung durch Injektion von Kokainlösung in die Urethra 555.
 — Vitiligo 266.
 Phélip, Zur Behandlung der chronischen Blennorrhoeen, welche durch Höhlensteininstallationen nicht beeinflusst werden 114.
 Philippi, Referate 37. 88. 45. 111. 115. 301. 402. 493. 530. 534. 650. 653. 655. 659.
 Phillips, Sidney, Fälle von Ödem des oberen Augenlids bei Scharlach 606.
 Philippson und Fileti, Fall von Pemphigus vegetans (Neumann) oder Condylomatosis pemphigoides (Tommasoli) 446.
 — und Török, Die allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten, gegründet auf pathologische Anatomie 446.
 —, A. 259.
 Picard, Drei Lithotripsien ohne Chloroform und ohne Kokain 195.
 — Ursthritis ohne Gonokokken 449.
 Pichevin und Raymond petit, Gonokokken im Eiter eines Drüsenabcesses am Nacken 543.
 Pick 619.
 Le Pileur, Über die intramuskulären Einspritzungen von Oleum cinereum 192.
 Pincus 412.
 Pindikowski 648.
 Pispoli, Lungensyphilis 105.
 Plonski, Über Keloide 180.
 Plattner 567.
 Playfair 875.
 Poehl, Alexander, Weitere Mitteilungen über die Frage der Autointoxikationen 538.
 Polak, August Maria, Ein Fall von Peliosis rheumatica 644.
 Polakow, K. V., 162.
 Poljakow, Heilung von Lupus unter lokaler Kreosotbehandlung 652.
 Pollak, Alois, Zur Kenntnis der Motilitätsstörungen bei der hereditären Syphilis 316.
 Poncet, Meatus hypogastricus und Meatus perinealis 215.

- Poncet 158. 259.
 Polotebnoff 404.
 Poppert, Über eine Methode zur Erzielung eines normalen Blasenverschlusses bei angeborener Blasen- und Harnröhrenspalte 540.
 Posner 264. 376. 406. 501.
 Pospelow 14. 685.
 Pousson, Die seit 6 Jahren in der chirurgischen Behandlung der Blasenektomie erzielten Fortschritte 158.
 — Neubildung der Blase, welche lange nicht erkannt, endlich mittelst Cystoskops diagnostiziert wurde 194.
 — Anästhesie der Blase durch Antipyrin 214.
 — Blutungen aus der Harnröhre 449.
 Potain, Die Komplikationen des Erythema nodosum 204.
 Powarkin, Die Gonokokken bei der Blennorrhoe 504.
 Priestley, Josef, Über den Wert des Eucalyptusöls als Desinficiens bei Scharlachfieber 607.
 Pringle, Psoriasis und Herpes zoster 78.
 — Fall zur Diagnose 79.
 — Lichen simplex chronicus (Vidal) oder Névrodermite chronique circonscrite (Brocq) 80.
 — Ungewöhnlicher Fall von Erythema induratum (Bazin).
 *Prosch, J. K., Zur neuesten Geschichtschreibung über Syphilis 139.
 — 672.
 Protopopow, Über einen Fall von Lepra tuberosa und anaesthetica 649.
 Prshewalsky, Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 498.
 Pryor, Über die Behandlung der Beckenkomplikationen im Gefolge der Blennorrhoe bei Frauen 151.
 Pucci, Fall von fulminierender Purpura 644.
 Puschmann, Th., Die Syphilis in Europa vor der Entdeckung Amerikas 653.
 Pye-Smith, Mykosis fungoides 20. 81. 635.
- Q**uedillac 658.
 Quénu und Pasteau, Studie über die Harnröhrensteine bei der Frau 306.
 Quincke, H., Einige Apparate zur Krankenpflege 168.
 — 172. 538.
- R**abitsch, Ein Beitrag zur Kasuistik der akuten Hautödeme 641.
 Rabl, Hans, Über Verhornung 540.
 — 485. 541.
- Radaeli, F., Über das Verhältnis der weissen Blutkörperchen bei der Syphilis 654.
 Raff, J., Zur Statistik der tertiären Syphilis 364.
 Ramos, D., Albuminurie nach Antipyrin 264.
 Ransom, Ch., Ein ungewöhnlicher Fall von Naevus unius lateris 87.
 Ranvier 10. 54. 57. 58. 60. 62. 63. 65. 196. 370. 371. 540. 549.
 Rasch, C., Ein Fall von Pappilomatosis cutanea et vesicalis 366.
 Rasumovsky 216.
 Ratkowski und Ledermann, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 243. 594.
 Raymond petit und Pichevin, Gonokokken im Eiter eines Drüsenabscesses am Nacken 543.
 Raynaud 255.
 Reale, Primäre gummöse Epididymitis 496.
 v. Recklinghausen 244.
 Reclus 167. 168. 311. 361.
 Reichenberg 183.
 Reilly, Gewöhnliches Salz gegen Tinea tonsurans 200.
 Reiner, Siegfried, Ein Fall von Tarsitis syphilitica mit sulziger Infiltration der Conjunctiva bulbi 664.
 Reinert, E. 163.
 Reverdin 187.
 Rey, Über die Brandwunden bei maurischen Prostituierten 384.
 Ribbert 244. 248. 549.
 Richardière, Cirrhosis hepatica mit Melanodermie 253.
 Richaud 73.
 Richet 367. 368. 670.
 Richmond, Bemerkung über eine gemeinsame Epidemie von Scharlachfieber und Diphtherie 606.
 Richter, A., 173.
 —, Paul, Fall von serpiginösem Syphilid 68.
 — Hartnäckige Psoriasis 68.
 Ricord 409. 658.
 Riedel, Kindskopfgroßes Sarkom des in der Bauchhöhle retinierten Hodens 540.
 Biegel 372.
 Riehl 182. 183. 299. 300. 346. 347. 348. 349.
 Ries, C., Referate 43. 104. 106. 202. 263. 546. 608. 664.
 — 643.
 Rieth 643.
 Rigal 609.
 Rigler 243.
 Rikli 651.
 Rille, J. H., Über Psoriasis vulgaris im frühen Kindesalter 200.
 — Bartholinitis und Leistendrüsen 592.

- Bille, J. H., Über Behandlung der Syphilis mit Kaliumquecksilberhyposulfit 671. — 162.
- Riess, Karl, Zur Behandlung der akuten und chronischen Cystitis colli blennorrhoeica und der hartnäckigen Formen von chronischer Blennorrhoe 48.
- Roberts, Leslie, Fünf Fälle von Lymphangioma circumscriptum 685. — 892. 898. 401. 520. 521.
- Roberts, W. O., Die Epicystotomie bei der Behandlung der Blase 307.
- Robertson, J., Ein mit Fieber verbundener Hautausschlag, welcher Masern vortäuschte 37. — 206.
- Robinson, W. J., Die Methylenblau-therapie und deren Anwendung bei Urethritis 115. — 25. 26. 109.
- Robson, M. 493.
- Rocchi, Morphologische und histologische Besonderheiten der Ichthyosis 200. Untersuchungen über einige morphologische und histologische Besonderheiten der Ichthyosis 380.
- Rodman, W. L., Epithelioma des Penis 308.
- Röntgen 247. 311. 608.
- Rösler 415.
- Röger und Hallopeau, Injektionen von Streptokokkentoxynen beim Lupus 651. — 859.
- Roget 213.
- Rollet 825. 829.
- Romberg 186.
- Róna, S., Zwei Fälle von lichenoiden Syphiliden 74. — Ein seltener Fall von Lupus vulgaris 99. — Ein Fall von Urethritis und Prostatitis nonblennorrhoeica 239. — Ein Fall von Kraurosis vulvae 502. — 72. 73. 74. 75. 239. 658.
- Roncali 509. 510. 513. 514.
- Roos 164. 556.
- *Rosenbach, F. J., Über die tiefen und eiternden Trichophytonerkrankungen und deren Krankheitserreger 169. — 23. 393. 486.
- Rosenfeld, Georg, Die Grundgesetze der Acetonurie und ihre Behandlung 266. — Großer Blasenstein in der Gravidität. Sectio alta 214. — Grundzüge der Behandlung der harnsauren Diathese 588. — und Orgler, Zur Behandlung der harnsauren Diathese 267.
- Rosenthal, O., Juckreiz 68. — Fall von Erythema exsudativum multiforme mit Lues 68. — Lupus des Gesichts und des Körpers 69.
- Rosenthal, O., Ichthyosis mit Trichophytia circinata 69. — Tuberculosis verrucosa cutis 69. — 69. 175. 176. 177. 557.
- Rosenstein, Alfred, Über Jodoformin 599.
- Rosin 662.
- Rossi, Doria T. 510. 514.
- Routier, Eiterige, blennorrhoeische Hodenentzündung 48.
- Rovsing, Th., Zur Kastration bei Hypertrophie der Prostata 261.
- Rubinstein, Fr., Über eine eigentümliche Form von Karboldermatitis 645.
- Rudolph, Über den Heilwert des Erysipels bei Syphilis 654. — 602.
- Ruffers 206.
- *Ruge, Oeaypus als Salben- und Pastengrundlage 175.
- *— Erfahrungen über Nosophen 219. — Purpura exanthematica 541. — Die der Zanzibarküste eigentümlichen klimatischen Leistendrüsenerkrankungen 593. — 666.
- Ruheman, J. 160. 161.
- Rumpf 648.
- Runeberg 416.
- Russel 549. 550.
- Saalfeld, Fall von Pityriasis rubra pilaris 70. 182. — Fall mit Lichen ruber verrucosus des Unterschenkels 70. — Fall von Lichen ruber planus 70. — Hauterscheinungen nach misbräuchlicher äußerer Anwendung unverdünnter Lysols 645.
- *Sabouraud, B., Über Trichophytiasis und Herpes tonsurans, hervorgerufen durch das Mikrosporon Gruby 576. — Über den Ursprung der Alopecia. Abteilung IV: Über die Alopecia totalis 594. — Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ursache der Alopecia areata 155. — Die Ursachen der Alopecia areata 184. 189. — 169. 170. 172. 173. 174. 201. 240. 389—393. 396—402. 515. 516. 519. 530. 521. 536. 564. 565. 586. 589. 638.
- Sabrages 185.
- De Saccardo 578.
- Sachs, S., Die nervösen Manifestationen der hereditären Syphilis in der Kindheit 665.
- *Sack, Arnold, Über die Löslichkeit des Steinkohlenteers in verschiedenen Flüssig-

- keiten und über die therapeutische Verwertung dieser Lösungen 470.
- Sack, Arnold, Referat 384.
— 354. 485.
- Sadikoff 368.
- Salzwedel 361.
- Samelsohn 412.
- Samuel 644.
- Sanfelice 509. 510. 511. 513. 514.
- Sarbo, A., Über einen Fall von Meningitis basilaris syphilitica gummosa 316.
- Savill, Epidemie des perioralen Ekzems 20.
— Zwei Fälle von fliegendem Erythem 21.
- Stritzower, M., Zur Kasuistik der Blutungen 36.
- Savor, Rudolf, Cystitis crouposa mit saurem Harn 211.
- Sbordoni, V., Über später auftretende Knochenerscheinungen bei kongenital syphilitischen Kindern 316.
— Zur Behandlung der Blennorrhoe und zur Asepsis der Katheter und Sonden 508.
- Scagliori 412.
- Scagliosi, Anatomische Veränderungen bei Lepra pulmonum 650.
- Schäffer, J., Über Desinfektionsversuche an Gonokokken 506.
— Exulceriertes Gumma der Zunge 382.
— 127.
- Schamberg, J. F., Impetigo contagiosa annulata et serpiginosa 307.
- Schardinger, Frank, Reinkulturen von Protozoen auf festen Nährböden 486.
- Schereschevsky 151.
- *Schiff, E., Eine neue Grundlage für die Applikation von Medikamenten auf die Haut 523.
- Schimmelbusch 246.
- Schiperowitsch 163.
- Schlagenhauser 52.
- Schlange 158.
- Schlangreiff 357.
- Schlatter, C., Über Lokalanästhesie 167.
- Schleich 168. 602.
- Schlifka, M., Bemerkungen zur modernen Trippertherapie 51.
— 127.
- Schlösser 506.
- Schmey, Fedor, Zur Therapie der post-skarlatinösen wassersüchtigen Anschwellungen im Kindesalter 606.
- Schmidt, A. 10. 12. 15.
- Schmitz 362.
- Schneller 361.
- Schoal, Zur Ätiologie der Hautwarzen 242.
- Schopf, Franz, Punctio vesicae abdominalis lateralis obliqua mit Muskel- und Ventilverschluss 215.
- Schreiber, Über Mykosis fungoides 182.
— Fremdkörper in der Urethra 247.
- Schröder 489.
- Schubert, Arthur, Die Bedeutung der Kongestion in der Pathologie der Harnorgane 41.
—, L., Über die Argyrie bei Glasperlenversilberern 488.
- Schütz, J., Über den Nachweis eines Zusammenhanges der Epithelien mit dem darunter liegenden Bindegewebe in der Haut des Menschen 370.
— 180.
- Schütze 128.
- Schuler 1. 2. 5.
- Schultz, H., Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blennorrhoe des Weibes 374.
— Über Schwefel und Schwefelbäder 553.
- Schumann, Zur Therapie der wassersüchtigen postskarlatinösen Anschwellungen im Kindesalter 607.
- Schuwarsky, Beiträge zur Lehre von der Sterilität 502.
- Schwab, Placentare Syphilis 107.
- Schwalbe, Zur Anatomie der Ureteren 541.
- Schwarz, Ed. 42.
—, Emil, Über Erythema scarlatiniforme 201.
- Schweigger 450. 608.
- Schweninger 356.
- Schwimmer, Ein Fall von Lupus und Sarcoma 72.
— Ein Fall von allgemeiner Hautpigmentation nach Lichen ruber 72.
— Ein Fall von Tuberculosis cutis 73.
— Ein Fall von eigentümlicher Hauterkrankung 237.
— Ein Fall von Lymphangioma circumscriptum linguae 252.
— 74. 206. 238. 239. 299. 558.
- *Secchi, T., Das Vorkommen von Blastomyceten bei der Keloidakne 509.
- Seefisch, Drei Fälle von Verletzungen des Urogenitalapparates 360.
- Segond 158.
- Schwald, E., Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgenstrahlen 643.
- Sengessse, Entfernung einer Haarnadel aus der Blase 214.
- Severi, Klinische und histologische Untersuchungen über einige dystrophische Erscheinungen der Haut 31.
- Shbanow, Ein Fall von angeborener, allgemeiner Alopecie 255.
- Scherwell, Sarkom des Ohres 26.
— 24. 25.
- Shoemaker, J. V., Vitiligo; Psoriasis; infantiles Ekzem, Lippenekzem 672.
- Sicherer, Quecksilberoxycyanid zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum 505.
- Siegert 376. 377.
- Sigmund 409. 655. 669.

- Silex, P., Pathognomische Zeichen der kongenitalen Lues 450.
— 71. 451. 452.
- da Silva 205.
- Silvestrini und Baduel, Die infektiösen Hämorrhagien beim Menschen 643.
- Simon, Gustav 499.
- Singer, Gustav, Über Gonokokkenpyämie 506.
— 642.
- Sirleo 509.
- De Smet 15.
- Smith, W. G., Fall von großem Fibroma molluscum der Kopfhaut 27.
— und Sturge, Eiterige Gelenkentzündungen bei Scharlach 606.
- Smyth, E. J., Wesentliche Verbesserungen eines ausgedehnten Lupus faciei durch Anbringen einer künstlichen Maske und Nase 653.
- Snow, H., Zwei Fälle von Epithelioma penis 489.
— Loretin, ein neues Antisepticum 600.
- Sokolow, Ein sich im epidermoidalen Gewebe einnistender Wurm 487.
- Sonnenburg, Der Katheterismus rectourethralis bei der Behandlung impermeabler (blennorrhöischer) Strikturen 381.
- Sorel, E., Über einen Fall von Prostataabscess 192.
— Zwei Fälle von extragenitalem Schanker 543.
- Souplet 418.
- Southam, F., Über die Behandlung von encystierten Blasensteinen 495.
- De Souza, Betrachtungen über die endemische Beule der heißen Länder, speziell in Bahia 208.
- Spener, Zur Ätiologie des Skorbut 643.
- van der Sperk, J., Über die Urticaria der Kinder 541.
— 441.
- *Spiegel, Adolf, Zur Differentialdiagnose von Lepra- und Tuberkelbacillen 221.
- *— Eine seltene, einer generalisierten Folliculitis ähnliche Hauterkrankung 617.
- Spietschka und Grünfeld, Die Pflege der Haut und ihrer Adnexa nebst Angabe der wichtigsten pharmakotherapeutischen Mittel 380.
- Spine, Über Zungenlupus 197.
- Sprecher F., Das Natronnitrit bei der Syphilisbehandlung 598.
- Stanziale, R., Zwei Fälle von Splenitis gummosa 379.
- Starok, v., Myelitis acuta luetica 313.
- Steckel 162.
- Steele, E., Ein Fall von Erysipelas neonatorum behandelt mit Antistreptokokkenserum 205.
- Stein, Emil, Zur Kasuistik der Übertragung der Syphilis auf die Geschlechtsteile 103.
- Stepanow 435.
- Sticker, Atrophie und trockene Entzündung der Häute des Respirationsapparates; ihre Beziehung zur Syphilis 658.
- Stilling 376.
- Stoke 554.
- Stooss, Zur Ätiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors 93.
- Storbeck 663.
- Storp, Über Hydroceelenbehandlung 540.
- Stowers, Epitheliom auf dem Rücken 19.
— Kongenitale Ichthyosis 21.
— Eocoma verrucosum 21.
- Straganow, Zur Bakteriologie des Genitaltraktes beim Weibe 502.
- Strauss, Der heizbare Irrigator mit selbstthätiger Temperaturregulierung in Verbindung mit einer neuen Bügelbalkenkanüle zur Behandlung des Trippers mittelst Ausspülung mit Kaliumpermanganicum 52.
— Patient mit paroxysmaler Hämoglobinurie 150.
— Referate 163. 164. 345. 556. 599. 600. 645.
— 590. 591.
- Stravino, Epitheliale Neubildungen der Haut 251.
- v. Stryck, N. 42.
- Stüve, R., Stoffwechseluntersuchungen betreffend einen Fall von Pemphigus vegetans 374.
- Stukowenkoff, M. J., Über die Behandlung der Syphilis mit intravenösen Quecksilberinjektionen 670.
- Stumpf, J., Ein einfaches Verfahren zur Beseitigung der Enuresis nocturna 210.
- Sturge und Smith, Eiterige Gelenkentzündungen bei Scharlach 606.
- Sundholm, A., Etwas über Rektalsyphilis und deren Behandlung 660.
- Swain, J., Die Behandlung maligner Tumoren mittelst Toxinen des Erysipelstreptococcus und des Bacillus prodigiösus 250.
- Swinburne, G. K., Ulcus molle der Urethral Schleimhaut 207.
— Der Gebrauch des Argonins im akuten Stadium der Blennorrhoe 637.
— Urethrales Schankroid 151.
- Syme 491.
- Symonds 106.
- Szozypiorski, Ein Fall von gleichzeitigem Auftreten von Masern und Varicellen 602.

- Taenser, P. 175. 177. 197. 248. 549.
 Talamon 413.
 Tánago y Garcia, G., Über die Behandlung der Bleunorrhoe nach der Methode von Janet 607.
 *Tarnowsky, B., Syphilis maligna 324. 426.
 — Serotherapie als Heilmittel der Syphilis 367.
 Taube, Juan E., Einige Fälle sekundärer anämischer und kaektischer Zustände und ihre Behandlung mit Somatose 600.
 Tauber, E., Über die primäre carcinomatöse Degeneration von Dermoidcysten 488.
 — Referat 550.
 Taylor, F., Bemerkung über das Mikrosporion des Ringwurm 29.
 —, R. W., Die Pathologie und Behandlung der venerischen Krankheiten 547.
 — Die im späteren Lebensalter acquirierte Syphilis 655.
 — 311. 572. 575. 655.
 —, W., 22. 25. 106. 152. 490.
 Tchistwitowich 549.
 Temesváry, R., Ein Fall fleckiger Atrophie der Haut (*Maculae atrophicae cutis*) während der Schwangerschaft 255.
 Tenneson, Leredde und Martinet, Über ein Granuloma innominatum 596.
 — 288. 338. 353. 354.
 Terrile, Erfolgreiche Serumtherapie nach Maragliano in 2 Fällen von tuberkulösem Lupus 651.
 Tessier und Hallopeau, Beitrag zur Physiologie der dermatographischen Urticaria 37.
 — und Bouvneville, Verbrennung der Kopf- und Gesichtshaut 38.
 Thiersch, J., Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten (Raynaudsche Krankheit). Tod infolge von Apoplexie. Arteriosklerose 255.
 — 181. 187.
 Thibierge, Über das Erythema induratum junger Mädchen 99.
 — 187. 341. 351. 352.
 Thiéry, Die Pikrinsäure bei Verbrennungen 39.
 Thin 352.
 Thiry, Angeborene Wucherungen der Haut. Abnorm starke Pigmentation „Lokale Diathese“ 253.
 Thoma 415. 549.
 Thomas, J. D., Die Behandlung der filiformen Strikturen der Harnröhre mit Bemerkungen über Strikturen überhaupt 307.
 Thomson, W. H. 659.
 Thompson, A., Ist die Lepra eine tellurische Krankheit? 97.
 — Betrachtungen über die „Rückkehr“-Fälle von Scharlach 604.
 — 188. 306.
 Thorn 180.
 Thorndike, Die Behandlung der Strikturen in der hinteren Harnröhre 112.
 Tochusilow 205.
 Tommasoli, Über die Serumtherapie der Syphilis 84.
 — 273—275. 277. 281. 282. 290. 299. 359. 367. 446. 670.
 Tonkow, Ein seltener Fall von angeborener, syphilitischer Lebercirrhose 658.
 Topp, Ein Fall von hochgradiger Idiosynkrasie gegen Tod 555.
 Török, Ludwig, Vorläufige Mitteilung über Untersuchungen von Pemphiguskranken 74.
 — Ein Fall von recidivierendem Erythema scarlatiniforme 75.
 — Ein Fall von Erythema scarlatiniforme 239.
 — 10. 11. 13. 15. 73. 635.
 — und Philippson, Die allgemeine Diagnostik der Hautkrankheiten gegründet auf pathologische Anatomie 446.
 Tounton 273. 277. 290.
 Trapeznikow, Über sogen. idiopathische multiple Pigmentsarkome der Haut (*Kaposi*) 250.
 De Treigny, Typen der Lungensyphilis 106.
 Trekaki, Bemerkungen über die Behandlung des chronischen Trippers 193.
 — und Eichstorff, Eine neue Entstehungsart der Harnröhrenfisteln 544.
 Trendelenburg 159. 459.
 Triboulet 368.
 Trier, Zwei Fälle von Gangrän der Finger nach Verätzung 40.
 Trostorff 162.
 Trousseau 537.
 Truhart, H., Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis in Livland 362.
 — 362.
 Tschapin, Über Syphilis und einige andere Krankheiten im Koischen Kreise des Tomskischen Gouvernements 101.
 Tschistjakow, Bedeutung der Mineralwässer zu Staraja Russa für die Behandlung der Syphilitiker 456.
 — 332. 335. 439.
 Tucker 601.
 Türkheim, J., Referate 157. 158. 191. 193. 198. 280. 290. 359. 463. 481. 535. 536. 544. 576. 589. 598. 616.
 Turner, Über Scharlachnephritis und ihre Varietäten 605.

- Turner, Ein Fall von Scharlach, Otorrhoe, Thrombose des lateralen Sinus, pyämische Affektion des rechten Ellenbogens und der linken Hüfte; Heilung 606.
- Tuttle, James P. 491.
- Tyson 457.
- Ullmann, K., Über einen Fall von multipler eruptiver Angiombildung im Gesichte 241.
- Über den Nachweis der Pilze im Gewebe bei Trichophytosis 305.
- 138. 162.
- Ultzmann 48. 406. 415.
- *Unna, P. G., Histologische Illustrationen zur Pathologie der Haut. II. Folliculitis staphylogenes 66. III. Impetigo, Folliculitis und Perifolliculitis staphylogenes 217. IV. Furunkel der Erwachsenen und Abscesse der Neugeborenen 317.
- Über die neueren Protoplasmatheorien und das Spongionplasma 484.
- Über die Lochkerne des Fettgewebes 485.
- Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes Exanthem 552.
- Die Einwanderungswege der Staphylokokken in die menschliche Haut 550.
- 10. 11. 13. 14. 15. 22. 30. 53. 60. 61. 63. 64. 65. 68. 70. 84. 91. 95. 117. 120. 136. 153. 182. 184. 191. 203. 207. 222. 224. 225. 226. 227. 230. 236. 244. 254. 303. 341. 352. 353. 355. 358. 372. 376. 378. 525. 527. 528. 529. 535. 548. 549. 550. 564. 568. 570. 614. 617. 620. 656.
- Upton, H. S. 533.
- Valentine, F. C., Wann dürfen Blennorrhöiker heiraten? 503.
- 503.
- Valerio, Die Isotonie, die Dichte, die Alkalinität und das Hämoglobin des Blutes von Syphilitischen in Beziehung zu den Chloriden vor und während der Quecksilberbehandlung 598.
- Van der Poel 153.
- Vanghetti 128.
- Vanthey, Zwei Fälle von syphilitischen Schankern mit sekundärer Infiltration der Wangenlymphdrüsen 105.
- Vanverts und Macaigne, Ätiologie und Pathogenese der akuten Hoden-Nebenhoden-Entzündungen 448.
- Vasile, B., Klinische und anatomische Untersuchungen über einige morphologische und therapeutische Besonderheiten der Psoriasis und ihrer Varietäten 80.
- Vastarini, Neue Färbemethode des Nervensystems 484.
- Vantrín, Über die moderne Behandlung der Prostatahypertrophie 193.
- Vedeler, Über Lipomprotozoen 251.
- Veiel, Ein Fall von Naevus verrucosus 364.
- Verguin 110.
- Verhoogen, Die Behandlung der chronischen Urethritis mit den Oberländerischen Dilatatoren 194.
- Behandlung der tuberkulösen Cystitis durch Sublimatinjektion 494.
- Prostatectomia totalis 497.
- Verneuil 347.
- Verrier, Über hysterische Hauterscheinungen beim Manne 36.
- Vetere, Indikation und Technik der Blasennaht 216.
- Vidal 80. 81. 196. 273. 274. 277. 298. 299. 346. 379. 490. 595.
- Vierhuff 48.
- Signal 345.
- Vigneton 572.
- Viletti 136.
- Vinay, Einige Betrachtungen über die Einverleibung des Arsens 553.
- Vinci, Über Eukain, ein neues lokales Anaestheticum 608.
- Viola, G., Hämatologische Untersuchungen über einen Fall von paroxysmaler Hämoglobinurie e frigore 265.
- Virchow 248. 549.
- *Vollmer, E., Syphilis und Soolbäder 557.
- Über Kreuznacher Mutterlange und ihre Wirksamkeit 378.
- Volkmann 130. 640.
- Voltolini 226.
- Wadstein, E., Ein Fall von Sklerodermia diffusa 365.
- Wälsb, Alopecia areata 20. 21.
- Fall von seborrhoischer Dermatitis 21
- 305. 400.
- Wahl 488.
- Waldeyer 108. 196. 484. 549.
- Walter Paul, Über die Behandlung von Brandwunden mit Aristol 645.
- Warmuth, Differentialdiagnose zwischen Röteln, Roseola, Masern und Scharlach 601.
- Wassermann 448. 649.
- Weber, L., Syphilis bei Herz- und Lungenkrankheiten 659.
- Syphilis und die Ätiologie des Atheroms 655.
- Wedensky, Lues bei den Prostituierten der Petersburger öffentlichen Häuser 150.

- Wedensky, Die Syphilis unter den Prostituierten der St. Petersburger Bordelle 371.
 Wegner 13. 108.
 Weigert 74. 106. 369. 370. 594.
 Weintraud, W., Zur Entstehung der Harnsäure im Säugetierorganismus 588.
 Weiss 642.
 Welander, E., Postkonzeptionelle, syphilitische Infektion gegen das Ende der Schwangerschaft 654.
 — 91. 572. 669.
 Welch 486.
 Weltz, Gustav, Über einen Fall von seniler Prostatahypertrophie, behandelt mit Heilgymnastik und Massage 497.
 Wende, G. W., Ein Fall von Rhinoklerom bei einem Eingeborenen der Vereinigten Staaten 85.
 Wentzel 472.
 Werler, O., Das citronensaure Silber (Itrol) als Antiblennorrhoeum 601.
 *Werner, Siegmund, Beiträge zur Behandlung der Blennorrhoe 125.
 — 134.
 Wernich, M., Über Kokainintoxikation von den Harnwegen aus 554.
 Wertheim 504. 507.
 West, S., Xeroderma pigmentosum 78.
 Westerfield, Die Heilung der Syphilis 380.
 Westphal 661.
 Wharton 193.
 *White, James C., Prurigo 290.
 — Dystrophia unguum et pilorum 309.
 — 293.
 Whitehouse 563.
 Wickham 343. 347. 349. 350.
 Wiesenthal, O., Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit 643.
 Wieworowski 305. 670.
 Wight 260.
 Willan 269—274. 277. 278. 284.
 Wilson, Erasmus 73. 272. 276. 281.
 —, J. T. 247.
 Winter 502.
 Witham 368.
 Witzel 537.
 Wladimirow, G., Vitiligo bei einem sechsjährigen Knaben 256.
 Wlajew 329. 331. 332. 333. 335. 337. 428.
 Woelfler, A., Über abnorme Ausmündungen der Ureteren 262.
 Wohl, M., Ein Fall von Polsterfetischismus 496.
 Wollenmann, A. G., Die Phimose als Ursache einer perversen Sexualempfindung 44.
 Wolters, Max, Über Sulfonalexantheme 87.
 — 651.
 Wolter, Seltener Fall einer starken Blutung infolge syphilitischen Geschwürs der Portio 660.
 Wossidlo, H. R., Über Dilatationsbehandlung der Harnröhrenstrikturen 491.
 Wreden, Die Resultate der ersten Versuche mit der Serumtherapie der Syphilis in Kiew 454.
 Wright 21. 29. 471.
 Wuherer 205.
 Wunschheim, v., Hochgradige Tuberkulose der Harnblase 493.
 Yersin 549.
 Zambaco, Ainhum und Lepra 650.
 — 245. 650.
 Zarewicz, Über Autoinokulation beim harten Schanker 104.
 Zawadzki und Bregman, Endocarditis blennorrhoeica mit Embolie der Arteriae fossae Sylvii, zentralen Schmerzen und Ödem 506.
 v. Zderas 366.
 Zeehuisen, H., Beitrag zur Kenntnis der sog. physiologischen Albuminurie 264.
 — 406.
 v. Zeissl, M., Über den gegenwärtigen Stand der Erkenntnis des Schankergiftes 207.
 — 430.
 Zeissler 292.
 Zenker 6. 513.
 Ziegler 549.
 Zittmann 426. 432. 436. 559.
 Zöge von Manteuffel 42. 43.
 Zülzer 258.
 Zuntz 459.

Prostitution und Abolitionismus.

Briefe von

Dr. B. Tarnowsky,

Professor an der medizinischen Akademie in St. Petersburg.

M. 5.—.

Leprastudien.

Von

Prof. Dr. E. Baelz (Tokio), Prof. Dr. E. Burow (Königsberg),

Dr. P. G. Unna (Hamburg), Dr. A. Wolff (Strassburg).

Mit 9 Abbildungen in Lichtdruck.

M. 6.—.

Über Ansteckung und Ansteckungswege bei Syphilis.

Von

Prof. Dr. R. Bergh (Kopenhagen).

M. 6.—.

Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie.

Von

Prof. Dr. Ernst Schwimmer (Budapest).

M. 2.40.

Klinische Vorlesungen über Syphilis.

Von

Prof. Dr. E. von Düring (Konstantinopel).

M. 6.—.

Dr. Karl Szadek (Kiew):

Index Bibliographicus Syphilidologiae.

I—V, enthaltend die Litteratur der Jahre 1886—1890.

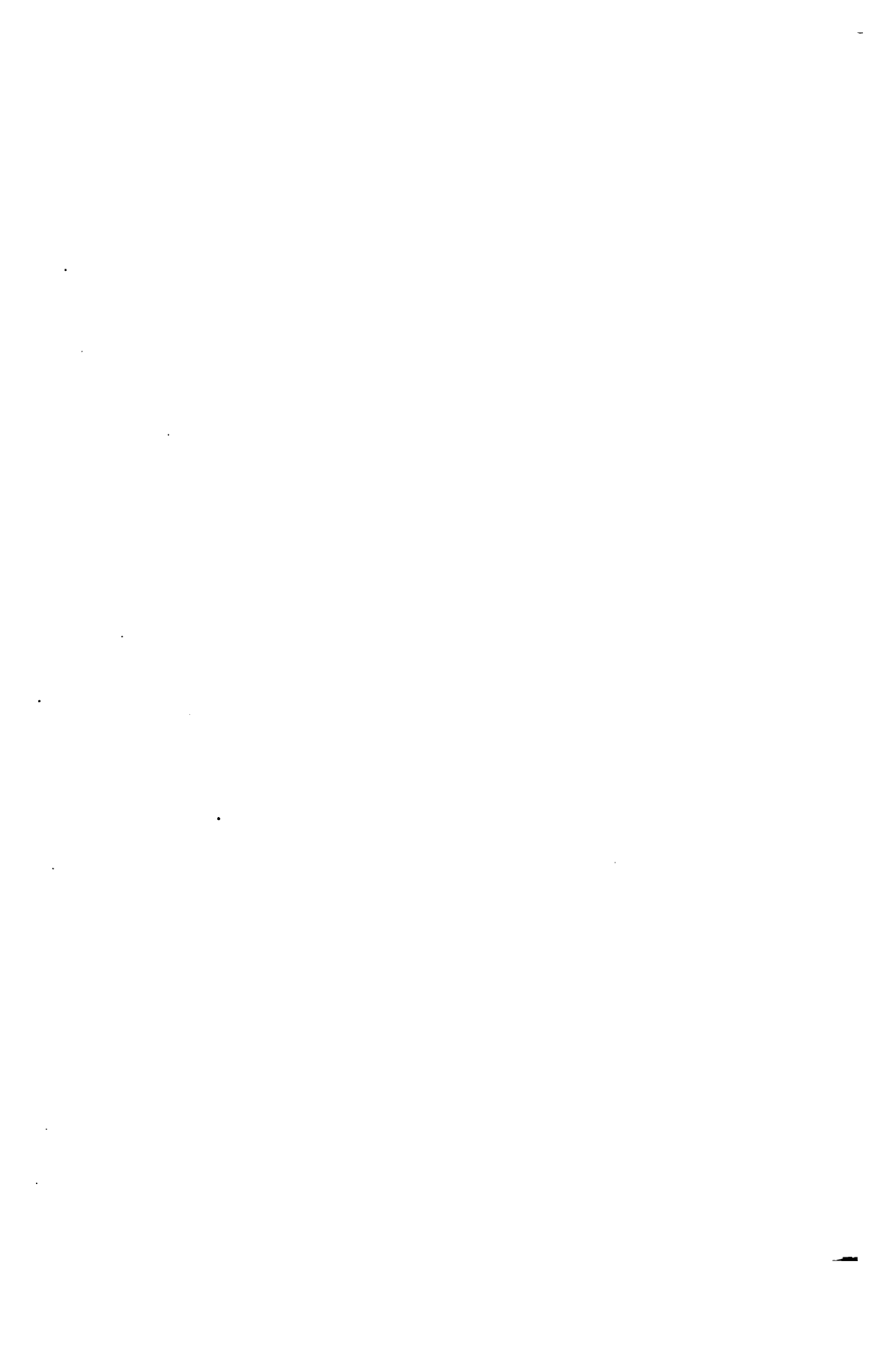
Preis je M. 1.50.

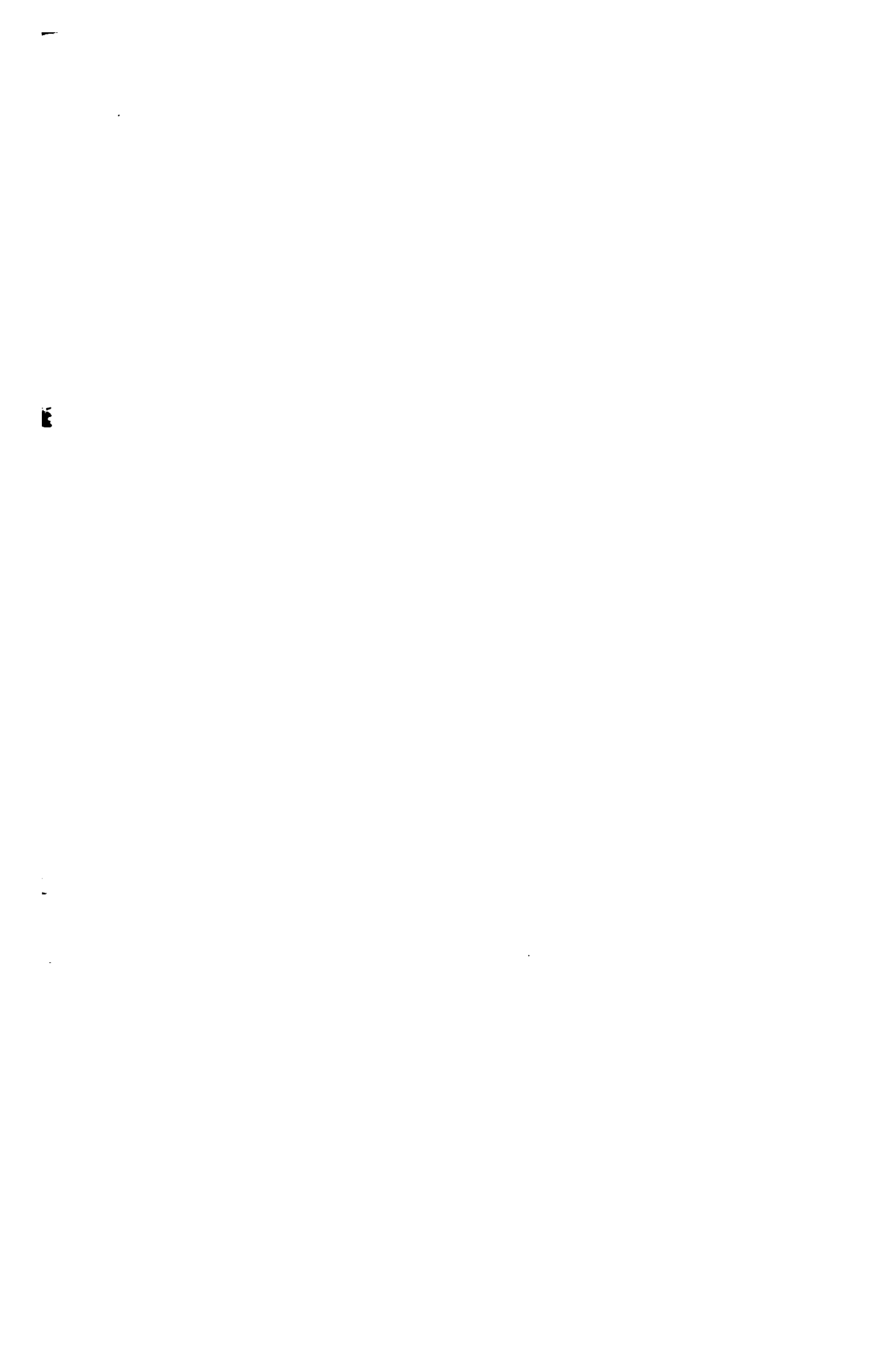
Dr. Karl Szadek (Kiew):

Index Bibliographicus Dermatologiae.

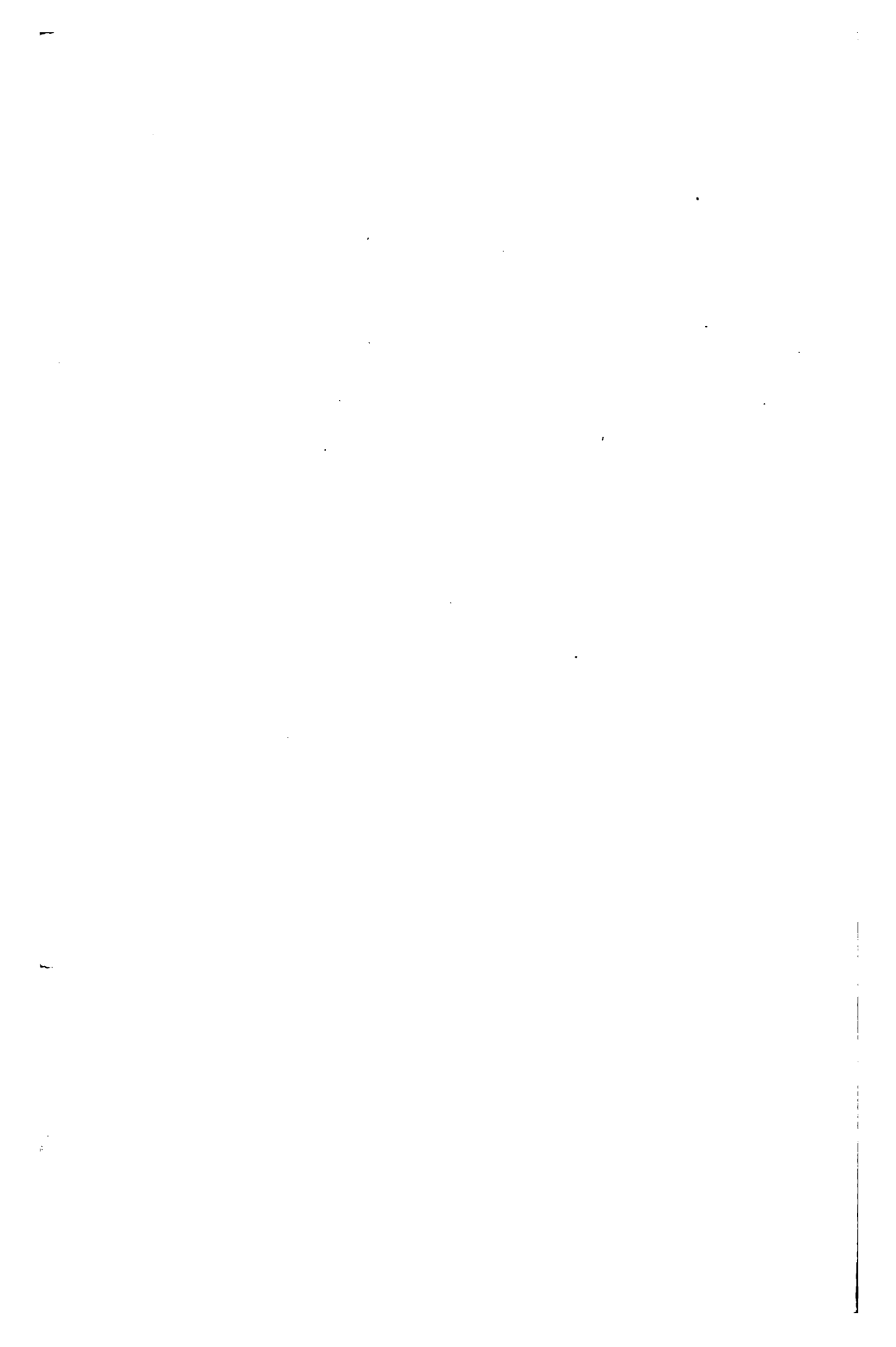
I u. II, enthaltend die Litteratur der Jahre 1888 resp. 1889.

Preis je M. 1.50.









41B

41C 1608 ~~3477~~

