



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

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

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

### **Usage guidelines**

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

We also ask that you:

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

### **About Google Book Search**

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



## Über dieses Buch

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

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

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

## Nutzungsrichtlinien

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

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

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

## Über Google Buchsuche

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



BOSTONIENSIS

BIBLIOTHECA

MEDICINAE

SERVA ET DOCE

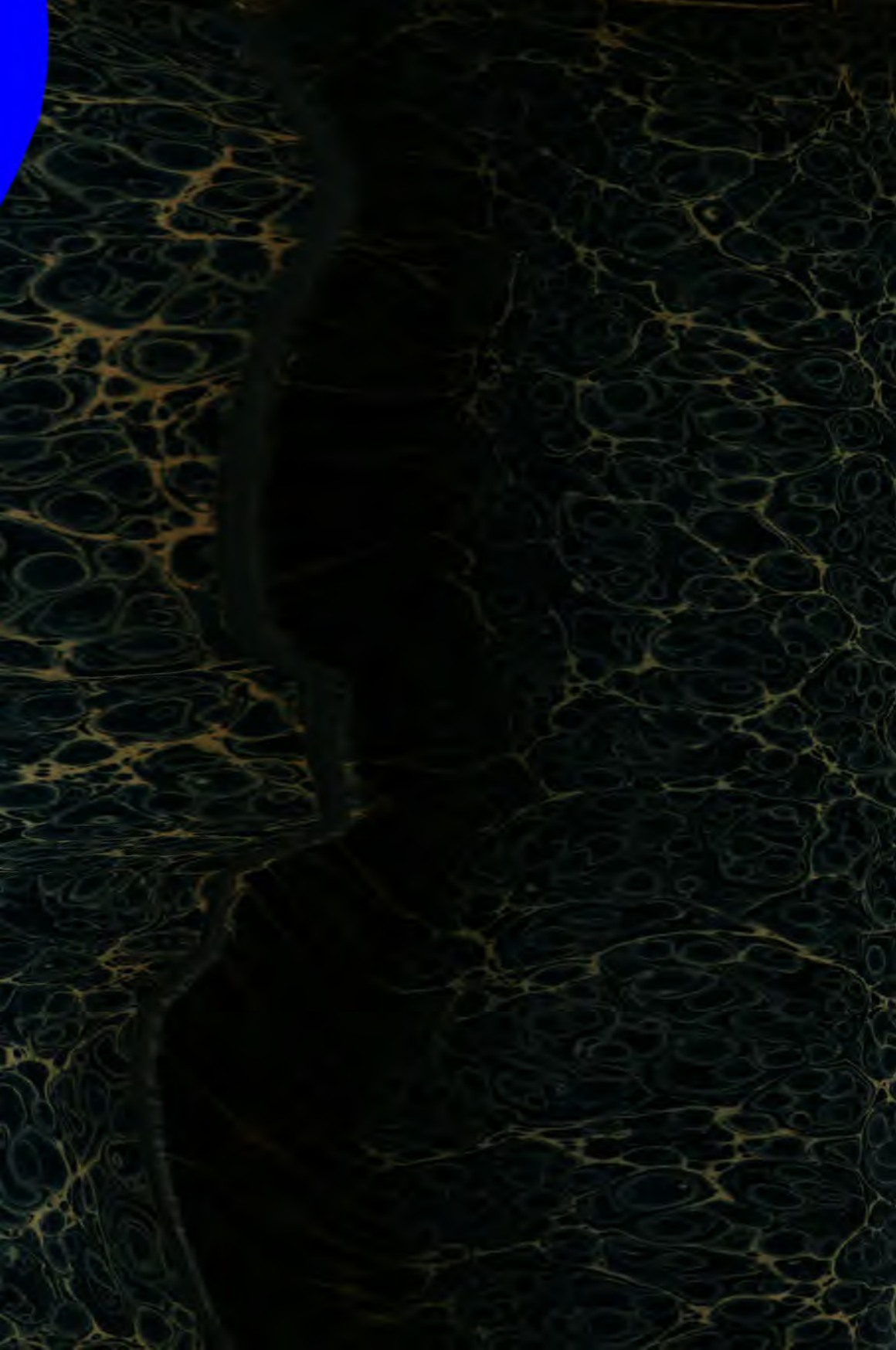


FUNDATA

EX DONO

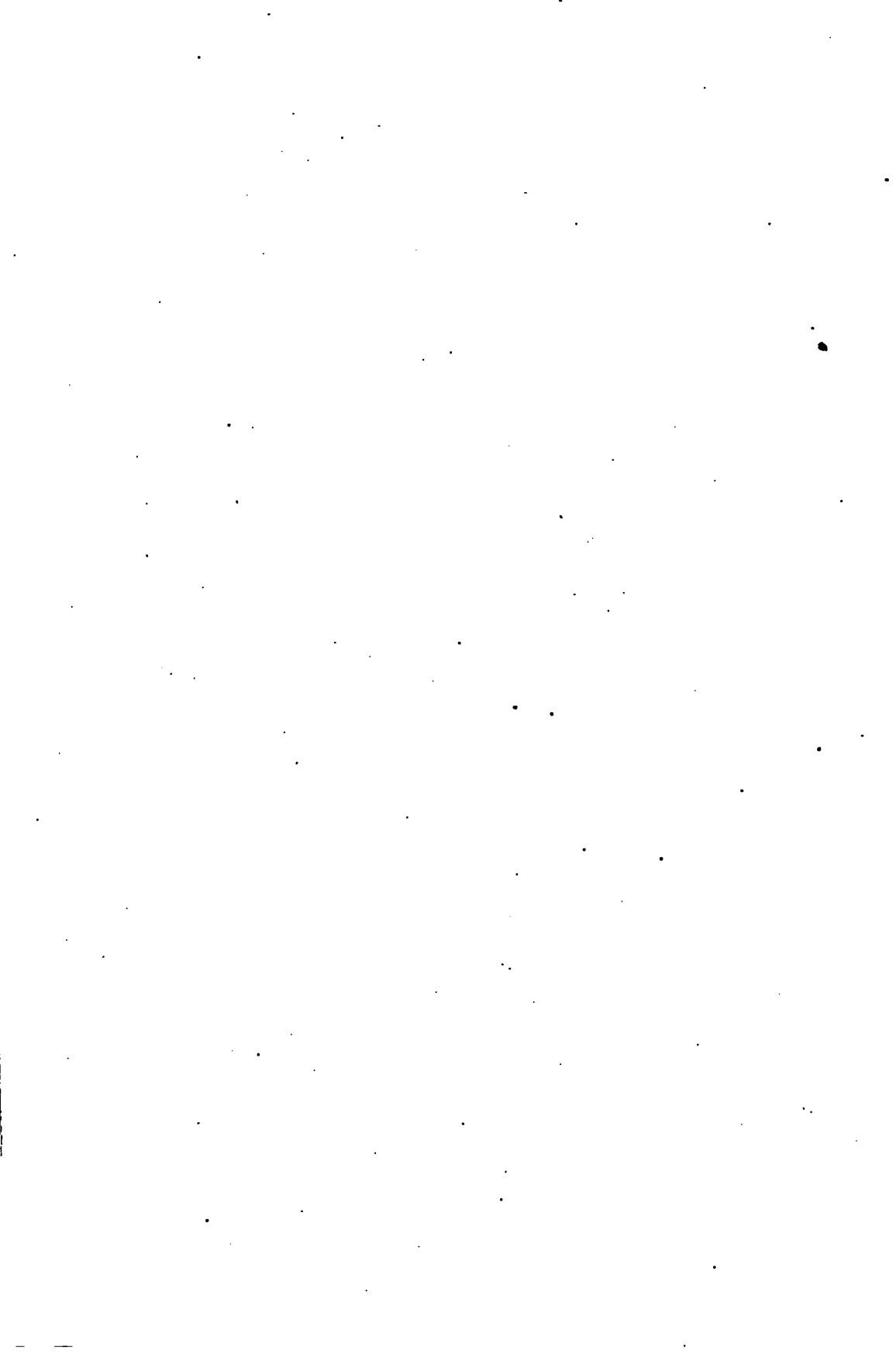
MDCCLXX

[Blank space for name]



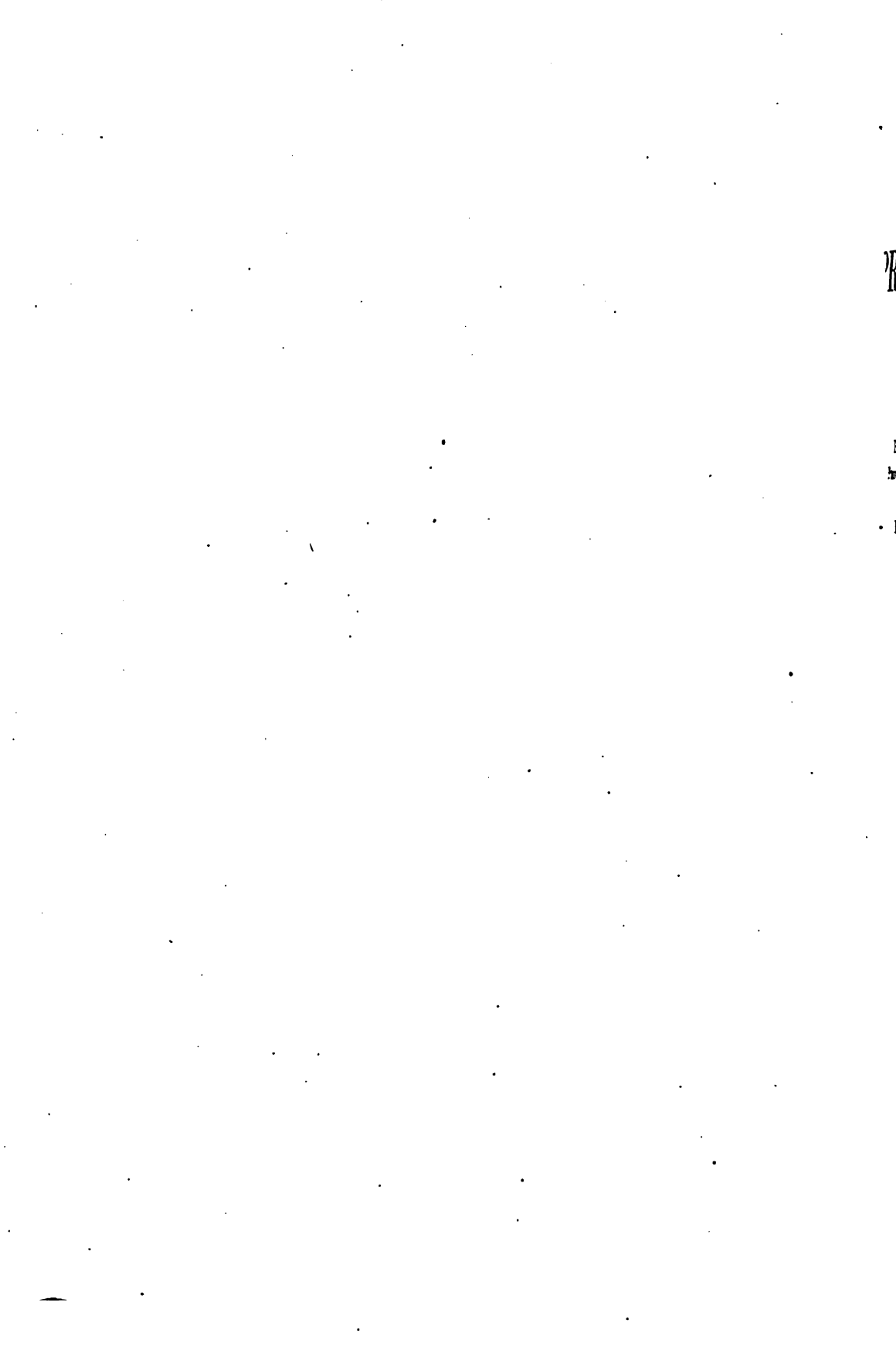












# MONATSHEFTE

FÜR

# PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

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

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

ZWEIUNDVIERZIGSTER BAND.

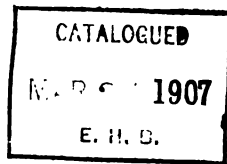
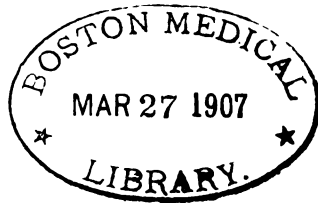
1906.

JANUAR BIS JUNI.

MIT 2 TAFELN UND 9 ABBILDUNGEN IM TEXT.

---

HAMBURG UND LEIPZIG,  
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.  
1906.



Druck der Druckerei-Gesellschaft Hartung & Co. m. b. H.  
vorm. Richtersche Verlagsanstalt, Hamburg 25, Borgfelderstr. 28.

# Inhalt.

## Originalabhandlungen.

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

	Seite
Ein Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Pathologie der Haut, von Franz Krzysztalowicz.....	1
Hämaturie und Albuminurie infolge von Urotropin, von A. v. Karwowski....	8
Unter der Hornschicht gelegene intraepidermale Talgdrüsen, von A. Pasini....	67
Über die angeblich älteste dermatologische Schrift, die des Melampus „de naevia“, von Paul Richter.....	77
Ein Beitrag zur Bazinschen Hydroa vacciniiformis s. Hutchinsonschen Sommerprurigo oder Sommereruption, von Arth. Jordan.....	137
Ein Beitrag zur Histologie der diffusen Sklerodermie, von F. v. Krzysztalowicz	143
Über die Therapie des Erysipels, von Johann Kaczvinsky.....	191
*Mitteilungen aus der Praxis, von Dreuw.....	197
Über einen seltenen Fall von Pagetscher Krankheit, von C. Vignolo-Lutati..	253
Über einige Fälle von Urethritis traumatica, von Franz v. Veress.....	299
Ein Fall von Myoma cutis multiplex, von Franz Krzysztalowicz.....	304
Zur Angiokeratomfrage, von Frohwein.....	345
Untersuchungen über die Wirkungen des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut des Menschen, von Meirowsky.....	391
Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen, von Menahem Hodara	449
Beiträge zur Ätiologie der Pityriasis rosea, von Johann v. Szabóky.....	495
Beiträge zur Pigmentfrage. I. Die Entstehung des Oberhautpigments beim Menschen in der Oberhaut selbst. Ein experimenteller Beweis von Meirowsky.....	541
Über die Pathologie und Therapie der Lepra, von P. G. Unna.....	603

## Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Felix Pinkus 81. 158. 199. 271. 355.....	545
Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft. Originalbericht von J. Pollitzer.....	88. 200. 407. 635
Dermatologische Gesellschaft in Stockholm. Originalbericht von Ludwig Moberg	159
Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arth. Jordan.....	418. 456. 640

Fachzeitschriften.

	Seite
Lepra .....	17. 642
Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten .....	17. 422. 466. 643
American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases .....	19
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie .....	20. 207. 273. 423. 555
Journal des Maladies cutanées et syphilitiques .....	21. 210. 428. 472. 645
Archiv für Dermatologie und Syphilis .....	89. 161. 208. 414. 459. 548
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane ....	92. 206. 356. 641
Dermatologisches Centralblatt .....	93. 208. 356. 462. 552
Monatsberichte für Urologie .....	95. 272. 315. 464. 642
Monatschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene .....	96. 166. 418. 465
The British Journal of Dermatology .....	97. 167. 273. 357. 423. 468. 507
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique .	98. 169. 274. 426. 472
La Syphilis .....	99. 214. 357. 556
Dermatologische Zeitschrift .....	165. 312. 463. 502
Annales des maladies des organes génito-urinaires .....	168. 208. 316. 469. 508
Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.....	170. 211
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.....	171. 275. 559
Clinica dermosifilopathica della r. Università di Roma .....	171. 559
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle .....	172. 275. 560
Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie .....	174. 428. 561
Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires .....	212. 510
Mitteilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechts- krankheiten.....	420
The Journal of cutaneous diseases including Syphilis .....	553
Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.....	563

Bücherbesprechungen.

Hautkrankheiten bei Stoffwechsellanomalien, von J. Jadassohn .....	22
Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von Magnus Hirschfeld .....	102. 179
Kompendium der Hautkrankheiten, von S. Jessner.....	103
Die sexuelle Frage, von Aug. Forel .....	175
Die Perversen, von Iwan Bloch .....	178
Ätiologie und Klinik der Bakteriurie, von Ferdinand Kornfeld .....	180
Diagnose und Therapie des Ekzems. II. Teil: Therapie, von S. Jessner.....	216
Manuel élémentaire de Dermatologie topographique — régionale —, von R. Sabou- raud .....	277
Die Anwendung des Lichtes in der Medizin, mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk, von V. Bie .....	277
Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von E. Kromeyer .....	361
Studium über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen, von Erich Harnack.....	430
Die chronische Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes und ihre Komplikationen, von F. M. Oberländer und A. Kollmann. II. und III. Teil .....	474
Maladies vénériennes, von F. Balzer.....	565
Die Geschlechtskrankheiten, ihre Bedeutung, Gefahren und Verhütung, von Ludwig Waelsch .....	566

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

*Anatomie und Physiologie der Haut.*

Veränderungen an den Federn und in der Haut von Tauben, bei denen Opera- tionen am Gehirne vorgenommen wurden, von Saraceni .....	172
Über die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichtes (nach Finsen) auf die normale Haut, von Karl Zieler.....	312

	Seite
Über gewisse Erscheinungen an mit X-Strahlen behandelten Haaren, von A. Winkelried Williams.....	428
Der Hautfarbstoff als Schutzmittel und der partielle Albinismus. Eine vergleichende Studie, von F. B. Solger.....	506
Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen, von P. Linser.....	520
Die Ernährungsstörungen in der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen der Hirnhemisphären bei Tieren, besonders Kaninchen und Tauben, von Campana.....	559
Histologische Beiträge zur Sekretion der Bürzeldrüse, von Margarete Stern.....	521
Hautpigment und Pigmentanomalien, von E. von Düring.....	521
Eine einfache Methode der Hauttemperaturmessung, von Gustav Gaertner.....	522
Über Hauttemperaturmessung, von Grünenwald.....	528
Über die Messung der Hauttemperatur, von H. Senator.....	528
Untersuchungen über die Sinushaare der Affen, nebst Bemerkungen über die Augenbrauen und den Schnurrbart des Menschen, von J. Frédéric.....	528
Die Natur der elektrischen Vorgänge an der Haut, besonders der Finger, von Sommer.....	524
Die Talgdrüsen und ihre Sekretion, von Hans Bab.....	524

### *Mikroskopie.*

Die Stereokystographie, von S. Jacoby.....	92. 509
Die Stereokystoskopie, von Jacoby.....	92. 509
Histologische Untersuchung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die gesunde und die epitheliomatös veränderte Epidermis, von E. Dalous und J. Lasserre.....	478
Über die Hautveränderungen nach feuchten Einpackungen, von Ch. Audry.....	478
Die Färbereaktionen der bei syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten, von L. S. Dudgeon.....	528
Ein Wort zu dem Aufsätze von Dr. Giemsa „Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida“, von C. Thesing.....	525
Erwiderung zu vorstehenden Bemerkungen, von G. Giemsa.....	525

### *Bakteriologie.*

Die pathogenen Haarpilze (Trichophyton, Microsporon, Favus), von Franciszek Krzystalowicz.....	174. 428. 561
Blastomycetenbefund bei einer Hautkrankheit, von Marzinowski und Bogrow.....	456
Über die im menschlichen Organismus vorkommenden säurefesten Bazillen, von Preis.....	528
Über das Wachstum der Gonokokken auf serumhaltigen Nährböden, von Oskar Stross.....	526
Die Gonococcustoxine als Ursachen von Augenentzündungen, von Swan M. Burnett.....	526
Über das Verhalten der Favus- und Trichophytonpilze im Organismus, von J. Citron.....	527
Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus), von Ludw. Waelsch.....	527
Die Bedeutung der Tbc-ähnlichen säurefesten Bazillen bei Untersuchungen auf Tuberkulose, von A. Aujeszky.....	527
Über Giftstoffe in den Kulturen des Gasphlegmonebacillus, von Fritz Passini.....	528
Der Parasit der Psoriasis; weitere Untersuchungen, von Campana.....	560

### *Hygiene.*

Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.....	17
Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten, von O. Grosse.....	166
Eingabe des Vorstandes der D. G. B. G. an den Herrn Reichskanzler.....	420
Die Aufgaben der Zweigvereine, von Felix Bloch.....	420
Unser Genußleben und die Geschlechtskrankheiten, von Willy Hellpach.....	421
Reichen die bisherigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes zur Heilung von Geschlechtskrankheiten aus? von Reinhold Ledermann.....	422
Die sittlichen Zustände in den hamburgischen Wäschereien, von M. Fürst.....	465

	Seite
Die Reglementierung der Prostitution, von Friedrich Hammer.....	467
Die Geschlechtskrankheiten und ihre besonderen Beziehungen zur Armee, von Neumann.....	528
Dokumente über Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Toulouse, von A. F. Babon.....	528
Die Beschränkung der Dirnen auf das Wohnen in bestimmten Strafen, von Otto Gerland.....	528
Die sexuelle Aufklärung der Jugend, von Karl Ullmann.....	529
Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem flachen Lande und in kleinen Städten, von R. Thomalla.....	529
Die Reglementierung der Prostitution, von Howard A. Kelly.....	530
Die venerischen Krankheiten in der Garnison Metz, von Max Müller.....	530
Sexuelle Aufklärung der Jugend, Verein für Schulgesundheitspflege, von O. Rosenthal.....	530
Zur ambulatorischen Behandlung der Prostituierten, von B. Marcuse; mit einer Einleitung, von E. Lesser.....	643
Vorschläge zur Abänderung des bisherigen Verfahrens der Berliner Sittenpolizei, von Wilhelm Hammer.....	644
Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland, von W. Wechselmann.....	644

*Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.*

Zum Studium des Stoffwechsels bei den Dermatosen, von L. Brocq, A. Desprez und J. Ayrignac.....	20
Lichen planus und Psoriasisefloreszenzen, von Rosenthal.....	81
Lymphatisches Ödem, von Spieler.....	84. 85
Chronisch entzündliches Infiltrat, von Deutsch.....	86
Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. Manassein.....	97. 167. 418. 419
Über einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mykosis fungoides, von Sebastiano Giovanini.....	208
Über Syphilis und Tuberkulose, von T. Barthélemy.....	214
Über Syphilis und Tuberkulose, von Emile Sergent.....	214. 215
Über miliare Aneurysmen des Pericards, von F. Balzer.....	215
Vitiligo, Naevus vasculosus und Ekzem, von Riehl.....	410
Über die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf tierische Gewebe, von Rudolf Winternitz.....	415
Über ein wertvolles Hilfsmittel zur klinischen Diagnose, von Jullien.....	427
Arbeiten aus der dermatosyphiligraphischen Klinik zu Toulouse. Circinäre, haemorrhagische Seborrhoide auf varikösen Unterschenkeln, von Ch. Audry.....	472
Beitrag zur Anatomie des Favusscutulum, von Fritz Paulus.....	504
Die Rolle des Nervensystems bei den Dermatosen, von Lerède.....	511
Die Mißbildungen der Haut, von Jeanselme.....	530
Hautkrankheiten und Stoffwechselanomalien, von Ludwig Waelsch.....	531
Die Beziehungen zwischen Art des Wachstums, Alters und dem Gehalt an Kalium und Calcium bei Geschwülsten von Mäusen (Adenocarcinoma, Jensen), von G. H. A. Claves und W. S. Frisbie.....	534
Über den Zusammenhang der Hautkrankheiten mit Erkrankungen der inneren Organe im Kindesalter, von C. Beck.....	535
Über Tropenkrankheiten, von B. Nocht.....	535
Schmerzhaft infiltrierte in Haut und Muskeln und ihre Symptome, von Carl Lorentzen.....	535
Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken, von Josef Guszmann.....	536
Allgemeine Betrachtung über die ansteckenden Haut- und Kopfhauterkrankungen bei Schulkindern, von Jacob Sobel.....	536
Beiträge zur Einwirkung von Sonnenlicht und Röntgenstrahlen auf die Haut des Kaninchens, von Georg Grund.....	537
Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Entwicklung der Hautveränderungen, von Franciszek Krzysztalowicz.....	537
Über eine Mischgeschwulst der Haut, von Hans Vörner.....	548
Unter der Hornhaut gelegene Talgdrüsen, von Giorgi.....	560

	Seite
Über einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und Trichoepitheliom, von Kurita.....	563
Statistik über die venerischen Krankheiten bei Prostituierten, von Kinoshita.....	563
Über die Gestalt des Haares bei verschiedenen Alopecien, von Kishikawa.....	563
Über die chemischen Bestandteile des Unterhautfettgewebes bei Sclerema neonatorum, von Miura.....	563
Psychosen infolge interner Erkrankung, von Gottfried Egli.....	566
Über die ableitende Bedeutung spontaner und symptomatischer Erkrankungen der Hautdecken, von L. Einis.....	566
Über die Schweißsekretion im Fieber, von Schwerkenbecher und Inagrki.....	567
Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers und einiger anderer Faktoren, von G. Lang.....	567
Zur Kenntnis des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut und der Vaginalschleimhaut für verschiedene Salbengrundlagen und für wässrige Lösungen mit spezieller Berücksichtigung der Jodkaliumsalben, von Fauconnet.....	567
Quantitative Versuche über Giftaufnahme durch die Haut (Paranitrochlorbenzol, Tropföl, Dinitrotoluol), von H. Kuhls.....	567
Die Beurteilung des Immunitätszustandes auf Grund der Harnanalyse, von Alexander Poehl.....	567
Die medizinischen Beziehungen gewisser Mundzustände, von L. Duncan.....	568
Die Ätiologie von Ranzelungen an Zähnen und Nägeln, von G. Lenox Curtis.....	568
Die elastische Spannung der Haut und deren Beziehung zum Odem, von Max Bönniger.....	568
Über Kontaktinfektion, von Schumburg.....	569
Der Zustand der Haut bei Pneumonie, von A. H. Gregson.....	569
Über die hyperleukocytoseerregende Wirkung hautreizender Mittel, von Walther Goebel.....	569
Die Bedeutung der Leukocytose für die Diagnose der akuten Eiterung, von Ernst Weber.....	570
Über allgemeine Hämochromatose, von Adolf Preiswerk.....	570
Folliculitis exulcerans nasi, Lupusknötchen, von Ehrmann.....	638

*Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.*

Massage im Dienste der Kosmetik, von J. Zabłudowski.....	91
Teerbäder, von Afzelius.....	160
Über Pittylen, ein neues Teerpräparat, von Max Josef.....	206
Kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe, von Pasini.....	276
Über Dermasanpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten, von Lengefeld.....	356
Zur Technik der Finsen-Behandlung, von Eschweiler.....	357
Vier Kranke, mit Röntgenstrahlen behandelt, von Reschetillo.....	457
Epitheliom-Entwicklung auf einer X-Strahlennarbe in einem Falle von Lupus vulgaris, von J. M. H. Macleod.....	468
Verbände mit aromatischem Wein, von Ch. Audry.....	472
Über das Sajodin, von Theodor Mayer.....	504
Über die Ernährung mit chlorarmen Stoffen bei Brightscher Krankheit, Chlorurämie und Azotämie, von Fernand Widal.....	556
Über Ernährung mit kochsalzhaltigen Stoffen, von Rénon.....	557
Die salzarme Diät bei Herzkranken, von J. Digne.....	557
Über die Ernährungsweise mit Entziehung von Chlor, von Fernand Widal.....	558
Ist es möglich, die Haut mit Finsenschem Lichte zu sensibilisieren? von Sorrentino.....	561
Die Wasser der Bourboule und ihre Wirkung bei Dermatoesen, von Paul Ferreyrolles.....	571
Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach Thiersch, von Isnardi.....	571
Über dermo-epidermische Transplantationen nach Thiersch, von Gabriel Beauré d'Angères.....	571
Die Hauttransplantationen und die Schalenhaut des Hühnereies, von Amat.....	571
Zur Kenntnis der Dauerresultate nach Hauttransplantationen, von Aug. König.....	572



	Seite
Beitrag zur Kenntnis der physiologischen und therapeutischen Wirkung der trockenen Hitze bei lokaler Applikation gegen einige Dermatosen, von D. G. Kouroudjief	572
Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife, von Jessner	572
Die Nenndorfer Schwefelseife in der modernen Kosmetik, von A. Bahn	572
Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Hautkrankheiten, von C. Bruhns	572
Behandlung gewisser Toxidermien des Kindesalters mit Buttermilch (Strophulus et Ekzema), von Lesné	573
Über die Wirkungsweise der Balsamika, von H. Vieth	573
Über Verwendung des Balsamum peruvianum bei Behandlung von Wunden und chronischen Unterschenkelgeschwüren, von Aronheim	574
Über einige neuere physikalische Heilmethoden in der Dermatologie, von A. Havas	574
Über die Kompression in der cutanen Therapie, besonders über methodische Kompression, von Louis Thorel	575
Experimentelle Beiträge zur Frage der Desinfektion der Haut, von Karl Vogel	575
Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten, von Viktor Klingmüller	575
Einige neue Gesichtspunkte in der Anwendung der Elektrotherapie, von H. L. Jones	575
Über eine Modifikation der Hautnaht, nach Michel, von M. Samuel	575
Über die physikalischen, biologischen und therapeutischen Eigenschaften des Lichtes und über seine Verwendung in der Dermatologie, von R. Abadie	575
„Lichtsalbenbehandlung“ mittels Wärmestrahlung, von Axmann	575
Wundbehandlung mittels ultravioletten Lichtes, von Axmann	576
Über Radioaktivierung und ein neues Radiumpräparat (Radiophor), von Axmann	577
Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe, von Anton Thies	577
Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere, von M. Seldin	578
Indikationen zur Röntgentherapie, von W. Lehmann	578
Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen, von Max Cohn	579
Über die Radiotherapie und ihre Applikation bei Hautaffektionen, von Josef Belot	579
Ist die X-Strahlenbehandlung der Hautkrankheiten nur eine Modesache? von W. J. Lefevre	579
Was ein Arzt von der Radiotherapie wissen muß, von Raoult	580
Zur Röntgentherapie, von P. Wichmann	580
Einige dermatologische Mißbräuche der X-Strahlen, von M. L. Heidingsfeld und A. J. Markley	580
Die Uviol-Quecksilberlampe und Lichtbehandlung mittels ultravioletter Strahlen, von Hans Axmann	581
Folgen der merkuriiellen Injektionen, von L. Legourd	581
Ein Fall von Quecksilbervergiftung, von A. Wightwick	581
Quecksilbervergiftung in der Technik; Bericht über zwei Fälle, von H. J. Walker	581
Weitere Beiträge zur Kenntnis der hämolytischen Wirkung des Sublimats. Entgiftung der mit Sublimat behandelten roten Blutkörperchen mittels Blutlösung, von Detre und Sellei	582
Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen, von L. Laquer	582
Zur Kenntnis der toxischen Lähmungen im Anschluß an äußerliche Anwendung von Arsenpräparaten, von Albert Emile Perret	583
Alypin, ein neues Anästhetikum, von v. Sicherer	583
Über Lokalanästhesie, von E. Impens	583
Über Alypin, von Seifert	583
Über Alypin, ein neues lokales Anästhetikum, von W. Seeligsohn	583
Alypin, ein neues Lokalanästhetikum, von E. Stotzer	583
Alypin, ein neues Lokalanästhetikum, von Max Joseph und Joseph Kraus	584
Zur Behandlung von verunreinigten Wunden und Geschwüren, von Ernst Fürth	584
Therapeutische Versuche mit Jodipin bei Hautkrankheiten und Syphilis, von Benno Stenner	584
Zur Behandlung von Dermatosen mit besonderer Berücksichtigung des Keramins, von J. Hecht	585
Über das neue Diuretikum „Theocin“, von Karl Mitterer	585
Über ein percutan anwendbares Jodpräparat (Jothion), von Heinz Richartz	585
Beitrag zur Organotherapie. Sperminum Poehl, von G. Hirsch	585

	Seite
Über das Tumenolammonium und seine Verwendung in der Dermatotherapie, von Viktor Klingmüller .....	586
Celluloid als Wundverband, von Alex. C. Wiener.....	586
Die dermatotherapeutische Brauchbarkeit zweier Pyrogallusderivate (Lenigallol, Eugallol), von Franz Poór .....	586
Einiges über den Gebrauch des oxydierten Pyrogallois in der Dermatologie, von W. Allan Jamieson .....	586
Unerwünschte Wirkung des Adrenalins in der Urethra, von W. S. Johnson ..	587
Stearinsäureanilidverbindungen als Salbengrundlagen, von Georg Protitsch ..	587
Beiträge zur Pharmakologie des Schwefels, von Heffter.....	587
Ein Fall von Nierenreizung infolge von Urotropin, von F. W. Parry.....	587
Über Naphta und Nafalan, von Paul Hetzel .....	587
Über Urogosan, ein neues sedatives Blasenantiseptikum .....	588
Über Isoform, von Hugo Meier .....	588
Über die Verwendung des Isoforms in der dermatologischen Therapie, von Friedr. Necker.....	588
Über Gynochrysa Hydrargyri, von J. F. v. Crippa.....	589
Stadien über die Wirkung von: Nitrobenzol, Dinitrobenzol, Nitrotoluol, Dinitrotoluol von Lunge und Haut aus, von Joseph Zieger .....	590
Über Arhovin, von Piorkowski.....	590
Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrophuloderma und der Furunkulose, von Hans Vörner.....	590
Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum, von Hans Vörner....	591
Das Kollargol in der klinischen Praxis, von A. Breton .....	591
Über alte und neue Teerpräparate, von Paul Richter.....	591
Über Anthrasol als Teerersatz, von Walter Schneider .....	592
Eupicin, ein neues Teerpräparat, von Eduard Trautwein .....	592
Die Arsenquellen der Val Sinestra, von Lardelli.....	593
Zum Studium der kohlen säurehaltigen Chlornatrium-Schwefelthermen von Baden (Schweiz), von P. Röthlisberger .....	594
Zur externen Behandlung Hautkranker, von Michael Steiner .....	594
Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Licht, von Linser und Helber .....	594
Weitere Beiträge zur Radiometrie, von Leopold Freund und Moritz Oppenheim .....	594
Erfahrungen mit Radiumbehandlung, von A. Blaschko.....	595
Das Aronsonsche Antistreptokokkenserum und dessen therapeutische Verwendung, von M. Lubowski .....	595
Über den histochemischen Nachweis von Quecksilber in den Geweben, von Mazza und Lombardo.....	596
Über den Verlauf der Jodausscheidung beim Menschen, von Johannes Witt ..	596
Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta, von Lublinski.....	596
Zur subcutanen Jodipinanwendung, von Tomaszewski.....	597
Therapeutische Versuche mit Isoform, von Weik .....	597
Über die therapeutische Natur des Ulcerols (Wundpflaster) und Clavalins (Hühneraugenpflaster, von Bollag.....	597
Über die therapeutische Anwendung des Yobimbin „Riedel“ als Aphrodisiakum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis, von Rudolf Topp .....	597
Ein kurzer Überblick über die in der Dermatologie gebräuchlichen Medikamente, von J. Méneau .....	645

## II. System der Hautkrankheiten.

### A. Angioneurosen.

Ein Fall von Erythema multiforma exsudativum mit tödlichem Ausgang, von Edvard Welander.....	92
Über Chlorakne, von Wilh. Lehmann .....	92. 161
Über Jodakne vom Typus des Erythema nodosum, von Hans Vörner.....	163

	Seite
Morbus maculosus Werlhofii, von Ledermann.....	356
Raynaudsche Asphyxie, von Ehrmann.....	408
Bromakne, von Leiner.....	409
Erythema multiforme, von Spiegler.....	410
Erythema multiforme bullosum, von Kohn.....	412
Die Pathogenese des Bromexanthems, von A. Pasini.....	423
Das akute umschriebene Ödem der Haut und der Schleimhäute, von B. Morichau.....	424
Zur Statistik und Kasuistik der septischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes, von Siegfried Cohn....	598
Zum Problem der Angioneurosenbehandlung, von K. Kreibich.....	598
Ein Fall von Urticaria auf Grund psychischer Störung, von Jean Kucera....	599
Ein Fall von akuter Urticaria mit besonderer Komplikation, von Wende.....	599
Über die Bedeutung der Dermographie für die Diagnose funktioneller Neurosen, von Stursberg.....	600
Ein Fall von Dermographismus bei einem Ikerischen, von Th. Plaut.....	600
Einige Wirkungen des natürlichen Ödems und der künstlichen Odemisierung. Ein Beitrag zur Stauungstherapie, von Eugen Joseph.....	600
Purpura, von Spiegler.....	636
Über Oedema lymphangiectaticum beim Neugeborenen, von Fromme.....	645
Zur Kenntnis des idiopathischen Ödems des Säuglings, von Ludwig F. Meyer.....	646
Über subcutane Frakturen der Metakarpal- und Metatarsalknochen mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten „militärischen Fußödems“, von Hermann Hamann.....	646
Über akutes, universelles, angioneurotisches Ödem, von Hans Diethelm.....	646
Angioneurotisches Ödem mit Beteiligung der oberen Luftwege, von H. T. Halsted.....	648
Ein Fall von akutem, angioneurotischem Ödem, von Herter.....	648
Über die Quinckesche Erkrankung (Oedema cutis circumscriptum acutum), von A. Havas.....	648
Akutes, umschriebenes Ödem (Quincke), kombiniert mit Erythromelalgie, von Erich Schlesinger.....	649
Zwei Fälle von angioneurotischem Ödem, verbunden mit nervösen und geistigen Störungen, von Theodor Diller.....	649
Schlussmitteilung über den Fall II von angioneurotischem Ödem, von R. S. Mouris.....	650
Chronische Cyanose mit Leukocytose und Milzschwellung, von C. Begg, C. M. Ed. und H. H. Bullmore.....	650
Ein Fall von Polycythämie und Cyanosis, von A. J. Zimlick.....	650
Die enterogene Cyanose, von L. Cheinisse.....	650
Enterogene Cyanose, von A. A. Hijmans van den Bergh und A. Grutterink.....	651
Lokale Asphyxie der Extremitäten und Albuminurie, von Louis Barré.....	651
Ein atypischer Fall von Raynaudscher Krankheit, von Ludwig Blendermann.....	651
Ein Fall von Raynaudscher Krankheit, von Wladár.....	651
Die symmetrische Asphyxie der gipfelnden Körperteile, von Jeanselme.....	652
Ein Fall von Henochscher Purpura haemorrhagica mit entzündlichem Ödem, von Franz Best.....	652
Purpura infectiosa, von S. R. Schofield.....	652
Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Purpura, von H. Grenet.....	652
Ein Beitrag zu den Purpuraerkrankungen, von Hans Riesel.....	652
Chronische Purpura haemorrhagica, von H. H. Loveland.....	652
Über einen eigenartigen Fall von Blutfleckenkrankheit, von W. Rosenblath..	653
Blutfleckenkrankheit (Purpura) sumpfigen Ursprungs, von Miron.....	653
Über die Wirkung des Adrenalins beim Morbus maculosus Werlhofii, von Gianni.....	653
Über einen Fall von vikarierender Menstruation unter dem Bilde des Morbus maculosus Werlhofii und tödlichem Ausgange, von Michael Schechner..	654
Klinischer Beitrag zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit, von August Kohl.....	654
Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit (Brustkind), von G. Freund.....	654
Beri Beri und Skorbut, von M. Schubert.....	654
Zur Kenntnis der Blutungen bei Polyneuritis alcoholica, von Emil Neisser...	654
Ein masernähnliches Exanthem, im Anschluß an Magen-Darmstörungen, von Nathan Rosewater.....	655
Über Arzneixantheme, von Albrecht Zacharias.....	655
Über einen Fall von urämischer Dermatitis, von H. Chiari.....	655

	Seite
Über metastatische Hautentzündung bei Pyämie und über Hautentzündungen bei Infektionskrankheiten im allgemeinen, von Werther.....	656
Die durch Antipyrin verursachten Eruptionen, von F. Poncetton .....	656
Ein ungewöhnlicher Fall einer pilzförmigen Bromkaliumeruption, von A. F. Böhler	656
Akte Vergiftung der Mundschleimhaut durch Jodtinkturpinselungen, von Adolph Witzel.....	656
Erythema nach Veronal, von W. K. Wills .....	657
Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra, von Pius Deisaco .....	657

## B. Entzündungen.

### I. Traumatische.

Epidermolysis bullosa, von Lesser .....	81
Eine Mitteilung über Teak-Dermatitis, von Willmott Evans .....	167
Resorcin-Dermatitis, von Rosenthal .....	271
Artefakte, von Wechselmann.....	355
Urtikarielles Erythem, von Riehl .....	410
Purpura, von Friedländer .....	547
Dermatitis artificialis pustulosa, von Brandweiner.....	636
Blasenbildungen, von Scherber .....	638

### II. Neurotische.

Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson), von S. Ehrmann .....	89
Vom Erythema nodosum, von Hans Vörner .....	163
Behandlung des Herpes zoster, von Leullier.....	169
Pellagra erythematosa, von Rummo .....	171
Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria, von Valentin.....	205
Die Atrophie bei multipler Neurofibromatose, von Josef Pollak.....	205
Ein Fall von Herpes zoster recidivus, Zoster dorsoabdominalis in loco, von Hans Vörner.....	206
Der rezidivierende Herpes der Gesäßgegend, von W. Dubreuilh.....	208
Die bullösen Formen der Hydroa vacciniiformis, von E. Constantin .....	274
Circumskripte Cutis anserina, von Pinkus .....	356
Urticaria chronica recidivans, von Oppenheim .....	411
Über Hydroa vacciniiformis, von Felix Malinowski .....	415
Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation, von Beyer .....	415
Über Hydroa aestivalis milden Charakters, dessen Verwandtschaft mit Hutchinsons „Sommerprurigo“ und Bazins Hydroa vacciniiformis, von H. G. Adamson..	507
Über den Zusammenhang zwischen Hydroa aestivalis und Hämatorporphyrinurie, von Paul Linser .....	550
Ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung der Arzneiausschläge, von Paul Richter.....	550
Erythema nodosum perstans, von Pick.....	639

### III. Infektiöse.

#### 1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

##### a) Akute Exantheme.

Erythema contagiosum, von Th. Escherich.....	24
Zur Ätiologie der Varicellen, von Halbhuber .....	24
Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie der Varicellen, von Josef Bett.....	24
Schafpocken, von Edouard Bosc .....	25
Die Diagnose der Schafblattern, von William L. Somerset .....	25
Varicellen der Hornhaut, von E. H. Oppenheimer.....	25
Varicella gangraenosa, von Charles F. Kieffer .....	25
Über die Alkalescenz des Blutes bei akuten exanthematischen Krankheiten, von Kireef.....	26
Über die Bakteriologie der Nephritis nach akuten Infektionskrankheiten, von Ernst Hermann .....	26

	Seite
Über Wochenbettscharlach, von Fritz Meyer.....	26
Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Mischinfektion, von Georg Hahn....	27
Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen? von B. Salge.....	27
Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis, von Buttersack.....	27
Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis, von O. Garlipp.....	27
Weitere Erfahrungen über das Mosersche polyvalente Serum bei Scarlatina, von J. v. Bókay.....	27
Eine Masernepidemie, von Heissler.....	28
Masern, von H. M. Raven.....	28
Über Kopliksche Flecken (zur Frühdiagnose der Masern), von Ignaz Steinhardt	28
Die Rubeola-Epidemie in Genf (Januar bis April 1905), von H. Audeoud.....	29
Der Streptokokkenbefund bei Variola und Variellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren, von H. de Waele und E. Sugg.....	29
Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis, von John Siegel.....	30
Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern, von Emil v. Celebrini.....	30
Tödlich verlaufener Pockenfall, von Carl Davidsohn.....	30
Die Anwendung von Laboratoriumsmethoden bei der Pockendiagnose, von William Travis Howard.....	31
Laboratoriumsdiagnose der Pocken, von R. L. Thompson.....	31
Versuch über die Anwendung des Collargols in der Behandlung der Variola, von Louis Cayla.....	31
Über den Einfluss von Variola auf Vaccine, von J. C. Hibbert.....	31
Mitteilung über erfolgreiche Impfung nach dem Ausbruch von Variola, von F. Robinson.....	31
Ein Beispiel von der schützenden Wirkung der Impfung, von E. Lynn-Jenkins	31
Nutzen der Schutzpockenimpfung.....	32
Schutzwirkung der Vaccination, von W. H. Paine.....	32
Zur Impfrage, von Josef Markus.....	32
Die Fortschritte der Impfung, von M. Labbé.....	32
Über die von den Impfarzten zu befolgenden Vorschriften, von Solbrig.....	32
Projekt eines Impfglements für Estland, von v. Nottbeck.....	32
Die Impfklauseln in den Welpolizen der Versicherungsgesellschaften, von Ludwig Pfeiffer.....	33
Über die Vaccination des Neugeborenen, von Charles Pierrot.....	34
Über Vaccineerkrankungen des Auges, von Gelhausen.....	34
Über generalisierte Vaccine, von Paul Freyer.....	35
Über die Technik des Guarnierischen Impfexperimentes und seine Verwendung zum Nachweis von Vaccineerregern in den inneren Organen von Impftieren, von Th. v. Wasielewski.....	35
Untersuchungen über das Wesen der Vaccineerreger, von S. Prowazek.....	36
Die Spirochaeta vaccinae, von H. Bonhoff.....	36
Über Lungenveränderungen nach intrapulmonaler Injektion von Vaccinelympe nebst Bemerkungen über den behaupteten Nachweis des Vaccinevirus in den inneren Organen, von M. Haaland.....	37
Staatliche Kontrolle von Vaccinevirus, von John F. Anderson.....	37
Zur Tuberkulosefrage der Kuhpockenlymphe, von Breit.....	37
Die Schutzpockenimpfung, von J. Fels.....	37
Impfergebnisse und Impftechnik, von Paul Schenk.....	38
Impfschutzverbände, von Alfred Groth.....	38
Akutes Exanthem, von Finger.....	37
Cicatrices post variolam veram, von Brytschew.....	640

## b) Chronische Infektionskrankheiten.

### a. Lepra.

Leprafälle in Christiania in 1903, von Kristian Grön.....	17
Über Veränderungen der Epidermis bei Lepra tuberosa und Ausscheidung von Leprabazillen durch die Haut, von Klingmüller.....	17
Heim für leprafreie Kinder in Canton.....	17
Auszug über Lepra aus dem Bericht des Gesundheitsbeamten für die Kolonie Kap der guten Hoffnung, von A. John Gegory.....	17

	Seite
Die Lepra auf Kuba, von Emile Laurent .....	22
Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1903, von Dehio .....	38
Die Lepra in Frankreich und seinen Kolonien, von E. Jeanselme .....	38
Die Lepra. 12 Jahre Praxis im Leprahospital zu La Desirade (Guadeloupe), von L. A. Noël .....	89
Historische und topographische Studien über die Lepra in der Bretagne. Über die Beziehungen der Lepra zu dem „Syndrome de Morvan“, von G. J. Plateau .....	39
Ein einheimischer Fall von Lepra tuberosa, von O. S. Ormsby .....	39
Die Lepra; Ätiologie, Geschichte und Prophylaxe, von Carrasquilla .....	39
Über eine mögliche Verbreitungsweise der Lepra.....	40
Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde, von Georg Deycke .....	40
Die Leprabehandlung, von Isadore Dyen.....	40
Eine in Mossi (im französischen Sudan) befolgte Behandlungsweise bei Lepra, von Laffay und Ruelle.....	169
Lepra maculo-papulosa anaesthetica, von Zumbusch .....	410
Lepra tuberosa, von Sokolow .....	413
Über konjugale, familiäre Lepra und erblich lepröse Entartung (Paraleprose), von Matthias Hirschberg .....	505
Klinische Studie der Lepra ophthalmica mit einer Beschreibung von Fällen aus dem Leprahospital in Laugarnes (Island) im Jahre 1901 und 1904, von Karl Grossmann .....	642
Sinnesstörungen bei Lepra. Ein Fall von polyneuritischer Psychose bei einem Leprakranken, von v. Beurmann, Roubinowitch und Gougerot .....	642

β. Tuberkulose.

Die verschiedenen Behandlungsweisen der Tuberkulide, von H. Hallopeau ....	21
Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und Klinik des Lichen scrophulosorum, von H. Hallopeau .....	21
Ein psoriasisähnliches Tuberkulid am Knie, von H. Hallopeau.....	21
Bericht über die Tätigkeit des Finseninstitutes der Dermatologischen Universitätsklinik im Insepsital zu Bern, von J. Jadassohn und Frank Schultz ...	41
Kann in den Lupusheilanstalten Infektion mit Tuberkulose geschehen? von Huber .....	41
Über „Tuberkulide“ und disseminierte Hauttuberkulosen, von Fritz Juliusberg .....	42
Die atypischen Hauttuberkulosen (Tuberkulides), von L. Pantrier.....	43
Über Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion, von Ernest Spitzer.....	43
Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Finsenbestrahlung bei Lupus, von J. Dautrelepont .....	43
Über die ätiologische Rolle der Tuberkulose bei der lokalen Asphyxie und der symmetrischen Extremitätengangrän, von Maurice Bonenfant .....	44
Über zwei Fälle von Zungentuberkulose, von Siegfried Nelson .....	44
Über den therapeutischen Wert von Quecksilbersalzinjektionen bei Lupus und Lepra, von A. Meyer.....	44
Zur Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt, von H. Dreuw .....	44
Papilläre hypertrophische Tuberkulose der Nasenspitze, von Adler .....	82
Leukoderma und Lupus vulgaris disseminatus, von Sachs .....	83
Typische Folliclis, von Ehrmann.....	83
Lupus pernio, von Möller .....	160
Lupus erythematosus-ähnliche Tuberkulide, von Möller.....	161
Tuberkulid, von Ullmann .....	200
Tuberculosis verrucosa cutis, von Carl Spitzer.....	200
Tuberculosis verrucosa cutis, von Weidenfeld.....	201
Tuberculosis mucosa oris, von Scherber .....	201
Lupus ulcerosus serpiginosus der linken oberen Extremität, von Gustave Bureau .....	211
Lupus follicularis disseminatus, von Hoffmann.....	355
Scrophuloderma, von Schwarz .....	407
Tuberculosis pulmon., von Spiegler .....	410
Lupus vulgaris, von Ehrmann.....	411
Tuberculosis verrucosa cutis, von Kohn.....	412
Mikroskopische Präparate einer Acne cachecticorum, von Kreme .....	412
Tuberculosis papulo-necrotica cutis, von Licharew .....	413

	Seite
Lupusfall, von Brytschew .....	413
Lupus vulgaris faciei, kombiniert mit Tumor albus und Scrophuloderma, von Bogrow .....	413
Über die Einschlüsse im Lupusgewebe, von Walter Pick .....	415
Verruköse Eruptionen von Tuberkelbau, von Heller .....	547
Lupus des Ohrläppchens, von Friedländer .....	547
Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Hauttuberkulide, von A. Civette ..	555
Tuberkulose und Prostitution .....	559
Über Folgezustände der Tuberkulinbehandlung und Neurotrophie, von Cerone ..	559
Das Tuberkulin R beim tuberkulösen Lymphom, von Cerone .....	560
Über einige Fälle der Hauttuberkulose und Demonstration von Lupus vulgaris, von Oknkawa .....	563
Papulo-nekrotisches Tuberkulid, von Ehrmann .....	635
Lichen scrophulosorum, von Ehrmann .....	638
Folliculis, von Pick .....	639
Lupus faciei, von Brytschew .....	640

γ. Syphilis.

Studium der experimentellen Syphilis. Teil II: Der experimentelle weiche Schanker des Augenlids beim Makakus, von George Thibierge, Paul Ravaut und Louis Le Sourd .....	20
Vorläufige Mitteilung über die rektale Anwendung von Quecksilber, von Ch. Audry .....	21
Zwei Fälle von Darmblutung infolge von Quecksilbergebrauch, von Le Pileur ..	22
Wann dürfen wir einem Syphilitiker zu heiraten gestatten? von Eugeniusz Borzecki .....	45
Die Prognose der Syphilis in bezug auf Ehe und Vererbung, von Prince A. Morrow .....	45
Die Prognose der Syphilis, von R. W. Taylor .....	46
Schadenersatz für Schädigungen durch Infizierung mit Syphilis .....	46
Syphilis als unschuldig erworbene Krankheit, von L. Duncan Bulkley .....	47
Syphilis und ihr Einfluß auf die Kindersterblichkeit, von Henry Enos Tuley ..	47
Syphilis bei der dritten Generation, von C. F. Marshall .....	47
Syphilis mit sehr späten oder fehlenden Sekundärerscheinungen, von Robert N. Willson .....	47
Über die Verhütung parasymphilitischer Affektionen, von T. Trzcinski .....	48
Die Bestimmung des Resistenztiters des Blutes gegen Sublimat bei Syphilis, von L. Detre und J. Sellei .....	49
Über Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken, von P. Doehle .....	51
Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer, von James Nevins Hyde .....	52
Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei Syphilis. Die Wirkung der Quecksilberbehandlung, von Robert Moog .....	53
Kritische Studie über syphilitische Reinfektion, von Marie Coutanine .....	53
Das sekundärsyphilitische Fieber, von S. Zentler .....	54
Über sekundärsyphilitische Angina, von M. Gazave .....	54
Altpatagonische, angeblich syphilitische Knochen aus dem Museum zu La Plata, von Lehmann-Nitsche .....	54
Über die Multiplizität des syphilitischen Schankers. Statistik des Hospital Rioord (früher Midi), von Achille Papagaey .....	54
Multipler Schanker und Pathogenese der Lues, von Jules Klotz .....	54
Über extragenitale Primäraffekte, von Otto Witte .....	54
Extragenitaler Schanker, von R. Duhot .....	55
Über extragenitale Schanker, von Abraham L. Wolbarst .....	55
Über extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen, von Willy Bloch .....	55
Über Digitalisklerosen, von Martin Bauer .....	55
Mutabilität und Generationswechsel des Syphilisbacillus als Ursache der variablen Syphilisercheinungen, von von Niessen .....	56
Über den Nachweis der hantelförmigen Bazillen bei der chronischen, zottenbildenden Polyarthritits und über Beziehungen der Syphilis zu derselben, von Max Schüller .....	56
Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von A. Neisser .....	57
Untersuchungen über die Syphilis der Affen, von Finger und K. Landsteiner ..	57

	Seite
Weitere Mitteilung über Syphilisimpfung am Pferde, von Piorkowski.....	57
Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis, von J. Siegel.....	57
I. Morphologie der Cytorrhocytes luis.....	57
II. Impfungen auf Affen, Kaninchen und Meerschweine.....	58
Impfungen mit Cytorrhocytes luis an Kaninchenaugen, von Walter Schulze...	59
Cytorrhocytes luis Siegel, von Franz Eilhard Schulze.....	59
Über den Cytorrhocytes luis (Siegel), von L. Merk.....	59
Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen, von Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann.....	60
Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegen- über anderen Arten dieser Gattung, von Fritz Schaudinn und Erich Hoffmann.....	61
Weitere Mitteilungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Erich Hoffmann.....	62
Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis, von C. Fraenkel..	62
Spirochaeta pallida und Syphilis, von B. Kiolemenoglou und Felix v. Cube	62
Kritische Bemerkungen zur Spirochaeta pallida bei Syphilis, von Curt Thesing	62
Über Spirochaetenbefunde bei Syphilis, von Rille.....	62
Die Spirochaeten bei Syphilis, von H. Ploeger.....	62
Zum Nachweis der Spirochaeta pallida im Blut Syphilitischer, von C. T. Noegge- rath und R. Staehelin.....	62
Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis, von Rille und A. Vockerodt.....	62
Über die Anwesenheit der Spirochaeta pallida in sekundär-syphilitischen Mani- festationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden, von Ivo Bandi und Fr. Simonelli.....	62
Hereditäre Lues, Gelenkerkrankungen, von Lesser.....	81
Syphilitischer Primäraffekt an der Innenfläche der Oberlippe, von Adler.....	82
Spirochaeta pallida, von Hoffmann.....	82
Syphilisimpfungen auf Affen, von Finger.....	84
Syphilis und Reizung, Lupus vulgaris, von Oppenheim.....	85
Primäraffekt im Mundwinkel, von Oppenheim.....	86
Papulöses Rezidiv innerhalb einer Tätowierungsnarbe, von Lipschütz.....	86
Lues sine exanthemate, von Ehrmann.....	88
Macacus hamadrias mit Lues geimpft, von Finger.....	88
Die Spirochäten der Syphilis, von J. L. Bunch.....	98
Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können, von L. Bizard.....	98
Aus der Mittwochs-Poliklinik Gauchers, von Levy Bing.....	99
Perforation des Gaumensegels, von Gaucher.....	99
Syphilitische Schanker, von Gaucher.....	99
Pigmentiertes Syphilid des Halses, von Gaucher.....	99
Vegetationsplaques, von Gaucher.....	99
Allgemeines papulöses Syphilid, von Gaucher.....	99
Schanker der Brustwarze bei einer Amme. Übertragung durch einen Säugling.	99
Floride syphilitische Erscheinungen bei einem Tabetiker.....	99
Schankröses Gumma.....	99
Zwei Fälle von schwerer tertiärer Lues.....	99
Arteriitis cereбрalis.....	99
Icterus bei einem Syphilitischen.....	100
Syphilis maligna.....	100
Eine Hanthydrargyrie.....	100
Zwei Fälle von Tabes.....	100
Gummöse Erscheinungen bei einem Kranken, der vor 41 Jahren einen Schanker hatte.....	100
Gumma.....	100
Infektion, von Gaucher.....	100
Syphilis bei zwei Schwangeren, von Gaucher.....	100
Drei Fälle von Glossitis exfoliativa marginata, von Gaucher.....	100
Multiple Gummata bei einer Kropfkranken, von Gaucher.....	100
Syphilis, von Gaucher.....	100
Eine Kranke mit Plaques der Vulva und einem typischen polymorphen Erythem, von Gaucher.....	100



	Seite
Schancker, von Gaucher .....	100
Oedema chronicum elephantasticum, von Gaucher .....	100
Syphilis granulosa miliaris, von Gaucher .....	100
Allgemeinparalyse und Syphilis, von Alfred Fournier .....	100
Über Tabes infantilis juvenilis, von Edgar Hirtz und Henri Lemaire. ....	101
Ein Fall von periurethralem, frühzeitig erscheinendem Gumma, von Claude und Decelle .....	102
Über Spirochätenbefunde bei Syphilis, von Viktor Bandler .....	104
Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes, von A. Buschke und W. Fischer .....	104
Spirochäten bei Syphilis, von E. J. Mc. Wany .....	104
Über pathologische Veränderungen und Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis, von V. Babes und J. Pinea .....	105
Über einen Fund von Spirochaeta pallida im kreisenden Blut, von Hugo Raubitschek .....	105
Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Blute und in den sekundären Eruptionen der Lues, von Bandi und Simonelli .....	105
Zur Spirochätenfrage bei Syphilis, von Omeltschenko .....	106
Über Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe, von L. Spitzer .....	106
Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida in den Leistendrüsen bei sekundärer Lues, von Riso und Cipollina .....	106
Über die Beziehung der Spirochaeta pallida zur Syphilis, von Karl Herzheimer .....	107
Über den Spirochätennachweis bei Syphilis, von W. Scholtz .....	108
Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida, von Wilhelm Wechselmann und Waldemar Loewenthal .....	108
Spirochaeta pallida und syphilitische Infektion, von Riso und Cipollina ....	109
Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten, von Paul Mulzer .....	109
Spirochäten bei Syphilis, von C. Grouven und H. Fabry .....	109
Zur Frage der Spirochaeta pallida, von Schov .....	110
Über das konstante Vorkommen der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen, von R. Kraus und A. Prantschoff .....	111
Über die bei Syphilis gefundenen Spirochäten, von M. Wolters .....	111
Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaeta pallida, von Karl Herxheimer und Hans Hübner .....	112
Eine einfache und schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaeta pallida, von M. Oppenheim und O. Sachs .....	112
Spirochätenfärbung, mit Kresylviolett, von Carl Davidsohn .....	112
Spirochaeta pallida und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues, von Guido Nigris .....	112
Zur Genese der Lues hereditaria, von Wilhelm Junghans .....	113
Ammen- und Säuglingsyphilis (Diagnostik und Prophylaxe), von Marcel Petit .....	113
Über die kindliche Syphilis, von Rolin .....	113
Über die Syphilis der Neugeborenen, von Blanchet .....	113
Über syphilitische Säuglinge. Maßnahmen der Fournierschen Klinik. Resultate, von Barlerin .....	113
Ein Fall von Polymyositis heredo-syphilitica im Säuglingsalter, von Hochsinger .....	113
Zwanzigjährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis, von Karl Hochsinger .....	113
Prophylaxis der Heredosyphilis, von Pinard .....	114
Über die Behandlung der Syphilis hereditaria, von A. Buschke .....	114
Die Elemente der Diagnose Hautsyphilis, von E. A. Fischkin .....	114
Zwei Fälle von syphilitischem Exanthem, von Lesser .....	115
Über lichenförmige Syphilide, von S. Ehrmann .....	115
Über Kombination von Syphilis und Tuberkulose, von Lion Marx .....	115
Beitrag zur Diagnostik der Tuberkulose und Lues des Kehlkopfes, von Rudolf Landesberg .....	115
Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis, von Wilhelm Karl Schinze .....	116
Syphilis der Lungen, von S. B. Wermel und N. W. Solowjew .....	116
Magensyphilis, von P. Barbier .....	116
Beitrag zum Studium der Pathogenie der ano-rektalen Syphilome, von Leon Puechavy .....	117

	Seite
Ein Fall von multipler Lymphdrüenschwellung infolge von verkannter Syphilis, verlaufend unter dem klinischen Bilde einer lymphatischen Pseudoleukämie, von Verrotti.....	117
Die Diagnose des Syphiloms der Nieren, von R. R. Campbell.....	117
Ein Fall von Nierenentzündung bei bestehender syphilitischer Lebercirrhose mit Thrombose der ganzen Pfortader, von H. Planer.....	117
Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern, von Carl Stern.....	117
Syphilis der Leber, sklerogummatöser Typus, von John Funke.....	117
Über Fieber bei Syphilis der Leber, von F. Klemperer.....	118
Einige Fälle von Lebersyphilis, von Georg Schaaf.....	118
Ein Beitrag zur Frage der fieberhaftenluetischen Leberschwellung, von Reye..	118
Zwei Fälle von Gummabildung in der Leber, von Johann Meyer.....	119
Der Ikterus, ein Symptom sekundärer Syphilis, von Arthur Stein.....	119
Primärsyphilid der Conjunctiva, von W. J. Forshaw.....	119
Die syphilitischen Erkrankungen der Augenlider nebst einem Beitrage, von Edmund Ingelmann.....	119
Luetische Endaortitis mit Aneurysma der Brustsorta, von Wilhelm Dohmeyer	119
Aortenaneurysma und Syphilis (!), von Gustav Spliedt.....	119
Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen, von Hans Arnsperger	119
Beitrag zum Studium der syphilitischen Arteritis der Extremitäten, von Durandard.....	119
Über die Beziehungen zwischen Syphilis und schwieriger Aortensklerose vom pathologisch-anatomischen Standpunkt, von J. G. Mönckeberg.....	120
Ein Fall von totaler einseitiger Thrombose der Vena renalis bei Lues congenita mit eigenartigen Veränderungen der funktionell überanstrengten anderen Niere, von Heinrich Katz.....	120
Über die Osteomyelitis der Säuglinge und ihre Beziehung zu der syphilitischen Pseudoparalyse, von Joseph Renaud.....	121
Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Osteomyelitis der langen Knochen, von Paul Picard.....	121
Über Polyarteriitis nodosa, von Richard Schreiber.....	121
Über die latente Nervensyphilis und die nervösen Stigmata der Syphilis, von Charles Mantoux.....	121
Ein Fall von peripherer Nervensyphilis, von Julius Grinker.....	121
Über den diagnostischen Wert der Lymphocytose des Liquor cerebro-spinalis bei syphilitischer Hemiplegie, von Paul Valette.....	122
Ein Fall von syphilitischer Erkrankung in der Schädelhöhle, von T. Buzzard.	122
Beitrag zur Kenntnis der Hirnsyphilis, von J. Neumann.....	122
Bemerkungen zur Pathologie der Hirnsyphilis: Schädelödem im Verlaufe von syphilitischen Hirnhauterkrankungen, von Paul Bernhardt.....	123
Über die Stokes-Adamsche Krankheit, von Franz Gudowitsch.....	124
Ein Fall von basaler Lues, von Alfred Saupe.....	124
Epilepsie syphilitischen Ursprungs, von John T. Moore.....	124
Ein Fall von spinaler Lähmung infolge tertiärer Syphilis bei Behandlung desselben durch Jodpräparate, von Rauchmann.....	124
Über Tabes dorsalis mit Hemiplegie; ein Beitrag zur Syphilis-Tabesfrage, von Adolf Rosenberg.....	124
Familien-Rückenmarksdarre; Tabes dorsalis bei Ehemann, Gattin und Tochter, von E. F. Trevelyan.....	124
Das Wesen der Tabes, von W. R. Gowers.....	125
Über die Häufigkeit der Koexistenz von Aortitis neben Tabes und Paralyse bei Syphilitikern, von D. Guilly.....	125
Tabes und Paralyse in Beziehung zur Quecksilberbehandlung der Syphilis, von E. Kuhn.....	125
Syphilitische Psychose oder progressive Paralyse? von W. Seiffer.....	126
Über den Einfluß der Syphilisbehandlung schwangerer Frauen auf den Fötus, von P. Boucher.....	126
Über Ernährungstherapie bei Syphilis, von Iwan Bloch.....	126
Die Präventivbehandlung der Syphilis, von Felix Pinkus.....	126
Gibt es ein Abortivverfahren bei der Lues? von Fritz Feuchtmayer.....	127
Ergänzende Bemerkungen zur Abortivbehandlung der Syphilis, von R. Duhot..	127
Über die Behandlung der Syphilis, von M. v. Zeissl.....	128

	Seite
Zur Syphilistherapie, von Philipp Klein.....	128
Radiotherapie und initiale Syphilis, von Quadrono und Gramegna.....	128
Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung, von Justus.....	129
Über die Behandlung der Syphilis mit Mercuriöl-injektionen, von Gabriel Laborie.....	129
Über die Behandlung der Syphilis mit 45% Oleum mercurioli, von Lengefeld.....	129
Wöchentliche groÙe Sublimat-injektionen als reguläre Syphilisbehandlung, von Rudolf Krefting.....	129
Über die angebliche Wirksamkeit des „Hämosoters“ bei der Behandlung der Syphilis, von Pergola.....	130
Kappesser-Kuren bei Syphilis, von Gielen.....	130
Das Decoctum Zittmanni, von R. Freund.....	130
Über die Wirkung der Jodgelatine von Slavo auf das Blut der Syphilitiker, von Pergola.....	130
Neuer klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit der Jodgelatine von Slavo, von Pergola.....	130
Beiträge zur Therapie der Syphilis, von Paula Stern.....	130
Über die Impfsyphilis der Affen, von Neisser.....	158
Reinfektion von Syphilis, von Marcus.....	159
Lues maligna, von Sandman.....	160
Luetische Geschwüre der Unterschenkel, von Ljungström.....	161
Gumma im Musculus sternocleido-mastoideus, von Almkvist.....	161
Die Frage der Quecksilber-injektionen, besonders bei der Tabes und der progressiven Paralyse, von Leredde.....	170
Drei Fälle von Syphiloma elephantiacum, von Cogliati, Ponzi, Mattei....	171
Ein Fall von frischer Syphilis, von Massardo.....	171
Fall von gummöser Ulceration in der Umgebung der Malleolus, von Mezzetti.....	171
Spätformen der hereditären Syphilis, von Candidori.....	172
Die obliterierende Endarteriitis und die perikapilläre Infiltration als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei den Syphilitikern, von Saraceni.....	172
Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs (Gangraena spontanea syphilitica), von Karol Szadek.....	175
Die durch angeborene Syphilis verursachten Augenleiden, von Hirschberg... ..	199
Syphilis der Glandul. sublingualis, von Heller.....	199
Syphilis des Sohnes lokalisiert, von Richter.....	199
Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie, von Leo Hauck.....	204
Beitrag zur Kenntnis der Lungensyphilis der Neugeborenen und Erwachsenen, von Ichijiro Kokawa.....	204
Morphologie und Klassifizierung der Spirochaeta pallida, von Etienne Burnet.....	207
Über Gehirnsyphilis, von Leredde.....	211
Einige Beobachtungen von Gehirnsyphilis, von J. A. Roorda Smit.....	211
Syphilis tertiaria der Lunge, von Claytor.....	214
Über Spirochaeta pallida in der Flüssigkeit von Bläschen, von C. Levaditi und G. Z. Petresco.....	215
Über Spirochaeta pallida bei Syphilis, von J. Nikolas, M. Favre und C. André.....	215
Über die lokalen Wirkungen des Syphiliserregers an der Infektionsstelle und im Körper während der ganzen Dauer seiner Tätigkeit, von H. Hallopeau... ..	215
Spirochäten, Schnittpräparate, von Blaschko.....	271
Arteriitis syphilitica der Hirnbasis, von Buschke.....	271
Das syphilitische Virus, Biologie und Chronologie bis zu den heutigen Forschungen.....	275
Über die Spirochaeta pallida, von Marzocchi und Garra.....	275
Versuche einer antiluetischen Prophylaxe und Therapie mit mikrobienfreien Filtraten von Syphiliden und mit Hundeserum, das mit solchen Filtraten vorbehandelt worden, von de Luca und Casagrandi.....	275
Zur Struktur der Infiltrationsknoten nach intramuskulären Kalomelinjektionen, von Trabucchi.....	276
Unglückliche Zufälle bei Hg-Injektionen, von Hartung.....	315
Erytheme, von Wechselmann.....	355
Lichen syphiliticus, von Wechselmann.....	355

	Seite
Meningitische Schwielen, von Buschke.....	355
Ödema indurativum, von Buschke.....	355
Über Allgemeinparalyse und Syphilis bei den Arabern, von A. Marie.....	357
Über Allgemeinparalyse in Form von Dementia, von A. Marie.....	358
Über den ätiologischen Einfluss der Syphilis bei den Psychosen, von L. Marchand.....	358
Bakteriologie der Syphilis.....	358
Über Tabes cephalica, von Lévy-Bing.....	358
Über Verrücktheit und Syphilis (Syphilis acquisita, hereditaria), von Barthélemy.....	359
Über die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft.....	359
Chronik, von Barthélemy.....	359
Über Syphilis der Arterien oder Arteriitis luetica, von Jean Darier.....	359
Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen mit gewundenem Körper, von R. Blanchard.....	360
Über Spirochaeta pallida Schaudinn, von Etienne Burnet.....	360
Über Syphilis und Spirochaeta pallida, von Buschke.....	360
Über Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis, von Moncavo.....	360
Über Spirochaeta in den syphilitischen Roseolaflecken, von Veillon und Girard.....	360
Spirochätenbefund bei einem Neugeborenen, von Menetrier und Rubens-Duval.....	360
Spirochaeta pallida im Blute Syphilitischer, von L. Nathan-Larrier und André Bergeron.....	360
Über Syphilisübertragung auf Affen durch Injektion von Blut oder Ganglionflüssigkeit, von Hoffmann.....	360
Über Tabes und Orthopädie, von Romme.....	360
Über Arteriitis cerebri tertiaria generalisata, von Barthélemy.....	360
Über Herzgumma bei einer 25jährigen Frau.....	360
Über einen Fall von hereditärer Syphilis, von Sauvage.....	360
Über Syphilis hereditaria tarda, von Wallich.....	361
Über die Häufigkeit hereditärer Syphilis, von J. Neumann und L. Oberwarth.....	361
Lues papillomatosa, von R. L. Grünfeld.....	407
Framboëiforme Syphilis, von Riehl.....	407
Osteoperichondritis luetica, von Nobl.....	408
Gummöser Knoten, von Nobl.....	408
Macacus rhesus mit einem serpiginösen Syphilid, Iritis, Alopecie, von Ehrmann.....	408
Spirochäten in einer Placenta, von Mucha.....	409
Sklerose der Unterlippe, von Mucha.....	409
Residivsyphilid, von Mucha.....	409
Pustulöses Syphilid, von Reines.....	409
Gummöse Osteoperiostitis, von Pick.....	410
Luetisches Infiltrat, von Nobl.....	411
Roseola annularis, von Oppenheim.....	412
Osteoperiostitis luetica, von Kohn.....	412
Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen, von Neisser.....	414
Über Haarausfall bei hereditärer Lues, von Carl Leiner.....	416
Beitrag zur Kenntnis der Lungensyphilis der Neugeborenen und Erwachsenen, von Ichijiro Kokawa.....	417
Untersuchungen über Syphilis an Affen. Erste Mitteilung von Ernest Finger und K. Landsteiner.....	417
Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie, von Leo Hauck.....	417
Ein Fall von Syphilis hereditaria tardaiva der Leber, von E. Devic und J. Froment.....	425
Die Krankenhausbehandlung der Syphilitiker mit Einspritzungen von Hydrarg. bijodatum, von L. Batut.....	428
Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs (Gangraena spontanea syphilitica), von Karol Szadek.....	429
Experimentelle Untersuchungen über die Syphilis, von Metschnikoff und Roux.....	458
Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis, von A. Risso und A. Cipollina.....	461
Ein Beitrag zur Klinik und Anatomie der nodösen Syphilide, von Rudolf Winternitz.....	461
Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna, von Ernst Vallentin.....	462

	Seite
Seltene Lokalisation einesluetischen Primäraffektes, von A. Herzfeld.....	462
Ein Fall von schwarzer Haarzunge bei Syphilis.....	465
Vorläufige Mitteilung über die rektale Anwendung des Quecksilbers, von Ch. Andry.....	473
Yincentsche Ulceration und Ulcus specificum, von Henri Malherbe.....	478
Hemiplegie mit Aphasie im ersten Jahre der Lues, von Dreyer.....	546
Spirochäten, von Friedländer.....	547
Beiträge zur Klinik und Histologie der nodösen Syphilide von G. Scherber...	548
Experimentelle Untersuchungen über Syphilis, von Francesco Simonelli und Ivo Bandi.....	549
Zur Frage der Behandlung der Syphilis, von Carl Marcus und Edward Welander.....	549
Die Behandlung der Syphilis mit Merkurilölinjektionen, von Leopold Glück	549
Sammelreferat über Spirochätenbefunde bei Syphilis, von Paul Gulzer.....	552
Spirochaeta pallida im Urin bei syphilitischer Nephritis, von Dreyer und Toepel.....	553
Die Behandlung der Syphilis vom Rektum aus, von Ch. Andry.....	555
Über Nierensyphilis, von F. Rathery.....	556
Syphilis und Myopie, von F. de Lapersonne.....	557
Drei neue Werke von Alfred Fournier, referiert von Barthélemy.....	557
Bakteriologie der Syphilis.....	559
Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund bei einigen primären ulcerierten Syphilomen ( <i>Bacterium syphilomatis ulcerosa</i> ), von De Luca und Casagrandi.....	560
Therapie der Syphilis, von Yema.....	563
Therapie der Syphilis, von Sakurane.....	563
Über Syphilis der Gehörorgane, von Asai.....	568
Über Spirochaeta pallida, von K. Dohi und T. Tanaka.....	565
Tätowierung und Syphilis, von S. Kurita.....	565
Serpiginöses, ulceröses Syphilid, von Ehrmann.....	635
Lues gummosa, von Brandweiner.....	636
Leukoderma syphiliticum universale, von Brandweiner.....	636
Syphilid, von Nobl.....	638
Spirochätenfrage, von Brandweiner.....	639
Die Cytorrhycetesfrage, von Winkler.....	639

## 2. Lokale Infektionskrankheiten.

### a) Oberhaut.

Pemphigus der Mundschleimhaut und der Augenbindehäute, von Hollstein ...	81
Dermatitis exfoliativa, von Wechselmann.....	82
Psooriasis verrucosa, von Hoffmann.....	82
Lichenoide Psoriasis, von Hoffmann.....	82
Pityriasis lichenoides chronica, von Ehrmann.....	83
Hyperkeratosis subungualis, von Nobl.....	85
Pemphigus foliaceus, von Brandweiner.....	87
Keratosis follicularis, von Ehrmann.....	87.
Psorospermiosis Darier, von Ehrmann.....	88
Zur Pathologie der Hyperkeratosen, von Franz Samberger.....	90
Zur Therapie des Ekzems, von E. v. Düring.....	131
Über die Behandlung der Ekzeme, von O. Lassar.....	132
Beitrag zum Studium des Ekzems beim Kinde, von Eugène Clénet.....	132
Über das Ekzem der Säuglinge, von Boivin.....	133
Ekzem, von Gardiner.....	133
Ein Fall von Psoriasis diffusa, von W. Hind und E. E. Young.....	133
Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt, von Dreuw.....	133
Schwarze Haarzunge, von Fritz Schnabel.....	133
Die schwarze Zunge, von Henry Charpy.....	133
Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung der Histologie und Ätiologie, von Heinrich Dillmann.....	133
Ein atypischer Fall von Ichthyosis congenita, von Leo R. v. Zambusch.....	133
Ichthyosis congenita, von Erich Böhler.....	134

Zur Identität der Parakeratosis variegata und der Dermatitis psoriasiformis nodularis usw., von Csillag .....	184
Über die Behandlung der Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen, von H. G. Adamson .....	184
Die Behandlung von Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen, von T. M. H. Macleod .....	185
Die Behandlung der Trichophytia capitis, von E. H. Freeland .....	185
Weitere Bemerkungen zur Behandlung der Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen, von J. M. H. Macleod .....	185
Behandlung der Trichophytie, von J. L. Bunch .....	185
Die Behandlung der Scheerflechte mit X-Strahlen, von R. Sabouraud und H. Noiré .....	185
Ein Fall von Impetigo herpetiformis, von Eugen Borzecki .....	185
Über das Symptom von Nikolsky beim Pemphigus, von M. Truffi .....	174
Cutol-Lanolin-Wundpuder bei Intertrigo, von W. Zeuner .....	181
Über Impetigo neonatorum, von John Zahorsky .....	181
Ein Fall von Pemphigus mit eigentümlichem Verlauf, von G. Scherber .....	182
Die nervöse Pathogenese des chronischen Pemphigus, von L. Poirrier .....	182
Keratosis palmaris et plantaris bei fünf Generationen, von F. H. Jacob und A. Fulton .....	182
Pinto (Paño blanco), von Woolley .....	182
Framboesie und ihr Vorkommen unter den Eingeborenen der Philippinen, von Woolley .....	188
Die Heilung der Akne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzen, von Kromayer .....	183
Über Säuglingsekzem, von Maurice Boivin .....	183
Die Behandlung des Ekzems, von Jeanselme .....	183
Die klinischen Formen des Ekzems, von Jeanselme .....	183
Die Behandlung der kleienförmigen Gesichtsflechten bei Kindern und jungen Frauen (Pityriasis simplex), von Pautrier .....	183
Der Wert der Röntgenbehandlung bei Favus, von H. Kanitz .....	184
Über Ichthyosis circumscripta der Areola mammae, von H. Friolet .....	184
Ein Fall von Ichthyosis congenita s. foetalis, von J. Steiner .....	185
Hyperkeratose infolge von Hautatrophie unter Berücksichtigung eines Falles der Straßburger Universitätsklinik für Hautkrankheiten, von Franz Dahmen ..	185
Die verschiedenen Formen von Akne, von Jeanselme .....	185
Die Dysidrosis .....	185
Zum Pemphigus neonatorum, von Dreves .....	185
Bericht über gelungene Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf Kaninchen, nebst ergänzenden Bemerkungen über die Beobachtungs- und Färbemethoden der gesamten Cytorrhycetogattung, von J. Siegel .....	185
Die Behandlung vom Munde ausgehender eiteriger Affektionen des Gesichtes und Halses, von M. J. Schamberg .....	186
Die öffentlichen Elementarschulen und die Verbreitung der Tinea tonsurans, von P. S. Abraham .....	186
Ichthyosis und Pemphigus, von Ullmann .....	200
Psoriasisflecke, von Carl Spitzer .....	201
Fast universelle Psoriasis, von Riehl .....	203
Ein Fall von primärem Pemphigus foliaceus, von A. Brousse und L. Bruc ..	208
Favus, von Wechselsmann .....	355
Pemphigus, von Herbst .....	355
Keratosis suprafollicularis, von Ehrmann .....	408
Psoriasis testacea rupoides, von Ehrmann .....	408
Pemphigus vulgaris, von Mucha .....	409
Psoriasis universalis, von Riehl .....	410
Pemphigus, von Riehl .....	410
Psoriasis guttata, Psoriasis nummularis, von Brandweiner .....	411
Ichthyosis, von Ehrmann .....	411
Pityriasis lichenoides, von Kaltenbrunner .....	412
Trichoma, von Sokolow .....	413
Ein Fall von Oidiomykosis der Haut und des Unterhautzellgewebes, von S. Sakurane	415
Über die Behandlung des Favus capitis, der Trichophytia capitis und der Mikrosporie in den Schulen, von T. A. van der Wijk .....	427

	Seite
Die Dariersche Erkrankung (Psorospermia follicularis vegetans), von Felix Malinowski .....	480. 461
Rhinophyma, von Sokolow .....	457
Eine neue Pflanzendermatitis, von Dreyer .....	463
Beitrag zur Klinik des Favus, von Fritz Paulus .....	463
Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis, von W. A. Nestorowski .....	504
Streifen eigentümlichen ekzemähnlichen Ausschlage, von Fischel .....	546
Pityriasis rosea an Gesicht und Hals, von Photinos .....	547
Acnitis, von Heller .....	547
Über Pityriasis rubra pilaris, von Carlo Vignolo-Lutati .....	551
Kleines multiples Kerion — ein ungewöhnlicher Fall von Trichophytie, von J. Frank Wallis .....	554
Beitrag zur Klinik und Behandlung der Pompholyx (Chinopompholyx Dysidrosis), von Fred. J. Levisaur .....	554
Piedra, Herpes tonsurans und Favus, von Dohi .....	563
Ein Beitrag zur Kenntnis der Keratosis follicularis, von S. Yema .....	564
Aknebehandlung durch Laien, von Spiegler .....	636
Psoriasis, von Spiegler .....	636
Psoriasis, von Freund .....	636
Folliculitis conglobata, von Ehrmann .....	638
Ekzema seborrhoicum, von Weidenfeld .....	638
Ichthyosis congenita, von Scherber .....	638
Pemphigus vulgaris, von Zumbusch .....	639
b) Cutis.	
Lichenisation, von Wechselmann .....	82
Lichen ruber verrucosus, von Hoffmann .....	82
Lichen ruber planus, von Sachs .....	83
Leukaemia, von Weidenfeld .....	83
Lichen ruber acuminatus universalis, von Ehrmann .....	84
Lichen urticatus, von Brandweiner .....	84
Venerische Geschwüre, von Nobl .....	85
Ulceriertes Infiltrat der Unterlippe, von Oppenheim .....	85
Lichen ruber planus, von Paschkis .....	86
Lichen ruber planus, von Brandweiner .....	86. 87
Biersche Stauung (bei Gumma), von Oppenheim .....	87
Lichen ruber planus, von Hellmer .....	88
Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen, von B. Lipschütz .....	91. 162
Zur Frage der Blastomykose der Haut, von J. Fabry und H. Kirsch .....	163
Ein Ulcus venereum, von großem Umfange, von M. Porosz .....	167
Beitrag zum Studium der phagedänischen Geschwüre der heißen Länder, von A. Breda .....	172
Über eine umschriebene, chronische, warzenartige Dermatitis der Hände, von Bosellini .....	178
Etwas über die Jahresbeule, von J. P. Naab .....	186
Ainhum, mit Bericht eines Falles, von Nelson D. Brayton .....	187
Ein Fall von Ainhum, von Markus F. Wheatland .....	187
Erythema multiforme, von Jeanselme .....	187
Beitrag zur Kenntnis der Dermiten, von Pini .....	187
Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica), von Moritz Oppenheim ..	187
Ein Fall von systematisierter Blastomykose mit Blastomyceten im Sputum, von Daniel N. Eisendrath und Oliver S. Ormsby .....	188
Zwei Fälle von Aktinomykose, von D. Douglas-Crawford .....	189
Ein Fall von Aktinomykosis cutis geheilt durch Jodipin, von Albert Börner ..	189
Beitrag zum Studium der Aktinomykose der Tränenkanäle, von Adrien-Leon Carlais .....	189
Aktinomykose (forme neoplasique) der Bauchwand, von L. Maratneck .....	189
Weitere Beobachtungen über Parangi (Framboesia), von A. Castellani .....	189
Actinomykose, von Carl Spitzer .....	201
Lichen ruber planus, von Weidenfeld .....	201
Beitrag zur Pathologie und Therapie der Mykosis fungoides, von Leo Ritter von Zumbusch .....	203. 416

	Seite
Über Acrodermatitis, von Paul A. L. Hammann.....	216
Zur Kasuistik des Rhinophyma, von Alois Simon Egger.....	218
Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung, von Paul Gerber.....	218
Rhinoeklerom, von M. Toeplitz und H. Kreuder.....	218
Zur Radiumbehandlung des Skleroms, von Otto Kahler.....	219
Ein Fall von Sklerom bei einem sechsjährigen Mädchen, von Erich Rahr.....	219
Rhinoeklerom oder Gléoklerom, von Petri Galatz.....	220
Verbreitung des Skleroms bis zum Jahre 1903, von Schrötter.....	220
Beitrag zur Kenntnis des Erysipeloids und dessen Ätiologie, von Julius Ohlemann.....	220
Bemerkungen über das Erysipel, von Fornaco.....	222
Zur Diagnose des Erysipelas faciei, von A. Door.....	222
Die Fälle von Hospitalerysipel im Warschauer Ujezdowschen Militärhospital im Verlaufe von zehn Jahren (1893—1902). Material für medizinische und Hospitalzwecke, von Maximowitsch.....	222
Das Erysipel der Neugeborenen, von Variot.....	222
Zur Therapie des Erysipels auf Grund von ca. 5000 Fällen, von Prof. Réna.....	222
Wölfers Erysipelbehandlung, von E. Payr.....	223
Erfahrungen über intravenöse Collargolinjektionen beim Erysipel, von A. Bitterhaus.....	223
Zur Anwendung von Mesotan bei Erysipel, von W. Pantz.....	224
Zur Kasuistik und Therapie der Elephantiasis, von Hans Kuhn.....	224
Ein weiterer Fall von sogenannter Elephantiasis congenita, von Norbert Swoboda.....	224
Über Riesenwuchs und Elephantiasis congenita, von Ernst Dörrien.....	224
Die Varietäten des Bacillus oedematis maligni, von Arthur Kirsten.....	225
Beitrag zur Kenntnis des Bacillus des malignen Ödems, von Ernst Bachmann.....	225
Spirochätenbefunde bei Nosokomialgangrän in Unterschenkelgeschwüren, von Rudolf Polland.....	226
Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Entzündungen des Mundes und des Rachens, von v. Buday.....	226
Gangraena spontanea s. idiopathica cutis bei einem Säugling, von C. Beck.....	227
Über leichte Formen der Holzphlegmone, von Fichtner.....	227
Ein Fall von Lidgangrän nach Scharlach mit Conjunctivitis diphtheritica, von Hermann Kölle.....	228
Über Extremitätengangrän im jugendlichen Alter nach infektiösen Erkrankungen, von S. Barraud.....	228
Über die symmetrische Extremitätengangrän, „Typus Raynaud“, von J. F. Gandois.....	228
Beitrag zum Studium des Noma im Verlauf des Typhus, von Charles Carrière.....	228
Ein Fall von ausgedehnter Ulceration der Haut und des subcutanen Bindegewebes, von W. B. Watson.....	228
Die Behandlung von chronischen Geschwüren, von J. MacMunn.....	229
Zur Behandlung von verunreinigten Wunden und Geschwüren, von Ernst Fürth.....	229
Zur Behandlung der Sycosis parasitaria, von E. Meyer.....	229
Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschließlich der panaritiales, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen, von P. L. Friedrich.....	229
Die Behandlung des Panaritiums, von Reclus.....	230
Ursache des weichen Schankers und seine Folgen, von Erich Hoffmann.....	230
Über Bubonen und ihre neuere medikamentöse Therapie, insbesondere mit Merkur-kolloid, von Paul Homann.....	230
Behandlung des Bubo und Karbunkels ohne große Inzisionen, von Zeuner.....	230
Ohrfurunkel-Mastoiditis, von M. Kramer.....	231
Ein seltener Fall von Hirnabscess nach Furunkulose, von Karl Fischer.....	231
Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels, von Albert Marcus.....	231
Seltene Ursache einer Facialislähmung, von J. Meyer.....	232
Behandlung des Furunkels und Karbunkels, von Reclus.....	232
Die Übertragung von Karbunkeln in Barbierstuben, von W. A. Hardaway.....	232
Zwei Fälle von Milksbrand, von Carl Menschig.....	233



	Seite
Industrie und Anthrax, von T. M. Legge .....	233
Ein Fall von Anthrax und dessen erfolgreiche Behandlung mit Sclavoschem Serum, von J. L. Stretton .....	233
Ein Fall von Anthrax; Behandlung mittels Exzision und Sclavoschen Serums; Genesung, von B. Herley .....	234
Ein Fall von Pustula maligna der Haut; Behandlung mittels Sclavoschen Serums ohne Exzision; Heilung, von Wm. Mitchell .....	234
Bubonenbehandlung mit Stauung, von Moses .....	356
Lichen ruber planus, von Kaltenbrunner .....	409
Lichen ruber planus, von Oppenheim .....	411
Prämykotisches Exanthem, von Oppenheim .....	412
Die Histologie des Lichen planus der Schleimhäute, von W. Dubreuilh .....	425
Ein Fall von Ulcus venereum des Fingers mit Cubitaldrüsenbubo, von Dietrich A m e n d e .....	462
Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut, von Hans Vörner .....	463
Zur Histologie der Mykosis fungoides, von Dalous .....	472
Dermatitis pustulosa praemycosica, von Ch. Audry .....	473
Ein Beitrag zur Histologie der Mykosis fungoides, von Alfred Brandweiner .....	502
Pseudoleukämische Tumoren der Haut, von Glaserfeld .....	546
Ein Fall von Mykosis fungoides mit Berücksichtigung der Röntgentherapie, von Schourp und Freund .....	553
Mykosis fungoides und Röntgenstrahlen, von A. J. Markley .....	555
Über die Natur des Ulcus simplex contagiosum auf Grund histobakteriologischer und klinischer Untersuchungen, von Teraghi .....	560
Zum Abschluss des Kapitels über die brasilianische „Bouba“, von Breda .....	560
Hyperkerat. gummöse Infiltrate, von Nobl .....	635
Leukämische Tumoren der Haut, von Neumann .....	637
Gumma, von Ehrmann .....	638
Lichen ruber planus, von Ehrmann .....	638
Lichen ruber planus, von Spiegler .....	639
Gumma des Zahnfleisches, von Spiegler .....	639

*Progressive Ernährungsstörungen.*

a) Maligne.

Hautcysticerken, von Adler .....	82
Epitheliom, von Ehrmann .....	83
Rezidivcarcinomknoten, von Spitzer .....	85
Idiopathisches multiples Pigmentsarkom Kaposi (idiopathisches multiples hämor- rhagisches Sarkom), von F. Parkes Weber und P. Daser .....	170
Papilloma cutaneum epitheliomatosum angiomatoides, von Cerona .....	171
Über das primäre multiple Hautsarkom von Kaposi, von Pelagatti .....	173
Epithelioma serpiginosum, von Carl Spitzer .....	201
Beitrag zur Röntgen-Strahlenbehandlung maligner Neubildungen, von Leopold Freund .....	234
Über das Wachstum und die Verbreitung bösartiger Geschwülste, insbesondere des Krebses in den Lymphbahnen der Nerven, von Paul Ernst .....	235
Über den Paget-Krebs, von Hugo Ribbert .....	235
Über Pagetsche Krankheit. (Pagets disease of the nipple), von Georg Hirschel .....	235
Dermatitis epithelialis (degenerativa) circumscripta eccemiformis. Pagets disease, von Eduard Lang .....	236
Die Technik der Röntgenbehandlung des Hautepithelioms, von H. Noiré .....	237
Epitheliom des Gesichts bei einem Kinde, von J. Lippe .....	237
Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung, von M. Hirsch- berg .....	237
Die Radiumbehandlung des Ulcus rodens, von Heinatz .....	238
Die Verwendung von Radiumbromid zur Behandlung von Ulcus rodens, von A. B. Manby .....	238
Über das Verschwinden eines Ulcus rodens bei Behandlung mit Röntgenstrahlen, von F. B. Jefferiss .....	238
Die Röntgenbehandlung des Ulcus rodens auf Grund von drei Fällen, von A. Huber .....	239

	Seite
Die Ätiologie des Carcinoms. Hat dasselbe eine physiologische Funktion im Körper zu erfüllen? von G. T. Beatson.....	289
Über das Vorkommen von Spirochäten bei ulcerierten Carcinomen, von Erich Hoffmann.....	239
Über Krankheiten, die dem Krebs vorangehen, von E. v. Bergmann.....	240
Der Krebs und seine Behandlung, von A. W. Mayo Robson.....	240
Über einen Fall von primärem Schweißdrüsenkarzinom, von Heinrich Deichstetter.....	240
Neue Beiträge zur günstigen Wirkung des Radiums auf Hautkrebs, von Lassar.....	240
Über die Behandlung von Haut-Carcinomen mit Röntgenstrahlen, von Löser... ..	241
Die Verwendung der Röntgenstrahlen beim Carcinom, von Chisholm Williams.....	241
Die Behandlung des Carcinoms mit den Salzen der Zimtsäure, von L. Drage.. ..	242
Über die direkten Todesursachen bei Carcinom und Sarkom, von Karl Schwarz.....	242
Über einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?) Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom?), von A. Buschke.....	242
Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut, von Julius Moldovan.....	242
Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen, von D. v. Hansemann... ..	243
Zwei Fälle von gebessertem resp. geheiltem Sarkom mit Hilfe von Röntgenstrahlen, von L. Stembö.....	506
Die Gefahren der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von Leredde.....	510
Epitheliom der Stirn, auf papillärem Naevus entstanden, von Yay F. Schamberg und Rose Hirschler.....	553
Ein Fall von Hautkrebs mit seltener Degeneration, von Tsuuoda.....	563
Über Xeroderma pigmentosum, von Tsutsui.....	563
Über Xeroderma pigmentosum in Japan, von Ohno.....	563
Diffuse Epitheliome, von Ehrmann.. ..	636
Xeroderma pigmentosum, von Zumbusch.....	637
Epitheliom, von Kaltenbrunner.....	638
Ulcus rodens, von Sokolow.....	640
Einige Fälle von rezidivierendem Carcinom nach Behandlung mit X-Strahlen, von Dubois-Havenith.....	645

b) Benigne.

Urticaria pigmentosa, von Lesser.....	81
Xanthome, von Herbst.....	82
Symmetrische Lipomata dolorosa, von Spitzer.....	85
Xanthoma planum, von Kohn.....	86
Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von Graham Little.. 97. 167.	272
Keloide, von Sederholm.....	161
Operationslose Behandlung der Angiome, von M. Neumann.....	243
Haemangioma cavernosum venosum capitis, von Tauber.....	244
Lymphangioendothelioma cysticum abdominis, von Ernst.....	244
Zum Studium der essentiellen Teleangiectasien, von R. Lanceplaine.....	245
Über Psammome der Haut und des Unterhautgewebes, von Max Winkler... ..	245
Schamzellentumor der Haut, von K. Sick.....	245
Ein Fall von Makrocholie, verursacht durch Vergrößerung der Schleimdrüsen der Oberlippe, von Irvin Lindenberger.....	245
Ein Fall von Enchondrom zweier Rippen und Metastasen in der Haut, von Wilhelm Osterspöy.....	245
Ein Fall von multiplen Hautmyomen (Myomata cutis multiplicia), von Fanciszek Krzysztalowicz.....	246
Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten, von Pels-Lensden.....	246
Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans, von Hans Frankenstein... ..	247
Die generalisierte Neurofibromatose, von P. Sahut.....	248
Fibroma molluscum der kleinen Schamlippe, von Georg Dreyfus.....	248
Ein Fall von Fibroma molluscum, von Max Ziegert.....	248
Beitrag zur Geschichte und Klinik des Fibroma molluscum, von J. Neumann.....	248
Zur Kenntnis des Virus des Epithelioma contagiosum des Menschen, von Max Juliusberg.....	249
Bericht über einen Fall von Epithelioma contagiosum, von A. Egdahl.....	249
Ein Pseudo- oder Narbenkeloid, von A. Ravogli.....	249

	Seite
Über Hautpapillome der Brustwarze, von Eugène Salsac.....	249
Cylindrom der Orbita und Lider, von John E. Weeks .....	249
Warzen und Hühneraugen, von A. Evershed.....	250
Die Behandlung der Warzen mittels Kalkwassers, von J. B. Cooper .....	250
Neurofibromatosis, von Mucha.....	409
Acroangioma haemorrhagicum multiplex cutis, von Tomaschewitsch.....	413
Über Hautepitheliome und deren Behandlung mit Finsenlicht, von H. J. Schlas- berg .....	414
Zwei Fälle von spontanem Keloid, von H. Kirsch.....	416
Behandlung der Verruca juvenilis mit Arsenik, von Pospélow .....	458
Myomatosis cutis disseminata, von G. Nobl .....	460
Zur Behandlung einfacher Warzen mit inneren Mitteln, von Arthur Hall....	469
Ein Fall von Urticaria pigmentosa maculosa, von Hans Vörner .....	506
Über Papillomatose, von E. Vollmer.....	551
Lymphangioma cysticum, von Leiner .....	637
Fibromata mollusca, von Leiner.....	638
Fibrom, von Riehl.....	639

c) Pigmentanomalien.

Eigentümliche Hautverfärbung, von Jakob Halpern.....	250
Ein dunkler Fall von Hautpigmentierung und deren erfolgreiche Behandlung mit Arsenik, von E. Brice .....	250
Die kongenitale Melanodermie, von Variot.....	250
Ein Fall von Morbus Addisonii, von B. Bramwell .....	251
Ein Fall von geheilter Addisonischer Krankheit, von Variot .....	251
Blutdruckuntersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer, von Wilhelm Dresler .....	251
Die Funktion der Nebennieren und ihre Beziehungen zum Morbus Addisonii, von L. Mohr.....	251
Über zwei Fälle von Addisonischer Krankheit und die Wirkung von Nebennieren- extrakt, von A. G. Gullan .....	252
Chloasma solare, von Ehrmann.....	407
Über die Kinderflecke, von Adachi.....	563

*Regressive Ernährungsstörungen.*

Hemiatrophia facialis progressiva, von Fischel.....	82
Sklerodermiestrich, von Blaschko .....	82
Atrophia cutis idiopathica, von Ehrmann .....	83
Sklerodermie, von Ehrmann .....	83
Lupus erythematosus, von Ullmann.....	83
Xeroderma pigmentosum, von Scherber.....	84
Fast universelle Sklerodermie, von Scherber.....	84
Multiple, totale Alopecie, von Ullmann .....	85
Lupus erythematosus, von Oppenheim .....	85
Alopecia decalvans, von Oppenheim .....	88
Die hochfrequenten Ströme bei der Behandlung von Beingeschwüren, von Gaucher .....	170
Lupus erythematosus, von Blaschko .....	199
Pseudopelade Brocq, von Blaschko.....	271
„Atrophodermie en Plaques“, eine Form des Lupus erythematosus, von G. Thi- bierge.....	273
Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von Karl Forster.....	278
Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von W. J. Procter.....	279
Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie, von Moritz Oppenheim.....	279
Ein seltener Fall von Lupus erythematosus, von J. Steiner .....	281
Ein Fall von Myxödem ohne Schädigung der Haare, von C. W. Chapman.....	281
Familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxödem aufluetischer Grundlage, von P. K. Pel .....	281
Die Behandlung der Gangrän, insbesondere der senilen und der Diabetesgangrän, von Alfr. Neumann .....	281
Über Diabetesgangrän, von Horace Grant.....	282

	Seite
Ein Fall von Gangraena scroti bei einem Diabetiker, geheilt durch Sitzbäder und Kompressen mit Boräurelösung, von Simonson .....	282
Über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd- bzw. Leuchtgasvergiftungen (Encephalomalacie und Hautgangrän), von Boderich Krumbholz .....	282
Beitrag zur Histologie der Sklerodermie, von Krzystalowicz .....	288
Diffuse Skleroderma, von Rich. Mohr .....	284
Zur Kasuistik der Sklerodermie, von Constantin Stanischew .....	284
Skleroma neonatorum: Bericht über einen Fall mit vollständiger Heilung, von Sobel .....	284
Ein Fall von Acrodermatitis atrophicans, von Brüning .....	284
Über erworbene idiopathische Hautatrophie (Atrophia cutis idiopathica e vitliigine), von S. Bettmann .....	284
Striae bei Typhus, von Siegfried Tauber .....	286
Zur Pathogenese der Dehnungstreifen der Haut (Striae cutis distensae), von Karl Zieler .....	286
Verpflanzung von in toto abgelösten Hautlappen zur Behandlung von Narbenkontrakturen, von R. Kennedy .....	286
Über das Auftreten der Graufärbung der Haare, von G. L. Cheatle .....	286
Die Pseudopelade, von Pautrier .....	286
Ein Fall von totaler Alopecie nach Anwendung von Canthariden, von P. F. Barton .....	287
Über den anatomischen Befund einer durch 80 Jahre getragenen Alopecia totalis, von Kenkichi Asahi .....	287
Die ätiologischen Beziehungen der Alopecia areata zum Zahnfleisch, von E. Patte .....	288
Über die bei Erkrankung der Zähne auftretenden Reflexionen der Gesichts- und Kopfhaut, von Erich Feiler .....	288
Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege nach einer neuen Methode, von Johann Hirschkron .....	288
Eine neue Methode, die Vena saphena interna und ähnliche Venen im varikösen Zustande zu extirpieren, von W. L. Keller .....	288
Neue Pathogenie der Krampfadern, von René de Gaulejac .....	289
Über die chirurgische Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre des Unterschenkels, von Hans Gädeke .....	289
Behandlung der varikösen Geschwüre, von Vince .....	289
Über die chirurgische Behandlung hartnäckiger Handgeschwüre, von Joseph Gauties .....	289
Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre, von Moses .....	289
Über die chirurgische Behandlung der Beingschwüre, von Jean Magin .....	290
Zur Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens), von J. Guszman .....	290
Zur Übertragung der Alopecia areata, von Theodor Mayer .....	314
Lupus erythematosus, von Ehrmann .....	411
Lupus erythematosus, von Oppenheim .....	412
Sklerodermie, von Riehl .....	412
Acrodermatitis continua (Halo peau), von Metscherski .....	413
Schleimhautveränderungen bei Lupus erythematosus, von Thomas Smith .....	423
Die Behandlung der Alopecia atrophica, der Brocq'schen Abart Pseudo-Area Celsi, von L. Butte .....	472
Zur Röntgentherapie der Alopecia areata, von Ernst Bender .....	503
Über Alopecia areata, von Matsuura .....	563
Sklerodermie, von Nobl .....	635
Atrophia cutis idiopathica und Sklerodermie, von Ehrmann .....	635
Lupus erythematosus, von Brandweiner .....	636
Lupus erythematosus discoides, von Riehl .....	636
Lupus erythematosus, von Riehl .....	636
Sklerodermie, von Zumbusch .....	637
Lupus erythematosus, von Nobl .....	638
Lupus erythematosus, von Spiegler .....	639
Acrodermatitis continua suppurativa (Halo peau), von Metscherski .....	640

*Idioneurosen.*

Über Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung, von O. Bruhns .....	291
---	-----

	Seite
Ein weiterer Beitrag zum Studium des Pruritus ani, speziell in bezug auf dessen Therapie, von Lewis H. Adler .....	291
Ursache und Behandlung von Pruritus ani, von F. C. Wallis .....	292

*Sekretionsanomalien.*

Hyperhidrosis und Tylosis toxica, von Deutsch .....	86
Zur Behandlung des Schweißfußes in der Arme, von Fischer .....	293
Zur Behandlung des Schweißfußes in der Arme, von Villaret .....	294
Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenicet, von Lengefeld .....	294

*Saprophyten und Fremdkörper.*

Pityriasis versicolor, Erythrasma, von Oppenheim .....	88
Pityriasis versicolor in einer Anstalt, von H. J. Nichols .....	134
Über Piedra nostras, von Ludwig Waelsch und Emanuel Freund .....	164
Eine Serie von Fällen von Icterus neonatorum in derselben Familie, von J. Musfield .....	295
Über das subcutane Emphysem im Verlauf von Pneumonien bei Kindern, von Paul Camus .....	295
Emphysema mediastinale et subcutaneum universale bei einem Keuchhustenanfall, von Aug. Strauch .....	295
Hautemphysem in einem Falle von Bronchopneumonie, von Fred S. Spearman .....	296
Über subcutane und periartikuläre Verkalkungen, von Felix Lewandowsky .....	296
Die Pityriasis versicolor, von Paul Gallois .....	296
Über Myiasis externa et interna, von Fritz Cluss .....	297
Über Ankylostomiasis mit besonderer Berücksichtigung der Loosschen Lehre über die Einwanderung der Larven durch die Haut, von A. Tenholdt .....	297
Die Durchwanderung der Ankylostomalrven durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit, von Kayo Bruns und Willy Müller .....	297
Leptus autumnalis und die dadurch bewirkten Hautläsionen, von W. MacLennan .....	297
Der Einfluß von Salzsäure auf die im Cyclops eingeschlossnen Larven des Guinea-Wurmes (Filaria medinensis), von R. T. Leiper .....	298

*Mißbildungen.*

Naevus linearis, von Spiegler .....	88
Ein Fall von Elephantiasis teleangiectodes der rechten unteren Extremität und Skrotalhälfte mit hemiatrophischer Hypoplasie der rechten Gesichtshälfte, von Wilhelm Wechselmann .....	164
Keratoma hereditarium palmare et plantare, von Ehrmann .....	87
Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Sorrentino .....	173
Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern und ihre Beziehungen zu Malignität, von Wilfrid S. Fox .....	273. 357. 423. 468
Zur Kasuistik des Naevus vasculosus verrucosus faciei (Darier), von Kopp .....	298
Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens), von Josef Guszman .....	313
Über einen Fall von melanotischem Naevus, behandelt nach verschiedenen Methoden, von Leredde und B. Martial .....	510
Die Behandlung der Hypertrichosis, von Dietrich Amende .....	552

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. Stern .....	96
Über Prostitution und Homosexualität, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltsamkeitsstörungen, von W. Hammer .....	167
Bemerkung über die Behandlung der Hämaturien bei Prostatikern, von Marcel Deschamps .....	168
Über epidurale Injektionen, von Maximilian Hirsch .....	207
Beitrag zur Pathologie der Masturbation, von Ch. Féré .....	208

	Seite
Ein neuer Verweilkatheter (modifizierter Malécotscher Katheter), von Paul Lebreton.....	209
Testis inguinalis und Tumor eines Testis abdominalis bei einer Frau, von Marion	210
Über die Anwendung des Clarschen Reflektors in der allgemeinen Chirurgie und speziell in der Chirurgie der Harnwege, von Robert Blanc.....	213
Primäres Cylinderzellencarcinom der vorderen Scheidenwand, von Auguste Polloson und H. Violet.....	317
Analyse des Geschlechtstriebes, von Albert Moll.....	318
Das sexuelle Bedürfnis, von E. L. Keyes.....	319
Masturbation im Kindesalter, von Aug. Adrian Strasser.....	319
Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus, von Hermann Otto.....	320
Beitrag zum Studium des Hermaphroditismus der Geschlechtswege, von G. Lombardi.....	320
Zur Pathologie der Harnorgane, von H. Quincke.....	320
Frühdiagnose chirurgischer Erkrankungen der Harnwege, von Benjamin Tenney	320
Über die Gangrän der männlichen Geschlechtsorgane bei Fehlen jeder Harnauffektion, von Camille Briquet.....	320
Eine neue Methode der Cystoskopie: Luftcystoskop ohne optischen Apparat mit umgekehrter, von der Kuppe des Katheterteils herabhängenden Lampe, von F. Cathelin.....	320
Ein neues Electroscystoskop, von W. K. Otis.....	320
Cystoskopie und Lithotripsie in verschiedenen Körperlagen, von Otto Ringleb	321
Die Cystoskopie mit direkter Besichtigung, von Georges Luys.....	321
Experimente über ascendierende Urogenitaltuberkulose, von v. Baumgarten..	321
Zur Kasuistik der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane, von Klement Kiermaier.....	322
Die Behandlung der Tuberkulose des uropoetischen Systems mittels Tuberkulins (TB) von J. G. Pardoe.....	322
Über essentielle Incontinentia urinae nocturna, von Joseph Revel.....	322
Die Behandlung der nächtlichen Incontinentia urinae auf epiduralem Wege, von Cantas.....	322
Zur Therapie der funktionellen Enuresis, von Theodor Zaugg.....	323
Familiäre Enuresis nocturna, von Richard Stern.....	324
Zur Symptomatologie und Therapie der Enuresis nocturna, von Berthold Goldberg.....	324
Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden, von Viktor Lange.....	325
Über die rationelle Aufbewahrung der Sonden und Katheter, insbesondere der elastischen und weichen, von Dufaux.....	356
Luft- und Wassercystoskope, von George Whiteside.....	470
Abscess der Prostata und der Niere, eitrige Perinephritis, verursacht durch einen Furunkel, von Nicolich.....	510
Über die traumatische Harnröhrenstriktur, von Asahura.....	563
Über die Grösse des Penis und die Kapazität der Blase bei Japanern, von Tanaka	563
Ein antiseptisches Kathetertaschenetui, von Oberlaender.....	642

a) Penis, Urethra und Blase.

Blasendrainage nach Cystotomia suprapubica, von Ernesto Blasucci.....	19
Über Spülsonden und SpüloIVEN, von Notthafft.....	93
Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo, von Rudolf Paschki.....	94
Ein neues Urethrotom, von Dommen.....	94
Die Lokalanaesthesie in Blase und Harnröhre, von R. Lucke.....	97
Lokalbehandlung der chronischen Urethritis, von P. Lebreton.....	169
Zur Bilharziose der Blase, von Kutner.....	206
Apparat für Harnröhren-Blasenspülungen (Thermo-Laveur), von Estrabaut....	209
Die lineäre Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenverengerungen, von Gallois.....	212
Über eine neue Methode der partiellen Amputation des Penis, von Kallionis	213
Ein Fall von Priapismus, von Bernstein.....	272
Die Erkrankungen entfernter Drüsen bei den Blasen-tumoren, von Grandjean	316
Die accessorischen Gänge am Penis, von Alexander Stieda.....	325

	Seite
Über die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes, von Alexander Lichtenberg.....	325
Konservative Chirurgie des Praeputiums bei der Phimosis, von L. Lemaire....	326
Phimose und Circumcision, von Reclus .....	326
Circumcision, von George Tully Vaughan .....	326
Circumcision mit Michelschen Nähklammern, von Erdély .....	327
Ein Fall von septischer Paraphimose, von H. A. Smith.....	327
Eine einseitige Operation der Hypospadiä penis und penoscrotalis mit vorausgehendem Perinealschnitte, von Vulliet.....	327
Die Hypospadiä peno-scrotalis, von Kirmisson .....	327
Verbesserte Operation für Hypospadien der Glans und des Penisteils der Urethra, von J. Coplin Stinson.....	327
Beitrag zum Studium der Abscesse des Penis, von Jean Morère.....	327
Über Elephantiasis penis et scroti, von Georges Canet.....	327
Beitrag zur Kenntnis der Elephantiasis penis, von Willy Pullmann .....	328
Über Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und Scrotums infolge von narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen, von G. Negroni und A. Zappi.....	328
Ein Beitrag zur Kasuistik des Carcinoma penis, von Paul Schneider.....	328
Das Epitheliom des Penis, von Guyon.....	328
Totalexstirpation des Penis wegen Epitheliom bei einem 28jährigen Hawaiianer, Heilung, von E. H. Armitage.....	329
Über plastische Operationen an Penis und Skrotum im Anschluß an einen Fall von Schindung der männlichen Genitalien, von L. Jutkowski .....	329
Beflexreizungen, von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes ausgehend, von Bolton Bengs .....	330
Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren, von Paul Asch.....	330
Eine primäre, nicht blennorrhagische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen, von Paul Cohn .....	331
Über einen Fall von zirkulärem Kondylom der Urethra mit Gefäße-, Drüsen- und Epithelwucherung, von Hugo Wolff.....	331
Einkeilung einer Hutmadel in der Urethra eines Mannes, von C. H. Whiteford .....	331
Ein Fall von Harnröhrenruptur und viertägiger Urinextravasation, von W. G. Sutcliffe .....	331
Zur Lehre von den Divertikeln der Harnröhre, von Josef Grünfeld.....	331
Kasuistischer Beitrag zur Frage der angeborenen klappenförmigen Verengung der Pars prostatica urethrae von Ferd. P. Lindemann.....	332
Veränderungen in der hinteren Harnröhre als Ursache der Neurasthenie, von A. Ravogli .....	332
Über urethroplastische Verlagerung der Harnröhre, von Carl Beck.....	332
Über Doppelbildung der Harnröhre, von Desider Róna.....	332
Über Harnröhrenstrikturen, von Otto Hamel.....	332
Über den Wert der linearen Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Ferdinand Munier.....	332
Klinische Untersuchungen über Harnröhrenstrikturen, von Rob. Duhot.....	332
Über Strikturen der Harnröhre: vorläufiger Bericht über höhlen- und rinnenförmige Sonden und Katheter zur Dilatation, von Victor Cox Pedersen .....	333
Beitrag zur Behandlung der Strikturen der Harnröhre mit Elektrolyse, von Wladislaw Reiss .....	333
Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Hans Wossidlo.....	334
Strikturen der Harnröhre; deren Pathologie und Behandlung, von E. G. Ballenger .....	335
Über Strikturen der Harnröhre beim Manne, von Neuhaus .....	335
Über interne Urethrotomie, von Gustav Oesterreicher .....	336
Über die Technik der externen Urethrotomie ohne Leitsonde vom lateralen medianen Wege aus, von L. Martel .....	336
Zum Kapitel der nervösen Blasenstörungen, von J. Vogel.....	336
Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde, von Fritz Voelcker und Alexander Lichtenberg .....	337
Katheterbehandlung von 29jähriger Dauer, von R. H. Fox.....	337
Vorsichtsmaßregeln beim Gebrauche von Leitsondenkathetern, von Jean Lamouroux.....	337

	Seite
Zwei seltene Blasenaffektionen: Totalinversion der Blase und kongenitales Diverticulum am Blasenfundus, von G. Wilkinson .....	338
Ein Fall von Blasenzerreißung bei einem Kinde, von J. Cropper .....	338
Drei Fälle von extraperitonealer Ruptur der Blase, kompliziert mit Beckenfraktur und von Heilung gefolgt, von Joseph Rilus Eastman .....	338
Spontanruptur der Blase nach Cystitis, von Karl Schaumann .....	338
Akute ascendente Paralyse bei chronischer Cystitis, von T. J. Walker .....	339
Die Behandlung der akuten Cystitis, von Kaufmann .....	339
Die Anschubung der Harnblase beim Manne bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung, von Artur Strauss .....	339
Das Verhalten bei Cystitis calculosa, von Guyon .....	340
Ein Beitrag zu der Lehre von den Fremdkörpern in der Harnblase, von Friedrich Bahr .....	340
Ein Fall von Harnblasenruptur, von Wilhelm Kuhn .....	340
Fremdkörper (Fragmente von Kathetern und Sonden) in der Harnblase, von Legueu .....	340
Radioskopie und Radiographie für die Diagnose von Blasenfremdkörpern bei Kindern, von P. Desfosses .....	340
Die latenten Steine der Blase, von Guyon .....	341
Über Blasensteine, von Samuel Bernheim .....	341
Großer Blasenstein, von C. Duer .....	341
Die Gefahren der suprapubischen Blasenpunktion, von Carlien .....	341
Seotio alta vesicae unter lokaler Anästhesie, von G. J. Arnold .....	341
Zur Blasennaht nach der Sectio alta, von C. Hofmann .....	342
Bemerkungen über die Nachbehandlung bei Fällen von Sectio alta vesicae nebst Beschreibung eines neuen Verbandes für dieselben, von G. H. Colt .....	342
Über Blasengeschwülste, von C. Posner .....	342
Die Rezidive der Blasenpapillome, von Legueu .....	343
Chorionepitheliom der Harnblase, von W. S. Dewitzki .....	343
Primäre Blasen tuberkulose, von S. William Schapira .....	343
Über den Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre, von Adolf Heiler .....	343
Über den Einfluß des Verweilkatheters auf den spontanen Abgang eines größeren Blasenkonkrementes, von F. Fuchs .....	356
Die Malakoplakie der Harnblase, von Leonor Michaelis .....	361
Über Malakoplakie der Harnblase, von Edgar Gierke .....	362
Knorpelharte Induration im Corpus cavernosum penis, von Nobl .....	411
Zur Kenntnis der Topographie des Plattenepithels der männlichen Urethra im normalen und pathologischen Zustande, von Alex Cedercreutz .....	460
Über zwei besonders seltene Fälle von Harnblasenaffektion, von A. Hagmann .....	464
Ein neuer Harnröhrenspüler, von Bernstein .....	464
Die Harnröhrenzerreißungen beim Kinde, von A. Broca .....	508
Leukoplakie der Glans penis, von Brandweiner .....	536
Der Mechanismus des Blasenverschlusses im Röntgenbild, von Oppenheim und Löw .....	641
Die Cystoskopie als Hilfsmittel bei der Diagnose der Douglasexsudate, von Kroepit .....	641
Eine neue Methode zur Heilung von Rectourethral fisteln, von H. Wildbolz .....	642

#### b) Hoden und Samenblasen.

Über die Samenkörnchen des menschlichen Sperma, von Wederhake .....	95
Die künstlich herbeigeführte Verwachsung der beiden Hoden, von Mauclaire ..	168
Die Anatomie und die physiologische Rolle des Ductus ejaculatorius und des Colliculus seminalis, von M. Porosz .....	315
Die Therapie der Impotenz, von Terrepson .....	362
Zur Therapie der Impotentia coeundi, von Steiner .....	363
Das Muiracitin bei der Behandlung der sexuellen Impotenz, von Maramaldi ..	363
Blennorrhoe und Syphilis in der Lehre von der Ursache der Sterilität beim Manne, von M. L. Heidingsfeld .....	363
Die interstitielle Zelle des Hodens, von A. Branca .....	363
Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens, von Zenon Jeleniewsky .....	364



	Seite
Dystopia testis transversa, von Romanowsky und Winiwarter.....	364
Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel, von C. B. Keetley	364
Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen, von R. Ledermann.....	364
Die diagnostische Hodenpunktion, von C. Posner.....	365
Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges, von Johann Sawade.....	365
Der ektopische Testikel, von Lanz.....	365
Ectopia testis, kompliziert durch Hydrocele, von Kirmisson.....	366
Ein Fall von Ectopia testis, von E. O. Thurston.....	366
Zur Frage der Orchidopexie, von W. Tomaschewsky.....	366
Ein Hoden aus Paraffin, von J. Cantlie.....	366
Orchitis rheumatica, von Auguste Reulos.....	366
Über Orchitis fibrosa, von Max Fränkel.....	366
Carcinom des Hodens, von A. G. R. Foulerton.....	367
Chirurgische Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberkulose.....	368
Behandlung der Tuberkulose des Hodens. Kastration und Epididymektomie, von Paul Reclus.....	368
Beitrag zum Studium der galoppierenden Hodentuberkulose, von E. A. J. A. Javelly	368
Ein Beitrag zur Histogenese der Nebenhodentuberkulose, von Karl Ernst.....	368
Über die Epididymektomie in der Therapie der Genitaltuberkulose, von Paul Emile Mathéy.....	368
Ein kasuistischer Beitrag zur Torsion des Leistenhodens, von Ludwig Sauerbrey	368
Klinischer und experimenteller Beitrag zur radikalen Behandlung der Varicocele nach der Methode von Durante, von Schifone.....	369
Ein Fall von Fehlen des Vas deferens und Samenbläschens der rechten Seite mit gut entwickeltem Hoden und vollkommener Samenbildung bei einem 25jäh- rigen Mann, von Pietro Guizetti.....	369
Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Funiculus spermaticus, von Ernst Bufe	370
Über rezidivierende Torsion des Funiculus spermaticus nebst einem Bericht über fünf Fälle, von J. W. Dowden.....	370
Über die Torsion des Samenstranges, von Josef Bogdanik.....	370
Ein Fall von Hämatocele des Funiculus spermaticus, von W. D. Hartley.....	371
Zur physiologisch-mechanischen Therapie der Spermatorrhoe, von E. Terrepson	371
Zur Untersuchung menschlicher Samenflecke für gerichtliche Zwecke, von Wederhake.....	371
Über die Ätiologie der Spermatoceleen, von Franz Krebs.....	372
Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane, von O. Teutschläender.....	372
Sexuelle Frühreife und Impotenz, von Ch. Féré.....	470

c) Prostata.

Die Behandlung der Prostatitis, von F. A. Lensmann.....	19
Totale Prostataektomie nach einem neuen kombinierten Verfahren (perineal-supra- pubische Methode), von F. Cathelin.....	213
Bemerkung über die Prostataktomie bei Prostatahypertrophie, von E. Loumeau	317
Beiträge zur Kenntnis des mikroskopischen Baues der menschlichen Prostata, von Oskar Weski.....	372
Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets, von Frank Schultz.....	372
Prostata und Trauma, von H. Lohnstein.....	373
Beitrag zur Chirurgie der Prostata, von R. Barker.....	374
Ein neuer Prostatatraktor, von M. B. Barker.....	374
Über die Orchitis der Prostatiker (Pathologische Anatomie), von M. Forgeot..	374
Über bösartige Neubildungen der Vorsteherdrüse, von Martin Riedl.....	375
Über Cystadenom der Prostata, von Friedrich Tophoven.....	375
Tuberkulose der Prostata, von T. R. Crowder.....	375
Das Sarkom der Prostata, von Guyon.....	375
Beitrag zum Studium der Prostatasteine, von Victor Delaunay.....	375
Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis, von C. Posner.....	375
Die Prostatahypertrophie, von O. Mankiewicz.....	376
Prostatahypertrophie und Diabetes, von C. Posner.....	376

	Seite
Die Therapie der Prostatahypertrophie, von F. M. Oberländer .....	376
Moderne Behandlung der Prostatahypertrophie, von Hildebrand .....	376
Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie, von Heinrich Mohr .....	377
Indikationen und Kontraindikationen Bad-Gasteins bei Prostatahypertrophie, von Altmann .....	377
Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen, von L. Mossko- wicz und R. Stegmann .....	378
Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini, von Engelmann ....	378
Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit Helmitol, von Franz Halbhuber .....	378
Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittels Prostatectomia suprapubica totalis, von Rebentisch .....	379
Die Indikationen der Prostatektomie, von E. Desnos .....	379
Über Prostatektomie, von Czerny .....	379
Über totale Prostatektomie unter Lachgas, von Wiener .....	380
Über Prostatektomie, von Arthur Schlesinger .....	380
Über Prostatectomia suprapubica, von J. McKinnon .....	381
Eine neuerliche Serie von 60 Fällen von Totalausschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben, von P. J. Freyer .....	381
Bemerkungen über totale Prostatektomie auf Grund von 15 Fällen, von J. Lynn Thomas .....	381
Beitrag zum Studium der perinealen Prostatektomie, von J. Voiselle .....	381
Zur Frage der perinealen Prostatektomie, von Heinrich Zoeppritz .....	382
Über einen Fall von perinealer Prostatektomie, von Bonanome .....	382
Zur Prostatectomia perinealis subapularis, von Josef Preindlsberger .....	382
Behandlung der chronischen prostatistischen und periprostatistischen Eiterungen, von E. Desnos .....	509
Neue Methode der Prostatamassage, von J. de Sard .....	510

d) Nieren, Ureteren und Harn.

Ein neuer Harnleiterspiegel zur Katheterisation eines oder beider Harnleiter, von Albert Freudenberg .....	19
Pollakiurie bei Lebercirrhose, von Wasserthal .....	98
Urämie und enterogene Autointoxikation und deren Beziehungen zu einander, von J. A. Schattenstein .....	95
Zur Kenntnis der idiopathischen Colibacillosen des Harntraktes .....	207
Einige Betrachtungen über die Verwendung des Quecksilberoxycyanids in den Harnorganen, von J. M. Bartrina und B. Oliver .....	316
Ureteren-Katheterisierung, von L. Suarez .....	317
Studie über eine eigentümliche Form von primärer Nierentuberkulose: die poly- cystische tuberkulöse Niere, von F. Curtis und V. Carlier .....	317
Über Anurie, von Johann Mittag .....	383
Ein Fall von Anuria calculosa, von W. H. Clayton-Greene .....	383
Die Oberflächenspannung des Urins in gesunden und kranken Tagen mit spezieller Beziehung zum Icterus, von W. D. Donnan und F. G. Donnan .....	383
Klinische Untersuchung des Urins. Eine kritische Studie der gewöhnlichen Me- thoden, von Richard C. Cabot .....	384
Zur Färbung der Sedimente des Harns und der Exsudate, von Wederhake ...	385
Vergleichende Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Urinseparation und des Ureterenkatheterismus, von M. Koucheff .....	385
Beitrag zum klinischen Studium der endovesikalen Separation des Urins beider Nieren, von P. Loup .....	385
Über den Einfluss von Diät und Hefekuren auf im Urin erscheinende enterogene Fäulnisprodukte, von E. v. Koziczowsky .....	385
Der heutige Stand der Kryoskopie, von Wederhake .....	386
Einige chirurgische Momente bei Nierentuberkulose, von H. A. Kelly .....	386
Ein Fall von Hydronephrose und Nierensteinbildung, bei welchem 16 kleine Konkremente mittels der Röntgenstrahlen entdeckt wurden, und wobei die Hydronephrose durch Abschnürung des Nierenbeckens durch eine über den unteren Teil des Organs hinwegziehende Arterie und Vene bedingt war, von H. Morris .....	387

	Seite
Über die Diagnose der Nierensteine, von Julius Schaich .....	387
Das Diagnostizieren von Nierensteinen mittels der Röntgenstrahlen, von M. Smart .....	387
Über die Verletzungen des Ureters, von A. Maubert .....	387
Ein Beitrag zu den Mißbildungen des Ureters, von Fritz Logemann .....	387
Über ein Ureterdivertikel, von Hugo Ebersbach .....	387
Ureteritis und Pyelitis, von A. Loumagne .....	387
Die doppelseitige Implantation der Ureteren in die Blase und ihre Methodik, von M. Härter .....	387
Über die Implantation des Ureters in die Harnblase, von Otto Streitberger .....	388
Ein seltener Fall von Uretercyste, von Rudolf Junge .....	388
Über einen Fall von Ureteritis cystica, von Simelew .....	388
Der Wert der Verwendung eines skiagraphischen Ureterenbougies zur Präzisierung chirurgischer Maßregeln bei Nierenkonkrementen, von E. H. Fenwick .....	388
Stenosierung der Ureteren, von K. W. Monsarrat .....	388
Über die Methoden, den Harn jeder Niere getrennt aufzufangen, von Alkmar von Alvensleben .....	389
Über eine bisher noch nicht beschriebene Veränderung am Urin von Nephritikern, von M. A. Buffer und G. Calvocoressi .....	389
Ein Fall von nekrotisierendem, polymorphem Erythem bei akuter Nephritis, von Rudolf Polland .....	416
Zur funktionellen Störung der Harnentleerung, von R. Kutner .....	419
Nephritis und Hämaturie, von Harry Atwood Fowler .....	431
Über Cylindrurie und Nephritis, von Max Gentzen .....	432
Fibrinöse Harnzylinder, von Padoa .....	432
Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie, von Otto Niedner .....	432
Über die Müllersche Modifikation der Donnéschen Eiterprobe, von Goldberg .....	433
Das Gär-Saccharoskop, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung, von H. Citron .....	433
Ein neuer Apparat zur Zuckerbestimmung im Urin für die Praxis, von Max Pickardt .....	433
Über die Gärungsprobe zum Nachweis von Zucker im Harn, von E. Salkowski .....	433
Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin (nach W. S. Haines), von Julius Strasburger .....	434
Über den Einfluß der Außentemperatur auf die Größe der Zuckerausscheidung, von H. Lütjhe .....	434
Studien über die Pentosurie, von K. J. Otto af Klercker .....	435
Eine genaue Probe auf Eiweiß im Urin, von Amand N. Ravold .....	436
Über essentielle Albuminurie, von Neukirch .....	436
Über essentielle Albuminurie, von C. Posner .....	436
Über Albuminurie im Kindesalter, von Wilhelm Holzer .....	437
Über funktionelle Albuminurie, von Martin Schüler .....	437
Über die Wirkung von aufrechter Körperhaltung und Muskeltätigkeit auf die cyclische Albuminurie, von Klara Bender .....	437
Klinische Beobachtungen über die febrile Albuminurie, von Arthur Weber .....	437
Über Pubertätsalbuminurie, von Willy Meiner .....	437
Zur Pathogenese der orthostatischen Albuminurie, von Pelnar .....	438
Zur Methodik der Bestimmung des Ammoniaks im Harn, von Otto Reich .....	438
Ein Fall von Chylurie, von Heuck .....	438
Über einen Fall von Chylurie, von Vincenzo .....	438
Über die Riegiersche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn, von Fr. H. Schildbach .....	438
Zur Kenntnis des Gonosanharns, von J. Varges .....	438
Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämaturie im Kindesalter, von Leo Langstein .....	439
Über Malaria-Hämoglobinurie, von Lorin A. Greene .....	439
Zur Frage der paroxysmalen Hämoglobinurie, von Conr. Schindler .....	440
Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie, von L. Levy .....	440
Zur Methodik des Indikannachweises im Harn, von A. Gürber .....	440
Über Vorkommen, Nachweis und Bestimmung der Oxalsäure im Harn, von Hans Barth .....	441
Ein Beitrag zur Kenntnis der Phosphaturie, von Moraczewski .....	441
Über Phosphaturie, von E. von Düring .....	441

Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calciurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter, von Leopold Moll .....	442
Beitrag zur Kasuistik der Nebennierentumoren im Kindesalter. Ein Fall von primärem Nebennierensarkom bei einem zweijährigen Kinde, von S. M. Aisenstein .....	442
Über die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären Nebennierentuberkulose, von Otto Elsässer .....	442
Größe und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren, von Emil Bürgi .....	459. 551
Kombinations-Cystoskop für Irrigations-Cystoskopie, Evacuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren, von A. Freudenberg .....	465
Beitrag zum Studium der Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparates; Cytologie des Harnes, von Colombino .....	469
Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates; Tuberkulose des Ureters und des Nierenbeckens, von Noël Hallé und Boleslas Motz .....	471. 508
Ein neuer intravesikaler Harnsegregator, von Riccardo Dalla Vedova .....	471
Die Retention von Chlorsalzen bei der interstitiellen Nephritis, von L. Ambard .....	557
Über urämische Hemiplegie, von F. Raymond .....	557
Ureterencystoskope von dünnem Kaliber, von Danelius .....	643

e) Labien, Vagina usw.

Lymphangiectasien der Vulva, von Lombardo .....	276
Gerichtsärztliche Untersuchung des Hymen, von Breda .....	443
Die Formen des Hymens bei Erwachsenen und Neugeborenen, von Eugen Goetzfried .....	443
Epithelioma vulvae, von Georges Mauxion .....	443
Ätiologie der Tuberculosis vulvae, von Bonnin .....	443
Über die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien, von Wladimir Iljinsky .....	443
Über die Genese der Genitaltuberkulose des Weibes, von Hermann Merkel .....	444
Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose des Genitalapparates beim Weibe, von Albert J. Mosenthal .....	444
Über Bilharziakrankheit der weiblichen Genitalien, von C. Goebel .....	444
Ein Fall von Pseudo-Elphantiasis der Vulva, von D. E. Finlay .....	444
Beiträge zur Pathologie der Vulvitis, von Otto Sachs .....	444
Zur Kenntnis der Kraurosis vulvae, von Wilhelm Darger .....	445
Beiträge zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien, von Richard Levy .....	445
Über Entzündung der Bartholinischen Drüsen, von Charles C. Miller .....	445
Schleimhautprolaps der Urethra bei kleinen Mädchen, von Paul Lamblin .....	447
Ein Fall von Epispadie beim Weibe, von Hermann Anacker .....	447
Zur Kenntnis der Epispadie beim Weibe, von Otto Gütschow .....	447

f) Blennorrhoe und Komplikationen.

Die erfolgreiche Diagnose von chronischem Tripper, von G. Shearman .....	20
Blennorrhoeische Iritis, von Ullmann .....	83
Indikationen der Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe und deren beste Methoden, von Zenzes .....	92
Ein Fall von Rektalblennorrhoe beim Manne im Gefolge eines komplizierten Harnröhrentrippers, von B. Picker .....	92
Die Wirkung der gebräuchlichsten Antiblennorrhoeika auf Gonokokken, von Alex. Paldrock .....	93
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels Glimmlicht, von Hermann Strehel .....	165
Über die Prostatakomplicationen der Blennorrhoe .....	171
Epididymitis blennorrhagica, von Pismataro .....	171
Condylomata acuminata, von Pagliaro .....	172
Tetaniforme Anfälle im Verlaufe einer Blennorrhoe, von G. Ferrari .....	172
Über die blennorrhoeische Strikturen der Pars membranacea der Urethra, von Pierre Héresco und D. Daniélopou .....	209
Die Tysonitis blennorrhagica, von Mazoyer .....	210
Betrachtungen über den Prostataabscess bei den Blennorrhoeikern, von Migliorini .....	275

	Seite
Die blennorrhische Erkrankung der Vorsteherdrüse, von E. R. W. Frank . . .	419
Welche Vorteile bietet eine Penisklemme bei der Behandlung der Blennorrhoe? von A. Strauss . . . . .	419
Über blennorrhische Epididymitis, von A. Hennig . . . . .	420
Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe, von H. Lohnstein . . . . .	464
Über blennorrhische Epididymitis, von A. Hennig . . . . .	466
Tysonitis blennorrhica ulcerosa unter dem Bilde eines Pseudoschankers, von Audry und Mazoyer . . . . .	472
Gonokokkeninfektion bei Kindern, von Emmet Holt . . . . .	475
Klinische und forensische Studie über die Urethritiden kleiner Knaben, von Octave Genevoix . . . . .	475
Die Wirkung der Blennorrhoe auf die weiblichen Fortpflanzungswerkzeuge, von Joseph Taber Johnson . . . . .	475
Über Blennorrhoe beim Weibe, von E. S. Mc-Kee . . . . .	475
Blennorrhoe bei der Frau. Ihre Diagnose, Häufigkeit und ihr Einfluss auf die Erzeugung von Sterilität und schweren Veränderungen der Beckenorgane, von L. H. Dunning . . . . .	475
Poliklinische Beobachtungen über die Blennorrhoe beim Weibe, von Sophie Trachtenberg . . . . .	476
Beitrag zum Studium der latenten Blennorrhoe der Frau, von A. Bernheim . .	476
Zur Diagnose der Urethritis posterior, von E. von Düring . . . . .	476
Die Behandlung der Folgezustände der chronischen Urethritis anterior, von W. D. Trenwith . . . . .	477
Blennorrhische Urethritis mit ungewöhnlichen Komplikationen, von D. Crosby	477
Seltene Komplikationen bei Blennorrhoe, von Ernst Becker . . . . .	478
Eine ungewöhnliche Komplikation bei Blennorrhoe, von James A. Nydegger .	478
Ein Fall von allgemeiner Infektion mit Gonokokken, von D. G. Hall . . . . .	478
Über blennorrhische Septicaemie und Endocarditis, von W. S. Thayer . . . . .	479
Ein Fall von akuter Endocarditis infolge von Infektion mit Micrococcus blennor- rhoese, von W. Hunter . . . . .	479
Ein Fall von ulcero-verruköser Endarteriitis der Pulmonalarterie im Anschluss an eine Blennorrhoe auftretend und eine Endocarditis vortäuschend, von Karl Fürth und F. Parkes Weber . . . . .	479
Beitrag zu den cytologischen Untersuchungen des Gelenkexsudates bei rheuma- tischen und blennorrhischen Prozessen, von Leon Karwacki . . . . .	480
Ein Fall von Blennorrhoe, kompliziert durch multiple Gelenkaffektion und blennor- rhoische Lymphangitis mit Ausgang in Vereiterung, von Zdzislaw Sowinski	480
Zur physikalischen Behandlung der blennorrhischen Gelenkerkrankungen, von August Laqueur . . . . .	480
Die Behandlung der blennorrhischen Arthritis mittels Hyperämie, von Johannes H. M. A. von Tiling . . . . .	481
Über blennorrhische Arthritis, von Henry W. Frauenthal . . . . .	481
Über die Behandlung der Arthritis blennorrhica mit Bierscher Stauung, von Franz Hirsch . . . . .	482
Über blennorrhischen Rheumatismus, von Martin M. Ware . . . . .	482
Zur Kasuistik des blennorrhischen Rheumatismus und Muskelabszesses, von W. N. Eudokimow . . . . .	482
Ein Antigonokokkenserum zur wirksamen Behandlung des blennorrhischen Rheu- matismus, von John C. Torrey . . . . .	482
Die Behandlung des blennorrhischen Rheumatismus durch ein Antigonococcus- serum, von John Rogers . . . . .	483
Über Vulvovaginitis kleiner Mädchen und ihre häufigsten Komplikationen, von Michalowitsch . . . . .	484
Über akute blennorrhische Vaginitis, von Eugène Ollivier . . . . .	484
Blennorrhische Vaginitis bei kleinen Kindern, von W. D. Trenwith . . . . .	484
Blennorrhische Polyneuritiden, von Georges Evrard . . . . .	485
Isolierte Lähmung des rechten Nervus musculocutaneus nach Tripper, von M. Bernhardt . . . . .	485
Über die Rolle der Blennorrhagie in der Ätiologie der Spondylose rhizomelique und des chronischen Wirbelsäulenrheumatismus, von Jules Riollet . . . . .	485
Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei blennorrhischer Infektion, von Johannes Sievert . . . . .	485

	Seite
Über Gonokokkenperitonitis im Kindesalter, von Maurice Dubreuilh .....	485
Über einen Fall von Ileos nach Salpingitis blennorrhoea, von Perrin.....	485
Phlebitis blennorrhoea, von Friedrich Sasserath.....	485
Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es blennorrhoeische Exantheme?“ von Orłipski..	487
Zur Kasuistik des „hyperkeratotischen“ blennorrhoeischen Exanthems, von Viktor Roth .....	487
Erythema scarlatiniforme und Blennorrhoe, von W. H. S. Stalkartt.....	488
Blennorrhoeisches Erythema nodosum bei einem Knaben, nach intravenöser Kollargolinjektion geheilt, von O. Hermann .....	488
Blennorrhoeische Infektion des Rectum beim Manne als Folge von Komplikationen des Harnröhrentrippers, von B. Picker.....	488
Über Blennorrhoea neonatorum, von Friedrich Ebert.....	489
Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum, ein paar Worte zur Ehrenrettung des Protargols, von Pfalz.....	489
Beitrag zu der Lehre von der Conjunctivitis blennorrhoea, von Johannes Spiegelhoff.....	489
Eitrige Conjunctivitis und Blindheit, von Edward Jackson .....	489
Über Metastasen im Auge bei Blennorrhoe, von Richard Greeff .....	489
Über Hodengangrän bei Blennorrhoe, von A. B. Buschke .....	490
Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der blennorrhoeischen Epididymitis, von Moritz Oppenheim und Otto Löw .....	490
Bakteriologische Untersuchungen bei blennorrhoeischer Allgemeininfektion, von Prochaska .....	491
Die Rolle der bakteriologischen Untersuchung in der Therapie der Blennorrhoe, von Terrepson.....	491
Über die Behandlung des Trippers beim Manne durch den praktischen Arzt, von Edmund Saalfeld.....	491
Harnröhren-Massagedeher zur mechanischen Behandlung der Blennorrhoe der vorderen Harnröhre, von Struve.....	512
Zur therapeutischen Anwendung des Dormiols, von Eugen Baroch .....	512
Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Urologie. Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe, von Julius Vogel.....	512
Über die intermittierende Behandlung des Trippers, von E. Toff .....	513
Übersicht der neuen internen Antiblennorrhoea nebst Bemerkungen über ihre Wirkung, von Roman Leszczynski .....	513
Die innere Blennorrhoebehandlung und deren Diätetik bei Gonosan, von A. Bahn .....	513
Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von Erich Lejeune, gen. Jung.....	513
Bemerkungen über Gonosan, von R. Hottinger .....	514
Zur Behandlung der Blennorrhoe, von Eraili Sterian.....	514
Rektale Applikation des Gonosans gegen Blennorrhoe, von R. Müller.....	514
Über Blennorrhoebehandlung, von Guglielmo Bassicalupo .....	514
Klinische Beobachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von S. Gheorghiu.....	514
Bemerkungen zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von Ed. Deutsch....	514
Zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von M. Rédei-Szépfału .....	515
Erfolge der Kaltwasser- im Vergleich zu den Warmwasser-Irrigationen bei der Behandlung der blennorrhoeischen Urethritis und Endometritis, von E. C. Shattuck .....	515
Behandlung der Blennorrhoe mit prolongierten Injektionen (Pansements intraure- thraux), von Sellei .....	515
Die örtliche Behandlung der chronischen Harnröhrenentzündungen, von Paul Lebreton.....	516
Über den praktischen Wert der Silber-Eiweißpräparate (Protargol, Albargin, Largin, Ichthargan) bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Ludwig Spitzer.....	516
Mit Harnröhrenwaschung kombinierte Harnröhrenfüllung bei der Behandlung des Trippers, von Josef Sellei.....	517
Zur Therapie der akuten Blennorrhoe mit Protargol, von Plachte.....	517
Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit Protargol, von Mühsam.....	517
Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Kollargol, von Tansard....	518
Das Alumol bei der Behandlung der Urethritiden, von Tansard.....	518

	Seite
Milchsäure bei Blennorrhoe, von Twithin Chandler.....	518
Einige Erfahrungen über Arhovin, von P. Meissner .....	519
Kasnistische Beiträge zur Therapie der Blennorrhoe, von Josef Rudnik .....	519
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin, von Michael Steiner .....	519
Novargantherapie der Blennorrhoe, von Eduard Schwarz.....	519
Abortivbehandlung der Blennorrhoe des Mannes, von George Gross .....	519
Behandlung der Blennorrhoe, von Fr. Cotton .....	520
Ein Beitrag zur Pathologie und Statistik der Epididymitis blennorrhoeica, von T. Tanaka .....	564
Komplikation der Blennorrhoe (Harnröhre und Blase), von Tanaka .....	563
Komplikation der Blennorrhoe (Prostata und Nebenhoden), von Akutsu.....	563
Komplikation der Blennorrhoe (Niere), von Asakura .....	563
Zwei Fälle von Mastdarmblennorrhoe, von Maruyama.....	563
Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe, von H. Lohnstein .....	642

### Verschiedenes.

Lepra, Blastomykosis, Lupus, Syphilis, Alopecia areata, Sykosis lupoides, von James Nevins Hyde .....	66
Die Sterilisation elastischer Katheter, von Paul Sittler .....	66
Strichförmige Hautaffektionen, von Fischel .....	82
Atzschorfe, von Leiner .....	84
77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meeran vom 24. bis 30. September 1905, von Notthafft .....	96
Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn von Notthafft .....	96
Schlusswort zu der Erwidern des Herrn Dr. Hammer-Berlin, von Notthafft .....	97
Warum soll Röntgenologie nur vom Arzte ausgeübt werden? von W. Lehmann .....	136
Berichtigung. Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem, von Fritz Loeb .....	136
Berichte aus den Sitzungen der Dermatologischen Sektion der Warschauer Gesell- schaft der Ärzte in den Jahren 1904 und 1905 .....	175
Ein seltener Fall von Teratologia auricularis, von Vadacca.....	190
Druckfehlerberichtigung.....	190
Haar mit Doppelschlinge, von Richter.....	199
Die klinische Erziehung, von Félix Guyon .....	210
Röntgenschädigungen und ihre rechtlichen Konsequenzen, von Franz Kirchberg .....	252
Die außerparlamentarische Kommission zur Regelung der Sittenfrage, von L. Butte .....	274. 426
Der II. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft.....	298
Über den plötzlichen Tod bei Tabetikern, von S. Goldflam .....	344
Personalia.....	390
Bemerkungen über einige Hauterkrankungen bei Kindern, von Gottheil .....	390
Ärztliche Diskretion, von E. S. Mc Kee.....	390
Kongenitale Mißbildung des linken Ohres und des äußeren Gehörganges, von Emil Amberg .....	447
Über die Berechtigung der Kosmetik als Teil der wissenschaftlichen Dermatologie, von Edmund Saalfeld.....	448
Mitteilung des Herrn Ingenieur H. Wehner über das Wachstum der Nägel an den Fingern seiner gesunden und kranken Hand.....	448
Nekrolog auf Prof. Dr. Max Nitze.....	464
Tagebuch eines Erziehungshäftlings, von W. Hammer.....	466
Welchen Schutz können Bordellstraßen gewähren? von Anna Pappritz.....	466
Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten, von Leopold Freund.....	492
Kongenitale symmetrische Faltenzunge („Langue scrotale“), von Joseph Payenneville .....	492
Ein Vortrag über praktische Momente in der Diagnose von Hautkrankheiten, von W. Evans .....	492
Bericht über das Volkswohlsein und über die ärztliche Hilfe in Rußland im Jahre 1903 .....	492

	Seite
Principiis obsta! Ein Mahnwort an die Berufsgenossenschaften in der Frage der Krebtherapie von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien .....	494
Die ethischen Pflichten des Arztes in bezug auf Syphilis und Blennorrhoe, von C. Williams .....	539
Die chronische Steifigkeit der Wirbelsäule, von Arthur Krause .....	539
Über zwei Fälle von Maltafieber, von Roosen-Runge .....	539
Eine neue Penisklemme, von Arthur Strauss .....	540
Ein Fall von Atrophie der Phalangen der Hände nebst Gelenkaffektionen im Anschluß an multiple Tumoren der Haut, von B. Watson .....	540
Ist ein freiwilliger ärztlicher Beirat für Ehe Kandidaten durchführbar? von L. Eisenstadt .....	540
Plenk in der Geschichte der Dermatologie, von Dohi .....	563
Plenks Einfluß auf die japanische Medizin, von Fujikawa .....	563
Die sexuelle Frage in der Erziehung, von Ferdin. C. Valentine .....	601
Soll Aufklärung in sexuellen Dingen einen Teil der Jugenderziehung bilden? In welcher Weise, zu welchem Zweck und in welchem Alter soll sie beginnen? von E. L. Keyes .....	602
Berichtigungen zu: Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen, von Menahem Hodara .....	657
Frohwein, „Angiokeratomfrage“, von Achille Breda .....	658

---

Sachverzeichnis .....	659
Namenverzeichnis .....	681

---

### Verzeichnis der Tafeln.

Zur Angiokeratomfrage, von Frohwein. Tafel I .....	Zu S. 345
Untersuchungen über die Wirkungen des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut des Menschen, von Meirowsky. Tafel II .....	391





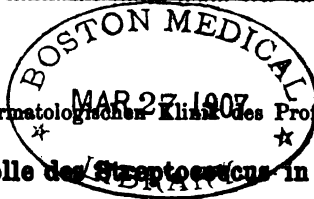
# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 42.

No. 1.

1. Januar 1906.

9252



Aus der dermatologischen Klinik des Prof. REISS in Krakau.

**Ein Beitrag zur Rolle des *Streptococcus* in der Pathologie der Haut.**

Von

**Dr. FRANZ KRZYSZTAŁOWICZ,**  
Privatdozent der Dermatologie zu Krakau.

Die bakteriologische Kenntnis der infektiösen Hautkrankheiten erweitert sich langsam, aber beständig. Dieser langsame Schritt wird vor allem dadurch bedingt, daß es hier schwieriger ist als bei anderen Krankheiten, zu beurteilen, ob der gefundene Mikroorganismus für den gegebenen Krankheitsprozeß spezifisch ist. Von der Spezifität können wir uns nur dann am sichersten überzeugen, wenn das Virus, in einen anderen Organismus eingepflanzt, die gleichen Veränderungen hervorruft wie jene, aus welcher die Kultur gewonnen wurde. Indessen muß aber bei den Hautkrankheiten in vielen Fällen das Experiment an Tieren wegfallen; die Impfung müßte am Menschen geschehen, dabei wäre das Versuchsobjekt nicht selten einer ernstesten Gefahr ausgesetzt, besonders wenn es sich um einen Mikroorganismus handelt, welcher eine Allgemeininfektion hervorrufen kann.

Eine andere Schwierigkeit bei der Beurteilung der Bedeutung eines Mikroorganismus besteht darin, daß derselbe je nach den Umständen verschiedene Veränderungen hervorrufen kann. Die Haut ist ein Organ von ziemlich komplizierter Struktur; ihre einzelnen Bestandteile verrichten verschiedene Funktionen, obwohl alle zusammen als Ganzes eine Bestimmung haben — den Schutz des Organismus zu bilden. Dies ist ein sehr wichtiger Umstand, denn wir wissen bereits, daß ein und derselbe Mikroorganismus in der Haut sowohl wie in anderen Organen verschiedene Veränderungen hervorrufen kann, je nach dem Orte, wo die Infektion stattgefunden und wo der Mikroorganismus sich festgesetzt und weiter entwickelt. Man nehme beispielsweise den *Staphylococcus aureus*, welcher überall, wo er sich festsetzt, Eiterung bewirkt. So entsteht auch in der Haut bei seiner Einwirkung ein eiteriges Exsudat, doch wird die Form

der Veränderung eine verschiedene sein, je nachdem der Mikroorganismus in der Cutis, oder in der Epidermis, oder im Haarbalg usw. sich entwickelt. Es wird heute fast allgemein anerkannt, daß der Staphylococcus bei der Ekzemgruppe eine gewisse Rolle spielt, daß er auf die Form und das Aussehen der zu dieser Gruppe gehörenden Veränderungen einen Einfluss hat. Und doch sind wir noch nicht imstande, genau zu beurteilen, ob der Einfluss dieses in unserer Umgebung so verbreiteten Mikroorganismus ersten Ranges ist, d. h. ob er zu dem Krankheitsprozess mit hineingehört oder den bereits existierenden Prozess nur kompliziert. Dies ist eine hochwichtige Frage, die zuerst angeregt wurde von dem Hamburger Meister UNNA (1), welcher auf das Vorhandensein maulbeerförmig angeordneter Kokken (*Morococcus*) in den ekzematösen Veränderungen zuerst aufmerksam machte. Seine Forschungen regten eine ganze Reihe von Autoren an, welche auf Grund ihrer Untersuchungen und Experimente dem Staphylococcus verschiedene Bedeutung zuschreiben. Mit dieser Frage beschäftigten sich unter anderen: SCHOLTZ und RAAB (2) (in der Klinik des Prof. NEISSER), KREIBICH (3), JADASSOHN (4), GALLOWAY (5), BROCC (6), MORGAN-DOCKRELL (7), LEREDDE (8), KROMAYER (9), GASTOU (10), SABOURAUD (11), BOCKHART (12).

Ebenso ist die Bedeutung des Streptococcus für die Hautkrankheiten noch nicht genau bekannt. Abgesehen von der noch unentschiedenen (13) Frage der verschiedenen Abarten dieses Mikroorganismus, abgesehen von der Frage, ob der Streptococcus des Erysipels mit dem des Impetigo identisch ist, muß festgestellt werden, daß es bullöse Dermatosen gibt, welche zweifellos auf einer Streptokokkeninfektion beruhen. Zu solchen gehört vor allem der Impetigo vulgaris. Die Publikation von SABOURAUD (14) hat über diesen Gegenstand erschöpfende Aufklärung gegeben, doch sind noch nicht alle Autoren darin einig, daß diese Impetigo auf einer Streptokokkeninfektion beruht. Die Rolle der Staphylokokken scheint in diesem Falle eine untergeordnete zu sein, und ist die sekundäre Einwanderung von Eiterkörperchen in die Serumblasen auf diese Infektion zurückzuführen. UNNA (15) betrachtet die Impetigo als Folge einer Infektion durch spezifische Kokken; MATZENAUER (16) stellt in seiner letzten Arbeit fest, daß fast alle deutschen Autoren den Staphylococcus aureus als Urheber dieses Krankheitsprozesses betrachten. Dieser letztere Autor hält den Impetigo für einen mit dem Pemphigus neonatorum identischen Prozess und somit auch diese letztere Krankheit für die Folge einer Staphylokokkeninfektion. Der erste Teil dieser Behauptung hat seine Richtigkeit; der Pemphigus neonatorum, der bei Kindern und deren Mütter, die ein Puerperalfieber durchgemacht haben, so oft auftritt, ist wirklich kein andersartiger Prozess als die Impetigo vulgaris, und LEREDDE (17) nennt ihn auch deshalb l'Impetigo pemphigoide. Da ich aber in Über-

einstimmung mit der Anschauung SABOURAUDS den Anteil des Streptococcus bei Impetigo vulgaris durch histologische und bakteriologische Untersuchungen mehrmals festgestellt habe, so muß ich die gleiche Bedeutung dieses Mikroorganismus auch für den Pemphigus annehmen. Von der Richtigkeit dieser letzteren Annahme haben mich auch die an einigen Fällen von epidemischem Pemphigus von mir durchgeführten Untersuchungen überzeugt.

Auch das Ekthyma wird jetzt als ein mit dem Impetigo verwandter oder sogar identischer Krankheitsprozeß betrachtet. Desgleichen werden jetzt die Fälle, wo Impetigo auf Lupus, Syphilis (papulae impetiginosae) und dergleichen Affektionen sekundär auftritt, auf eine dem Impetigo vulgaris gleiche Infektion zurückgeführt. Endlich wurde der Beweis erbracht, daß Streptokokken die Entstehung von großen Blasen (18), welche das klinische Bild eines Pemphigus bieten, sowie die Entstehung von Erythemen bewirken können, wie dies unter anderen der Fall von BERNARD (19), von mir (20) und FERRETTI (Pemphigus im Verlauf einer Syphilis) (21) beweisen.

Diese Fälle liefern eben Beweise für das oben Gesagte, nämlich daß ein und derselbe Mikroorganismus der Form nach verschiedene Veränderungen hervorrufen kann, je nach dem Orte, wo die Infektion stattgefunden hat. Der Impetigo vulgaris tritt in seiner typischen Form von honigartigen Krusten am Gesicht auf, wo wir es mit einer Infektion der oberen Epidermisschichten, also mit oberflächlichen, leicht berstenden Bläschen zu tun haben. Die gleiche Infektion wird bei einer Anzahl von Neugeborenen eine epidemische Krankheit von der Form eines Pemphigus (Pemphigus neonatorum) oder eine ähnliche Krankheitsform bei Erwachsenen hervorrufen. In diesen Fällen geschieht die Infektion der Haut wahrscheinlich von außen her, oder, wie es bei schwächlichen, nicht selten akrophulösen Kindern vorkommt, von der Schleimhaut der Nase aus.

Es kommen aber auch Fälle vor, in welchen die Infektion tiefer in der Haut stattgefunden hat und das Virus, nachdem es in die Blut- und Lymphbahn geraten, von innen her in die Haut gelangt und da verschiedenartige Veränderungen hervorrufft, und zwar neben tieferen Blasen auch platte oder knotenförmige, nicht selten mit kleinen Bläschen bedeckte Erytheme. Diese Verschiedenartigkeit der Veränderungen, die bei dem Erythema exsudativum multiforme, dessen infektiöse Natur keinem Zweifel unterliegt, so hervorragend auftritt, ist für derartige infektiöse Veränderungen sehr charakteristisch.

Wenn wir zu den obigen Formen noch das Bild des Ekthyma, welches unter gewissen Umständen aus dem Impetigo vulgaris entsteht, dann das Bild des Erysipels und Erysipeloids hinzufügen, so haben wir beiläufig alle Formerscheinungen, welche die Streptokokkeninfektion hervorrufen kann.

Aber — wie schon oben erwähnt — nicht alle Autoren sind der Ansicht, daß der Streptococcus solche Veränderungen hervorrufen kann, obwohl alle die Infektivität dieser Veränderungen annehmen. Andererseits können diese Formen, besonders die bullösen, so verschieden sein, daß nicht selten erst die histologische und bakteriologische Untersuchung ihre Genese mit Sicherheit bestimmen kann. Ich glaube daher, daß es nicht ohne Interesse sein wird, wenn ich hier zwei solche in der Krakauer dermatologischen Klinik von mir beobachtete Fälle beschreibe. Für das Überlassen dieser Fälle bin ich dem Leiter dieser Klinik, Herrn Professor Reiss, besonderen Dank schuldig. Die Fälle wichen, wie ich im weiteren zeigen werde, vom gewöhnlichen Typus wesentlich ab und werden aus diesem Grunde um so interessanter sein.

1. F. Z., 18 J. alt, immer gesund. Eine Woche, bevor er in die Klinik kam (den 25. Mai 1905) bildete sich am Ansatz seines rechten Daumens nach einer Verletzung ein kleiner Abscess. Drei Tage später hatte er Schüttelfrost und sonstige Erscheinungen von Fieber und fühlte Schmerzen, welche über die ganze rechte obere Extremität bis zum Halse ausstrahlten. Unter Schmerzen und Brennen trat zuerst am Oberarm, dann auch am Vorderarm ein bullöser Ausschlag auf.

Bei der ersten Untersuchung in der Klinik ist noch am rechten Daumen ein begrenztes gerötetes, mit einem Schorf bedecktes Infiltrat zu bemerken, aus welchem etwas Eiter sich ausdrücken läßt. An der Haut der rechten Halsseite, des Ober- und Vorderarmes sieht man Häufchen und Reihen von Bläschen. Die Häufchen enthalten je einige oder mehrere verschieden große Bläschen von Linsenkorn- bis Stecknadelkopfgroße. Die Bläschenreihen laufen schlangenförmig, und nur selten findet man einzelne Bläschen.

Die Bläschen enthalten eine dünne, klare Flüssigkeit, die nur ausnahmsweise getrübt ist. Die die Bläschen umgebende Haut ist teils blaß wie normale Haut, teils gerötet und ödematös. Die Bläschen nehmen vorzugsweise die Innenseite des Vorder- und Oberarmes, die Schulter und die rechte Supraklavikulargegend des Halses ein. Schon am anderen Tage nach der Aufnahme des Patienten in die Klinik wurde die klare Flüssigkeit besonders der größeren Bläschen trübe, und die Zahl derart veränderter Bläschen wurde mit jedem Tage größer. Manche Bläschen vertrockneten in unverändertem Zustande, nur ausnahmsweise barsten einige und die sich ergießende Flüssigkeit trocknete zu einem Schorfe ein.

Außerdem befinden sich am rechten Mundwinkel zwei kleine gelbe Borken. Die Lymphdrüsen der Achselhöhle und des Halses (oberhalb des Schlüsselbeines) der rechten Seite sind etwas vergrößert. Das gesamte Bild erinnerte in diesem Falle an das Bild eines Herpes zoster der ganzen Extremität, zumal da zum objektiven Aussehen auch die den Herpes

zoster charakterisierenden subjektiven Erscheinungen, wie Schmerz und Brennen hinzukamen. Das Aussehen der Bläschen selbst entsprach auch dem Herpes zoster, denn ihre Wand war verhältnismäßig ziemlich dick, nicht verfallend und nicht berstend, wie dies bei Impetigo zu sein pflegt.

Aber schon die mikroskopische Untersuchung der serösen Flüssigkeit der Bläschen zeigte die Anwesenheit von sanduhrförmigen, in kurze Ketten zu je drei bis fünf geordneten Kokken. Die Kultur in einer Mischung von flüssigem Serum und Bouillon nach SABOURAUD bestätigte den obigen Befund und zeigte, daß wir es hier mit einer Streptokokkeninfektion zu tun haben (*Dermatitis bullosa streptogenes*). Die Flüssigkeit dieser Kultur ergab auf einem festen Nährboden (Agar mit Serum) eine für den Streptococcus charakteristische Kultur.

Den Bau der Bläschen, ihr makroskopisches Aussehen erklärt die histologische Untersuchung der exzidierten Bläschen. Diese Untersuchung zeigte nämlich, daß die Bläschenhöhle im oberen Teile der Epidermis lag, aber nicht so oberflächlich, wie dies bei *Impetigo vulgaris* gewöhnlich der Fall ist, denn die obere Bläschenwand wurde nicht bloß durch sämtliche Lagen der Hornschicht, sondern auch durch die mit jenen zusammenhängenden einzelnen Stachelzellen der oberen Lagen gebildet. Das Ganze machte somit den Eindruck, als wenn das seröse Exsudat plötzlich in die Epidermis eingedrungen wäre und einen Teil der oberen Lagen der Stachelschicht zusammen mit der Hornschicht losgelöst hätte. Daher befanden sich in der Bläschenhöhle zu Fasern langgezogene Zellen, andere lagen frei in der koagulierten Flüssigkeit, und am Boden geschwollene Stachelzellen. Den Inhalt der Bläschenhöhle bildete vornehmlich seröse Flüssigkeit und reichliche Fibrinfäden, neben spärlichen Ritzzellen. Kaum in einigen Schnitten konnte ich Mikroorganismen beobachten, welche in der Form von kurzen Kettchen längs den Fibrinfäden lagen.

Die mikroskopische Untersuchung des Bläscheninhaltes sowohl wie die bakteriologische Untersuchung zeigten somit, daß wir es hier — trotz dem klinischen Bilde eines Herpes zoster — mit einer bullösen Dermatitis, durch eine Streptokokkeninfektion hervorgerufen, zu tun hatten. In diesem Falle bleibt nur noch zu entscheiden übrig, ob diese Veränderungen unmittelbar durch eine Infektion von außen her hervorgerufen wurden, oder das Virus zuerst tief in die Gewebe eingedrungen und erst von da aus in die Haut gelangt und die beschriebenen Veränderungen verursacht habe. Die Wunde am Finger, welche dem Abzess vorausging, war höchstwahrscheinlich die Ursache einer Allgemeininfektion, die sich ja durch Fieber und Allgemeinerscheinungen manifestierte. Erst sekundär rief das infektiöse Agens an der oberen Extremität, als dem der Eingangspforte der Infektion am nächsten liegenden Gebiet, die oben geschilderten Veränderungen hervor, deren mikroskopische und bakteriologische Unter-

suchung spezifische Mikroorganismen zeigte. Es kann somit in diesem Falle fast mit Sicherheit behauptet werden, daß die durch ein Trauma am Finger entstandene Wunde die Eingangspforte des infektiösen Virus war und daß dasselbe erst von da aus durch die Lymph- oder Blutbahn in die Haut der oberen Extremität gelangte.

2. W. L., 26 J. alt, aus gesunder Familie. Die Krankheit begann vor vier Wochen mit einem unmerklichen Bläschen am linken Fußrücken. Nachdem Patient dieses aufgekratzt, entstand eine Exulceration, welche sich ausdehnte und mit einem dicken Schorfe bedeckte. Fast gleichzeitig traten ähnliche nässende und mit Schorfen sich bedeckende Exkoriationen auf der Haut des rechten Unterschenkels, des Rumpfes und der oberen Extremitäten auf.

Die erste Untersuchung in der Klinik (15. Februar 1905) ergab: Ernährungszustand gut, in den Organen nichts Abnormes, keine abnormen Bestandteile im Harn, an der Haut folgende Veränderungen: Am rechten Ober- und Vorderarme, am Rücken, am Brustkorb und an den Hinterbacken befinden sich mit gelbbraunen dicken Schorfen bedeckte, runde oder ringförmige Effloreszenzen, welche die Größe eines Kronen- bis Fünfkronenstückes erreichen. Nach der Entfernung des Schorfs zeigt sich entweder eine lebhaft rote nässende oder leicht blutende Fläche, oder, und zwar am häufigsten, eine mit Eiter oder kroupösem Exsudat bedeckte Ulceration, deren Ränder etwas erhaben und gerötet sind. Am Rande mancher Effloreszenzen sieht man flache, mit klarer oder leicht getrüübter Flüssigkeit gefüllte Bläschen.

Die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des Sekretes zeigte die Anwesenheit von Strepto- neben Staphylokokken. Zur Untersuchung wurde sowohl Flüssigkeit von den nässenden Stellen wie auch der Inhalt der am Rande sich bildenden Blasen genommen, und wurde beides nicht bloß mikroskopisch untersucht, sondern es wurden, wie im vorausgehenden Falle, auch Kulturen angelegt.

Auf Grund des klinischen Bildes und der bakteriologischen Untersuchung wurde die Diagnose gestellt: Ecthymata multiplicia, entstanden infolge einer Infektion der Wunde am Fußrücken.

Die histologische Untersuchung eines Hautstückchens vom Rande einer solchen Effloreszenz zeigte das Bild des Ekthyma, und in der Blasenöhle eine teils seröse, teils eiterige Flüssigkeit. Von Mikroorganismen konnte man im oberen Teile der Blase neben spärlichen Streptokokkenketten auch Staphylokokkenhaufen finden.

Es unterlag somit keinem Zweifel, daß wir es hier mit Ekthymaten der Haut zu tun hatten, welche infolge einer Streptokokkeninfektion entstanden, zu der dann, wie dies gewöhnlich zu geschehen pflegt, eine Staphylokokkeninfektion hinzutrat. Es kann aber in diesem Falle — im

Gegensatz zu dem vorangehenden — angenommen werden, daß die Infektion höchstwahrscheinlich unmittelbar von außen erfolgte.

Die weitere nicht bloß klinische, sondern auch genaue mikroskopische und bakteriologische Untersuchung ähnlicher Fälle wird uns mit der Zeit wahrscheinlich ermöglichen, ein einheitliches Bild der durch die erwähnte Infektion hervorgerufenen Dermatosen zu konstruieren.

---

#### Literatur.

1. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. B. 42, 29, 81. — *Histopathologie der Haut.*
  2. *Annales de Derm. et Syphil.* 1900. S. 409.
  3. *Annales de Derm. et Syphil.* 1900. S. 569.
  4. *IV. internat. Kongreß f. Derm.* Paris 1900.
  5. *The Brit. Journ. of Derm.* 1900.
  6. *Annales de Derm. et Syphil.* 1900.
  7. *IV. internat. Kongr. f. Derm.* Paris 1900.
  8. *L'eczéma, maladie parasitaire.* 1898.
  9. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1900.
  10. *La France medical.* 1900.
  11. *IV. internat. Kongr. f. Derm.* Paris 1900.
  12. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. 33.
  13. BEBREDKA, *Bull. d. l'Inst. Pasteur.* 1904.
  14. *Annales de Derm. et Syphil.* 1900.
  15. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899.
  16. Art.: „Impetigo cont.“ in *Mraček's Handbuch.*
  17. *Revue prat. d. mal. cut. syph. et vener.* 1903.
  18. SABOURAUD, *Kongreß in Chettenham.* 1901.
  19. *Annales de Derm. et Syphil.* 1899.
  20. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. 36.
  21. *Clinica dermosifil. Roma.* 1904. 8.
-



## Hämaturie und Albuminurie infolge von Urotropin.

Von

Dr. A. v. KARWOWSKI-Posen.

Die großen Vorzüge des Urotropins sind so allgemein bekannt und gewürdigt, daß es erübrigt, auf dieselben hinzuweisen. Hat doch kaum ein Mittel in kurzer Zeit sich in der Praxis, besonders in der urologischen, derartig eingebürgert und zu so schönen Erfolgen bei infektiösen Erkrankungen der Harnwege, bei Phosphaturie, bei der Gicht, als Prophylaktikum bei Typhus und Scharlach, vor Operationen im Bereich des Urogenitaltraktes geführt, wie das Urotropin. Ja selbst als Darmantiseptikum (LOEBISCH, MAYERHOFER) und gegen Enuresis (CAMMIDGE, ORELINE) wurde es erprobt. Eine umfangreiche Literatur, besonders die zusammenfassenden Jahresberichte von LUBOWSKI, geben davon Zeugnis.

Leider aber hat dieses ausgezeichnete Mittel mit vielen anderen das gemeinsame, daß es in gewissen Fällen, und zwar nicht etwa infolge unzureichender Darreichung, recht unerwünschte Nebenwirkungen zeigt, welche es als doch nicht so harmlos erscheinen lassen, wie es von den meisten Autoren hingestellt wird.

Ich hatte Gelegenheit, einen schweren Fall von Albuminurie nach Urotropindarreichung zu beobachten, welcher aus Rücksicht auf die sehr geringe Zahl analoger Beobachtungen in der Literatur vielleicht nicht uninteressant sein dürfte.

Herr v. Z., Rittergutsbesitzer, 48 Jahre alt, stets gesund. Lues und Gonorrhoe wird negiert. Am 22. Juni 1904 kam Patient zu mir und klagte über Schmerzen beim Urinlassen sowie allgemeines Unbehagen, welches er seit einigen Tagen empfand. Die Untersuchung des Urins wies in dem ganz klaren Harn etwa 15—20 Körnchen von Harngries auf. Eiweiß und Zucker fehlte. Gestützt auf die Angaben von LOEBISCH, NICOLAÏER u. a., verordnete ich dem Patienten Urotropinpastillen von 0,5 g, und zwar dreimal täglich eine, in einem halben Glase Wasser aufgelöst, zu nehmen. Am 7. Juli erschien Patient höchst erfreut bei mir und teilte mir mit, daß bereits nach dreitägigem Gebrauche des Mittels alle Beschwerden gewichen waren und der Harn nunmehr ganz frei von Gries geblieben sei. Ich liefs den Patienten jedoch noch einige Tage das Urotropin gebrauchen.

Doch bereits nach drei Tagen kam er erschreckt zurück und klagte über große Schmerzen in der Nierengegend und am Blasenhal. Der

Urin erschien trübe, war reichlich mit Flocken gemischt und wies nach Filtrierung noch 0,2 % Eiweiß auf. Die Flocken bestanden aus Epithelzellen. Blutkörperchen waren nicht zu finden. Patient erzählte nun, daß er sofort nach Eintreten der Schmerzen das Einnehmen des Urotropins eingestellt habe, worauf am nächsten Tage sowohl Schmerzen als Trübung des Urins schwanden. Als er jedoch von neuem das Mittel zu nehmen begann, kamen die Schmerzen und Trübung des Urins in verstärktem Maße wieder zurück. Patient sagte mir direkt auf den Kopf, daß das Urotropin diese Erscheinungen hervorgerufen habe. Natürlich liefs ich sofort das Mittel beiseite stellen. Der nach zwei Tagen zur Untersuchung zugesandte Harn war nun vollständig klar, frei von Eiweiß und pathologischen Beimengungen. Auch späterhin fand sich niemals mehr Eiweiß, noch traten irgendwelche Beschwerden ein.

Aus der Krankengeschichte geht ganz klar hervor, daß wirklich das Urotropin an der Albuminurie und Strangurie schuld war.

Da mich der Fall sehr interessierte, durchsuchte ich die Literatur nach ähnlichen Fällen und überzeugte mich, daß ihre Zahl — soweit es sich um schwere Schädigungen des Harntractus handelte — sehr gering ist. Ich konnte nämlich trotz eifrigen Suchens nur 15 Fälle von Hämaturie bzw. Hämoglobinurie und Albuminurie nach Urotropingebrauch zusammenstellen.

Dagegen sind Notizen über Magendarmverstimmungen, Koliken, Durchfälle, ferner masernartige Ausschläge (CAMMIDGE), Kopfschmerzen, Ohrensausen, schlechte Heilung von Wunden (KRYES) usw. nach Urotropin des öfteren anzutreffen.

Uns interessieren hier jedoch vor allem Fälle, die dem meinigen analog erscheinen. Es sind dies zunächst 13 Fälle von Hämaturie, ferner zwei Fälle von Albuminurie, deren Beschreibung ich folgen lasse.

Die erste Beschreibung von Hämaturie nach Urotropingebrauch stammt von FORBES (1901):

1. 62jähriger Prostatiker, seit zehn Tagen Cystitis mit ammoniakalischer Zersetzung des Harns und Eiterkörperchen (ohne rote Blutkörperchen) in demselben, erhält dreimal täglich  $\frac{1}{2}$  g Urotropin in einem halben Glase warmen Wassers. Nach zwei Tagen Besserung, Urin klarer. Doch schon am dritten Tage klagte Patient über Strangurie, Brennen in der Harnröhre, Durchfall und Blutharnen. Sofortiges Abbrechen der Urotropindarreichung. Vom fünften Tage an schwindet das Blut, und der Harn wird wieder ammoniakalisch. Als von neuem das Urotropin, nunmehr in halb so großer Dosis, gereicht wurde, trat bereits nach der dritten Dosis Strangurie und Hämaturie ein. FORBES ist der Ansicht, daß das Blut aus der Blase stammt.

2. MILLIGAN (1901) beschreibt ebenfalls einen Fall von Hämaturie

bei einem 15jährigen Mädchen, welches 0,25 Urotropin dreimal täglich zwecks Diurese bekam. Nach einer Woche begann Patientin über Blasenbeschwerden und Strangurie zu klagen. Es folgte eine schwere Hämaturie, trotzdem nahm aber Patientin das Mittel noch zwei Tage weiter. Die Untersuchung des Urins wies eine große Menge Blutes auf. Nach Aussetzen des Mittels wurde der Urin in zwei Tagen wieder normal.

3. W. LANGDON BROWN (1901). 33jähriger, seit einigen Wochen an Typhus leidender Patient erhielt prophylaktisch dreimal täglich 0,5 Urotropin. Nach zwei Tagen begann er über Schmerzen und Beschwerden beim Harnlassen zu klagen. Seit dem siebenten Tage erschien Blut in der dritten Harnportion, tags darauf zeigte sich Blut sogar an der äußeren Harnröhrenöffnung; bis zum Abend hatte sich die Hämaturie noch gesteigert. Doch fast unmittelbar nach Aussetzen des Mittels schwanden am nächsten Tage alle Beschwerden.

4. Derselbe Autor beschreibt einen zweiten Fall von Hämaturie bei einem 24jährigen Typhuskranken, bei dem nach fünftägiger Urotropindarreichung (dreimal täglich 0,5) eine schwere Hämaturie eintrat. Auch hier folgte dem Aussetzen des Mittels sofortiges Abklingen des Blutharnens.

5. Dieser Fall, ebenfalls von BROWN beschrieben, betrifft einen Typhösen, der nach Urotropin Hämaturie bekam. Da jedoch zugleich Terpentin gereicht wurde, so läßt sich nicht mit voller Bestimmtheit die Hämaturie auf Rechnung des Urotropins schreiben.

6. ALFRED GORDON (zitiert nach WARREN COLEMAN). 29jähriger Patient, der an cerebrospinaler Syphilis leidet, erhielt wegen einer Cystitis dreimal täglich 0,25 Urotropin. Nach einer Woche verringerte sich die Menge des Eiters im Urin bedeutend, doch vier Tage später zeigte sich Blut bei jedem Harnlassen. Zugleich mit Aufhören der Urotropinmedikation schwand der Blutharn, um jedoch bei neuerlichem Gebrauch des Mittels wiederzukehren.

7. NICOLAÏER, der eifrigste Förderer des Urotropins, beschreibt selbst einen Fall von Hämaturie bei einem elfjährigen tuberkulösen Patienten (Tuberkelbazillen im Urin), der an Blasenbeschwerden und zeitweiliger Enuresis litt. Es wurde ihm Urotropin zweimal täglich 0,25 gereicht, und Patient vertrug das Mittel gut, allerdings ohne daß eine Besserung eintrat. Als nach einem Jahre Patient in demselben Zustand wiederkam, wurde wiederum Urotropin verabreicht, diesmal viermal täglich 0,25. Nach einer Woche war der Zustand bedeutend schlimmer geworden und es trat Blutharnen auf. Mit dem Aussetzen des Mittels schwand die Hämaturie.

8. H. C. BISS (1902). Eine 33jährige typhöse Frau, bei der seit 55 Tagen Bakteriurie bestand. Sie erhielt dreimal täglich 0,5 Urotropin, doch schon am vierten Tage trat Blutharnen und Strangurie auf. Das

Mittel wurde angesetzt und die Schmerzen schwanden nach zwei, die Hämaturie nach fünf Tagen.

9. KURKOWSKI (1902) beschreibt ebenfalls einen Fall, wo nach 1,5 Urotropin täglich Hämaturie auftrat, und rät deshalb große Vorsicht bei Anwendung des Mittels an.

10. und 11. Zwei Fälle von Hämaturie nach Urotropin beschrieb GOLDSMID (1902) (*Australasian med. Gaz.* 1902. S. 383, zitiert nach LUBOWSKI, *Allg. med. Zentralstg.* 1904. Nr. 17.)

12. WARREN COLEMAN (1903), der in seiner umfangreichen Arbeit einige von den oben angeführten Fällen zitiert, beschreibt ebenfalls einen eigenen Fall, der deshalb besonders interessant ist, weil hier kaum 24 Stunden nach einer Dosis von 0,5 Urotropin Hämaturie und Hämoglobinurie eingetreten war. Es handelte sich um eine 73jährige Frau, welche eine Pneumonie akquirierte. Nach acht Tagen, noch bevor die Lunge sich gereinigt hatte, stellten sich Blasenbeschwerden und Harndrang ein, ohne daß vorher etwa katheterisiert worden wäre. Die Blasenreizung steigerte sich in den nächsten Tagen, und am elften Tage nachmittags wurde der Urin ganz trüb und am Morgen darauf ammoniakalisch. Um 10 Uhr 25 Minuten früh erhielt nun Patientin 0,5 Urotropin in einem halben Glase Wasser. Schon um 2 Uhr nachmittags traten große Schmerzen und Harndrang ein, welche trotz Opium und Hyoscyamuszapfen nicht nachliessen. COLEMAN stellte das Mittel beiseite, doch wurde durch eine dritte Person noch 0,5 Urotropin verabreicht. Hierdurch verschlimmerten sich die Symptome und der Harn wurde 17<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden nach der ersten Dosis ganz blutig.

Die Urinuntersuchung stellte alkalische Reaktion, Hämoglobinstreifen im Spektrum, schwere Trübung durch Leukoeyten, Epithelien und rote Blutkörperchen fest. Die Zahl der letzteren entsprach, obgleich sie ziemlich groß war, doch nicht dem Hämoglobingehalt, so daß Autor annehmen durfte, daß hier außer der Hämaturie auch Hämoglobinurie bestand. Kristalle wurden nicht gefunden.

Es wurden nunmehr, nach Abstellung des Urotropins, Blasenspülungen angewendet. Nach 24 Stunden schwand das Blut, und so blieb es bis zum siebenten Tage, wo wiederum Blutharn (diesmal ohne Hämoglobin) auftrat. Nach neuerlichem Schwinden des Blutes zeigte sich dieses wiederum am zwölften Tage. Aus diesem paroxysmalen Auftreten der Hämaturie zog Autor den Schluss, daß es doch wohl nicht an dem Urotropin gelegen habe und versuchte mit Rücksicht auf die starke Zersetzung des Harnes nochmals Urotropin zu geben. Doch schon ein halbes Gramm genügte, um binnen 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Stunden Strangurie mit Hämaturie und Hämoglobinurie hervorzurufen. Es war dies ein Beweis, daß in der Tat das Mittel den Blutharn und Hämoglobinurie verursacht hatte.

13. BERTHOLD GOLDBERG (1904) beschreibt einen Fall von Hämaturie bei einem 50jährigen, an chronischer Pyelocystitis leidenden Manne. Hier hatte sich das Blutharnen erst nach längerer Zeit und nach Dosen von 3,0 pro die eingestellt.

Viel seltener als Hämaturie scheint Albuminurie nach Urotropin einzutreten. Wenigstens ist es mir gelungen nur zwei Fälle (außer dem meinigen) aufzufinden, und zwar:

14. A. GRIFFITH (1901) gab bei einer 21jährigen, an Typhus leidenden Patientin dreimal täglich 0,5 Urotropin. Schon am zweiten Tage bemerkte die Kranke Schmerzen beim Harnlassen. Am zehnten Tage kam es zu starken Kreuzschmerzen, allgemeiner Schwäche und Schwellung der Augenlider. Der Harn wies eine große Menge Eiweiß auf. Nach Abstellen des Urotropins schwanden in einigen Tagen sämtliche Erscheinungen.

15. BÉLA SCHICK (1904) versuchte nach der von WIDOWITZ angegebenen Methode bei mehreren Scharlachkranken prophylaktisch Urotropin zu gebrauchen und beobachtete bei einem von den Fällen direkt ein Auftreten des Eiweißes nach Urotropingebrauch. Dafs in der Tat das Urotropin an der Albuminurie schuld war, bewies der Umstand, dafs sie sofort nach Aussetzen des Mittels schwand.

Überblicken wir nun die oben zusammengestellten Fälle aus der Literatur (soweit sie mir zugänglich war), so haben wir zusammen 16 Fälle schwerer Reizung der Harnwege durch das Urotropin (ich rechne den einen Fall von BROWN mit), welche in 13 Fällen Hämaturie, einmal mit Hämoglobinurie vergesellschaftet, in drei Fällen Albuminurie verursacht hat. Im Vergleich zu der so außerordentlich verbreiteten Anwendung des Mittels ist diese Zahl von 16 Fällen sehr gering, und es drängt sich die Frage auf, warum gerade in diesen Fällen das Mittel toxisch gewirkt hat, während es in tausenden anderen so günstige Wirkungen entfaltet?

Das nächste wäre wohl, an eine Idiosynkrasie zu denken, wie dies z. B. LUBOWSKI tut. Da wir jedoch unter Idiosynkrasie eine abnorme Empfänglichkeit mit Reaktionserscheinungen gegen gewisse Mittel bei gewissen Personen verstehen, die sich sofort, und zwar nach den kleinsten Dosen des betreffenden Mittels äußern, wir aber in den meisten der beschriebenen Fälle die pathologischen Erscheinungen erst nach mehrtägigem Dosieren eintreten sehen, so dürfte man meiner Ansicht nach hier nicht ohne weiteres eine Idiosynkrasie annehmen.

Auch eine falsche Verordnungsweise kann nicht die Schuld tragen, da in fast allen Krankengeschichten erwähnt wird, dafs das Mittel vorschriftsmäßig in größerer Menge Wassers gelöst gegeben wurde.

Es läge näher, anzunehmen, dafs hier gewisse, durch den Zustand der betreffenden Kranken augenblicklich gegebene Momente in Betracht zu

siehen seien, welche es verursachten, daß das Urotropin im Organismus nicht in der normalen, regelrechten Weise in seine Komponenten zerlegt wurde, sondern daß dies zu früh, zu reichlich, oder an unrechten Stellen stattfand.

Doch vergegenwärtigen wir uns zunächst die Wirkungsweise des Urotropins im Organismus überhaupt. NICOLAIRE hat festgestellt, daß das Urotropin bereits nach 15 (CASPER nach 10) Minuten mit dem Harn ausgeschieden wird, und zwar zum Teil als unverändertes Urotropin, zum Teil bereits in Formaldehyd und Ammoniak gespalten. Die meisten Autoren — außer GROSSELIK und einigen anderen — schreiben die bakterizide und harnsturelösende Wirkung hauptsächlich dem Formaldehyd zu. Aber man ist bis jetzt im Unklaren, wo dasselbe aus dem Urotropin sich abspaltet. Es fehlt nicht an Tier- und Menschenversuchen, um dies festzustellen. Doch sind die Meinungen sehr widersprechend. CASPER hat bei Dosierung per os niemals Formaldehyd im Blute nachweisen können, hingegen gelang ihm dies beim Kaninchen nach Injektion des Urotropins ins Blut. LOEBISCH und LIMONIERER fanden Formaldehyd im Blute nach innerer Darreichung von Urotropin und auch KOHLER beschreibt in *dieser Zeitschrift*, daß es ihm gelungen ist, bei einem Hunde nach Darreichung von 1,25 Urotropin per os sowohl im Blaseninhalt als im Blute Formaldehyd mittels der sehr empfindlichen JORISSENSCHEN Probe festzustellen. Derselbe Autor fand auffallenderweise das Formaldehyd nur im Blutkuchen, jedoch nicht im Blutsrum. Demgegenüber fand VINDEVOGEL im Blutkuchen nur Urotropin und erklärt dies durch die Alkalessenz desselben. Er leugnet überhaupt die Abspaltung des Formaldehyds im Blute, vielmehr behauptet er mit aller Bestimmtheit, daß die Abspaltung erst im Urin statthat. MEYER vertritt die Ansicht, daß die Spaltung in den Nieren stattfindet, wobei der freie Ammoniak in den Nieren reserbiert wird. Auch HACKET nimmt eine Abspaltung erst nach der Ausscheidung durch die Nieren an, und zwar durch Einwirkung der Harnsäure im Harn. Die sehr sorgfältigen Untersuchungen von GÖTZL und SALUS haben wiederum ergeben, daß in vielen Fällen in frischem Harn, selbst mit Hilfe der JORISSENSCHEN Probe es nicht gelang, freies Formaldehyd nachzuweisen, dagegen fand sich stets Urotropin.

Es läßt sich zurzeit also noch nicht sicher feststellen, ob die Abspaltung im Blute oder erst im Harn vor sich geht, doch lassen die meisten Beobachtungen darauf schließen, daß normalerweise und bei Darreichung per os sowie bei Menschen — die gegenteiligen Beobachtungen betrafen meist Tierexperimente — die Abspaltung des Formaldehyds erst im Harn und hier erst nach einer gewissen Zeit vor sich geht.

Nun haben die sehr interessanten Versuche von MAGUIRE ergeben,

dafs Formaldehyd, ins Blut gebracht, sehr schwere Erscheinungen von seiten des Urogenitaltraktes hervorruft. MAGUIRE machte die Versuche an sich selbst und spritzte sich zunächst 100 ccm einer 1 : 2000 Lösung von Formaldehyd intravenös am Arme ein. Schon nach einer Stunde zeigte sich Formaldehyd im Urin, welcher überaus sauer war und Eiweiß enthielt. Nach einer Stunde kehrten wieder normale Verhältnisse zurück. Es war hier 0,064 Formaldehyd in einem Verhältnis von 1 : 100 000 Blut verbraucht worden.

Nach einigen Tagen wiederholte MAGUIRE den Versuch, und zwar diesmal mit 263 ccm derselben Lösung, also im Verhältnis zum Blut etwa 1 : 40 000. Sofort zeigte sich im Urin Blut und Hämoglobin. Nach einer Stunde steigerte sich die Hämaturie, nach vier Stunden enthielt der Urin Blutklumpen, welche nur mit Mühe entleert wurden. Am nächsten Tage schwanden die Erscheinungen. Der dritte Versuch konnte nicht zu Ende geführt werden, da M. hierbei in Ohnmacht fiel, nachdem er kaum 63 ccm einer 1 : 1000 Lösung sich eingespritzt hatte. Es stellten sich starke, krampfartige Schmerzen sowie Blasenbeschwerden ein. Veränderung des Urins wurde allerdings vermifst. Dagegen entwickelte sich eine Dysenterie mit schleimig-fetzigen Absonderungen und gleichzeitig zeigten sich in den Bronchien und Schleimhäuten katarrhalische Erscheinungen.

Ähnliche Resultate hatten EWING, PARK, PAYNE bei Injektionen von Formaldehyd in das Blut von Kaninchen im Verhältnis von 1 : 11 000 Blut.

Es decken sich also die Erscheinungen von Hämaturie, Albuminurie, Blasenbeschwerden usw. in den 16 beschriebenen Fällen mit denen, welche nach Einführung des Formaldehyds ins Blut eingetreten waren, fast vollständig.

Daraus kann man wohl ohne Zweifel die Folgerung ziehen, dafs in der Tat das Formaldehyd die Schuld an den üblen Wirkungen des Urotropins in den oben beschriebenen Fällen getragen hat.

Ich möchte dem aber eine zweite Folgerung anreihen, und zwar die, dafs wahrscheinlich das Formaldehyd deshalb hier so übel mitgespielt hat, weil es nicht normalerweise erst im Urin, sondern schon im Blute abgespalten worden ist und bei seinem Durchtritt durch die Nieren die erwähnten Reizerscheinungen mit ihren Folgen (Hämaturie, Albuminurie) hervorrief. Dafs dies wirklich in dieser Weise zu erklären ist, läfst sich natürlich nicht beweisen, die Vermutung aber liegt nach dem oben Gesagten sehr nahe. Auch COLEMAN scheint zu dieser Ansicht hinzuneigen.

Sind nun die oben zusammengestellten Fälle derartig, dafs sie die Annahme einer Abspaltung des Formaldehyds im Blute rechtfertigen?

Wenn wir die Krankheiten ins Auge fassen, wegen welchen in diesen Fällen das Mittel gereicht wurde, so haben wir fünfmal Typhus, einmal

Pneumonie, einmal Scharlach, also in sieben Fällen (von elf mit Angabe der Krankheit gefundenen Fällen) akute Infektionskrankheiten, in drei Fällen chronische Cystitis, in meinem Falle Harnsäurekonkremente. Das Vorwiegen der akuten Infektionskrankheiten ist jedenfalls auffallend. Man könnte geneigt sein die Frage aufzuwerfen, ob nicht die fieberhafte Temperatursteigerung auf das zu frühe Abspalten des Formaldehyds von Einfluss gewesen ist. Aus den Versuchen NICOLAÏERS und anderer wissen wir, daß höhere Temperatur allein schon imstande ist, die Spaltung des Urotropins zu befördern. Schon 37° C. genügen dazu. Je höher also die Temperatur, um so rascher und mehr Formaldehyd wird aus dem Urotropin abgespalten. Es wäre demnach ganz gut denkbar, daß während hohen Fiebers größere Mengen Formaldehyds und früher als normal, also bereits im Blute abgespalten werden könnten. Leider läßt sich nicht aus allen Krankengeschichten bestimmt entnehmen, ob die Kranken noch fieberten, andererseits wird ja das Mittel so oft und auch jedenfalls in der Fieberperiode gereicht, ohne zu schaden, daß sich diese Hypothese wohl kaum aufrechterhalten läßt. Ich begnüge mich, auf die Möglichkeit eines solchen Sachverhaltes hingewiesen zu haben.

In den drei chronischen Fällen bleibt die Ursache der Hämaturie dunkel. Es dürfte — wenigstens für den Fall von FORBES — die Annahme einer Blutung aus der Blasenschleimhaut, wie dies COLEMAN, FORBES und BROWN annehmen, nicht von der Hand zu weisen sein, was bei einer allzu reichlichen Abspaltung des Formaldehyds im Urin bei chronisch entzündeter Blasenschleimhaut ja leicht erklärlich wäre.

Was nun meinen Fall betrifft, so hat, wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, bei dem Patienten das Urotropin ausgezeichnet harnsäurelösend gewirkt und erst, als es weiter gereicht wurde, die Albuminurie verursacht. Es ist festgestellt, daß das Formaldehyd mit der Harnsäure die leicht lösliche Diformaldehydharnsäure bildet, welche bereits im Verhältnis von 1:300 sich löst, im Gegensatz zu reiner Harnsäure, welche erst im Verhältnis von 1:38000 löslich ist (K. WEBER). Dies erklärt die schnelle Auflösung des Harngrieses in meinem Falle. Ich bin wie bei den meisten anderen Fällen der Ansicht, daß hier die Albuminurie deshalb auftrat, weil bereits im Blute oder beim Passieren der Nierenkanälchen Formaldehyd abgespalten wurde, was in meinem Falle durch die Überladung des Blutes mit Harnsäure, welche bekanntlich (NICOLAÏER) die Abspaltung des Formaldehyds befördert, ermöglicht wurde. Während die anfänglichen Mengen des Formaldehyds zu Diformaldehydharnsäure gebunden wurden und die Lösung der Konkremente beförderten, kann man sich vorstellen, daß bei weiterer Darreichung des Mittels eine Überladung des Blutes mit freiem Formaldehyd eintrat, welche die starke Nierenreizung auslöste. Es ist dies natürlich nur eine Hypothese, die sich nur dann beweisen ließe, wenn



bei ähnlichen Fällen genau Blut und Urin in bezug auf ihren Gehalt an Harnsäure bzw. Formaldehyd kontrolliert würden.

Vielleicht dürfte obige Zusammenstellung andere Fachkollegen dazu anregen, bei toxischen Erscheinungen infolge von Urotropin, genau das Blut und den Harn zu beobachten, um die gewiss interessante Frage nach der Ursache der üblen Nebenwirkungen mehr aufzuklären.

---

### Literatur.

- NICOLAÏER. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1899. Bd. 88.  
do. *Dtsch. med. Wochenschr.* Aug. 1899.  
do. *Der ärztliche Praktiker.* 1897. Nr. 12.
- FORBES. *Brit. med. Journ.* 1901. I. 16. 17.  
MILLIGAN. *Brit. med. Journ.* 1901. I. 16. 17.  
W. LANGDON-BROWN. *Brit. med. Journ.* 15. Juni 1901.  
HUBERT C. BISS. *Edinb. Medic. Journ.* 1902. Nr. 5. Vol. XII. S. 387.  
WARREN COLEMAN. *Medic. News.* 29. Aug. 1903.  
KURKOWSKI. *Wojenno med. Journ.* 1902.  
GOLDSMID. *Australasian med. Gaz.* 1902. S. 383. Zit. nach LUBOWSKI.  
BERTHOLD GOLDBERG. *Centralbl. f. innere Medizin.* 1904. Nr. 22.  
A. GRIFFITH. *Brit. med. Journ.* 29. Juni 1901.  
BÉLA SCHICK. *Wien. klin.-therap. Wochenschr.* 1904. Nr. 38.  
ROBERT MAGUIRE. *London Lancet.* 1900. II. Zit. nach COLEMAN.  
MEYER. *Medical Record.* 8. März 1902.  
KOEHLER. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1904. Bd. 38. S. 426.  
VINDEVOGEL. *Annales de la soc. roy. des sciences médic. de Bruxelles.* 1902. Bd. 11.  
W. A. HACKET. *The Treatment of Gleet. Detroit med. Journ.* March 1902.  
GÖTZL und SALUS. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1902. Bd. 45. Nr. 5 und 6.  
E. L. KEYES. *Philad. med. Journ.* Sept. 1900.  
ERNST FUCHS. *Dtsch. Archiv f. klin. Med.* 1903. Bd. 76.  
J. WIDOWITZ. *Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 40.  
BUTTERSACK. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 80.  
GROSSGLIE. *Centralbl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. XI. H. 5.  
CASPER. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 45.  
M. LUBOWSKI. *Allg. med. Centralztg.* 1902. Nr. 39 u. ff. (Sammelreferat 1894—1900.)  
do. do. 1902. Nr. 93 u. ff. (Zusammenfass. Übersicht  
der Literatur des Jahres 1901.)  
do. do. 1904. Nr. 17 u. ff.  
W. EBSTEIN, Gicht. *Dtsch. Klinik.* H. 25 u. 26.  
H. STRAUBS. *Würzburg. Abhandl. aus dem Gesamtgebiet d. prakt. Med.* 1902. Bd. 2. H. 8.
-

## Fachzeitschriften.

### Lepra.

#### Band VI. Heft I.

**I. Leprafälle in Christiania in 1903**, von KRISTIAN GRÖN-Christiania. Während gewöhnlich in Christiania die Lepra eine durchaus seltene Erkrankung ist, kamen im Jahre 1903 vier neue Fälle zur Beobachtung; drei von ihnen betrafen geborene Norweger, der vierte einen aus schwedischem Grenzgebiet stammenden Mann. Über die Art der Ansteckung war nicht viel Sicheres zu eruieren. Seit dem Jahre 1903 sind neue Fälle nicht mehr beobachtet worden.

**II. Über Veränderungen der Epidermis bei Lepra tuberosa und Ausscheidung von Leprabazillen durch die Haut**, von KLINGMÜLLER-Breslau. Gewöhnlich dringen bei der Lepra tuberosa der Haut die spezifisch leprösen Veränderungen nicht bis an die Epidermis vor, sondern lassen einen schmalen Streifen unterhalb der Epidermis frei. Vermutlich ist die Ursache für dieses fast gesetzmäßige Verhalten in einem frühzeitigen Zugrundegehen der subepithelialen Gefäße zu suchen. Abweichungen von dieser Regel haben BARRS und KLINGMÜLLER bei schwierigen und warzigen Lepromen gesehen, wo sich neben beträchtlicher Vergrößerung der Papillen auch eine erhebliche Verdickung und Wucherung des Oberflächenepithels fand. Verfasser beschreibt den Befund in einem weiteren Fall; in einem braunroten Infiltrat zeigte sich die Epidermis überall da, wo die Leprome aus der Cutis bis dicht an sie vordrangen, erheblich verändert, dicht durchsetzt mit Leukocyten und interepithelial gelegenen Bazillen, während die Epidermis selbst aufgelockert und die Epithelzellen zum Teil zugrunde gegangen waren. — Was die Frage des Vorkommens von Bazillen in Hautschuppen betrifft, so konnte Verfasser sie in neun Fällen von tuberoser Lepra stets in großer Zahl nachweisen; er brachte die Schuppen für einen Tag in 10%ige Kalilauge, wusch unter wiederholtem Zentrifugieren mit Wasser aus und strich den Niederschlag auf Objektträger aus. Die Befunde beweisen, daß durch die Abschuppung fortwährend Bazillen in die Umgebung verstreut werden können. Ob diese Organismen noch lebend und fortpflanzungsfähig sind, läßt sich vorläufig nicht entscheiden.

**III. Heim für leprafreie Kinder in Canton.** In der Leprakolonie bei Canton, die etwa tausend Lepröse zählt, ist dank den Bemühungen der „Mission für Lepröse in Indien und dem Osten“ kürzlich ein Heim für Kinder geschaffen worden, welche von kranken Eltern stammen, selbst aber noch keine Krankheitszeichen aufweisen. Das Heim ist für 50 Kinder berechnet und wurde kürzlich mit zehn Kindern eröffnet.

**IV. Auszug über Lepra aus dem Bericht des Gesundheitsbeamten für die Kolonie Kap der guten Hoffnung**, von A. JOHN GREGORY. Kapstadt 1905. Mitteilung zweier Tabellen über die Verteilung der Leprösen in der Kapkolonie. In den Distrikten der Kolonie selbst gibt es 265 Lepröse, in den Eingeborendistrikten 261.

*A. Loewald-Colmar.*

### Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1904/05. Band IV. Nr. 2 u. 3.

Die Verhandlungen des Münchener Kongresses der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom März dieses Jahres, vom WOLFFSchen Bericht über die Kasernierungsfrage bis zum Schlusse der Tagung bilden den Inhalt der vorliegenden

Monatshefte. Bd. 42.

den beiden Hefte. Der Berichterstatter, der in den *Monatsheften* schon eine kritische Besprechung der Münchener Diskussionen gegeben hat, möchte auf jenes Referat verweisen und nur noch einige Ergänzungen geben. **WOLFF**-Straßburg betont und fügt entsprechende Zahlenreihen bei als Beweis, daß die Kombinierung einer gut gehandhabten Reglementierung mit guter Prophylaxe recht gute Ergebnisse zeitigen kann. Bei 18000 Mann Garnison ergibt sich für Straßburg folgendes Bild:

1896	40	Syphilisfälle	= 0,24 %
1897	105	"	= 0,63 %
1898	42	"	= 0,25 %
1899	55	"	= 0,30 %
1900	29	"	= 0,16 %
1901	11	"	= 0,06 %
1902	13	"	= 0,07 %
1903	31	"	= 0,17 %

Den seinerzeit ausführlich besprochenen weiteren Berichten über Bordelle bzw. Bordellstraßen, welche **STACHOW**-Bremen, v. **DÜRING**-Kiel, Rechtsanwalt **HIPPE**-Dresden, Frau **FÜRTH**-Frankfurt a. M. und **FABRY**-Dortmund gaben, schloß sich eine lebhaft erörterung an, aus der einiges nachgeholt sei. **HAMMER**-Stuttgart verlangt vor allem eine Abänderung des Kuppelparagraphen, die wohl auch scheinbar bald einmal zu erwarten sei. Ohne diese sei die Bekämpfung der Prostitution aussichtslos. Hat man aber den § 180 des Reichsstrafgesetzbuches einmal erst beseitigt, so sind nach **HAMMER**s Ansicht die bestehenden Formen der ärztlichen Kontrolle allen bisherigen Besserungsvorschlägen vorzuziehen. Auch glaubt H., daß die venerischen Krankheiten in den letzten 25 Jahren keine Zunahme, sondern eine entschiedene Abnahme erfahren haben. Wäre das nicht der Fall, so würde man eben von allen Seiten nach Reglementierung gerufen haben, statt daß sich abolitionistische Strömungen hätten ausbilden können. Polizeirat **HOPFF**-Hamburg nimmt in scharfer Weise Stellung zu den Ausführungen **DÜRING**s, welcher gesagt habe, gegenüber den 850 offiziellen Prostituierten Hamburgs gebe es 20—30 mal mehr geheime Prostituierte. Dies wären 16000, was bei etwa 400000 Frauen in Hamburg etwa 25 % der gesamten dortigen Frauenwelt ausmachen würde. Das sei unmöglich richtig. Redner tritt ausgesprochenenmaßen für die Kasernierung ein, welche er ein Bedürfnis für die Allgemeinheit insofern nennt, als sie die anständige Bevölkerung von der Prostitution trenne. Was den Vorwurf **DÜRING**s betreffe, daß im Bordell Perveritäten gepflegt würden, so stellt sich der Verwaltungsbeamte **HOPFF** auf den Standpunkt: *Peccatur intra et extra muros*. Man denke nur an das Masseusenunwesen. **ALBERT KOHN**-Berlin kann aus dem von Anhängern des Bordellsystems Vorgebrachten nichts entnehmen, was seine Überzeugung von dem Schaden und Unwesen der Bordellierung zu ändern vermöchte. Gegenüber Herrn **LOEB**-Mannheim, der in der häufigen Ausübung des sexuellen Verkehrs durch die Bordelldirne (bis zu durchschnittlich sechs Besuchern) einen Schutz gegen die moralische Infektion der weiblichen Bevölkerung sieht, betont **KOHN**, daß dem auch die entsprechend größere Ansteckungsgefahr der Bordellmädchen entgegenstehe. Was **WOLFF**s Straßburger Zahlen betrifft, so bemerkt er, daß allmählich sich das Verhältnis des Militärs zur Zivilbevölkerung gebessert habe und die Soldaten immer mehr auf die Form des „festen Verhältnisses“ zukommen. Hierin liegt vielleicht die wirkliche Erklärung der Abnahme der Lues beim Militär. Das von **STACHOW** empfohlene Bremer System der Bordellstraßen andererseits lasse der persönlichen Freiheit der Mädchen überhaupt keinen Raum mehr. Einen ähnlichen Standpunkt vertraten **ANITA AUGSPURG**-München und **SIMANOWSKI**-Berlin. Die Kasernierung schützt nach ersterer die Strafsensicherheit keineswegs. In London ohne Kasernierung be-

stehe letztere absolut, in dem Kasernierung aufweisenden Hamburg könne man von Sicherheit der Strafen kaum sprechen. — Einige Zeilen mögen noch der Erörterung zu den Vorträgen „Öffentliche Ankündigung der Schutzmittel“ (NAESTÄTTER) und „Strafgesetz und Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten“ gewidmet sein. LESSER-Berlin hält es für geboten, bei der Empfehlung der Schutzmittel die größte Vorsicht walten zu lassen, damit nicht die öffentliche Moral und Empfindungen des einzelnen verletzt werden. RIES-Stuttgart bemerkt, wie groß die Zahl der jungen Männer ist, welche aus Furcht vor Ansteckungen beim Geschlechtsverkehr der Masturbation verfallen. Demgegenüber sei der Gebrauch der Condoms eine unschuldige Sache. Die Mitteilung, daß es Schutzmittel gibt, gehört entschieden nach Ansicht des Redners in den Wortlaut des Merkblattes der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, über die Form der Empfehlung soll man sich aber erst mit Zeitungsverlegern beraten. LION-Mannheim glaubt nicht, daß die Empfehlung der Schutzmittel die Neigung zum außerehelichen Verkehr sehr steigert, weil ja allen diesen Mitteln allseitig ein nur relativer Schutz zugesprochen wird. Die Furcht vor Ansteckungen ist nach Ansicht des Redners eine starke Quelle von Perverritäten. Empfehle man also die Schutzmittel, so bekämpfe man auch den perversen Verkehr. Die Frage liegt nicht so: „Außerehelicher Verkehr mit Schutzmitteln oder kein außerehelicher Verkehr“, sondern sie lautet: „Verkehr mit Schutzmitteln ohne Ansteckung oder Verkehr ohne Schutzmittel mit Ansteckung“. Die Antwort könne nicht zweifelhaft sein.

*Hopf-Dresden.*

### American Journal of Dermatology and Genito-Urinary-Diseases.

1905. September.

1. **Blasendrainage nach Cystotomia suprapubica**, von ERNESTO BLASCOI-New York. Die Hauptgefahr des suprapubischen Blasenschnittes liegt in der postoperativen Blasendrainage. Infiltration der die Wunde umgebenden Gewebsteile mit Urin wird vielfach beobachtet und läßt die Mortalität bei dieser Operation steigen. Der Verfasser gibt nun einen neuen heberartigen Drainageapparat an, welcher diese Übelstände ausschließen soll. Er ist nach dem System eines Siphons gebaut und aus Gummi hergestellt. Ein kurzer Schenkel führt in die Blase, an ihm sitzt eine in zusammengefaltetem Zustande eingeführte Gummiblase, die durch eine seitlich in diesen kurzen Schenkel einmündende Röhre aufgeblasen werden kann. Durch eine Anzahl Löcher vermag nun der Blaseninhalt durch die Heberdrainage in den anderen, langen Schenkel des Apparates abzufließen.

2. **Ein neuer Harnleiterspiegel zur Katheterisation eines oder beider Harnleiter**, von ALBERT FREUDENBERG-Berlin. FREUDENBERG empfiehlt ein neues Instrument. Die Anordnung von Lichtquelle, Prisma und Ausgangsöffnung des Uretherenkatheters ist eine so innige, daß die Harnleiteröffnung relativ sehr leicht zu finden ist und man leicht in sie gelangt. Die Gegend der Harnleitermündungen wird dabei stark erhellt und vergrößert, damit die Auffindung der Öffnungen erleichtert. Auch ermöglicht der Bau des Instruments den gewünschten leichten Verbleib des Uretherenkatheters, wenn der Harnröhrenspiegel selber entfernt wird. Ferner läßt sich beim vorliegenden Instrument nicht allein der optische Apparat, sondern auch der den Uretherenkatheter in sich aufnehmende Teil entfernen. Sind beide Teile entfernt, so besteht das Instrument nur noch aus einem weiten Kanal, in dem die Harnleiterkatheter frei beweglich sind.

3. **Die Behandlung der Prostatitis**, von F. A. LENSMAAN-Chicago. Die unbefriedigenden Resultate der chronischen, später hypertrophierenden Prostataentzündung

zwingen uns nach Ansicht des Verfassers, unser Augenmerk auf zeitig anzuwendende, vorbeugende therapeutische Maßnahmen zu richten. Verfasser geht diese Methoden, **Massage, Elektrisierung der prostatatischen Urethra und des Perineums, intraprostatische Franklinisierung, Röntgenbestrahlung, örtliche und intrarektale medikamentöse Therapie und rektale instrumentelle Behandlung** durch, ohne Neues zu bringen.

**4. Die erfolgreiche Diagnose von chronischem Tripper, von G. SHEARMAN-PETERKIN-Seattle.** Eine eingehende, allgemein gehaltene und wohl mehr für ein Lehrbuch oder Handbuch der Venerologie als für eine periodische Fachzeitschrift geeignete Besprechung aller unserer Hilfsmittel, auf Grund deren wir einen chronischen Tripper zu diagnostizieren vermögen. *Hopf-Dresden.*

## Annales de Dermatologie et de Syphillographie.

1905. Heft 10.

**Studium der experimentellen Syphilis. Teil II: Der experimentelle weiche Schanker des Augenlids beim Makakus,** von GEORGE THEBERGE, PAUL RAVAUT und LOUIS LE SOURD. Die Verfasser beginnen diese zweite Arbeit mit einer interessanten Mitteilung über frühere Versuche, die Syphilis auf Tiere zu übertragen. Zu einer Zeit, als man zwischen harten (und weichen Schankern noch nicht scharf unterschied (1850), gelang es R. DE WELZ, das Ulcus molle auf den Affen zu übertragen, ja, er konnte von dem Tier zurück sich selber wieder erfolgreich impfen.

Die Verfasser benutzten wie zu ihren früheren Versuchen so auch diesmal wieder den Makakus cynomolgus und den Makakus sinicus. Sie impften an verschiedenen Körperstellen, doch erwies sich der freie Lidrand als der empfänglichste Ort; andere Gegenden scheinen minder günstig zu sein, an der Clitoris z. B. blieben von drei Impfungen zwei erfolglos. Es folgen dann Mitteilungen über die Technik der Übertragung und über die Entwicklung der Geschwüre; im Mittel dauerte der ganze Prozess bis zur Vernarbung 16 Tage. Drüsenschwellung wurde nie dabei beobachtet. Auch die pathologische Anatomie bietet nichts besonders Bemerkenswertes. In dem Eiter der Geschwüre gelang es immer leicht, den DUCREYSCHEN Bacillus nachzuweisen.

Zwei interessante Beobachtungen verdienen aus der Arbeit noch besonders hervorgehoben zu werden. War ein Augenlid etwa zweimal erfolgreich geimpft, so versagte die dritte Impfung; es trat eine örtliche Immunisation ein; worauf diese beruht, ist noch zu ermitteln. Die andere Beobachtung ist diese: Bei zwei Tieren entwickelte sich nach stattgehabter Impfung erst ein Ulcus molle und dann, nach dessen Abheilung, ein spezifischer Schanker; die Kranke, von der das betreffende Impfmateriel stammte, bot nur die Symptome eines Ulcus durum. — Zum Schluss weisen die Verfasser darauf hin, daß nach ihren Ergebnissen in zweifelhaften Fällen die Überimpfung auf den Makakus als differentialdiagnostisches Hilfsmittel zu verwenden sei.

**Zum Studium des Stoffwechsels bei den Dermatosen,** von L. BROCCO, A. DESPREZ und J. ATRIGNAC. Diese Abhandlung bildet die Fortsetzung der im vorigen Heft begonnenen Untersuchungen. Sie beginnt mit dem Satze, daß die Nahrung einen ebenso großen Einfluß auf die Zusammensetzung des Harns ausübt wie pathologische Vorgänge in den Geweben. Bei der reinen Fleischnahrung z. B. beträgt die in 24 Stunden mit dem Harn ausgeschiedene N-Menge 16–18 g, verringert sich bei der ausschließlichen Milchdiät und sinkt bei reiner Pflanzenkost auf 5 g. Um aber ein richtiges Bild vom physiologischen Stoffwechsel eines bestimmten Individuums zu erhalten, muß dieses mindestens drei Tage lang eine ganz bestimmte Diät einhalten; erst die Analyse des Urins der letzten 24 Stunden läßt alsdann den Umfang des Stoffwechsels erkennen. — Dieser Gedankengang wird in

einer Reihe von chemischen Betrachtungen und Berechnungen erörtert. Wegen weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

**Vorläufige Mitteilung über die rektale Anwendung von Quecksilber**, von CH. AUDRY. A. hat Versuche gemacht, das Quecksilber durch den Mastdarm in den Organismus einzuführen. Er begründet diese Versuche damit, daß jede neue Anwendungsweise des Quecksilbers willkommen sein müsse, und hat mit dieser Begründung gewiß recht. Seine ersten Versuche mit Sublimat und Hg bijodatum, die in wässriger Lösung in den Mastdarm eingeführt wurden, hat er bald wieder aufgegeben, denn die Mittel wurden schlecht vertragen. Das nämliche gilt von Hg bijodatum in Form von Suppositorien zu je 0,02. Auch hier stellten sich bald nach dem Gebrauch Durchfall und Schmerzen ein. Ermunternder waren dagegen die Versuche mit Stuhlzäpfchen von Oleum cinereum, so zwar, daß jedes Suppositorium 0,02—0,04 Hg vivum enthielt. Klagen abseits der Patienten kamen hierbei nicht vor. Wurde täglich ein Zäpfchen eingeführt, so liefs sich etwa am fünften Tage Quecksilber im Harn nachweisen. Die Syphilis wurde dabei günstig beeinflusst.

A. fordert zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auf, denn die rektale Verabfolgung des Quecksilbers wäre die bequemste und schonendste Form der Einverleibung.

*Türkheim-Hamburg.*

### Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1906. Heft 10.

**Die verschiedenen Behandlungsweisen der Tuberkulide**, von H. HALLOPEAU. H. weiß von der Radio- und Phototherapie in der Behandlung der Tuberkulide im allgemeinen nicht viel Gutes zu vermehren und empfiehlt, zu den älteren Methoden zurückzukehren. Als Hauptbedenken bringt er vor, daß jene Behandlung viel zu viele Sitzungen erfordere und dadurch für den Kranken zu kostspielig werde; es haben sich aber auch im Anschluß an lange fortgesetzte X-Bestrahlungen auf einem Lupusherd epitheliomatöse Wucherungen und wirkliche Carcinome entwickelt. Nur beim Lupus erythematosus (forme mixte) hat H. nach kurzer Anwendung der Radiotherapie günstige Erfolge zu verzeichnen.

Auch die Behandlung des Lupus mit den Streptococustoxinen ist nicht besonders zu empfehlen; es kamen wohl vielfach merkliche Besserungen, aber keine Heilungen vor.

Für den offenen Lupus empfiehlt sich daher in erster Linie noch immer die Behandlung mit Kalium permanganicum-Lösung und Skarifikationen, für den in den Geweben sitzenden die Ätzung mit Chemikalien in der Chloroformnarkose. Für kleine Lupusherde eignen sich die Bestrahlung mit Radium oder die chirurgische Entfernung am besten.

**Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und Klinik des Lichen scrophulosorum**, von H. HALLOPEAU. Alle stimmen heute darin überein, daß der Lichen eine Form von Hauttuberkulose darstellt. Der Streit bewegt sich nur darüber, ob die Papeln unter der direkten Einwirkung der Bazillen zustande kommen, ob es Bacillo-Tuberkulide sind oder ob sie Toxinen ihr Dasein verdanken. H., der seit langem diese Ansicht vertritt, teilt Beobachtungen von KLINGMÜLLER mit, durch die seine Toxinentheorie eine weitere Stütze erhält. — Als klinisch neue Tatsache verzeichnet H. das Verhalten, daß die Papeln zuweilen gürtelförmig in den Interkostalräumen sitzen. Vielleicht spielen hierbei Innervationsstörungen eine vermittelnde Rolle.

**Ein psoriasisähnliches Tuberkulid am Knie**, von H. HALLOPEAU. Während der Unterschenkel des Patienten mit ausgedehnten vegetierenden, elephantiastischen und ulcerösen Tuberkuliden seit Jahrzehnten bedeckt war, bot das Knie ganz den

Eindruck einer Psoriasis. Entfernte man aber die Schuppen mechanisch, so fand man darunter eine mit Vegetationen bedeckte Fläche, die unmittelbar in die tuberkulösen Herde des Unterschenkels übergang. Auch an den Zehen hatte die Tuberkulose psoriasisähnliche Veränderungen hervorgebracht.

**Die Lepra auf Kuba, von EMILE LAURENT.** Auf Kuba sollen sich im ganzen an 3000 Lepröse befinden. Sie werden, sobald ihre Krankheit festgestellt ist, zwangsweise in eine Leproserie geschickt, die sie nie wieder verlassen können. — Die Leproserie in Havanna enthält zurzeit ungefähr 80 männliche und 40 weibliche Kranke in allen Lebensaltern, meistens Kubaner, doch waren auch einige Spanier und Chinesen darunter. Die Kranken, die gut genährt werden, machen alle einen traurigen Eindruck und treiben sich den ganzen Tag müßig in den Gängen und dem Garten umher. Die Krankheit dauert in der Regel 10—15 Jahre, selten einmal 20 Jahre. Das Chaulmoograöl hat sich gar nicht bewährt, und die Behandlung mit dem Extrakt von der Rinde des Mangle Rajo, von der man sich zurzeit etwas verspricht, ist in Mexiko, wo dieser Baum gleichfalls bekannt ist, schon längst wieder verlassen.

**Zwei Fälle von Darmblutung infolge von Quecksilbergebrauch, von LE PILEUR.** Der erste Fall ist sehr interessant. Einer jungen Frau hatte LE PILEUR wegen beginnender Syphilis vier Einspritzungen von Oleum cinereum mit je acht Tagen Zwischenraum gemacht. Acht Tage nach der letzten Einspritzung erkrankte Patientin, die wunderbare, nur sehr gedrängt stehende Zähne hatte, mit einer äußerst heftigen Stomatitis. Diese wurde nach einigen Tagen durch dysenterische Darmblutungen abgelöst. Nach Opium hörte die Dysenterie auf und die Stomatitis kehrte wieder. Dieser Wechsel wiederholte sich mehrmals, bis schließlich Heilung eintrat. — Später wieder vorgenommene Einspritzungen wurden von der Patientin vorzüglich getragen.

Im zweiten Fall nahm der jugendliche Patient wegen Darmstörungen — mit Verstopfung abwechselnde kolikartige Durchfälle — Kalomel 0,1 in fünf Pillen, stündlich eine Pille. Er war von Jugend auf an das Mittel gewöhnt. Auch hier folgten zwei Tage lang dysenterische Stühle, die zum Teil nur Blut enthielten.

*Türkheim-Hamburg.*

## Bücherbesprechungen.

**Hautkrankheiten bei Stoffwechselanomalien, von J. JADASSOHN-BERN.** (Berlin 1905. August Hirschwald.) Dem V. Internationalen Dermatologenkongress in Berlin (September 1904) hatte J. ein Referat über die ganze Fülle der in das Kapitel Hautkrankheiten bei Stoffwechselanomalien gehörenden Fragen erstattet (siehe Bd. 39, S. 522), und dies Referat wird in diesem Heft ergänzt und erweitert — erweitert namentlich durch ein aufsergewöhnlich großes und reichhaltiges Literaturverzeichnis, in welchem sogar noch zwei Tabellen über Xanthome untergebracht sind. Dieses Literaturverzeichnis, welches nicht weniger als 462 ausführliche Angaben enthält, ist das berechte Zeugnis für den Umfang des Stoffes. Wenn es dem erfahrenen Praktiker dennoch gelungen ist, eine Übersicht dieses viel erörterten Gebietes mit Berücksichtigung aller der im Anhang angeführten Literaturangaben aufzustellen, so ist es um so schwerer für den Referenten eines solchen extraktreichen Referates, im letzten Bodensatze alle Extraktivstoffe wiederzugeben.

Ein Referat an dieser Stelle ist um so schwerer, je mehr J. auf Wiedergabe eigener Erfahrungen verzichtet, und je mehr er sich der Äußerung von „Eindrücken“ enthalten hat.

Gewiß, „der Weg zu weiteren literarischen Quellen“ läßt sich an der Hand des J.schen Referates leicht finden, zumal auch die nicht deutsche Literatur allüberall beachtet wurde.

J. ist kein Freund von Einteilungen und Schematas. Jedoch, um diese „Frage zu fördern, welche praktisch und theoretisch zu den wichtigsten der Dermatologie gehört, aber auch für die allgemeine Medizin von großer Bedeutung ist“, können wir nicht die Inhaltsübersicht dem Praktiker vorenthalten, die J. an die Spitze seines Referates stellt. Denn durch dieselbe ist es am ehesten möglich, die Quintessenz des ganzen Lesestoffes, den J. bewältigte, wiederzugeben. Diese Inhaltsübersicht ist zugleich eine Richtschnur für die Auffassung des Praktikers, der die Absicht hat, dies gerade im besten Sinne moderne Gebiet seiner Anschauung und seinem Handeln zu Nutze zu machen.

Die Inhaltsübersicht gliedert sich folgendermaßen: Nach einer Vorbemerkung folgen

I. Kriterien zur Feststellung des Zusammenhanges von Hautkrankheiten mit Stoffwechsellanomalien. Wie können Stoffwechsellanomalien Hautkrankheiten bedingen? Welche Gesetze können wir für diese Beziehungen annehmen?

II. Klinisch-kritische Darstellung der mit Stoffwechsellanomalien in Beziehung gebrachten Dermatosen.

A. Stoffwechsellanomalien im engeren Sinne.

1. Fettsucht.
2. Gicht.
3. Diabetes (spezieller Xanthoma diabeticozum).

B. Erkrankungen der Stoffwechsel-Regulierungsorgane resp. der Drüsen mit innerer Sekretion: Nebenniere, Schilddrüse, Hypophyse, Genitalorgane.

C. Erkrankungen der Ernährungs-Ausscheidungsorgane.

1. Magen und Darm.
2. Leber (spezieller Xanthoma „hepaticum“).
3. Pankreas.
4. Niere.
5. Blut.

D. „Autotoxische Dermatosen“ bei malignen Tumoren.

E. Verschiedene Stoffwechsellanomalien (Rhachitis, Arthritis deformans, Phosphaturie, Hautverkalkungen, Alkaptonurie).

III. „Diathesenlehre.“

Die Prädispositionen und das Brocq'sche System. Metastasen und Therapie. Funktionelle Prüfung der Haut. Stoffwechsellanomalien bei Dermatosen.

Hieran schließen sich Literatur und Bemerkungen.

Das Interesse für diejenigen Hautkrankheiten, welche bei den verschiedenen Stoffwechsellanomalien vorkommen, „kann allerdings ein fruchtbares nur dann werden, wenn innere Mediziner, praktische Ärzte und Dermatologen auf diesem Gebiete gemeinschaftlich weiterarbeiten“.

Nun, wir glauben, daß mit diesem Referate der nachhaltigste Grundstein zu einer solchen Weiterentwicklung gelegt ist.

*Arthur Rahn-Berlin.*



## Mitteilungen aus der Literatur.

### Akute Exantheme.

**Erythema contagiosum**, von TH. ESCHERICH - Prag. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 22.) In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien demonstrierte E. am 20. Mai 1904 zwei Mädchen von acht und zehn Jahren mit einem bisher seltenen, auf einmal in Wien beinahe epidemisch auftretenden Ausschlag, der zuerst im Gesicht sich zeigte.

In Graz hatte E. schon 1890, 1897 und 1899 ebensolche Epidemien zu studieren Gelegenheit, er macht darum den Prioritätsanspruch in Beobachtung und Feststellung STRICKER gegenüber geltend und hält auch an dem Namen Erythema contagiosum fest, während Sr. in seiner Abhandlung über die Giefsener Frühjahrsepidemie es Erythema infectiosum nannte.

Die Erkrankung tritt also in epidemischer Form auf und betrifft meist Kinder zwischen vier und zwölf Jahren. Die Inkubationszeit beträgt in genauer verfolgten Fällen 6—14 Tage. Der Ausbruch ist manchmal von leichtem Unbehagen, Mattigkeit, Halsschmerzen begleitet, meist aber ist das Wohlbefinden der Kinder während der ganzen Krankheitsdauer ungestört und der Ausschlag das einzige Krankheits-symptom.

Der Ausschlag beginnt im Gesicht mit einer intensiven Röte und Turgescenz der Wangen, die sich rotlaufartig gegen die Nasolabialfalte scharf begrenzt und dadurch von der blassen Kinn- und Mundpartie deutlich abhebt. Seltener findet man Flecke und Gyri. Die Schwellung und Rötung verliert sich gegen die Ohren zu und endet dort in einer zackigen oder buchtigen Linie. Am stärksten sind die Extremitäten befallen, und an den Armen kommt es meist zur Konfluenz der Flecken an den Streckseiten. Relativ am sparsamsten und spätesten finden sich die Flecken am Stamme, der nicht selten ganz frei bleibt. Das Exanthem ist durch sechs bis zehn Tage sichtbar. Allmählich bläst es vom Gesicht und Stamm aus ab und tritt ab und zu noch einmal bei Erregung, in der Bettwärme usw. hervor, um dann ohne Abschuppung nach Wochen zu verschwinden.

Nachkrankheiten oder wiederholte Erkrankungen wurden nicht beobachtet.

*Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

**Zur Ätiologie der Varicellen**, von HALBHUBER - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 7.) Verfasser tritt der in jüngster Zeit geäußerten Meinung, Variola und Varicellen seien als identische, nur graduell verschiedene Prozesse aufzufassen, entgegen auf Grund von zwei Beobachtungen. Zwei Kinder von neun Monaten und fünf Jahren wurden nach überstandenen Varicellen mit positivem Erfolge geimpft. Daraus folgt, daß Variola und Varicellen als ätiologisch verschiedene Prozesse aufzufassen seien.

*Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie der Varicellen**, von JOSEF BETT. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 10.) Derselbe Schluß, wie aus dem Vorhergehenden, daß Variola und Varicellen verschiedenartige, voneinander unabhängige Krankheiten sind, muß aus folgenden drei Fällen gezogen werden. Drei Geschwister, welche vorher mit Erfolg geimpft waren, erkrankten an Varicellen. Das älteste und am frühesten geimpfte Kind hatte die mildeste, das jüngste, am spätesten geimpfte die stärkste Infektion aufzuweisen. Daraus will Verfasser folgern, daß die Pockenimpfung die Disposition für Varicellen zu vermehren schein(e) (? D. Ref.). *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Schafpocken**, von EDOUARD BOSCH. *Thèse de Montpellier*. 1904. Nr. 86.) Zu kurzem Referat nicht geeignet.  
*Fritz Loeb-München.*

**Die Diagnose der Schafblattern**, von WILLIAM L. SOMERSET - New York. (*New York med. Journ.* 27. Mai 1905.) Nach Verfassers Ansicht können Schafblattern ein viel verschiedenartigeres Bild der Hauteruption geben als die meisten Fälle von Blattern. Zur Differentialdiagnose, besonders von letzteren, ist wichtig, daß die Hautveränderungen zuerst und am zahlreichsten am Rumpf erscheinen; im Primärstadium sind sie Maculae, aber von sehr kurzer Dauer, worauf sofort die Bläschenbildung eintritt, in 1—2 Stunden (bei Blattern in ebensoviel Tagen). Wo die Epidermis verdickt ist, wie an Handteller und Fußsohlen, beide häufiger Sitz der Varicella, kann kein Bläschen entstehen, die Eruption bleibt also hier sehr tiefsitzend und ist an diesen Körperstellen sehr schwer oder gar nicht von Blattern zu unterscheiden. Bei Schafblattern sind die Bläschen nie so zahlreich, daß sie konfluieren, andererseits aber selten in der Zahl von einigen wenigen vorhanden, dann aber sicher am Rumpf. Bei Blattern ist vor allem und auch bei geringer Anzahl der Eruptionen das Gesicht befallen. Zwischen den mildesten und schwersten Fällen von Blattern ist oft gar keine Ähnlichkeit des klinischen Bildes, während die Fälle von Schafblattern — außer im verschiedenen Grade der Schwere — in hohem Maße einander gleichen. Bei irgendwelcher Unsicherheit der Diagnose muß aber der Fall isoliert werden. Was die Komplikationen betrifft, so sind sie bei beiden Affektionen ähnlich (kleine, runde, weiße Pünktchen oder oberflächliche Geschwüre). Die Narben sind schließlic bei Schafblattern nur eine Art Mischfärbung und vorübergehender Natur, können aber auch bei Blattern nur oberflächlich und vorübergehend sein. *Stern-München.*

**Varicellen der Hornhaut**, von E. H. OPPENHEIMER-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschrift*. 1905. Nr. 21.) Die Beteiligung des Auges und besonders der Hornhaut bei Varicellen ist durchaus ungewöhnlich. Verfasser sah in einem Falle starkes Ödem und Rötung des äußeren Auges und bei genauerer Untersuchung im äußeren unteren Quadranten auf der Hornhaut ein rundliches Bläschen von gut doppelter Stecknadelkopfgroße, dessen Grund weißlichgrau durchschien. Das Epithel darüber war glatt und spiegelnd. Am Tage darauf war aus dem Bläschen ein seichtes Geschwür geworden, das nach einigen Tagen ohne Reizerscheinungen abheilte.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Varicella gangraenosa**, mit Bericht über einen Fall von Major CHARLES F. KIEFFER. (*New York med. Journ.* 1. Juli 1905.) Der Fall, welchen K. beobachtete, betraf ein 16 Monate altes Kind, bei dem nur ein geringer Prozentsatz der Bläschen gangränös wurde; während der Ausdehnung der Blattern wurden die gangränösen Herde immer schlechter, mit der Abnahme des Krankheitsprozesses zeigten auch sie Heilungstendenz. Die Ursachen, welche zu Gangrän der Blatterneffloreszenzen führen, sind allgemeiner und lokaler Natur; in erster Linie kommt hierbei schlechter Allgemeinzustand (schlechte hygienische Verhältnisse, Ernährung), sodann Tuberkulose, hereditäre Syphilis und Rhachitis in Betracht. Die häufigste Ursache oder wenigstens Begleiterkrankung der gangränösen Blattern ist Tuberkulose. In einer großen Anzahl von Fällen spielt ferner lokale Infektion eine Rolle; K. fand in seinem Falle den Streptococcus und den Staphylococcus pyogenes aureus. Für die lokale Infektion spricht auch in vielen Fällen der Umstand, daß die Entwicklung der Gangrän nicht in Beziehung zu der Schwere des Falles steht: sie kommt in besonders leichten wie in sehr schweren Fällen von Blatternerkrankung vor. Obwohl die Statistik bei 43 Fällen 29 Todesfälle = 67,4% Mortalität ergibt, so hält K. die Prognose nicht für so schlimm, da eben nur die schlimmsten Fälle publiziert würden. Ein weiterer erwähnenswerter Punkt bei Blatterngangrän ist deren Tendenz, gelegentlich sehr weit

in die Tiefe zu dringen, wie auch in K.s Fall ein Herd unterhalb des Brustbeins bis tief in die Muskelschichten gereicht hat. Die Behandlung, die er bei den gangränösen Stellen einschlug, bestand in heißen Karbol- (wieviel Prozent, ist nicht erwähnt. Ref.) Packungen, bis die Wunden ein frisches Aussehen hatten, und folgenden antiseptischen Verbänden; die ausgedehnteste Stelle (ca. 8 cm im Umfang) wurde mit Bromine, welches von guter Wirkung zu sein schien, behandelt. *Stern-München.*

**Über die Alkaleszenz des Blutes bei akuten exanthematischen Krankheiten,** von KIRKEF. (*Centrabl. f. inn. Med.* 1905. Nr. 19.) Verfasser fand, daß bei akuten exanthematischen Infektionskrankheiten die Alkaleszenz des Blutes entweder normal oder um wenig erniedrigt ist; nur Flecktyphus macht eine Ausnahme, hier ist die Blutalkaleszenz immer erhöht. *F. Hahn-Bremen.*

**Über die Bakteriologie der Nephritis nach akuten Infektionskrankheiten,** von ERNST HERMANN. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1903.) Bei den in Anschlusse an Erysipel sich entwickelnden Nephritiden ist das Vorhandensein des FÄHLEISENSCHEN Streptococcus pyogenes von mehreren Autoren sowohl im Harn als auch in den erkrankten Nieren festgestellt worden. Bezüglich der Nephritis nach den akuten Exanthemen Scharlach, Masern, Pocken, Varicellen, nach Typhus exanthematicus hat die bakteriologische Forschung noch wenig Aufschluß zu geben vermocht, zumal die Erreger dieser Infektionskrankheiten noch unbekannt sind. Die meisten der Untersucher fanden entweder gar keine Mikroorganismen in den affizierten Nieren Scharlachkranker oder aber sie erhielten nur mit dem Streptococcus pyogenes identische Spaltpilze. *Fritz Loeb-München.*

**Über Wochenbetscharlach,** von FRITZ MEYER-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 32.) Zwei interessante Krankengeschichten mit Kurven, um darzulegen, wie schwierig einerseits die Diagnose auf Scharlach im Wochenbett zu stellen und wie andererseits der Hergang der Streptokokkeninfektion ähnlich der des Puerperalfiebers ist.

Es sind beide Male junge (25 Jahre), kräftige Frauen, die beide am vierten Tage eines vorher normalen Wochenbettes plötzlich hoch fiebern, mit dieser plötzlichen Fiebersteigerung tritt ein scharlachähnliches Exanthem auf, während Symptome für eine uterine Erkrankung nicht vorhanden sind. In beiden Fällen war eine sichere Scharlacherkrankung in der Kindheit nicht vorhergegangen, während bei der ersten Patientin die Ansteckungsmöglichkeit, durch die Pflege ihres scharlachkranken Kindes, große Wahrscheinlichkeit für sich hatte. „Damit ist aber auch gleichzeitig alles gesagt, was nach heutigen Begriffen für die Diagnose Scarlatina vera zusammenzufassen ist; denn die von anderen Autoren geltend gemachten charakteristischen Zeichen der Abschuppung, der hellroten Farbe des Exanthems, der mangelnden Uterussymptome usw. sind auch bei rein septischen Erkrankungen beobachtet worden.“ Beide Scharlachfälle zeigten die Eigenheit des Scharlachs überhaupt, nämlich die Tendenz zur Streptokokkensepsis, und im ersten Falle war die Gefahr der Mischinfektion in der Tat eine sehr große, so daß nicht weniger als viermal zu einer Streptokokkenseruminjektion geschritten werden mußte, und trotzdem kam es noch zu einem Bauchdeckenabscess, oder vielmehr war dieser die endliche Äußerung der schweren Infektion und des Nutzens der Seruminjektion. In diesem ersten Falle war erst an Influenza gedacht worden, als aber Antipyretica keine Fiebererniedrigung ergaben, blieb nur die Möglichkeit der Annahme eines skarlatinösen oder septischen Exanthems übrig. Es wurden daher nach dieser Entscheidung 200 ccm Kochsalzlösung gleichzeitig mit MAYERSCHEM Streptokokkenserum injiziert, und am nächsten Morgen noch einmal. Danach traf auf zwei Tage eine relativ schnelle und auffällige Besserung ein, aber als sich die Temperatur nochmals außerordentlich hob, da mußten die beiden obigen

Injektionen noch einmal wiederholt werden; und der Grund dieses zweimaligen gewaltigen Umschlages war eben die Entwicklung des oben erwähnten Streptokokkenabscesses.

Eine solche Kranke muß streng isoliert und durch passive Serumimmunisierung gegen die Mischinfektion gerüstet werden.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Mischinfektion**, von GEORG HAHN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Nach einer eingehenden Besprechung der Mischinfektion bei Typhus abdominalis berichtet Verfasser über zwei Fälle von Scharlach im Verlaufe des Typhus abdominalis, die Mutter und Sohn betreffen. In beiden Fällen war es unmöglich, die Infektionsquelle festzustellen. Bemerkenswert ist der unerklärliche gutartige Verlauf beider Fälle.

*Fritz Loeb-München.*

**Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen?** von B. SALGE-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Nach seinen Beobachtungen bejaht Verfasser die Frage; er hält das Stillen für unbedenklich!

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis**, von BUTTERSACK. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 80. Bd., 3. u. 4. Heft.) Während einer Scharlachepidemie in Heilbronn gab Verfasser in einer Reihe von Fällen das zur Verhütung der Nephritis schon von WIDOWITZ und WATTEFF empfohlene Urotropin. Die so behandelten Fälle verliefen ohne Nephritis. Verfasser empfiehlt daher, bei Scharlach unbedenklich in jedem Stadium, auch bei frischer Nierenreizung, Urotropin dreimal täglich zu geben und nach Aussetzen des Mittels peinlichst den Urin zu kontrollieren, damit man auch bei spurweisem Erscheinen von Eiweiß sofort wieder damit beginnen kann. Auf den sonstigen Verlauf des Scharlachs hat dieses rein renal wirkende Mittel keinen Einfluss.

*F. Hahn-Bremen.*

**Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis**, von O. GARLIPP-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 32.) In der HEUBNERSchen Klinik wurden die Angaben von WIDOWITZ, PATSCHKOWSKI u. a. nachgeprüft und genau nach deren Rezept Urotropin bei scharlachkranken Kindern in der ersten, zweiten und dritten Krankheitswoche intermittierend gegeben, um die Scharlach-Nephritis zu verhüten oder abzumildern.

Nach den Angaben WIDOWITZs wurden behandelt 82 Fälle. Davon bekamen 21 (25,6 %) eine Nephritis. Als Nephritis hat G. nur solche Fälle gerechnet, bei denen neben Albumen und Sanguis Cylinder gefunden wurden. Leichte und vorübergehende Albuminurien, auch in der kritischen Zeit, Ende der zweiten oder Anfang der dritten Woche wurden nicht mitgezählt.

Von diesen 21 Nephritiskranken sind zwei an einer Sepsis gestorben, drei sind nach einer Behandlung von 32, 37 und 38 Tagen ungeheilt entlassen, einer wurde auf eine andere Station verlegt, 15 sind geheilt.

Nach PATSCHKOWSKI wurden 13 Fälle behandelt, von denen zwei (15,4 %) an Nephritis erkrankten, die beide geheilt wurden. Vor der Behandlung mit Urotropin hatte der Prozentsatz an Nephritiserkrankungen bei Scharlach 19,6 % betragen.

„Es liegt mir fern“, sagt G., „für die Erhöhung der Prozentzahl des Urotropin verantwortlich zu machen; aber daß man nicht allzu große Hoffnungen auf die prophylaktische Wirkung des Urotropins bei Scharlach setzen darf, geht wohl aus den gegebenen Zahlen hervor. Auch bei der Behandlung der Nephritis haben wir vom Urotropin einen auffallenden Nutzen nicht gesehen.“

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Weitere Erfahrungen über das MOSEESche polyvalente Serum bei Scarlatina**, von Professor J. v. BÓKAY. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 84. Pädiatrische Beilage.) Es wurden 21 Fälle behandelt, von welchen 17 geheilt sind. Die vier letal verlaufenen Fälle haben gleich am Anfang die denkbar schlechteste Prognose ge-

geben. Der Seruminjektion ist gleich nach den ersten 24 Stunden eine Besserung des Allgemeinbefindens gefolgt, selbst in Fällen, wo der Abfall der Temperatur weniger deutlich war. Die schweren Gehirnsymptome sind schnell geschwunden, das Exanthem rasch und auffallend abgebläst. Auch bei dem intensivsten Temperaturabfall — durchschnittlich  $2,1^{\circ}$  C. nach den ersten 24 Stunden — traten keine Kollapsererscheinungen auf. Die Rachennekrose wird durch das Mosersche Serum günstig beeinflusst, indem dieselbe mehr oberflächlich bleibt. Nierenreizung ist nicht beobachtet worden; in zwei Fällen, wo Nephritis bestand, hat der Eiweißgehalt des Urins nach der Injektion abgenommen. Serumexanthem wurde fast immer beobachtet und war mit Ausnahme von einem Fall, bei welchem unter schweren Allgemeinsymptomen ein dem septischen, hämorrhagischen Erythem ähnlicher Ausschlag entstand, in Form einer leichten Urticaria aufgetreten. Die Ansicht von MOSER und ESCHERICH, daß das polyvalente Serum eine antitoxische Wirkung besitzt, scheint richtig zu sein. Die Wirksamkeit ist nicht der eingebrachten großen Menge Pferdeserums zuzuschreiben, denn die verwendeten Serum verschiedener Serie zeigten sich nicht gleich wirksam.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Eine Masernepidemie**, von HEISLER. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) Einige Mitteilungen über eine 2881 Fälle umfassende Masernepidemie, deren Auftreten in den verschiedenen Ortschaften deutlich Differenzen in der persönlichen wie in der zeitlich-örtlichen Disposition erkennen ließe; in einzelnen Orten erkrankten 10 %, in anderen über 98 % der Kinder, während mehrere Dörfer, die mitten zwischen verseuchten Ortschaften lagen und mit diesen einen zum Teil regen Verkehr unterhielten, so gut wie ganz verschont blieben. Die Schließung der Schulen konnte, wie gewöhnlich, die Ausbreitung der Seuche nicht verhindern, da sie zu spät kam; ein Erfolg in dieser Richtung kann nur erwartet werden, wenn im allerersten Beginn eingegriffen wird, und das ist erst dann möglich, wenn einmal eine Anzeigepflicht für jeden einzelnen Fall einer Infektionskrankheit besteht. Die Wirkung des Schulschlusses auf dem Lande wird überdies dadurch illusorisch gemacht, daß die Kinder, die nicht in der Schule zusammenkommen, um so mehr auf der Straße beisammen sind.

*Göts-München.*

**Masern**, von H. M. RAVEN-Broadstairs. (*Brit. Med. Journ.* 19. Aug. 1905.) Bei Gelegenheit einer ausgedehnten und intensiven Epidemie an einer Knabenschule erlebte Verfasser einen Fall, den er als eine die Nieren betreffende Maserninfektion ohne Hautläsionen deutet. Es bestand Coryza, Bronchitis und Conjunctivitis; auf der einen Tonsille fand sich eine ausgedehnte Ulceration, die entsprechenden Lymphdrüsen am Halse waren verdickt, und es bestand 14 Tage hindurch Temperaturerhöhung. Der Urin enthielt längere Zeit hindurch Blut und Cylinder. Der Kranke soll im Säuglingsalter schon Masern durchgemacht haben.

*Philippi - Bad Salzeschloß.*

**Über KOPLIKSche Flecken (zur Frühdiagnose der Masern)**, von IGNAZ STEINHARDT-Nürnberg. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 14.) St. hat seit längerer Zeit bei Masernmeldungen ausschließlich auf KOPLIKSche Flecken gefahndet und in einer ganzen Reihe von Fällen den Ausschluss von Kindern vom Schulbesuche veranlaßt, lediglich auf Grund des Vorhandenseins der KOPLIKSchen Flecken, gleichviel ob schon andere Prodromalsymptome, als speziell Katarrhe, vorhanden waren oder nicht. Die Ausbreitung der Flecken war in den einzelnen Fällen verschieden, bald mehr, bald weniger stark; neben der Prädilektionsstelle an der Wangenschleimhaut (KOPLIK) fand St. sie zuweilen auch am harten Gaumen, mitunter sogar sehr reichlich, einmal auch in der Alveolenbucht. Und gewöhnlich blieben sie so lange bestehen, als das Exanthem anhielt, also etwa fünf bis sechs Tage, mit dem Ablassen verschwanden auch

sie immer mehr; in dem einen Fall, den St. vom ersten Beginn an beobachtet hatte, waren die Flecken vom frühesten Auftreten bis zum völligen Verschwinden vier bis fünf Tage sichtbar gewesen.

Gewöhnlich sind sie am deutlichsten ausgeprägt sichtbar, wenn das Mundexanthem sich dem Höhepunkte der Entwicklung nähert oder schon auf demselben sich befindet, wenn man auf der Wangen- und Gaumenschleimhaut die intensive fleckige Rötung des dem äußeren Hautexanthem gleichen Enanthems sieht, davon heben sich dann sehr deutlich die kleinen weißen Punkte und Flecken ab, die wie hingespritzter Kalk (SLAWYK) aussehen; das Hautexanthem braucht dabei gar nicht vorhanden oder auch nur angedeutet zu sein. Unter den von St. zur Beobachtung herangezogenen 50 Fällen befanden sich 15, bei welchen noch nicht die geringste Spur eines Hautexanthems vorhanden war, als St. gerufen wurde, und wo er bereits KOPLIKSCHE Flecken vorfand.

„Die KOPLIKSCHE Flecken sind daher ein sicheres, zuverlässiges Frühsymptom der Masern, das die Diagnose häufig schon zu einer Zeit ermöglicht, wo noch kein anderes Zeichen auf die im Entstehen begriffene Infektionskrankheit hinweist.“

*Arthur Rahn-Berlin.*

Die Rubeola-Epidemie in Genf (Januar bis April 1905), von H. ANDROUD-Genf. (*Rev. méd. de la suisse romande*. Jahrg. XXV. Nr. 7.) Es handelte sich um eine mächtig ausgedehnte, gutartige Epidemie in der Stadt bei gleichzeitigem Vorhandensein von mehr oder weniger intensiven Epidemien in anderen Teilen der Schweiz und des südlichen Frankreichs. Im allgemeinen könnte die Schilderung auf jede Rubeola-Epidemie passen. Dafs die Erkrankung aber auch mit Gefahr verbunden sein kann, zeigt der plötzliche Eintritt eines höchst bedrohlichen Lungenödems bei einem elfjährigen Knaben, welcher am fünften Tage der Erkrankung schon als genesen gegolten hatte und sich mehrere Stunden bei kaltem Wetter im Freien aufhielt. Nur mit grofser Not wurde der Exitus letalis abgewehrt. In bezug auf die DUKES-FILAROWSCHE „vierte Krankheit“ drückt sich A. reserviert aus, doch hat er auch einen Fall, den er als zugunsten dieser Theorie sprechend schildert. In einigen Fällen konnte er bestimmte Beobachtungen über die Inkubationsdauer der Rubeola anstellen. Dieselbe betrug 14 bis 17 Tage. — Bei der auf diesen Vortrag in der Société médicale folgenden Diskussion schilderten mehrere Redner ihre Beobachtungen bei Gelegenheit dieser und anderer Epidemien, ohne wesentlich Neues beizubringen.

*Philippi - Bad Salzschlief.*

Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varicellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren, von H. DE WAELE und E. SUGG-Gent. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Die Verfasser haben, wie sie in einigen Arbeiten bereits mitteilten, in verschiedenen Pockenepidemien als konstanten Befund die Anwesenheit eines Streptococcus im Blute der Blatternkranken festgestellt. Dieser Streptococcus wird durch das Serum vaccinierter Menschen und Kälber und durch das Serum Pockenkranker, nicht aber durch das Serum ungeimpfter Menschen und Tiere agglutiniert. Aus dem Impfstoff läfst sich ein nah verwandter Streptococcus züchten, der die gleiche Eigenschaft besitzt, während bei Streptokokkenstämmen anderen Ursprungs diese Agglutination nicht auftritt. Aus Varicellenbläschen gewannen die Verfasser einen Streptococcus, der nur durch das Serum Variocellenkranker agglutiniert wird, sich also von dem Variola-Streptococcus ebenfalls deutlich unterscheidet. Die Frage nach der Ätiologie der Variola und der Varicellen ist durch diese Befunde noch keineswegs als gelöst zu betrachten, namentlich da die gefundenen Streptokokken sich als völlig avirulent erwiesen. Dagegen ermöglicht, wie einige in der Arbeit mitgeteilte Fälle beweisen, die von den Verfassern festgestellte spezifische Agglutinier-

barkeit der Variola- und der Varicellenstreptokokken eine exakte Differentialdiagnose, und zwar nicht nur wenn es sich darum handelt, Variola und Varicellen auszuschließen, sondern auch wenn es gilt, diese beiden Erkrankungen voneinander zu unterscheiden.

*Göts-München.*

**Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis,** von JOHN SIEGEL-Berlin. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 18.) Bei den oben genannten wurden Parasiten gefunden, die anscheinend derselben Protozoengattung angehören, sehr ähnlich ist bei ihnen der Gesamtcharakter des Entwicklungsganges und die Morphologie. Charakteristisch ist das bewegliche Jugendstadium, ein etwa  $\frac{1}{2}$ — $1 \mu$  langes, mit beweglichem Fortsatze versehenes Gebilde mit zwei Kernen, letztere umschlossen von einem stark glänzenden Plasma, dies tritt besonders gut bei Färbung von Azur hervor. Artunterschiede der Parasiten der verschiedenen Krankheiten im Blut nachzuweisen, gelang bisher nicht, doch ist der Sitz in der erkrankten Haut verschieden; bei den Pocken lagen sie immer im Zellplasma der Epithelzelle, bei der Maul- und Klauenseuche geht die Vermehrung im Innern der Kerne, nicht im Zellplasma der Epithelien vor sich, bei der Syphilis aber im Bindegewebe in den und um die Gefäßwände herum. Verfasser gelang es, Iriserkrankung bei Tieren zu erzeugen durch Verimpfung von Sklerosen und Kondylomemulsion, sowie auch durch Blut von syphilitischen Menschen und von Kaninchen, deren Iris einige Wochen vorher geimpft war. S. hält die Parasiten für Protozoen, die beiden Kerne und der bewegliche Fortsatz der beweglichen Jugendform erinnern an Flagellaten, die Beschaffenheit des Plasmas gleicht in seinem Glanze dem Plasma der Trypanosomen. Es fehlt ein celluloseähnlicher Saum. Verfasser glaubt, daß bald eine Übertragung der Lues auf Kaninchen möglich sein wird.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern,** von EMIL v. CELEBRINI-Triest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 16.) Verfasser hat in Triest und Umgegend in den Jahren 1903 und 1904 einige kleine Blatternepidemien beobachtet. Mit Ausnahme einer Epidemie, wo der erste Fall nicht rechtzeitig zur Anzeige gelangt war und wo es zu einer Hausepidemie kam, gelang es, die Erkrankten zu isolieren und dem Weiterstreiten der Seuche Einhalt zu gebieten. Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Inkubationszeit beträgt im Durchschnitt zehn Tage.
2. Die Blattern sind weder im Stadium der Inkubation, noch im Stadium der Eruption infektiös. Die Übertragbarkeit tritt wahrscheinlich mit dem Platzen der Pusteln und dem Austritt des Eiters ein.
3. Das souveränste prophylaktische Mittel bei den Blattern ist die sofortige allgemeine, lückenlose Impfung und Wiederimpfung der mit den Kranken wahrscheinlich und möglicherweise in Berührung gestandenen Personen.
4. Die Impfung ist schleunigst auszuführen, da der Impfschutz frühestens erst nach zehn Tagen auftritt. Alle Personen, die mit Blatternkranken in Berührung waren, sind, auch wenn sie frisch geimpft waren, wenigstens 14 Tage zu beobachten.

*Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Tödlich verlaufener Pockenfall,** von CARL DAVIDSOHN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Ein 36-jähriger belgischer Glasbläser hatte sich aus Rußland die Pocken mitgebracht und starb in Berlin am 12. Tage der Krankheit. Die genaue Krankengeschichte und Sektionsbefunde folgen. Besonders bemerkenswert ist eine totale diphtheritische Nekrose der Magenschleimhaut von der Mitte des Magens abwärts bis zum Pylorus, ferner Nierenbeckenblutungen und Nebennierenhämorrhagien.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Anwendung von Laboratoriumsmethoden bei der Pockendiagnose,** von WILLIAM TRAVIS HOWARD-Cleveland. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 8. April 1905.) Ohne sich mit der Frage zu beschäftigen, ob der Cytorrhyses variolae der Erreger der Pocken ist, hält Verfasser sein regelmäßiges und ausschließliches Vorkommen in Impfpusteln und bei Variola für so weit gesichert, daß es zur Klarstellung der Diagnose in zweifelhaften Fällen, namentlich im Beginn von Epidemien, mit Erfolg verwertet werden kann. Das histologische Bild der Pockenpustel in ihren verschiedenen Stadien zusammen mit den Cytorrhysesgebilden ist so bezeichnend, daß Verwechslungen mit anderen Krankheiten kaum möglich sind. Verfasser beschreibt die Technik der Untersuchung und bespricht die mikroskopischen Bilder, wie sie in den verschiedenen Stadien der Pockenpustel zu erwarten sind. In frühen Stadien findet man die jungen Entwicklungsformen des Cytorrhyses, die ausschließlich im Protoplasma der Epithelien vorkommen, später die älteren intranukleär gelegenen Entwicklungsformen.

A. Loewald-Kolmar.

**Laboratoriumsdiagnose der Pocken,** von R. L. THOMPSON-St. Louis. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 22. April 1905.) Die Arbeit hat im wesentlichen den gleichen Inhalt wie die vorige, nur empfiehlt Verfasser, um eine möglichst rasche Diagnose zu ermöglichen, Schnellhärtung und -einbettung nach HENKE und ZELLER mit Aceton und Paraffin. In drei Stunden kann die Untersuchung ausgeführt sein.

A. Loewald-Kolmar.

**Versuch über die Anwendung des Collargols in der Behandlung der Variola,** von LOUIS CAYLA. (*Thèse de Montpellier.* 1904.) In der Eruptionsperiode der Variola ist Collargolanwendung indiziert. Die Pusteln kommen zum Verschwinden, und ihr Inhalt wird resorbiert. Auch das Eiterfieber wird in günstiger Weise beeinflusst, ebenso scheint die Wirkung des Mittels auf die Narbenbildung dessen Gebrauch zu rechtfertigen. Die damit erzielten Erfolge, seine Unschädlichkeit und die Einfachheit der Verordnung veranlassen den Verfasser, das Collargol aufs wärmste in der Variolabehandlung zu empfehlen.

Frits Loeb-München.

**Über den Einfluß von Variola auf Vaccine,** von J. C. HIBBERT-Newcastle-upon-Tyne. (*Lancet.* 20. Mai 1905.) Verfasser hat 20 Fälle von Variola nach der Entwicklung des Ausschlags geimpft und bei elf Patienten deutlich entwickelte Bläschen oder wenigstens Papeln erhalten. Bei den positiven Fällen war zehnmal zwischen dem ersten und vierten Tage des Pockenausschlags geimpft worden, bei dem elften sogar erst am 14. Tage. Trotzdem traten bei diesem Patienten deutliche Impfpapeln an der Stelle hervor. Verfasser publiziert diese Beobachtungen, weil von mancher Seite angenommen wird, daß ein positives Resultat der Vaccination die Diagnose Pocken zum mindesten sehr anfechtbar mache.

Philippi-Bad Salschlörf.

**Mitteilung über erfolgreiche Impfung nach dem Ausbruch von Variola,** von F. ROBINSON-London. (*Lancet.* 10. Juni 1905.) Im Anschluß an die HIBBERTsche Darlegung erwähnt R., daß er im Jahre 1894 ähnliche Erfahrungen bei 22 Pockenkranken gesammelt und publiziert hat. Bei seinen Patienten hatte er aber nur sechsmal einen positiven Erfolg der Impfung, welche in der Zeit vom ersten Tage der Initialsymptome bis zum Beginn der Bläschenbildung ausgeführt wurde, zu verzeichnen. Immerhin liefert diese Beobachtung eine Bestätigung der Auffassung, daß eine erfolgreiche Vaccination nicht ein Gegenbeweis für die Diagnose Variola bildet.

Philippi-Bad Salschlörf.

**Ein Beispiel von der schützenden Wirkung der Impfung,** von E. LYNN-JENNINS-Hinckley. (*Brit. med. Journ.* 6. Mai 1905.) In einer Familie von acht Mitgliedern war die eine Tochter an ausgesprochenen Pocken erkrankt und befand sich



schon im Stadium der Pustelbildung. Von der ganzen Familie war niemand je geimpft worden. Dies wurde bei allen, mit Ausnahme der Mutter und der ältesten Tochter (erfolgreich), nachgeholt. Letztere beiden wurden 14 Tage später mit ausgesprochenen Erscheinungen der Krankheit aufgenommen, während die übrigen Mitglieder der Familie intakt blieben.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Nutzen der Schutzpockenimpfung.** In Madras betrug die Zahl der Pockentodesfälle 1874: 869 und stieg bis 1884 auf 4064; 1884 wurde der Impfwang eingeführt und seither beträgt die Pockenmortalität stets unter 10.

*(Méd. Mod. 1906/3.)*

**Schutzwirkung der Vaccination,** von W. H. PAINE-London. (*Brit. med. Journ.* 27. Mai 1905.) Verfasser berichtet, wie die anderen Autoren, über einen Fall von Pocken bei der Mutter, während das sechs Monate alte Kind, welches sofort geimpft wurde, gesund blieb. Eine Schwester der Patientin weigerte sich ganz entschieden, sich impfen zu lassen und kam 14 Tage später mit konfluierender Variola ins Krankenhaus.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Zur Impfrage.** Vortrag, von JOSEF MARKUS-Parsohnitz. (*Prag. med. Wochenschrift.* 1905. Nr. 26.) In Österreich ist der Impfwang noch nicht gesetzlich eingeführt. Die Zahl der Impfenitenten ist daher sehr groß. Die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen genügen nicht, um diese Zahl wesentlich herabzusetzen. Da die Aussichten zur Einführung des Impfwanges im ersten Lebensjahre sehr gering seien, so plaidiert der Vortragende für ein Gesetz, welches die Impfung unmittelbar vor Eintritt in die Schule obligatorisch macht. Im schulpflichtigen Alter würden die Kinder den Gefahren der Morbidität und Mortalität, welche der Impfung zugeschrieben werden, viel weniger ausgesetzt sein als im ersten Lebensjahre.

*Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Die Fortschritte der Impfung,** von M. LABBÉ. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 99.) Aus den Mitteilungen erscheint besonders beachtenswert, was der Verfasser über eine vaccinale Milch sagt. In der tierärztlichen Schule zu Brüssel haben LIÉNAUX und HÉBRANT den Impfstoff in die Milchdrüsengänge einer milchenden Kuh gespritzt. Darauf erfolgte eine Anschwellung der Drüse der betreffenden Seite, und die Milch stellt eine gelbliche, seröse Flüssigkeit dar, in welcher man die PFEIFFERSCHEN Vaccinokörperchen findet. Die Virulenz dieser Milch steht der auf üblichem Wege gewonnenen Vaccine nicht nach.

*Hopf-Dresden.*

**Über die von den Impfürsten zu befolgenden Vorschriften,** von SOLBRIG-Arnberg. (*Dtsche. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 55.) Der Bundesratsbeschluss vom 28. Juni 1899 bezeichnet die Impfung als „eine chirurgische Operation“, welche „mit voller Anwendung aller Vorsichtsmaßregeln“ auszuführen ist. Daher ist es nicht unangebracht, um dies Gefühl der Verantwortung mit der nötigen Sachkenntnis beherrschen zu können, wenn man den SOLBRIGSchen Auszug aus dem Preussischen Ministerialerlaß zu dem obigen Bundesratsbeschluss immer und immer wieder auf seinem Gange zum offiziellen Impfgeschäfte verfolgt.

Was soll man aus den vielen und praktischen und gleichwichtigen Vorschlägen herausgreifen? Jedenfalls ist alles Wissenswerte rekapituliert und fühlt man sich sicher und unter genauer Orientierung zum Impflokal begleitet.

*Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

**Projekt eines Impfglements für Estland,** von v. NOTTBECK-Weissenstein. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 30 u. 31.) Das auf dem II. Ärztetag der Estländ. ärztlichen Gesellschaft (24. bis 26. September 1904) zu Reval vorgelegte Projekt ist eine Anregung zur Verbesserung der bisherigen Zustände und soll „gehörigen Ortes zur Kenntnisnahme eingereicht werden, wenn die geplante Sanitätsreform zur Durch-

führung gelangt“. Nach dem Projekt sind zu impfen: 1. alle Kinder nach Erreichung ihres dritten Lebensmonates, 2. alle Schulkinder beim Eintritt in die Schule, sofern sie nicht innerhalb der letzten fünf Jahre mit Erfolg geimpft sind, 3. alle Einwohner einer Ortschaft, in der Pocken herrschen. Die Impfung bleibt nach wie vor in den Händen von Impfern (vorzugsweise Küstern und Lehrern). Die Impfschnitte werden mit einer Lanzette vorgenommen, während die Lymphe mit einer desinfizierten Stecknadel, die nur einmal benutzt werden darf, auf die Schnitte gebracht wird. Von einer ärztlichen Beaufsichtigung der Impfer und Untersuchung der Geimpften ist nicht die Rede. — In der Diskussion macht KUPFFER-Kuda einige Mitteilungen über die Geschichte des Impfwesens in Estland und bezeichnet als Hauptmangel des bestehenden Impfwesens, daß es den Gemeinden an ärztlichem Rat und direkter Oberaufsicht fehlt, sowie an der nötigen Strenge gegen die renitenten Mitglieder der Gemeinde.

A. Loewald-Kolmar.

Die Impfklauseln in den Weltpoliceen der Versicherungsgesellschaften. Ein Beitrag zum IV. internationalen Kongress für Versicherungsmedizin, von LUDWIG PFEIFFER-Weimar. (*Veröffentl. des dtsh. Vereins für Versicherungswissenschaft.* Berlin 1905. V. Heft.) Verfasser stellt folgende Schlusssätze auf:

1. Bei geblättern Personen besteht ein minimales Risiko. „Rücktällige“ Blattern kommen vor, aber meist mit sehr mildem Verlauf und mit geringem Ausschlag (*variola sine exanthemate*). Todesfälle sind nur selten.

2. Personen ohne Vaccinationsschutz erkranken bei Kontakt mit Blatternkranken sicher. Immunität gegen Blattern besteht nur bei etwa 3% derselben. Die Letalität der ungeimpft Erkrankten schwankt von 6 bis 50%, je nach der Schwere der herrschenden Epidemie.

3. Erwachsene Ungeimpfte haben eine höhere Letalität als ungeimpfte Kinder.

4. Bei den im ersten Lebensjahr geimpften Personen kommen Todesfälle an Blattern vor dem 20. Lebensjahr kaum vor. Die Todesfälle nehmen mit zunehmendem Alter zu und sind in höherem Lebensalter so häufig als wie bei Ungeimpften. Blatternerkrankungen treten vor dem 20. Lebensjahr auf, aber in nicht letaler Form. — Es beträgt die Schutzdauer der Erstimpfung gegen Erkrankung etwa 10 Jahre, gegen tödliche Erkrankung etwa 20 Jahre.

5. Bei den nur einmal in der Kindheit geimpften Personen macht sich in den Altersklassen von 25 bis 55 Jahren noch ein deutlich erkennbarer Impfschutz gegen letale Blatternkrankung geltend.

6. Bei den Personen, die im zwölften Lebensjahr revacciniert worden sind, ist die Letalität bis gegen das 40. Lebensjahr eine minimale, bis zum 50. eine sehr geringe.

7. Bei den Personen, die im 20. Lebensjahr zum zweitenmal revacciniert worden sind (beim Eintritt in den Militärdienst), kommt nach den Armeestatistiken so gut wie keine Blatternmortalität vor.

8. Auf die Letalität durch Blattern haben die Wohnung und die Erwerbsverhältnisse überhaupt einen großen Einfluß. Die Personen in den Arbeiterquartieren der Städte sind ungleich mehr gefährdet als die Bewohner der besseren Stadtteile. Das Risiko steigt in Küstenstädten, in Grenzorten nach Staaten ohne Impfwang hin, in Industriestädten mit raschem Wechsel der Bevölkerung, auf dem Lande in Orten mit ausländischen Arbeitern.

9. Die Letalität ist im Beginn von Blatternepidemien eine geringere, mit dem Fortgang der Epidemie und der Ansammlung von Blatternkranken steigt die Letalität.

10. Für Personen mit mangelndem oder mit abgeschwächtem Impfschutz steigt das Risiko, wenn sie Reisen unternehmen nach Ländern mit mangelhaft durchgeführtem Impfwang.

11. Lebensversicherungs-Gesellschaften mit viel Arbeiter- oder Volksversicherungen tragen den Blattern gegenüber ein sehr viel höheres Risiko als die Gesellschaften mit gewöhnlicher Lebensversicherung.

12. Durch die Anti-Impfagitation in einzelnen Städten und in Ländern ist das Risiko der Versicherungsgesellschaften ein viel größeres als da, wo die Geborenen alljährlich zu 80 bis 90% geimpft werden.

13. Die Leicester-Methode der Blatternbekämpfung (the Stamping out System) ist allein für sich kein Ersatz der Zwangsimpfung, befördert Morbidität und Letalität der Blattern.

14. Das Risiko in Anstalten, welche die gewöhnliche Lebensversicherung pflegen, steht in umgekehrtem Verhältnis zur Durchschnittshöhe der Versicherungssumme. Die Volksversicherungen bringen ein vielfach höheres Risiko. Je höher die Versicherungssumme ist, desto besser ist die persönliche Fürsorge für die Gesundheit, desto zahlreicher die rechtzeitige Nachholung der freiwilligen Revaccination.

15. Allgemeine Revaccinationsklauseln lassen sich wegen der Vielgestaltigkeit der Impfgesetzgebung in verschiedenen Staaten nicht aufstellen. Die Lücken im Impfschutz sind in jedem Staat verschieden; das Risiko ist z. B. in ganz Deutschland ein gleichmäßiges nur für die ersten 40 Lebensjahre wegen der im zwölften Lebensjahr seit 1875 streng durchgeführten Revaccination; das Risiko wechselt in der Schweiz von Kanton zu Kanton, ist in England in jeder großen Stadt eigenartig, ist in Amerika noch mehr individuell verschieden.

16. Lebensversicherungs-Gesellschaften, welche die Weltpolice haben, dürfen das Blatternrisiko nicht einschätzen nach den heimischen Zuständen der Impfgesetzgebung und des Vaccinationschutzes, sondern nach denen, welche am Wohnort des Antragstellers vorhanden sind.

17. Für in Deutschland geborene und erzogene Antragsteller sind Vaccinationsklauseln nicht nötig. Die Fragestellung nach der Vaccination und Revaccination in den Antragspapieren empfiehlt sich, um den Antragsteller auf den Wert der wiederholten Vaccination aufmerksam zu machen.

18. In den Staaten, die in der allerletzten Zeit die Revaccination eingeführt haben oder einführen wollen (Frankreich, Spanien, Österreich), ist der gute Einfluß derselben für die zukünftigen Mitglieder der Lebensversicherungs-Gesellschaften erst zu erwarten, wenn die jetzige Generation von Kindern in das erwachsene, Versicherung nehmende Lebensalter vorgerückt sein wird (nach 1910 bis 1920).

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Vaccination des Neugeborenen, von CHARLES PIERROT. (Thèse de Lyon. 1904. Nr. 77.)** Verfasser empfiehlt die Vaccination der Neugeborenen. Sie hat eine Reihe von Vorteilen: besondere Benignität, Ausbleiben von Fieber und intensiver lokaler Reaktion. Die Immunität dauert nicht weniger lang als bei späterer Vornahme. Gerade bei der Vaccination der Neugeborenen ist auf Verwendung einer möglichst aktiven Lymphe und auf peinlichste, gewissenhafte Impftechnik zu achten.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Vaccineerkrankungen des Auges, von GELHAUSEN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.)** In den beiden Fällen des Verfassers handelt es sich um eine Infektion des Auges mit dem Vaccinevirus bei geimpften Kindern selbst, während die bisher beobachteten Fälle meist Personen aus der Umgebung geimpfter Kinder betrafen. Aus der Zusammenstellung des Verfassers über die von 1876—1908 mitgeteilten Fälle geht hervor, daß unter 67 Erkrankungen sich 15 Männer, 83 Frauen und 17 Kinder befanden; es bestätigt sich also, daß das weibliche Geschlecht bei weitem überwiegt, eine Tatsache, welche wohl auf den innigen Umgang der Mütter resp. Wärterinnen

mit geimpften Kindern zurückzuführen ist. Nur einmal fand sich die Augenerkrankung bei solchen Personen, welche, wie in den Fällen des Verfassers, einige Tage zuvor geimpft waren, und zwar zehnmal bei Kindern, einmal bei einem Erwachsenen. Der primäre Sitz des Leidens kann ein dreifacher sein. Am allhäufigsten stellen die Lider den ersten und ausschließlichen Krankheitsherd dar; die Vaccineaffektion kann sich zweitens auf der Bindehaut der Lider oder des Augapfels lokalisieren; es kann drittens die Hornhaut den primären Erkrankungsherd darstellen, doch ist dies am seltensten der Fall.

In seinen weiteren Ausführungen bespricht Verfasser Prophylaxe und Therapie.

*Fritz Loeb-München.*

**Über generalisierte Vaccine**, von PAUL FREYER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.)  
Verfasser führt außer einigen einschlägigen Fällen aus der Literatur die ausführlichere Krankengeschichte eines selbstbeobachteten Falles an, der ein 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> jähriges Kind betrifft. Er kommt auf Grund seiner Ausführungen zu dem Schluss, dass die Vaccine generalisata eine Infektion des Organismus mit Vaccine ist, und zwar auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn entstanden unter Bläschenentwicklung mit den typischen Merkmalen der Impfblattern. CHAUVEAU hat für Frankreich festgestellt, dass bei 500000 bis 600000 Impfungen sechs bis acht Fälle von Generalisierung vorkommen. HASLUND hat für Dänemark eine Statistik aufgestellt und erfahren, dass in der königlichen Vaccinationsanstalt in Kopenhagen von dem Jahre 1888 bis November 1893 im ganzen 39915 Kinder geimpft wurden. Bei diesen sind ihm nur vier Fälle von Vaccine generalisata bekannt geworden. Nur bei einem dieser Kinder ist chronisches Ekzem nachgewiesen. Die Eruption war sehr stark. Bei einem zweiten, das keine Hautkrankheit hatte, entstanden nur einzelne Bläschen. Von den beiden anderen Fällen ist nichts Näheres bekannt. Außerdem sind von den Distriktsärzten des ganzen Landes der königlichen Vaccinationsanstalt Berichte über 170575 Impfungen aus den Jahren 1893 bis 1897 zugegangen. Bei diesen sind drei Fälle von Vaccine generalisata vorgekommen. VOIGT hat die Vaccine generalisata unter 100000 Impfungen nur fünfmal gesehen, während GZORN mit Hilfe einer Statistik bei 2285579 Impfungen nur 50—60 Fälle festgestellt hat.

Ob die Krankheit auch bei Revaccinierten auftreten kann, ist nicht erwiesen.

Die Behandlung ist symptomatisch. Man kann die Haut einpudern oder, wenn Ulcerationen vorhanden sind, antiseptische Verbände anlegen.

HASLUND verordnet einen Verband mit:

*Ung. oxydat. plumbici.*

*C. oleo vaselini.*

Über den Einfluss des Vaccinevirus auf das Ekzem herrschen in der Literatur die verschiedensten Ansichten. So wird auf der einen Seite der Vaccination ein günstiger Einfluss auf den Verlauf des Ekzems zugeschrieben, während andere davor warnen, ekzematöse Kinder zu impfen. Jedenfalls überwiegen bei weitem die Nachteile, die ekzematöse Kinder durch die Vaccination erfahren.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Technik des GUARNIERISCHEN Impfexperimentes und seine Verwendung zum Nachweis von Vaccineerregern in den inneren Organen von Impftieren**, von TH. v. WASILEWSKI-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Ein positiver Erfolg des GUARNIERISCHEN Impfexperimentes ist nach W. schon wahrscheinlich, wenn sich 48—96 Stunden nach der Impfung an der Hornhaut makroskopisch Trübung, Verdickung und Lockerung des Epithels erkennen lässt, häufig finden sich an der Impfstelle außerdem noch eine zentrale Einsenkung, verdickte Ränder und Epitheldefekte. Gewissheit über den Ausfall des Versuches kann aber

nur die mikroskopische Untersuchung bringen; doch bedarf es nicht der Anfertigung von Serienschnitten, die Vaccinekörperchen lassen sich vielmehr in abgeschabten Epithelstücken, die in einem Tropfen verdünnter Essigsäure zur Untersuchung kommen, sehr wohl nachweisen. Ergibt sich dabei kein sicheres Resultat, so wird mit abgeschabtem Epithel abermals eine Hornhautimpfung vorgenommen, die dann mit Sicherheit erweisen wird, ob Vaccinekörperchen vorhanden sind oder nicht. Zu den Impfungen verwendet W. jetzt besondere Nadeln mit runder oder lanzettförmiger Spitze und einer verschiebbaren Schutzhülle, die es ermöglicht, die Tiefe des Impfstichs genau zu regulieren und die einzuführende Impfstoffmenge nach Belieben zu dosieren; nur auf diese Weise kann geprüft werden, wie weit die Verlässlichkeit des GUARNIERISCHEN Experimentes geht. Dafs das Auftreten von Vaccinekörperchen von dem Vorhandensein entwicklungsfähiger Vaccinekeime abhängt, kann nicht mehr bezweifelt werden. W. selbst glaubt sogar, dafs die Vaccinekörperchen die Vaccineerreger sind; jedenfalls aber sind sie spezifische Gebilde.

Durch Hornhautimpfungen mit Blut oder Organteilen von geimpften Menschen oder Tieren kann auch die Frage nach dem Auftreten der Vaccinekeime in den inneren Organen der Impflinge entschieden werden. Zum Nachweis der Ausbreitung des Pockengiftes im Körper wird der GUARNIERISCHE Impfversuch schon lange verwendet. Die Hornhautimpfung mit Blut von Pockenkranken hat bisher zumeist negative Resultate ergeben; wahrscheinlich findet das Variolagift in der Kaninchenhornhaut keine so günstigen Entwicklungsbedingungen wie das Vaccinegift. Von der Entscheidung dieser Frage aber hängt der Wert des Experimentes für die Pockendiagnose ab. — SIGEL will die von ihm als Parasiten gedeuteten Gebilde schon zwölf Stunden nach der Impfung im Blut und in den Organen gefunden haben. Das wäre nur möglich, wenn die Lymphe Keime enthält, die sofort innerhalb des Körpers entwicklungsfähig sind. W. hält es jedoch für wahrscheinlicher, dafs die Vaccineerreger zunächst eine Entwicklungsperiode an der Impfstelle durchmachen und dafs hier erst Keimformen hervorgebracht werden, die im Körper sich ausbreiten und zu den Allgemeinerscheinungen der Variola- und Vaccineinfektion führen. Zum Zweck der Nachprüfung der Befunde und der Theorie SIGELS hat W. die Hornhaut junger Kaninchen mit wirksamer Lymphe geimpft und in verschiedenen Zeiträumen nach der Impfung Nierensubstanz entnommen, die durch den GUARNIERISCHEN Versuch auf das Vorhandensein lebensfähiger Vaccinekeime geprüft wurden; bisher liefsen sich nur einmal, und zwar am fünften Tage nach der Impfung, Vaccinekeime in den Nieren nachweisen.

Göts-München.

**Untersuchungen über das Wesen der Vaccineerreger, von S. PROWAZEK.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Vorläufige Mitteilung über im kaiserlichen Gesundheitsamt ausgeführte Impfversuche an der Kaninchencornea, als deren Ergebnis folgendes hervorzuheben ist: Die GUARNIERISCHEN Körper können nicht selbst die Parasiten sein, sie sind für die Vaccine spezifisch und, nach ihren Reaktionen zu schliessen, mit den Kernsubstanzen verwandt. In der Kaninchencornea durchläuft das Virus nicht nach Art der Protozoen einen Entwicklungstypus. Der vermutliche Erreger scheint zunächst nicht an das Zellprotoplasma gebunden zu sein, sondern kommt bald auch in den Intracellularräumen vor, in den Zellkernen dagegen kommt er kaum häufig vor. Nach der Corneainfektion bleibt das Virus beim Kaninchen in der Cornea lokalisiert und kreist nicht wie beim Kalb im Körper. A. Loewald-Kolmar.

**Die Spirochaeta vaccinae, von H. BONHOFF-MARBURG.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Verfasser untersuchte eine grössere Anzahl von Deckglaspräparaten aus frisch beim Kalbe erhaltenen Blättern verschiedenen Alters vom vierten bis zwölften Tage und ausserdem gut herausgeschnittene Pusteln. Hierin fand er bei GRIENSAACHER Färbung

Formen von Trypanosomen, gröfsere Gebilde und feinere Gebilde von ziemlicher Länge, welche Spirochäten darstellen und sich mit GIMMERScher Färbung chromatinrot färben und oft eine knopfförmige Verdickung an einem Ende des Fädchens zeigen. Sie liegen meist in der Nähe eines Kernes und sind besonders reichlich in der Mitte zwischen Oberhaut und Subcutis des leukocytenreichen Teiles der Pustel. Daneben findet man kleinste, koccabazillenähnliche, einzeln oder zu zweien liegende Zellen von S-Form und gröfsere, unregelmäfsig dreieckige Formen mit zwei langen, sehr zarten, zuweilen schraubenförmigen Fortsätzen an zwei Enden. Letztere Form hält B. für die Grundform des Vaccineerregers. Eine Anzahl von Abbildungen zeigt die von B. gefundenen Körper.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über Lungenveränderungen nach intrapulmonaler Injektion von Vaccinelymphe nebst Bemerkungen über den behaupteten Nachweis des Vaccinevirus in den inneren Organen,** von M. HAALAND. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 42.) Die Diskussion über die „Vaccinekörperchen“ hat sich bisher auf die im Cornea- und Hautepithel auftretenden Gebilde beschränkt. Verfasser hat nun versucht, die Veränderungen in den inneren Organen nach direkter Injektion von Vaccinelymphe zu studieren und berichtet über seine Befunde nach intratrachealer und intrapulmonaler Injektion (die bereits von einigen Autoren vorgenommen worden sind). Die Untersuchungen wurden an Kaninchen (im pathologischen Institut der Universität Marburg) vorgenommen.

In den nach intrapulmonaler Injektion von Vaccinelymphe-Emulsion untersuchten Lungenherden war Verfasser nicht imstande, histologisch „für Vaccine charakteristische und spezifische Veränderungen des Lungenparenchyms nachzuweisen, die von nicht spezifischen Reaktionsprozessen bestimmt unterschieden werden konnten“; ebensowenig ist es ihm gelungen, „biologisch nachzuweisen, daß das Virus im Lungenparenchym haften und am Leben bleiben kann“.

Was den behaupteten Nachweis des Vaccinevirus im Tierkörper anbelangt, so kommt Verfasser zu folgendem Schluss: „Entweder sind unsere Methoden (okulare und cutane Impfung) nicht fein genug, um kleine Mengen von Virus nachzuweisen, oder die Vaccinekrankheit verläuft beim Kaninchen ohne Verbreitung des Virus im Organismus.“

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Staatliche Kontrolle von Vaccinevirus,** von JOHN F. ANDERSON-Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Juni 1905.) Seit 1½ Jahren wird die Herstellung und der Verkauf von Vaccinevirus sowie Toxinen, Sera usw. staatlich überwacht. Verfasser berichtet, wie die Kontrolle ausgeübt wird, und zeigt in einer Tabelle, daß in der Herstellung des Pockenvirus jetzt viel sorgfältiger verfahren wird als vor der Zeit der Überwachung.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Zur Tuberkulosefrage der Kuhpockenlymphe,** von BRBIT-Stuttgart. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. 38. Heft 3.) Verfasser schliesst sich an CARMIS Arbeit (Bd. 37. Heft 2 derselben Zeitschrift) an. Er fand in keinem Berichte der grossen Impfinstitute Fälle von Impftuberkulose durch tuberkulösen Stoff hervorgerufen, ebenso wie er selbst nie einen solchen Fall sah. Er hält es nicht für ratsam, von dem bewährten System in der Auswahl der Impfiere abzugehen. Eine Reihe von Tabellen zeigen das untersuchte Material, bei den 17 geimpften Meerschweinchen fand sich nie Tuberkulose. Die Versuche ergaben, daß Tuberkelbazillen auch noch nach einer vierwöchigen Einwirkung des Glycerins virulent bleiben können, mithin ein auf Tuberkelbazillen verdächtigter Stoff vor dieser Zeit jedenfalls nicht zu verwenden sein dürfte, trotz der üblichen Behandlung mit Glycerin.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Die Schutzpockenimpfung,** von J. FELS-Lemberg. (*Wien. klin.-therap. Wochenschr.* Nr. 33 u. 34.) F. will aus dem Schatz seiner Erfahrung und der Literatur

aus dem Grunde, „weil es an einer ausführlichen und zugleich gedrängten Darstellung der Impfung, wie sie für den praktischen Arzt erwünscht ist, fehlt“, eine geordnete Zusammenstellung über Ausführung, Verlauf und Komplikationen der Impfung bieten; der Artikel enthält demgemäß nichts wesentlich Neues. *Putzler-Dansig.*

**Impfergebnisse und Impftechnik**, von PAUL SCHENK-Berlin. (*Die med. Woche*. 1905. Nr. 39.) Bei der Analyse der Impfergebnisse ist der Impfstoff das eigentlich Ausschlaggebende, und zwar ist nach SCH.'s Erfahrungen eine nicht alte, natürlich gute Lymphe das beste; bei ihrer Anwendung erzielte Verfasser die gewünschte Idealform der Pusteln, perlgraue gedellte Bläschen mit blasrotem Rande von höchstens  $\frac{1}{3}$  cm Breite. *Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über Impfschutzverbände**, von ALFRED GROTH. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Ein guter Impfschutzverband muß dem Impfling die Möglichkeit nehmen, die Impfpusteln zu beschädigen, er muß jederzeit leicht abnehmbar sein, einen Schutz gegen sekundäre Infektion bieten und dabei für die Luft gut durchgängig sein; außerdem darf er nicht drücken und die Haut nicht reizen und ihre Funktionen in keiner Weise stören. Die jetzt gebräuchlichen Impfschutzverbände erfüllen diese Forderungen nicht; GR. hat daher einen neuen Impferverband konstruiert, der ihnen besser gerecht wird. Der Verband stellt eine die Schulter und die Impfstelle in genügendem Umkreis umfassende Kappe dar, die aus weichem Leinen, d. h. also aus einem für Luft sehr gut durchgängigen, waschbaren Stoffe verfertigt ist und mit drei Bänderpaaren befestigt wird; das eine sehr breite Paar wird von der Höhe der Schulter über die Brust unter der Achselhöhle der anderen Seite hindurchgeführt und zu einer Schleife gebunden; die beiden anderen Paare werden auf der Innenseite des Oberarms gekreuzt und auf dessen Außenseite gebunden. Die Impfpusteln selbst werden mit sterilisierten Kompressen bedeckt, die durch angenähte Knöpfe in zwei in der Kappe befindliche Knopflöcher eingefügt werden. Der unter Gebrauchsmusterschutz gestellte Verband wird von der Firma Hermann Katsch-München in drei Größen hergestellt.

GR. hält es für sehr wünschenswert, daß der hier beschriebene oder auch ein anderer, aber guter und zweckentsprechender Impfschutzverband für die öffentlichen Impfungen allgemein eingeführt würde; die Kosten müßten allerdings die Eltern der Impflinge tragen. *Göts-München.*

## Chronische Infektionskrankheiten.

### a. Lepra.

In der „Gesellschaft livländischer Ärzte zu Dorpat“ (XVI. Ärztetag vom 17. bis 19. August 1904) erstattet DEBIO einen Bericht über die Tätigkeit der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1903. Dem Verwaltungsrat unterstehen vier Leprosorien; aus Sparsamkeitsrücksichten ist beschlossen worden, eines davon eingehen zu lassen. Die Zahl der Leprösen hat sich von 184 auf 177 vermindert. (*Petersb. med. Wochenschrift*. 1905. Nr. 20.) *A. Loewald-Kolmar.*

**Die Lepra in Frankreich und seinen Kolonien**, von E. JEANSELME. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 76.) Bis zum heutigen Tage hat Frankreich eigentlich nichts gegen die in den französischen Kolonien wütende Lepra getan. Nur 1898 bestimmte es, daß die Lepra auf die Liste der anzeigepflichtigen Krankheiten in den Kolonien zu setzen sei. JEANSELME forderte folgende gesetzliche Bestimmungen: Verbot der Einwanderung Lepröser in die Kolonien, Isolierung aller Personen, die an virulenter Lepra der Körperdecke leiden, Verbot gewisser Gewerbe für Leprakranke. In jeder Kolonie wäre eine eigene Leprakommission zu bilden. *Hopf-Dresden.*

**Die Lepra. 12 Jahre Praxis im Leprahospital zu La Desirade (Guadeloupe),** von L. A. Noël. (*Thèse de Paris*. 1908. Nr. 108.) Das Leprahospital zu La Desirade ist schon vor 200 Jahren gegründet worden. Die Kranken werden dort nur auf ihren Wunsch untergebracht. Zwangsunterbringung besteht nicht. Die Hauptergebnisse, die Verfasser aus eigener Anschauung und Tätigkeit gewonnen hat, sind kurz folgende: Die Lepra ist keine hereditäre Erkrankung. Kinder lepröser Eltern sind nicht leprös, dagegen ist die Lepra kontagiös; meist ist das Kontagium leicht nachzuweisen. Durch peinliche hygienische Maßnahmen läßt sich eine Übertragung von der stillenden Mutter auf den Säugling verhüten. Nach der Zeit der mütterlichen Ernährung des Kindes, also etwa vom sechsten Monat ab, ist das Kind von der Mutter zu trennen. Verfasser konstatiert, daß die Lepra sich in den französischen Kolonien rapid ausbreitet. Den besten Erfolg sah er von der Anwendung des Chaulmoograöles, in Verbindung mit Acidum gynocardiae, und von Strychninsulfat.

℞ <i>Ol. Chaulmoogr.</i>	3,0
<i>Acid. gynocard.</i>	1,2
<i>Strychn. sulf.</i>	0,01
<i>Pulv. magn. calc.</i>	1,0
<i>Solut. gumm. arab.</i>	9,0
<i>Divide. in pilul.</i>	24.

S. Mit 8 Pillen zu beginnen und bis zu 24 Pillen fortschreiten. Einen Monat lang zu nehmen. *Fritz Loeb-München.*

**Historische und topographische Studien über die Lepra in der Bretagne. Über die Beziehungen der Lepra zu dem „Syndrome de Morvan“,** von G. J. PLATEAU. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 387.) Die interessante Arbeit ist zu einem kurzen Referat nicht geeignet. *Fritz Loeb-München.*

**Ein einheimischer Fall von Lepra tuberosa,** von O. S. Ormsby-Chicago. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 81. Dezbr. 1904.) Es handelte sich um einen 27jährigen Arbeiter, welcher zeitlebens in Nordamerika, Iowa oder Nebraska, ansässig gewesen ist. Die Diagnose wurde durch die sehr charakteristischen klinischen Erscheinungen und durch den Nachweis großer Mengen von Bazillen in Knötchen der Hand und der Mundhöhle gesichert. Aus den Mitteilungen des Patienten geht mit großer Wahrscheinlichkeit hervor, daß sein Vater und eine Schwester auch an Lepra gelitten haben dürften. *Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Die Lepra; Ätiologie, Geschichte und Prophylaxe,** von CARRASQUILLA-Bogotá. (1906.) In einem ersten Kapitel legt der Verfasser dar, daß die Lepra eine infektiöse Affektion ist, die durch den HANSENSCHEN Bacillus verursacht und wahrscheinlich durch Flohstiche verbreitet wird. Ein zweites Kapitel bespricht die Geschichte der Lepra und ihre geographische Verbreitungsweise. Im dritten Abschnitt wird ausgesagt, daß die Krankheit nicht kontagiös ist im Sinne anderer Affektionen, wie z. B. die Blattern, sondern infektiös, daß sie sich langsam ausbreitet. Die erste Erscheinung der Lepra besteht im Auftreten einer Pustel analog dem luetischen Schanker und der Initialphlyktaene der bubonischen Pest. Die Ansteckung geschieht nicht durch die Sekretionen der Kranken, durch Gegenstände, welche mit den letzteren in Berührung gekommen, durch das Wasser, die Luft, den Kontakt mit Leprakranken, außer wenn es durch Vermittlung von Flöhen geschieht, welche als die Träger der Infektion anzusehen sind. Die Isolierung der Leprapatienten hat sich immer als ein nutzloses Mittel gegenüber der Verbreitung der Krankheit erwiesen und muß sie als ein grausames, unmenschliches und vexatorisches, die menschliche Würde und die individuelle Freiheit untergrabendes Verfahren betrachtet werden. Die einzig wirk-



samen Mittel zur Verhinderung der Ausbreitung des Übels bestehen in der Unterbringung der Patienten in eigens eingerichteten Spitälern und in peinlichster Reinlichkeit.

*C. Müller-Genf.*

**Über eine mögliche Verbreitungsweise der Lepra.** Nachdem die HUTCHINSONSCHE Fischtheorie als abgetan betrachtet werden kann und es erwiesen ist, daß die Lepra zwar eine kontagiöse Krankheit ist, aber keineswegs im Sinne einer Variola oder ähnlicher Affektionen, sondern daß es eines längeren und sehr intimen Kontaktes bedarf, um die spezifischen Keime von einem Individuum auf das andere zu übertragen, hat MUSLINGTON (*Journ. of trop. med.* 15. Juli 1905) die Tatsache hervorgehoben, daß Lepra in Gegenden, wo dieselbe endemisch, auffällig häufig bei Krätzigen vorkommt. Es lag somit der Gedanke nahe, daß die Lepramikroorganismen mit den Krätzmilben nach der Tiefe der Epidermis verschleppt werden und von da in den Kreislauf gelangen. (*Med. Record.* 26. Aug. 1905.)

*C. Müller-Genf.*

**Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde,** von GEORG DRYCKE-PASCHA-Konstantinopel. (*Fortschr. f. Röntgen.* IX. Heft 15.) D. veröffentlicht aus seinem reichen Material als erster eine Anzahl von vortrefflichen Röntgenbildern, welche die Darstellung von Knochenerkrankungen bei der Lepra nervosa zeigen, was bisher in der Literatur noch als ein Novum betrachtet werden muß, während Periostitiden bei den tuberkulösen Formen der Lepra bereits beschreiben sind. Bei letzteren scheint der Leprabacillus aktiv zu wirken, so daß DRYCKE vorschlägt, die Knochenprozesse bei der nervösen Form, wo man keine Bazillen findet, als indirekte oder passive Knochenveränderungen zu bezeichnen. Verfasser bringt dann kurze klinische Daten und eine genaue Beschreibung der Röntgenogramme von zehn Fällen, deren Reihenfolge so angeordnet ist, daß den leichteren Alterationen die immer schwerer werdenden in aufsteigender Progression folgen und so ein tadelloses Gesamtbild des ganzen Krankheitsvorganges liefern. An der Hand dieses kostbaren und anschaulich geschilderten Materials zieht D. dann gewisse allgemeine Schlüsse. Allen seinen Fällen ist gemeinsam das so gut wie vollständige Fehlen jeder produktiven Bildung, jeder reaktiven Entzündung oder Sklerose des Knochengewebes, selbst bei den weitest vorgeschrittenen Zerstörungsprozessen; es sind hier rein destruktive oder rein resorptive Vorgänge am Werke, ein passives Schwinden der Knochensubstanz. Es scheint ein und dasselbe auf Kalkresorption der Knochen hinzielende Prinzip an den verschiedensten Stellen der Finger- oder Fufsknochen anzugreifen. Das Biegsamwerden der Knochen kann nur bedingt sein durch Verminderung des Kalkgehaltes, durch Auflösung der phosphorsauren und kohlensauren Kalksalze der Knochensubstanz. Die leprösen Knochenzerstörungen werden nach Verfassers Ansicht geschaffen durch Funktionspareesen oder Funktionsparalysen der entsprechenden, im physiologischen Sinne trophischen Neurose. Wie man sich den Mechanismus der nervösen Einwirkung auf die Kalkresorption der Knochen vorzustellen hat, darüber kann man nur vagen Vermutungen Raum geben; nach Verfassers Empfinden würde es am nächsten liegen, sich den Prozeß als eine durch Säure oder saure Salze bedingte Entkalkung vorzustellen, wobei entweder die Bildung oder die mangelhafte Entfernung resp. Neutralisierung des sauren Prinzips durch die gestörte Innervation ausgelöst würde.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Leprabehandlung,** von ISADORE DYEN-New Orleans. (*Med. News.* 29. Juli 1905.) Die ziemlich optimistischen Ansichten DYENS fassen sich in folgendem zusammen. Strychnin ist ein unbedingt notwendiges Hilfsmittel bei der Behandlung der Lepra, die Art und Menge richtet sich nach der Empfänglichkeit des Patienten. Chaulmoograöl ist ebenfalls angezeigt, es wird besser vor als nach den Mahlzeiten getragen, am besten in Kapseln in heißer Milch genommen; man beginne mit

kleinen Dosen, drei Tropfen, und steige jeden zweiten oder dritten Tag, bis 120—150 Tropfen per Dosis genommen werden. Zuweilen ist es ratsam, das Öl in Pillenform zu geben, entweder kombiniert mit Extr. nucis vom. und einem gewöhnlichen Excipiens oder in sehr empfehlenswerter Weise mit Tragacanth und Sapo communis. Reichliche Kost, nur mit Ausschluss von schlecht verdaulichen Speisen, ist angezeigt, Fische oder andere spezielle Speisen scheinen in keiner Weise die Krankheit zu beeinflussen. Auch Bäder, und zwar heiÙe, täglich zweimal mit oder ohne Soda, sind wirksam. Ferner braucht der Patient tonische Mittel und Antifebrilia und sollte bezüglich interkurrenter Krankheiten, wie Malaria, Pleuritis, Pneumonie, Influenza usf., genau beobachtet werden. Vor allem ist auch bei der Leprabehandlung Individualisierung wichtig, man beobachte genau die Besserung; wenn sie nicht nach drei Monaten eintritt, warte man sechs Monate, und wenn auch dann nicht, ein Jahr und länger. Man setze die Behandlung nicht aus, bis der Patient stirbt oder besser ist; so erwähnt D. einen Fall, der erst nach zweijähriger Behandlung Besserung zeigte, aber jetzt ganz wohl sich befindet. Wenn auch alle Krankheitsercheinungen verschwunden sind, solle man der Sicherheit halber die Behandlung fortsetzen. In den zehn Fällen, welche Verfasser als Beispiele wiedergibt, und welche die verschiedensten Formen von Lepra betrafen, zeigte sich beinahe stets der heilsame Einfluss des Chaulmoograöls und von den Insassen des Louisiana-Lepraasyls ist ein halbes Dutzend, welches Besserung bis zu einem gewissen Stillstand des Leidens erfahren hat, bei zweien derselben besteht sogar Hoffnung, sie in nicht ferner Zeit entlassen zu können. DYEN steht nicht allein mit seiner Ansicht von der Heilbarkeit der Lepra und führt als dieselbe teilend Männer wie FOX, UNNA, CROCKER, HUTCHINSON, ferner TONKIN, den offiziellen Vertreter der britischen Regierung an, welcher letzterer in seinem Berichte über Jamaika im Jahre 1905 feststellte, daÙ seit der Einrichtung des Kingston-Lepraasyls eine Anzahl von 16 Fällen entlassen worden sind, auch BIBB, der glückliche Gewinner des ALVARENGA-Preises für 1905, glaubt an die spezifische Wirkung des Chaulmoograöls gegen Lepra. Verfasser hofft daher, daÙ sich bald die meisten Ärzte zu seiner Art der Leprabehandlung bekehren werden.

*Stern-München.*

#### b. Tuberkulose.

**Bericht über die Tätigkeit des Finseninstitutes der Dermatologischen Universitätsklinik im Inselepitäl zu Bern, von J. JADASSOHN und FRANK SCHULTZ.** (*Jahresb. der Insel- und Ausserkrankenhauskorporation pro 1903.*) Verfasser berichten über den Erfolg mit Finsenlicht bei Lupus vulgaris. Sie haben im ganzen 79 Fälle in Behandlung und verzeichnen als bisherige Resultate: Rezidivfrei geheilt 11, fast geheilt 11, gebessert 47, wenig beeinflusst 8, die Behandlung aus verschiedenen Gründen abgebrochen 7. Sehr erfreulich ist es, daÙ auch hier, entgegen anderen großen Instituten, Damen der Gesellschaft sich bereit finden, die Behandlung der Patienten unter der Lampe zu übernehmen.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Kann in den Lunahellanstalten Infektion mit Tuberkulose geschehen?** von HUBER. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 12.) Ceteris paribus ist die Gefahr der Übertragung bei der Hauttuberkulose bedeutend geringer als bei den tuberkulösen Lungenkrankheiten, und zwar deshalb, weil die Kochschen Bazillen nur in kleiner Anzahl vorhanden sind, vorausgesetzt, daÙ der Lupusranke nebenbei nicht lungenkrank ist, was durch eine vorherige, interne Untersuchung festzustellen ist. Die Behandlung der Lupusranke und in erster Linie derjenigen, die Manifestationen der Lungentuberkulose zeigen, soll nicht ambulanter geschehen; sie sollen in für die FINSENSche Therapie eingerichteten Sanatorien Aufnahme finden, um dort alle Vorteile der Freiluftbehandlung genießen zu können. Die an Lupus Leidenden sollen behördlich

zusammengeschrieben werden, die Behandlung soll in staatlichen Instituten geschehen. Jene Kranken, die an Inokulationstuberkulose der Haut leiden und keine anderweitige, tuberkulöse Veränderung zeigen, müssen vor den übrigen Kranken behandelt werden, um der Infektion durch Inhalation vorzubeugen. Das Wartpersonal und die Kranken sollen die prophylaktischen Mafregeln der Sanatorien streng einhalten.

*B. Kollarits-Budapest.*

Über „Tuberkulide“ und disseminierte Hauttuberkulosen, von FRITZ JULIUS-BERG - Frankfurt a. M. (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1905. Band XIII, Heft 4 u. 5.) Die Ausführungen des Verfassers beziehen sich auf den Lichen scrophulosorum und die Akne scrophulosorum einerseits, auf die nekrotisierenden Tuberkulidformen andererseits; zugrunde gelegt ist ihnen das Material der Breslauer Klinik. — In der Schilderung des Lichen scrophulosorum macht Verfasser auf die bisher nicht beachtete, von ihm in zwei Fällen gesehene Lokalisation an den Fußsohlen aufmerksam, wo die Herde Sagokörnern ähnlich durch die Haut durchschimmern. Die nicht seltene Wahrnehmung, daß Injektionen von Alt tuberkulin das Exanthem an Stellen hervortreten lassen, die vorher völlig frei von Effloreszenzen scheinen, ist bekanntlich dahin gedeutet worden, es seien diese Exantheme nur die Reaktion eines schon vorhandenen, klinisch - makroskopisch nur nicht erkennbaren Lichen scrophulosorum. Diese Deutung ist neuerdings zweifelhaft geworden, da nach den Beobachtungen KLINGMÜLLERS die Möglichkeit besteht, daß auch das Tuberkulin als solches derartige Exantheme durch toxische Stoffe hervorrufen kann. Die Auffassung, daß der Lichen scrophulosorum ein tuberkulöses Exanthem darstellt, d. h. eine von einem anderen primären Tuberkuloseherd in die Haut disseminierte spezifische Eruption, findet heute nur noch wenig Widerspruch. Die Frage, ob rein bazilläre oder toxische Tuberkulose, beantwortet Verfasser dahin, daß es einesteils Fälle gibt, bei denen die Bazillen selbst als Erreger des Exanthems aufgefaßt werden müssen, daß aber für einen anderen Teil der Fälle die Ansicht KLINGMÜLLERS zutrifft, nach der auch reine Toxine der Tuberkelbazillen das Lichenexanthem erzeugen können. (Hierzu bemerkt NISSER in einer Anmerkung, er gehe noch weiter; nicht die Fälle seien verschieden zu beurteilen, sondern innerhalb jeden einzelnen Falles resp. jeder einzelnen Eruption seien für die einzelnen Effloreszenzen verschiedene Erklärungsmöglichkeiten anzunehmen. Die Mehrzahl der Knötchen entsetehe durch Einwirkung toxischer Substanzen; hier und da aber würden von dem primären Herd auch Bazillen verschleppt, gewöhnlich nicht mehr lebend und vermehrungsfähig, nur sehr selten lebend. Diese Hypothese erkläre alle Widersprüche.)

Die Akne scrophulosorum, von der Verfasser zwei Fälle mitteilt, ist wohl durch ihre Lokalisation in der Glutäalgegend und ihrer Nachbarschaft, sowie durch die Regelmäßigkeit, mit der die Einzeleffloreszenz ihre Entwicklung zur Pustulation und zur narbigen Abheilung durchmacht, vom Lichen scrophulosorum verschieden. Doch genügen diese Differenzen nicht, um ein besonderes Krankheitsbild daraus zu machen. Verfasser sieht in der Akne scrophulosorum eine Abart des Lichen scrophulosorum, die allerdings auch isoliert, nicht kompliziert mit dem Lichen scrophulosorum in seiner gewöhnlichen Form, vorkommen kann. Beide sind Tuberkulosen benignen Natur.

Der Haupttypus der Tuberkulide mit zentraler Nekrose ist der Lupus erythematosus disseminatus БОРОК (Folliculis BARTHÉLEMY), charakterisiert durch die Lokalisation an den Streckseiten der Extremitäten und am Rande der Ohrmuschel und durch den klinischen Verlauf der Einzeleffloreszenzen, die nur selten, ehe es zur Ulceration kommt, resorbiert werden, in der Regel aber mit Hinterlassung einer kleinen runden, scharf umschriebenen, leicht deprimierten Narbe abheilen. Verfasser berichtet über neue, teilweise auch mikroskopisch untersuchte Fälle. Die histologischen Befunde be-

stätigen die von PHILIPPSON u. a. gemachten Wahrnehmungen, daß stets der Krankheitsprozeß von kleineren Gefäßen ausgeht. Dagegen ist das Bild bezüglich Tuberkulose häufig uncharakteristisch; selten findet sich gar nichts für Tuberkulose Verdächtiges, meist sind die natürlich nicht ausschlaggebenden Riesenzellen nachzuweisen, nur sehr selten ist der Bau typisch tuberkulös. Trotzdem ist der Zusammenhang dieser nekrotisierenden Tuberkulide mit der Tuberkulose als gesichert anzusehen, denn 1. weist das erkrankte Individuum fast stets anderweitige sichere Tuberkulosen auf; 2. reagiert die Affektion häufig auf Alt tuberkulin; 3. sind in einzelnen Fällen sicher Bazillen nachgewiesen; 4. haben vereinzelte Impfungen ein positives Ergebnis gehabt; 5. konnte Verfasser in einer derartigen Effloreszenz einen lupösen Herd klinisch und mikroskopisch feststellen. Die Frage, ob die Bazillen selbst oder ihre Toxine die Krankheit veranlassen, muß vorläufig noch eine offene bleiben.

Vom Lupus erythematosus discoides ist die BOECKSCHE Form scharf zu trennen, dagegen ist die Frage nach den Beziehungen des akuten disseminierten Lupus erythematosus KAPOSI zur BOECKSCHEN Form noch nicht geklärt. — Der Folliculis zuzurechnen sind die nur durch die Größe der Effloreszenzen von ihr verschiedenen „Tuberculides nodulaires“, und ihnen sehr nahe stehen wohl auch die Fälle von Erythema indurativum mit platten Infiltrationen.

Auch diese nekrotisierenden Tuberkulide sind durchaus gutartiger Natur.

Gegenüber den sicher bekannten, in Exanthemform auftretenden Haut tuberkulosen, wozu die verschiedenen Formen des Lupus vulgaris disseminatus und die bei allgemeiner Miliartuberkulose beschriebenen Eruptionen gehören, nehmen diese Tuberkulide eine besondere Stellung ein, die eine besondere Bezeichnung rechtfertigt. Sie sind charakterisiert durch ihre Benignität und ihr spontanes Abheilen, geben lokal stets eine günstige Prognose, und ihre Bedeutung liegt vor allem darin, daß sie, da sie sekundäre Infektion oder Intoxikation von einem oder mehreren primären tuberkulösen Herden her darstellen, so diagnostische Rückschlüsse auf diese gestatten.

A. Loewald-Kolmar.

**Die atypischen Haut tuberkulosen (Tuberkulides)**, von L. PAUTRIER. (*Thèse de Paris*. 1903. Nr. 64.) Die Arbeit umfaßt nicht weniger als 379 Seiten. Ein eingehendes Referat verbietet sich demnach von selbst. Da Verfasser bekanntlich schon eine ganze Reihe guter Arbeiten geliefert hat, wird vielleicht doch der eine oder andere Kollege vor einer so umfangreichen Arbeit nicht die Flucht ergreifen und sie studieren.

Frits Loeb-München.

**Über Haut- und Schleimhaut tuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion**, von ERNEST SPITZER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 24.) Ein 38jähriger Phthisiker hatte sich bei wiederholten epileptischen Anfällen in die Zunge gebissen. An der Spitze und an der Unterfläche der Zunge hatten sich zwei typische tuberkulöse Geschwüre gebildet. Die Diagnose war durch reichlichen Bazillenbefund im abgeschabten Belag der Geschwüre gesichert. Die übrigen Ausführungen des Verfassers bringen nichts Neues.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

**Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenbestrahlung bei Lupus**, von J. DOUTRELEPONT-Bonn. (*Disch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 82.) Die Untersuchungen sind an einer Reihe von Lupuskranken nach Bestrahlungen mit der FISHER-REYN-Lampe vorgenommen worden. Als Resultat teilt Verfasser mit, daß zunächst eine starke Erweiterung der Blutgefäße und eine seröse Exsudation in die Cutis und Epidermis entsteht; gleichzeitig treten meist mononukleäre Leukozyten und Erythrocyten aus den Gefäßen aus und überschwemmen die Epidermis und besonders das tuberkulöse Granulom. Die epithelioiden Zellen verfallen einer vakuolisierenden Degeneration und gehen zum Teil zugrunde. Nach weiteren Bestrahlungen sieht

man zwischen den Leukocyten längliche, spindelförmige Kerne auftreten. die entweder von den Kernen der epithelioiden Zellen oder von den fixen Bindegewebezellen herkommen. Die Spindelzellen durchsetzen fernerhin die geschrumpften tuberkulösen Herde und bilden einen mehrreihigen Ring um sie. In Präparaten, die längere Zeit nach der letzten Bestrahlung exzidiert waren, konnten auch feine, den Herd durchsetzende Bindegewebsfibrillen nachgewiesen werden. Das Endresultat der Lichtbehandlung bei Lupus ist eine Nekrose der pathologischen Zellen und Neubildung von Bindegewebe.

A. Loewald-Kolmar.

**Über die ätiologische Rolle der Tuberkulose bei der lokalen Asphyxie. und der symmetrischen Extremitäten-Gangrän,** von MAURICE BONNEFANT (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 235.) Tuberkulose kann für sich allein oder zusammen mit anderen Infektionskrankheiten die Ursache der RAYNAUDSchen Krankheit sein. Ist es einmal zu Gangrän gekommen, so nimmt dieselbe ihren Fortgang, unabhängig von dem tuberkulösen Prozefs. — Das Beste an der Arbeit ist das umfangreiche Literaturverzeichnis.

Fritz Loeb-München.

**Über zwei Fälle von Zungentuberkulose,** von SIEGFRIED NELSON. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1902.)

Fritz Loeb-München.

**Über den therapeutischen Wert von Quecksilbersalzinjektionen bei Lupus und Lepra,** von A. MEYER. (*Thèse de Montpellier*. 1904. Nr. 30) Der kurative Einfluß der Quecksilbersalzinjektionen auf die obigen Affektionen vollzieht sich erstens auf indirektem Wege: antiseptische, antiphlogistische und antiplastische Wirkung auf Infiltration und Ulceration, zweitens auf direktem Wege „mikrobizide und antiinfektiöse“ Wirkung auf die HÄNSENSchen und KOCHSchen Bazillen sowie deren Toxine. Bei ulcerösen Lupusformen empfiehlt Verfasser Kalomelinjektionen; zugleich soll stets ein äußeres lokales Mittel mit angewendet werden (Kauterisation, Skarifikation, Ausschabung). Bei Lepra tuberculosa und bei der gemischten Form bildet die interne Quecksilbermedikation (Injektionen löslicher Salze) ein wertvolles Adjuvans, das stets angewandt werden soll, wenn keine Kontraindikationen vorliegen.

Fritz Loeb-München.

**Zur Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt,** von H. DEBUW-Hamburg. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 34.) Es gibt keine Methode, die jeden Fall von Lupus heilen kann. Auch die Finsenmethode hat sich als eine Methode erwiesen, die entschieden mehr Rezidive zeigt, als man anfangs annahm. Nach MALCOLM MORRIS' Erfahrungen scheint die Lichtbehandlung nicht viel mehr zu leisten als andere Behandlungsweisen des Lupus. MALCOLM MORRIS berichtet über die Erfahrungen, die er mit der Lichttherapie gemacht hat. 19 Fälle von leichtem, wenig ausgebreitetem Lupus wurden temporär geheilt, doch traten fast stets Rezidive auf, die neu behandelt werden mußten. Bei 30 Fällen von mittelschwerem Lupus wurde temporäre Heilung nur in wenigen Fällen erzielt, die Mehrzahl wurde aber wesentlich gebessert. Von 18 schweren Fällen wurden 10 fast geheilt, der Rest meist wesentlich gebessert.

Auch in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft wurde in der Diskussion über LESSERS Vortrag: Finsenbehandlung des Lupus, das häufige Vorkommen von Rezidiven bei FINSEN verschiedentlich, namentlich von LIEBRICH erwähnt. Das Wort des alten Praktikers besteht also vor und nach der Finsenbehandlung zu Recht darin „beim Lupus die Heilung im umgekehrten Verhältnis zum kosmetischen Erfolge steht“.

Bedenkt man aber, daß die Finsenmethode 1. sehr teuer ist, 2. langsam wirkt, 3. bei Schleimhäuten, die beim Gesichtslupus (das Hauptanwendungsgebiet der Finsenmethode, denn am Körper kann auch chirurgisch behandelt werden) beinahe  $\frac{3}{4}$  der Fälle ausmachen, nicht anwendbar ist, 4. daß bei derselben Rezidive beinahe so häufig

wie bei anderen Methoden sind, 5. dafs dieselbe nur von speziell ausgebildeten Spezialärzten und Wärtern ausgeübt wird, 6. dafs man mit anderen Methoden, eventuell in Verbindung mit FINSEN (wodurch die Behandlung abgekürzt wird), auch gute Resultate erzielt, so wird man die Gefrier-Salzsäuremethode dem praktischen Arzte nicht vorenthalten, wegen ihrer Einfachheit und ihrer relativ guten Resultate, abgesehen von den mannigfaltigen Anwendungen bei ulcerativen Prozessen (Ulcus cruris) und Hautkrankheiten der verschiedensten Art. Namentlich auf die Anwendung bei schlecht heilenden Ulcus cruris möchte D. den praktischen Arzt aufmerksam machen (gründlich und lange verweilen! etwas über den Rand hinaus ätzen!), da es seiner Meinung nach ein stärkeres granulationsbeförderndes Mittel als die erwähnte Kombination nicht gibt. Auch bei Naevus vasculosus erzielt man gute Erfolge. „Selbst wenn sie blofs bei einer gewissen Form von Lupus, dem Lupus exulcerans, abgesehen von anderen ulcerativen Prozessen in kurzer Zeit auf billige Weise sozialen Nutzen stiftet, oder als Vor- oder Nachstadium in Verbindung mit anderen Methoden beim Lupus verwandt wird, so hat sie ihre Daseinsberechtigung erwiesen.“ Man mufs die Methode nur richtig anwenden, sagt DREUW, und darum wiederholt er КИСТКА gegenüber die Besonderheiten seiner Gefrier-Salzsäuremethode.

Diese Methode besteht darin, dafs energisch (eventuell auch in Narkose) vereist wird, dafs dann eine Flächenätzung über dem Eisteld gemacht wird. Diese wird nach 3—4—6 Wochen wiederholt und so fort, bis nur noch wenige Knötchen vorhanden sind (Lupusfibrom), die dann nach 3—6 Monaten, eventuell auch länger, durch Punktätzung vernichtet werden. Eventuelle Rezidive aus Resten, werden in derselben billigen und bequemen Weise behandelt, und zwar sofort im Entstehen, so dafs schliesslich der Lupus geheilt wird, soweit man dieses nach pathologisch-anatomischen Vorstellungen erwarten kann.

Arthur Rahn-Berlin.

### c. Syphilis.

Wann dürfen wir einem Syphilitiker zu heiraten gestatten? von ЕВГЕНИУСЪ БОСЗКОКІ. (*Przeglad lekarski*. 1906. Nr. 27.) Verfasser macht auf die eminente Wichtigkeit gewissenhafter Beantwortung dieser Frage aufmerksam und bespricht die bekannten fünf Postulate FOURNIERS, mit denen er sich vollkommen einverstanden erklärt: 1. Mufs der Ehekandidat vollkommen symptomfrei sein. 2. Mufs eine entsprechend lange Zeit nach der Infektion verstrichen sein; als kürzesten Termin betrachtet Verfasser drei bis vier Jahre. 3. Mufs eine längere Zeit — zirka 2 Jahre — nach den letzten Krankheitserscheinungen verstrichen sein. 4. Mufs man berücksichtigen, ob der bisherige Krankheitsverlauf nicht auf eine maligne Form (Erscheinungen von seiten des Gehirns oder des Rückenmarks) schliessen läfst. 5. Mufs die Behandlung eine genügende gewesen sein. Darunter versteht Verfasser eine systematische Quecksilbertherapie während zwei bis drei Jahre nach der Infektion.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Die Prognose der Syphilis in bezug auf Ehe und Vererbung, von ПРИНЦ А. МОЗНОВ. (*Med. News*. 2. Sept. 1905.) M. hebt ebenfalls (gleich wie TAYLOR in seiner Arbeit) die Schwierigkeit oder Unsicherheit der Prognose bei einem Falle von Syphilis hervor; mögen die Sekundärerscheinungen noch so gutartig sein, so geben sie gar keine Garantie gegen sehr schwere Tertiärsymptome. Die größte Gefahr, welche von Syphilis droht, ist jene für das Nervensystem, und als eine Art Vorläufer der Gehirnsyphilis ist die Lokalisation des spezifischen Giftes in den Augen (selbst oder deren Muskulatur) zuweilen von Wichtigkeit: Iritis, das ARGYLL-ROBERTSONSCHE Zeichen, vorübergehende Lähmung der Augenmuskeln usf. Die Prognose ist immer ungünstiger, wenn wiederholt Rezidive von papulösen Effloreszenzen an der Genital-

gend und im Munde vorkommen. Die Erfahrung lehrt, daß die Ansteckungsfähigkeit der Syphilis allmählich abnimmt und schliesslich mit der Zeit und der Behandlung erlischt; die gewöhnliche Annahme jedoch, daß die Zeit von 2—2½—3 Jahren, während welcher ein Syphilitiker völlig von Symptomen frei war, für den Ehekonsens genüge, hält M. für einen ärztlichen Irrtum und eine soziale Gefahr. Bezüglich der Vererbung ist die Prognose schlechter, wenn die Frau infiziert wird, als wenn die Syphilis den Vater allein betroffen hat. M.'s Erfahrung geht dahin, daß durch eine vierjährige (? Referent) Behandlungszeit die ansteckende und vererbare Wirkung der Syphilis erlischt: Zeit und Behandlung sind also die wichtigsten Faktoren für eine günstige Prognose der Syphilis in bezug auf Ehe und Heredität. In vielen Fällen aber, wo die Ehe zu sexuellen Exzessen führt, besteht die Gefahr der Tabes und der Paralyse (Erschöpfung der Nervenzentren), wofür FOURNIER in Frankreich und Verfasser in MENHATTANS Staatsanstalt für Geisteskranke eine große Anzahl von Beispielen sammeln konnte.

*Stern-München.*

**Die Prognose der Syphilis, von R. W. TAYLOR - New York. (Med. News. 2. Sept. 1905.)** Diese schwierige Frage beantwortet T. in erster Linie damit, daß der Grad der Initialerscheinungen keinerlei Anhaltspunkte für die Prognose abgeben; er sah viele Fälle von leichter Syphilis auf einen sehr ausgedehnten Schanker und sowohl leichte wie schwere Formen auf einen ganz unbedeutenden Primäraffekt folgen. Auch der von manchen Autoren aufgestellten Theorie, daß extragenitale Schanker die Vorläufer schwerer Syphilis seien, kann er nicht zustimmen: im allgemeinen ist hier der Verlauf derselbe wie bei genitaler Infektion. Vieljährige Erfahrung hat T. überzeugt, daß bei sonst gesunden Personen, männlichen und weiblichen Geschlechts, die Syphilis, wenn genügend und rechtzeitig behandelt, meist einen milden Verlauf nimmt. Das weibliche Geschlecht wird weit weniger von Gehirn- und Gehirnrückenmarksaaffektionen betroffen wie das männliche, was T. auf reichlicheren Alkoholgenuss und häufigere Überarbeitung bei letzterem zurückführt. Maligne Syphilis ist zweifellos eine seltene und spezielle Form der Infektion; ihr Hauptcharakteristikum ist, daß sie vor allem ein Sekundärzustand ist und keineswegs mit tertiärer Syphilis zusammenhängt (Niemals? Referent). Bei weitem die wichtigste Ursache der tertiären Syphilis ist fehlende oder ungenügende Behandlung im Sekundärstadium; dazu kommen aber noch andere Gründe, wie schlechter Ernährungszustand und verminderte Resistenz von seiten der Gewebe, sodann manche Krankheitszustände als Sekundärfaktoren. Eine der schlimmsten Komplikationen der Syphilis ist Tuberkulose, welche sowohl im Sekundär- wie im Tertiärstadium sich häufig nach Bronchitis oder Pneumonie entwickelt; andererseits bewirkt Tuberkulose bei maligner Syphilis oft ein rasches Ende. Bei Malaria-kranken ist der Verlauf der Syphilis häufig ein schwerer, Neuralgien sind sehr häufig, die spezifischen Erscheinungen zahlreich und ausgedehnt, bei Diabetes ebenso, ferner Neigung zur Ulceration hier auch vorhanden und das Allgemeinbefinden sehr tief betroffen. Die verschiedenen hämorrhagischen Diathesen, wie Skorbut, Purpura haemorrhagica sind ernste Komplikationen der Syphilis und bedingen meist schweren Verlauf derselben. Bei älteren Leuten fällt der Umstand sehr ins Gewicht, daß das Gefäßsystem in ausgedehnter und bevorzugter Weise von Lues befallen wird. Zum Schlusse weist T. darauf hin, daß eine frühzeitig eingeleitete, wirksam und genügend lange ausgeführte Kur sehr wichtig in allen Fällen von Syphilis ist und daß eine solche der Verlauf der Krankheit bei jungen und älteren Leuten günstig beeinflusst und in den meisten Fällen Heilung erzielt wird.

*Stern-München.*

**Schadenersatz für Schädigungen durch Infizierung mit Syphilis. (Münch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 29.)** Kurze Mitteilung über einen durch alle Instanzen durchgeführten Prozeß, in dem eine syphilitisch infizierte und infolgedessen hochgradig

nervös und arbeitsunfähig gewordene Frau, gestützt auf § 823 des Bürgerlichen Gesetzbuches (fahrlässige Schädigung), Schadenersatzansprüche geltend machte. Der Beklagte wurde vom Landgericht und vom Kammergericht zur Zahlung von Schadenersatz und einer monatlichen Rente verurteilt. In der von ihm eingelegten Revision beim Reichsgericht hob der Beklagte hervor, daß ihn kein fahrlässiges Verschulden treffen könnte, da die drei ihn behandelnden Ärzte ihn zwei Monate, bevor er die Frau infizierte, als vollständig geheilt erklärt hätten. Das Reichsgericht bestätigte jedoch das Urteil des Kammergerichts mit der Motivierung, daß der von der Bösartigkeit des Leidens unterrichtete Kläger sich doch hätte sagen müssen, es könne die Krankheit, die gewöhnlich drei Jahre und länger währt, immer noch vorhanden sein.

*Göts-München.*

**Syphilis als unschuldig erworbene Krankheit**, von L. DUNCAN BULKLEY-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. März 1905.) Verfasser bespricht die Häufigkeit der Syphilis insontium und die mannigfachen Wege, auf welcher die Krankheit übertragen werden kann (Ehe, Vererbung, extragenitale Syphilis). Die gesetzliche Bekämpfung hat nichts zu tun mit einer „Legalisierung“ der Prostitution oder des „sozialen Übels“, es handelt sich vielmehr darum, die große Zahl der unschuldigen Opfer zu schützen. Der erste Weg muß sein, die Syphilis einfach als ansteckende Krankheit zu betrachten und sie gleich allen übrigen ansteckenden Krankheiten unter die Kontrolle der Gesundheitsbehörden zu stellen. Wird der Vorteil dieses Vorgehens erst weiteren Kreisen einleuchten, so wird man Schritt für Schritt weiter vorgehen können.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Syphilis und ihr Einfluß auf die Kindersterblichkeit**, von HENRY ENOS TULEY-Louisville. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. März 1905.) Der Aufsatz enthält nichts Neues und gipfelt in dem Satze MORROWS: die Syphilis ist ein wesentlicher Grund der Entvölkerung und der Rassendegeneration.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Syphilis bei der dritten Generation**, von C. F. MARSHALL-Birmingham. (*Lancet.* 26. Aug. 1905.) Der Verlauf dieser Beobachtung, welche Verfasser trotz einzelner unlegbaren Defekte in der Beweisführung für einen Fall von hereditärer Übertragung auf die zweite Descendenz hält, war folgender: die Großmutter bietet an beiden Knien die Narben von multiplen Gummata dar. Die Mutter litt mit 16 Jahren an Gumma der Kniekehle und ausgedehnter Zerstörung der Rachenorgane mit konsekutiver Verengung des Nasopharynx. Mit 19 Jahren heiratete sie und hatte drei Kinder; keine Frühgeburten. Das erste Kind, jetzt zur Beobachtung gelangt, hat eine ausgesprochene Sattelnase und Auftreibung der Frontalknochen, aber keine anderen dystrophischen Symptome der hereditären Syphilis. Das zweite ist mit drei Jahren angeblich an Bronchitis gestorben, das dritte soll gesund sein. Der Vater ist nicht untersucht worden. Verfasser bespricht noch die von FOURNIEB, TARNOWSKY u. a. mitgeteilten Beobachtungen und Ansichten in bezug auf diesen Gegenstand.

*Philippi-Bad Saalschirf.*

**Syphilis mit sehr späten oder fehlenden Sekundärerscheinungen**, von ROBERT N. WELLSON-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 20. Mai 1905.) Die drei Fälle, welche W. des näheren beschreibt, sind sprechende Beweise gegen die Theoretiker, die stets die Sekundärerscheinungen vor Einleitung einer spezifischen Therapie abwarten wollen. In zwei derselben waren überhaupt keine Sekundärerscheinungen zu konstatieren gewesen und die später vorhandenen Erscheinungen, Eruption an Handteller und Fußsohlen einerseits, Drüenschwellung, Alopecie, „Halsschmerzen“ andererseits auf Hg prompt zurückgegangen, im dritten Falle stellten sich ebensolche Erscheinungen erst fünf Jahre nach dem Primäraffekt und weiterhin die Geburt eines syphilitischen Kindes ein. Wir stehen also, so schließt W. mit vollem Recht, sehr



oft vor der Wahl einer unbehandelten Syphilis oder einer lange währenden, unnötigen Behandlung, und das letztere ist jedenfalls vorzuziehen. Er hat übrigens die Beobachtung gemacht, daß es, besonders in den besseren Klassen, eine Form von Syphilis gibt, die erst spät diagnostiziert wird und deren genaueres Studium im Interesse der Nachkommenschaft von großer Wichtigkeit ist. Auch ist Verfasser der Überzeugung, daß sowohl Blennorrhoe wie Syphilis in Zunahme begriffen sind, und zwar letztere in einer weniger schweren und daher um so gefährlicheren Form; der Tag werde nicht fern sein, wo beide als ansteckende Krankheiten meldepflichtig und zur Isolierung kommen werden.

*Storn-München.*

**Über die Verhütung parasyphilitischer Affektionen,** von T. TRZCINSKI. *Medycyna.* 1905. Nr. 26—28.) Verfasser zweifelt nicht, daß die Hauptursache der Paralysis progressiva und insbesondere der Tabes die Syphilis bildet. Die spezifische Therapie ist gegen diese unheilvolle Affektionen ganz machtlos. Desto wichtiger erscheint die Frage nach den näheren Ursachen, die bei einigen Syphilitikern die Parasyphilis hervorrufen, während die anderen davon frei bleiben, und die damit verbundene Frage nach der eventuellen Prophylaxe der parasyphilitischen Affektionen.

Die parasyphilitischen Affektionen treten nun nach Verfasser hauptsächlich bei Individuen auf, die ihre Syphilis gar nicht oder ungenügend behandelt haben. Als genügende Behandlung bezeichnet Verfasser eine energische und sorgfältige symptomatische Einreibungstherapie. Gegen die intermittierende Behandlung spricht nach Verfasser der Umstand, daß das Hg nur auf das aktive Syphilisgift einwirke, im latenten Stadium aber wirkungslos, ja schädlich sei. Die sog. leichten, selten oder leicht rezidivierenden Syphilisfälle geben insofern eine schlimmere Prognose, als sie öfters von Patienten vernachlässigt und seltener energisch behandelt werden.

Zur Bestätigung seiner Anschauung teilt Verfasser folgende Statistik mit. Sie betrifft 18 Patienten, die vom Verfasser mit Lues florida behandelt waren, dann aus seinen Augen verschwunden sind, sich gar nicht oder mangelhaft weiter behandelt haben und erst nach Jahren, bereits als Parasyphilitiker, wieder erschienen sind:

Nr.	Alter	Infektion	Gesamtbehandlung	Auftreten der Paralysis
1	32	1894	30 Einreibungen	Tabes dorsalis 1900
2	28	1893	9 Injektionen	Tab. dors. seit ca. 1899
3	39	1886	1 interne Hg-Kur	Paralysis progress. 1889
4	35	1884	30 Einreibungen	Tabes dorsalis 1894
5	26	1890	24 Einreibungen	Tabes dorsalis 1894
6	29	1894	30 Einreibungen	Tab. dors. seit ca. 1900
7	20	1893	1 interne Hg-Kur	Tabes dorsalis 1897
8	28	1889	2 malige Hg-Kur	Tabes dorsalis 1897
9	23	1888	6 Injektionen u. nach 1½ Jahren 30 Einreibungen	Tabes dorsalis 1903
10	22	1888	2 malige Inunktionskur im ersten Jahre	Paralysis progress. 1902

Nr.	Alter	Infektion	Gesamtbehandlung	Auftreten der Paralyse
11	27	1891	80 Einreibungen im J. 1891, 60 Einreibungen im J. 1892	Tabes dorsalis 1900
12	25	1891	2 malige Inunktionskur im ersten Jahre	Tabes dorsalis 1898
13	25	1880	80 Einreibungen im J. 1880 u. zweite Hg-Kur im J. 1882	Tabes dorsalis 1890
14	31	1895	2 Hg-Kuren im ersten Jahre	Tabes dorsalis 1901
15	52	1897	3 Hg-Kuren im J. 1897, vierte im J. 1898	Tabes dorsalis 1902
16	50	1890	3 Hg-Kuren im ersten Jahre	Tabes dorsalis 1900
17	27	1899	3 Einreibungskuren im ersten Jahre	Tabes dorsalis 1896
18	26	1890	4 Hg-Kuren im ersten Jahre	Tabes dorsalis 1894

Diese Statistik stimmt mit der bekannten Statistik HOMENS vollkommen überein.

Die Annahme, daß eine gründliche und sorgfältige Behandlung der frischen Lues imstande ist, das Auftreten parasyphilitischer Affektionen zu verhindern, wird durch die zweite statistische Zusammenstellung Verfassers unterstützt. Sie betrifft 30 Patienten, die vor 11—16 Jahren Syphilis akquiriert haben, vom Verfasser behandelt waren und sich seit dieser Zeit ununterbrochen in seiner Beobachtung befinden. Verfasser untersucht sie jährlich wenigstens einmal, wobei quoad tabis suspicium sorgfältig nachgeforscht wird. Keiner von ihnen ist an Parasyphilis erkrankt. Bei vier Fällen sind tertiäre Erscheinungen aufgetreten. Zehn Patienten haben sich verheiratet; deren Kinder zeigen keine Symptome einer Lues hereditaria.

Alle diese Patienten haben während fünf, vier, drei und wenigstens zwei Jahre nach der Infektion öfters energische Hg-Kuren durchgemacht.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Bestimmung des Resistenztiters des Blutes gegen Sublimat bei Syphilis.** (Mitgeteilt aus der Arbeit: Die hämolytische Wirkung des Sublimats<sup>1</sup>, von L. DERRS und J. SELLEI-Budapest.) An dieser Stelle sollen eigentlich nur kurz jene Daten rekapituliert werden, welche uns vom speziellen Fach der Syphilographie aus betrachtet als wichtigere und deshalb vielleicht als besonders hervorgehoben zu werden verdient erschienen.

Zur Resistenzbestimmung syphilitischen Blutes wählten wir eine 5%ige defibrierte Blutemulsion.

Das von der gereinigten und angestochenen Fingerkuppe hervorquellende Blut wurde mittels Kapillarpipette in einer 1%igen CINa-Lösung aufgefangen. Von dieser Blutemulsion wurden 0,10 cm<sup>3</sup> zu 1 cm<sup>3</sup> Sublimatlösung gegeben; die HgCl<sub>2</sub>-Lösungen wurden in verschiedenen Konzentrationen angewendet, von welchen Lösungen die obere und untere Grenze der kompletten Lösung bestimmt wurde. Nachdem wir jedoch bei der Resistenzbestimmung des Blutes normaler Individuen gefunden haben, daß die obere Grenze von verschiedenen, hier näher nicht zu erörternden Faktoren

<sup>1</sup> DERRS und SELLEI, Die hämolytische Wirkung der Sublimats. *Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 45—46.

abhängt, so haben wir bei Syphilis meistens nur die untere Grenze der Sublimat-hämolyse bestimmt, welcher Grenztiterwert von uns eben besonders konstant gefunden wurde.

Betreffs der Lösung des Blutes mittels Sublimats kann man nämlich zwei Lösungsgrenzen, eine obere und eine untere, betrachten, zwischen welcher die Lösungszone liegt. Die obere Grenze wird durch jene Konzentration des  $\text{HgCl}_2$  gebildet, bei welcher die eiweißfixierende Wirkung des  $\text{HgCl}_2$  eben zu verschwinden beginnt. Die untere Grenze durch jene Konzentration, welche bei bestimmter Temperatur und Einwirkungszeit zur Hämolyse führt. Bei normalen Individuen schwankt der obere Grenztiter von 0,007 bis 0,004, der untere Grenztiterwert jedoch nur zwischen 0,0005 bis 0,004 %. Den unteren Grenztiterwert haben wir bei 14 verschiedenen Syphilitikern bestimmt.

Von diesen Patienten wollen wir bei Angabe der Diagnose die Grenzwerte anführen:

Sklerosis	* Sklerosis und Roseola	* Sekundäre Syphilis (manifeste Symptome)	Syphilis latens
0,0008	0,0005	0,0005	0,0008—4
0,0005	0,0005		
0,0004	—	0,0008	0,0005
—	—	0,0005	—
—	—	0,0008	—

Hervorzuheben ist, dafs von den 14 Luetikern, bei welchem der untere Grenztiter gröfser ist als 0,0005, drei in voller akuter Eruption waren.

Betreffend des Studiums des Einflusses der Quecksilberbehandlung auf den Sublimattiter, haben wir bei sechs an verschiedenen Symptomen der Syphilis leidenden Individuen während des Verlaufes der Quecksilberbehandlung den Grenztiter bestimmt.

#### Fall I. Sklerosis:

Nach der	1. (1 cm <sup>3</sup> 2%) $\text{HgCl}_2$ -Injektion	0,0008
" "	2. (1 " 2%) " "	0,0008
" "	3. (1 " 2%) " "	0,0008
" "	4. (1 " 2%) " "	0,0005
" "	5. (1 " 2%) " "	0,0004
" "	6. (1 " 2%) " "	0,0003
" "	7. (1 " 2%) " "	0,0003
" "	8. (1 " 2%) " "	0,0005
" "	9. (1 " 2%) " "	0,0004
" "	10. (1 " 2%) " "	0,0004
" "	11. (1 " 2%) " "	0,0004

#### Fall II. Sekundäre Syphilis:

Nach der	8. Einreibung (3,0 g Ung. hydrar. cin.)	0,0008
" "	15. " (3,0 " " " " )	0,0008
" "	20. " (0,0 " " " " )	0,0005
" "	25. " (3,0 " " " " )	0,0005

**Fall III. Syphilis latens:**

Nach der	1. 2%	HgCl <sub>2</sub> -Injektion	0,0008
„ „	6. 2%	„ „	0,0008
„ „	7. 2%	„ „	0,0005
„ „	13. 2%	„ „	0,0004

**Fall IV. Syphilis papulosa:**

Nach der	5. 2%	HgCl <sub>2</sub> -Injektion	0,0002
„ „	6. 2%	„ „	0,0003
„ „	7. 2%	„ „	0,0005
„ „	8. 2%	„ „	0,0005
„ „	9. 2%	„ „	0,0005
„ „	10. 2%	„ „	0,0003
„ „	11. 2%	„ „	0,0003
„ „	12. 2%	„ „	0,0005
„ „	13. 2%	„ „	0,0004
„ „	14. 2%	„ „	0,0004
„ „	15. 2%	„ „	0,0004

**Fall V. Syphilis papulosa:**

Vor der Quecksilberbehandlung . . .	0,0008
Nach 5 Einreibungen à 3 g Ung. hydrar.	0,0005

**Fall VI. Syphilis gummosa:**

Nach der 4. HgCl <sub>2</sub> -Injektion	0,0004
„ „ 5. „	0,0008
„ „ 6. „	0,0003

Nach Durchsicht dieser Tabelle zeigt sich, daß bei den mit Quecksilber behandelten syphilitischen Kranken der Bluttitel größeren Schwankungen unterworfen ist, und dieses ist um so auffallender, weil wir bei normalen Individuen höchstens eine Schwankung von 0,0001% bei ein und demselben Individuum beobachten konnten, während bei mit Quecksilber behandelten Syphilitikern diese Schwankung während der Behandlung mehr als 0,0008% ausmachen konnte. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß die Ursache dieser Schwankungen durch die Quecksilberbehandlung verursacht wird.

Im Verlaufe unserer diesbezüglichen Arbeit konnten wir ferner finden, daß die Blutresistenz im Verlaufe der Quecksilberbehandlung eine tatsächlich größere wird, jedoch die Anfangsresistenz nicht in solchem Maße übertrifft, daß wir darauf auf irgendeine Blutimmunität zu schließen berechtigt wären. Es wird nämlich in der Mehrzahl der Fälle durch die erste Sublimatinjektion der Bluttitel erheblich herabgedrückt, um später während der Behandlung wieder zum ursprünglichen Werte hinauf zu gelangen.

*Josef Sella-Budapest.*

**Über Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken, von P. DOHLE-Kiel.** (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 24.) Im Jahre 1892 hatte D. Protoplasmagebilde im Schankersekret und im Gewebsafte von kongenital Syphilitischen beschrieben, die er als parasitäre Protozoen ansprach. In der darauffolgenden Zeit hat D. die Untersuchungen mit Unterbrechungen fortgesetzt. Nachdem er sich lange vergeblich bemüht hatte, eine charakteristische Färbemethode zu finden, wandte er sich wieder der Untersuchung von frischen Präparaten zu.

Zur Untersuchung wurde hauptsächlich Blut von Syphilitischen, und zwar nicht bloß kongenital Syphilitischen, genommen und nur spärlich das Sekret von harten Schankern zum Vergleich. Blut namentlich deshalb, weil bei den Untersuchungen

Verunreinigungen, die im Schankersekret nicht zu vermeiden sind, mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden können.

Das Blut wurde von Kranken meist kurz nach dem Ausbruch des Exanthems aus der sorgfältig desinfizierten Fingerkuppe genommen und entweder sofort auf das Deckglas gebracht oder, wenn das nicht angängig, in sterilen Glaskapillaren aufgefangen und daraus so schnell als möglich zur Untersuchung entnommen. Die Untersuchung geschah im hängenden Tropfen, ebenso beim Schankersekret, dessen Entnahme stattfand, nachdem sich das Geschwür unter einem sterilen Wasserverbande so gereinigt hatte, daß fast nur klare Lymphe hervorsickerte.

Im Blute und im Schankersekret wurden die gleichen Gebilde gefunden, und zwar:

1. Kleine, lebhaft bewegliche Körner von etwas verschiedener Größe, die mit einem oder mehreren (bis zu drei) kaum sichtbaren Fortsätzen versehen zu sein schienen;

2. bewegliche, länglich ovale Gebilde, die mit einer deutlichen Geißel versehen waren;

3. größere Gebilde, die aus einem Kopfe und daran hängender geschwungener Geißel bestehen. Das Kopfende ist spindelförmig, manchmal etwas länger ausgezogen so daß es eine mehr stäbchenförmige Gestalt annimmt;

4. die Geißel besteht aus einem äußerst zarten Protoplasma, geht aus dem sich nach der Geißel zu etwas verjüngenden Kopfende hervor und verschmälert sich bis zum Ende;

5. ganz vereinzelt: Kopfende plumper, mehr abgerundet, an der einen Seite ist der Randsaum verdickt, daraus scheint direkt die Geißel hervorzugehen; in dem zarten Protoplasma des Kopfes sieht man zwei Körner, ein kleineres und ein größeres Körnchen, selbständig sich bewegen, soweit das sich bei der allerdings langsamen Bewegung des ganzen Gebildes beurteilen läßt;

6. mehr oder weniger zahlreich: kleine, geschlängelte, bewegliche Protoplasmafädchen, die so zart sind, daß man sie nur sehr schwer sehen kann. Manchmal schien es, als ob an dem Ende eine kleine, knopfförmige, etwas glänzende Verdickung wäre.

D. hält die im Blute gesehenen geschlängelten Protoplasmafädchen, deren Spirillenähnlichkeit ihm immer aufgefallen war, mit den jüngst von SCHAUDINN und HOFFMANN in dem Saft primärer Indurationen und Bubonen beschriebenen Spirochäten für identisch.

Im Blute von drei Masernkranken, das nach dem Ausbruch des Exanthems entnommen war, hat D. ähnliche, aber nicht gleiche Gebilde gefunden.

Bei Pocken fand D. hauptsächlich zwölfmal die schon früher beschriebenen und abgebildeten kugeligen, manchmal etwas ovalen Gebilde mit langer Geißel.

*Arthur Rahn-Collin (Sachsen).*

**Einfluß der Syphilis auf die Lebensdauer, von JAMES NEVINS HYDE. 1905.**  
Es handelte sich bei der Diskussion dieser Frage lediglich um akquirierte Syphilis der Erwachsenen. Aus den Volkszählungslisten ersieht man, daß 1,53 bis 1,9 pro mille jedes Jahr an „venerischen Krankheiten“ sterben. Der Ausdruck venerische Krankheiten ist sehr unbestimmt; ferner mögen manche wirkliche Opfer der Syphilis nicht als an Syphilis gestorben registriert werden; weiter werden auch Leute, die an Spätsyphilis starben, meist unter anderen Todesursachen aufgeführt. Die Zahl der Erkrankungen an Syphilis jährlich festzustellen, ist fast unmöglich. Die amerikanische dermatologische Gesellschaft hat seit 1878 die Statistiken aller Erkrankungen, welche ihren Mitgliedern zu Gesicht kamen, gesammelt. Von 1878—1902 wurden 46—487 festgestellt. Zur Gruppe der akquirierten syphilitischen Erkrankungen gehören fünf Affektionen des

Nervensystems und nur eine der Bedeckungen der Muskeln (Leukoderm, Hysteroneurasthenie, Hysterosyphilis, Tabes, generelle Paralyse, eine spezielle Form der Epilepsie und der Muskelatrophie). Man hat diese Krankheiten zu einer separaten Gruppe aufgestellt, weil sie im allgemeinen einer antisiphilitischen Behandlung wenig zugänglich sind und in verhältnismäßig zahlreichen Fällen unter Individuen vorkommen, welche eine syphilitische Anamnese aufweisen. (Der Verfasser widerlegt diese Anschauung.) — Was die Beeinflussung der Syphilis durch koexistierende Krankheiten anbetrifft (Tuberkulose, Carcinome), so hat man die Ansicht, daß zu gleicher Zeit erworbene Syphilis und Tuberkulose sich gegenseitig in milderndem Sinne beeinflussen. Liegen aber die beiden Infektionen zeitig auseinander, so wird die von einer Krankheit geschaffene Kachexie von der anderen nach der schlechten Seite beeinflusst. Carcinom kommt selten zu gleicher Zeit mit Syphilis vor, tritt sonst aber gefährlicher auf, wenn es auf einem Boden wächst, der durch das syphilitische Virus beeinflusst ist.

A. Niemeyer-Berlin.

**Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei Syphilis. Die Wirkung der Quecksilberbehandlung,** von ROBERT MOOG. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 309.) Die Frage, die Verfasser zum Gegenstand seiner Untersuchungen gemacht hat, wurde vor ihm schon von einer Reihe anderer Autoren ventilirt. Besonders die widersprechenden Ergebnisse der Stickstoffuntersuchungen im Urin veranlaßten Moog, der Frage näher zu treten. Er vergleicht die Syphilis mit einer chronischen Intoxikation, die analoge Störungen hervorrufe, wie andere Vergiftungen. Auf Grund der Untersuchungen, die er anstellte, konstatiert Verfasser, daß die syphilitische Infektion vom Auftreten des Primäraffektes an mit einer beträchtlichen Verminderung der Menge des ausgeschiedenen Harnstoffes einhergeht. Diese Verminderung ist konstant im Stadium der sekundären Erscheinungen und persistiert selbst bei solchen Syphilitischen, die keinen „accident en activité“ mehr darbieten, die aber nicht behandelt worden sind. Gesamtstickstoff und Phosphorsäure werden in Quantitäten ausgeschieden, die gegen die Norm sehr vermindert sind. Der Demineralisationskoeffizient ist stets erhöht.

Die Quecksilberbehandlung führt diese Anomalien zur Norm zurück, mit Ausnahme des Demineralisationskoeffizienten, der nur in minimalem Grade beeinflusst wird.

Fritz Loeb-München.

**Kritische Studie über syphilitische Reinfektion,** von MARIE COUTANINE. (*Thèse de Genève*. 1904. Nr. 44.) Der Arbeit liegen 85 Fälle zugrunde. Bezüglich des Intervalles zwischen beiden Infektionen läßt sich nichts Bestimmtes sagen. Er schwankt in beträchtlichen Breiten: von 2 $\frac{1}{2}$ —82 Jahren. Unter den citirten 85 Fällen ist das Verhältnis folgendes:

2 $\frac{1}{2}$ —5 Jahre .....	2 Fälle
5 —10 „ .....	15 „
10 —15 „ .....	10 „
15 —20 „ .....	5 „
20 —25 „ .....	1 Fall
25 —85 „ .....	1 „

Die Inkubationszeit des zweiten Schankers ist in 12 Fällen angegeben und scheint eine normale zu sein:

1 mal .....	88 Tage
1 „ .....	30 „
2 „ .....	23 „
3 „ .....	20—15 „
1 „ .....	90(?) „

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen: Syphilitische Reinfektion kommt bewiesenermaßen vor. Die Immunität durch die erste Erkrankung hat also eine Grenze. Das Auftreten einer Reinfektion beweist nicht, daß die erste Lues geheilt war. Genaue Untersuchungen sind noch nötig, um die interessante Frage der syphilitischen Reinfektion völlig zu klären.

*Fritz Loeb-München.*

**Das sekundärsyphilitische Fieber**, von S. ZENTLER. (*Thèse de Paris*. 1903. Nr. 124.) Verfasser hat die Publikationen über „syphilitisches Fieber“ studiert und ist zu der Anschauung gekommen, daß die Mehrzahl der beschriebenen Beobachtungen einer ersten Prüfung nicht standhalten könne, daß es sich vielmehr in diesen Fällen um Fieber bei syphilitischen Individuen gehandelt hat, nicht aber um Fieber direkt syphilitischer Natur. Die Angabe anderer Autoren, die in 30% der Fälle „sekundärsyphilitisches Fieber“ beobachtet haben wollen, erklärt er für übertrieben. Wenn es ein solches sekundärsyphilitisches Fieber gibt, so fällt dies stets mit Manifestationen der sekundären Periode zusammen, wie Roseola, Augenkomplikationen usw. Die Fieberkurve ist in solchen Fällen, z. B. bei Roseola, ganz unregelmäßig. Ein Unterschied zwischen idiopathischem und symptomatischem „syphilitischen Fieber“ sollte nicht gemacht werden, da es sich in beiden Fällen um Symptome derselben spezifischen Infektion handelt. Meist liegt nach der Meinung des Verfassers dem Fieber Sekundärsyphilitischer irgendeine interkurrente Affektion zugrunde.

*Fritz Loeb-München.*

**Über sekundärsyphilitische Angina**, von M. GAZAVE. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 429.) Neben der typischen sekundärsyphilitischen Angina mit hartnäckiger Dysphagie, Rötung des Gaumens, Hypertrophie der Mandeln, Plaques mouqueuses gibt es eine syphilitische Angina, bei der nur eines, zwei oder mehrere dieser Charakteristika vorhanden sind, über deren klinischen Verlauf, Diagnose und Therapie Verfasser berichtet.

*Fritz Loeb-München.*

In der Berliner Anthropologischen Gesellschaft (*Zeitschr. f. Ethnologie*. 1904. Heft 6) demonstrierte LEHMANN-NITSCHKE altpatagonische, angeblich syphilitische Knochen aus dem Museum zu La Plata. Die Knochen, welche der präkolumbianischen Zeit entstammen sollen, wurden in alten Grabstätten gefunden. Es sind eine Tibia und ein Schädel. Der als Spezialist befragte HANSEMANN hält die Veränderungen an der Tibia für osteomyelitisch oder tuberkulös; dagegen sieht er die Defekte am Schädel als zweifellos syphilitisch an.

*F. Hahn-Bremen.*

**Über die Multiplizität des syphilitischen Schankers. Statistik des Hospital RIGORD (früher MIDI)**, von ACHILLE PAPAGAEY. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 402.) Die Statistik, die der Arbeit zugrunde liegt, umfaßt 12069 Fälle von sicheren syphilitischen Schankern. Es trifft ein multipler Schanker auf 3,98 syphilitische Schanker = 25,39%; diese multiplen syphilitischen Schanker treten entweder gleichzeitig oder sukzessive auf. Sie verdanken ihre Entstehung fast immer gleichzeitiger, nur in einer kleinen Zahl von Fällen sukzessiver oder Autoinokulation. Die Periode, während welcher solche Reinokulationen auftreten können, ist sehr variabel; sie hängt ab von der Virulenz des Kontagiums, von der Widerstandskraft des Individuums und von individueller Disposition. Meist ist sie sehr kurz. Die Multiplizität der Schanker scheint kein prognostisch ungünstiger Faktor zu sein.

*Fritz Loeb-München.*

**Multipler Schanker und Pathogenese der Lues**, von JULES KLOTZ. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 349.) Verfasser kommt im wesentlichen zu den gleichen Ergebnissen wie PAPAGAEY (siehe vorhergehendes Referat).

*Fritz Loeb-München.*

**Über extragenitale Primäraffekte**, von OTTO WITTE-Woldegk. (Karl Marschner, Berlin 1904.) Verfasser berichtet über 30 Fälle extragenitaler Syphilisinfektionen, die bei einem Krankenmaterial von 1126 primären und sekundären Syphilisfällen beobachtet wurden. Es beträgt diese Zahl also 2,66% der Kranken. Von obigen 1126

Kranken waren 717 Männer und 409 Frauen, von den 80 extragenital Angesteckten waren 20 Frauen und 10 Männer. Die Frauen überwiegen also bei den extragenitalen Infektionen um mehr als das Dreifache. Von den 80 Fällen betrafen 25 Lippen-schanker, je einer einen Schanker an Wange, Kinn und Finger. Zwei Lokalisationen ließen sich nicht genau feststellen, doch war aus den äußeren Umständen auf extragenitale Infektionen zu schließen.

*Hopf-Dresden.*

**Extragenitaler Schanker**, von R. DUHOT. (*Polichn. Centr.* Dez. 1904.) Mitteilung eines Falles von Sklerose am Mittelfinger der linken Hand zwischen Nagel und Gelenk der Endphalanx an der Stelle einer kleinen Brandwunde. Die Infektion war durch gewisse gynäkologische Manöver zustande gekommen. *A. Loewald-Kolmar.*

**Über extragenitale Schanker**, von ABRAHAM L. WOLBARST - New York. (*New York med. Journ.* 26. Aug. 1905.) Zur Kasuistik der extragenitalen Schanker bringt W. einige (sechs) Fälle ziemlich ungewöhnlicher Art. In einem Falle nahm man anfangs eine Phlegmone am linken Zeigefinger an, bis die Inzision die wahre Natur des Leidens zeigte; in zwei weiteren Fällen war die Infektion durch widernatürliche Unzucht — Primäraffekt am Anus — erfolgt und typische Sekundärscheinungen entstanden. Bei einem dreijährigen Kinde kam neben einer blennorrhöischen Urethritis posterior ein typisches Ulcus unterhalb des Nabels, dessen Ursprung ebenfalls auf widernatürliche Unzucht zurückgeführt wurde, zur Beobachtung; denn bei Eltern und Geschwistern des Kindes waren keinerlei Spuren von Syphilis zu entdecken. In einem Falle schließlich, einen 26jährigen Mann betreffend, konnte W. keine andere Quelle für das am hinteren Teile des Oberschenkels sitzende Ulcus als einen infizierten Abort herausfinden.

*Stern-München.*

**Über extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen**, von WILLY BLOCH. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) Die Lippenschanker nehmen fast die Hälfte aller extragenital lokalisierten Sklerosen ein.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Digitalaklerosen**, von MARTIN BAUER - Oberhatzkofen. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1905.) In seiner interessanten historischen Einleitung weist Verfasser darauf hin, daß die ersten Beobachtungen von zufälliger Übertragung der Syphilis schon kurz nach dem ersten Auftreten der großen Epidemie in Neapel gemacht wurden.

Die große Gefahr der extragenitalen Infektionen besteht vor allem wesentlich darin, daß sie unerkannt zu neuen Infektionen auf extragenitalem Wege Anlaß geben, und daß sie ganze Familien und Ortschaften durchsuchen können. Die Syphilis dominiert dort als epidemische kontagiöse Krankheit, wo Stupidität, Ignoranz, Unsauberkeit, enges Zusammenwohnen und ungenügende sanitäre Überwachung ihrer Ausbreitung Vorschub leisten. — So wird bei der südrussischen Landbevölkerung, die bekanntlich auf einer ziemlich tiefen sozialen und moralischen Stufe steht, die Zahl der extragenitalen Infektionen auf 80—90% von sämtlichen Luesfällen angesehen.

Eine weitere Gefahr der Unkenntnis des extragenitalen Primäraffektes besteht in der Verwechslung mit anderen, ähnlich aussehenden Krankheitsbildern (MÜNKHEIMER). Was die Häufigkeit des Sitzes der extragenitalen Sklerosen anlangt, so stehen nach einer Statistik von BULKLEY die Lippen oben an. Weiter in der Reihenfolge schlossen sich Brust, Mundhöhle, Finger, Augenlider, Tonsillen an. Die Lokalisationen an den übrigen Körperstellen bilden ein wesentlich schwächeres Kontingent als die erstgenannten. In seinen weiteren Ausführungen geht Verfasser auf die interessantesten Initialsklerosen an den Fingern, die im Laufe der letzten fünf Jahre in der Literatur veröffentlicht worden sind, näher ein. Diese Sklerosen gehören größtenteils zur dritten der von BULKLEY angegebenen Hauptgruppen, der Syphilis technica, deren Verhältnisszahl zu den extragenitalen Schankern überhaupt von HELLER zu 5,1% berechnet wird. Diese Gruppe ist besonders durch Ärzte, Dentisten, Hebammen,



Wärter und Wärterinnen vertreten, die sich während ihrer beruflichen Tätigkeit infizieren (bei gynäkologischen Untersuchungen, Sektionen, Mundoperationen an luetischen Individuen, Verbinden und Säubern von harten Schankern usw.). Bei Laien kommen Infektionen an den Fingern in ähnlicher Weise zustande; bei jungen Männern durch Berühren infizierter weiblicher Genitalien, bei jungen Mädchen durch Mannstupration mit einer mit Schleimpapeln an den Geschlechtsteilen behafteten Freundin; außerdem kann ein Schlag auf den Mund oder ein Biss einer syphilitischen Person die Ursache einer Fingersklerose sein. Meist geht die Sklerose von der Infektion eines Risses aus, oder die Einlagerung des Giftes findet (nach TAYLOR) auch bei intakter Haut zwischen Nagel und Nagelfalz statt.

Nach genaueren Mitteilungen über die in der Literatur niedergelegten Fälle berichtet Verfasser zum Schluss seiner interessanten Arbeit über einen selbstbeobachteten Fall, der eine 45jährige Arbeiterfrau betrifft, die ein hereditär-luetisches Kind gebar, nachdem sie in der Gravidität ein syphilitisches Kind gepflegt und sich beim Waschen mit einer Nadel gestochen hatte. Die kleine Wunde wurde Sitz des Primäraffektes und die Quelle der Leidensgeschichte von Mutter und Kind.

*Fritz Loeb-München.*

**Mutabilität und Generationswechsel des Syphilisbacillus als Ursache der variablen Syphiliserscheinungen**, von VON NIESSEN-Wiesbaden. (*Die med. Woche*. 1905, Nr. 26.) Durch mehr als 200 Blutuntersuchungen stellt v. N. fest, daß sich das Syphiliskontagium in jedem Fall von Syphilis mit Sicherheit aus dem Blute kulturell isolieren läßt, die Kontagien für Syphilis, Tuberkulose und Blennorrhoe lassen sich nicht nur für einen Stammoceten, einen Aspergillus resp. Mukor-Art onto- und phylogenetisch zurückführen, sondern dieselben und damit die von ihnen verursachten Krankheitsformen lassen sich ursächlich in letzter Instanz für identisch erklären. Stellt man nun den klinischen Erscheinungsreichtum z. B. bei der Syphilis, den geradezu erstaunlichen mykologischen Pleomorphismus und Generationswechsel, die so rege Mutabilität von Form und Biochemismus gegenüber, so ist darin vielleicht der Schlüssel für das Wechselspiel der Semiotik gefunden. Ferner betont Verfasser, ebenso wie es keine genuine Syphilisimmunität gibt, so wird ihre künstliche Erzeugung ein frommer Wunsch bleiben, oder auf künstliche Infektion resp. Superinfektion hinauslaufen. Diese Anschauung wird durch die moderne „Isotherapie“, das „Immunisieren“ mittels lebender Bakterien vollauf bestätigt. Die Bakterien- und Serumtherapie hat für die Syphilis voraussichtlich keinen praktischen Wert, zum mindesten ist er zunächst problematisch.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über den Nachweis der hantelförmigen Bazillen bei der chronischen, zottenbildenden Polyarthrits und über Beziehungen der Syphilis zu derselben**, von MAX SCHÜLLER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 40.) SCH. hält die hantelförmigen Bazillen für die eigentliche Ursache der chronischen, zottenbildenden Polyarthrits. Man stellt die Kulturen der Bazillen her aus direkt dem Gelenke entnommenen hyperplastischen Zotten. Die Größe der Pilze variiert nach den verschiedenen Nährböden. Diese Bazillen finden sich nur bei der Polyarthrits chronica villosa. Doch gibt es einzelne Fälle mit genau den gleichen Kriterien, bei welchen aber doch palpatorisch, teils durch Röntgenbild, gröbere Veränderungen an den knorpelbedeckten Rändern und Flächen der knöchernen Gelenkenden nachzuweisen sind. Indessen gehören dieselben sämtlich nicht der Arthrits deformans an, sondern sind abgelaufene syphilitische Gelenkprozesse, auf deren Boden sich der zottenbildende, durch die hantelförmigen Bazillen hervorgerufene Prozeß entwickelte. Auf diese Kombination mit syphilitischen Gelenkveränderungen hat SCH. schon früher hingewiesen,

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen**, von A. NEISSER-Batavia. (Zweite Mitteilung, ausgeführt in Gemeinschaft mit GUSTAV BAERMANN.) (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Die Mitteilung berichtet über in Breslau angestellte Impfversuche an 53 verschiedenen niederen Affenarten. Cutane Impfungen mit Menschensyphilis (mit Primäraffekten, mit breiten Condylomen und primären Lymphdrüsen) ergaben fast durchweg ein positives Resultat, d. h. es kam 20 bis 35 Tage nach der Impfung zu einer Schwellung, Rötung, Infiltration und Schuppung an der Impfstelle; typische primäre Drüsen sowie Allgemeinerscheinungen wurden nicht beobachtet. Subcutane Inokulationen mit Menschensyphilis sowie subcutane und intraperitoneale Einspritzungen von undefibriertem Blut und Serum führten in keinem Falle zu einem positiven Ergebnis. Nachträgliche cutane Inokulationen fielen wieder positiv aus. — Cutane Impfungen von Tier zu Tier verliefen teils positiv, teils negativ. Eine Abschwächung der Virulenz durch Tierpassage konnte nicht festgestellt werden. In der Empfänglichkeit der verschiedenen Affenarten bestehen zweifellos sehr erhebliche Differenzen. Zwischen den höheren und niederen Affenarten besteht jedenfalls der Unterschied, daß Allgemeinerscheinungen bei den niederen Arten nicht vorkommen scheinen. — Impfungen mit Milz, Knochenmark und Leber von infizierten Tieren vermochten Syphilis an den geimpften Tieren nicht zu erzeugen; ein Versuch bildet aber insofern eine Ausnahme, als das betreffende Tier, das mit Knochenmark vom Schimpanse cutan geimpft war, bei späterer energischer Impfung mit menschlicher Syphilis nicht reagierte, während alle übrigen Tiere bei nachträglicher Impfung typische Primäraffekte bekamen. *A. Loewald-Kolmar.*

In der Sitzung der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften in Wien (18. Mai 1905) überreicht Professor FINGER eine zusammen mit K. LANDSTEINER ausgeführte Arbeit „**Untersuchungen über die Syphilis der Affen**“. Der kurze Bericht über den Inhalt dieser Arbeit besagt, daß die Verfasser in einer großen Zahl von Fällen positive Impffolge an niederen Affen hatten, sowohl mit Menschenvirus wie mit Affenvirus. Versuche über die parasiticide Wirkung des Syphilitikerserums, sowie über die immunisierende Wirkung von lebendem und abgetötetem Syphilisvirus verliefen negativ. Reinfektionen von Affen nach abgelaufener Syphilis blieben negativ. Einen positiven Impf Erfolg hatten die Verfasser auch bei der Verimpfung von gummiösem Gewebe; ein gewiss sehr bemerkenswertes Ergebnis. *A. Loewald-Kolmar.*

**Weitere Mitteilung über Syphilisimpfung am Pferde**, von PIORKOWSKI-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) Verfasser hat Blut von Syphilitikern einem Pferde in die Jugularvene gespritzt und nach einigen Wochen das Auftreten von Drüenschwellungen und einem zunächst spärlichen, später sehr reichlichen, lange Zeit persistierenden, papulösen Exanthem beobachtet. Die Übertragung von Blut dieses Pferdes auf ein anderes Pferd führte bei diesem zu dem Auftreten ganz ähnlicher Erscheinungen. Gleichartige Wahrnehmungen machte Verfasser bei Blutübertragungen auf Kaninchen. *A. Loewald-Kolmar.*

**Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis**, von J. SIEGEL. (*Munch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28 u. 29.) I. Morphologie der Cytorrhocytes luis. S. empfiehlt, um sich vor Verwechslung der Cytorrhocytes luis mit anderen kleinen Gebilden des Blutes zu schützen, zunächst gesundes Blut unter dem Deckglas zu beobachten; denn auch im gesunden Blute erscheinen, wenn die Blutkörperchen zu zerfallen beginnen, kleine bewegliche Scheibchen und Fädchen in zunehmender Zahl, die von den Cytorrhocytes luis mit Sicherheit zu unterscheiden nur durch längere Übung und vergleichende Betrachtung gelingt. Auf Cytorrhocytes luis untersucht man Blut syphilitischer Menschen, oder besser noch, weil gewöhnlich reicher an Parasiten, das Blut syphilitisch geimpfter Tiere zunächst in unverdünntem Zustande. Man er-

kennt in solchem Blute eine Reihe lebhaft beweglicher Körperchen von  $\frac{1}{2}$  bis  $2\frac{1}{2}\mu$  Durchmesser, die sich durch stärkere Lichtbrechung von allen anderen Gebilden abheben; die kleineren sind drehrund, während die größeren mehr oder minder abgeplattete Formen mit verschiedenen Umrissen aufweisen. Sie zeigen an einem oder an beiden Enden ganz deutliche Geißeln, von denen man jedoch infolge der schnellen, stoß- und sprungweisen Eigenbewegungen häufig nur die kurzen Ansätze sieht. Beginnt das Präparat einzutrocknen, dann lassen, während gleichzeitig die Zahl der Zerfallsprodukte der roten Blutscheiben und deren Bewegung zunimmt, die Bewegungen der Flagellaten allmählich ganz nach und der vorher so auffällige Glanz weicht einem opaken Aussehen; dafür treten jetzt die ganz regelmäßig angeordneten Kerne, 2 bis 16 an Zahl, deutlich hervor. — Man findet die Flagellaten außer im Blute von Syphilitikern auch im Saft der Primäraffekte, der Lymphdrüsen, der Nieren usw. Ihre Zahl steht in einem gesetzmäßigen Verhältnis zur Entwicklung der Krankheit; sie fehlen in den ersten Tagen nach der Impfung von Tieren ebenso wie im gesunden Blute, am häufigsten finden sie sich in der zweiten und dritten Woche der Erkrankung, um im Laufe der nächsten Wochen allmählich wieder seltener zu werden. Spirochäten sah S. in lebenden Präparaten von nicht ulcerierten Primäraffekten niemals, wohl aber in spärlicher Zahl neben den sehr zahlreichen Cytorrhoytes im Ausstrich ulcerierter Sklerosen und gelegentlich im Saft der zugehörigen Lymphdrüsen. — Zum genaueren Studium der Struktur der Flagellaten ist die Färbung durchaus notwendig. Um die Kerne deutlich zu färben, übergießt man einen Ausstrich von Blut oder Gewebessaft ganz kurz mit ГЕМАСОВАЯ Hämatoxylin, spült sofort mit destilliertem Wasser ab, entfärbt mit 1%igem Salzsäurealkohol oder Essigsäurelösung, bringt dann das Präparat durch die Alkoholstufen in destilliertes Wasser und färbt entweder eine halbe Stunde in einer auf  $37^{\circ}$  erwärmten oder einige Stunden in kalter Azurlösung (Azur II, 1:1000); nach dem Färben taucht man das Präparat ganz kurz in absoluten Alkohol, dann in Xylol und Kanadabalsam. Die Kerne werden bei diesem Verfahren sehr deutlich dunkelblau. Die Geißelfärbung gelingt am besten nach der älteren, von GIEMSA gegebenen Vorschrift, wie sie zur Färbung der Malaria Parasiten benützt wird. Man muß die Präparate drei Tage färben, indem man täglich den Farbstoff wechselt; die Präparate werden nur mit Wasser abgespült, getrocknet und in Zedernöl untersucht. Das vollkommene Gelingen der Geißelfärbung ist selten, häufig mißlingt sie ganz, zumeist erhält man nur die Geißelwurzeln. Zu beiden Färbungen müssen die Farbstoffe jedesmal frisch abgekocht und filtriert sein. Die Darstellung der Flagellaten in Schnitten erfordert die Anfertigung sehr dünner Schnitte; die Färbung ist dieselbe wie die Kernfärbung in Ausstrichen, nur die Einwirkung der Azurlösung dauert zweckmäßig 24 Stunden.

**II. Impfungen auf Affen, Kaninchen und Meerschweine.** In diesem zweiten Teile seiner Arbeit beschreibt S. die Technik der Impfung der Affen mit syphilitischem Material, die Krankheitserscheinungen, die sich danach einstellen, und die Sektionsbefunde. Es gelang aber S. nicht nur, bei Affen primäre und sekundäre Syphilissymptome hervorzurufen, er erzeugte auch bei Kaninchen und Meerschweinchen durch Verimpfung von Syphilismaterial eine Krankheit, die zweifellos Syphilis war; denn Material von solchen Kaninchen oder Meerschweinchen auf Affen verimpft bewirkte wieder Syphilis, die ebenso verlief wie bei Verimpfung menschlichen Materials und auf andere Affen weiter übertragen werden konnte. „Da nun in jedem Impftiere auf dem Höhepunkte der Erkrankung sowohl im Blute *intra vitam* wie in den Ausstrichpräparaten und Schnitten von Leichenmaterial als einzige Parasiten ganz unzweifelhaft sich die Cytorrhoytesflagellaten nachweisen ließen, und zwar nicht spärlich, sondern in großer Zahl, wie es nach Analogie mit anderen Krankheitserregern bei

schwerer akuter Erkrankung vorausgesetzt werden muß, dagegen bei gesunden Tieren nicht, so glaube ich den *Cytorrhycetes luis* als den Erreger der Syphilis bezeichnen zu dürfen.“

Es ist nicht möglich, im Referat sämtliche Einzelheiten der Arbeit, namentlich die im ersten Teile enthaltenen, die Morphologie der *Cytorrhycetes*-flagellaten betreffenden Details aufzuführen; es sei daher ausdrücklich noch die Lektüre des interessanten, mit Abbildungen versehenen Originals empfohlen.

*Göts-München.*

**Impfungen mit *Cytorrhycetes luis* an Kaninchenaugen,** von WALTER SCHULZE-Berlin-Friedenau. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 19.) Es wurden bei 19 Kaninchen die Augen mit Produkten von syphilitischen Sklerosen geimpft; in dem Blute der Tiere fand sich stets *Cytorrhycetes luis*, welche auch in der Iris stets gefunden wurde, jedoch um so weniger Parasiten, je älter der benutzte Impfstoff war. Meistens liegen sie im perivaskulären Raum, seltener im Plasma der Bindegewebszellen, nie im Kern, nie in Epithelzellen. Charakteristisch ist der stets vorhandene, ziemlich breite, hyaline Saum um die kleinen Gefäße, die Lockerung der Intima und das Hindurchtreten von Leukocyten durch die Wand, sowie eine Vermehrung der Kerne um die Gefäße herum, und zwar sind alle diese Merkmale um so deutlicher, je weiter zurück die Infektion liegt. Die Überimpfung des Nierensaftes von einem an der Iris mit Erfolg geimpften Tiere auf ein gesundes war ebenfalls erfolgreich.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

***Cytorrhycetes luis* SIEGEL,** von FRANZ EILHARD SCHULZE. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1905. Nr. 11.) Verfasser berichtet über die Parasiten SIEGELS, die er bei Pocken, Klauenseuche, Scharlach und Syphilis fand, und zwar in einem Ausstrich des mit etwas Wasser verdünnten Nierensaftes eines frisch getöteten Tieres. Es sind bewegliche, mit Geißeln versehene Formen verschiedener Größe,  $\frac{1}{2}$  bis  $2 \mu$  groß, sie sind ziemlich stark lichtbrechend, halbweich und ungemein beweglich. Die größeren Formen stellen seitlich etwas abgeplattete, länglich birnförmige Körper dar, deren schmaleres Ende sich ruckweise verschieden weit gegen den breiteren Hauptteil einbiegt und sich wieder strecken kann. An Schnittpräparaten fixierter Gewebe von menschlichen Primärindurationen oder von verschiedenen Organen geimpfter Tiere erkennt man in den kleinen Flagellaten nach der von SIEGEL angegebenen Hämatoxylin-Azurfärbung deutlich zwei hintereinander liegende kugelige Kerne, bei den größeren Formen meist deutlich 4 bis 16 kleine, kugelige Kerne.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über den *Cytorrhycetes luis* (SIEGEL),** von L. MERK-Innsbruck. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 86.) Die verschiedenen Mitteilungen SIEGELS über die *Cytorrhycetes*-gattung im allgemeinen und über den *Cytorrhycetes luis* im besonderen veranlaßten mich zu einer zunächst oberflächlichen Überprüfung und später zu genaueren Nachuntersuchungen. M. zog zur Nachprüfung nur Syphilitiker heran, benutzte zum Einstich die Daumenbeere, wischte den ersten hervorquellenden Tropfen ab und hob vom folgenden Tropfen mit einem darübergehaltenen Objektträger einen Teil ab, bedeckte ihn mit einem Deckglas und brachte ihn auf den beweglichen Objektisch. M. untersuchte die ersten Male bei gewöhnlichem Tageslicht, später beim Lichte einer NERNST-Lampe von 25 Kerzenstärken, wobei die Lampe so nahe als möglich an den Spiegel des Mikroskops gebracht wurde. M. arbeitete mit REICHERT-Linsen, und zwar  $\frac{1}{12}$  Ölimmersion (Nr. 18) und den Kompensationsokularen 4, 8, 12 und 18. Er empfiehlt, für gründliche Reinigung des Daumens des Patienten Sorge zu tragen, sowie eine möglichst kleine Blutmenge auf den Objektträger zu bringen.

Die ersten sicheren Exemplare sah M. am 27. Juli 1905. Er kam bei vier Fällen zu Beobachtungen, die SIEGEL selbst nicht erwähnt; einmal, wo es noch nicht

zu Eruptionsercheinungen gekommen war, sah man auch noch nichts von Cytorrhocytes. Sonst aber bot sich derselbe bald als ein dicker Basill (walsenförmiges Gebilde), bald in einfacher Birnenform, bald in doppelter Birnenform und im vierten Falle als stäbchenförmiges Gebilde mit abgerundeten Ecken. Die Gebilde zeigten amöboide Veränderungen und lebhafte Brownsche Molekularbewegungen. Entsteht im Präparat eine Störung, so wird das Tier leicht mitgenommen; einmal war es und blieb es in der Delle eines roten Blutkörperchens, ein anderes Mal wieder machte es sich frei und schwärmte in unregelmäßiger Linie mit der Tendenz einer bestimmten Richtung im Serum, bis es wieder an einer schmalen Enge zwischen geldrollenartig aneinander gelegten Erythrocyten anlangte.

M. zieht heraus und aus anderen Beobachtungen folgende Schlüsse: Der Cytorrhocyte Luis SIEGEL tritt im Menschenblute einige Zeit nach der Erscheinung der Sklerose auf. Er hält sich lange Zeit im Plasma und weicht den Injektionen sehr schwer, schneller den Inunktionen. In schwereren Fällen tritt er auch in die roten Blutscheiben ein; es ist anzunehmen, daß er nicht zu allen Tages- und Nachtstunden im selben Individuum zu finden ist. Er teilt sich durch Sprossung in zwei gleiche oder ungleiche große Hälften.

SIEGEL gibt an, daß die Beweglichkeit der Tiere bei geringstem Zusatz von Chloralhydrat sofort sistiert. Diese Beobachtung zu überprüfen, fand M. keine Veranlassung. Dafür zog er die Konsequenzen vorläufig bei der Therapie des Initialaffektes in einer Urethra mit Chloralhydratstäbchen erfolgreich und nachahmenswert. „Jede Beurteilung einer antiluetischen Kur ist ohne Kontrolle nativer Blutpräparate ein Anachronismus geworden.“

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen, von FRITZ SCHAUDINN und ERICH HOFFMANN-Berlin.** („Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte“. 1905. Bd. XXII, Heft 2.) Bei Untersuchung syphilitischer Krankheitsprodukte, die auf Veranlassung des Kaiserl. Gesundheitsamtes von SCHAUDINN und HOFFMANN angestellt wurden, fand ersterer am lebenden Objekt sowie in gefärbten Präparaten Organismen, die er der Gattung Spirochäte zurechnet. Die Spirochäten konnten bisher sowohl an der Oberfläche sezernierender syphilitischer Effloreszenzen als auch in der Tiefe des Gewebes und in den spezifisch erkrankten Leistendrüsen nachgewiesen werden. Um eine baldige Nachprüfung dieser Befunde zu ermöglichen, werden dieselben unter Beifügung von zwei Mikrophotogrammen kurz mitgeteilt. Es wurde die Genitalgegend von Patienten untersucht: 1. mit reiner Syphilis, 2. solche, die daneben andere Erkrankungen aufwiesen und 3. Patienten, die ganz frei von Syphilis waren. Zum Auffinden der Spirochäte eignet sich am besten lebensfrisches Material. Die Spirochäte ist außerordentlich zart, schwach lichtbrechend, hat große Beweglichkeit. Es wurden bei den mikroskopischen Untersuchungen zwei Formenreihen gefunden; die eine war im Leben etwas stärker lichtbrechend, hatte etwas derbere Gestalt und weite, flache Windungen und konnte mit den bekannten Färbemethoden für Spirochäten (Gentianaviolett, Karbolfuchsin, ROMANOWSKY-Färbung usw.) leicht dargestellt werden, — der dunkel färbbare Typus. Sie wurden bei rein syphilitischen Produkten bisher nicht gefunden, wohl aber bei spitzen Kondylomen. Die andere Form, im Leben sehr zart, schwach lichtbrechend und meist mit steilen, engen Windungen versehen, ist mit den bekannten Färbemethoden nicht gut darstellbar. Bisher ist nur die GIBBSASche Azur-Eosinfärbung. Die gut fixierten Deckgläschen kommen für 16 bis 24 Stunden in die frische Lösung von:

1. 12 Teilen GIBBSAS Eosinlösung (2,5 ccm 1%ige Eosinlösung auf 500 ccm Wasser);

2. 3 Teilen Azur I (Lösung 1:1000 Wasser);

3. 3 Teilen Azur II (Lösung 0,8:1000 Wasser).

Dann Abspülen, Trocknen, Einschließen des Präparates in Zedernöl. Die Länge der Spirochaete schwankt zwischen 4 bis 10  $\mu$ , der Durchschnitt etwa 7  $\mu$ , die Breite  $\frac{1}{2}$   $\mu$  bei der stärksten Form des ersten Typus. Die Zahl der Windungen sind 8 bis 12. Die Bewegung besteht in einem Vor- und Rückwärtsgleiten und in einer Beugebewegung des ganzen Körpers. Die Pole des Körpers, der kleine Geißeln trägt, enden spitz. Über den feineren Bau fehlen noch genügend Untersuchungen. Verdünnung des Gewebesaftes mit Kochsalz läßt noch nach sechs Stunden bewegliche Spirochäten erkennen. Bei konzentriertem Glycerinzusatz büßten sie zum Teil ihre Beweglichkeit ein und blieben korkzieherartig gewunden stehen, andere langgestreckt, zogen sich aber später noch zusammen. Es folgt nach dieser Beschreibung die Darstellung der Fälle, bei denen die Spirochäten gefunden wurden. Der Versuch, aus dem Drüseninnern die Spirochäte durch Aspiration des Drüsenstoffes mit der PRAVAZ-Spritze zu bekommen, mißlang. Untersuchungen bei Ulcus molle und Blennorrhoe fielen negativ aus, dagegen wurden von AUTOREN (BERDAL und BATAILLE 1891 und CHILLAC 1898) Spirillen nicht allein bei Balanoposthitis circinata, sondern auch bei Weibern mit Ausfluß und Erosionen gefunden. Die Verfasser werden noch über mehrere Untersuchungen berichten.

Albert Niemeyer-Berlin.

Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung, von FRITZ SCHAUDINN und ERICH HOFFMANN-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 22.) Nachtrag zu obiger Arbeit, von ERICH HOFFMANN-Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 23.) Verfasser berichten über die von ihnen in syphilitischen Produkten stets gefundenen Spirochäten, die sie als Spirochaeta pallida bezeichnen, und deren Färbung ihnen durch eine Modifikation der bekannten GRUBSACHEN Eosin-Azurfärbung gelang; die Spirochaeta pallida fand sich in den tieferen Schichten der Primäraffekte, in den syphilitischen Leistendrüsen und im Milzblute, wie beigegebene Präparate deutlich zeigen, und was ja auch seither von vielen Seiten anerkannt worden ist. Verfasser gibt dann die Unterschiede zwischen Spirochaeta pallida und ähnlichen Arten an (schon öfters referiert. Der Referent). Die Unterscheidungsmerkmale bestehen in der Kleinheit, Zartheit und ihrem geringeren Lichtbrechungsvermögen, vor allem aber in der Art ihrer spiraligen Aufwindung (korkzieherartig) und ihrer geringeren Färbbarkeit. Im zweiten Teil berichtet HOFFMANN über die klinischen Versuche an Primäraffekten, Leistendrüsen, Milz, Fingerblut, stets fand er Spirochaeta pallida, dann fanden auch BUSCHKE und FISCHER in der Leber und Milz einer an foudroyanter kongenitaler Syphilis verstorbenen Kindes, und METSCHNIKOFF in den Krankheitsprodukten von mit Syphilis geimpften Affen dieselben Spirochäten.

Im Nachtrag berichtet HOFFMANN, daß LEVADITI bei einem am Pemphigus lueticus leidenden Kinde acht Tage nach der Geburt in der Blasenflüssigkeit und dem Geschabe vom Grunde der Blasen zahlreiche Individuen der Spirochaeta pallida nachgewiesen und bei einem zweiten, im Alter von zwei Monaten an kongenitaler Lues gestorbenen Kinde in Milz, Lungen und Leber ebenfalls dieselben Spirochäten gefunden hat, ebenso SALMON in Pemphigusblasen eines hereditär-luetischen Kindes. HOFFMANN selbst fand ebenfalls dieselben in der Leber und Pemphigusflüssigkeit eines Kindes, und bestätigt mit SCHAUDINN zusammen die Angaben METSCHNIKOFFS und WROBELMANN'S, daß in sekundären völlig geschlossenen Hautpapeln, fern von den Genitalien (Brust und Rücken) Spirochaeta pallida in typischer Form vorhanden sein kann.

Bernhard Schulze-Kiel.

**Weitere Mitteilungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis**, von ERICH HOFFMANN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) H. berichtet über die seit seiner und SCHAUDINNS letzter Arbeit erschienenen Meldungen anderer Forscher über den Befund von Spirochaeta pallida in syphilitischen Produkten und dann über seine eigenen weiteren Versuche. Bisher ist die Spirochaeta pallida gefunden:

1. bei der erworbenen Syphilis in
  - a) genitalen und extragenitalen Primäraffekten;
  - b) genitalen und perigenitalen, nässenden und geschlossenen Papeln;
  - c) nässenden Papeln zwischen den Zehen, Papeln und Pusteln der Haut, fern von den Genitalien, Schleimhautpapeln (Zunge, Tonsillen);
  - d) regionären Lymphdrüsen, Inguinal- und Submentaldrüsen;
  - e) durch Punktion gewonnenen Milzblutes, Fingerbeerenblut;
2. bei kongenitaler Syphilis, und zwar in Pemphigusblasen, Hautpapeln, Leber, Milz, Lymphdrüsen, Lungen, Blut;
3. bei mit Syphilis geimpften Affen in den Primärläsionen.

In der Diskussion fragt BLUMENTHAL, ob die Spirochäten hier auch vergesellschaftet sind mit den Bacilli fusiformes, was HOFFMANN verneint. LÖWENTHAL spricht über Bacilli fusiformes, BUTZKE hat ebenfalls keine Erfahrungen darüber, ob die Bacilli fusiformes mit der Spirochaeta pallida zusammen bei Lues vorkommen.

HOFFMANN sagt, daß im syphilitischen Gewebe „Bazillen“ nicht vorkommen. Dieser ähnliche, vielleicht Entwicklungsstadien der Spirochaeta pallida darstellende Gebilde mit Kernfärbung haben SCHAUDINN und er auch schon im Beginn ihrer Untersuchungen gesehen.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis**, von C. FRAENKEL-Halle. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 24.)

**Spirochaeta pallida und Syphilis**, von B. KIOLEMEANOGLOU-München und FELIX v. CUBE-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 27.)

**Kritische Bemerkungen zur Spirochaeta pallida bei Syphilis**, von CURT THESING-Steglitz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.)

**Über Spirochaetenbefunde bei Syphilis**, von RILLE-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.)

**Die Spirochaeten bei Syphilis**, von H. FLOEGER-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.)

**Zum Nachweis der Spirochaeta pallida im Blut Syphilitischer**, von C. T. NORGGERATH-Basel und R. STAEBELIN-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.)

**Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis**, von RILLE-Leipzig und A. VOCKE-RODT-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.)

**Über die Anwesenheit der Spirochaeta pallida in sekundär-syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden**, von IVO BANDI-Siena und FR. SIMONELLI-Siena. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.)

FRAENKEL zufolge kann man nach dem augenblicklichen Stand der Dinge kaum noch an der ätiologischen Bedeutung der Spirochaeta pallida für die Entstehung der Syphilis zweifeln; alle Bedenken, denen z. B. THESING bei der Debatte über die Bedeutung der Befunde von SCHAUDINN und HOFFMANN der Berliner medizinischen Gesellschaft Ausdruck verliehen hat, sind als haltlos und unbegründet zurückgewiesen worden. FRAENKEL selbst gelang es in verhältnismäßig kurzer Zeit, in einer Reihe von Präparaten, die von sechs verschiedenen Syphilisfällen stammten, die „Spirillen“ nachzuweisen, während er sie in einem Falle von nichtsyphilitischen spitzen Kon-

dylomen, sowie bei Material, das von anderen nichtluetischen Affektionen herrührte, nicht fand. Seiner sicheren Überzeugung nach sind die von SCHAUDINN und HOFFMANN zuerst entdeckten und beschriebenen Spirochäten in der Tat als die Ursache der Syphilis anzusehen.

Diese Anschauung scheint KIOLEMMENOGLOU und CURB „etwas voreilig ausgesprochen worden zu sein“. Sie fanden nämlich die *Spirochaeta pallida* nicht nur in einer Reihe luetischer Krankheitsprodukte, sondern auch im balanitischen Sekret einer entzündlichen Phimose (bedingt durch einen larvierten Primäraffekt?) und im Eiter eines blennorrhoeischen Abscesses der BARTHOLINSchen Drüse bei einer Person mit Leukoderma colli specificum, außerdem aber bei mehreren, sicher nicht syphilitischen Affektionen, nämlich bei einfacher Balanitis, im Eiter von skrophulodermatischen Abscessen, in den Zerfallsprodukten eines jauchigen Carcinoms und im Saft von spitzen Kondylomen. In all diesen Fällen war neben der *Spirochaeta pallida* auch die *Spirochaeta refringens* in zahlreichen Exemplaren vorhanden, und daneben fanden sich sehr häufig noch atypische Spirochätenformen, die weder mit der *Pallida* noch mit der *Refringens* identifiziert werden konnten. Eine besonders üppige Spirochätenfauna war stets in stagnierenden Sekreten nachzuweisen; hauptsächlich wurden hier die *Refringens* und die atypischen Formen, zuweilen aber auch die *Pallida* angetroffen; der Gedanke, daß alle diese Spirochäten, also auch die *Pallida*, nur Saprophyten sind, läßt sich daher durchaus nicht von der Hand weisen. Jedenfalls aber ist eine ätiologische Bedeutung der *Spirochaeta pallida* für die Entstehung der Syphilis noch nicht erwiesen, da wir zum mindesten noch nicht in der Lage sind, charakteristische Unterscheidungsmerkmale zwischen den bei luetischen und den bei nichtluetischen Krankheitsprodukten vorkommenden Spirochätenformen festzustellen.

THESING behauptet im Gegensatz zu FRAENKEL, daß von den Bedenken, die er gegenüber SCHAUDINNS und HOFFMANNSS Spirochätenbefunden bei Syphilis geäußert, nicht eines widerlegt oder entkräftet worden sei. Seine Einwände beziehen sich auf die Natur der *Spirochaeta pallida*, ihre Unterscheidung von anderen Spirochaeten, ihr Vorkommen und ihre Herkunft. Seiner Ansicht nach ist die *Spirochaeta pallida* ein typisches Bakterium und kein Protozoon; sie läßt sich auf Grund der von ihren Entdeckern angegebenen Merkmale nicht von den zahlreichen, harmlosen Spirochätenformen trennen, wie sie z. B. im Mundschleim und im Smegma gesunder Personen, sowie auf kranken oder verschmutzten Stellen der Hautoberfläche vorkommen. Endlich scheint es THESING nicht unmöglich, daß die Spirochäten in den von SCHAUDINN und HOFFMANN demonstrierten Präparaten von außen, von der Oberfläche der Haut oder sogar aus der Farbstofflösung, in der sich typische Spirochäten züchten lassen, hineingelangt sind. Wohl ist es wahrscheinlich, daß Spirochäten auch wirklich im syphilitischen Gewebe vorkommen, aber auch diese können sekundär als einfache Saprophyten von der Hautoberfläche aus in die Tiefe eingedrungen sein. — Daß mehrere von den Autoren, die SCHAUDINNS Beobachtungen bestätigen, andere Organismen vor Augen hatten, geht daraus hervor, daß sie (unter ihnen auch FRAENKEL, Ref.) von Spirillen sprechen, also von Bakterien, die sich von den Spirochäten erheblich unterscheiden. Jedenfalls darf die *Spirochaeta pallida* erst dann als Erreger der Syphilis angesprochen werden, wenn sie regelmäßig im Blute nachgewiesen wird und wenn positive Ergebnisse von Impfungen und Kulturversuche vorliegen.

RILLE teilt nach einer Zusammenstellung aller Arbeiten, die bisher zu dem Thema erschienen sind, mit, daß er bereits in acht Fällen von Syphilis die *Spirochaeta pallida* gefunden hat und zwar bei fünf genitalen Primäraffekten, je einmal bei Skleradenitis inguinalis und bei Condyloma latum und in einer, allerdings von einer Kruste bedeckten großspapulösen Effloreszenz am Vorderarm. Auf Grund der



bis jetzt gesammelten Erfahrungen muß man nach RILLE jedenfalls zugeben, daß die Spirochäten einen geradezu konstanten Befund verschiedener recent-syphilitischer Produkte darstellen. Die Zusammenfassung<sup>6</sup> aller bisherigen Untersuchungsergebnisse dürfte wohl die Spezifität der *Spirochaeta pallida* für Syphilis beweisen. Dafür sprechen auch die in nicht ganz geringer Zahl vorliegenden positiven Befunde bei hereditärer Syphilis und bei der Affensyphilis, namentlich aber der Spirochätenbefund in nicht erodierten Hautpapeln; dessen Bedeutung könnte nicht erschüttert werden, auch wenn sich die Behauptung THESINGS bewahrheiten sollte, daß im GIEMSA'schen Farbstoff Spirochäten vorkommen. Im übrigen lassen sich die dem Präparatausstrich angehörigen Gebilde von zufälligen, etwa aus der Farblösung stammenden Auflagerungen mit Sicherheit unterscheiden. Ein ausreichender Beweis für die Protozoennatur ist auch nach RILLE noch keineswegs erbracht; hierzu gehörte vor allem der Nachweis von Kernen. Auch glaubt RILLE nicht, daß SCHAUDINNS Entdeckung alle ätiologischen Rätsel der Syphilis, die in der Pathologie als Original dasteht, mit einem Schlage zu lösen imstande ist. Wünschenswert ist es, daß die Untersuchungen, die sich bisher in einem allzu eng bewegten Kreis von syphilitischen Manifestationen bewegt haben, baldigst auf alle spezifischen Erscheinungen ausgedehnt werden.

PLÖGGER beschreibt die Morphologie der *Spirochaeta pallida* auf Grund seiner eigenen und der von anderen Autoren mitgeteilten Befunde und stellt die syphilitischen Produkte und die Organe zusammen, in denen bis jetzt die *Spirochaeta pallida* nachgewiesen worden ist; er selbst hat sie in acht Syphilisfällen gefunden. Häufig beobachtete er Spirochäten, die mit einem Ende an ein rotes Blutkörperchen angelegt waren, oder durch ihre Enden zwei Erythrocyten verbanden; andere, sehr kleine, lagen gekrümmt auf oder vielleicht in einem roten Blutkörperchen. PLÖGGER meint daher, daß die Erythrocyten möglicherweise die Transporteure der Spirochäten sind. Die Färbung, die er anwendet, gestattet es, in wenigen Minuten ein Präparat herzustellen. Fixierung ist nicht nötig, man taucht die trockenen Objektträger nur für eine Minute in Karbolgentianaviolettlösung (10%ige alkoholische Gentianaviolettlösung in 2 $\frac{1}{2}$ %iger Karbollösung), spült mit Wasser gut ab und untersucht mit der gewöhnlichen LEITZ'schen Olinnersion und Okular III. Die blassen Spirochäten treten bei diesem Verfahren deutlicher hervor als bei der GIEMSA'schen Färbung; außerdem kann bei Verwendung der Gentianaviolettlösung mit ihrem Gehalt an Alkohol und Karbol sicher nicht behauptet werden, daß die Spirochäten möglicherweise aus der Farblösung stammen. — Das ganze große, bisher gesammelte Material spricht nach PLÖGGER zum mindesten nicht gegen die *Spirochaeta pallida* als Urheberin der Syphilis; nur die oben erwähnten Mitteilungen CUBES und KIOLEMENOGLOUS müssen Bedenken erregen und machen weitere Untersuchungen notwendig.

NOEGGERATH und STAUZELIN haben im Blute von drei sekundär-syphilitischen, unbehandelten Patienten die *Spirochaeta pallida* nachgewiesen. Da das Durchsuchen einzelner Blutstropfen wenig Aussicht auf Erfolg bietet, fingen sie mindestens 1 ccm Blut (aus einer Vene oder aus dem Ohrläppchen) in der zehnfachen Menge  $\frac{1}{3}$ %iger Essigsäure auf. Das so gelöste Blut wurde zentrifugiert, im dem nach GIEMSA gefärbten Bodensatz fanden sich die Spirochäten. In dem zur Kontrolle untersuchten Blute von sechs sicher nichtluetischen Patienten (Kranken mit Lungenphthise, verjauchtem Carcinom der Tonsille, nässendem Ekzem, ausgebreitetem verjauchtem Dekubitus) waren Spirochäten nicht nachzuweisen, wohl aber sah man hier zuweilen Gebilde, die mit Spirochäten verwechselt werden können; eine sichere Unterscheidung ist nur bei größerer Übung und unter Zuhilfenahme starker Okulare (ZEISS, Kömp. 12) möglich.

RILLE und VOCKERODT verfügen jetzt, einschließlich der von RILLE in seinem ersten Aufsatz bereits bekannt gegebenen Resultate, über 22 positive Befunde, die 22 verschiedene Lokalisationen der Syphilis bei 14 Kranken betreffen; zum ersten Male ist von ihnen erhoben der Befund von Spirochäten in extragenitalen Primäraffekten, in Effloreszenzen von Psoriasis palmaris, in nässenden Papeln zwischen den Zehen und in Papeln an der Kopfhaut; außerdem gelang ihnen gleich anderen Autoren der wichtige Nachweis von Spirochäten in weitab vom Genitale befindlichen, intakten, trockenen, lentikulären Hautpapeln. Ein negatives Ergebnis hatte unter anderem die Untersuchung einer Roseolaeffloreszenz, obwohl die Anwesenheit von Spirochäten gerade in den Fleckensyphilitiden erwartet werden muß; denn diese sind anatomisch durch ein Minimum entzündlicher Veränderungen charakterisiert und daher schwerlich durch Toxine, sondern wohl direkt durch Mikroben verursacht. Bei einer seit sieben bis neun Jahren syphilitischen Patientin mit erodierten Papeln an den kleinen Labien und an der Unterlippe, einem in Hinsicht auf die Dauer der Krankheit nicht gewöhnlichen Befunde, war das Resultat der Untersuchung teils negativ, teils nicht ganz eindeutig; es fanden sich nämlich in den Papeln am Genitale Spirochäten, die dem Refringentypus zu subsumieren waren, während die Lippenpapeln Gebilde enthielt, die nicht mit voller Bestimmtheit als Pallidae angesprochen werden konnten. Möglicherweise liegt hier der erste Befund von *Spirochaeta pallida* bei sieben- bis neunjähriger d. h. bei tertiärer Lues vor, anderenfalls würde die Beobachtung beweisen, daß es Spirochätenformen gibt, deren Differenzierung als Pallida oder Refringens zurzeit unmöglich erscheint. Jedenfalls ergibt sich aus der Analyse dieses Falles die Forderung, daß bei allen Mitteilungen über Spirochätenuntersuchungen das Alter der Syphilis angegeben werden soll. — Was die Untersuchungsmethode betrifft, so empfehlen RILLE und VOCKERODT die oberste Schicht der zu untersuchenden exkorierten Fläche recht gründlich mit dem Skalpell oder scharfen Löffel abzuschaben; die sodann reichlich andrängende Flüssigkeit liefert die Spirochaeten in relativ großer Zahl. Die dünnen Ausstriche werden durch zehn Minuten in absolutem Alkohol fixiert und mindestens vier Stunden lang, eventuell die Nacht über in der etwa zehnfach verdünnten GIEMSA'schen Lösung belassen; die von GIEMSA empfohlene einstündige Tinktionszeit genügt wenigstens bei verdünnten Lösungen nicht. Beim Aufsuchen der Spirochäten sind in erster Linie jene Gesichtsfelder zu durchmustern, die rote Blutkörperchen enthalten; denn wie PLONGER beobachteten auch RILLE und VOCKERODT, daß die Spirochäten sich häufig mit einem Ende eng an ein rotes Blutkörperchen anlegen oder bis gegen die Mitte einem solchen aufliegen. Nur Spirochäten mit mindestens sechs bis acht Windungen dürfen als echte Pallidaformen angesehen werden. Eine Modifikation der Spirochätengestalt durch die Quecksilbertherapie haben B. und V. bisher nicht konstatieren können; auch die mehrtägige Applikation schwacher Karbollösung oder verdünnter essigsaurer Tonerde auf luetische Wundflächen ergab keine numerische oder sonstige Änderung im Spirochätenbefund.

BANDI und SIMONELLI haben in drei von fünf Fällen von unbehandelter sekundärer Syphilis sowohl in frischen wie in gefärbten Präparaten vereinzelte Spirochäten angetroffen, die morphologisch den von SCHAUDINX und HOFFMANN beschriebenen ganz ähnlich waren. In einem Falle fanden sie diese Mikroben auch in dem einem erythematösen Flecken entnommenen Blute. Zweimal beobachteten sie in dem aus Schleimhautplaques stammenden Material spärliche große Zellen, die körniges Protoplasma aufwiesen und mit blassen Spirochäten angefüllt waren. Dieser wichtige Befund entspricht dem, was wir bei der Tuberkulose, der Lepra und dem Rotz zu sehen gewöhnt sind; B. und S. deuten ihn als wirklichen Zellenparasitismus. — Außer der GIEMSA'schen Farblösung wenden B. und S. bei der Spirochätenunter-

suchung auch die ZIEHLSche Flüssigkeit und die alkoholischen Lösungen der gewöhnlichen Anilinfarben an; sie fixieren zuerst in Alkohol oder mittels Hitze und lassen dann die Farblösungen bei Hitze wenige Sekunden lang einwirken; die Spirochäten färben sich bei dieser Methode intensiver als bei dem Verfahren nach GIEMSA.

*Göte-München.*

## Verschiedenes.

**Lepra, Blastomykosis, Lupus, Syphilis, Alopecia areata, Sykosis lupoides,** von JAMES NEVINS HYDE - Chicago. (*Journ. Amer. med. Association.* 16. Sept. 1906.) Die kasuistischen Mitteilungen HYDES betreffen zwei Fälle von Lepra tuberosa, einen von Blastomykosis, bei welcher Affektion er die innerliche Darreichung von Jodkalium als sehr aussichtsreich bezeichnet, zwei Fälle von Lupus erythematodes, durch Radiotherapie erfolgreich behandelt, zwei von Alopecia areata, einen von Sykosis lupoides, welcher bei dem 41jährigen Mann bereits neun Jahre bestanden hatte und durch Röntgenstrahlen gleichfalls mit Erfolg behandelt wurde, und vier Fälle von Syphilis; letztere boten recht instructive Beispiele aus den verschiedenen Stadien der Affektion: papulös-makulöses Exanthem in zwei Fällen, tiefgehende, ulcerierende Gummata in einem Falle und heftige, nächtliche Kopfschmerzen, Knoten an der Tibia (gummatöse Osteoperiostitis) bei dem letzten Falle, eine 35jährige Frau betreffend.

*Stern-München.*

**Die Sterilisation elastischer Katheter,** von PAUL SITTLER - Straßburg i. E. (*Centralbl. f. Bakteriol.* Bd. XXXIX. Nr. 1 u. 2.) Im JÄGERSchen Laboratorium prüfte SITTLER zunächst die verschiedenen Methoden der Sterilisation elastischer Katheter nach, und er fand als anwendbar und einigermaßen zuverlässig und verhältnismäßig unschädlich heraus die zuerst von JANET eingeführte Methode der Sterilisation mittels Formaldehyddämpfen (feucht) bei Zimmertemperatur und an zweiter Stelle das Auskochen in konzentrierter Ammonsulfatlösung.

Das JANETSche Verfahren hat eine sehr geringe Tiefendesinfektionswirkung, die man stets berücksichtigen muß. Das Auskochen in Ammonsulfatlösung ist zwar wirksam, schädigt aber die Katheter auf die Dauer nicht unerheblich. Beide Verfahren sind nur nach vorheriger mechanischer Reinigung der Instrumente zulässig.

Am sichersten aber erschien ihm die Sterilisation mit Formalinwasserdämpfen von 60 bis 70° im JÄGERSchen Dampftopfe; diese Methode sterilisierte in sehr viel kürzerer Zeit, ohne daß nachher eine nennenswerte Formaldehydmenge am Katheterinnern haften blieb. Die nach zehn Minuten langer Sterilisation an Kathetern haften bleibende Formalinmenge war so gering, daß sie auf Staphylokokken fast gar nicht mehr entwicklungshemmend wirkte.

Daher empfiehlt SITTLER für die urologische Praxis die Sterilisation der Katheter mit Formalinwasserdämpfen von 60 bis 70°.

*Arthur Rahn-Berlin.*

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 42.

N<sup>o</sup>. 2.

15. Januar 1906.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der königl. Universität Parma,  
geleitet von Prof. MIBELLI.

## Unter der Hornschicht gelegene intraepidermale Talgdrüsen.

Von

Dr. A. PASINI,  
Privatdozent für Dermatologie.

Mit zwei Abbildungen im Text.

Meine Untersuchungen im Gebiete der Histopathologie der Haut haben mich im Verlaufe des verflossenen Winters zur Entdeckung einer anatomischen Eigentümlichkeit geführt, die sich auf die Talgdrüsen bezieht. Meines Wissens hat außer HOFFMANN-Berlin, der im Jahre 1903 einen ähnlichen Fall beschrieben, kein Autor eines derartigen Befundes Erwähnung getan.

Der Fall erschien mir bemerkenswert, nicht allein wegen seiner Seltenheit, sondern wegen der Genese desselben. Er bietet übrigens ein rein anatomisches Interesse, das im Vorhandensein von Talgdrüsen in der Dicke der Epidermis, unmittelbar unter der Hornschicht, besteht.

Ich schiebe hier den klinischen Befund voraus, da derselbe zur Erklärung der anatomischen Veränderungen von grosser Wichtigkeit ist.

Lucia P., 20 Jahre alt, ledig, Bäuerin aus der Provinz Parma. Hat sich körperlich sehr langsam entwickelt. Im dritten Lebensjahre Masern, denen eine Otorrhoe des rechten Ohres folgte, welche mehrere Monate dauerte. Mit neun Jahren Bronchitis, welche nach ca. 40 Tagen vollständig und ohne Rezidiv heilte. Mit 12 Jahren menstruiert; die Regeln sind stets etwas unregelmässig gewesen, was Dauer und Quantität des Ausflusses anbelangt. War niemals recht gesund, litt häufig an Atemnot mit Herzklopfen und Cyanose; besonders nach Anstrengungen hatte sie zeitweise Ödem der unteren Extremitäten. Dieser Zustand verschlimmerte sich plötzlich gegen Mitte des Monats Dezember 1904. Sie begann über Unwohlsein zu klagen, mit Appetitlosigkeit, Erbrechen und Temperaturerhöhung. Nach wenigen Tagen wurde sie von intensiver Atemnot befallen, dazu gesellte sich mehrere Stunden andauerndes Herzklopfen und bedeutendes Ödem der unteren Extremitäten. Die objektive Untersuchung

ergab: Dämpfung und Ronchi an den Lungenbasen; Spitzenstofs im sechsten Interkostalraum, nach ausen von der Mamillarlinie; präsysolisches Geräusch; an der Aorta dumpfe Töne mit systolischem Geräusch; über den Pulmonales Verstärkung des zweiten Tones; Arythmie an allen Herzostien und an den Arterien. Der Zustand der Patientin verschlimmerte sich weiter während des ganzen Monats Januar 1905. Dazu gesellte sich dann noch in den letzten Monaten ein intensives Fieber, Cyanose und über den ganzen Körper, besonders aber über die unteren Extremitäten und im Gesichte, verbreitete Ecchymosen. Die Patientin starb am 28. Januar 1905 in einem heftigem Anfalle von Atemnot.

Der klinische Befund hatte eine kongenitale Stenose der Aorta und der Mitralis ergeben, was durch die Autopsie bestätigt wurde; ausserdem bestand eine Aplasie des arteriellen Gefäßsystems; eine frische Endocarditis vegetans an den Herzklappen und mykotische Embolien in den verschiedenen Organen.

Diese Krankengeschichte zeigt die Beziehungen zu den Hautveränderungen, die ich hier zu illustrieren gedenke, insofern als wir bei der Patientin eine Anzahl von kongenitalen und evolutiven Veränderungen, neben denen in der Haut, konstatiert haben. Wir finden nämlich ihre Spuren bereits in der frühesten Kindheit unter dem Bilde einer langsamen und spärlichen Entwicklung des ganzen Organismus; später sodann, im Pubertätsalter, zeigten sich eine mäfsige Cyanose, Dyspnoe, Herzklopfen, Ödeme, unregelmäßige Menstruation. Aus der Anamnese läfst sich nicht ersehen, ob schon damals objektive Symptome im Zirkulationsapparate bestanden und welcher Art dieselben waren. Sehr wahrscheinlich jedoch ist, dafs zur Zeit des Spitaleintritts im Dezember, wo man eine kongenitale Stenose der Aorta und der Mitralis konstatierte, dieser Befund durch das Hinzutreten einer mykotischen Endocarditis verschlimmert wurde.

Aufser diesen kongenitalen Veränderungen habe ich noch andere von nävusartiger Natur nachgewiesen. Dieselben verteilen sich über die Haut des Gesichtes, des Halses und der Brust und lassen sich in zwei Arten unterscheiden: die einen waren in der linken Temporalgegend in der Nähe des linken Antitragus, am Halse in der Nähe des Sternalgrübchens, in der rechten Supraklavikulargegend und an zwei anderen Punkten der Sternalgegend lokalisiert und bestanden aus kegelförmigen Erhabenheiten von der Form und der Gröfse einer halben Erbse, von der Konsistenz der normalen Haut oder kaum etwas fester; die Oberfläche war leicht gefältelt und reicher an Pigment als die normale Haut. Die anderen befanden sich auf der Lippe und auf den Wangen. Auf der linken Hälfte der Oberlippe befand sich nämlich ein rundliches durchsichtiges Körperchen, in der Tiefe der Cutis gelegen und durch die Epidermis und die oberflächliche Epidermis hindurch kaum sichtbar. Am besten liefse

sich dasselbe mit einem in der Tiefe der Haut eingeschlossenen gekochten Sagokorn vergleichen. Eine der beschriebenen ähnliche Bildung befindet sich auf der rechten Wange neben der Lippenkommissur.

Von allen diesen Gebilden habe ich Serienschnitte angelegt. Die Gebilde der ersten Kategorie zeigten die Struktur eines fibromatösen Naevus. Die anderen bestanden aus einem enorm dilatierten Knäueldrüsenausführungsgang und bildeten somit prächtige Exemplare von Hydrocystomen. Ohne auf eine detaillierte anatomische Beschreibung dieser Veränderungen eingehen zu wollen, will ich nur auf den anormalen Befund im Gebiete der Talgdrüsen hinweisen, dessen ich erst bei der histologischen Untersuchung gewahr wurde.

In den acht untersuchten Stücken (drei vom Gesichte, eines vom Halse und eines von der Brust) sieht man in der Tiefe der Epidermis, zwischen dem Stratum granulosum und corneum eine scharf abgegrenzte Zone von Talgdrüsengewebe, die Struktur einer lebenden und funktionierenden Drüse zeigend. In den Serienschnitten liefs sich deutlich erkennen, dafs dieses Gewebe in direkter Beziehung zu einem Haarfollikel stand sowie mit anderen normalen Drüsenacini der Cutis. Die Veränderung bestand somit hauptsächlich in der Entwicklung und abnormen Ausdehnung eines Drüsenacinus in der Epidermis, statt in der Cutis, dafs es sich somit um eine heterotopische Form handelt.

Je nach der Lokalisation zeigt die Veränderung eine etwas verschiedene Morphologie.

A. Da wo der intraepidermale Drüsenacinus mit dem Haarfollikel im Zusammenhange steht (Fig. 1), erkennt man eine identische Struktur mit den Acinis in der Cutis, mit dem einzigen Unterschiede, dafs er anderswo gelegen und zum umliegenden Gewebe andere Beziehungen hat. In der Stachelschicht, etwas unter der Schleimschicht, wo sich dieselbe gegen die Hornschicht ausbuchtet, haben sich die in den zentralen Teilen der Wurzelscheide befindlichen Zellen in fettige Talgzellen umgewandelt. Gegen die Cutis und das Lumen des Follikels zu zeigt nämlich die Wurzelscheide drei oder vier Schichten normaler Zellen; weiter nach innen zu füllen sich die Zellen mit Fett in Gestalt von feinen Körnchen, die sich wie ein Kranz um den Kern herum lagern. Im Zentrum nehmen diese Fettkörnchen so an Anzahl und an Umfang zu, dafs sie die Zelle vollständig ausfüllen und zur Atrophie und zum gänzlichen Verschwinden des Kernes führen. Ferner findet man an dieser Stelle noch andere Zellen, in denen das Netz und die Teilungsmembran verschwunden und verschmolzen sind, um das für die Talgdrüsen charakteristische Sekretionsprodukt zu bilden. Von der in solcher Weise veränderten Wurzelscheide ausgehend, findet man gegen unten zu eine stufenweise Verdünnung des epithelialen Abschnittes der Scheide, die sich gegen das Follikellumen zu

einsenkt; die Ausmündung des letzteren ist mit Zellen und Talgsekret ausgefüllt und liegt stets an einer Stelle, wo andere Drüsenacini ihre Sekretionsprodukte ergießen. Nach oben zu hat sich eine wirkliche Talgdrüse entwickelt. Die Stachelschicht des in oben beschriebener Weise geteilten Follikels hat sich verbreitert; an der Peripherie findet man eine Vermehrung der normalen Epithelzellenschichten, und im Innern haben auch die Zellen, die eine fettige Umwandlung erfahren, an Zahl zugenommen. Vom Epithelgewebe gehen Fortsätze normaler Zelleninseln aus, die sich zwischen den bereits zu Talgdrüsen umgebildeten Elementen verteilen.

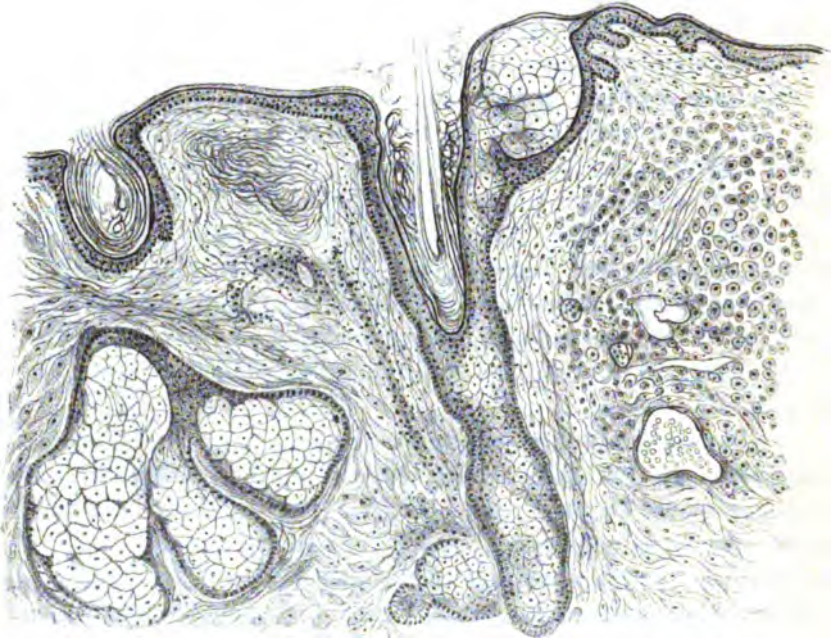


Fig. 1.

Die Morphologie und die gegenseitigen Beziehungen der Gewebe zu einander ändern sich plötzlich an einer gewissen Stelle, oder um mich genauer auszudrücken, in einer Entfernung von 0,250—0,300 mm vom normalen Niveau der Epidermis, wo sich dieselbe zur Follikelbildung ausstülpt. Die Teilung der äußeren Wurzelscheide in zwei Abschnitte hört mit der fettigen Umwandlung der zentral gelegenen Zellen auf, und es entsteht ein wahres Talgdrüsenläppchen. Von den erwähnten beiden Abschnitten der Follikelscheide setzt sich der gegen die Cutis zu gelegene in einem Epidermisgewebe fort, welches aus einer basalen Cylinderzellenschicht, einem Stratum MALPIGHI von normaler Dicke und einer zweireihigen Körnerzellenschicht besteht. Der andere gegen das Follikellumen

zu gerichtete Abschnitt dagegen erleidet eine plötzliche Verschmälerung, mit zwei oder drei Lagen abgeplatteter Epithelzellen, welche eine Schicht loser Hornzellen überzieht.

Diese beiden neuen Teile bilden die Wandungen einer eiförmigen Höhle, deren zur Richtung des Follikels schief verlaufender Maximaldurchmesser 0,3 mm mißt; im normalen Hautniveau vereinigen sie sich wieder und bilden ein vollständiges Epidermisgewebe. In der so umschriebenen Höhle ist das Talgdrüsengewebe eingeschlossen. Das letztere steht mit dem von der Körnerschicht überzogenen Abschnitte ausschließlich in Kontinuitätsbeziehungen, mit dem übrigen Teile verschmilzt es voll-

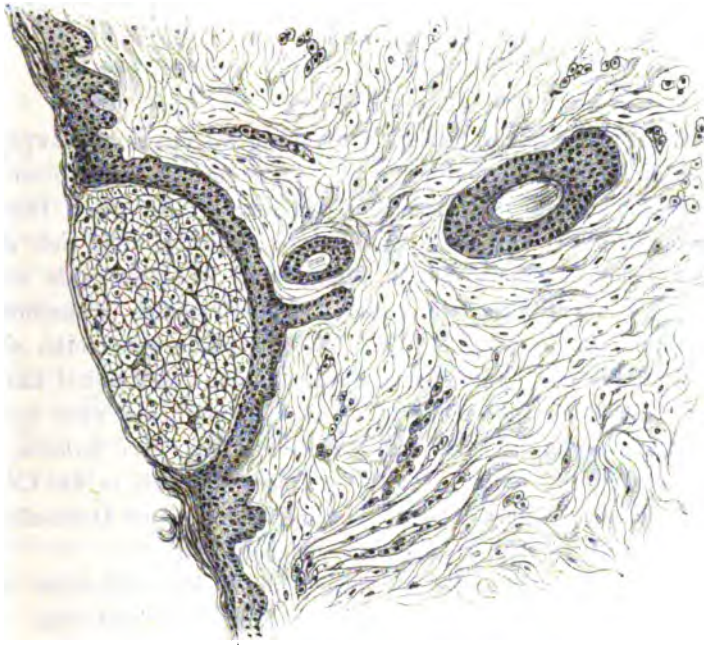


Fig. 2.

ständig, indem die Epithelzellen in Fettzellen übergehen. Diese Umwandlung geschieht nur teilweise direkt aus den Zellen der Drüsenwandungen, zum größten Teile kommt sie auf Kosten der zahlreichen und dicken Epithelzapfen zustande, die in der Tiefe des Drüsengewebes gelegen und teilweise aus den beiden Endportionen der äußeren Epithelscheide, teilweise aus der Fortsetzung dieser letzteren gegen die Follikelhöhle zu entstanden sind.

B. Untersucht man das intraepidermale Drüsengewebe an einer Stelle, wo es am weitesten vom Follikel entfernt ist und seine Beziehungen zu dem letzteren verloren hat, so hat man das Bild eines Talgdrüsenläppchens, das in der Tiefe zwischen der Körner- und Hornschicht eingeschlossen



ist (Fig. 2). Die Trennung dieser beiden Schichten geschieht in einem ganz normalen Abschnitte der Epidermis; dadurch entsteht eine linsenförmige Höhle, deren größter Durchmesser mit der Hautoberfläche parallel verläuft, wobei das Ende mit der schwächeren Krümmung der freien Oberfläche, dasjenige mit der stärkeren Krümmung der Cutis zugerichtet ist. Der Durchmesser der Höhle nimmt ab, je mehr man sich vom Follikel entfernt, der mit der Drüse in Verbindung steht. In diesem distalen Abschnitte bleibt das Drüsengewebe sowohl mit dem unteren Teile der Wandung, die von der Körnerschicht überzogen ist, als mit der dünnen Hornschicht, welche die Höhle überzieht, in Kontinuitätsbeziehungen. In der Mitte des Drüsengewebes bestehen dünne Epidermiszapfen, auf Kosten welcher die Talgzellen entstehen.

---

Die beschriebene anatomische Veränderung besteht somit hauptsächlich in einer ektopischen Entwicklung und der abnormen Ausdehnung eines Talgdrüsenläppchens in der Tiefe der Epidermis. In allen fünf Hautstücken, wo ich diese Veränderungen konstatiert habe, ließ sich die Entstehung des Talgdrüsengewebes aus der äußeren Wurzelscheide erkennen, und zwar an einer Stelle, wo andere Drüsenläppchen zusammentreffen und ausmünden, die in der nämlichen Wurzelscheide entstanden sind und sich normal in der Cutis entwickelt haben. Es läßt sich somit annehmen, daß sich an derselben Stelle der äußeren Wurzelscheide zwei epitheliale Keimformationen gebildet haben; die eine derselben, eine äußere, hat zur normalen Entwicklung einer Talgdrüse geführt, die sich in der Cutis entfaltet hat, die andere, innere, ist zum Ausgangspunkte eines Drüsenläppchens geworden, das sich in der Epidermis entwickelt hat.

Diese Erklärungsweise läßt sich aus einigen Betrachtungen über die anatomische Struktur der beschriebenen Veränderungen ableiten.

Die normalen Talgdrüsen münden und ergießen ihre Sekretionsprodukte an einer Stelle des follikulären Epithels, wo sie ihren Ausgangspunkt genommen haben. Nun aber liegt in dem vorliegenden Falle die Ausmündungsstelle sowohl der intradermalen als auch der intraepidermalen Drüse an einer und derselben Stelle des Follikels. Von dieser gemeinsamen Ausmündungsstelle gehen zwei epitheliale Gänge aus, die mit Talgzellen in einem mehr oder weniger vorgeschrittenen Entwicklungsstadium angefüllt sind. Der eine richtet sich schief nach unten, verläßt nach außen die follikuläre Epidermis, teilt sich und bildet das Talgdrüsenläppchen von normaler Struktur und Lage; der andere öffnet sich in der Tiefe der follikulären Epidermis, richtet sich nach oben, ohne jemals dieselbe zu verlassen und endet an einem Talgdrüsenläppchen, das sich aus der fettigen Umwandlung der Zellen der follikulären Epidermisscheide

und der epithelialen Zapfen, die aus derselben Scheide ihre Entstehung genommen haben, gebildet hat. Wie in den normalen Cutisdrüsen zeugen auch von den in der beschriebenen anormalen Lage gebildeten Epidermisdrüsen vorkommenden Zellen, die am nächsten an der Wurzelscheide und an den Zapfen gelegenen Phasen von progressiver fettiger Evolution; die entfernter gelegenen sind bereits vollständig umgewandelt, zuweilen aufgelöst und verschwommen unter dem Bilde einer fein gekörnten Substanz, die nach der Drüsenmündung zu trachten scheint.

Auch das nach der Epidermis zu gerichtete Drüsengewebe verhält sich kaum anders als dasjenige, das sich normalerweise in der Cutis befindet. In der normalen Talgdrüse lassen sich nämlich zwei Abschnitte unterscheiden: der eine ist von einer Art Epidermishülse umgeben, die sich aus einer Ausstülpung der Stachelschicht des Follikels gebildet hat und einen kurzen Verbindungskanal zwischen dem Lumen der Wurzelscheide und dem eigentlichen Drüsengewebe darstellt; ihre Funktion ist hauptsächlich exkretorischer Natur. Der andere Teil besteht aus wahren, sezernierendem Drüsengewebe und ist aus dem fettigen Umwandlungsprozess eines Teiles der eingestülpten epidermalen Scheide entstanden; dieser Teil des Drüsenacinus liegt vollständig in Bindegewebe eingebettet, ist von einem reichlichen Gefäßnetze umgeben, zeigt aber mit diesen Geweben weder in bezug auf den Ursprung noch auf die weitere Entwicklung Kontinuitätsbeziehungen. Der intraepidermale Drüsenlappen verhält sich in genau derselben Weise; er umfasst nämlich einen hauptsächlich exkretorischen Teil, der sich auf Kosten der Stachelschicht des Follikels gebildet hat, und einen sezernierenden, drüsigen Teil, der mit dem umgebenden (auch dem epithelialen) Gewebe nur in Kontinuitätsbeziehungen steht. Der Epidermis gegenüber stellt somit dieser drüsige Abschnitt ein fremdartiges Gewebe dar, gleichwie die normale Talgdrüse der Cutis gegenüber.

Aus den angeführten Tatsachen geht hervor, daß die anatomische Struktur und die Beziehungen des intraepidermalen Drüsenlappchens zu den umgebenden Geweben, denen der normalen und intradermalen Drüsen identisch sind und daß die Hauptcharakteristik der Veränderung in einer abnormen Lokalisation des Drüsenlappchens besteht.

Der oben beschriebene anatomische Befund ist von außerordentlicher Seltenheit, was ich aus der Tatsache schliesse, daß in der Literatur nur noch ein ähnlicher Fall verzeichnet ist, der von HOFFMANN (Über Retention von Talgdrüsensekret mit Erhaltung des zelligen Charakters innerhalb der Hornschicht. *Arch. f. Dermat. u. Syphiligr.*, Bd. LXVI, Heft 2, 1903). Die Beschreibung und die begleitenden Zeichnungen, die uns der Autor über seinen Fall gegeben, zeigen nämlich, daß es sich um identische Veränderungen gehandelt hat. Mit seiner Auseinanderlegung des Falles kann ich mich jedoch nicht vollständig einverstanden erklären.

HOFFMANN findet nämlich ein Lappchen von Talgdrüsengewebe in der Epidermis an einer Stelle, wo wegen des Bestehens einer in der Cutis gelegenen Follikularcycte eine Lageveränderung der Hautadnexe erfolgt war, mit Atrophie der Epidermis und Verdickung der Hornschicht. Das Talgdrüsengewebe bildete ein Anhängsel des Haarfollikels und den Inhalt einer zwischen der Schleim- und Hornschicht gelegenen Höhle; es bestand aus Talgzellen in verschiedenen Entwicklungsstufen. Diese Talgzellen stammten an den dem Follikel zunächst situirten Stellen von den Epithelzellen der äußeren Wurzelscheide, in den entfernteren Punkten dagegen aus den Epithelzapfen, die selbst dieser Wurzelscheide und dem der Schleimschicht zunächst gelegenen Abschnitte der Epidermis entstammten.

Trotz des Vorhandenseins von wohl erhaltenen Talg- und von anderen Zellen in den verschiedensten Entwicklungsphasen erklärt sich HOFFMANN die eigentümliche Erscheinung aus einer Kompression durch die Cyste, welche Kompression zur Atrophie eines Haarfollikels mit der anliegenden Talgdrüse geführt haben sollte und gleichzeitig eine hochgradige Stauung und Retention ihres Sekrets, welches in dem stark erweiterten Ausführungsgang und einem blasenförmigen, innerhalb der Hornschicht gelegenen Raum sich angesammelt hat. Diese Retention wird bedingt durch die ziemlich starke Hyperkeratose, die sowohl im Bereiche als auch in der Umgebung der großen Follikelcyste vorhanden ist.

Nun scheint es mir, daß diese Erklärung gewisse Eigentümlichkeiten der anatomischen Struktur des Drüsengewebes zu wenig in Berücksichtigung zieht. Das Vorhandensein von wohl erhaltenen Talgzellen, noch mehr aber von Zellen im Zustande der Entwicklung aus der Follikelscheide, der Schleimschicht oder den Epithelzapfen, welche die Epidermis durchziehen, bringen im Falle HOFFMANNS den Gedanken nahe, daß die Veränderung in der Entwicklung einer wahren Drüse in der Tiefe der Epidermis und nicht in einem einfachen Retentionsprozesse besteht. Allerdings erklärt sich diese Auffassungsweise des Autors aus dem Umstande, daß er ein einziges Beispiel dieser Veränderungen zu beobachten Gelegenheit hatte, und zwar noch an einer Stelle, wo außerdem andere Erscheinungen von Kompression, Atrophie und Hyperkeratose bestanden, mit denen gerechnet werden muß.

Mein Fall eignet sich hingegen besser für eine richtige Auffassung seiner Pathogenese, und zwar wegen der großen Anzahl von Präparaten, die mir zur Verfügung standen, und wegen des Mangels an anderen Prozessen, welche eine Trübung des morphologischen Bildes hätten bedingen können.

In fünf verschiedenen, von der nämlichen Person stammenden Hautstücken habe ich durchwegs denselben Befund konstatiert: das Vorhandensein eines Talgdrüsenlappchens mit der Struktur einer lebenden und funktionierenden Drüse im Bereiche der äußeren Wurzelscheide und der Epi-

dermis. Andere Veränderungen, die mit dem oben beschriebenen Befunde irgendwelche Beziehungen haben oder als dessen Ursache betrachtet werden könnten, habe ich keine vorgefunden. Ich halte mich denn auch zur Behauptung berechtigt, daß die beschriebenen Veränderungen tatsächlich eine Anomalie darstellt, die in einer heterotropischen Lokalisation der Talgdrüsen besteht.

Diese Auffassungsweise führt mich folgerichtig zur weiteren Behauptung, daß die Anomalie eine naevusartige Veränderung darstellt, wobei man den Ausdruck im weiteren Sinne nach den heutigen Begriffen aufzufassen hat. Hätten sich meine Untersuchungen noch über andere Stellen der Hautoberfläche erstrecken lassen, so hätte ich sicherlich dieselbe Anomalie vorgefunden. Es handelte sich nämlich in meinem Falle um eine Frau, bei der noch andere kongenitale Veränderungen bestanden, die sich auf Störungen im Gebiete der Zirkulation zurückführen lassen; die allgemeine Körperentwicklung war nur langsam und unvollständig vor sich gegangen, ohne daß bestimmte Affektionen bestanden hätten, die allenfalls zu ihrer Erklärung hätten benützt werden können. Auch die Cutis war der Sitz von Veränderungen, die einer mangelhaften embryonalen Entwicklung ihre Entstehung verdankten. Die nämlichen anatomischen Veränderungen konstatierte ich auch in Hautstücken, in denen die vorhandenen pathologischen Prozesse zwar unabhängig von den Veränderungen in den Talgdrüsen, aber mit diesen die naevusartige Natur teilten. Auch in dem Falle von **HOFFMANN** existierte neben den Störungen in den Talgdrüsen eine Follikularcyste, d. h. eine atheromatöse Bildung, deren Genese auf eine fehlerhafte embryonale Entwicklung zurückgeführt wird.

Aus dem Gesagten läßt sich meiner Ansicht nach folgerichtig der Schluß ziehen, daß auch in diesen beiden Fällen die Veränderungen in den Talgdrüsen als eine mangelhafte embryonale Entwicklung zu betrachten sind. Bei der Differenzierung des Ektoderms haben sich aus dem Haarfollikel zwei Keimzentren gebildet, die für die Entwicklung einer Talgdrüse bestimmt sind, das eine außerhalb, das andere innerhalb der Follikularscheide. Aus dem einen haben sich in normaler Weise in der Cutis verbreitete Drüsen, aus dem anderen eine Drüse gebildet, die sich in der Tiefe der Epidermis eine höhlenförmige Öffnung gebahnt hat, zwischen zwei Schichten, die sich am leichtesten trennen lassen, nämlich zwischen dem Stratum granulosum und dem Stratum corneum.

Es fehlen mir hinreichende Anhaltspunkte zur Festsetzung des Zeitpunktes, wann diese Anomalie auftritt. Die fünf Drüsen, die ich untersucht habe, waren alle vollständig entwickelt, was vermuten lassen würde, daß dies ziemlich frühzeitig geschieht.

Es bleibt nun noch festzusetzen übrig, zu welcher Art von Talgdrüsen die beschriebenen anomalen Bildungen gehören und ob sie mit den

sogenannten „intraepithelialen Talgdrüsen“ von AUDRY und von DELBANCO identifiziert werden können.

KÖLLICKER und UNNA unterscheiden drei Kategorien von Talgdrüsen. Zur ersten rechnen sie die Drüsen, die sich auf Kosten eines Haares entwickeln; sie sind sehr verbreitet über den ganzen Körper. Zur zweiten würden nach ihnen diejenigen gehören, die ganz unabhängig von einem Haare sind, z. B. die MEIBOMschen, die TYSONschen Drüsen, die Drüsen der großen und kleinen Schamlippen, der Pseudomucosa der Lippen; auch die sogenannten „freien Talgdrüsen“ der Mundschleimhaut (AUDRY und DELBANCO) gehören hierher. Für die dritte Kategorie bleiben dann noch übrig diejenigen Drüsen, welche während ihrer Entwicklungsperiode von einem Haarfollikel abhängig sind, später aber vollständig von demselben unabhängig werden oder dann an Volumen so zunehmen, daß der Follikel nur noch wie ein kleines Anhängsel im Vergleich zur Drüse erscheint, welche letztere gewaltige Proportionen angenommen hat; dahin gehören auch die dicken Drüsen der Nase, des äußeren Gehörganges, der Brustdrüse, des die männliche Brustwarze umgebenden Hofes, die Drüsen in unmittelbarer Nachbarschaft der Tränenkarunkel.

Die von mir beschriebene anomale Talgdrüse muß zu der ersteren dieser drei Kategorien gerechnet werden, denn sowohl in meinen Präparaten als im Falle von HOFFMANN zeigten sich die Drüsen stets im Zusammenhange mit dem Haarfollikel. Hautbezirke mit Drüsen von der zweiten und dritten Kategorie habe ich keine untersucht, so daß ich nicht sagen kann, ob auch dort derartige Gebilde vorkommen.

Unter der Bezeichnung „intraepitheliale Talgdrüsen“ haben AUDRY und DELBANCO Zonen von Drüsengewebe beschrieben, die mit den freien Drüsenläppchen in der Mundschleimhaut und den kleinen Schamlippen im Zusammenhange stehen und sich zwischen die interpapillaren Epithelfortsätze hineindrängen. Sie verstehen aber auch unter dieser Bezeichnung kleine Klümpchen von Drüsengewebe, die nach ihrer Entwicklung im Epithel der interpapillaren Schichten isoliert bleiben.

Die von mir beschriebene Anomalie läßt sich mit keiner dieser Formen identifizieren, da unser intraepidermales Drüsenläppchen ein Anhängsel des Haarfollikels darstellt und aus einer wohlentwickelten wahren Talgdrüse besteht, mit einem sezernierenden, drüsigem Teile und einem Ausführungsgange; beide Teile unterscheiden sich deutlich von einander, haben sich aber beide auf Kosten des Epithelgewebes der Follikularscheide entwickelt.

Ich darf deshalb, auf Grund des oben beschriebenen Befundes, wohl erklären, daß diese beiden Fälle, der von HOFFMANN und der meinige, in der Literatur vereinzelt stehen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

## Über die angeblich älteste dermatologische Schrift, die des Melampus „de naevis“.

Von

Dr. PAUL RICHTER·Berlin.

PORTAL berichtet in seiner *Histoire de l'anatomie et de la chirurgie* (Paris 1770, S. 4), daß der erste, dem man ein medizinisches Werk zuschreibt, der ungefähr 1380 vor Christus lebende sagenhafte Hirt Melampus gewesen sei. Als Schriften gibt er neben „*Ex palpitationibus divinationis graece*, Romae 1545, eine Schrift „*De naevis*“, graece Venetiis 1552 in 8<sup>o</sup>, cum aliis an. Er fährt dann fort: On le trouve aussi en grec et en latin avec le *Metreoposcopia* de Cardan, imprimé à Paris en 1658 in fol.

PORTAL gilt im allgemeinen nicht als sehr zuverlässig, nennt ihn doch GOULIN in seinen *Memoires littéraires et critiques pour servir à l'histoire de la médecine* (Paris 1775, in 4<sup>o</sup>, S. 65) „un écrivain, qui n'a fait que copier sans examen tout ce qu'il a trouvé sous sa main“; es galt daher für mich, festzustellen, ob die Schrift, welche fast drei Jahrtausende nach ihrer Abfassung gedruckt wurde, wirklich dermatologisch Interessantes enthalte, ohne daß die Historiker der Dermatologie davon Kenntnis hatten. Aber die Enttäuschung kam bald, wenn ich auch nicht erwartet hatte, daß in dieser Schrift etwas enthalten sei, was der Definition von UNNA entspricht (hereditär veranlagte oder embryonal angelegte, zu verschiedenen Zeiten des Lebens sichtbar werdende und äußerst langsam sich entwickelnde, durch Farbe oder Form der Oberfläche auffallende, umschriebene, kleinere Mißbildungen der Haut. *Histopathologie*, 1894, S. 1146). Daß ein derartiges Werk vorhanden sein mußte, ergab sich daraus, daß der sehr zuverlässige VAN DER LINDEN es anführt. Aber weder im HÄSER noch bei PAGEL, noch im PUSCHMANN'Schen Handbuch fand ich den Melampus erwähnt, und auch bei SPRENGEL fand ich trotz der zahlreichen Literaturangaben keine Erwähnung der Schrift *de naevis*. JOHANN HEINRICH SCHULZ nennt die Schrift in seiner *Historia medicinae*, Lipsiae 1728, S. 92, fügt aber hinzu, daß sie mit dem alten Melampus nichts zu tun habe und deutlich ihren orientalischen Ursprung zeige, und ELOY in der Quartausgabe seiner *Dictionnaire historique*, Mons 1778, III, S. 261, gibt an, daß GOULIN in einem Brief an FRERON nachgewiesen habe, daß diese Schrift 1000 Jahre jünger sei als der alte Melampus. Der Brief ist mir leider nicht zugänglich, er scheint nach GOULIN'S eigenen

Angaben (l. c. S. 78, Anm. b) 1771 in Paris erschienen und nur 135 Seiten lang gewesen zu sein.

Was nun das dem Melampus zugeschriebene Produkt anbetrifft, so habe ich das traurige Machwerk in der Hand gehabt, für das der alte Melampus sicher nicht verantwortlich ist. Anschliessend an H. CARDANI *Metoposcopia*, Lutet. Paris. 1657, Fol., einem Werk, in dem aus Linien oder besser gesagt, Falten auf der Stirn (*μέτωπον* = Stirn) Schlüsse auf innere und äussere Eigenschaften des Menschen gezogen werden, befindet sich je  $1\frac{1}{2}$  Seiten griechischer und lateinischer Text einer Schrift, betitelt: *Melampodis scriptoris sacri, divinatio ex naevis corporis ad Regem Ptolemaeum*. Sie beginnt: *Si fit (naevus = έλασα) in fronte, is multorum bonorum erit dominus. At si in mulieris fronte, illa regnabit aut erit maxima.* Der Schluss lautet: *Observa itaque in viris et mulieribus; si naevus fit in partibus dextris, divites, et probi omnino fient; si vero in sinistris, morbosi, et inopes erunt.*

Bekanntlich haben im dritten Jahrhundert vor Christus mehrere Könige mit Namen Ptolemäus in Ägypten geherrscht; aber ich glaube, die Schrift wird ziemlich gleichaltrig mit der durch 800 Abbildungen geschmückten Schrift des HIERONYMUS CARDANUS sein, der von 1501 bis 1576 lebte.

Dieser Blick in die tiefe Finsternis des Mittelalters, das noch nicht durch die Strahlen des Humanismus erleuchtet wurde, wäre aber nicht der Mitteilung meinerseits wert, wenn bei dem Melampus nicht doch noch etwas für die Dermatologie herauskommen würde. SPRENGEL schildert in seinem Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde, 2. Aufl., 1800, S. 119 ff., ausführlich die Kur, welche Melampus an den Töchtern des Königs Proteus von Argos verrichtete. Die drei Damen wurden von akutem, maniakalischem Irresein befallen, trieben sich in diesem Zustande in den Wäldern umher, wobei sie durch die mangelnde Reinlichkeit ein nässendes Ekzem auf dem Kopf bekamen. So fasse ich die Krankheit nach dem heutigen Stande der Medizin auf. Melampus heilte die Krankheit durch Bäder und Milch von Ziegen, die mit Nieswurz (*Helleborus* = *Veratrum album*) gefüttert waren.<sup>1</sup> Die letztere Angabe findet man nicht, wie SPRENGEL l. c. 121 behauptet, bei Herodot, lib. IX, c. 33, sondern bei Plinius, *Hist. nat.* XXV. 5. Siehe auch J. H. SCHULZE, *De elleborismis veterum*, Halae 1717, S. 2. Für die anderen Angaben ist der in der zweiten Hälfte des zweiten Jahrhunderts a. C. lebende griechische Grammatiker Apollodorus verantwortlich, der im lib. II, c. 2 seiner *Bibliotheca*

<sup>1</sup> ISENSEE hat in seiner Geschichte der Medizin, S. 18, darauf hingewiesen, dass die Krankheit wahrscheinlich durch Menstruationsstörungen hervorgerufen wurde, und dass dadurch auch die heilsame Wirkung des *Helleborus* zu erklären ist.

historica de origine deorum (ed. C. G. Heyne, 1782, Band I, S. 89—91) die Geschichte der Töchter des Proteus ausführlich erzählt, wobei er sich auf den im achten Jahrhundert lebenden Dichter Hesiod beruft. Leider ist in den bekannten Schriften des Hesiod nichts davon zu finden. Nur einzelne Fragmente sind uns erhalten. Davon ist das wichtigste dasjenige, welches die Hautkrankheit der Töchter des Proteus enthält. Der byzantinische Erklärer des Homer, Eustathios, der von 1175 bis zu seinem Tode im Jahre 1194 Erzbischof von Saloniki war, sagt in seinen in griechischer Sprache erschienenen Scholien zu Homers Odyssee (ed. Romae 1750, Fol., S. 1746, 8) im Anschluß an Buch XIII, Vers 483: *κνύζωσεν δὲ οἱ ὄσσε, πάρος περικαλλε΄ ἔοντε*, um das Wort *κνύζειν* zu erklären: *κνύος δὲ τὴν φθορὰν κατὰ γένος οὐδέτερον . . . φέρων καὶ χρῆσιν ἐκ τοῦ παρὰ Ἡσιόδου καταλόγου περὶ τῶν προetidῶν: καὶ γὰρ σφιν κεφαλήσι κατὰ κνύος θαινὸν ἔχθρευεν.*

*ἀλφὸς γὰρ χροῖα πάντα κατέσχευεν. ἐν δὲ νῦ χαίται  
ἔρρεον ἐκ κεφαλῶν, ψίλωτο δὲ κατὰ κάρηνα.*

Diese Stelle ist in der in der Einleitung nicht genau übereinstimmenden Übersetzung in der Ausgabe von Hesiodi Carmina von F. S. LEHRS, welche 1878 in Paris bei Firmin-Didot erschien (S. 49, Fragment XXVII), wie folgt übersetzt: *κνύος* (scabies) perniciem neutrius generis significat. Ex Hesiodi Catalogo vocis usum de Proetidibus factum laudant:

etenim his super capita scabiem gravem effudit;  
vitiligo enim cutem omnem obtinuit, in ea autem capilli  
defuebant ex capitibus, decalvabantur vero pulcra capita.

Leider existiert von der durch Alessandro Politi begonnenen lateinischen Übertragung der Scholien des Eustathios nur ein Fragment, welches die ersten fünf Gesänge der Ilias enthält und drei Bände in Folio (Florent. 1730—1735) umfaßt. Die von HEYNE in den Erklärungen zur oben angeführten Apollodorausgabe S. 279 etwas veränderte Stelle wird von dem Oberkonsistorialrat BÖTTIGER in Weimar in einem Aufsatz: „Älteste Spuren der Wolfswut in der griechischen Mythologie“ in SPRENGELS Beiträgen zur Geschichte der Medizin, erster (und einziger) Band, Halle 1795, S. 38, in einer Anmerkung abgedruckt und dabei von Schuppengrind (*κνύος*), Aussatz und Alopecie gesprochen, ferner ausgeführt, daß Melampus zwar noch nicht die Krätze inokulierte, aber sie doch durch andere Mittel befördern konnte. Mit Recht beruft der Verfasser sich darauf, daß er als Nichtarzt darüber nicht urteilen könne, und in folgedessen bespricht SPRENGEL in einem Zusatz S. 49—52 ausführlich den dermatologischen Teil der Krankengeschichte der Prötiden. Er übersetzt: „Auf ihre Häupter ergossen sich scheußliche, juckende Grinde, denn die ganze Haut wurde von Linsenmälern verunstaltet. Von den Häuptern gingen die Haare aus und die schönen Formen derselben litten am glatzigen Maalplatz.“ Er fügt



dann noch hinzu: „Hier haben wir den juckenden Grind oder die Lichenen (*κνησμός, ψώρα*, Impetigo Romanorum; Papula feri Celsi) und das Mispachath oder die Heckah der Araber. Dann das Linsenmal (*ἀλφός*, Lentigo), Bohack oder Barasch der Araber, und endlich den glatzigen Malplatz (Alopecia), Rethack oder Da' atsaleb der Araber.“ Es folgen dann noch Ausführungen, nach denen er die Krankheit mit dem Aussatz in Zusammenhang bringt, die er dann noch in seiner Geschichte (l. c. S. 119) ergänzt. Es erübrigt sich, an dieser Stelle auseinanderzusetzen, daß es sich nicht um den Aussatz = Lepra gehandelt hat. Nichts spricht dafür und alles dagegen.

Auch um die Krätze = Scabies hat es sich nicht gehandelt; denn die Krätze tritt nie auf dem Kopf auf, und ferner wurde bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts unter Scabies nicht die durch das Eindringen der Krätzmilbe in die Haut hervorgerufene Hautentzündung, deren differentialdiagnostische Bedeutung eigentlich erst seit FERDINAND HEBRA sichergestellt ist, sondern jede Art juckenden, nässenden oder schuppenden Ausschlages verstanden. Erst nachdem, durch WILLAN angeregt, sich der Begriff des Ekzems entwickelt hat (siehe UNNA, Die Geschichte des Ekzems, Wien 1902), ist die Universalität des Ausdruckes „Scabies“ eingeschränkt worden. Wir verdanken diese Konfusion dem Herrn Konsistorialrat.<sup>3</sup>

Die Schwierigkeiten für die dermatologische Erklärung sind tatsächlich gering, fraglich sind nur die Worte *κνίος* und *ἀλφός*. Was das erste anbetrifft, so ergibt der Vergleich der beiden Stellen aus Homer und Hesiod, daß es sich nicht um ein reines Jucken, wie es der Stamm des Wortes ausdrückt, handelt, sondern um eine Flüssigkeitsausscheidung, die mit Jucken verbunden ist; beides kommt auf dem Kopf und an den Augen vor.

Das Wort *ἀλφός* entspricht dem lateinischen *albus* und bedeutet weiß, die Bedeutung weißer Fleck ist ihm beigelegt worden und würde weder dem Wort noch dem Sinne passend sein. Es liegt daher auch kein Grund vor, die Übersetzung von *ἀλφός* = vitiligo durch LEHRs anzuerkennen. Sagen wir aber mit ihm: *albus enim cutem omnem obtinuit*, etwas Weißes bedeckte die ganze Haut, so haben wir als Folge des ersten Verses den zweiten, d. h. zuerst trat unter furchtbarem Jucken eine Flüssigkeit aus, dieselbe nahm als etwas Weißes (d. h. als weiße Borken) die ganze Kopfhaut ein, und schließlich gingen die Haare aus, so daß die schönen Köpfe kahl wurden.

<sup>3</sup> Dieselbe Verwechslung macht leider auch der um die Medizin verdiente Übersetzer des Hippokrates, ROBERT FUCHS, indem er in der Geschichte der Heilkunde bei den Griechen in PUSCHMANNs Handbuch, S. 353, sagt: „Protarchos erfand . . . das beste Krätzemittel (Celsus, V. 28, 16).“ Es handelt sich sicher um chronisches Ekzem.

Ich habe beinahe wörtlich übersetzt, und doch gibt die Übersetzung das typische Bild eines nässenden Ekzems der Kopfhaut, das dann auch durch Bäder geheilt wurde.

Ich hoffe mit dieser kleinen Beleuchtung einer über 3000 Jahre alten Krankengeschichte gezeigt zu haben, daß die alten Ärzte doch bessere Beobachter waren als ihre Nachfolger.

## Versammlungen.

### Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Dezember 1905.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LESSER demonstriert ein 15jähriges Mädchen mit **hereditärer Lues**, bei welcher die HUTOHINSONSche Trias in Gestalt der Zahndeformität, der Keratitis parenchymatosa und der Erkrankung des inneren Ohrs typisch vorhanden ist. Außerdem bietet sie **Gelenkerkrankungen** im Fußgelenk, in den Hand- und Fingergelenken dar, die ebenfalls als syphilitisch anzusehen sind. Das Röntgenbild gibt keine Knochenveränderung.

2. LESSER demonstriert ein zehn Monate altes, gut genährtes Kind mit **Urticaria pigmentosa**. Die Veränderung besteht seit der sechsten Lebenswoche. Das Jucken ist sehr gering. Urticaria factitia läßt sich durch Reiben der Haut hervorrufen.

3. LESSER demonstriert einen jungen Mann mit **Epidermolysis bullosa**, dystrophische Form mit tiefen Narbenbildungen, Atrophie der Haut und Milienbildungen. Besonders befallen sind augenblicklich die Streckseiten der Arme, Nacken und Rücken. Weiße Narben als Spuren sehr alter Vorgänge bestehen am Rumpf (Gürtelgegend). L. macht keinen scharfen Unterschied zwischen dieser Form und der ursprünglichen hereditären Form KÖBNERs, die ohne Narben abheilen soll. Er findet vielmehr alle Übergänge zwischen beiden Arten.

4. ROSENTHAL demonstriert einen 40jährigen Mann, welcher im Anfang der Beobachtung (vor mehr als einem Jahr) ausgebreitete verruköse Plaques und daneben **Lichen planus**-Knötchen an Haut und Mundschleimhaut darbot. In diesem Stadium wurde er auf dem 5. internationalen Kongress in Berlin 1904 vorgestellt. Im Januar 1905 stellten sich deutliche **Psoriasiseffloreszenzen** ein, bis im Mai ein allgemeiner Psoriasisausbruch hervorkam. Augenblicklich besteht reine — durch die Behandlung schon sehr gebesserte — Psoriasis und daneben dunkelpigmentierte Reste der Lichen planus-Eruption und weiße Flecke der Mundschleimhaut.

Diskussion: BLASCHKO bestätigt die ursprüngliche Lichen planus-Natur der Erkrankung. Die verrukösen Bildungen sind unter seiner Beobachtung entstanden, wohl mitbedingt durch As-Medikation, zumal Arsenkeratosen ihnen beigemischt waren. Vielleicht hat diese Therapie auch in der Ätiologie des späteren Psoriasisausbruchs mitgewirkt.

PINKUS hat den Fall schon auf dem Kongress (Herbst 1904) als Psoriasis angeführt, eine Auffassung, der ROSENTHAL energisch entgegentritt.

5. HOLLSTEIN demonstriert einen kräftigen, ca. 50jährigen Mann mit **Pemphigus** der Mundschleimhaut und der Augenbindehäute.

In der Diskussion berichten LESSER, MANKIEWICZ, WECHSELMANN über einschlägige Beobachtungen.

6. **WECHSELMANN** demonstriert einen Mann mit universeller, stark infiltrierter und juckender Hautröte, **Dermatitis exfoliativa**. Es bestehen seit längerer Zeit starke Lymphdrüsenpakete, der Blutbefund ergibt aber keine Vermehrung der Lymphocyten.

7. **WECHSELMANN** demonstriert einen Mann mit **Lichenisation** rund um den Hals herum, bei welcher jede subjektive Empfindung fehlt.

8. **HERBST** demonstriert einen fettleibigen Mann mit multiplen **Xanthomen** an den Armen, Beinen (bezw. Ellenbogen und Knie), Rumpf; auch in der Urethra fand sich ein Knötchen. Der Fall entspricht völlig dem diabetischen Xanthom, doch fehlt im Urin sowohl Zucker wie Eiweiß; Leber, Milz, Pankreas sind frei von nachweisbaren Veränderungen.

9. **FISCHEL** demonstriert zwei Fälle von **strichförmigen Hautaffektionen**, deren erste an der Hinterseite von Gesäßs, Ober- und Unterschenkel liegt (2. Sakralsegment), deren zweite das Dorsum von linkem Vorderarm und Hand überzieht.

10. **FISCHEL** demonstriert einen 17jährigen Mann, der an seiner rechten Stirnseite einen bräunlichen, von runden, weissen Narben durchsetzten Atrophiestreifen trägt, der vom Oberlid bis weit in das Capillitium hineinreicht. Der unterliegende Knochen zeigt eine deutliche Furche. Die Affektion gehört in das Gebiet der **Hemiatrophia facialis progressiva** oder der Sklerodermie.

11. **BLASCHKO** demonstriert ein Mädchen mit einem **Sklerodermiestrich** entlang der Außenseite des rechten Beins, der als Rest von einer diffusen Sklerodermie übrig geblieben ist.

12. **ADLER** demonstriert eine Frau mit **papillärer hypertrophischer Tuberkulose der Nasenspitze**. Die Affektion besteht seit zwei Jahren, sie ist vielfach mit wechselndem Erfolg antisypilitisch behandelt worden.

13. **ADLER** demonstriert einen Mann mit **sypilitischem Primäraffekt an der Innenfläche der Oberlippe**.

14. **ADLER** demonstriert einen Mann mit kleinen und größeren Hautknoten, bei dem der Abgang von Bandwurmgliedern den Gedanken eingab, dafs es sich um **Hautcysticerken** handle (nicht angegeben, welche Tänienart der Kranke beherbergt!).

Diskussion: **LESSER** fordert zur histologischen Untersuchung auf, **KROMAYER** erkennt in den Knoten Lipome.

15. **HOFFMANN** demonstriert mikroskopische Präparate von **Psoriasis verrucosa**, von **lichenoider Psoriasis**, die unter festhaftender Schuppe nur wenige Papillen einnimmt, von **Lichen ruber verrucosus**.

16. **HOFFMANN** bespricht, unter Demonstration von Silberimprägnationspräparaten von **Spirochaeta pallida** im Gewebsschnitt, seine Untersuchungen, welche ihn zu der Überzeugung gebracht haben, dafs diese Spirochäte wirklich die Ursache der Syphilis sei. Nach den Gewebepreparaten, namentlich hereditärer Lues, bekommt man von der außerordentlichen Häufigkeit der Spirochäte und ihren topographischen Beziehungen zu den Krankheitsherden einen völlig anderen Eindruck, als ihn die schwer findbaren seltenen Gebilde der Ausstrichpräparate gegeben hatten.

Diskussion: **DREYER** bespricht die diagnostische Wichtigkeit des Fundes in Primäraffekten und den von ihm gemachten Fund in einer nässenden Papel bei 2½ Jahre alter und mit zwei Hg-Kuren behandelter Lues.

**PIELICKE** weist auf die Funde in Carcinomen hin und hat die in München gefundenen Spirochäten als sehr ähnlich der **Spirochaeta pallida** erkannt.

**HOFFMANN** erwartet von der Nachweisbarkeit feinerer Strukturelemente (undulierende Membran, endständige Geißeln) bessere Unterscheidungsmerkmale, als wir bisher besitzen.

## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 18. Oktober 1905.

**EHRMANN** demonstriert einen 43jährigen Mann mit einem pilzartigen **Epitheliom** an der rechten Wange auf der Basis einer Narbe, die nach Ausheilung eines gummeösen Geschwürs restierte.

**Diskussion:** **NEUMANN** betont die relative Seltenheit dieses sekundären Carcinoms auf der äußeren Hautdecke gegenüber der Lokalisation auf der Zungen- und Mundschleimhaut.

**ULLMANN** ersucht um einen histologischen Befund des Tumors.

**SACHS** stellt aus der Klinik Prof. **FINGER** vor:

1. einen 28jährigen Mann mit ausgebreitetem **Lichen ruber planus** am Stamm, Genitale und Scrotum. Auch die Wangenschleimhaut ist betroffen.

2. zwei Fälle von **Leukoderma**; der eine an Stelle und in der Umgebung von regressiven Papeln, der zweite aber um die Knötchen eines **Lupus vulgaris disseminatus**.

**EHRMANN** stellt weiterhin vor:

1. zwei Fälle von **Pityriasis lichenoides chronicus**.

2. eine vorwiegend an den Streckseiten der oberen Extremitäten lokalisierte **Atrophia cutis idiopathica**.

3. eine **Sklerodermie** in gulden- bis handtellergrößen Herden an Schulter und oberen Extremitäten ausgebreitet.

4. eine **typische Folliculitis** mit frischen Knötchen neben alten, pigmentierten Narben.

**ULLMANN** zeigt:

1. einen **Lupus erythematosus** im Gesichte, dem zu Vereiterung führende Drüenschwellungen am Halse vorausgegangen, und bespricht damit den Zusammenhang des **Lupus erythematosus** mit der Tuberkulose der Lunge und anderer Organe.

2. zwei Fälle **blennorrhöischer Iritis**, einen älteren, fast abgelaufenen und einen frischen, mit mehreren Synechieen verbundenen. Die interne Therapie mit **Balsamicis** hat in beiden Fällen nur wenig geändert; die lokale Behandlung allein scheint wirksam.

**Diskussion:** **FINGER** hebt die Seltenheit dieser blennorrhöischen Komplikation hervor, die als solche besonders durch die Koinzidenz der Augenerscheinungen mit dem urethralen Prozesse und dessen Rezidiven erkennbar ist.

**WINKLER** konnte sich von der günstigen Wirkung der Chininpräparate bei der **Iritis blennorrhöica** überzeugen.

**WEIDENFELD** stellt einen äußerst interessanten Fall beginnender **Leukaemia cutis** vor. Der früher angeblich gesunde, 25jährige, kräftige Mann zeigt in der Haut des Gesichtes, besonders auf den Wangen stecknadelkopf- bis linsengroße, braunrote, mäßig derbe, flache, glänzende Knötchen und Knoten. Vereinzelt finden sich dieselben, zum Teil auch etwas größer, an der Rückenhaut. Die histologische Untersuchung der Tumoren sowohl wie der mikroskopische Blutbefund ergaben das übereinstimmende Bild der Leukämie.

**Diskussion:** **EHRMANN** sah denselben Patienten vor drei Jahren mit **Lues**.

**WEIDENFELD** hebt die Wichtigkeit dieses anamnestischen Befundes hervor, da **Lues** bei der Leukämie ätiologisch oft in Betracht kommt. Ein ähnlicher Fall wurde auf dem Dermatologenkongresse in Serajewo von **GLÜCK** vorgestellt und auch oft durch den Blutbefund verifiziert.

LEINER demonstriert zwei Geschwister, ein zehnjähriges Mädchen und einen vierjährigen Knaben, die an verschiedenen Stellen des Gesichtes und Halses sowie an den Extremitäten gleiche Veränderungen, nämlich scharf umschrieben, oft strichförmige, grauschwarze Schorfe zeigen, die von einem schmalen Entzündungshof umgeben sind, also sichere **Ättschorfe**. Die Ursache ist unbekannt, nach Angabe des Mädchens eine Flüssigkeit im Abort.

SCHERBERG stellt aus der Klinik FINGER vor:

1. die im letzten Sommer bereits gezeigten zwei Kinder mit **Xeroderma pigmentosum**; beim älteren Kinde sind jetzt mehr Pigmentationen und zahlreiche Teleangiectasien und Epithelwucherungen, besonders an den Nasenflügeln und Augewinkeln, zu sehen; das jüngere Kind das früher nur ein Erythem aufwies, hat jetzt bereits Pigmentationen und atrophische Flecken sowie Conjunctivitis. Die Mutter zeigt neben einer stärkeren Pigmentation der Haut im ganzen nur zahlreiche Epheliden an den Armen.

2. eine **fast universelle Sklerodermie**, die beinahe den ganzen Körper bis auf Gesicht und untere Extremitäten einnimmt. Thiosinaminjektionen hatten wenig Erfolg. Auf Thyroidin trat Besserung ein, entsprechend der Beobachtung mehrerer neuerer Forscher, welche bei Sklerodermie eine Hypoplasie der Schilddrüse beobachteten. Die Patientin erhielt im ganzen 500 Tabletten à 0,8.

FINGER berichtet über seine **Syphillisimpfungen auf Affen** und demonstriert das Resultat einer solchen, die er auf die elfte Generation bei einem Cynocephalus hamadr. an beiden Augenbrauen vorgenommen. Die Resultate derselben widerlegen die vielfach ausgesprochene Ansicht von einer konstanten Abschwächung des Virus bei der Passage durch die niederen Affen. Während bei der neunten und zehnten Generation die Geschwüre wenig deutlich entwickelt waren und keine Spirochäten aufwiesen, bekam dieser Affe reichliche und tiefgreifende, ulcerierten Papeln ähnliche Geschwüre mit reichlichem Spirochätenbefund.

Sitzung vom 8. November 1905.

EHRMANN stellt einen Fall von **Lichen ruber acuminatus universalis** vor. Die Erkrankung begann vor drei Monaten an der behaarten Kopfhaut, wo die mit Schuppen bedeckten Knötchen der Psoriasis ähnlich sahen. Ziemlich akut traten die Knötchen dann am ganzen übrigen Körper auf, den sie jetzt mit ihren typischen konischen Kegeln besetzt halten, besonders schon an den Streckseiten der Hand- und Fingerrücken. Handteller und Fußsohlen sind von stark verdickter, rissiger Hornhaut bedeckt. Die Mundhöhle ist frei. Flache, planus-ähnliche Formen finden sich nicht. Diese Form ist mit der Pityriasis rubra pilaris (Devergie) der Franzosen identisch und ist, wenn auch lange dauernd, doch einer Heilung zugänglich.

BRANDWEINER zeigt ein 8 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen, an dessen ganzem Körper, besonders aber an den Extremitäten, sich dicht und gleichmäßig lebhaft rote, zum Teil hämorrhagische, stecknadelkopf- bis kleinerbsengroße, nicht exkorierte Flecken finden. Temperatur derzeit afebril. Es dürfte ein **Lichen urticatus** vorliegen.

SPIELER demonstriert aus dem Carolinen-Kinderspitale ein 13jähriges Mädchen, bei dem seit drei Monaten ohne äußere Ursache eine mächtige Anschwellung beider unterer Extremitäten aufgetreten ist. Die Ober-, besonders aber die Unterschenkel, sind stark verdickt, plump, walzenartig wie bei einer lange bestehenden Elephantiasis; die Haut selbst unverschieblich, derb und dick, livid und von striae durchzogen, meist leicht schuppig; nur an der Hinterfläche des rechten Ober- und linken Unterschenkels erhebt sich je ein über handtellergrößer Rasen flach papillärer, niedriger, oberflächlich glatter oder feindrüsiger Exkreszenzen. Die Haut in der Umgebung ist glatt. Bei der Patientin besteht eine ausgesprochene Nephritis, mit deren Behandlung und

gleichzeitiger lokaler Therapie (Hochlagerung und Bleiwasserumschläge) auch die Schwellung der Beine rasch zurückgeht. Diese rasche Rückbildung spricht gegen jede Art von Bindegewebsneubildung, vielmehr für ein lymphatisches Ödem mit sekundär auftretenden Reizungserscheinungen auf der Oberfläche der Haut.

**Diskussion:** EHRMANN erklärt die elephantiasischen Veränderungen auf ekzematöser Basis und die umschriebenen Plaques für circumskripte Herde des Lichen simplex chronicus VIDAL.

NOBL hält die Schwellung auch für Ödem und die circumskripten Veränderungen für eine sekundäre Läsion, entstanden aus primär internen Reizzuständen der Haut.

NOBL demonstriert:

1. Nagelveränderungen in Gestalt einer starken **Hyperkeratosis subungualis** bei einer 23jährigen Frau, verursacht durch die periphere Stauung und Cyanose der Finger infolge eines Vitium cordis an den Mitralklappen.

2. eine Aussaat von **venerischen Geschwüren** am Mons veneris, entstanden durch Infektion mehrerer vom Rasieren der Haare daselbst herrührender Exkoriationen.

SPITZER zeigt

1. **symmetrische Lipomata dolorosa** am Stamme längs der Rippen, an den Extremitäten longitudinal angeordnete, längsovale, erbsen- bis mandelgroße derbelastische Tumoren, deren Untersuchung Lipome ohne Zusammenhang mit den Nerven ergab.

2. eine Frau mit mehreren derben, haselnußgroßen, metastatischen **Rezidiv-Carcinomknoten** in der Umgebung der linken Mamma, die vor vier Jahren extirpiert wurde. Nach zwölfmaliger Röntgenbestrahlung erfolgt nunmehr deutliche Rückbildung der Knoten.

ULLMANN zeigt:

1. eine **multiple, totale Alopecie** an zahlreichen, guldengroßen Stellen des Kopfes nach Furunkeln. Am 18. Tage nach Entstehen des Furunkels, auch ohne daß derselbe vereitert und durchbricht, fallen die Haare aus, um nach drei bis vier Monaten wiederzukehren.

**Diskussion:** FINGER hält diese Alopecie für eine mechanische.

NEUMANN erklärt sie durch das Odem und die Entzündung des Follikelapparates.

OPPENHEIM stellt aus der Klinik Prof. FINGER vor:

1. ein **ulceriertes Infiltrat** der Unterlippe, wahrscheinlich Gumma (Infektion mit Lues vor vier Jahren); anfangs sehr ähnlich einem beginnenden Carcinom.

2. **Koinzidenz eines Lupus erythematosus** mit Narben nach Scrophuloderma, Lymphomata colli und einem Lichen scrophulosorum.

**Diskussion:** ULLMANN wiederholt das Ergebnis seiner letzthin mitgeteilten Beobachtungen.

Auch BORCK hat bei fast 70% diese Begleitsymptome gefunden.

FINGER kennt wohl solche Fälle, aber viele der von BORCK als Lupus erythematosus bezeichneten Fälle sind als Tuberkulide im engeren Sinne zu betrachten.

EHRMANN weist gleichfalls auf die häufige Verwandtschaft dieser Erkrankungen hin. Aber vielfach werden auch flache Formen von Lupus vulgaris für erythematosus gehalten; es wäre daher die histologische Untersuchung zur genauen Diagnose erforderlich.

3. einen Patienten mit dem deutlichen Effekt von **Syphilis und Reizung**. Derselbe zeigte neben seiner ulcerierten Sklerose eine Pityriasis rosea, die mit Schmierseife behandelt wurde. Neben einer matten Roseola bestehen nun nach Eruption des luetischen Exanthems an den durch die Schmierseife gereizten Stellen stark elevierte und serpiginoë, konfluente Papelgruppen. Daneben besteht am linken Vorderarm ein ganz different aussehender Herd von Lupus vulgaris.

**Diskussion:** EHRMANN sah letzthin das Rezidiv eines papulösen Xanthems genau in den Linien einer Tätowierung auftreten.

4. ein neonmontatisches Kind mit einem Primäraffekt im Mundwinkel. Lymphdrüenschwellung submental und allgemein. Die Infektion erfolgte durch eine Schwester mit rezenter Lues.

Sitzung vom 22. November 1905.

PASCHKE stellt einen 26jährigen Mann mit einem ausgebreiteten Lichen ruber planus vor, am Stamm und den Vorderarmen vielfach konfluert und strichförmig. Besonders stark ist die Wangenschleimhaut ergriffen, die nicht die typische reiserartige, sondern eine mehr punktförmige und fleckige Verdickung und Graufärbung aufweist.

**Diskussion:** NEUMANN hebt die Schwierigkeit der Diagnose bei ausschließlicher Erkrankung der Schleimhaut hervor.

SACHS möchte gerade in diesen Fällen die Wichtigkeit des histologischen Befundes betonen, der nach den letzten Mitteilungen von POROSZ in der *Dermatolog. Zeitschr.* den in der Haut beschriebenen Lückenbildungen analoge Bilder zeigt.

LIPSCHÜTZ demonstriert die Abbildung des in der vorigen Sitzung von seinem Chef, Professor EHRMANN, demonstrierten papulösen Rezidivs innerhalb einer Tätowierungsnarbe.

BRANDWEINER zeigt aus der Ambulanz des St. Annen-Kinderspitals einen zehnjährigen Knaben mit einem ausgebreiteten Lichen ruber planus, dessen Knötchen besonders an der Streckseite der Arme und den Ellenbogen zu erbsen- bis hellergroßen Plaques konfluieren, welche von Psoriasis differentialdiagnostisch nicht immer leicht zu sondern wären. Wichtig sind zur Entscheidung die festhaftenden Schuppen und die mehr bläuliche Farbe.

**Diskussion:** NEUMANN. Während die hier stärker ausgeprägte Lokalisation an den Streckseiten leicht an Psoriasis denken läßt, zeigen die gruppierten Stellen am Rücken deutlich, daß ihr Wachstum nur durch Apposition einzelner Knötchen zustandekommt, was die Diagnose Lichen ruber bestimmt entscheidet.

KOHN stellt aus der Abteilung Professor MRAČEK einen 38jährigen Mann mit einem Xanthoma planum des Gesichtes vor. An beiden Augenlidern, der Wange und dem Halse sowie der oberen Brusthaut, besonders dicht an der erstgenannten Stelle sind zahlreiche, meist stecknadelkopfgroße, blaßrötliche, etwas derbe Knötchen zu sehen. Dieselben traten seit circa drei Monaten allmählich, meist unter lebhaftem Jucken auf. Patient ist sonst vollkommen gesund.

**Diskussion:** WEIDENFELD möchte die Knötchen an den Augenlidern für Colloidmilien, die anderen, vielleicht aber auch alle für das bereits genau beschriebene und histologisch sehr typische Krankheitsbild des Syringocystadenoms halten und ersucht daher, womöglich ein Knötchen der histologischen Untersuchung zu unterziehen.

NEUMANN sah letzteres aber immer eher an der vorderen und seitlichen Brustwand lokalisiert. Vielleicht liegen hier Xanthome vor, die durch Kalkeinlagerungen eine derbe Konsistenz angenommen.

DEUTSCH demonstriert:

1. einen jungen Mann mit einer Hyperhidrosis und Tylosis toxica nach Arsengebrauch. Die Palmae sind schmutzig verfärbt, die Hornschichte unregelmäßig schwielig verdickt, feucht, zum Teil wie bei beginnender Blasenbildung weißlich abgehoben. Patient hat in letzterer Zeit wegen einer Alopecia areata Arsen erhalten und danach diese Erscheinungen beobachtet.

2. ein chronisch entzündliches Infiltrat links von der Wirbelsäule in der Höhe der Kleiderfurchen in Form eines 2 cm breiten, 6 cm langen, etwas über das

Hautniveau erhabenen, derben, oberflächlich verdickten, etwas braun verfärbten, rauhen Herdes. Sklerodermie ist wohl auszuschließen.

**Diskussion:** BRANDWEINER hält diesen Fleck für eine Druckschwiele, für welche der Patient auch eine Erklärung gibt, da er, meist an dieser Stelle angelehnt, dieselbe einem besonderen Drucke aussetzt.

FIVERR zeigt ein Kind von einigen Monaten, das vor drei Wochen an einem akuten Exanthem erkrankte. Dasselbe begann mit lebhaft roten, erhabenen Knötchen an den Extremitäten. Dieselben wandelten sich in den nächsten Tagen fast allenthalben in Bläschen und bald in eitrige Pusteln um. Nach der Öffnung der Pusteldecke verblieben diphtheritisch belegte Geschwürchen, die an den unteren Extremitäten, besonders um die Malleolargegend, zu größeren, erhabenen, ulcerierten Knoten konfluieren. Jetzt ist auch der Stamm mit solchen Knötchen und Pusteln bedeckt. Das Krankheitsbild läßt sich nicht gut in die Gruppe des multiformen Exanthems einreihen, sondern stellt ein eigenartiges, ätiologisch unklares, akutes Exanthem dar.

**Diskussion.** SPINGLER: Der Fall erinnert in seinem Aussehen ein wenig an den von KAPOSI beschriebenen Knaben mit *Molluscum giganteum*, das hier auszuschließen ist; dagegen ist die Ähnlichkeit mit einer Bromakne oder einem durch eine derartige Noxe verursachten Exanthem sehr groß.

NEUMANN: Die Bromakne ist auch bei Kindern vorwiegend an den Unterschenkeln, der Schläfe und den Wangen lokalisiert; das durch seröseitrige Flüssigkeit abgehobene Epithel ist zu trockenen Borken eingetrocknet, die Cutis honigwabartig aufgelockert. Diese Symptome fehlen hier alle; ich halte das vorliegende Krankheitsbild für eine besondere Form von *Erythema multiforme* und *Herpes iris*, wobei man zur Erklärung des besonderen Aussehens die kindliche Haut berücksichtigen muß.

BRANDWEINER demonstriert:

1. einen 81jährigen Mann mit einem *Pemphigus foliaceus*. Derselbe setzte vor sieben Wochen ein. Nunmehr sieht man an den Extremitäten und am Stamme zahlreiche, des Epithels entblößte, lebhaft rote, nässende, kreisrunde oder unregelmäßig bogenförmig begrenzte, serpiginöse, kleinere und größere, zum Teil auch von feuchten Krusten bedeckte Stellen; keine Blasen. Mundschleimhaut frei.

2. einen diffus ausgebreiteten, vielfach stark schuppenden *Lichen ruber planus*. Schleimhaut der Mundhöhle frei.

OPPENHEIM berichtet über die Erfolge mit der Anwendung der BIERschen Stauung bei exulcerierten Gummen der Unterschenkel. In dem einen Falle handelte es sich um ein zweihandtellerbreites, putrid eitrig belegtes Geschwür über der Mitte des Unterschenkels. Die Stauung wurde anfangs nur 2—3, dann 4—8 Stunden täglich ausgeführt. Die Schmerzhaftigkeit wurde bald geringer, nach acht Tagen war das Geschwür gereinigt und heilt nunmehr rasch zu. (Leider wurde dasselbe gleichzeitig mit Jodoform behandelt, was die einwandfreie Beurteilung stört.) Im zweiten Falle war es ein über guldengroßes Gumma der Fußsohle, das in nicht ganz drei Wochen vollständig geheilt war.

Sitzung vom 6. Dezember 1906.

EHRMANN stellt vor:

1. ein 20jähriges Mädchen mit einem *Keratoma hereditarium palmare et plantare*. Dasselbe ist klinisch nach dem einheitlich beschriebenen Typus ausgebildet mit einem leicht erythematösen Rand. In der Ascendenz konnte dieselbe Affektion bis zur dritten Generation verfolgt werden.

2. einen 44jährigen Mann mit einem ausgebreiteten maculo-papulösen Syphilid und einer Affektion an der Streckseite des rechten Unterschenkels, die sich aus zahlreichen, meist linsengroßen, warzenartig papillären Knötchen zusammensetzt; dieselben



sind nicht entzündlich verändert, an der Oberfläche grauweiß, nicht nässend, jucken nur wenig und geben so das Bild der **Keratosis follicularis**.

3. eine **Psorospermosis DABIER** bei dem bereits wiederholt von ihm vorgestellten jungen Manne, dessen an derselben Krankheit leidender Vater von JANOVSKY beschrieben wurde. Der Kranke, der bereits geheilt war, zeigt jetzt zahlreiche frische, rote Effloreszenzen, zum Teil auch schon nässend und mit Krusten bedeckt, im Gesichte, am Halse, den Schultern, der Scham- und Kreuzbeingegend; dazwischen auch kleine Pastelchen, deren Untersuchung nur den *Staphylococcus pyogenes aureus* ergab. Am Halse sind neue Drüsenabscesse und Sorophulodermherde entstanden, mit deren Auftreten vielleicht auch die neue Eruption zusammenhängt. An der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens sind kleine, graulich durchscheinende Knötchen zu sehen.

4. bespricht der Autor im allgemeinen das wichtige Vorkommen von **Lues sine exanthemate**, das in der Anamnese vieler Spätformen auch klinisch nicht selten begegnet, und erwähnt kurz die histologischen Befunde der klinisch anscheinend gesunden Haut von Luetikern mit rezenter Affektion. Das Mikroskop zeigt in der Cutis, besonders um die Gefäße bei Färbung nach PAPPENHEIM, charakteristische Lager von Plasmazellen (Demonstration eines solchen Schnittes).

HELLMER zeigt einen Fall von ausgebreitetem **Lichen ruber planus**.

SPIEGLER demonstriert einen 26jährigen Mann mit einer über den ganzen Körper zerstreuten Psoriasis punctata et cummularis und einem von der Spitze des rechten Zeigefingers bis zum Handwurzelgelenk verlaufenden, 1 mm schmalen, etwas verrukösen **Naevus linearis**.

FINGER zeigt einen **Macacus hamadrias** (achte Generation) der im Juni mit **Lues** geimpft, nach drei Wochen am Genitale sowohl als am Augenbrauenbogen seine typischen Primäraffekte bekam. Dieselben heilten anfangs September ab. Einige Wochen später traten in einiger Entfernung davon in der Regio publica und gegen die Stirn zu serpiginoöse Infiltrate auf, die ähnlich seborrhoischer Papeln schuppen und mit Hinterlassung eines braunschwarzen Pigmentes abheilen. Andere Allgemeinerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Diskussion: EHRMANN sah ganz ähnliche, serpiginoöse Formen bei einem **Macacus rhesus**.

OPFENHEIM stellt vor:

1. einen 30jährigen Mann, der an der seitlichen Thoraxwand, der hinteren Fläche der Oberschenkel und in den Kniebeugen gulden- bis handtellergröÙe, blaÙ bräunlichgelbe, kleienförmig schuppende Flecken ohne Knötchenbildung in der Umgebung zeigt. Die Flecken sind denen der **Pityriasis versicolor** und des **Erythrasma** ähnlich, der Pilzbefund ist aber negativ, so daÙ die Einreihung zu einer bestimmten Dermatomykose unmöglich ist.

Diskussion: WEIDENFELD reiht diese Affektion den von SPIGLER seinerzeit vorgestellten an, wenn auch damals die Flecken nicht so groß waren; wahrscheinlich handelt es sich um eine mykotische Affektion bei Ichthyotikern.

FINGER hat einen ähnlichen Fall als anämisches Ekzem vorgestellt, da er die mykotische Ätiologie nicht beweisen kann, und vergleicht es mit den eigenartigen Ekzemen um die Mundwinkel und an den Wangen bei Gebrauch eines reizenden Mundwassers.

DEUTSCH möchte hervorheben, diese Affektion nicht in die Gruppe der seborrhoischen Ekzeme einzureihen, die einer Schwefel- und Teerbehandlung weichen, während diese dabei unverändert bleibt.

2. eine **Alopecia decalvans** bei einem jungen Mädchen, die auch Lues hat.

Besonders am Scheitel sieht man haararme Stellen, wie sie meist nach ausgeheiltem Favus zurückbleiben; aber am Rande sind noch frische, rote, mit kleinen Krusten bedeckte Knötchen zu sehen, wie sie bei der Folliculitis decalvans beschrieben werden.

Diskussion: FINGER möchte nach einer Anzahl beobachteter Fälle zwei Gruppen dieser Affektion unterscheiden:

1. Fälle, wie der vorgestellte, wo die Follikulitiden zerstreut und mehr oberflächlich auftreten und dementsprechend auch die Haare zerstreut und verdünnt ausfallen wie bei Favus.

2. Fälle mit circumskripter Alopecie in Scheibenform, wo die Follikulitiden ein gleichmäßig fortschreitendes Infiltrat bilden, das im Zentrum mit einer narbigen Alopecie ausheilt und peripherwärts weiterschreitet, ähnlich dem Lupus erythematosus, von dem es aber leicht differenziert werden kann.

## Fachzeitschriften.

### Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 77. Heft 2. November 1905.

**I. Versuche über Lichtwirkung bei *Hydroa aestivalis* (BAZIN), Sommereruption (HUTCHINSON),** von S. EHRMANN - Wien. Seit den ersten Beschreibungen BAZINS und HUTCHINSONS über obige Krankheit sind eine Reihe weiterer Publikationen von verschiedenen Seiten gefolgt. In allen diesen Fällen wird das Sonnenlicht mehr oder weniger als ätiologisches Moment in Betracht gezogen. Doch wird der Einwirkung anderer physikalischer Agentien, namentlich höherer oder niedrigerer Temperaturgrade und dem Einflusse der Luft usw., auch noch eine Wirkung beigelegt. Physikalische Versuche über Lichtwirkung bei *Hydroa vacciniforme* sind bisher nicht angestellt worden, und führte EHRMANN dieses zum ersten Male aus bei einem typischen Falle an der Haut des oberen Teiles des Oberarmes. Die vom Wasser durchflossene Linse einer Finsenlampe wurde in variabler Entfernung von der Haut gehalten, so daß sie an das Ende eines geschwärtzten Tubus angebracht wurde, der eine Verlängerung der FINSENschen Lampenröhre bildet, von deren Brennpunkt die Hautoberfläche 15—20 cm entfernt wurde. Um den Versuch weiter zu variieren, wurden sowohl Konvexlinsen als auch Konkavlinsen benutzt, Linsen von verschiedener Brennweite, und die Haut bald innerhalb, bald außerhalb deren Brennweite zum Vereinigungspunkt gebracht und dadurch die Größe und Lichtintensität des Zerstreungskreises nach Bedarf geändert. Wurde das Hautniveau eingestellt innerhalb der Vereinigungsweite der Strahlen durch das Konvexlinsenkompressorium und dieses 10 cm vom Brennpunkt der Lampe entfernt, so entstand nach zehn Minuten eine kreuzergroße, dem Zerstreungskreise entsprechende, im Zentrum leicht gedellte, ziemlich stark elevierte, weißlichrote Quaddel mit diffusem rotem Hofe. Die Rötung war noch nach acht Tagen sehr deutlich und schwand allmählich. Bei einer konkaven Kompressionslinse entstand nach einer Viertelstunde schwache Rötung entsprechend dem Zerstreungskreise. Versuch III, Konkavlinse. Entfernung 10 cm vom Brennpunkt der chemisch wirksamen Strahlen der Lampe, 10 cm außerhalb der Brennweite der Kompressionslinse. Eine Hälfte des Zerstreungskreises wird gedeckt mit einem mit Boraxkarminlösung gefüllten, 1 cm breiten Glastrog. Nach 15 Minuten Bestrahlung

entsteht an der Grenzlinie zwischen der freiliegenden und der gedeckten Hälfte des Zerstreungskreises eine linsengroße, in dem unbedeckten Teile liegende bläschenförmige Abhebung der Epidermis, die vom Rot nicht gedeckte Hautpartie zeigt eine hyperämische, halbkreisförmige Fläche, die rotgedeckte Hälfte ist frei von Entzündungserscheinungen. Versuch IV mit Kompressionskonvexlinse, wobei die Hälfte des Zerstreungskreises mit einer roten Rubinglasplatte von 2 mm Dicke bedeckt ist. Nach zehn Minuten Beleuchtung bleibt die bedeckte Hälfte normal, auf der unbedeckten entsteht eine Quaddel in Form einer halbkreisförmigen Fläche, die sich in gerader Linie gegen die rote Partie absetzt. Versuch V. Der ganze Zerstreungskreis wird mit der roten Glasplatte bedeckt, sonst wie Versuch IV. Die Haut zeigt nach einer Viertelstunde keine Rötung oder Veränderung. VI. Versuch mit Bedeckung von blauem Kobaltglas, nach viertelstündlicher Bestrahlung entsteht eine überguldenstückgroße Rötung in Form einer ganzen Kreisfläche, entsprechend dem Zerstreungskreise mit zentral-weißlicher Verfärbung in der Mitte. Bei allen diesen Versuchen war die Zimmertemperatur 20°, die lokale Temperatur der Haut, wo die Lichtquelle traf, innerhalb der Brennweite der konvexen Kompressionslinsen 24,5°, außerhalb derselben 23,5°, bei blauem Lichte 21°, bei rotem 24° bei Messung mit unberuhtem Thermometer. Ausschlaggebend sind jene Versuche, welche zeigen, daß es mittels der durch ein blaues Glas filtrierten Strahlen gelingt, denselben Effekt zu erzielen wie mittels des direkten Sonnenlichtes, daß es dagegen durch die Strahlen, welche ein rotes Medium passieren, obzwar viel weniger oder keine Wärmestrahlen absorbiert werden und die Temperatur viel höher ist, nicht gelingt, auch nur irgendeinen Effekt zu erzielen. Durch das blaue Medium werden die langwelligen Strahlen des Spektrums und auch der größte Teil der dazu gehörigen Wärmestrahlen absorbiert, es passieren nur die kurzwelligen mit den chemisch wirksamen Strahlen, welche allein die Erscheinungen auf der Haut produzieren. Beim Filtrieren durch rotes Medium werden von dem Lichte wesentlich nur die kurzwelligen und chemisch wirksamen Strahlen absorbiert, die langwelligen (roten) und Wärmestrahlen werden durchgelassen, sie sind aber unwirksam. Die Erscheinungen, welche bei der Hydroa vacciniforme oder der Sommereruption beobachtet werden, sind also ein Produkt nur der kurzwelligen und chemisch wirksamen Strahlen des Lichtes. Die Krankheit stellt eine familiäre Idiosynkrasie der Haut gegenüber der Wirkung der aktinischen Lichtstrahlen dar und ist in Analogie zu bringen mit der ebenfalls familiären Epidermolysis bullosa congenita hereditaria, welche eine Überempfindlichkeit gegen mechanische Reize darstellt, nur mit dem Unterschiede, daß bei der letzteren eine Herabsetzung der Idiosynkrasie im Alter, also eine Angewöhnung nicht stattfindet wie bei der Sommereruption.

II. Zur Pathologie der Hyperkeratosen, von FRANZ SAMBERGER - Prag.  
 2. Keratoma plantare hereditarium. Verfasser berichtet über mehrere Fälle von Keratoma plantare, welche er makroskopisch und mikroskopisch genau beschreibt. Bei einem dieser Fälle mußten die hyperkeratotischen Veränderungen an den Flachhänden und Fußsohlen wahrscheinlich als Folgeerscheinungen der Veränderung im Nervensystem gehalten werden, gerade so wie auch die Anomalien der Pigmentierungen der Haut des Patienten, und zwar derjenigen Veränderungen, die man neurologisch als Tabes dorsalis bezeichnen muß. Bei den anderen Patienten war der Befund des Nervensystems negativ. — Man versteht unter Keratoma palmare et plantare hereditarium jene Hyperkeratose der Flachhände und Fußsohlen, die nur an diesen Stellen ihren Sitz hat und hier mehr oder weniger intensiv entwickelt ist, und deren Charakteristik darin gipfelt, daß sie in bestimmten Familien von einem Gliede auf Kind und Enkel vererbt wird. Ein solcher Fall liegt auch hier vor. Die histologische Untersuchung entspricht den Befunden VÖRNER'S mit einigen Abweichungen.

**III. Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen, von B. LIPSCHÜTZ-Wien.** Verfasser gibt eine historische Darstellung der Entwicklung der Lehre der venerischen Bubonen, die er in drei Perioden teilt: 1. Von RICOUD bis zu den Untersuchungen KREFTINGS; in dieser Periode galt ausschließlich die Haftung der Inokulation als beweisend. 2. Von KREFTING bis auf die Untersuchungen BEZANÇONS und seiner Mitarbeiter, welche unsere Kenntnisse über die Ätiologie der Bubonen in hohem Grade bereicherten. 3. Von der Entdeckung der Kultur des DUCREY-Bacillus an, durch das Gewinnen von Reinkulturen des DUCREY-Bacillus aus Bubonen, die vollkommen mit den aus typischen Ulcera venerea gewonnenen übereinstimmen und im Impfexperiment wieder Geschwüre erzeugen, die klinisch sich als typische Ulcera venerea darstellen und aus welchen wieder mit der zu ihrer Erzeugung verwendeten vollkommen identische Kulturen erzielt werden können, ist der absolut sichere und letzte Beweis für die ätiologische Bedeutung des DUCREY-Bacillus in der Pathogenese der venerischen Bubonen geliefert worden. Diese einzelnen Phasen in der Entwicklung der Lehre skizziert L. eingehend. Es erhellt aus der Darstellung, daß mit der Bereicherung der mikroskopischen und kulturellen Untersuchungsmethoden die Lehre von der Bedeutung des DUCREYSchen Bacillus zum Zustandekommen der Bubonen immer mehr feste Wurzel gefaßt hat. LIPSCHÜTZ stellte nun Untersuchungen an, deren Plan darin bestand, sich nicht nur der kulturellen Methode des Nachweises von Streptobazillen zu bedienen, sondern auch durch zahlreiche Impfversuche von diesem empfindlichsten Reagens ausgedehntesten Gebrauch zu machen. Es wurde daher eine größere Anzahl von Bubonen untersucht und Impfungen vorgenommen, und zwar letztere nur auf den Träger selbst. Bei allen Personen wurde dann Heilung erzielt, keine hat bei den zahlreichen Impfversuchen irgendeinen Schaden erlitten; ein noch bestehendes Ulcus molle wurde stets vor der Operation gründlich geätzt und anti-epilitisch verbunden. Bei elf Bubonen (Gruppe A) wurden keine DUCREY-Bazillen gefunden, es kam nie zum Schankröswerden der Ränder, bei fünf dieser Fälle fand man in den Ulcera venerea keine DUCREY-Bazillen, bei sechs fand man dieselben. Gruppe B zerfällt in Fälle mit sicheren Reinkulturen des DUCREY-Bacillus und Fälle ohne Reinkulturen des DUCREY-Bacillus. Es handelt sich um 23 Fälle, bei denen der Nachweis des DUCREY-Bacillus mit Sicherheit erbracht werden konnte, und zwar wurden Reinkulturen desselben entweder direkt aus dem Buboer oder Gewebe oder indirekt aus den mit Buboer erzeugten Impfgeschwüren in elf Fällen gewonnen, während in zwölf Bubonenuntersuchungen die Inokulation mit dem Buboer entweder sofort nach der Eröffnung des Bubo oder nach mehreren Tagen ausgeführt, haftete und ein Teil der Bubonen auch schankrös wurde, die Züchtung auf künstlichen Nährböden aber stets mißglückte. Das Endresultat der Untersuchungen zeigte, daß 26 mal — also in der Mehrzahl der 34 Fälle — das Vorhandensein von DUCREY-Bazillen nachgewiesen werden konnte, während in elf Fällen mit keiner der angewendeten Untersuchungsmethoden ein positives Resultat erzielt wurde. (Schluß folgt.)

**IV. Massage im Dienste der Kosmetik, von J. ZABLUDOWSKI-Berlin.** Verfasser setzt in einer längeren Arbeit die Prinzipien auseinander, die man bei der Ausübung der Massage zu kosmetischen Zwecken verfolgen muß, und den augenblicklichen Stand der Massage in ihrer Anwendung zur Kosmetik sowie eine Beurteilung der meisten Hilfsmittel (Apparate, Schmier- und Zerstäubungsapparate), welche im Handel mit der Massage zu kosmetischen Zwecken in Verbindung gebracht werden. Man versteht unter Massage einen Komplex von Handgriffen, welche systematisch am menschlichen Körper zu Heil-, hygienischen oder auch kosmetischen Zwecken angewendet werden. Diese Handgriffe gehen Hand in Hand mit Bewegungsübungen, zu denen sich die zu behandelnden Personen, nach Maßgabe der ihnen zur Verfügung stehenden Kräfte

passiv oder aktiv verhalten. In manchen Fällen wird für die Handgriffe in der Maschinenarbeit ein Ersatz gefunden, welcher letztere jedoch bei der Schönheitsmassage wenig am Platze ist, denn die wirksamste Manipulation bei Schönheitsmassage, die Durchknetung, kann am Gesicht nur mit der Hand ausgeführt werden. Die einzelnen Griffe und Arten der Manipulationen werden nun an der Hand von Abbildungen erklärt.

V. **Über Chlorakne**, von WILH. LEHMANN-Freiburg i. B. Die Krankheit ist zuerst 1899 von HERXHEIMER beschrieben und dann noch öfters beobachtet worden; über die bisherige Literatur gibt L. eine Übersicht und fügt Fälle aus JACOBI'S Klinik hinzu, welche aus der Fabrik Elektron-Eheinfelden stammen, und zwar handelt es sich meist um Arbeiter der elektrolytischen Abteilung, welche mit Zellenreinigung zu tun haben. In diesen Räumen scheint der Herd der Erkrankung meist zu liegen und hier ist auch die krankmachende Ursache zu suchen in den im Zellrückstände enthaltenen Stoffen. Bei dem patentierten Verfahren der Elektrodenherstellung wird Teer verwendet, welcher niemals vollständig bei dem Brennp Prozesse der Platten entfernt werden kann, so daß sich im Zellsatz Chlorierungsprodukte des Teers finden, welche von den Chemikern der Fabrik wiederholt isoliert worden sind, und zwar Hexachlorbenzol, Pentachlorbenzoesäure und andere mehr. (Schluß folgt.)

VI. **Ein Fall von Erythema multiforma exsudativum mit tödlichem Ausgang**, von EDVARD WELANDER-Stockholm. Kasuistisches Material.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

### Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 10 u. 11.

**Die Stereokystophotographie** von S. JACOBY. Zur Erzielung stereoskopischer Photographien des Blaseninnern brachte JACOBY an dem gebräuchlichen NITZSCHEN Photographiekystoskop einen Schlitten an, der es ermöglicht, daß das Prisma stets in derselben Ebene bleibt und stets vom Objekt gleich weit entfernt ist. Um die zwei Aufnahmen zu erzielen, wird das Kystoskop erst nach vorn aus der Grundstellung verschoben und dann um die gleiche Entfernung nach hinten.

**Die Stereokystoskopie**, von JACOBY. Um binokulär im Blaseninnern die Objekte körperlich zu sehen, konstruierte Verfasser ein Kystoskop, das  $21\frac{1}{2}$  Charrière dick ist und aus zwei parallel liegenden Kystoskopen besteht, bei denen die Strahlen am Okularrande durch je zwei Prismen parallel gebrochen werden, so daß sie mit beiden Augen betrachtet werden können. Von besonderem Wert ist dies Kystoskop für den Unterricht, da man durch das eine Okular den Schüler sehen lassen kann, während man selbst mit dem anderen seine Beobachtungen kontrolliert.

**Indikationen der Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe und deren beste Methoden**, von ZENZES. Verfasser empfiehlt nach WOSSIDLOS Erfahrungen warm die Abortivbehandlung der akuten Blennorrhoe, auch in Fällen, wo die Infektion schon längere Tage zurückliegt und der Ausfluß schon eitrig ist, wenn man nur der alten Regel des „nil nocere“ folgt. Daher soll man nicht wenige Kubikzentimeter hochkonzentrierter Lösungen einspritzen, sondern soll Waschungen der Harnröhre mit reichlichen Mengen warmer 1%iger Albarginlösungen vornehmen, jeden Tag eine. Auf die Weise erzielte er in 50% der Fälle abortive Heilung.

**Ein Fall von Rektalblennorrhoe beim Manne im Gefolge eines komplizierten Harnröhrentrippers**, von R. PICKEE. Der Patient war an einem heftigen Tripper mit Cystitis, Prostatitis und doppelseitiger Spermatocystitis erkrankt. Im Laufe der Erkrankung ließ sich mit dem per anum touchierenden Finger nachweisen,

dafs eine Stelle der Rektalschleimhaut sich mit der rechten Samenblase verlötete, dort erfolgte eine Fistelbildung und so die Infektion des Rectums. Für die Heilung kam vor allem eine sorgfältig durchgeführte Massage in Betracht.

**Über Spülsonden und Spüloliven**, von **NORTHAPPT**. Statt der empfindlichen **KOLLMANN**schen Spüldehner empfiehlt Verfasser Sonden, gerade für die vordere, gekrümmte für die hintere Harnröhre, die kanneliert sind und auf den Rippen eine Reihe von Öffnungen tragen, aus denen die mit einer Handspritze eingespritzte Flüssigkeit unter hohem Drucke austritt, wobei sie die Schleimhaut noch weiter dehnt, um dann durch die Rillen des Instruments leicht abzufließen. Zur Selbstbehandlung mit **JANET**schen Spülungen empfiehlt Verfasser Spüloliven, die sehr dickbäuchig sind, und so auch einen starken Druck der eindringenden Flüssigkeit ermöglichen.

**Pollakurie bei Lebercirrhose**, von **WASSERTHAL**. Verfasser beobachtete einen Patienten, Potator, mit Lebercirrhose, mit quälendem Harndrang, alle 20—30 Minuten, ohne dafs eine Ursache zu erkennen war; Urin war blank, die Blase kystoskopisch normal, 160 g Borsäurelösung liefsen sich leicht einfüllen; Verfasser sieht den Fall als irritable Bladder an, bedingt durch irgendeinen, nicht bekannten Bestandteil des Urins.

Heft 11 enthält einen Nachruf für den kürzlich verstorbenen Prof. **EMIL BURCKHARDT** in Basel.  
F. Hahn-Bremen.

## Dermatologisches Centralblatt.

November 1905.

**Die Wirkung der gebräuchlichsten Antiblennorrhöa auf Gonokokken**, von **ALEX. PALDROCK**-Jurjow. Nachdem es sich herausgestellt hatte, dafs Gonokokkenstämme monatelang am Leben erhalten werden können, wenn ihre Generationen abwechselnd auf Menschenblutserumagar und Ascitesagar gezüchtet werden, untersuchte Verfasser die Wirkung der gebräuchlichsten Antiblennorrhöa auf Gonokokken. Die angeführten Versuche werden in tabellarischer Übersicht wiedergegeben, alle Medikamente kamen in wässriger Lösung zur Verwendung, nur das Ichthyol war mit Glycerin gemischt. Die Versuche wollten feststellen, wie lange Medikamente auf Gonokokkenfäden einwirken müssen, um ihre Lebensfähigkeit derart zu beeinflussen, dafs sie in Kulturen, trotz 24stündigen Verweilens bei 36,5° C., kein Wachstum zu geben imstande sind. Dabei zeigte sich, dafs ältere, spätere Gonokokkengenerationen weniger widerstandsfähig gegen Medikamente sind als jüngere. In bezug auf die Medikamente ergab sich: Eine *Argentum nitricum*-Lösung 1:500 hob nach 20 Sekunden langer Einwirkung die Entwicklungsfähigkeit der Gonokokken auf künstlichen Nährböden, die nach erfolgter Impfung bei 36,5° C. gehalten wurden, für 24 Stunden auf. Dasselbe Resultat wurde erzielt bei den Lösungen

<i>Kalium hypermanganicum</i> 1:500	nach	1 Minute	langer	Einwirkung	
Doppelte <i>ULZMANN</i> sche Lösung	"	4 Minuten	"	"	"
Protargol, 1%ig,	"	4	"	"	"
<i>Argentum nitricum</i> 1:3000	"	5	"	"	"
Argonin, 1%ig,	"	6	"	"	"
<i>Argent. colloïd.</i> , 1%ig,	"	12	"	"	"
Zink. sulfur., 1%ig,	"	14	"	"	"
Zink. sulfocarbolic., 1%ig,	"	30	"	"	"
<i>Ammon. sulfoichthyol.</i> , 1%ig,	"	35	"	"	"

Es wirkte also das *Argentum nitricum* 1:500 am energischsten und steht obenan, da es selbst in Lösung von 1:3000 noch dem Protargol, Argonin, *ULZMANN* gleich-

kommt. In Lösung von 1:3000 wurde die Entwicklungsfähigkeit der Gonokokken ferner aufgehoben bei

Aetol	nach	8 Minuten	langer	Einwirkung
Ichthargan	"	4	"	"
Itrol	"	6	"	"
Argentamin	"	12	"	"
Largin	"	14	"	"

Es wirken demnach Aetol und Ichthargan noch energischer als das Höllenstein.

Bei den letzten Versuchen wurden Zusätze von Hydrargyrum oxycyanatum und Gonosan zu dem Nährboden gemacht. Hierbei bestätigte es sich, daß das Hydrargyrum oxycyanatum sich leicht zersetzt und seine bakterizide Wirkung für Gonokokken verliert, Gonoson dagegen äufserte starke gonokokkentötende Eigenschaften.

*Bernhard Schüle-Kiel.*

### Monatsberichte für Urologie

1905. Band X, Heft 10.

**Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo,** von RUDOLF PASCHKIS. Es handelt sich um den Penis eines menschlichen Embryo, dessen Scheitel-Steifslänge 15 cm, dessen Gesamtlänge ca. 21 cm betrug, und dessen Alter somit dem vierten bis fünften Monat entspricht; der Penis ist im Serienschnitte à 20  $\mu$ , senkrecht zum Verlaufe der Harnröhre zerlegt, die Schnitte wurden mit Haemalaun-Eosin gefärbt. Es ergab sich nun folgendes Bild: In der Mitte die Urethra, rechts und links je ein kleinerer, nahe dem ventralen Ende der Harnröhre, deren Lumen schon die gewöhnliche Form hat, gelegener Gang, je mit deutlichem Lumen und zweischichtigem (Cylinder-) Epithel ausgekleidet; die Länge des rechten Ganges beträgt 1,34, die des linken 1,2 mm, beider Ende liegt noch im Bereiche der Glans penis, welche eine Länge von 2,4 mm hat. P. zieht in Betracht, ob es sich bei diesen Gebilden um Divertikel oder Vorstadien von abnorm gelagerten, drüsigen Organen, analog LITTRÉSchen Drüsen und MORGAGNischen Lakunen, handelt, und möchte sie eher für Divertikel halten, die wohl mit dem Wachstum gleichen Schritt gehalten und später (beim Erwachsenen) eine Art langer, paraurethraler Gänge gebildet hätten. Die klinische Bedeutung bei Persistenz solcher Bildungen beim Erwachsenen liegt darin, daß z. B. bei einer blennorrhoeischen Infektion die Mitbeteiligung der Gänge eine schwer eruerbare Komplikation verursachen würde. (Mit drei Abbildungen von Schnitten.)

**Ein neues Urethrotom,** von DOMMEN - Dresden. Zur Behandlung der harten Infiltrate der blennorrhoeisch erkrankten Harnröhrenschleimhaut genügt bekanntlich die Dehnung allein nicht, sondern man muß zur Schnittmethode greifen. Zu diesem Zwecke sind zwar schon eine Reihe guter Instrumente konstruiert worden, von welchen D. als das bisher beste das KOLLMANNsche Urethrotom mit auswechselbaren Knöpfen bezeichnet. Dasselbe hat nun den einzigen Nachteil, daß bei Benutzung starker Knöpfe das Orificium ext. urethr. schwer zu passieren und eine erhebliche Spaltung desselben nötig ist. Das Instrument, welches D. konstruierte, besteht aus einem Schafte (ohne knopfartiges zentrales Ende), von dessen peripherem Ende sich drei doppelarmige Hebel — zwei seitwärts, der dritte ventralwärts — durch ein Schraubengewinde auf- und zurückdrehen lassen; die Höhe der Dilatation, von 27 bis 45 Ch. reichend, gibt die am distalen Ende angebrachte Skala an. Das Instrument hat den Vorzug, daß es bei kachiertem Messer noch als Urethrometer und ferner als kurzer dreiteiliger Dilator, vor allem für die weiten Strikturen der Pars anterior

urethrae, wo ja oft vorgehende Erweiterung sehr wichtig ist, angewandt werden kann. Da die Längsachse der Branchen sehr kurz ist, kann die Urethra sehr genau auf ein tiefsetzendes, kurzes Infiltrat abgesehen und können auch ganz kurze Strecken der Schleimhaut gedehnt werden. D. hat im ganzen 20 Fälle mit zufriedenstellendem Resultate operiert, die meisten Inzisionen bewegten sich zwischen 33 und 36 Ch., die höchste Dehnung, unter welcher der Schnitt ausgeführt werden konnte, war 39 Charrière; die Blutungen nach einer Urethrotomie waren außerordentlich gering. Nach der Ausführung des Schnittes empfehlen sich einige warme Ausspülungen mit 3%iger Bor- oder leichter Lösung von Kal. permang.; acht bis zehn Tage nach der Operation vorgenommene Urethroskopie läßt mehr oder weniger deutlich die Furche des Einschnittes am Septum und das intakte umliegende Gewebe erkennen. Zwei Abbildungen, das Instrument je im geschlossenen und offenen (zum Schnitte bereiten) Zustande darstellend, ergänzen die Beschreibung.

1905. Band X, Heft 11.

**Über die Samenkörnchen des menschlichen Sperma**, von WEDERHAK-Elberfeld. Die Samenkörnchen sind kleinste Kügelchen, die in der gelatinösen Spermasubstanz in dichtester Menge die Spermatiden, Spermien usw. umgeben; jedes Samenkörnchen ist mit einer feinsten Hülle umgeben, wie man bei starker Vergrößerung nach Färbung mit Eosin und Methylenblau leicht erkennen kann. Im Sperma junger, also zeugungskräftiger Individuen werden die Samenkörnchen in großer Menge gefunden, im Alter (von 55 Jahren an von W. untersucht) fehlen sie fast ganz, bei ausgesprochener Prostatahypertrophie ist es ihm überhaupt nicht gelungen, Spermakörnchen im Samen nachzuweisen. Statt derselben enthält das Sperma eine größere Menge des eiweißhaltigen Menstruum, weshalb auch das Sperma älterer Männer dünnflüssiger als das jüngerer ist. Nach ihrem Bau, ihrem Vorkommen, ihrer Färbbarkeit (am besten mit PAPPENHEIM'Scher Methylenblaulösung), ihrem chemischen Verhalten sind die Samenkörnchen für W. so charakterisiert, daß er sie als spezifische Formelemente des menschlichen Sperma ansprechen und die Bezeichnung „molekulärer Detritus“ als nicht passend fallen lassen möchte. Woher die Körnchen stammen, kann W. nicht angeben, neigt aber der Ansicht zu, daß sie mit der Sekretion der Prostata zusammenhängen; auch über die Bedeutung dieser Körnchen könne man nur Vermutungen äußern.

**Urämie und enterogene Autointoxikation und deren Beziehungen zu einander**, von J. L. SCHATENSTEIN-Lida (Rußland). Im Anschluß an je einen selbst beobachteten Fall von akuter Urämie (im Verlaufe einer akuten Nephritis bei einem 47jährigen Mann) und von enterogener Autointoxikation (infolge von Verdauungsstörungen bei einem 18jährigen Dienstmädchen), welche beide Fälle recht interessante Einzelheiten boten, bespricht Verfasser in ausführlicher Weise diese beiden, in ihrer Entstehung und zuweilen auch im Verlaufe so ähnlichen, in therapeutischer Beziehung aber streng zu unterscheidenden Krankheitsbilder. Er glaubt, daß die akute, epileptiforme Urämie sehr häufig durch Steigerung des Druckes auf das Gehirn — mag es infolge plötzlichen circumskripten Ödems des Gehirns oder gesteigerten serösen Exsudats in dessen Höhlen sein — hervorgerufen wird. Die zweckmäßigste Behandlung ist daher bei dieser Urämie die Lumbalpunktion oder energischer Aderlaß, der auch in SCH.'s Falle von Erfolg begleitet war; die nachfolgende Einführung von Kochsalzlösung wurde hier ebenfalls angewandt, SCH. hält dieselbe aber nur dann für angängig, wenn man sich zuvor von der Permeabilität der Nieren für Chlornatrium und von der ausreichenden Ausscheidung desselben überzeugt hat. Bei der enterogenen Autointoxikation werden die Hirnerscheinungen offenbar durch Vergiftung der Hirnelemente durch toxische Substanzen bedingt, eine Theorie, welche bekanntlich auch



von vielen Seiten auf die Urämie bezogen wird. Der Aderlaß erscheint bei der enterogenen Vergiftung wenig wirksam, vielmehr muß man hier danach trachten, die Entwicklungsquelle der Toxine aus dem Verdauungstraktus zu entfernen; hier wäre eventuell auch die Durchspülung des Organismus mittels Kochsalzlösung am Platze. Die schweren Erscheinungen von Coma, Krämpfen, Parese, welche im vorliegenden Falle an eine Erkrankung des Gehirns oder der Hirnhäute denken ließen, waren unter dieser Behandlung nach fünf bis sechs Tagen verschwunden und hinterließen auch keine weiteren Folgen. Bei den beiden beschriebenen Krankheitsbildern unterscheidet Verfasser übrigens den Modus des Auftretens von toxischen Substanzen im Blute: bei Urämie können dieselben, permanent aus sämtlichen Geweben dem Blute zugeführt, sich in diesem in ungeheuren Mengen ansammeln und schwere Vergiftungserscheinungen hervorrufen, bei der gastro-enterogenen Autointoxikation gelangen die Giftstoffe aus dem Verdauungskanal in das Blut und können sich in diesem letzteren in einer zur Erzeugung von schweren allgemeinen Vergiftungssymptomen ausreichenden Menge nur dann ansammeln, wenn die Ausscheidung der Abfallstoffe retiniert wird, die Fäulnisprozesse energisch vor sich gehen, die entstehenden Produkte sehr giftig sind, deren Resorption in das Blut rasch sich vollzieht, die Funktion der Leber und der übrigen desinfizierenden Organe aus irgendeinem Grunde geschwächt ist — eine Kombination von Momenten, die natürlich nicht häufig ist und somit die Seltenheit von schwerer enterogener Autointoxikation im Vergleich zur Häufigkeit der Urämie erklärlich macht. Die urämische Autointoxikation ist daher auch schwerer zu bekämpfen, weil aus sämtlichen Körperteilen immer neue Mengen von toxischen Substanzen hinzukommen, bei der enterogenen Autointoxikation hingegen nur eine einzige Quelle, und zwar der Magendarmkanal vorhanden ist; die Entfernung der in demselben enthaltenen toxischen Substanzen und die Unterbrechung der weiteren Produktion derselben (durch Brechmittel, Abführmittel, Magendarmspülung) gelingt hier viel leichter.

*Stern-München.*

### Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. II, Heft 10.

Über sexuelle Neurasthenie, von M. A. STERN. (Schluß.) Unter Umständen, (z. B. bei Nephritis, Herzfehler oder Tuberkulose der Frau) kann es für den Arzt direkt nötig sein, antikonzeptionelle Mittel zu verordnen, und er muß deshalb auch auf diesem Gebiete bewandert sein. Nach STERN ist das Pessarium oclusivum das rationellste und unschädlichste Mittel zum Zwecke. Ist aber durch abnormen Geschlechtsverkehr (namentlich durch Coitus interruptus) eine Neurasthenie bereits entwickelt worden, so ist vor allem die totale Abstinenz geboten. An Medikamenten haben sich das HOMMELSCHE Haematogen bewährt und Pillen nach folgendem Rezept:

℞ *Ferr. bromat.*  
*Chinin. bromat.*            ℥ 4,0  
*Acid. arsenicos.*            0,12  
*Extr. valerian.* q. s. ut f. pilul. LX.  
 S. 3—4 Pillen täglich zu nehmen.

Ferner kommen in Betracht subcutane Injektionen von kakodylsaurem Natrium (0,1 pro Injektion) und die interne Darreichung von Zinc. phosphoratum und Strychnin.

77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meeran vom 24. bis 30. September 1905. Referat von Frhr. von NOTTHAFFT-München.

Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn VON NOTTHAFFT-München in Heft 6 und 8 dieser Zeitschrift. („Ein Fall von Verschleppung eines 14jährigen

Mädchens in ein reichsdeutsches Bordell\*), von W. HAMMER-Berlin. H. bringt weitere Einzelheiten aus dem Lebenslauf der erwähnten Puella publica, um zu beweisen, daß der mitgeteilte Bericht der Wahrheit entsprechen dürfte. Er sieht einen unlösbaren Widerspruch darin, daß von vielen Autoren die polizeiliche Reglementierung der Prostitution verlangt wird, während die Dirnen zu gleicher Zeit von ihnen als Parasiten, Schädlinge und Verbrecher bezeichnet werden. Ferner meint er wiederum, daß die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit ihrem Merkblatt nicht das übereinstimmende Urteil der Ärzte wiedergibt.

**Schlusswort zu der Erwiderung des Herrn Dr. HAMMER-Berlin, von von NOTTHAFT-München.** Die Aussagen von Dirnen können ohne anderweitige Bestätigung niemals als endgültig beweisend angesehen werden. v. N. hat nicht, wie H. sagt, die Prostitution als notwendig, sondern als unausrottbar bezeichnet. Es ist falsch, die polizeiliche Überwachung der Prostitution, wie H. dies tut, als eine staatliche Organisation derselben zu bezeichnen. Die Äußerungen der D. G. z. B. d. G. verkörpern die Anschauungen der Mehrheit der Autoritäten auf diesem Gebiete. Ausnahmen nach jeder Richtung werden notwendigerweise immer vorkommen, sind aber eben Ausnahmen.

**Die Lokalanästhesie in Blase und Harnröhre, von B. LUCKE-Magdeburg.** Es sind in letzter Zeit eine große Reihe von Mitteln empfohlen worden, um das wegen seiner Giftwirkung nicht immer ganz unbedenkliche Kokain zu ersetzen. Namentlich in dem Blaseninnern ist es angebracht, ein Ersatzmittel zu besitzen. Als solches hat sich das Alypin schon durchaus als verwendbar erwiesen. Daneben sind zu nennen das B. Eucainum hydrochloricum und lacticum und das Stovainum hydrochloricum. Für die Urethra anterior wird man immer noch das Kokain gebrauchen (1—1,5 ccm einer 2%igen Lösung), eventuell im Verein mit Epirenan (drei Tropfen). Will man ein enges Orificium externum dilatieren, so empfiehlt es sich, mit einer feinen Nadel ins Gewebe der Eichel einzuspritzen und zwar nach Art der SCHLEICHschen Injektionen unter Verwendung einer 0,1%igen Lösung mit Zusatz von drei bis vier Tropfen Epirenan auf 100 ccm und einem Kochsalzgehalt von 0,75%. Zur Anästhesierung der Pars posterior gebraucht man zweckmäßig die GURONSCHE Instillationspritze, wobei auf die hintere Partie der Harnröhre 1 ccm, auf die vordere 1—1,5 ccm einer 2%igen Kokainlösung mit Epirenan verteilt werden kann. Für die Blase ist es nützlich, etwa eine halbe Stunde vor der Operation oder der Kystoskopie eine subcutane Morphiumeinspritzung zu geben oder Antipyrin per os oder per rectum zu verabreichen. Das Alypin gebraucht L. in der Weise, daß zuerst Epirenan 1 ccm auf 100—150 ccm Wasser in die Blase eingebracht werden und nach acht Minuten 3 ccm einer 10%igen Alypinlösung.

**Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. MASSKIN-St. Petersburg.** Verfasser schildert Reiseerlebnisse in Deutschland und beginnt hier zunächst mit Königsberg. *Philippi-Bad Salschlurf.*

### The British Journal of Dermatology.

Oktober und November 1905.

**Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von GRAHAM LITTLE-London (Shadwell).** In diesem kritischen Beitrag zu der, nach L.s Ansicht noch nicht geklärten, Frage der Urticaria pigmentosa bringt Verfasser eine Reihe von selbst beobachteten Fällen, die Kinder (zwölf) im Alter von vier Monaten bis zu elf Jahren und eine Erwachsene im Alter von 37 Jahren betreffen und neben der ausführlichen Beschreibung der einzelnen Fälle Abbildungen derselben, die Verteilung des Aus-

schlags zeigend, und die einschlägigen histologischen Untersuchungsergebnisse enthalten. L. betont, daß alle Fälle, mit Ausnahme von zweien, in der Londoner dermatologischen Gesellschaft vorgestellt und seine Diagnose einmütig bestätigt wurde. Der Ausschlag war fast in allen Fällen rein makulös, in einigen auch knotig (nodosa), die Drüsen, besonders im Nacken, meist geschwollen, das Allgemeinbefinden fast stets ein gutes, mit Ausnahme einiger mit schwereren Komplikationen (Drüseneiterung, Lungenentzündung usw.) verbundener Fälle. Die Dauer der Affektion war mehrere Monate bis Jahre. Der histologische Befund bestand der Hauptsache nach aus einer großen Anzahl von Pigmentzellen im Corium, aus Mastzellen in den oberen Lagen desselben und in der Interpapillärschicht, in Anhäufung von Elastin und Kollagen und Erweiterung der Blutgefäße in den oberen Schichten des Corium. (Fortsetzung folgt.)

**Die Spirochäten der Syphilis**, von J. L. BUNCH. Von den sechs Fällen, welche B. untersuchte, waren es vier mit makulös-papulösem Syphilid, einer von Pemphigus bei einem elf Tage alten Kind und ein Fall von primärem exzidiertem Schanker; in einem dieser Fälle mit papulösem Ausschlag, wo bereits sechs Wochen hindurch Hg genommen worden war, wurden die Spirochäten nicht gefunden. In den übrigen Fällen war es bemerkenswert, daß sie in den tieferen Schichten der syphilitischen Eruption leichter gefunden wurden. B. gibt einen kurzen historischen Überblick über die Forschungen nach dem Syphiliserreger, besonders seit LOSTROFFER (1878), und hält es schließlich für sehr wahrscheinlich, daß die Spirochaeta pallida eine wichtige Rolle in der Ätiologie der Syphilis spielt und ein großer Fortschritt in diesen Forschungen zu verzeichnen wäre, wenn es gelänge, Reinkulturen der Spirochaeta zu erzielen, was aber bis jetzt nicht der Fall sei. Die Spirochaeta hat eine Länge von 5—15  $\mu$ , ihre Maximalbreite ist 25  $\mu$ , gewöhnlich ist sie aber so dünn, daß sie kaum gemessen werden kann; sie hat 7—25 feine korkzieherartige Windungen. Die Spirochaeta pallida kann im Blute Syphilitischer gefunden werden, wenn dieses in zitronensäurer Na-Lösung aufgefangen, zentrifugiert und der Niederschlag mit GIEMSA'S Methode gefärbt wird. Außer letzterer hält B. von den zahlreich nun angegebenen Färbemitteln jene von MARINO und LEISCHMANN für die besten, welche rascher zum Ziele führen als die GIEMSA'Sche, wobei der Farbstoff 20 Stunden lang einwirken muß.

*Stern-München.*

### **Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.**

1905. Bd. V, Nr. 21.

**Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können**, von L. BIZARD. II. Die spät einsetzende Stomatitis. Im allgemeinen ist eine Affektion der Mundschleimhaut bei der Injektionsbehandlung nicht ein häufiges Vorkommnis. Es kommt aber vor, daß zwei bis drei Wochen nach dem Aussetzen der Einspritzungen ziemlich plötzlich ohne weitere Veranlassung intensivere Erscheinungen dieser Art auftreten. Einen derartigen Fall beobachtete B. bereits im Jahre 1902 bei einer 27jährigen Frau, bei welcher das Gebiß keine Defekte aufwies, dagegen die Verdauungsorgane mangelhaft funktionierten. Genau 22 Tage nach der letzten Einspritzung wurde Verfasser gerufen und fand neben intensivem Darmkatarrh eine ganz fulminante Stomatitis, welche trotz sorgfältiger Behandlung erst nach drei Wochen einigermaßen heilte. Der zweite Fall betraf eine 22jährige Frau, welche wegen Primärsyphilis der Lippe und Wange sechs Einspritzungen einer 40/oigen Mischung (0,08 Hg) erhalten hatte. Wiederum drei Wochen nach beendeter Behandlung traten

Diarrhoe und Stomatitis auf. Ferner wird berichtet über einen 34jährigen Mann, welcher seit 12 Jahren syphilitisch, einmal ohne irgendwelchen Nachteil sechs Einspritzungen erhielt, bei einer späteren Behandlung jedoch nur zwei Einspritzungen bekam und 27 Tage später Parotitis und Stomatitis entwickelte. Außerdem hat Verfasser zwei Fälle in der Klientel von Kollegen gesehen mit ähnlichen Erscheinungen. Es läßt sich demnach nicht leugnen, daß das Auftreten einer nachträglichen Stomatitis im Bereich der Möglichkeit liegt. Immerhin ist aber dieses Vorkommnis so selten, daß man trotzdem die Injektionsmethode mit grauem Öl als die zurzeit beste Behandlungsmethode bei Syphilis bezeichnen muß. *Philippi-Bad Salschürf.*

### La Syphilis.

Bd. III. Heft 11. November 1905.

I. Aus der **Mittwochs-Poliklinik GAUCHERS**, von **LEVY-BING**. Am 15. Januar 1905 stellt G. vor:

1. zwei Fälle von **Perforation des Gaumensegels**; bei dem einen Falle bestehen daneben Plaques und Ulcerationen der Schleimhäute. Letzterer Fall soll mit **Mercur** behandelt werden.

2. eine Reihe von **syphilitischen Schankern**.

3. ein **pigmentiertes Syphilid des Halses** bei einer 19jährigen, welche außerdem Scabies, Phthiriasis und Blennorrhagie hat und ein allgemeines syphilitisches, papulöses Exanthem, Plaques der Schleimhäute und Drüenschwellungen aufweist. Am Halse besteht Leukoderma. Eine weitere Kranke mit depigmentierten Narben am Halse nach Abheilen der Syphilis, eine mit akuter Blennorrhoe, syphilitischen Plaques an Zunge, Mandeln, Vulva und ebenfalls Leukoderma am Halse und eine mit huetischem Rezidiv und beginnendem Leukoderma.

4. **Vegetationsplaques** der Vulva bei einer Frau seit drei Wochen, bei einem Manne, der vor drei Monaten einen Schanker hatte, an der Glans, bei zwei weiteren Frauen an der Vulva. Von letzteren ist die eine im sechsten Monat gravid, die andere im fünften. Beide sollen behandelt werden, um die Mütter und Kinder zu schützen, und zwar sofort mit einem leicht absorbierbaren Merkurpräparat (Sublimat, Hydrargyr. benzoatum).

5. **allgemeines papulöses Syphilid** bei zwei jungen Mädchen; bei dem einen besteht daneben Purpura der unteren Extremitäten, ein Umstand, welcher verbietet, Jodkalium zu geben, um die Hämorrhagien der Haut nicht zu vermehren.

Am 18. Januar werden vorgestellt:

1. **Schanker der Brustwarze bei einer Amme**. Übertragung durch einen Säugling.

2. **floride syphilitische Erscheinungen bei einem Tabetiker**. Es handelt sich um ein typisches Gumma über dem Brustbein bei einem 45jährigen Manne, der die deutlichen Zeichen der Tabes darbietet.

3. **schankröses Gumma** am Kinn von Zweifrankstückgröße mit gleichzeitiger Schwellung der submaxillaren Drüsen.

4. **zwei Fälle von schwerer tertiärer Lues**, die bisher nicht erkannt wurden und daher nicht behandelt sind.

5. **Arteriitis cerebialis** bei einem 39jährigen, der vor 15 Jahren Syphilis erwarb und damals 14 Tage lang Pillen schluckte, dann aber nie wieder antiluetisch behandelt wurde. Jetzt trat plötzlich eine rechtsseitige Hemiparesie auf mit Sprachstörung und allen Erscheinungen einer syphilitischen Arteriitis cerebialis ohne vollständige Obliteration der Arterie. Es soll sofort eine kombinierte Behandlung mit Merkur und Jod eingeleitet werden.

Am 7. Februar kommen zur Vorstellung:

1. **Icterus bei einem Syphilitischen.**
2. **Syphilis maligna** bei einer 34jährigen, die vor fünf Jahren Lues hatte und von Anfang an eine maligne Form annahm; schon 1903 bestanden Gummen, trotz der Behandlung kamen stets neue.
3. eine **Hauthydrargyrie** nach Injektionen von Hydrarg. benzoatum und Einreibungen von Merkur, welche den ganzen Körper in Form eines Erythems befallen hat und an Scharlach erinnert.
4. **zwei Fälle von Tabes**, bei beiden ist nichts von Syphilis bekannt.
5. **gummöse Erscheinungen bei einem Kranken, der vor 41 Jahren einen Schanker hatte.** Er war damals merkuriell behandelt worden, hatte nach zehn Jahren ein Zungengumma, welches unter Merkur schwand. Später wurde er nie mehr behandelt und zeigten sich auch keine syphilitischen Symptome mehr. Jetzt hat er ein Gumma an der rechten Hüfte, welches unter antiluetischer Therapie zurückgeht.
6. **Gumma am Oberschenkel** bei einem mit Varicen Behafteten, der vor 15 Jahren sich infizierte.

Am 15. Februar stellt GAUCHER vor:

1. eine **Infektion im Hospital**, ohne das die Eingangspforte zu finden ist. Papeln der Scheide.
2. **Syphilis bei zwei Schwangeren**, die erste ist im siebenten Monat; sie hat ein makulöses allgemeines Exanthem sowie Plaques im Munde; es handelt sich um postkonzeptionelle Lues. Bei der anderen Frau entstand die Infektion bei der Konzeption, die Gravidität ist im fünften Monat. Beide Patientinnen sollen für den ganzen Rest ihrer Schwangerschaft behandelt werden.
3. **drei Fälle von Glossitis exfoliativa marginata.** Der erste betrifft ein hereditär luetisches Kind, der zweite eine 34jährige Frau, die vor 11 Jahren sich infizierte, der dritte eine 25jährige, die vor sieben Jahren erkrankte. Bei allen zeigten sich die Erscheinungen der Zunge als sehr hartnäckig.
4. **multiple Gummata bei einer Kropfkranken**, welche vielfach als tuberkulös behandelt wurde.

Am 1. März 1905 stellt GAUCHER vor:

1. einen Mann, der vor 13 Jahren **Syphilis** erwarb und damals behandelt wurde und seit der Zeit viel an Herpes praeputialis leidet.
2. eine Kranke mit **Plaques der Vulva** und einem typischen **polymorphem Erythem.**
3. einen Patienten mit hartem **Schanker** und einem Arzneiexanthem gleichzeitig.
4. **Oedema chronicum elephantasticum** des Penis mit Phimose bei einem Luetiker.
5. **Syphilis granulosa millaris** bei einem Jüngling, die sehr hartnäckig ist.

**Allgemeinparalyse und Syphilis**, von ALFRED FOURNIER. (Fortsetzung der Diskussion.) LANCEREAUX betont, das er zu denselben Schlüssen komme wie JOFFROY. Seit 1861 gab er zu, das die Paralyse syphilitischen Ursprungs sein könne; noch 1869 betonte er die Häufigkeit der syphilitischen Antezedentien bei der Tabes. Doch hat er seine Meinung geändert und schon 1881 in London entgegen ERB betont, das die Tabes nicht luetischer Natur sei, da die Läsionen nicht dieselben charakteristischen Erscheinungen der Syphilis zeigten. Dieser Ansicht pflichteten viele, z. B. auch ZAMBAO bei. Diese Ansicht hat LANCEREAUX noch heute, er ist der festen Ansicht, das die diffuse Periencephalitis nicht syphilitischen Ursprungs ist. Das so viele Prostituierte und Weltfrauen an Paralyse leiden, ist nicht die Folge der Syphilis, sondern des ausschweifenden Lebens, der Exzesse aller Art und der schlechten Be-

handlung und des Mangels an Ruhe, während die ruhiglebenden Landleute selten an Tabes oder Paralyse leiden. Dafs die Allgemeinparalyse junger Leute auf hereditärer Lues beruht, ist ebenfalls absolut nicht bewiesen.

FOURNIER konstatiert, dafs er im Hauptpunkte der Debatte Zustimmung gefunden hat, fast alle Redner gaben die grofse Häufigkeit der syphilitischen Antezedentien bei der Paralyse zu und damit einen gewissen Konnex zwischen beiden Krankheiten, selbst JOFFROY weicht nur in der Interpretation ab. F. weist dann noch auf die Fälle von Paralyse bei Eheleuten, bei Familienmitgliedern hin und auf eine Anzahl bekannter Fälle, wo sich mehrere Leute bei derselben Frau Syphilis geholt hatten und dann sämtlich später Paralytiker oder Tabetiker wurden. Der interessanteste Fall ist der, dafs sich sieben Glasbläser an derselben Stelle infizierten und dafs nach zehn Jahren von ihnen zwei Tabes und zwei Paralyse hatten. Er verstehe nicht, wie man da den Einflufs der Syphilis auf das Entstehen von Tabes und Paralyse noch leugnen könne. Auch trat häufig Paralyse gleichzeitig mit der Entwicklung zweifellos syphilitischer Erscheinungen auf; so z. B. sah FOURNIER zwei derartige Fälle an einem Tage. Ferner weist F. auf die Gleichheit bei der Nachkommenschaft von Paralytikern und Syphilitikern hin und auf die nicht seltene Erscheinung des ARGYLL-ROBERTSONSchen Phänomen bei Paralytikern und Luetikern. In bezug auf die Bemerkungen CORNILS über die pathologische Anatomie der Syphilis bemerkt FOURNIER, dafs die Anatomen nicht berechtigt sind, zu behaupten, dafs alle Manifestationen der Syphilis dasselbe anatomische Bild bieten, auch die, die wir nicht kennen.

CORNIL bemerkt, er habe die pathologische Histologie der cerebralen Syphilis auseinandergesetzt in bezug auf die gummösen Erscheinungen, es gebe aber auch noch nicht gummöse Läsionen, z. B. die Syphilide der Sekundärperiode, die kongenitale Lues der Kinder, die zu Sklerosen des Testikels und der Leber führt, welche absolut nichts mit Gumma zu tun haben. Es dauert sehr lange, bis es zu Gummien komme.

Im Schlussworte bemerkt FOURNIER, dafs die Ansicht der Anatomen, dafs die Tabes nicht die pathologische Anatomie der Syphilis zeige, absolut kein Beweis sei, dafs sie nichts mit der Syphilis zu tun hat. Ebenso steht es mit der Paralyse. Jedemfalls steht es für FOURNIER fest, dafs die Paralyse, wie uns die Ätiologie und die klinischen Erscheinungen zeigen, in der Hauptsache syphilitischen Ursprungs ist; das Gegenteil wird selbst dadurch nicht bewiesen, wenn auch der anatomische Prozess verschieden ist, das spricht noch lange nicht gegen einen Konnex der beiden Krankheiten, es zeigt höchstens, dafs die Syphilis, wenn sie die Paralyse schafft, sich etwas anders äufsert wie gewöhnlich. Alles das liegt in dem Worte „Parasyphilis“, und so bezeichnet FOURNIER die Paralyse und die Tabes als parasyphilitische Erscheinungen, sie sind die häufigsten und schwersten parasyphilitischen Krankheiten.

III. **Über Tabes infantilis juvenilis**, von EDGAR HIRTZ und HENRI LEMAIRE, Paris. Die Tabes in der Jugend oder Kindheit ist selten und klinisch als DUCHENNESche Krankheit bezeichnet; sie zeigt eine Sklerose des Hinterhirns, die eine Bewegungsataxie hervorruft. Im ganzen wurden bisher 46 Fälle von infantiler juveniler Tabes beschrieben, dem Verfasser einen Fall 47 hinzufügen; es handelt sich um einen 23jährigen Mann, der neben gastrischen Störungen das ARGYLLSche Phänomen-Pupillenungleichheit und Herabsetzung der Sehschärfe, Fehlen der Reflexe an Knie und Achillessehne, eine Spontanfraktur des Calcaneus und eine Menge von Lymphocyten in der Lumbalfüssigkeit zeigte. Die ersten Zeichen hatten sich im Alter von sechs Jahren bemerkbar gemacht; es traten damals Tumoren an den Schenkeln auf, welche unter Merkur wichen. Es besteht jetzt ferner eine geistige Schwäche und sonstige Zeichen hereditärer Syphilis. Ähnlich sind auch die Beobachtungen

aller bisherigen Fälle von juveniler Tabes; es liegen aber keine Sektionsprotokolle vor. Nach Ansicht der Verfasser hängt die Tabes mit Lues, sei sie erworben oder ererbt, zusammen. Sie beginnt meist mit Urinstörungen, Schmerzen, Amblyopie und gastrischen Störungen. Besonders die Inkontinenz des Harns ist sehr oft vorhanden. Die Ataxie ist bei der Tabes der Kinder dagegen nicht bedeutend. Jedenfalls ist die Tabes eine Ausnahmestufe der spinalen Symptome der hereditären Syphilis; sie ist anfangs meist schwer zu erkennen und entwickelt sich nur sehr langsam.

IV. Ein Fall von perirethralem, frühzeitig erscheinendem Gumma, von CLAUDE und DECILLE-Paris. Ein ausführlich beschriebener Fall von Gumma an der Urethra im Sekundärstadium, der nur kasuistischen Wert hat.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

## Bücherbesprechungen.

**Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität.** Herausgegeben von MAGNUS HIRSCHFELD-Charlottenburg. VII. Jahrg. Bd. I. (Leipzig, Max Spohr. 1905.) Mit jedem Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen kommt eine Fülle anregenden Materials in die Hände des Lesers. Das muß jeder zugeben, mag er sich nun für die Forderungen des wissenschaftlich-humanitären Komitees voll und ganz einsetzen oder in manchen Punkten von ihm und seinen Zielen abweichen. Die Eröffnung macht der Wortlaut einer Eingabe, welche ein anonymer Verfasser im Jahre 1869 unter der Fassung „Offene fachwissenschaftliche Zuschrift an Seine Exzellenz Herrn Dr. LEONHARDT, königl. preussischen Staats- und Justizminister“ veröffentlichte. Das geschah zu einer Zeit, als die Frage aufgeworfen wurde, ob man in das Strafgesetzbuch für den Norddeutschen Bund, das spätere Reichsstrafgesetzbuch auch den preussischen Urningsparagraph mit übernehmen solle. Der Verfasser dürfte in dem Schriftsteller K. M. KERTBENY zu suchen sein. Seine Ausführungen gipfeln etwa in folgenden Ansichten: Der moderne Rechtsstaat hat sich um geschlechtliche Fragen nur dann zu kümmern, wenn die Rechte Dritter verletzt werden. Er kümmert sich nicht um natürliche wie widernatürliche Unzucht, nicht um Onanie oder Sodomie zwischen Mann und Weib, noch zwischen Weib und Weib, so darf er sich auch logisch und rechtlich nicht strafend gegen den Verkehr zwischen Mann und Mann wenden. Dies um so weniger, als aus der Geschichte hervorgeht, daß es einen Homosexualismus neben der Heterosexualität zu allen Zeiten gegeben hat und nicht einmal durch die grausamsten Verfolgungen zu gänzlicher Unterdrückung gelangte. Das ist der Beweis dafür, daß es sich beim Homosexualismus um angeborene Triebe der Menschennatur handelt. Hierfür spricht, daß ein unterdrückbarer Trieb von den hervorragendsten Geistern, zu welchen viele Homosexuelle zählen, sicher würde unterdrückt worden sein. Gemeine Verbrechen, zu welchen man die Homosexualität stempeln will, sind aber in dem Kreise geistig und weltlich so hochstehender Männer wie der Anhänger der Homosexualität nicht zu finden, jedenfalls nicht so verbreitet. Wie soll übrigens der Staat, fährt die Denkschrift fort, die gegenseitige Manustupration zwischen Mann und Mann — und sie bildet fast neun Zehntel alles homosexuellen Verkehrs — bestrafen, wo sie einzeln geübt strafflos bleibt? Die einsame Onanie hält der Verfasser außerdem für moralisch, körperlich und geistig gefährlicher wie die gegenseitige Manustupration. Das Obertribunal hat

auch am 1. VII. 1853 letzteren Verkehr für straffrei erklärt. Die eigentliche Nachahmung des sexuellen Verkehrs zwischen Mann und Mann ist, wenn stattgefunden, sowohl schwer oder kaum vom Arzte festzustellen, als auch in der größten Zahl der Fälle infolge äußerer Umstände (Reichtum u. a.) mit Erfolg vor der Öffentlichkeit zu verbergen. Nur der einzelne, welcher das Opfer einer Denunziation wird, muß als Sündenbock für die Gesamtheit leiden. Das ist schon an und für sich unbillig. Niemand ist übrigens vor der drohenden, wenn auch ungerechten Anzeige geschützt. Läßt sich nun auch eine wirkliche Sodomia sexus in einem solchen Falle nicht nachweisen, so bleibt doch der Betreffende mit einem Makel behaftet. Besonders unangebracht ist — so fährt der Verfasser der Zuschrift dem Sinne nach fort — eine solche Strenge zu einer Zeit, in welcher die Eheschließung kaum einem Drittel der Staatsbürger möglich ist — die Furcht vor einer Übervölkerung besteht und die Syphilis so bedenklich wüthet. Und doch wird letztere fast nur durch den normalen Sexualverkehr weitergeschleppt. Kümmert sich denn übrigens der Staat um die Verführung und die Schwängerung Unschuldiger? Und dies wäre doch eher seine Aufgabe. — Es folgt ein Aufsatz von RÖMER-Amsterdam über „Die erbliche Belastung des Zentralnervensystems bei Uraniern, geistig gesunden Menschen und Geisteskranken“. Der Uranismus kommt in einem Minimum von 2% und in einer Höchstzahl von 33% vor, in mindestens 85% der Fälle ist er familiär. Der Typus der urnischen Familie charakterisiert sich dadurch, daß die Unterscheidung der Geschlechter mehr nach der Richtung des Geschlechtstriebes als nach den Geschlechtsorganen zu geschehen hat. Der Altersunterschied zwischen den Eltern ist meist ein viel größerer als gewöhnlich. Dagegen ist in urnischen Familien die allgemeine erbliche Belastung nicht größer als in anderen. Carcinom kommt bei ihnen viel öfter als Tuberkulose vor, während dies sonst umgekehrt ist. In dafür disponierten Familien steigt die Möglichkeit für die Erzeugung eines Urnings mit dem Näherrücken des Endes der Produktivität der Eltern. Meist zeigt ein solches Kind schon von frühester Jugend an Eigenschaften und Sonderheiten, welche aber bei einem Kinde des anderen — standesamtlichen — Geschlechts zu suchen wären. Die Entwicklung eines Uraniers muß jeder anderen Entwicklungsanomalie, die zur Bildung von Varietäten führt, gleichgestellt werden. Niemals vermag irgend ein Umstand oder Zufall aus einem Menschen einen Uranier zu machen, wenn er nicht schon die Disposition dazu angeboren in sich aufgenommen hat. Über „Virile Homosexuelle“ veröffentlicht KATTE-Berlin eine Abhandlung, in der Ludwig II. von Bayern, Platen und Plato als Homosexuelle, Byron, Shakespeare, H. v. Kleist und Grillparzer als der geistigen Homosexualität nahestehende Männer bezeichnet werden. Eine besondere Studie über „Platos Stellung zu „Homosexualität““ bringt KREFFER-Stuttgart. Unter anderen lesenswerten Artikeln finden wir noch einen Brief Zolas über die Frage der Homosexualität, Äußerungen Goethes über griechische Liebe und Johannes Müller, ferner eine Abhandlung von BENEDIKT FRIEDLÄNDER: „Schadet die soziale Freigabe des homosexuellen Verkehrs der kriegerischen Tüchtigkeit der Rasse?“ Verfasser weist auf die große Verbreitung der Päderastie in Japan hin und rechnet aus, daß die größten Kriegshelden dieses Volkes gerade aus Provinzen stammen, in denen der homosexuelle Verkehr stark ausgebildet ist. Vor allem ist dies die Provinz Satzuma.

*Hopf-Dresden.*

**Kompendium der Hautkrankheiten**, von S. JESSNER-Königsberg i. Pr. (Würzburg 1905. A. Stuber.) Die dritte Auflage dieses kurz und präzise gefaßten Buches des erprobten Praktikers, welcher die Hautkrankheiten, Syphilide und Kosmetik umfasst und für Studierende und Ärzte bestimmt ist, reiht sich würdig ihren Vorgängerinnen an. Sie ist mehrfach umgearbeitet und erweitert, wenn auch in der



allgemeinen Einteilung natürlich nichts geändert ist. Die neuen Anschauungen und therapeutischen Maßnahmen der letzten Zeit werden entsprechend gewürdigt und durch des Verfassers reiche Erfahrungen auf ihren Wert hin geprüft und empfohlen. Der gewandte Stil JESSENERS ist ja aus den ersten Auflagen und seinen zahlreichen dermatologischen Heften bekannt; man liest es gern und nimmt stets etwas davon mit. Das Buch ist besonders zur leichten und schnellen Orientierung für den Praktiker geeignet; die Theorie ist nur, soweit es unbedingt nötig ist, berücksichtigt, was für dieses kurzgefasste Kompendium ein entschiedener Vorteil ist. Einer Empfehlung bedarf es nicht bei dieser dritten Auflage, der sicher bald eine weitere folgen wird; das Werk wird mit Recht seinen Weg von selbst machen.

*Bernhard-Schulze-Kiel.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Chronische Infektionskrankheiten.

#### c. *Syphilis.*

**Über Spirochätenbefunde bei Syphilis**, von VIKTOR BANDLER - Prag-Carolinenthal. (*Prager med. Wochenschr.* 1905. Nr. 24.) Sammelreferat.

*Putzler-Danzig.*

**Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes**, von A. BUSCHKE und W. FISCHER-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Bei einem im Alter von zehn Wochen an schwerer hereditärer Syphilis verstorbenen Kinde fanden die Verfasser in Ausstrichpräparaten aus tiefen Schichten vom Milzsaft und Lebersaft zahlreiche Spirochäten, die den von SCHAUDINN und HOFFMANN gefundenen vollkommen glichen. Im Lymphdrüsensaft und im Saft aus anderen Geweben, wie Papeln der Haut, waren die Spirochäten nicht nachweisbar. Die Verfasser registrieren diesen Befund als bemerkenswert, ohne sich aber für berechtigt zu halten, aus einem solchen Befunde auf die Bedeutung der Spirochäten für die Ätiologie der Syphilis zu schließen. — Nachträglich (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21) teilen die Verfasser mit, daß in einem bei Lebzeiten des Kindes entnommenen Blutpräparat die gleichen Spirochäten angetroffen wurden.

*A. Loewald-Colmar.*

**Spirochäten bei Syphilis**, von E. J. Mc. WANY-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 10. Juni 1905. Verfasser hat die Veröffentlichungen von SCHAUDINN und HOFFMANN einer Nachprüfung unterzogen und hat deren Angaben durchaus bestätigt gefunden. Bei neun daraufhin untersuchten Kranken mit primären und mit sekundären Erscheinungen würden diese Organismen regelmäßig und oft in großer Anzahl angetroffen. Bei einer Patientin im Tertiärstadium und einer Patientin mit Leukorrhoe ohne syphilitische Symptome wurden dieselben nicht gefunden. Es wurden zwei Formen unterschieden, eine grössere, dickere, welche sich leicht färbt, und eine kleine, dünne, welche der Färbung ziemliche Schwierigkeit entgegengesetzt. Erstere wird namentlich beim Condyloma acuminatum gefunden, letztere ausschliesslich bei echten syphilitischen Geschwüren und Ausschlägen. Als vorläufiger Name ist Spirochaeta pallida vorgeschlagen. Im hängenden Tropfen kann man sie oft in lebhaft drehender Bewegung sehen, wobei sie Eiterzellen, mit denen sie gelegentlich vereinigt zu sein

scheinen, hin und her bewegten, oder dieselben sogar eine kleine Strecke weit fortbewegten. Verfasser hält es für durchaus nicht unwahrscheinlich, daß diese Mikroorganismen mit der Syphilis in ätiologischem Zusammenhang stehen könnten. Spirochäten sind als Zwischenstufen in dem Lebenszyklus der Trypanosome nachgewiesen worden, wobei ein wirbelloser Zwischenwirt in der Regel den Übergang vermittelt; doch ist dieses nicht unbedingt nötig, wie neuere Beobachtungen ergeben haben. Die Färbung ist am besten mit einer sehr starken GIEMSA'schen Lösung zu bewerkstelligen. GRAM'sche Färbung bleibt negativ, und Karbolfuchsin ergab nur schlechte Resultate. Man hat wegen der Feinheit und der schwachen Färbbarkeit der Gebilde eine starke Vergrößerung nötig. Verfasser verwandte eine Ölimmersion  $\frac{1}{20}$  LEITZ.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Über pathologische Veränderungen und Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis,** von V. BABES und J. PANEA-Budapest. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) Bei drei hereditärluetischen Kindern, die zur Sektion kamen, fanden Verfasser beim ersten Spirochaeta pallida SCHAUDINN in der Leber, beim dritten im Herzblut, Konjunktivalsekret, Arachnoidesflüssigkeit, Lungensaft, Milz, Leber, Lymphdrüsen und besonders in den Nebennieren. Die Spirochäten finden sich immer dort, wo histologisch syphilitische Produkte nachgewiesen werden können, außerdem viel in den Nebennieren. Die drei Fälle zeigen, daß die kongenitale Syphilis fast alle Organe ergreift und überall eigentümliche, hochgradige, ausgebreitete Veränderungen hervorruft. Die Verfasser stellten fest, daß bei genügend intensiver Behandlung die Spirochäten durch verschiedene Modifikationen des ROMANOWSKYSCHEN Verfahrens dargestellt werden können. Wenn sie ihre Befunde, die fast unmittelbar nach dem Tode die Gegenwart der Spirochaeta pallida ohne jede Beimengung anderer Mikroorganismen beweisen, mit denen von LEVADITI, BUSCHKE, FISCHER zusammenhalten und noch hinzufügen, daß in der Tat der Organismus des Kindes durch Syphilis in allen seinen Teilen so hochgradig verändert wird, wie dies beim Erwachsenen kaum vorkommt, daß sich syphilitische Produkte überall, wenn auch in verschiedener Ausdehnung finden, ferner, daß die Spirochäten sich nicht an der Oberfläche des im übrigen sterilen Organismus, besonders in den am meisten affizierten Organen und auch im Blute nachweisen ließen, und daß bei anderen Neugeborenen keinerlei Spirochäten in den inneren Organen gefunden werden, glauben sie eine weitere Stütze für die Annahme einer wesentlichen Rolle der Spirochäten in der Ätiologie der Syphilis gefunden zu haben.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über einen Fund von Spirochaeta pallida im kreisenden Blut,** von HUGO RAUBITSCHERK-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 28.) Eine zufällig wegen Rachendiphtherie im Spital aufgenommene 23jährige Luetica, die  $2\frac{1}{2}$  Monate vorher eine luetische Infektion sich zugezogen hatte und am ganzen Körper ein großfleckiges, makulo-papulöses, kupferrotes Exanthem und am Anus breite, konfluierende Kondylome zeigte, wurde auf Spirochäten untersucht. Nach oberflächlicher Reinigung mit Äther wurde eines der breiten Kondylome mit sterilem Tupfer abgerieben und zwischen zwei Fingern gequetscht. Der austretende Gewebssaft wurde nach GIEMSA und nach REITMANN gefärbt. Am nächsten Tage wurde aus einer Fingerbeere in der gewöhnlichen Weise Blut entnommen und nach den angegebenen Methoden gefärbt. Auch im Blute konnte man hier vereinzelt die Spirochäten sehen, meistens mehrere zusammengeballt, mehr undeutlich, hier und da aber einzelne Individuen, die, wenn auch etwas schwach und sehr zart, völlig klar und distinkt gefärbt erschienen.

*Arthur Bahn-Cölln (Sachsen).*

**Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Blute und in den sekundären Eruptionen der Lues,** von BANDI und SIMONELLI. (*Biforma med.* 1906.

Nr. 29.) Die Verfasser haben dieselbe in den fünf Fällen von sekundärer Syphilis, die sie in dieser Richtung untersucht haben, regelmässig sowohl direkt in den frischen als in den gefärbten Präparaten gefunden. Der Pilz, weloher anderweitig ausführlich beschrieben worden, färbt sich sehr schwer. Nach der Methode von GIEMSA gelang es erst nach 24 Stunden eine sehr schwache Blaufärbung zu erzielen. Regelmässig wurde er in der Tiefe des Zellprotoplasma angetroffen. Gestützt auf die Tatsache, dafs sie die Spirochaeta im Blute einer erythematösen Plaque konstatiert haben, nehmen die Verfasser an, dafs der Pilz auch im Blute der Syphilitiker in voller Sekundärperiode angetroffen werden müsse.

*C. Müller-Genf.*

**Zur Spirochätenfrage bei Syphilis, von OMELTSCHENKO.** (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 29.) Zu den Skeptikern in der Spirochätenfrage gesellt sich OMELTSCHENKO, der mit dem Skalpell Gewebspartikel von syphilitischen Papeln, aber auch von granulierenden Wunden Nichtsyphilitiker abschabte und bei Färbung nach GIEMSA stets prächtig gefärbte Spiralen von Bindegewebsfasern erhielt, die bald der Spirochaeta pallida, bald der Spirochaeta refringens glichen. Im Blut Syphilitischer konnte Verfasser keine Spirochäten entdecken.

*Arth. Jordan-Moskau.*

**Über Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe, von L. SPITZER - Wien.** (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.) Die untersuchten Krankenfälle bezogen sich auf: 1. Sklerosen, 2. primäre Exantheme, 3. Rezidivexantheme, 4. Schleimhauteruptionen, 5. ulceröse Formen, 6. nicht exulcerierende Gummata und 7. auf nicht syphilitische Gewebe.

In Sklerosen war die Auffindung zumeist nicht schwierig.

Die Fälle, in denen stundenlang gesucht werden mußte, waren Fälle von älterer Lues, dann vor allem die ulcerierten Formen.

Mit Ausnahme zweier exulcerierter Gummata ergab die Prüfung stets einen positiven Spirochätenbefund.

Besonderer Vorsicht bedürfen die Schleimhauteruptionen. Geprüft wurden zahlreiche Plaques an der Zunge, an den Lippen, am Anus. Die Präparate waren wegen des reichen Vorhandenseins von Bakterien und anderen Spirochätenarten stets wenig überzeugend. Gerade das Fehlen anderer Bakterienarten erleichtert das Auffinden der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe ungemein.

Im Blute gelang es niemals Spirochäten aufzufinden.

Neben diesen Fällen von Syphilis wurden stets die verschiedenen Dermatosen (Ekzem, Pemphigus, Psoriasis, Verruca plana, Erythema nodosum usw.) untersucht, aber stets mit negativem Ergebnis.

Was den Einfluß der Therapie auf das Vorhandensein der Spirochäten anlangt so wäre nach den untersuchten Fällen zu sagen: dafs die therapeutischen Massnahmen den rein morphologischen Befund der Spirochäten nicht sichtbar beeinflussen. Denn sowohl im Beginn der ersten Allgemeintherapie als auch am Ende derselben stehende Patienten hatten Spirochäten in den Eruptionstellen oder deren Residuen. In aufgetretenen Rezidiven fanden sich ebenfalls Spirochäten. Ein Fall, der vor acht Jahren behandelt war, ein zweiter, der vor zwölf Jahren infiziert, nie eine Therapie bekommen hatte, zeigten Spirochäten.

SPITZER schließt aus alledem: Das regelmässige Vorkommen der Spirochaeta pallida inluetischen Produkten, das konstante Fehlen derselben in nichtluetischen Bildungen, läßt diesen Befund jedenfalls als sehr bedeutsam erscheinen. Die Spirochaeta pallida als Erreger der Syphilis anzusprechen, dazu fehlen jedoch noch einige Glieder der Kette.

*Arthur Rahm-Berlin.*

**Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida in den Leistendrösen bei sekundärer Lues, von RUSO und CIPOLLINA.** (*Rif. med.* 1905. Nr. 31.) Die

Verfasser haben die von SCHAUDINN beschriebenen Spirochäten im Saft der Inguinaldrüsen konstant vorgefunden. Ihre Untersuchungen erstreckten sich dann auch auf Initialsklerosen, Condylomata lata, Papeln, auf das Milzblut und das zirkulierende Blut. Es gelang ihnen aber nur bei einem breiten Kondylom, die typischen Mikroorganismen zu finden.

C. Müller-Genf.

Über die Beziehung der *Spirochaeta pallida* zur Syphilis, von KARL HERXHEIMER-Frankfurt a. M. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 32.) Die *Spirochaeta pallida*, die nur allein als Erreger der Syphilis in Betracht kommen kann, ist in ihrer Länge fast unmeßbar dünn, und ihre Länge schwankt zwischen 4—11  $\mu$ . Die Zahl ihrer Windungen schwankt zwischen 4 und 14  $\mu$ . Am besten dürfte man sich zu ihrem Aufsuchen einer Vergrößerung von 1:1000 bedienen. Doch hält das Auge langes Suchen und Beobachten nicht aus, woran wiederum neben der Zartheit der Gebilde das „Spiegeln“ die Schuld trägt. Von besonderem Interesse ist ihre Färbbarkeit. Wenn sie auch tinktoriell sehr viel schwieriger darzustellen ist als die *Spirochaeta refringens*, so kann HERXHEIMER nicht der Meinung von SCHAUDINN und HOFFMANN beipflichten, daß sie „äußerst schwierig“ zu färben ist. Diese Autoren erreichten eine Darstellung nur durch eine Modifikation der GIEMSA'schen Färbung, ein Azur-Eosin-Gemisch, welches auch heute noch eines der besten Methoden ist. Es war jedoch anzunehmen, daß das saure Eosin nicht die Rotfärbung der Spirochäten bewirke, sondern eine rotsichtige Azurlösung. Das erstere konnte daher bei der Farblösung entbehrt werden. Wendet man einen Farbstoff an, in welchem in der chromophoren Gruppe, statt des  $SO_2$  des Azur die — ähnlich wirkende — O-Gruppe substituiert ist, das Nilblau BR, so erhält man eine sehr scharfe Tinktion und wird nicht durch Niederschläge gestört. Besonders gut färben sich die Spirochäten in Nilblau BR und Nilblau BB zu gleichen Teilen in Lösung von 1:1000 Wasser. Auch mit Capriblau — mit diesem in grauem Ton —, mit Cresylechtviolett, Karbolfuchsin und mit Anilinwasser - Gentianaviolett lassen sich die Spirochäten darstellen. Außerdem ist es REITMANN (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 25) gelungen, sie mit Karbolfuchsin nach Vorbehandlung mit Phosphorwolframsäure besonders intensiv zu tingieren.

In allen diesen Farbstoffen läßt man am besten die Ausstrichpräparate über Nacht liegen. Besonders schwierig dürfte sich die Spirochätenfärbung im Gewebe gestalten.

Etwas leichter als durch Färbung gelingt uns die Darstellung der lebenden *Spirochaeta pallida* aus dem Gewebssaft im hängenden Tropfen in physiologischer Kochsalzlösung. Dort können wir die von SCHAUDINN beobachteten Bewegungen sehen. Vor- und Rückwärtgleiten, Beugebewegungen des ganzen Körpers und Rotation um die Längsachse.

Die Schwierigkeit der Auffindung der Gebilde erhellt schon daraus, daß SCHAUDINN und HOFFMANN in mehreren Monaten nur zwölf Fälle von Primäraffekten und Papeln und zwölf Fälle von syphilitischem Lymphdrüsen-saft mit positivem Ergebnis untersuchten.

Schon vorher hatten HERXHEIMER und HÜBNER positive Spirillenbefunde gleich den vielen anderen Autoren erhoben, und diesmal umfaßt das positive Material 18 Fälle unter Ausscheidung von vier Fällen mit negativem und von einem Fall mit zweifelhaftem Befund, worunter nicht bloß der Saft von Primäraffekten und lokalisierten Papeln, sondern auch ein Fall von papulösem Exanthem beim Erwachsenen und ein solcher bei einem hereditär-syphilitischen Kinde sich befindet.

Dennoch aber sind für den Naturforscher wie für den Arzt eine Fülle von Fragen zu lösen, ehe wir die *Spirochaeta pallida* als das kausale Agens der Syphilis betrachten dürfen. So z. B. ist der Kernapparat und die Entwicklungsstadien noch

nachzuweisen, das regelmässige Vorkommen im Blute und Gewebeluetischer Produkte und das Verhalten in den verschiedenen Stadien der Syphilis zu prüfen.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über den Spirochätennachweis bei Syphilis,** von W. SCHOLTZ - Königsberg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Bezüglich der ätiologischen Rolle, welche die Spirochäten beiluetischen Produkten spielen sollen, ist SCHOLTZ in seinem Urteil zurückhaltend. Zwar fand er in 37 Fällen vonluetischen Primäraffekten, Kondylomen und Plaques regelmässig die *Spirochaeta pallida*, aber er fand dieselbe auch, und zwar sehr reichlich, in einem spitzen Kondylom und wenn auch spärlich in unverletztenluetischen Papeln, daher ist der Befund der *Spirochaeta pallida* in den erodiertenluetischen Eruptionsercheinungen noch nicht als zwingender Beweis der ätiologischen Bedeutung anzusehen.

Die Erklärung, warum die *Spirochaeta pallida* so häufig und fast ausschließlich inluetischen Produkten vorkommt, wäre jedenfalls einfach, auch wenn die Spirochäten keine ätiologische Bedeutung haben sollten; in allen syphilitischen Produkten liegt eine Gewebeveränderung spezifischer Art vor, welche sehr wohl einen besonders geeigneten, spezifischen Nährboden für die *Spirochaeta pallida* abgeben könnte.

Bezüglich der Untersuchungsmethoden hebt SCHOLTZ hervor, daß er das Material am liebsten und stets erst ungefärbt im hängenden Tropfen untersucht habe, und er empfiehlt diese Art der Untersuchung. Das Auffinden der *Spirochaeta pallida*, sagt SCHOLTZ, erfordert im hängenden Tropfen vielleicht ein etwas geübteres Auge, dafür ist aber der Nachweis der *Spirochaeta pallida* auf diese Weise auch viel einwandfreier, und Verwechslungen mit der *Spirochaeta refringens* können viel weniger leicht vorkommen. Die für die *Spirochaeta pallida* charakteristischen steilen, korkzieherartigen Windungen, das zarte, wenig lichtbrechende Protoplasma, die langsame, im wesentlichen pendelnde Bewegung treten im hängenden Tropfen sehr deutlich hervor und lassen bei ausgesprochenen Formen eine Verwechslung mit der mehr wellig gewundenen, groben, stark lichtbrechenden und rasch durch das Gesichtsfeld sich schlängelnden *Spirochaeta refringens* nicht zu. Recht häufig findet man die *Spirochaeta pallida* mit einem Ende verankert, vermutlich rein mechanisch festgeklebt an einem roten Blutkörperchen. Im gefärbten Präparat ist die Unterscheidung zwischen der *Spirochaeta pallida* und *refringens* SCH. ERACHTENS nach meist schwieriger, da auch der feine, korkzieherartige Bau der *Pallida* im gefärbten Präparate nicht so deutlich hervortritt. Mit den Differenzen in der Färbung ist aber nicht viel anzufangen, da es sich nur um quantitative Unterschiede handelt und sich auch die einzelnen Exemplare der *Spirochaeta refringens* verschieden intensiv färben.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Zur Kenntnis der *Spirochaeta pallida*,** von WILHELM WECHSELMANN und WALDEMAR LOEWENTHAL. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 33.) Verfasser hatten bereits früher berichtet, daß sie in einer trockenen Pappel vom Oberarm eines unter Hg-Behandlung stehenden Mannes die *Spirochaeta pallida* in ganz kurze Einzelindividuen gelöst gefunden haben. Seitdem haben sie diesen Befund noch einmal konstatiert, was die Vermutung gerechtfertigt, daß dieser Zerfall in Einzelindividuen eine Wirkung der Hg-Therapie sei.

Außer der *Spirochaeta pallida* hat der eine von den Verfassern (LOEWENTHAL) in verschiedenen syphilitischen Krankheitsprodukten (Primäraffekt, Pappel, Inguinaldrüse und Reseolenblut) auch noch andere Gebilde gefunden, die er mit den Spirochäten in genetischen Zusammenhang bringen zu dürfen glaubt.

Diese Gebilde werden von Verfasser in zwei Gruppen geteilt: 1. gerade, stäbchenförmige und 2. gebogene, wurstförmige. Die stäbchenförmigen-

färben sich bei der Färbung mit der GIEMSAschen Lösung hellblau und zeigen in bis vier rotviolette Körnchen chromatischer Substanz, die sich anscheinend durch direkte Teilung vermehren. Die gebogenen Gebilde sind dicker, als die ersteren, färben sich nach GIEMSA intensiver, und nehmen dabei einen mehr blauroten Ton an; in deren Mitte liegt eine sich rotviolett färbende Masse chromatischer Substanz. Die Anzahl der stäbchen- und wurstförmigen Gebilde geht der Zahl der in den einzelnen Fällen gefundenen Spirochäten nicht parallel.

Von den ähnlichen Gebilden, die neben verschiedenen Spirochäten in der Mundhöhle (besonders bei Stomatitis ulcerosa) vorkommen und der Untersuchung sehr leicht zugänglich sind, lassen sich die oben erwähnten Gebilde bei den syphilitischen Produkten deutlich unterscheiden. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Spirochaeta pallida und syphilitische Infektion,** von RISSO und CIPOLLINA. (*Rif. med.* 1905. Nr. 34.) Die Verfasser haben den Pilz fünfmal (von sieben Fällen) im Gewebesafte von Lymphdrüsen nachgewiesen. In verschiedenen Plaques muqueuses wurden ebenfalls einige typische Spirochäten gefunden, desgleichen bei einem papulohypertrophischen Kondylom; negativ dagegen fielen die Untersuchungen aus bei Initialaffekten, im Sekrete von Gummien (ulceriert oder nicht ulceriert). Niemals vermochten es die Verfasser im Blute von Syphilitikern zu finden, was sicher nicht für Spezifität des Pilzes sprechen würde. *C. Müller-Genf.*

**Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten,** von PAUL MULZER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Verfasser untersuchte die Gegenwart von Spirochäten bei verschiedenen Erkrankungen des menschlichen Organismus, um festzustellen, ob der Nachweis der *Spirochaeta pallida* an der Oberfläche infektiöser syphilitischer Krankheitsprodukte regelmäßig möglich ist, und unter welchen Umständen er am besten gelingt, ferner ob die *Spirochaeta pallida* bei anderen Krankheiten stets vermisst wird und ob die *Spirochaeta pallida* von den übrigen in der Genitalgegend und sonst vorkommenden längst bekannten Spirochäten stets unterschieden werden kann. Dabei stellte sich heraus, daß die *Spirochaeta pallida* so gut wie regelmäßig in den Produkten der infektiösen Lues nachzuweisen ist, daß sie nach den bisherigen Erfahrungen nur bei Syphilis und nicht bei anderen Krankheiten oder Gesunden vorkommt, und daß die Unterscheidung der *Spirochaeta pallida* von der größeren, schmarotzenden Form dem Geübten meist leicht gelingt. Sie ist kleiner, zarter und dünner, besitzt steile, korkzieherartige Windungen gegenüber den längeren, flacheren der groben *Spirochaeta*, färbt sich schwerer und zeigt im GIEMSA-Präparat meist einen mehr rotvioletten Farbenton, gegenüber dem mehr bläulichen der gröberen Form. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Spirochäten bei Syphilis,** von C. GROUVEN und H. FABRY-BOND. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Als Färbemethode benutzen G. und F. anfangs die in der ersten Mitteilung von SCHAUDINN und HOFFMANN angegebene Modifikation der GIEMSAschen Azur-Eosin-Färbung. Die Resultate waren keine sonderlich guten, sondern die Färbung fiel sehr ungleichmäßig aus, ohne daß ein Grund hierfür eruierbar gewesen wäre.

Gute Bilder erzielten sie regelmäßig bei Benutzung der bei Grübler käuflichen GIEMSA-Mischung nach dem von HOFFMANN ihnen brieflich empfohlenen Verfahren: Das dünn ausgestrichene Deckglaspräparat legt man nach fünf Minuten langer Fixierung in absolutem Alkohol mit der Schichtseite nach unten in einen Porzellannapf und gießt eine Mischung von 10–15 Tropfen GIEMSA-Lösung auf 10 ccm destillierten Wassers (geschüttelt und nicht filtriert) darüber. Dauer der Färbung eine Stunde, Abspülen im Wasser, Trocknen, Einbetten in Kanadabalsam oder Zedernöl. Auch mit

der von REITMANN (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 25) angegebenen Karbol-Fuchsin-Methode erhielten sie in einem Falle recht deutliche Spirochätenfärbung.

Untersucht wurden insgesamt, einschließlic einer todfaulen syphilitischen Frucht, 21 Fälle.

Völlig negatives Resultat lieferten sechs Fälle.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien muß das erhebliche Überwiegen der positiven Befunde von *Spirochaeta pallida* bei unzweifelhaft syphilitischen Produkten als außerordentlich bemerkenswert erscheinen. G. und F. fanden die *Spirochaeta pallida* teils spärlich, teils zahlreicher in ulcerierten und nicht ulcerierten, genital und extragenital situierten Sklerosen, in Plaques muqueuses, ulcerierten und geschlossenen sekundären Papeln, bei fern von der Genitalregion lokalisierten sekundären Pusteln und im aspirierten Drüsensaft. Durch sorgfältigste Desinfektion (Seifenspiritus, Äther, Alkohol, physiologische Kochsalzlösungen), sowie durch Entnahme des Materials, soweit zugänglich, aus der Tiefe des Gewebes suchten sie zufällige Verunreinigungen nach Möglichkeit auszuschließen.

Als *Spirochaeta pallida* wurden nur solche Exemplare registriert, die dem HOFFMANNschen Präparat völlig analog, der strengsten Kritik stand hielten. Die *Spirochaeta refringens* konnten G. und F. nur in wenigen Fällen und in geringer Zahl konstatieren:

Besonders hervorgehoben wird der positive Befund von *Spirochaeta pallida* in zwei Fällen von hereditärer Syphilis, und zwar einerseits im Gewebesaft von Milz und Leber einer todfaulen Frucht von einer florid-syphilitischen Mutter, andererseits in den Granulationen eines am Kinn, also fernab von den Genitalien lokalisierten syphilitischen Infiltrats bei einem zweimonatigen Kinde.

„Angesichts derartiger Befunde und gleichlautender Untersuchungsergebnisse, die bereits von verschiedenster Seite in großer Zahl vorliegen, muß es schwer fallen, sich des Eindruckes zu erwehren, daß die Entdeckung der *Spirochaeta pallida* einen entscheidenden Fortschritt für die Erkenntnis der Syphiliätiologie bedeutet; Gewißheit in dieser Hinsicht kann jedoch erst das Gelingen der Spirochätenkultur vermitteln.“

Arthur Rahn-Berlin.

Zur Frage der *Spirochaeta pallida*, von SCHOV. (*Russki Wratsch.* 1906. Nr. 36. S. 1128.) In 25 Fällen unbehandelter kondylomatöser Syphilis der Erwachsenen fand SCHOV die *Spirochaeta pallida* 15 mal und in sieben Fällen bei Kindern viermal. Er kommt zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die *Spirochaeta pallida* läßt sich meist in Papeln, die an der Oberfläche aufgelockert sind, finden;
2. aber nur selten in trockenen Papeln, und
3. bei Roseola gar nicht.
4. Bei syphilitischer Angina findet man selten die *Spirochaeta pallida*, aber fast immer die *Spirochaeta refringens*.
5. Gleich SELENEW, HERKHEIMER und PLOEGER konnte SCHOV keine *Spirochaeta pallida* finden bei gummösen Geschwüren.
- 6—8. Weder in den inneren Organen hereditärer Syphilitiker ohne Hautveränderungen noch in der Placenta von kondylomatös-syphilitischen Frauen, noch bei Geschwüren anderer Herkunft fand SCHOV Spirochäten.
9. Die *Spirochaeta pallida* fand sich in spitzen Kondylomen bei syphilitischen Patientinnen ohne manifeste Erscheinungen von Lues.
10. Aber sie fand sich nicht in einem Fall von spitzen Kondylomen infolge Blennorrhoe bei fehlender Syphilis.
11. Die *Spirochaeta pallida* steht augenscheinlich in irgendeiner nahen Beziehung

zur Syphilis, aber es fehlt noch der wissenschaftliche Beweis, daß sie der Erreger der Syphilis ist.

*Arth. Jordan-Moskau.*

**Über das konstante Vorkommen der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen,** von R. KRAUS und A. PRANTSCHOFF - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Von 87 untersuchten Sklerosen haben bloß fünf ein negatives Ergebnis geliefert, die anderen 32 Sklerosen enthielten mehr oder minder zahlreich die Spirochaeta pallida. Die Sklerosen, welche keine Spirochaeten enthielten, waren zum Teil eitrig, gangränös zerfallen, zum Teil kamen sie längere Zeit nach der Exzision zur Untersuchung.

Außerdem gelangten 25 Fälle mit syphilitischen Papeln zur Untersuchung, von denen 18 positiv und 7 negativ waren. Auch hier läßt sich für die negativen Fälle die Ursache darin finden, daß in zwei Fällen Klatschpräparate gemacht wurden, eine Papei stark blutig war, ein Fall betraf eine bereits längere Zeit exzidierte Papei, eine Papei war in Ausheilung begriffen.

Dagegen gelang es nicht, in Papeln der Haut, in Lymphdrüsen, in Hautaffektionen, die tuberkulöser Natur waren, bei drei Makaken Spirochäten zu finden. Man kann daher ebenso wie beim Menschen die Behauptung aufstellen, daß die Spirochaeta pallida in der Haut der gesunden Affen oder andersartig erkrankten nichtsyphilitischen Haut nicht vorkommt. Die Untersuchung der syphilitischen Primäraffekte an Affen wurden in der Weise ausgeführt, daß zu verschiedenen Zeiten die entstandenen Primäraffekte in der üblichen Weise untersucht wurden. Sowie beim Menschen, so auch hier, wurde darauf geachtet, womöglich wenig Blut und mehr vom Gewebe zu gewinnen. Die meisten Sklerosen wurden auch exzidiert, um aus der Tiefe des Gewebes Ausstriche zu gewinnen.

Es ergab sich, daß die Primäraffekte bei Affen konstant ebenso Spirochäten enthalten wie die des Menschen. Die Spirochäte unterscheidet sich weder durch die Form, noch durch die Färbbarkeit von der des Menschen. Es wurde die Spirochäte nicht bloß in den Primäraffekten der Affen nachgewiesen, die durch direkte Übertragung vom Mensch auf Affe entstanden sind, sondern auch in Primäraffekten, die durch Übertragung von Affensklerose hervorgerufen werden konnten.

KRAUS und PRANTSCHOFF schlossen daher: „Aus der Konstanz der Befunde, namentlich auch in experimentell erzeugten Sklerosen bei Affen und aus dem Fehlen in gesunden und andersartig erkrankten Geweben läßt sich mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit annehmen, daß die Spirochaeta pallida als Erreger der Syphilis bei Affen und Menschen anzusprechen ist.“

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über die bei Syphilis gefundenen Spirochäten,** von M. WOLTERS. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 38.) Besprechung der Ergebnisse bisheriger Untersuchungen verschiedener Forscher (nach dem in der Naturforschenden Gesellschaft in Rostock gehaltenen Vortrag). Die eigenen Untersuchungen des Verfassers erstreckten sich auf zwei leicht erodierte Primäraffekte, zwei Genitalpapeln und Effloreszenzen eines papulo-pustulösen Syphilids. In allen diesen Fällen wurde die Spirochaeta pallida bald in größerer, bald in kleinerer Zahl nachgewiesen. In dem aus der Armvene entnommenen Blute konnte bei einem, schon seit mehreren Wochen an Roseola und Condyloma leidenden Weibe in zwei Deckgläsern je eine Spirochäte nachgewiesen werden. Bei zwei Fällen, die wegen Rezidiven der Exantheme wieder in Behandlung traten, wurde im Blute nichts nachgewiesen. Der Inhalt eines zerfallenen Gummas auf dem Vorderarme ergab kein positives Resultat.

Nicht spezifische Erkrankungen (Balanitis, Erythema induratum, Akne, Lupus, Geschwüre) wurden erfolglos untersucht.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*



**Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaeta pallida**, von KARL HERXHEIMER und HANS HÜBNER - Frankfurt a. M. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 26.) Mit Ausnahme eines einzigen von 16 untersuchten Fällen ist es den Verfassern stets gelungen, die Spirochaeta pallida in den Krankheitsprodukten der primären und sekundären Syphilis nachzuweisen. Das Sekret der Oberfläche von Schankern, breiten Kondylomen usw. wurde nur dann untersucht, wenn die Exzision aus besonderen Gründen nicht ausführbar war. Sonst wurde stets der Gewebssaft von der Unterfläche frisch exzidierter Papeln usw. zur Untersuchung genommen. Die Färbung wurde teils nach GIEMSA, teils mit wässriger Nilblaulösung (1:1000) ausgeführt. In einem Falle wurde die Spirochaeta weit entfernt von der Eintrittspforte des Giftes, im Gewebssaft pustulös gewordener Papeln am Rücken in verhältnismäßig reicher Zahl gefunden. Auch in einem Schnittpräparat von einem Vorhautschanker ist HERXHEIMER der Nachweis der Spirochaeta pallida geglückt. Dagegen gelang es den Verfassern nicht, sie im Lymphsaft spezifisch veränderter Drüsen, im Blute und bei hereditärer Lues zu finden, und in zwei Fällen mit zweifelhafter Diagnose wurde sie gleichfalls vergeblich gesucht. *A. Loewald-Kolmar.*

**Eine einfache und schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaeta pallida**, von M. OPPENHEIM und O. SACHS - Wien. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Die Färbung geschieht nach Trocknung der möglichst dünn gestrichenen Deckgläschen an der Luft, ohne vorhergehende Fixation mittels alkoholischer Karbolgentianaviolettlösung (5%ige wässrige Karbolsäurelösung 100 ccm, konzentrierte alkoholische Gentianaviolettlösung 10 ccm). Die Deckgläschen werden über der Flamme erwärmt, bis sich Dampfwolken entwickeln, dann vorsichtiges Abspülen im Wasser, Trocknung mit Filtrierpapier, Untersuchung in Kanadabalsam. Die Spirochaeta pallida erscheint sehr deutlich blau gefärbt. *A. Loewald-Kolmar.*

**Spirochätenfärbung mit Kresylviolett**, von CARL DAVIDSOHN - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 81.) D. benutzte zur Färbung des Kresylvioletts „Rectra“ der Mühlheimer Farbenfabrik in Lösung von einer Messerspitze auf 100 ccm Wasser. Die Präparate kommen fixiert  $\frac{1}{2}$ —40 Stunden in die frisch filtrierte Lösung, dann werden sie abgespült. Wenn sie trocken sind, werden sie mit einem Tropfen Balsam auf den Objektträger gelegt und mit Immersionslinse betrachtet. Man erkennt schon mit Okular 2 (ZEISS) die blassen Spirochäten, am besten mit Okular 6. Der Preis des Kresylviolett ist 50 g = 2 Mk., man braucht also etwa für 5 Pf. Farbstoff zu 100 ccm Wasser. *Bernhard Schuler-Kiel.*

**Spirochaeta pallida und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues**, von GUIDO NIGRIS - Triest. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Als neuen und eigenartigen Befund erhob NIGRIS das gleichzeitige Vorkommen von Spirochaeta pallida und refringens im Blute eines neunwöchigen syphilitischen Säuglings; gerade beim Syphilitiker ist dieser Simultanbefund noch nicht angetroffen worden. N. entnahm nach sorgfältiger Reinigung und Desinfektion durch Einstich in eine kaum erhabene makulo-papulöse Effloreszenz mit unlädiertes Epidermis an der Fußsohle einen Blutetropfen, der nach dem Verfahren von SCHAUDINN und HOFFMANN untersucht wurde. Es fanden sich noch in jedem Gesichtsfelde außerordentlich typische Exemplare der Spirochaeta pallida und in manchen Gesichtsfeldern ebenso unverkennbare Exemplare von Spirochaeta refringens. Bei demselben Kinde wurde Spirochaeta pallida (ohne refringens) in spärlicher Menge in dem kaum getrübbten Inhalte einer 48 Stunden alten Vesikatorblase, die vorher auf gesunder Haut erzeugt worden war, nachgewiesen. In dem durch Einstich am Ohrfläppchen gewonnenen Blute sowie in dem Milzsaft (intravitale Milzpunktion) fand N. bei wiederholter Untersuchung und Durchmusterung vieler Präparate keine Spirochäten. *Arthur Rahn-Berlin.*

Zur Genese der Lues hereditaria, von WILHELM JUNGHANS. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1904.) Die Beobachtungen des Verfassers geben eine neue Ermutung dazu, jede syphilitische Gravida einer energischen Merkurialisierung zu unterwerfen. (Das Studium der beachtenswerten Arbeit sei empfohlen! Ref.)

*Fritz Loeb-München.*

**Ammen- und Säuglingssyphilis (Diagnostik und Prophylaxe)**, von MARCEL PÉTRIT. (*Thèse de Lyon*. 1904. Nr. 148.)

**Über die kindliche Syphilis**, von ROLIN. (*Thèse de Paris*. 1908.)

**Über die Syphilis der Neugeborenen**, von BLANCHET. (*Thèse de Paris*. 1902.)

**Über syphilitische Säuglinge. Maßnahmen der FOURNIERSchen Klinik. Resultate**, von BARLEBIN. (*Thèse de Paris*. 1902.) *Fritz Loeb-München*

**Ein Fall von Polymyositis heredo-syphilitica im Säuglingsalter**, von HOCHSINGER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 27.) Der Fall betrifft ein acht Wochen altes, hereditär-syphilitisches Kind mit typischer, zuerst von v. PETERS (*Jahrb. f. Kinderheilk.* 1901. Bd. 53) beschriebener Flossenstellung der Hände, welche darin besteht, daß diese flektiert, proniert und ulnarwärts abduziert sind, während die Oberarme an den Stamm fest adduziert und die Ellenbogengelenke gebeugt erscheinen. Verfasser wendet sich gegen v. PETERS, der diese Affektion als syphilitische Rückenmarkserkrankung bald der Vorderhörner, bald der vorderen Wurzeln erklärte und weist am Röntgenbilde nach, daß es sich hier offenbar um eine syphilitische Muskel- und Knochenerkrankung handelt. Man findet eine von einer syphilitischen Affektion der Ellenbogengelenkepiphysen fortgeleitete Entzündung der Muskulatur, besonders der Strecker und der Supinatoren. Im vorliegenden Falle war auch die Wadenmuskulatur entzündlich infiltriert. Nach der spezifischen Behandlung waren die Lähmungs- und Entzündungserscheinungen vollständig verschwunden. Nach Ansicht des Verfassers sind alle Extremitätenlähmungen syphilitischer Säuglinge myopathischen und nicht spinalen Ursprungs. *Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Zwanzigjährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis**, von KARL HOCHSINGER-Wien. (*Wien. med. Presse*. 1905. Nr. 26.) H. hatte Gelegenheit, einen Fall von hereditärer Syphilis 20 Jahre genau beobachten zu können, und konstatierte im Laufe dieser Zeit folgende Krankheitserscheinungen. Der Knabe, welcher das vierte, luetische Kind aus einer Ehe ist, in welcher der Vater vier Jahre vor der Eheschließung sich infizierte, die Mutter aber nie Krankheitserscheinungen aufwies, kam schon in der vierten Lebenswoche wegen schwerer Nasen- und Hautsyphilis mit weit ausgebreiteten, diffusen Infiltrationen der Fußsohlen-, Handteller- und Gesichtshaut ins Krankenhaus und wurde dort sechs Wochen lang mit Sublimatbädern und Protojoduret innerlich behandelt. Im fünften Lebensjahre erkrankte der Knabe an Lebersyphilis und paroxysmaler Hämoglobinurie, im zehnten Lebensjahre mit einer partiellen Okulomotoriuslähmung und Erscheinungen von Hirnsyphilis, im zwölften Lebensjahre mit Enuresis, Aortenaffektion und neurasthenischen Beschwerden, im 17. Lebensjahre mit den ersten Erscheinungen der Tabes (reflektorischer Pupillenstarre und Fehlen der Pa-Reflexe) und Infantilismus heredito-lueticus. Alle diese Erscheinungen faßt H. als die Folge einer dauernden, schweren, toxischen Beeinflussung des Gesamtorganismus durch das örtlich übertragene Syphilisgift auf und hält den Fall für geeignet, die Lehre vom ätiologischen Zusammenhang zwischen Tabes und Lues zu festigen und die Existenzberechtigung der para- und metasyphilitischen Symptomgruppen auch für die angeborene Lues zu beweisen. Als solche sind in diesem Falle zu betrachten: die paroxysmale Hämoglobinurie, die Arteriosklerose, der Infantilismus, die Tabes dorsalis. *Putzler-Damig.*

**Prophylaxis der Heredosyphilis**, von PINARD. (*Ann. de Gynécol. et d'Obstet.* April 1905.) Seit 26 Jahren praktiziert der Verfasser folgendes System zur möglichsten Verhinderung der Übertragung der Lues durch Heredität. Vorerst gestattet er die Verheiratung resp. die Zeugung erst, nachdem er seine Syphilitiker, auch wenn dieselben eine radikale Kur seinerzeit durchgemacht, während sechs Monaten einer kombinierten Quecksilber- und Jodkaliumbehandlung unterworfen hat. Von Anfang der Schwangerschaft an und während der ganzen Dauer derselben wird die Frau auf die nämliche Weise behandelt. Bei jeder neuen Zeugung wird dasselbe Verfahren eingeleitet. Auf diese Weise hat er niemals Mißerfolge zu verzeichnen gehabt. Wenn wir also die Gesetze der Übertragung der Lues noch nicht kennen, so können wir wenigstens deren Behandlung.

C. Müller-Genf.

**Über die Behandlung der Syphilis hereditaria**, von A. BUSCHKE-Berlin. (*Ärztl. Praxis.* 1905. Nr. 14.) Nach einem kurzen Resümee über die verschiedenen Möglichkeiten der Syphilisübertragung, von welchen B. als den sichersten Weg jenen durch den Plazentarkreislauf annimmt, die übrigen Modi, wie durch das Sperma des Vaters, das Ovarium der Mutter, durch die Geschlechtszellen beider zusammen aber für fraglich hält, teilt er seine Arbeit in die zwei Hauptabschnitte: 1. die Prophylaxe der hereditären Syphilis und 2. die Behandlung des bestehenden Leidens ein. Bezüglich ersterer ist es von Bedeutung, daß die Vererbungsfähigkeit bei der Frau länger zu dauern scheint als beim Mann. Erfolgt die Infektion der Mutter gegen Ende der Schwangerschaft, so pflegt das Kind häufig gesund zu bleiben, so daß die sonst während und gegen Ende der Schwangerschaft übliche Behandlung hier unterbleiben kann. Ein Kind syphilitischer Eltern sollte wenigstens drei Monate, besser aber noch bis zu einem Jahre lang beobachtet und erst bei vorhandenen Symptomen eine Kur eingeleitet werden. Die bequemste und einfachste Form ist die innerliche Darreichung von Kalomel (0,01, Sacch. lactis 0,3) zwei- bis viermal täglich ein halbes Pulver je nach dem Alter; sodann Sublimat. Ferner Bäder, besonders bei Erosionen an der Haut; eine bequeme Behandlungsart bilden auch der Merkolintschurz und die WELANDERSCHEN Säckchen. Vom fünften Lebensjahre ab kann man mit der Schmierkur mit 1 g beginnen, bei älteren Kindern 2 g und vom zehnten bis elften Jahre ab 3 g täglich einreiben. Im allgemeinen soll die Kur bei einem hereditär-syphilitischen Kinde drei bis vier Wochen dauern, Mund- und Hautpflege (Bäder) sind dabei ebenso wichtig wie bei Erwachsenen. Bei Späterscheinungen Jod (Sirup. ferri jodati) und analoge Behandlung wie bei der vulgären Tertiärsyphilis im späteren Lebensalter; im übrigen richte sich die Behandlung nach der Konstitution des Kindes.

Stern-München.

**Die Elemente der Diagnose Hautsyphilis**, von E. A. FISCHER-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 8. Juli 1905.) Verfasser führt aus, daß die charakteristischen Merkmale der cutanen Syphilis, Farbe, Resistenz, Oberfläche, Lokalisation und Verteilung, Polymorphismus, nur sehr bedingten Wert haben. Auch die zeitliche Entwicklung ist kein zuverlässiger Faktor; es kann vorkommen, daß einfache Wunden mit nachfolgender Drüsenanschwellung die gleiche Entwicklungszeit brauchen wie die Syphilis. Die regionäre Lymphdrüsenanschwellung ist durchaus nicht für Syphilis pathognomonisch. Harte und indolente Schwellungen der Inguinal- und Cubitaldrüsen sieht man auch bei ganz einfachen Wunden. — In besonderen Fällen kann auch das Ensemble aller syphilitischen Symptome durch nicht spezifische Dermatosen vorgetäuscht werden. Mit absoluter Sicherheit kann die Diagnose Syphilis nur gestellt werden, wenn sie sich sowohl auf die positiven wie auf die negativen Befunde stützt, d. h. wenn man nicht bloß alle Merkmale der Syphilis findet, sondern auch alle anderen Dermatosen,

die ähnliche Erscheinungen machen können, ausschließen kann. Verfasser belegt seine Ausführungen durch Beispiele aus seiner Praxis. *A. Loewald-Kolmar.*

LESSNA stellt in der Sitzung der Charité-Ärzte vom 8. Juni 1906 (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 31) zwei Fälle von **syphilitischem Exanthem** vor, bei denen im Zentrum ein Herd sitzt, welcher sich von den umgebenden Herden dadurch unterscheidet, daß er wesentlich blasser ist, ein Zeichen dafür, daß in der Mitte der ursprüngliche Herd war, was die Franzosen als Exanthème satelliforme bezeichnen. Im Anschluß spricht L. über die *Spirochaeta pallida*, die auch er fand und anerkennt.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über lichenförmige Syphilide**, von S. EHRMANN - Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 41.) E. unterscheidet drei Formen lichenartiger Syphilide, und zwar die erste, welche vielleicht mit der UMFASCHEN als Roseola bezeichneten in Zusammenhang gebracht werden kann und sich von dem makulo-papulösen Syphilid mehr dem Grade als dem Wesen nach unterscheidet. Während bei dem letzteren die hyperämischen Flecke manchmal im Zentrum stark eleviert und etwas dunkler gefärbt sind, treten bei der Roseola granulata im Bereich eines Fleckes mehrere solcher stärker elevierten und dunklen Stellen hervor, so daß ein granuliertes Aussehen des Fleckes resultiert. Dementsprechend lassen sich auch auf Grund der histologischen Befunde die Beziehungen des makulo-papulösen Syphilids zur Roseola granulata nachweisen. Die zweite Form ist pathologisch der ersten gleichartig, diagnostisch aber interessanter, weil sie bei Individuen auftritt, die habituell Lichen pilaris haben. E. berichtet über einen typischen Fall dieses Syphilids bei einem Patienten, bei welchem der Lichen pilaris an den Extremitäten unverändert war; auf dem Stamm haben sich aus den Lichenknötchen Syphilisknötchen entwickelt. Ähnliche Vorgänge wie hier spielen sich auch bei Patienten ab, welche die Cutis marmorata aufweisen. Bekommt ein solcher Patient ein makulöses Syphilid, so treten die Maculae in den Zweigen des Netzes auf, wo sie mit ihrer matten, kupferartigen Farbe von der bläulich-roten übrigen Haut sich abheben, wo die Maculae in die weißen Inseln vorspringen und längs des Netzes konfluieren. Noch eine dritte Hautanomalie ist imstande, reichlichere Syphilisproruption an ihren Lokalisationsstellen zu provozieren, nämlich die Seborrhoe, namentlich die der Stirn, der Nasolabialfalte und der Nase. Diese beiden ersten Formen haben nur die Bedeutung einer speziellen Lokalisation des syphilitischen Virus, während die dritte Form, der Lichen syphiliticus resp. das gruppierte, kleinpapulöse Syphilid, das immer oberflächlichen Zerfall darbietet und in der Regel bei kachektischen Individuen auftritt, die Bedeutung einer höheren Malignität der Lues hat. Mitunter findet sich diese Form mit dem Lichen scrophulosorum vereinigt. Hier führen auch oft die Einreibungen nicht zum gewünschten Ziele, sondern das mikropapulöse Syphilid verlangt stets neben der antisymphilitischen Behandlung robrierende Diät und auch zwischen- durch Behandlung der mitunter koinzidierenden Tuberkulose. *Putzler-Dansig.*

**Über Kombination von Syphilis und Tuberkulose**, von LION MARX. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1902.) *Frits Loeb-München.*

**Beitrag zur Diagnostik der Tuberkulose und Lues des Kehlkopfes**, von RUDOLF LANDESBURG - Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 28.) Eine 35jährige Frau, welche vor drei Jahren von ihrem Ehemann ein großes Geschwür an der rechten Schamlippe erworben und nie eine Schmier- oder Injektionskur durchgemacht hatte, erkrankte an Heiserkeit, die zwei Monate vergeblich mit Orthoform-Einblasungen behandelt wurde. Da stellte sich Atemnot ein, so daß die Kranke nach vier Tagen cyanotisch und bewußtlos wurde und wegen drohender Erstickungsgefahr die Tracheotomie vorgenommen werden mußte. Nach weiterem Verlauf von vier Wochen Auftreten von heftigen Schmerzen, die das Schlucken fast unmöglich machten und

Kachexie zur Folge hatten. Die Anamnese, der normale Lungenbefund und der Kehlkopfbefund, der für Lues und gegen Tuberkulose sprach, veranlaßten L., der Patientin 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>ige Hg succinimidatum-Injektionen zu machen. Bereits nach der fünften Injektion hatten die Schmerzen und Schluckbeschwerden gänzlich nachgelassen, nach weiteren sechs Injektionen konnte Patientin als geheilt entlassen werden. L. empfiehlt angesichts dieses Falles, immer erst vier bis fünf Quecksilberinjektionen zu machen, wenn die Diagnose einer Kehlkopferkrankung zwischen Lues und Tuberkulose schwebt und die Lunge frei von Tuberkulose ist.

*Putzler-Dansig.*

**Beitrag zur kongenitalen Lungensyphilis,** von WILHELM KARL SCHINZEL. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)

**Syphilis der Lungen,** von S. B. WERMEL und N. W. SOLOWJEW-Moskau. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 38 u. 39.) VROHOW ist der erste, der die Lungensyphilis in der Literatur bespricht; sie war später des öfteren Gegenstand der Erörterung, zumal weil man glaubte, bestimmte klinische und diagnostische Anhaltspunkte für die der Tuberkulose oft gleichende Lokalisation der Syphilis aufstellen zu können. Selbst aber die zentrale Lage der Herde und die etwa gleichzeitigen Kehlkopfererscheinungen können trügen; vielleicht hat BERG recht, wenn er behauptet, daß nur die spezifische Behandlung und deren Erfolg uns darüber aufzuklären vermag, womit wir es zu tun haben

Jedenfalls glauben auch W. und S. nicht, ein bestimmtes Bild aus ihren genau beobachteten und eingehend beschriebenen zwei Fällen von Lungensyphilis herauslösen zu können. „Dasselbe hängt vielmehr von dem Grade der anatomischen Veränderungen, die durch die Syphilis in den Lungen gesetzt sind, und häufig von den etwaigen, die syphilitische Lungenaffektion begleitenden, anderen Infektionskrankheiten ab.“

Die beiden hier geschilderten Fälle hatten klinisch nichts Charakteristisches, der eine war kompliziert mit Influenza und der andere mit einer Streptokokkeninfektion, diese Nebenkrankheiten hatten auch großen Einfluß auf den Verlauf des Grundleidens, so z. B. auf das Fieber. In dem zweiten Falle wurde sogar die Streptokokkenpneumonie für sich bekämpft durch Streptokokkenserum.

Auch hier gab das „ex juvantibus“ zugleich mit der Diagnose per exclusionem erst den genügenden Anhalt; W. und S. warnen daher, für die Diagnostik der Lungensyphilis ein Schema aufzustellen, denn man „kann Lungensyphilis eher auf Grund negativer als streng positiver Momente diagnostizieren“.

Ein differentialdiagnostisches Merkmal bei der Perkussion und Auskultation ist höchstens die Konstanz der einzelnen Symptome. Langsame Entwicklung der Krankheit ohne auffallende lokale Veränderungen in den Lungen spricht gleichfalls für Syphilis derselben.

In beiden Fällen war ursprünglich nicht etwa Tuberkulose, sondern ein Lungenabscess angenommen worden; ein Abscess war schließlic insofern vorhanden, als derselbe durch ein in Degeneration begriffenes Gumma entstanden war, welches infolge der hinzugetretenen Influenza bezw. Streptokokkeninfektion in Eiterung überging.

Die beiden Fälle heilten unter Quecksilber- und Jodbehandlung schnell ab.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Magensyphilis,** von P. BARBIER. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 214.) Der Arbeit liegen 116 Fälle zugrunde (von denen nicht weniger als 91 ausführlich geschildert werden), die die Häufigkeit der Magensyphilis deutlich zeigen.

*Frits Loeb-München.*

**Beitrag zum Studium der Pathogenie der ano-rektalen Syphilome**, von LEON PUCHNAVY. (*Thèse de Toulouse*. 1904. Nr. 561.) Phlebitis und Lymphstauung spielen die Hauptrolle in der Pathogenese der ano-rektalen Syphilome.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von multipler Lymphdrüsenanschwellung infolge von verkanter Syphilis**, verlaufend unter dem klinischen Bilde einer lymphatischen Pseudoleukämie, von VERROTTI. (*Giornale intern. delle Scienze med.* 1905. Nr. 12.) Es handelte sich um eine 29jährige Witwe, die sich stets der besten Gesundheit erfreut hatte, bis sich bei ihr heftige Schmerzen in der Lendengegend, im Rücken, Hemikranie einstellten, wobei man multiple Lymphdrüsenanschwellungen in der Kiefergegend, im Nacken, in der Supra- und Subaxillarregion, in den Achselhöhlen, längs den Biceps, in der Ellenbogengegend usw. konstatierte. Milz und Leber waren nicht vergrößert. Später trat dann eine Iritis hinzu, jedoch erst, nachdem man auf Grund des klinischen Befundes eine Pseudoleukämie diagnostiziert und eine entsprechende Behandlung eingeleitet hatte (Metarsolinjektionen), unter der letzteren besserte sich das Allgemeinbefinden wesentlich, während sich aber andererseits die Iritis einstellte. Erst jetzt verfiel man auf den Gedanken, daß es sich um Lues handeln könnte, welche Ansicht durch den Erfolg der spezifischen Therapie bestätigt wurde. *C. Müller-Genf.*

**Die Diagnose des Syphiloms der Nieren**, von R. R. CAMPBELL - Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 29. April 1905.) Der kleine Aufsatz enthält nichts Neues.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Ein Fall von Nierenentzündung bei bestehender syphilitischer Lebercirrhose mit Thrombose der ganzen Pfortader**, von H. PLANER - Dresden. (*Wien. med. Presse*. 1905. Nr. 36.) Die betreffende Patientin war zwei Jahre vorher von freier Wassersucht durch den Bauchschnitt geheilt worden und kam wiederum wegen Wassersucht zur Operation und zur Autopsie. Aus dem Obduktionsbefund geht hervor, daß der Sitz des Lebergumma, welches beide Leberlappen einnahm und mit adhäsiver Perihepatitis einherging, die fortschreitende Thrombosierung der Pfortader bewirkte und daß die Umschnürung der Pfortader durch das Lebergumma die Erweiterung der Ösophagus- und Magenvenen nach oben verursachte und damit zu varikösen Blutungen disponierte, während sie nach unten hin für das Bestehen und Anwachsen des chronischen Ascites oder der freien Wassersucht die fortdauernde Veranlassung gab. Man soll, so schließt P. aus dem Verlaufe des ganzen Falles, bei fortgeschrittenem Ascites den Bauchschnitt der Punktion unter allen Umständen vorziehen; auch sei in vielen Fällen nach der Operation eine monatelang dauernde Verabreichung von Kalium jodatatum sehr dringend angezeigt. *Putsler-Dansig.*

**Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern**, von CARL STERN - Düsseldorf. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) Die Untersuchungen haben ergeben, daß eine Schädigung der roten Blutkörperchen durch das Syphilisvirus nicht notwendig erfolgen muß, daß vielmehr die Lues auch in schwerer Form den Organismus befallen kann, ohne daß Verminderung des Hämoglobingehaltes und damit eine schwere Blutschädigung eintritt. Auch eine Alteration der Leberzellen, wie sie SAMBERGER bei Syphilitikern beobachtet zu haben glaubt, braucht nicht in allen Fällen zu erfolgen. Von einer regelmäßigen oder nur einigermaßen häufigen Schädigung der Leberzellen durch die Lues kann man keinesfalls sprechen.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Syphilis der Leber, sklerogummatöser Typus**, von JOHN FUNKE - Philadelphia. (*Med. News*. 8. Juli 1905.) F. gibt den genauen Sektionsbefund einer Lebersyphilis mit dem genannten Typus; zu Lebzeiten war die Diagnose (neben chronischer Lungentuberkulose, fibröser Myocarditis usw.) Miliartuberkulose der Leber; das Alter des

betreffenden Patienten ist nicht angeführt. Besüglich der Zeit, welche zwischen Infektion und Entwicklung der Krankheit in der Leber verläuft, sind die Angaben der verschiedenen Autoren sehr verschieden. Im allgemeinen wissen wir (nach ADAMI) wenig über die Wirkung der erworbenen Syphilis auf die Leber im sekundären Stadium, aber nach den Veränderungen, die an Kindern mit hereditärer Lues beobachtet wurden, handelt es sich um eine allgemeine Intoxikation, welche zur katarrhalischen Hepatitis führt; auch HILTON FAGGE ist dieser Ansicht. CUMSTON erklärt, die Leber würde frühestens fünf Jahre nach der Infektion ergriffen, aber dies könne auch erst nach 10 und 20 Jahren der Fall sein.

*Stern-München.*

**Über Fieber bei Syphilis der Leber, von F. KLEMPERER - Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 55.)** K. teilt die Krankengeschichte zweier Fälle von Lebersyphilis mit, welche er selbst beobachtet hat, und deren hervorstechendes Symptom ein langdauerndes Fieber von ausgesprochen intermittierendem Charakter, zeitweise mit Schüttelfrösten, bildete. Organveränderungen waren nicht nachweisbar, nur seitens der Leber bestanden geringe Erscheinungen, wie Schwellung, Druckempfindlichkeit, leichter Ikterus. Die Diagnose, die zwischen Septikämie und verborgener Eiterung, Tuberkulose und Malaria schwankte, blieb lange unklar, und alle therapeutischen Versuche schlugen fehl, bis die Erinnerung an einige ähnliche Fälle, die nicht lange vorher publiziert worden waren, den Gedanken anluetischen Ursprung des Fiebers erweckte. Die genaue anamnestische Nachforschung, die daraufhin vorgenommen wurde, gab dieser Vermutung eine positive Unterlage und der Erfolg der eingeleiteten spezifischen Behandlung erhob sie bald zur Gewissheit; beide Fälle wurden durch Quecksilber und Jod prompt geheilt. Es gibt demnach Fälle von Lues der Leber, der Lunge und anderer Organe mit geringen und unklaren Organerscheinungen, deren Hauptsymptom ein andauerndes, hektisches Fieber ist. Bei allen Fieberzuständen unklaren Ursprungs soll man deshalb an Lues denken und eine entsprechende Therapie einleiten.

*Putzler-Dansig.*

**Einige Fälle von Lebersyphilis, von GEORG SCHAAF. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1903.)** Kasuistische Arbeit.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Beitrag zur Frage der fieberhaftenluetischen Leberschwellung, von RYHN - Hamburg. (Ther. d. Gegenw. 1906. Nr. 8.)** Nachdem G. KLEMPERER und C. A. EWALD von Fällen berichtet hatten, die bei Leberschwellung mit Fieber und Schüttelfrösten durch Quecksilberbehandlung zur Heilung kamen, wendete sich O. ROSENBACH mit scharfer Kritik gegen die Diagnose auf Lues ex juvantibus; auch der LIPMANNsche ähnliche Fall im Aprilheft der obigen Zeitschrift schien ROSENBACH nicht zu überzeugen.

Nun kam auf die LENHARTZsche Abteilung des Eppendorfer Krankenhauses ein weiterer in diese Streitfrage gehöriger Fall, der, nach seinem klinischen Bilde und nach allen Unterlagen zu urteilen, nun doch auch die Diagnose auf Lues ex juvantibus zu stützen scheint.

Ein 25jähriger Hausdiener, der nachweislich der Krankengeschichten Ende 1894 in einem anderen Hamburger Krankenhause wegen eines Primäraffektes, der ein Vierteljahr später eine spezifische Mandelaffektion und wieder einige Monate später Papeln an der Glans und am Skrotum im Gefolge hatte, mit Schmierkur behandelt worden war, kam am 25. März 1905 in das Eppendorfer Krankenhaus, auffallend blaß und elend im Aussehen. Die Temperatur war wenig gesteigert, das Epigastrium ist vorgewölbt und die rechte Seite ist leicht ausgebuchtet. Die Leber ist stark vergrößert, ist glatt und scharfrandig und macht ein starkes Spannungsgefühl, auch die Milz ist vergrößert. Vom sechsten Tage der Aufnahme an setzte ein hohes re- bis intermittierendes Fieber ein, das meistens erst zum Nachmittag sich recht hoch ent-

wickelte und gegen Abend auf der Höhe (oft bis 40°) war, ohne zu eigentlichen Schüttelfrösten zu führen.

Es wurde auf alles Erdenkliche (Echinococcus, Pleuritis, Typhlitis, Perityphlitis, Pylephlebitis, Gallengang- oder Gallenblasenaffektion und last not least Tuberkulose [dreimalige Tuberkulininjektion ohne jedwede Reaktion]) gefahndet, aber kein weiterer Anhalt fand sich als die vor zehn Jahren durchgemachte syphilitische Infektion und deren damals authentische Beobachtung und Behandlung und der Verlauf und die plötzliche Wandlung auf Grund der Behandlung. Als nämlich am 10. Mai — also nach sechs Wochen — mit Quecksilbersalbenreibung und gleichzeitig Jodkalium 3 g pro die begonnen wurde, da klang auf einmal nach fünf Tagen die wochenlang hohe Temperatur ab, und unter rasch zunehmender Besserung des Allgemeinbefindens trat eine fortschreitende Abnahme der Leberschwellung ein.

Da hier per exclusionem einzig und allein die Diagnose Lues noch festgehalten werden konnte, so war dieser Fall ein Argument für die luetische Natur der strittigen Leberaffektion.

*Arthur Bahn-Collm (Sachsen).*

**Zwei Fälle von Gummabildung in der Leber,** von JOHANN MEYER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.)

*Frits Loeb-München.*

**Der Ikterus, ein Symptom sekundärer Syphilis,** von ARTHUR STEIN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)

*Frits Loeb-München.*

**Primärsyphilitid der Conjunctiva,** von W. J. FORSHAW-Kalgoonlie (Australien). (*Brit. med. Journ.* 14. Okt. 1905.) Eine Haushälterin, welche ihren an frischer Syphilis erkrankten Herrn gepflegt hatte, kam wegen einer seit 24 Stunden bestehenden Störung am Auge in Behandlung. Die Conjunctiva war ödematös geschwollen, schmerzte und sezernierte wässrige Flüssigkeit. In der Mitte zwischen Limbus und Fornix fand sich unterm oberen Lide auf der Conjunctiva bulbi ein 2 mm großer grauer, gangränartiger Fleck. Ulceration trat nicht ein, aber im Laufe der nächsten Tage nahm die Schwellung zu, und das obere Lid fühlte sich hart und steif an. Im Laufe eines Monats heilte die Stelle vollständig aus. Etwa in der dritten Woche waren Schwellungen der Lymphdrüsen vor dem Ohr, am Halse und am Unterkiefer zu konstatieren, und am Ende der sechsten Woche trat ein charakteristischer Ausschlag am ganzen Körper hervor.

*Philippi-Bad Salschlirf.*

**Die syphilitischen Erkrankungen der Augenlider nebst einem Beitrage,** von EDMUND INGELMANN. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Im Anschluß an die Besprechung der primären, sekundären und tertiären syphilitischen Symptome an den Augenlidern, der Conjunctiva und dem Tarsus berichtet Verfasser über einen Fall von ulcerierter Papel des rechten oberen Lides bei einer 21jährigen Frau.

*Frits Loeb-München.*

**Luetische Endaortitis mit Aneurysma der Brustorta,** von WILHELM DORMEYER. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

*Frits Loeb-München.*

**Aortenaneurysma und Syphilis (I),** von GUSTAV SPLEYDT. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.)

*Frits Loeb-München.*

**Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen,** von HANS ARNSPERGER. (Habilitationsschrift. Heidelberg 1903.) Die Aortenaneurysmen sind in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle auf entzündliche Prozesse in der Aortenwand zurückzuführen. Der luetischen Erkrankung der Gefäßwand muß ein ganz besonders breiter Raum in ihrer Ätiologie und Pathogenese eingeräumt werden.

*Frits Loeb-München.*

**Beitrag zum Studium der syphilitischen Arteritis der Extremitäten,** von DURANDAED. (*Thèse de Paris.* 1908.) Verfasser beschreibt einen selbst beobachteten Fall von syphilitischer Arteritis der Extremitäten und 16 Fälle aus der Literatur,



darauf Symptomatologie, Diagnose und Therapie. Das wertvollste an der Arbeit sind zwei vorzügliche Illustrationen mikroskopischer Präparate des eigenen Falles.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Beziehungen zwischen Syphilis und schwieriger Aortensklerose vom pathologisch-anatomischen Standpunkt,** von J. G. MÖNCKEBERG. (*Med. Klin.* 1906. Nr. 41.) Nach kurzer Beschreibung der Unterschiede zwischen der gewöhnlichen VIRCHOWSchen Endaortitis chronica diffusa und der schwierigen Sklerose in deren makroskopischem Aussehen, Lokalisation, Verlauf und hauptsächlich mikroskopischen Befunden, wendet sich Verfasser zu der Frage nach den Beziehungen zwischen schwieriger Aortensklerose und Syphilis, die noch keineswegs in allgemein anerkannter Weise beantwortet ist, und beschreibt eine Reihe von eigenen einschlägigen Fällen, die er an den pathologischen Instituten des Eppendorfer Krankenhauses und der SENCKENBERG'schen Stiftung gesammelt hat. Sein Material besteht aus 80 Fällen von makroskopisch mehr oder weniger ausgesprochen schwieriger Sklerose der Aorta. In elf Fällen war Syphilis entweder anamnestisch oder bei der Obduktion mit Sicherheit zu konstatieren. Die Fälle mit konstatiertem Lues unterscheiden sich ebensowenig makroskopisch wie mikroskopisch von den übrigen Fällen. Kein einziges Mal wurden Herde vorgefunden, die als wichtige Gummositäten bezeichnet werden könnten. In allen Fällen konnten nur Veränderungen nachgewiesen werden, welche CHLARI veranlaßten, den Prozeß als *Mesaortitis productiva* zu bezeichnen. Verfasser schließt sich in der Deutung mikroskopischer Befunde in der *Media* und *Adventitia* den Autoren an, die die hier sich abspielenden Prozesse für nicht spezifisch syphilitische erklären. Er stellt nicht in Abrede, daß die schwierige Sklerose das Anfangsstadium einer echten, makroskopisch diagnostizierbaren gummosen Aortitis darstellen kann, glaubt aber, daß die meisten Fälle sich durch die Annahme primärer Schädigungen der *Media* mit darauffolgender „banaler“ Entzündung, deren Produkte allmählich in Narbengewebe übergehen, wohl erklären lassen. Da das syphilitische Virus bei diesen primären Läsionen der *Media* zweifellos eine Rolle spielt, will Verfasser neben der wohl ziemlich seltenen, aus gummosen Prozessen hervorgegangenen syphilitischen schwierigen Sklerose eine *parasyphilitische* Form der Erkrankung aufstellen und dieser alle Fälle mit konstatiertem Syphilis oder anderen *parasyphilitischen* Affektionen zurechnen. Es bleiben dann noch mindestens 28% der Fälle, für die eine syphilitische Affektion nicht in Betracht gezogen werden kann, bei denen man daher auf andere ätiologische Momente fahnden muß. Von diesen Momenten hat ZIEGLER auf die Kokkeninfektion aufmerksam gemacht, und im Materiale des Verfassers finden sich zwei Fälle, die die ZIEGLER'sche Ansicht zu bestätigen scheinen. In beiden Fällen stand die Aortensklerose in direktem Zusammenhang mit den chronischen Klappenfehlern; da für die Aortenveränderung kein sonstiges ätiologisches Moment zu eruieren war und für die Klappenerkrankung nur die Kokkeninfektion als solches in Betracht kommen kann, kann man wohl annehmen, daß ein Übergreifen des infektiösen Prozesses von den Klappen auf die Aorta mit Ausgang in schwierige Sklerose stattgefunden hat.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Ein Fall von totaler einseitiger Thrombose der Vena renalis bei Lues congenita mit eigenartigen Veränderungen der funktionell überanstrengten anderen Niere,** von HEINRICH KATZ. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1903.) Bei einem fünfwöchentlichen, hereditär-syphilitischen Kinde mit allgemeiner Atrophie, mit Pemphigus der Haut, fettiger Degeneration von Herzfleisch und Leber, mit interstitieller Hepatitis, endlich mit Lungenhypostase fand sich eine nicht mehr frische „Thrombose der Vena renalis und ihrer Äste“ auf der einen (linken) Seite.

Die Venenwände zeigten keine Veränderungen, welche die Thrombose hätten erklären können.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Osteomyelitis der Säuglinge und ihre Beziehung zu der syphilitischen Pseudoparalyse, von JOSEPH RENAUD. (Thèse de Paris. 1903. Nr. 120.)** Syphilis begünstigt das Auftreten von Osteomyelitis.

*Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Osteomyelitis der langen Knochen, von PAUL PICARD. (Thèse de Nancy. 1904. Nr. 34.)** Die fleißige Arbeit zeigt, daß die spezifische Osteomyelitis hauptsächlich in schweren Fällen gefunden wird, bei solchen, die nicht erkannt und infolgedessen nicht oder solchen, die ungenügend behandelt wurden. Die Arbeit sei der Beachtung empfohlen.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Polyarteriitis nodosa, von RICHARD SCHREIBER. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1904.)** Veranlassung zur Arbeit war der Fall eines zur Obduktion gekommenen 44jährigen Mannes, der 14 Tage vor dem Exitus wegen Ulcera cruris luetica im Krankenhaus Aufnahme gefunden hatte und bei dem drei Tage ante exitum am ganzen rechten Arm kleinfleckige, zum Teil konfluierende Purpura haemorrhagica aufgetreten war. Verfasser stellte aus der Literatur 17 einschlägige Fälle zusammen, die er in Tabellen übersichtlich zusammenfaßt. Was das Alter betrifft, so waren von den Erkrankten:

2	im Alter bis 10 Jahren,
1	„ „ von 11—20 Jahren,
6	„ „ „ 21—30 „
5	„ „ „ 31—40 „
2	„ „ „ 40—50 „
1	„ „ „ 51—60 „

Von diesen Patienten waren zwölf männlichen, vier weiblichen Geschlechtes. Einmal fehlt Angabe. Die Krankheitsdauer schwankt zwischen elf Tagen und sechs Monaten.

Genau so wie die Autoren über den primären Sitz der Erkrankung bezüglich der einzelnen Gefäßschichten differieren, besteht auch eine Uneinigkeit über die Ätiologie des ganzen Prozesses. Ein Teil der Autoren (KUSSMAUL, MAIER, CHWOSTEK, WEICHELBAUM, GRAF, MÜLLER) ist geneigt, die Periarteriitis nodosa jener Periarteriitis der Hirnarterien an die Seite zu stellen, deren luetisch gummöse Natur besonders durch v. BAUMGARTEN bewiesen ist. Sie sehen das syphilitische Virus auch als Ursache der multiplen Periarteriitis nodosa der verschiedenen Organe an. Andere halten die Periarteriitis nodosa für die anatomische Äußerung eines besonderen Infektionsprozesses unbekannter Natur (ROSENBLATH, FREUND, VESEPREMI, JANCOS) oder vermuten, daß noch unaufgedeckte Toxine eine primäre Schädigung der Gefäßwände zustande bringen (FLETSCHER, v. KAHLDEN). In seinem Fall hält Verfasser Endarteriitis obliterans und Polyarteriitis nodosa für getrennte Prozesse. Für erstere kommt die Lues als ätiologischer Faktor in Betracht; die Untersuchungen bezüglich der zweiten lassen, wie alle bisherigen Untersuchungen, die Frage nach dem erzeugenden Moment offen.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die latente Nervensyphilis und die nervösen Stigmata der Syphilis, von CHARLES MANTOUX. (Thèse de Paris. 1904. Nr. 345.)** Eine gute Arbeit, die sich zu kurzem Referat nicht eignet.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von peripherer Nervensyphilis, von JULIUS GRINKER-Chicago. (Amer. Med. Assoc. Journ. 15. Juli 1905.)** Bei einem Manne mit positiven Zeichen von Syphilis, aber ohne Symptome von seiten des zentralen Nervensystems, fand sich eine rechtsseitige Trigemino neuralgie, rechtsseitige periphere Neuritis des Facialis, Neuritis des linken Ischiadicus und der linken vorderen Cruralnerven. Wiewohl anti-

syphilitische Behandlung erfolglos blieb, kann doch kein Zweifel daran bestehen, daß ein so unregelmäßiges Krankheitsbild nur durch die Syphilis bedingt sein kann.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über den diagnostischen Wert der Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis bei syphilitischer Hemiplegie,** von PAUL VALETTE. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 224.) Die genauen Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis, die in den letzten Jahren bei den verschiedenen Manifestationen der Lues angestellt wurden, haben einen neuen diagnostischen Faktor kennen gelernt, der, besonders bei spezifischer Hemiplegie, wenn auch nicht als absolutes pathognomonisches Symptom, so doch durch seine Kombination mit anderen klinischen Erscheinungen der syphilitischen Hemiplegie als ein wichtiger diagnostischer Faktor bei der Beurteilung des spezifischen oder nicht spezifischen Charakters der Hemiplegie gelten kann.

Bei sekundärer Lues tritt eine Lymphocytose mit Beginn der meningitischen Reizung auf. Bei tertiärer Lues ist sie fast stets in einer mit dem Grade der Läsionen des Nervensystems variierenden Intensität vorhanden. Gewöhnlich findet man bei nichtsyphilitischer Hemiplegie im Liquor cerebrospinalis keine Formelemente. Sind solche vorhanden, so ist der Verdacht auf luetische Infektion sehr begründet. Meist ist ja die Erkennung der Natur der Hemiplegie klinisch nicht schwierig; es kommen aber Fälle vor, wo dies doch der Fall ist. Hier hat die Untersuchung des Liquor resp. der Befund von Formelementen in demselben einen großen differentialdiagnostischen Wert. Formelemente in größerer Quantität sprechen für syphilitische Hemiplegie.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von syphilitischer Erkrankung in der Schädelhöhle,** von T. BUZZARD-London. (*Lancet.* 12. Aug. 1905.) Ein 29jähriger Soldat, welcher vier Jahre zuvor wegen Syphilis eine dreiwöchige Hg-Behandlung durchgemacht hatte, wurde wegen Lähmung des linken Armes und Taubheit desselben sowie halbseitiger Gesichtslähmung, leichter Beeinträchtigung des Gehörvermögens und krampfhafter Attacken von Weinen und Lachen im Krankenhaus aufgenommen. Es wurde ein Tumor des rechten Lobus sphenotemporalis diagnostiziert, als aber Stupor, Erbrechen, Pulsverlangsamung auf 88 und unregelmäßiges Atmen eintraten, wurde mit Hg-Einreibungen (zweimal täglich 4,0 Ungt. Hydrarg. cin.), Jodkalium in großen Dosen und Kalomel behandelt. Nach allmählicher Besserung konnte Patient am Ende von vier Wochen als geheilt entlassen werden. Es bestand nur eine deutliche Herabsetzung der Knie-reflexe und etwas Schwerhörigkeit auf der linken Seite.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Beitrag zur Kenntnis der Hirnsyphilis,** von J. NEUMANN. (*Wien. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 15—16.) Verfasser berichtet kurz über die Literatur der letzten Jahre und bringt darauf eine Übersicht über die Fälle von Gehirnsyphilis, die in den Jahren 1880—1900 im pathologisch-anatomischen Institut zu Wien (Hofrat WEIGERSBAUM) zur Sektion gekommen sind. In diesem langen Zeitraume kam die unglaublich geringe Zahl von 29 Fällen von Gehirnluess zur Autopsie. (Von diesen 29 Fällen scheint bei dreien der Zusammenhang mit Lues fraglich. Es handelt sich um Fall 3 (Apoplexie des Linsenkerns mit Durchbruch in den Ventrikel bei einem 77jährigen Manne), um Fall 18 (Endarteriitis mit Erweichungsherden im Hinterhauptslappen und dem Pons bei einem 74jährigen Manne) und Fall 15 (Endarteriitis mit Hämorrhagie im Pons bei einer 64jährigen Frau). Bei diesen drei Fällen bringt die anatomische Diagnose nichts, was den Verdacht auf Lues erwecken könnte. Auch der Fall 25: Encephalomalacie infolge von Verschluss der Carotis interna durch luetische Endarteriitis bei einem 53jährigen Diabetiker ist nicht ganz einwandfrei. D. Ref.) Die Lokalisation der syphilitischen Affektion fand sich je fünfmal in den Hirnhäuten und

im Stirnlappen, je zweimal im Temporal-, Occipital- und Parietallappen, im Corpus striatum und Pedunculus dexter, je dreimal im Thalamus opticus und Nucleus lentiformis, sechsmal im Pons.

Die obigen Sektionsbefunde ergaben:

1. Die im Gehirn und seinen Häuten durch Syphilis gesetzten Veränderungen sind denjenigen an anderen Organen kongruent.

2. Die irritativen Prozesse prävalieren und betreffen vorzugsweise die Blutgefäße.

3. Primäre irritative Prozesse der Nervensubstanz (Encephalitis und Meningitis) ohne Gefäßerkrankung sind selten.

4. Die einfache syphilitische Endarteriitis (im Gegensatz zur gummösen) ist eine Erscheinung der Frühluës.

5. Die durch syphilitische Endarteriitis der Gehirngefäße hervorgerufenen Veränderungen zeigen keine Abweichungen gegenüber denen, die durch nichtspezifische Endarteriitis geschaffen werden.

6. Die gummöse Form der Hirnluës befällt besonders die Hirnsubstanz und seine Hüllen.

7. Die gummöse Form ist eine Erscheinung der Spätluës, kann aber auch frühzeitig, sogar mit dem Exanthem der Frühperiode zur Entwicklung kommen.

Diese geringe Zahl von Hirnluës bei Autopsien findet dadurch ihre Erklärung, daß bei einer großen Zahl von Patienten die Diagnose Hirnluës in vivo gestellt und durch spezifische Behandlung geheilt werden konnte, bei einem Falle allerdings erst nach sehnjähriger energischer Behandlung. Verfasser rät, in solchen Fällen von Hirnluës, wo die erste Kur nicht den gewünschten Erfolg hat, den Mut nicht zu verlieren und energisch intermittierend weiter zu behandeln. Die operative Behandlung hatte in allen angeführten Fällen nur den Erfolg, daß nach der Trepanation das quälendste Symptom, die Kopfschmerzen, beseitigt wurde. Therapeutisch bleiben Inunktionskuren mit innerlicher Darreichung von Jodpräparaten das souveränste Mittel. Statt der Injektion sind zu empfehlen Injektionen von 2% Hg bijodat. mit 4% Kalium jodat. in Wasser gelöst, oder eine 10%ige Hg-thymol-Paraffin. liq.-Emulsion. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Bemerkungen zur Pathologie der Hirnsyphilis: Schädelödem im Verlaufe von syphilitischen Hirnhauterkrankungen,** von PAUL BERNEHARDT-Dalldorf. (*Ärztl. Praxis.* 1904. Nr. 19.) Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen 24jährigen Mann, der sich mit Syphilis, wahrscheinlich primär, an der Tonsille infiziert hatte. Schon kurze Zeit nach der Ansteckung litt er an rasenden Kopfschmerzen, größter Erregbarkeit, Fieber und Neuritis nervi optici. Alle diese Erscheinungen gingen jedoch bald wieder zurück. Bei der Einlieferung in die Anstalt gab der Kranke an, daß er sich vor acht Wochen erkältet und eine Halsentzündung zugezogen habe, an welche anschließend heftige Kopfschmerzen sich eingestellt hätten. Dieselben hätten schnell zugenommen. In den letzten beiden Tagen ist der Kranke vor Kopfschmerz, besonders an Schläfen und Scheitel, ganz von Sinnen gewesen, hat den Fußboden mit einem Beil aufgerissen und sein Bett zerschlagen. Der erste Befund ergab vor allem ein Ödem der Scheitelbeingegend beiderseits und ein papulöses Exanthem der Kopfhaut. Trotz Darreichung von 3 g Jodkalium für den Tag und schmerzstillender Therapie nahm das teigige Ödem der rechten Kopfseite schnell zu, während die Kopfschmerzen langsam sich verminderten. Allmählich griff das Ödem auch auf die Lider über. Erst als Jodkalium in größeren Dosen gegeben wurde und vor allem eine Schmierkur eingeleitet worden war, ging das Ödem, und zwar schnell, zurück. Syphilitische Erkrankungen des zentralen Nervensystems kommen nach NAUNYN in etwa 25% der Fälle schon während der ersten zwei Jahre der Erkrankung vor. Ja selbst im ersten

halben Jahre und selbst vor Ausbruch der ersten Roseola sind spezifische Hirnsymptome beobachtet worden. Die anatomischen Grundlagen sind entweder Entzündungen der Gefäßwände, Gummen oder rein entzündliche Vorgänge mit fibröser, hyperplastischer Verdickung der Hirnhäute.  
*Hopf-Dresden.*

**Über die STOKES-ADAMSche Krankheit,** von FRANZ GUDOWITSCH. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Bei der Besprechung der pathologisch-anatomischen Grundlagen der STOKES-ADAMSchen Krankheit weist Verfasser darauf hin, daß luetische und tuberkulöse Neubildungen am Boden des vierten Ventrikels gefunden wurden. Liegt der Affektion nachweisbar Syphilis zugrunde, so ist die spezifische Therapie indiziert.  
*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von basaler Lues,** von ALFRED SAUPE. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)  
*Fritz Loeb-München.*

**Epilepsie syphilitischen Ursprungs,** von JOHN T. MOORE - Galveston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Juni 1905.) Bei einem Manne stellten sich, ohne daß eine ernstere Kopfverletzung vorausgegangen war, im Anfang der dreißiger Jahre epileptische Anfälle ein. Der Beginn in diesem Lebensalter legte den Verdacht auf syphilitischen Ursprung nahe, obwohl anamnestisch nichts darüber festzustellen war. Antisyphilitische Behandlung beseitigte die Anfälle.  
*A. Loewald-Kolmar.*

**Ein Fall von spinaler Lähmung infolge tertiärer Syphilis bei Behandlung desselben durch Jodpräparate,** von RAUCHMANN. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 38.) Ein Mann, der früher Syphilis gehabt und neun Inunktionskuren durchgemacht hatte, kam in des Verfassers Behandlung mit den Erscheinungen der Meningitis chronica syphilitica; er hatte ausstrahlende Schmerzen in der Wirbelsäule, und sein Zustand wurde schnell schlechter, Tremor, Lähmungen, Pupillenstarre, Dyspepsie, Blasenlähmung, Diabetes insipidus stellten sich ein, sämtliche Reflexe waren aufgehoben. Patient erhielt nun täglich ein Jodvollbad (15 g Jodi resubl. und 15 g Kal. jodati im Bade), wobei auch Elektrizität in Anwendung kam. Nach einstündiger Badedauer wurden im Bett noch die Wirbelsäule, die gelähmten Partien mit durch den Siegleaapparat gewonnenen heißen Jod. Ol. Pini-Dampf bis zur totalen Ermattung bestrichen. Auch wurde per os Jodkalium verabreicht. Nach 17tägiger Behandlung trat allseitige Besserung ein, sogar die Pupillenstarre schwand. Nach fünf Wochen waren bei fortgesetzter Behandlung weder motorische noch vasomotorische Störungen nachweisbar. Die Polyurie schwand erst nach Monaten. Rezidive zeigten sich nach einem Jahre noch nicht. Verfasser legt den Jodbädern den Hauptwert des Erfolges bei, die er mit Vorliebe auch bei allen Blasenleiden und Vesikalstörungen anwendet.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über Tabes dorsalis mit Hemiplegie; ein Beitrag zur Syphilis-Tabesfrage,** von ADOLF ROSENBERG. (Inaug.-Dissert. München 1902.)

**Familien-Rückenmarksdarre; Tabes dorsalis bei Ehemann, Gattin und Tochter,** von E. F. TREVELYAN - Leeds. (*Lancet.* 9. Sept. 1905.) Verfasser berichtet über den weiteren Verlauf dieser zum Teil von ihm bereits früher publizierten Beobachtung. Der Ehemann ist mit 58 Jahren gestorben; er hatte sich mit 22 Jahren verheiratet und mit 38 Jahren die ersten Anzeichen der Tabes dargeboten, nachdem er ein Jahr zuvor eine leichte Hemiplegie erlitten hatte. Die Frau, bei der Verheiratung 19 Jahre alt, bot schon im 29. Lebensjahre die Frühsymptome der Tabes dar, ist aber noch am Leben, und das Leiden scheint fast stationär geworden zu sein. Die älteste Tochter, jetzt 43 Jahre alt, zeigt sichere Symptome der Erkrankung, welche zuerst in ihrem 36. Lebensjahre einige damals noch unsichere Anfangssymptome hervorgerufen hat. Abgesehen von zwei Aborten und einer Todgeburt

waren Anhaltspunkte für Syphilis nicht festzustellen, doch war das Vorhandensein derselben (Patient war Seemann gewesen) nicht direkt unwahrscheinlich.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Das Wesen der Tabes**, von W. R. GOWERS-London. (*Brit. Med. Journ.* 8. Juli 1905.) Die pathognomonischen Symptome der Tabes, Herabsetzung der Kniereflexe und Koordinationstörungen der unteren Extremitäten, sind nicht unbedingt an eine Degeneration des Rückenmarks in seinen hinteren Strängen geknüpft. Die wesentlichen Veränderungen betreffen die zentripetalen Neurone, die sensorischen Nerven, welche wiederum in Beziehung zu den hinteren Ganglien stehen. Als ätiologisches Moment ist Syphilis ausschlaggebend. Gewisse andere Einflüsse, wie Überanstrengungen irgendwelcher Art, mögen dabei eine Rolle spielen, aber nach G. ist es unmöglich, die Tabes anders aufzufassen denn als eine Intoxikationswirkung des Syphilusvirus, analog den bei Diphtherie so wohlbekannten Paralyesen. Dafs die Störungen so spät nach der ersten Infektion auftreten, ist kein Gegenbeweis. Sieht man doch auch bei Arsenikvergiftungen die Wirkungen am Nervensystem erst viel später auftreten als die Magendarmstörungen. Andererseits ist der Umstand, dafs nicht sämtliche Tabiker anamnestisch Syphilisinfection aufweisen, auch nicht stichhaltig. Hat doch PEARCE bei einem Material von 58 Fällen von unzweifelhafter Spätsyphilis nur bei 45 (= 77,5 %) Angaben über das Überstehen der Primärsymptome erhalten. Die anderen Patienten leugneten entschieden irgendwelche Kenntnis einer Infektion oder sonstiger toxischer Erscheinungen.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Über die Häufigkeit der Koexistenz von Aortitis neben Tabes und Paralyse bei Syphilitikern**, von D. GUILLY. (*Thèse de Paris.* 1905.) Die im Verlaufe der Tabes häufig zu beobachtende Aortitis ist neben Myocarditis und Sklerose der Herzgefäße der Befund, dem man bei Ataxie am häufigsten begegnet. Aortitis wie Tabes können auf der Basis einer Lues zustande kommen; dabei kann die Aortitis akut, chronisch oder hereditär-luetisch sein. Der Effekt der spezifischen Behandlung verringert sich mit der Dauer der Erkrankung und ist ganz unerheblich bei der chronischen Aortitis. Im Verlaufe der allgemeinen Paralyse ist die Aortitis so häufig, dafs man sie fast in 20 % der Fälle antreffen kann. Besonders oft werden junge Individuen mit allgemeiner Paralyse davon betroffen.

*Fritz Loeb-München.*

**Tabes und Paralyse in Beziehung zur Quecksilberbehandlung der Syphilis**, von E. KUHN-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 88.) Es kam K. bei der vorliegenden Statistik hauptsächlich darauf an, die Tabes bzw. Paralyse in ihren Beziehungen zur Quecksilberbehandlung bei vorausgegangener Syphilis zu untersuchen. Da die meisten Kliniker heute der Ansicht zustimmen, dafs die Syphilis bei der Tabes und Paralyse in der Tat von der grössten ätiologischen Bedeutung ist, so bieten die zwei Tabellen KUHNs eine wichtige Aufklärung. Wenn auch hierüber schon manche Untersuchungen vorliegen, welche wie diejenigen HOMENS im Jahre 1897, ergaben, dafs die Behandlung der Lues in den Fällen von Tabes oft bzw. meist eine ungenügende war, so dürfte das Ergebnis der vorliegenden, von 43 Tabikern und 79 Paralytikern genommenen Anamnesen von Interesse sein, da sich aus ihnen ergibt, dafs von diesen zusammen 122 männliche und weiblichen Kranken, bei denen in 88 Fällen ganz sicher Syphilis, Schanker und Sekundärererscheinungen zu eruieren waren, nur drei mehr als höchstens zwei Quecksilberkuren durchgemacht hatten, nämlich in einem Falle drei, in einem anderen fünf Schmierkuren und in dem letzten Falle drei Schmierkuren und drei Spritzkuren.

„Schlagender kann“, wie K. hervorhebt, „die Notwendigkeit einer wirklich ausreichenden Quecksilberbehandlung der Syphilis als Prophylaxe der „metasyphilitischen“ Erkrankungen des Nervensystems nicht erwiesen werden; denn in den ebengenannten

drei Fällen hat streng genommen auch nur der letzte annähernd die an eine wirk-  
same Behandlung zu stellenden Forderungen bezüglich des Quecksilbergebrauches er-  
füllt, während 59 unter diesen 88 Syphilitikern höchstens eine, dazu oft unge-  
nügende und unsachgemäße, Kur und 15 überhaupt gar kein Quecksilber angewandt  
hatten.

Zu der Gruppe derer, welche gar kein Quecksilber gebraucht haben, würde  
zweifelloso auch noch die größte Anzahl der übrigen Tabiker und Paralytiker zu  
rechnen sein, welche vielleicht Syphilis durchgemacht, aber die Ansteckung nicht be-  
merkt, vergessen oder geleugnet haben.“

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Syphilitische Psychose oder progressive Paralyse?** von W. SEIFFER. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 33.) Klinische Besprechung eines in der Psychiatrischen Klinik der Charité vorgestellten Falles. Es handelt sich um einen 37jährigen Mann, der plötzlich unter den Erscheinungen einer akuten halluzinatorischen Verwirrtheit erkrankte, die nach wenigen Tagen geheilt wurde. Patient, kein Trinker, etwas erblich belastet, hat vor zehn Jahren einen auf Lues suspekten Schanker gehabt. Vor fünf Jahren war Patient schon einmal kurze Zeit geisteskrank, und in einer Universitätsklinik wurde damals der Verdacht auf beginnende progressive Paralyse ausgesprochen. Auf Grund differentialdiagnostischer Erwägungen werden vom Verfasser progressive Paralyse, Lues cerebri mit psychischen Störungen und syphilitische Psychose ohne anderweitige Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung ausgeschlossen und als richtige Diagnose das zufällige Auftreten einer einfachen Psychose bei einem früher Syphilitischen angenommen. In Anbetracht aber der jahrelang bestehenden Pupillenstarre sei eine nachfolgende Entwicklung einer progressiven Paralyse oder einer Tabes nicht ausgeschlossen. Patient bekommt eine antisymphilitische Kur, um die syphilitische Komponente seiner psychopathischen Prädisposition eventuell zu beseitigen und ihn vor weiterer Erkrankung zu schützen zu versuchen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über den Einfluss der Syphilisbehandlung schwangerer Frauen auf den Fötus,** von P. BOUCHER. (*Thèse de Paris.* 1904. S. 278.) Die Arbeit enthält nichts Berichtenswertes.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Ernährungstherapie bei Syphilis,** von JWAN BLOCH-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 18.) Während man früher bei der Behandlung der Syphilis eine Beschränkung der Nahrung, z. B. die SCHWOBRSche Kur, für zweckmäßig hielt, steht man mit Recht jetzt auf dem Standpunkte, daß, besonders bei den während der Kur abmagernden und geschwächten Individuen, eine kräftige Diät, vor allem eine Milchdiät, sehr am Platze ist. Vor allem empfiehlt sich, bei Vermeidung des Alkohols, eine Nachkur mit Sanatogen, von dem BLOCH wie auch viele andere vortreffliche Erfolge sah.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Die Präventivbehandlung der Syphilis,** von FELIX PINKUS-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 10.) Zwei Methoden wurden bisher angewandt, um dieses Ziel zu erreichen:

1. Die Behandlung mit Quecksilber in dieser frühen Periode, in welcher dem logischen Denken nach das Gift erst in geringer Menge vorhanden sein kann und man vermuten sollte, daß es von unseren Heilmitteln eher vernichtet werden könnte.

2. Die chirurgische Vernichtung des Infektionsherdes.

Eine allgemeine Quecksilberbehandlung im zweiten Inkubationsstadium vor dem Auftreten einer konstitutionellen Erscheinung sollte nur dann eingeleitet werden, wenn die Form des Geschwürs vollkommen typisch, durch Lymphstrang und indolente regionäre Drüenschwellung die Diagnose gestützt ist, und wenn der Sitz des Geschwürs eine sofortige Heilung wegen subjektiver Beschwerden oder

großer Zerstörungen (Orificium oder Anfangsteil der Urethra, unter einer entzündlichen Vorhautschwellung, Lippe) oder wegen der Gefahr für die Umgebung (extragenital, besonders an den Lippen und sonst am Gesicht, an der Zunge, an den Händen) erheischt. In allen anderen Fällen ist es dringend zu empfehlen, das Exanthem zur Sicherung der Diagnose zu erwarten. Da die Behandlung der Syphilis doch mehrere Jahre in Anspruch nimmt, darf ein Zuwarten von ein bis zwei Monaten nicht als Zeitversäumnis angesehen werden.

Zur Vernichtung des Primäraffektes hat **PIRKUS** zwar das Exzidieren und neuerdings das **HOLLÄNDERSCHE** Heißluftverfahren angewendet, und das letztere scheint namentlich beim Ulcus molle durch Kauterisierung eine schnelle und sichere Beseitigung des Virus herbeizuführen. Aber die Herausnahme des für Syphilis verdächtigen Geschwürs hat ihre zwei Seiten, die jeweilig wohl beachtet und in Erwägung gezogen werden. Nach seinen Erfahrungen und Anschauungen stellt **PIRKUS** zu diesen aktuellen Fragen folgende Forderungen auf:

1. Die Frühbehandlung der Syphilis vor Ausbruch der Drüenschwellung und des Exanthems ist zu verwerfen, weil es

- a) unbewiesen ist, daß durch sie das Virus völlig ausgerottet werden kann und sie als coupierende Methode wertlos ist,
- b) die frühzeitige Behandlung die sichere Diagnose zerstört.

In den Fällen, welche fernerhin frei bleiben von syphilitischen Ausbrüchen, hat es sich zuweilen gar nicht um einen Primäraffekt gehandelt, dessen Diagnose weder klinisch noch mikroskopisch mit völliger Sicherheit möglich ist. Der betreffende Kranke bleibt aber immer verdächtig. Wir verlieren die Handhabe für die Einleitung einer chronisch intermittierenden Behandlung, da unsere Diagnose nicht feststeht. Diese Behandlung kommt aber, wenn durch Drüenschwellung und Exanthem die Diagnose so klar geworden ist, daß auch der Kranke selbst sich von dem Vorhandensein seiner Syphilis überzeugt, immer noch zurecht.

2. Die lokale Beseitigung des Primäraffektes ist zu empfehlen, wenn noch keine Drüenschwellung vorhanden ist. Sie kann durch Exzision oder durch Kauterisation vorgenommen werden; letztere soll auch auf Ulcera mollica ausgedehnt werden, zumal diese in viel früherem Stadium nach der Ansteckung zur Beobachtung gelangen.

- a) Meistens wird die Syphilis durch diese Operation nicht zu vermeiden sein.
- b) Oft wird die Stärke der Erscheinungen offensichtlich gemildert. Zu beachten ist hierbei vor allem das nicht selten sehr verspätete Auftreten der ersten sicheren Symptome. Deshalb muß die Beobachtungszeit sehr lange (vielleicht bis über ein Jahr) ausgedehnt werden.
- c) Die Entscheidung, ob Luesgift zurückgeblieben ist, wird manchmal sehr schwer oder unmöglich sein; wo unsichere Allgemeinsymptome, aber keine sicheren Lueserscheinungen zeitweise vorhanden sind. Es scheint aber doch in einer gewissen, wenn auch vielleicht sehr geringen Zahl von Fällen gelungen zu sein, die Syphilis völlig auszurotten. *Arthur Rahn-Berlin.*

**Gibt es ein Abortivverfahren bei der Lues?** von **FRITZ FREICHTMAYER**. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.) *Fritz Loeb-München.*

**Ergänzende Bemerkungen zur Abortivbehandlung der Syphilis**, von **R. DUBOT**. (*Polichin. centrale*. Dezbr. 1904.) Verfasser kommt nochmals auf seine schon früher ausführlich beschriebene Abortivbehandlung der Syphilis zurück (vergl. *Ref. Monatsh.* Bd. 40, S. 143), deren Grundprinzip ist, sofort im Primärstadium, sobald die Diagnose gestellt ist, eine energische Quecksilberinjektionsbehandlung bis zur Grenze der Toleranz einzuleiten, um das Auftreten von Sekundärererscheinungen zu verhüten. Die Behandlung muß in Intervallen drei bis vier Jahre hindurch fort-



gesetzt werden. In der vorliegenden Arbeit begegnet Verfasser den Einwänden, die man seiner Methode gemacht hat, führt Einzelheiten (Verhaltensmaßregeln, Schutz gegen merkurielle Reizerscheinungen, Injektionstechnik) etwas näher aus und ersucht die Kollegen, nicht zu verurteilen, sondern nachzuprüfen. *A. Loewald-Kolmar.*

**Über die Behandlung der Syphilis**, von M. v. ZEISSL-Wien. (*Pharmakol. u. therap. Rundsch.* 1905. Nr. 16.) Z. stellt in diesem, im Kaiser Franz Josef-Ambulatorium gehaltenen Vortrage den Lehrsatz auf, daß solche Individuen, welche präventiv allgemein behandelt werden, relativ häufiger an schweren Formen der Syphilis erkranken als solche, bei denen die allgemeine Behandlung erst aufgenommen wird, wenn die Erscheinungen an der allgemeinen Bedeckung und den Schleimhäuten ihren Höhepunkt erreicht haben. Ferner tritt er warm für die Durchführung einer möglichst intensiven Behandlung der Allgemeinerscheinung sofort nach ihrem Auftreten ein; je ausgiebiger die erste Behandlung, um so sicherer ein günstiger Verlauf der Syphilis, um so seltener die Residive. Nur dann ist vor Eintritt der Allgemeinerscheinungen Hg zu geben, wenn während des Eruptionsstadiums starke Kopfschmerzen eintreten, und auch dann nur so lange, bis dieselben nachgelassen haben. Auch wenn die Rückbildung und Heilung der Sklerosen sich sehr lange verzögert, kann man Hg oder Jod (? Der Ref.) anwenden, bis die Heilung erfolgt ist, und muß dann mit der weiteren Hg-Medikation aussetzen, bis die Allgemeinerscheinungen eintreten. Die natürlichen Hg-Salze verwirft v. Z. wegen der Gefahr der Intoxikationserscheinungen, die in einzelnen Fällen sogar zum Exitus führten; dagegen ist er ein Freund der hochprozentigen Sublimatinjektionen nach LUKASIEWICZ. Bei gummösen Prozessen verwendet er neben Hg das Jodkalium in ausgiebigster Weise mit gutem Erfolge. Zur Mundpflege empfiehlt Verfasser  $\frac{1}{2}$  % Karbolwasser, 5 % Opiumtinktur und 25 % Tannin-Glycerin als Pinselung. *Putsler-Dansig.*

**Zur Syphilistherapie**, von PHILIPP KLEIN-Budapest. (*Ungar. med. Presse.* 1905. Nr. 7.) KLEIN empfiehlt als Ersatz für das Ungt. Hydrarg. ciner. Inunktionen mit Sublimat, ausgehend von der wissenschaftlichen Tatsache, daß das in dem Ungt. hydrarg. ciner. enthaltene Hg im Körper überall als Sublimat vorzufinden ist, niemals als Quecksilber selbst. Er verwendet deshalb folgende von ihm zusammengestellte Sublimatlösung, die genau wie graue Salbe auf dem Körper verrieben wird:

℞ Hydrarg. bichlor. corros.	3,0—(5,0—10,0)
Glycerini puri	20,0
Alcohol. absol.	80,0

S. äußerlich zu fünf Einreibungen.

Der Patient bekommt ein leeres 20 g-Fläschchen mit der Weisung, dasselbe mit der Lösung anzufüllen und die abgeteilte Menge dann auf dem Körper zu verreiben. Als Vorzüge vor dem Ungt. Hydrarg. ciner. preißt er außer der größeren Sauberkeit in der Applikation die leichtere Resorbierung und schnellere Wirkung. Höhere Dosen 5,0—10,0 sind deshalb mit einiger Vorsicht zu verwenden. Die ganze Kur umfaßt 5—6 Touren von je fünftägiger Dauer und je zweitägiger Pause dazwischen.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Radiotherapie und initiale Syphilis**, von QUADRONE und GRAMIGNA. (*Rif. med.* 1905. Nr. 33.) Die Anwendung der Radiotherapie auf den spezifischen Schank hatte zur Folge, daß nach den ersten Sitzungen die entzündlichen Erscheinungen an Intensität zunahmten: die Läsion wurde schmerzhaft und blutete leichter; dann nahmen diese Erscheinungen ziemlich rasch ab und die Vernarbung trat in drei Fällen nach 20 bis 25 Sitzungen ein, während sie in einem vierten nach der vierzigsten Sitzung noch nicht erfolgt war. Die Lymphdrüsen reagieren sehr heftig, heftiger als bei Tuberkulose, Pseudoleukämie usw., auf die Einwirkung der X-Strahlen; es tritt zuerst

eine Abnahme, sodann aber rasch eine bedeutende Zunahme des Drüsenvolumens ein, begleitet von heftigen entzündlichen Erscheinungen, die aber niemals bis zur Eiterung gelangten.

C. Müller-Genf.

**Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung,** von JUSTUS. (*Orvos Hetilap.* 1905. Nr. 6.) Um zu ermitteln, in welcher Weise das in den Organismen eingedrungene Quecksilber in demselben verteilt wird, welche Organe es aufnehmen, wie es sich in den Zellen verhält und ausgeschieden wird, wurden die Gewebe zweier durch Sublimatvergiftung gestorbener Frauen und experimentell vergifteter Tiere untersucht. Zum histochemischen Nachweis des Quecksilbers empfiehlt Verfasser folgende einfache Methode: In einer vierprozentigen Formalinlösung fixierte, dünne Gewebstücke werden tüchtig abgespült und kommen in eine Flasche, die mit einer frisch zubereiteten, saturierten und neutralen Lösung von Schwefelhydrogen in Wasser gefüllt wird. Die Flasche wird gut verkorkt und bei 70° C. eine Woche im Thermostat gehalten. Sobald sich Schwefel ausscheidet, muß die Lösung erneuert werden. Nach Ablauf dieser Zeit wird das Quecksilber gänzlich in Sulfid umgewandelt, und erscheint unter dem Mikroskop als grauer, gelblichbrauner bis schwarzer Niederschlag. Mit dieser Methode wurden in den Epithelien der Niere, im Dickdarm und Blinddarm, in den Drüsen, in den Epithelzellen der Haut, hauptsächlich im Stratum corneum, in der Leber größere Mengen Quecksilber nachgewiesen. In der Lunge, Bronchien, Dünndarm war der Niederschlag sehr gering. Die Leukozyten, die roten Blutkörperchen nehmen viel Quecksilber auf, sowie die glatten und quergestreiften Muskelfasern.

B. Kollarits-Budapest.

**Über die Behandlung der Syphilis mit Merkuröl-Injektionen,** von GABRIEL LABORIE. (*Thèse de Toulouse.* 1904. Nr. 546.) Das BLOMQUISTSche Merkuröl erklärt Verfasser in Übereinstimmung mit MAGNUS MOELLER für ein sehr brauchbares injektibles Quecksilberpräparat. Man kann sich des 90%igen Öles in verschiedenen Verdünnungsgraden bedienen. MAGNUS MOELLER hat es mit gleichen Quantitäten süßen Mandelöls angewandt. Verfasser gebraucht es in einer Verdünnung von 1:2. Die Wirkung war in allen Fällen eine günstige und schnelle. Das Öl wird ebenso gut lokal vertragen wie hohe Dosen grauen Öles. Verfasser spricht zum Schluss die Vermutung aus, daß das Merkuröl in hoher Konzentration vielleicht fähig sei, das Kalomel zu ersetzen.

Frits Loeb-München.

**Über die Behandlung der Syphilis mit 45% Oleum mercurioli,** von LENGEFELD. (*Wien. klin. ther. Wochenschr.* 1905. Nr. 24.) An der Hand mehrerer Krankengeschichten teilt Verfasser seine Erfahrungen mit, die er mit einem von BLOMQUIST-Stockholm hergestellten neuen Hg-Präparat gemacht hat. Er kommt zu dem Schluss, daß Injektionen mit diesem Mittel selbst in hohen Dosen, gewöhnlich aber 0,05—0,2 g gut vertragen werden und meist keine Beschwerden machen. Die Wirksamkeit ist wohl mit der des Hg sal. auf eine Stufe zu stellen, vom Kalomel wird es jedoch sicherlich übertroffen. Das Merkuröl ist da zu empfehlen, wo Hg sal. zu schmerzhaft ist und wo Ol. ciner. LANG nicht vertragen wird oder wo man dessen unangenehme Nebenerscheinungen vermeiden möchte.

Katsenellenbogen-Düsseldorf.

**Wöchentliche große Sublimatinjektionen als reguläre Syphilisbehandlung,** von RUDOLF KREFTING-Christiana. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) Verfasser empfiehlt die zuerst von LUCASIEWICZ angegebene Methode von wöchentlichen Sublimatinjektionen 10 g einer halbprozentigen Lösung mit 2% Kochsalz als ambulatorische Behandlung der Syphilis bei Männern in schweren und leichten Fällen, bei Frauen empfehlen sich kleinere Dosen.

Bernhard Schulze-Kiel.

**Über die angebliche Wirksamkeit des „Hämotosers“ bei der Behandlung der Syphilis,** von PERGOLA. (*Atti della R. Accademia dei Fisiocritici*. Bd. XVII.) Entgegen den Berichten über die geradezu wunderbare Wirkung dieses neuen unlöslichen Quecksilberpräparates, welches von MARCEAU eingeführt wurde, erklärt der Verfasser auf Grund einer Reihe von Versuchen, daß dasselbe zwar die unangenehmen Nebenwirkungen der anderen Quecksilberverbindungen nicht teilt, andererseits sich aber als vollständig wirkungslos gegen Lues erwiesen hat. *C. Müller-Genf.*

**KAPFESSER-Kuren bei Syphilis,** von GIELEN. (*Wien. klin.-ther. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) Gestützt auf die guten Erfahrungen, die man mit KAPFESSERschen Seifeneinreibungen bei tuberkulösen Erkrankungen gemacht hat, regt Verfasser die Anwendung derselben auch bei Syphilis an. Die Zeit vom Abklingen der ersten Sekundärerscheinungen bis zum Auftreten des ersten Rezidivs würde für diese Kur am geeignetsten sein. *Katzenellenbogen-Düsseldorf.*

**Das Decoctum ZITTMANNI,** von B. FREUND-Danzig. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 25.) Verfasser weist auf die neueren Arbeiten über das etwas in Vergessenheit geratene und doch oft recht wertvolle ZITTMANNsche Dekokt. Ebenso wie FINGER ist er der Ansicht, daß das darin hauptsächlich enthaltene Sassaparilla kein Antisyphilitikum, sondern ein kräftiges Mittel ist, um auf den ganzen Stoffwechsel in günstiger Weise zu wirken. Das Mittel hat sich bewährt bei folgenden Formen:

1. Nach vorausgegangener erfolgloser Quecksilber- und Jodkur; doch läßt Verfasser meist noch eine Quecksilberkur nachfolgen, die stets gut vertragen wird.
2. Bei gummösen Formen von Rachen-Mundschleimhaut und Darm.
3. Bei plethorischen Individuen mit Kongestionen der Leber.
4. Bei gummösen Erkrankungen der Knochen, die auf Quecksilber und Jodkalium träge reagieren.
5. Bei lustischen Erkrankungen des Cerebrum und der Menigen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über die Wirkung der Jodgelatine von SLAVO auf das Blut der Syphilitiker,** von PERGOLA. (*Riv. critica di Clin. med.* 1905. Nr. 20 u. 22.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist dieses Präparat, welches 2% Jod enthält, allen anderen Jodpräparaten vorzuziehen, wenn gegenüber dem Jodkalium Intoleranzerscheinungen auftreten. Es bleibt nun noch nachzuweisen übrig, ob die Wirkung dem Jod oder dem Vehikel zuzuschreiben ist. Es wird mit Vorteil subcutan injiziert. Der Hämoglobingehalt und die Anzahl der roten Blutkörperchen nimmt zu und bleibt dies noch einige Zeit nach dem Aufhören der Injektionen fortbestehen. Das Körpergewicht nimmt ebenfalls zu, und es kommt niemals zu Erscheinungen von Jodismus.

*C. Müller-Genf.*

**Neuer klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit der Jodgelatine von SLAVO,** von PERGOLA. (*Gazz. degli Ospedali e d. Cliniche.* 1905. Nr. 46.) Der Verfasser hat nachgewiesen, daß 48 Stunden nach einer Injektion dieses Präparates Jod im Urin nachweisbar ist. Noch drei bis vier Tage, nachdem die Behandlung eingestellt worden, ist die Reaktion deutlich vorhanden. Die günstige Wirkung auf den Stoffwechsel läßt sich erkennen an der Zunahme des Körpergewichtes und an den normalen Quantitäten von Harnstoff, dessen Menge bedeutend abgenommen hatte.

*C. Müller-Genf.*

**Beiträge zur Therapie der Syphilis,** von PAULA STERN-Titlis. (*Dische. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 33–35.) In ihrer der JADASSOWNSchen Dermatologischen Universitätsklinik zu Bern entstammenden Inaugural-Dissertation (Bern 1905) bringt STERN Beiträge

1. zur Exzision der Primäraffekte,
2. zu Temperatursteigerungen nach Quecksilbereinspritzungen, und

### 3. zur Quecksilber- und Jodtherapie der tertiären Syphilis.

Nachdem AUPPZ die Frage der Abortivbehandlung der Syphilis durch Zerstörung des Primäraffektes angeschnitten hatte, versuchte auch JADASSOHN in diesem Sinne die Exsision, und er publizierte bereits 1901 (*Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte*, S. 678—679) drei Fälle, wo ihm auf obige Weise die Coupierung der Syphilis gelungen zu sein schien. Diesmal veröffentlicht STERN noch zwei weitere Fälle, wo das Ausbleiben der Secundaria lange Zeit hindurch konstatiert worden ist, und andererseits die klinische und histologische Untersuchung keinen Zweifel an der Diagnose „syphilitischer Primäraffekt“ liefs.

Besüglich der Temperatursteigerungen nach Quecksilbereinspritzungen ist es auffallend, daß die ersten Injektionen so viel häufiger Temperatursteigerungen erregen, als die späteren Injektionen, und zweitens, daß bei den Kuren an frischer Lues Temperatursteigerungen häufiger sind, als bei späterer Lues. STERN berichtet über 70 Kuren, welche bei 67 verschiedenen Patienten vorgenommen worden waren. Von diesen wurden die allermeisten mit Injektionen der bekannten 10 %igen Suspension von Salicylquecksilber in Paraffinum liquidum behandelt. Eine kleine Anzahl von Einspritzungen wurden mit 10 %igem Kalomelolivenöl und 10 %igem Thymol-Quecksilber-Paraffinum liquidum gemacht; etwas mehr mit dem von MÖLLER und BLOWQUIST empfohlenen Merkurioöl. Die Dosis betrug bei Salicyl- und Thymol-Quecksilber meistens 1 ccm der 10 %igen Suspension; bei einer Anzahl von Patienten wurden zuerst Dosen von 0,025, 0,05 und 0,075 injiziert.

Von den 70 Patienten haben im ganzen 82, d. h. 45,7%, Temperatursteigerungen aufgewiesen, und zwar kommt, wie bemerkt, der Hauptprozentatz der Temperatursteigerungen auf die ersten Injektionen, ähnlich wie in den PETERSSENSchen Fällen.

Interessant war auch hier die Tatsache, daß Patienten, welche einer sogenannten Präventivbehandlung unterworfen wurden, d. h. vor dem Auftreten der ersten Allgemeinerscheinungen, zur Zeit, als nur ein Primäraffekt bestand, Hg-Injektionen bekamen, in wesentlich geringerem Maße mit Temperatursteigerungen reagierten, als solche Patienten, welche Primäraffekt und Roseola zugleich hatten.

Da über die Behandlung der tertiären Syphilis vielfach noch so widersprechende Ansichten existieren und da PICK das Jod für allein nicht ausreichend und v. DÜRING sogar das Jod als das allein richtige Mittel in der tertiären Periode ansieht im Gegensatz zum Hg, das schliesslich sogar bedenklich sein kann, so ist es interessant, die Ergebnisse der diesbezüglichen Prüfung aus den STERNschen Unterlagen zu entnehmen; diese lauten wie folgt: „Aus diesem Material geht mit unbedingter Sicherheit hervor, daß auch nie mit Hg vorbehandelte Syphilis im tertiären Stadium durch J zum mindesten in dem bei weitem überwiegenden Gros der Fälle prompt und weher beeinflusst wird“, aber andererseits gibt es auch Fälle, die durch Hg ebensogut und nicht nachweisbar langsamer beeinflusst werden, als durch Jod, und endlich auch Fälle, welche nicht auf JK, wohl aber auf Hg reagieren.

*Arthur Rahn-Cöllm (Sachsen).*

## Lokale Infektionskrankheiten.

### a. Oberhaut.

Zur Therapie des Ekzems, von E. von DÜRING-Kiel. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 18.) „Die Ekzematisation ist der Ausdruck der allerverschiedensten inneren und äußeren, häufig vereint wirkenden Schädlichkeiten, welche die Haut getroffen haben. Es ist deshalb unmöglich, nur auf die äußere Erscheinungsform hin bestimmte Heilanzeigen zu geben.“

Vor allen Dingen, betont auch D., ist es nötig, die Ursachen des Ekzems im einzelnen Falle zu erforschen. Einmal ist es ein äußerer Reiz, dann eine erworbene oder angeborene Hautanomalie oder es sind innere konstitutionelle angeborene oder erworbene nicht in der Haut selbst lagernde Ursachen vorhanden, die sich durch Ekzematisation der Haut äußern. Die französischen Dermatologen bezeichnen bei solchen Diathesen die Haut wohl als „émonctoire“, als Ableitungsorgan.

Liegen keine äußeren mechanischen, thermischen, chemischen und ähnliche Schädigungen vor, dann muß man vor allen Dingen an die Seborrhoe denken, wie UNNA als erster für den Zusammenhang des Ekzems mit der Seborrhoe eintrat. Eine fernere Grundlage ist das Stauungödem für Stauungdermatosen, ferner der variköse und schließlich der ichthyotische Zustand der Haut. Auch der Pruritus und die Prurigo ist oft die Ursache des Ekzems.

Wir kennen die Disposition der Diabetiker, der Nephritiker und vor allem auch der Skrophulösen zum Ekzem; ein Typus der chronischen und paroxysmenartig rezidivierenden Ekzeme sind die Kinder-Ekzeme. „Bei Kindern handelt es sich darum, die Verdauung zu regeln; bei Brustkindern ein zu viel, ein zu unregelmäßiges „launisches“ Anlegen der Kinder zu verhüten. Gerade Brustkinder sind nicht selten „überernährt“. Manchmal kann es bei Brustkindern nötig sein, die Amme zu wechseln; sind die Kinder etwas größer, über fünf Monate alt, und besonders, wenn dieses Alter im Herbst oder Winter fällt, so ist oft eine Heilung, ein Verschwinden der Hauterkrankung durch Entwöhnen zu erreichen. Bei Kindern, die künstlich ernährt werden, ist die Herkunft der Milch wichtig, unter Umständen die Bezugsquelle zu wechseln, die Zusammensetzung der Flasche (besonders ob Rohrzucker zugesetzt wird), die Temperatur, die Regelmäßigkeit in der Darreichung zu überwachen. Etwas größere Kinder erhalten häufig, auch in besseren Häusern, durch die Wärterinnen, heimlich Brot, Zucker, sie lutschen immer an irgend etwas — alle diese Dinge wollen überwacht sein und sind wichtig.“ Daneben kommen auch hier Kleider, Wäsche, Windeln, Wasser, Seifen, Puder, etwaige Salben und Fette vorsichtigerweise mit zur Prüfung.

Bei Nephritikern, Diabetikern und Leuten, die „gut leben“, ist die Regelung bzw. Vereinfachung und Einschränkung der Diät, bei nervösen Personen die Regulierung der Zeit und Gewohnheit und der Ruhe und des Schlafes am Platze.

Daneben spielt die lokale Therapie mit der präzisen Auswahl und Verwendung der altbewährten und neueren Arzneiformen eine Rolle, nur will gerade hier v. DÜRING auf die Peinlichkeit der Salben-, Pasten- usw. Herstellung seitens des Apothekers großes Gewicht gelegt sehen.

Schließlich will v. DÜRING die Scheu vor den Bädern und Wickelungen beseitigen. „Ich mache bei fast allen Arten von Ekzematisationen, mit Ausnahme der ganz akuten, die ich lieber als erysipelatoïde Dermatitis bezeichnen möchte, in ausgiebigster Weise von Bädern Gebrauch.“ Angebracht sind Zusätze, wie Kleie, Stärke, Kamillenblüten, Malvenblüten, Nufsblätter, Eichenrinden, später auch Alkalien. Auch Wickelungen und PRIBSKNITZ-Umschläge werden oft besser vertragen als man glaubt. Natürlich muß auch bei den Ekzematisationen das Hauptaugenmerk stets auf den ganzen Organismus des Kranken gerichtet sein. *Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

**Über die Behandlung der Ekzeme**, von O. LASSAR. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 27.) Klinischer Vortrag A. Loewald-Kolmar.

**Beitrag zum Studium des Ekzems beim Kinde**, von EUGÈNE CLÉNET. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 344.) In seiner Studie beschreibt Verfasser das Ekzem, seine Morphologie und seine verschiedenen im Kindesalter zu findenden Formen. Es folgt dann eine Besprechung der internen und besonders der externen Behandlungsmethoden,

der anzuwendenden Mittel und deren Indikationen. Zum Schluss werden die Gefahren des Ekzems im Kindesalter erörtert.

**Über das Ekzem der Säuglinge**, von BOIVIN. (*Thèse de Paris*-1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Ekzem**, von GARDINER. (*Mercks Archiv*. Juli 1905.) Resümee der neuen Literatur.

*A. Strauß-Barmen.*

**Ein Fall von Psoriasis diffusa**, von W. HEND und E. E. YOUNG. (*Lancet*. 27. Mai 1905.) Patientin, ein 18jähriges Mädchen, war ungefähr ein Jahr lang in ambulanter Behandlung wegen einer intensiven, fortschreitenden Psoriasis am Rumpfe und an den Extremitäten. Es trat rasch Besserung ein, als sie im Krankenhaus mit täglichen selbständigen Kleienbädern von 35° C. und nachfolgender Einreibung mit Salicylsalbe (10%iger) sowie mit innerlicher Darreichung von Thyreoidtabletten (zweimal täglich 0,12—0,3) und Arsenik nebst Kalium citricum behandelt wurde. Der Fall soll zur Demonstration des Wertes einer gründlichen Behandlung gegenüber der ungenügenden ambulanten dienen.

*Philippi-Bad Salzschißf.*

**Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt**, von DREUW-Altona, (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 10. Juni 1905.) Verfasser empfiehlt die Behandlung der Psoriasis mit einer zusammengesetzten Chrysarobinsalbe, deren ausgezeichnete Wirkung übrigens Referent zu bestätigen in der Lage ist.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Schwarze Haarzunge**, von FRITZ SCHNABEL. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.)

Die Ätiologie der schwarzen Haarzunge ist noch unklar. Dafs in den zahlreichen Fällen, wo schwarze Haarzungen auf lange dauernde Reizungen der Mundhöhle folgten, dies „Zufall“ gewesen sein soll, erscheint sehr zweifelhaft. Aus den Tabellen des Verfassers ist ersichtlich, wie häufig Raucher und vor allem Syphilitiker (Schmierkur) von der Affektion befallen wurden; diese Fälle und das häufige Auftreten der schwarzen Haarzunge bei Erkrankungen des Verdauungstrakts und bei Personen mit saurer Speichelreaktion lassen die chemische Untersuchung des Speichels in künftig zu beobachtenden Fällen sehr empfehlenswert erscheinen.

*Fritz Loeb-München.*

**Die schwarze Zunge**, von HENRI CHARPY. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 348.)

Nach einleitenden historischen Bemerkungen bespricht Verfasser die pathologische Anatomie, Ätiologie, die verschiedenen zur Klärung der Pathogenese aufgestellten Theorien, bringt sechs Krankengeschichten, eine Erörterung über die Natur der Schwarzfärbung und vervollständigt seine fleifsige Arbeit mit einem guten Literaturverzeichnis.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung der Histologie und Ätiologie**, von HEINRICH DILLMANN. (Inaug.-Dissert. Gießen 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Ein atypischer Fall von Ichthyosis congenita**, von LEO R. v. ZUMBUSCH-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Die unter dem Namen Ichthyosis congenita, foetalis, intrauterina oder als Keratosis diffusa intrauterina (LEBERT) beschriebene fötale Erkrankung der Haut ist eine sehr seltene Mißbildung, welche ausnahmslos schon während des intrauterinen Lebens sich bis zur vollen Höhe entwickelt.

Nach einer genauen Zusammenstellung, welche RIECKE 1900 in seiner Publikation gibt, sind in der Literatur bis dahin 52 Fälle dieser Krankheit verzeichnet, RIECKE zwei Fälle und ein 1902 durch VON NEUMANN publizierter Fall eingerechnet, insgesamt 55. Meist ist die ganze Oberfläche des tot oder lebend geborenen Foetus mit einem Hornpanzer bedeckt, und dieser ist durch zahlreiche Risse und Schrunden in unregelmäßige Felder geteilt.

Eine Abweichung hatte dieser Fall besonders dadurch aufzuweisen, dafs der Prozeß nicht universell war, sondern große Körperpartien freiließe. Aber auch dieser

Fall zeigte erst nach Wochen eine normale Haut an den von Schuppen freien Stellen; im übrigen waren auch hier folgende für die Ichthyosis congenita bemerkenswerte Charakteristika: Einerseits das klinische Bild, Hornbildung bei Fehlen von Entzündungserscheinungen, dabei speziell für Ichthyosis congenita charakteristisch, die Anordnung der Hornlamellen zu Schildern und Platten und die typischen Hemmungsbildungen wie an den Ohren, die bei Ichthyosis vulgaris niemals vorkommen; zweitens das Vorhandensein der Veränderung bei der Geburt. Selbst wenn man die einfachen und glaubwürdigen anamnestischen Angaben der Mutter in Zweifel ziehen wollte, genügt der Umstand, daß das 18 Monate alte Kind den Prozess in deutlicher Weise ausgebildet zur Schau trägt, zum Beweise, daß weder ein Naevus noch eine Ichthyosis vulgaris vorliegt.

Arthur Bahn-Berlin.

**Ichthyosis congenita**, von ERICH BÖHLER. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. B. 1902.)

Fritz Loeb-München.

Zur Identität der Parakeratosis variegata und der Dermatitis psoriasiformis nodularis usw., von CSILLAG. (*Orvosi Hetilap*. 1905. Nr. 13.) Die als Parakeratosis variegata (UNNA, SANTI, POLLITZER) und als Dermatitis psoriasiformis nodularis (JADASSOAN) benannten Krankheitsformen stimmen klinisch und histologisch überein. Der Krankheitsverlauf ist bei beiden ein chronischer, subjektive Symptome fehlen, ihre Tenazität der Behandlung gegenüber gleich groß, das Allgemeinbefinden wird nicht alteriert. Ein Unterschied ist nur darin zu finden, daß die Effloreszenzen bei der Dermatitis psoriasiformis nodularis selbst dann noch solitär bleiben, wenn sie in sehr großer Zahl nebeneinander vorkommen, während bei Parakeratosis variegata ein dichtes Netzwerk gebildet wird, daß bloß kleine Hautinseln intakt bleiben. Der beschriebene Fall stellt die Identität der genannten Krankheitsformen fest. Bei einer 65jährigen Frau waren beide Effloreszenzen gleichzeitig zu beobachten. Die Erkrankung trat unter dem Bilde der Dermatitis psoriasiformis nodularis auf, die Effloreszenzen, die anfangs solitär waren, zeigten sich bei einem Nachschub zu geraden und bogenförmigen Reihen angeordnet. Es entstand ein dichtes Netzwerk, das kleinere und größere Hautinseln einschloß. Die Keratosis variegata ist mit der Dermatitis psoriasiformis nodularis identisch und ist nur als eine gesteigerte, stärker ausgeprägte Form der letzteren aufzufassen, die nicht immer auftritt. B. Kollarits-Budapest.

**Pityriasis versicolor in einer Anstalt**, von H. J. NICHOLS - Washington. (*Amer. Journ. med. Scienc.* Aug. 1905.) Verfasser hat unter den 709 Insassen einer Irrenanstalt 42 Fälle (5,92%) von Pityriasis versicolor gefunden. Die Diagnose wurde durch Abkratzen der Schuppen und Untersuchung derselben in Liq. kal. caustic. und Glycerin erwiesen. Die Insassen stammten zum Teil aus dem Soldatenstande und der Marine. Bei den alten Soldaten war die Zahl der Erkrankungen an Pityriasis versicolor eher etwas höher als bei den aus dem Zivilstande stammenden Personen. Die Marine zeigte sich merkwürdig frei von der Affektion. Bemerkenswert ist, daß, wie Verfasser bestimmt konstatiert hat, vier Fälle während der Zeit seiner Beobachtungen infiziert wurden, trotzdem die Patienten wöchentlich gebadet und mit sterilisiertem Unterzeug versehen werden. Zur Behandlung erwies sich als das nützlichste die CROCKERSche Behandlung mit Natriumhyposulphit (4,0:60,0) mit nachheriger Applikation von Acidum tartaricum (2,0:60,0). *Philippi-Bad Salschürf*.

**Über die Behandlung der Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen**, von H. G. ADAMSON-LONDON. (*Lancet*. 24. Juni 1905.) Auf Grund seiner Beobachtungen bei Anwendung dieser (bekanntlich in erster Linie von SABOURAUD geübten) Methode an 40 Fällen empfiehlt A. dieselbe aufs wärmste. Heilung des Leidens ist nur durch Entfernung der befallenen Haare möglich, aber andererseits ist nach Elimination des erkrankten Haarschaftes eine weitere bakterizide Behandlung unnötig, da damit zu-

gleich dem Pilze die Existenzmöglichkeit genommen ist. Bei Verwendung der von S. angegebenen Pastillen zur Kontrollierung der Intensität der Bestrahlung gelingt es mit größter Präzision, einen gründlichen Haarausfall ohne sonstige Nebeneffekte zu erzielen. Derselbe tritt mit großer Regelmäßigkeit im Verlaufe der dritten Woche nach der (einmaligen) Bestrahlung ein, und ein Wiederwachsen beginnt sechs Wochen nach der Beendigung des Defluviums. Während der Enthaarungsperiode schützt man die gesunde Haare durch eine milde antibakterielle Salbe, denn die Pilze büßen durch die Bestrahlung ihre Infektiosität nicht ein. A. verwendet dafür das Hydrargyrum ammoniatum. Um die zum Schutze der gesunden Teile nötigen Bleistücke während der Bestrahlung am Kopfe zu befestigen, hat er ein handliches Gestell aus feinem Draht konstruiert. Weitere technische Einzelheiten sind ausführlich beschrieben.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Die Behandlung von Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen,** von T. M. H. MACLEOD-London. (*Brit. med. Journ.* 1. Juli 1905.) Während der letzten sechs Monate hat Verfasser diese Methode bei etwa 60 Kindern angewandt, und er bestätigt die von den anderen Autoren gemachten Angaben. Seine Fälle betrafen alle die kleinsporige Art. Nachteile hat er nicht zu beklagen gehabt, jedoch hebt er hervor, daß man einen vollen Erfolg nicht erwarten darf, ehe man die etwas diffizile Technik vollkommen beherrscht. Dieselbe wird ziemlich gründlich besprochen. Im allgemeinen hält sich M. getreulich an die SABOURAUDSchen Vorschriften mit nur unbedeutenden Abweichungen.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Die Behandlung der Trichophytia capitis,** von E. H. FREELAND-London. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1905.) Verfasser glaubt, daß bei sehr vielen Fällen dieses Leidens eine gar zu energische Behandlung mit antiseptischen Mitteln die Schuld an den Mißerfolgen trage. Ferner sei es sehr nötig, das Allgemeinbefinden zu bessern. Er hat gefunden, daß bei konsequenter Behandlung mit milden bakteriziden Mitteln und Kräftigung des Körpers im ganzen es gelingt, jeden Fall im Laufe von drei Wochen bis drei Monaten zur Heilung zu bringen.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Weitere Bemerkungen zur Behandlung der Trichophytia capitis mittels Röntgenstrahlen,** von J. M. H. MACLEOD-London. (*Brit. med. Journ.* 16. Sept. 1905.) Unter Beifügung einer detaillierten Abbildung bespricht Verfasser die verschiedenen Einzelheiten in der Technik der Röntgenbestrahlung bei Trichophytie der Kopfhaut. An einem speziell dazu konstruierten Gestell hat er die CROOKSSche Röhre, Radiometer, Milliampèremeter, Behälter für SABOURAUDSche Pastillen von Platin-Barium-Cyanid, Schirme usw. angebracht. Verfasser betont nochmals die Notwendigkeit, die betreffende Stelle der Kopfschwarte in einer einzigen Sitzung genügend, aber auch nicht zu intensiv zu bestrahlen. Mit den verschiedenen hier vereinigten Hilfsmitteln dürfte dies mit einiger Zuverlässigkeit gelingen.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Behandlung der Trichophytie,** von J. L. BUNCH. (*Arch. of the Roentgen Ray and Allied Phenomena.* Juli 1905.) Verfasser beschreibt die Einwirkung der Röntgenstrahlen bei Herpes tonsurans und gibt in kurzen Zügen ein genaues Bild der Behandlung.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Die Behandlung der Scheerflechte mit X-Strahlen,** von R. SABOURAUD und H. NOIRÉ. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 104.) Als Ergebnis ihrer Erfahrungen geben die beiden Verfasser folgendes an: Seitdem man die Teignes tondantes im Hospital St. Louis mit Röntgenstrahlen zu behandeln begonnen hat, ist die Zahl der ohne Spitalbehandlung Geheilten gewachsen und infolgedessen die Zahl derartiger Patienten in dem Hospital selbst gesunken. Die Spitalkranken bedürfen ferner zur Heilung kürzerer Zeit wie früher. Ein Teil der früher für derartige Kranke erforderlichen Räume ist nunmehr für andere Zwecke freigegeben und ebenso hat sich die Ein-



ziehung der Provinzkolonien kranker Pariser Kinder ermöglichen lassen. Während man früher zur Heilung des hartnäckigen Kopfhhaarleidens zwei Jahre gebrauchte, bedarf man jetzt nur noch drei Monate. Während früher jeder solcher kleine Kranke täglich der Krankenpflegebehörde 2 Franken 80 Centimes kostete, hat diese bei der nunmehr möglichen poliklinischen Behandlung nur noch die geringen Kosten der Röntgenbestrahlungen zu tragen. Die Laillerschule des Hospitals St. Louis hatte bis 1903 durchschnittlich 300 Schüler, von denen jährlich 110 als geheilt zur Entlassung kamen. Vom 1. Januar bis 31. Dezember 1903 gab es in der Schule 104 Heilungen, vom 1. Januar bis 15. Dezember 1904 dagegen 327 Heilungen. Für Heilung eines Kindes waren früher insgesamt 2000 Franken erforderlich, jetzt sind es nur noch 260 Franken.

*Hopf-Dresden.*

## Verschiedenes.

**Warum soll Röntgenologie nur vom Arzte ausgeübt werden?** von W. LEHMANN - San Francisco. (*California State Journ. of Med.* Juni 1905.) In erster Linie kommen hier die Veränderungen in Betracht, welche die Röhre und deren Vakuum zuweilen in wenigen Minuten erleiden können; dabei ist es notwendig, nicht nur diese veränderten Bedingungen selbst, sondern auch deren Einfluss auf den Patienten zu beurteilen und genau abzuschätzen. Bekannt ist auch, dass die Resultate sehr verschiedene je nach dem angewandten Apparat, nach der Zahl der Unterbrechungen, nach den Beziehungen zwischen primärem Strom und sekundärer Entladung sind. Ein weiterer, sehr wichtiger Punkt ist die Spätreaktion nach Röntgen-, sogar sehr erfolgreicher Behandlung, die zuweilen nach einem oder zwei Jahren erst auftreten kann und in Atrophie der Haut, mehr oder weniger oberflächlichen Teleangiectasien usw. besteht. Die Expositionszeit, die Stromstärke (Qualität der Behandlung) bedürfen nicht nur eine genaue Diagnose, insoweit als beinahe jede mit Röntgenstrahlen heilbare Affektion ihre eigenen Indikationen und Gesetze hat, sondern eine stets wechselnde individuelle Behandlung. All die Schwierigkeiten, welche die Röntgendiagnose oft den erfahrensten und in der Technik ausgebildetsten Ärzten begegnen, seien hier nur angedeutet, die Fehlerquellen sind hier sehr große und sicher kann das Erfordernis einer guten Technik in der Röntgenologie nicht von eingehender Kenntnis in Anatomie und Physiologie, wie sie nur ein erfahrener Arzt besitzt, getrennt werden.

*Stern-München.*

**Berichtigung.** In Nr. 11 der *Monatshefte* referiert Kollege STRAUSS-Barmen meine Arbeit: **Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 41. Festnummer für Salkowski.) Es ist sowohl in der Originalarbeit wie im Referat der Salicylgehalt des Pyrenol mit 0,4% angegeben. In einer Druckfehlerberichtigung habe ich in der *Berl. klin. Wochenschr.* angegeben, dass der Salicylgehalt 40% und nicht 0,4% beträgt. Ich erlaube mir bei dieser Gelegenheit darauf hinzuweisen, dass die in jener Arbeit niedergelegten Erfahrungen (aus dem Augusta-Hospital in Berlin) zahlreiche Nachprüfungen und Bestätigungen gefunden haben.

*Fritz Loeb-München.*

## Ein Beitrag zur BAZINSchen Hydroa vacciniformis s. HUTCHINSONschen Summerprurigo oder Sommereruption.

Von

Dr. ARTH. JORDAN,  
ordin. Arzt am Mjassnitzkihospital,  
konsult. Arzt am I. Stadthospital zu Moskau.

So wohltuend im allgemeinen die Sonnenstrahlen von einem jeden empfunden werden, können sie unter Umständen nicht nur dem Organismus zu viel werden, sondern auch direkt schädigend auf die Haut einwirken. Wenn auch die Bräunung der Haut zur Sommerzeit von den meisten unbeachtet gelassen wird, weil sie als ein Zeichen des Wohlbefindens gilt, veranlaßt die durch die Sonnenstrahlen bedingte Schuppung der Haut, den einen oder anderen schon ärztliche Hilfe anzurufen. Notwendig wird dieselbe bei den schwereren Schädigungen der Haut, wie dem Erythema solare, dem Sonnenstich und einer weiteren, weniger bekannten Hautkrankheit, welche zuerst von BAZIN als Hydroa vacciniformis und später von HUTCHINSON als Summerprurigo beschrieben worden ist. Sie wird charakterisiert durch das Auftreten kleiner Knötchen auf den unbedeckten Körperteilen, wie Nase, Wangen, Ohren und Hände, zur Frühlings- oder Sommerzeit. Die Knötchen wandeln sich alsbald in Bläschen um, die an Varicellen erinnern. Die Bläschen platzen, trocknen zu Krusten ein und verheilen allmählich unter Narbenbildung, werden aber immer wieder von neuen Nachschüben im Sommer gefolgt. Im Herbst erlischt die Krankheit spontan, um im nächsten Frühling wiederzukehren. Das kann sich eine Reihe von Jahren hintereinander wiederholen und deutet auf eine direkte Abhängigkeit von den Sonnenstrahlen hin, wie das auch BAZIN (1) und HUTCHINSON (2) bereits annahmen. Bestätigung fanden diese Beobachtungen durch JAMIESON (3), HANDFORD (4), BERLINER (5), BURI (6), BROES VAN DORT (7), MACKENZIE (8) 7 Fälle, BOECK (9) 4 Fälle, GRANIER (10), GONZALES TANAGO (11), BROCC (12), BOWEN (13), GASTON (14) 2 Fälle, FOX (15) 3 Fälle, MOREIRA (16) 2 Fälle, GRAHAM (17) 2 Fälle, MIBELLI (18), EDDOWES (19), ANDERSON (20),

WHITE (21) 4 Fälle, LEDERMANN (22), SAALFELD (23), CARANGON (24), CROCKER (25) 14 Fälle, DUBREUILH (26) 3 Fälle, MALINOWSKY (27), FERMI (28) u. a. Alle diese vielen Autoren führen als Hauptmerkmale der Krankheit folgende Symptome an: 1. Die Bläschenbildung zu Beginn der wärmeren Jahreszeit, 2. die häufigen Rezidive im Sommer, 3. die Heilung der Bläschen unter Narbenbildung, 4. das Auftreten der Krankheit im jugendlichen Alter und 5. das Fehlen der Heredität. Dementsprechend gilt als Ausnahme der Fall von ANDERSON (20), wo in einer Familie zwei Brüder erkrankten. Ebenso sind als Ausnahmen die seltenen Fälle von Bläschen-eruptionen zur Winterzeit aufzufassen, wie sie zuerst von CORLETT (29) beschrieben und später von CROCKER (25) und anderen bestätigt worden sind. Sie werden als *Dermatitis hiemalis* bezeichnet.

Mikroskopische Untersuchungen über die *Hydroa vacciniformis* rühren von BOWEN, MIBELLI und MALINOWSKY her. Während BOWEN zuerst (13) von einer Entzündung in der Epidermis und im Corium spricht, ergaben seine späteren Untersuchungen (30) eine Nekrose der Faserschicht nach dem primären Vorgang der Bläschenbildung. MIBELLI (18) fand eine sehr schwere leuko-serofibrinöse Entzündung der ganzen Hautdicke, die zur Bildung eines Bläschens im Innern der Stachelschicht führt, und zwar durch einfache Verdrängung ohne vorhergehende Degeneration der Zellen. MALINOWSKY (27) endlich konstatierte eine Nekrose der Oberhaut, welche dem Entzündungsprozess vorausgeht. Von WHITE (21) wurden Blutuntersuchungen angestellt, welche eine Zunahme der eosinophilen Zellen ergaben, was aber auch bei verschiedenen anderen Hautkrankheiten gefunden worden ist.

So nahm das Krankheitsbild allmählich eine feststehende Form an, und nur hinsichtlich des Namens wurden immer wieder neue Vorschläge gemacht. UNNA (30) nennt es *Hydroa puerorum*, BERLINER *Eruptio aestivalis*, MACKENZIE *Hydroa juvenum*, FOX *Hydroa aestivalis*, ROSENTHAL (31) *Hydroa varioliformis* usw. Im allgemeinen ist aber das Interesse für diese Krankheit in den letzten Jahren mehr und mehr geschwunden, weil andere Fragen der Dermatologie auf der Tagesordnung standen.

Einige Fälle dieser Krankheit habe auch ich im Laufe der Jahre gesehen, und da sie nicht völlig mit dem beschriebenen klinischen Bilde übereinstimmten, riefen sie Zweifel in mir wach, ob ich das Recht hätte, sie hierher zu zählen, und veranlassten mich, dieser Frage näher nach zu gehen. Lassen wir dieselben für sich selbst sprechen.

Fall I. Im Juni des Jahres 1901 wandte sich eine 60jährige Frau an mich mit einem stark juckenden Ausschlag, der angeblich zum ersten Male in ihrem Leben aufgetreten sei und ungefähr im April begonnen habe. Es handelte sich um stecknadelkopf- bis linsengroße, wasserhelle, juckende Bläschen auf beiden Handrücken und Handflächen bei einer

Frau, die im Winter vorher an starken Blutungen gelitten hatte, deswegen ausgekratzt worden war und sich noch etwas angegriffen und nervös fühlte. Ich ordinierte: die LASSARSche Paste. Erst im Mai des folgenden Jahres sah ich die Dame wieder, als sie mich eines ebensolchen Ausschlages wegen aufsuchte. Ihrer Angabe gemäß hatte die von mir verordnete Salbe das Jucken zwar erleichtert, aber den Ausschlag zunächst nicht zum Schwinden gebracht. Im Herbst war derselbe endlich geschwunden, um den ganzen Winter über nicht wiederzukehren. Mit dem beginnenden Frühling hatte sich derselbe wieder eingestellt. Wie im Jahre vorher handelte es sich auch jetzt um kleine Bläschen an den früher affizierten Stellen. Narben waren nirgends zu sehen. Die Patientin begnügte sich auch dieses Mal mit einem Besuch bei mir, und erst in diesem Jahre hatte ich Gelegenheit, die Dame wiederzusehen, wobei sie mir mitteilte, daß der Ausschlag damals sehr allmählich geschwunden war und nicht mehr wiedergekehrt sei.

Fall II. Gleichfalls im Jahre 1901 wurde ich am 20. Juli zu einer 57jährigen Dame gebeten, die an einem stark juckenden Ausschlag erkrankt war. Ihrer Angabe gemäß hatte sie bisher nicht an Ausschlägen gelitten und sich im allgemeinen einer guten Gesundheit erfreut. Vor einigen Monaten war sie durch den plötzlichen Tod ihres Mannes sehr erschüttert worden und behauptete, seitdem sehr nervös zu sein und an Schlaflosigkeit zu leiden. Anfang Juli hatte sich bald nach einer Fahrt auf den Friedhof der Ausschlag eingestellt, den sie in Zusammenhang brachte mit einer kleinen Verletzung des Fingers, welche sie sich beim Aufhängen eines Kranzes zugezogen hatte.

Status praesens am 20. Juli: Die anämische und nervöse Frau zeigte auf beiden Handrücken wie den Seitenpartien der Finger wasserhelle, kleine Bläschen, welche teilweise zerkratzt sind. Ordination: LASSARSche Paste.

23. Juli. Die Hände sind ziemlich unverändert, außerdem sind noch die Wangen gerötet und jucken.

26. Juli. Die Erscheinungen sind überall im Rückgange.

4. August. Auf den Lippen wie auf dem linken Handrücken haben sich neue Bläscheneruptionen eingestellt. Die rechte Hand ist fast verheilt; Narben sind nirgends zu sehen.

11. August. Röte und Jucken des Halses.

17. August. Auf beiden Handrücken finden sich neue Bläschen. Die Röte des Halses schwindet.

29. August. Die Bläschen sind überall im Verheilen, die Röte und das Jucken im Schwinden. Es machte den Eindruck, als ginge es zur Genesung, da trat am 30. August ein neuer heftiger Bläschenausbruch auf den Handrücken auf, und Patientin gab meine Behandlung auf, um sich an einen Hypnotiseur zu wenden.

Fall III. Am 13. März 1902 konsultierte mich ein 47jähriger Mann wegen eines Ausschlages, der aus Papeln und kleinen wasserhellen Bläschen bestand und auf beiden Handrücken und Handflächen, aber auch auf der linken Fußsohle saß. Nach Angabe des Patienten wiederholt sich der Ausschlag bereits seit ca. zehn Jahren alle Frühjahr, um zum Winter zu verschwinden. Narben waren nicht zu sehen.

Fall IV. Am 15. April 1903 kam eine 34jährige Frau zu mir, die auf dem linken Handrücken und der linken Halspartie kleine Bläschen auf gerötetem Grunde aufwies. Ihrer Angabe gemäß hatte sie vor fünf Jahren zur selben Zeit einen ähnlichen Ausschlag gehabt.

Fall V. Am 26. April 1904 suchte mich ein 27jähriger Herr eines Ausschlages wegen auf, der in varicellenartigen Bläschen auf den Handrücken wie den Seitenpartien der Finger bestand und zum ersten Male aufgetreten sei.

Fall VI. Am 15. Mai 1905 wandte sich eine 83jährige Frau an mich, die seit einigen Tagen zum ersten Male in ihrem Leben an einem Ausschlage erkrankt sei. Derselbe bestand in kleinen Bläschen auf beiden Handrücken.

Fall VII. Endlich kam am 22. Juni 1905 noch ein 53jähriger Herr zu mir, der auch zum ersten Male in seinem Leben seit kurzem von einem Ausschlag heimgesucht wird, der in varicellenartigen Bläschen auf den Handrücken und lateralen Flächen der Finger besteht.

Meine im großen und ganzen leider nur flüchtig an mir vorübergezogenen sieben Fälle, stimmen in der Hauptsache mit dem geschilderten BAZIN-HUTCHINSONSchen Krankheitsbilde überein, indem die Hautveränderungen im Frühling oder Sommer auftraten und in varicellenartigen Bläschen auf den Handrücken, Handflächen, Seitenteilen der Finger und ausnahmsweise im Gesicht oder auf dem Halse bestanden. In anderer Hinsicht unterscheiden sich aber meine Fälle von dem ursprünglichen Typus, nämlich: 1. durch das Auftreten im späteren Lebensalter, 2. durch das Fehlen von Knötchen zu Beginn der Krankheit, wie 3. durch das Fehlen von Narben als Schlusseffekt des Prozesses. Gehen wir diesen drei Unterscheidungsmerkmalen ein wenig näher nach. Hinsichtlich des Alters wäre zu bemerken, daß alle meine Fälle Personen über 25 Jahre betrafen, und zwar je einen Mann von 27, 47 und 53 Jahren und je eine Frau von 34, 57, 60 und 83 Jahren. Beide Geschlechter waren demnach ziemlich gleich verteilt und nur das Alter der Frauen ein wenig höher als das der Männer. Von allen diesen Personen gab nur ein Herr von 47 Jahren an, daß er bereits seit zehn Jahren immer zur Sommerzeit an diesem Übel litte und somit im ca. 37. Lebensjahr zum ersten Male daran erkrankt sei. Ferner glaubte eine Frau von 34 Jahren, daß sie vor ca.

fünf Jahren an einem ähnlichen Ausschlag laboriert habe. Alle übrigen Personen behaupteten, nie früher eine dem ähnliche Hautkrankheit gehabt zu haben. Das Auftreten im späteren Alter bedingte vielleicht einen leichteren Verlauf, wenn ich darüber auch keine sicheren Angaben machen kann, da ich nur in einem Fall Gelegenheit hatte, die Kranke nach einigen Jahren wiederzusehen und zu erfahren, daß der Ausschlag im zweiten Sommer viel leichter aufgetreten und dann ganz erloschen sei.

Hinsichtlich des Fehlens der Knötchen kann ich mich auf Grund der genauen Beobachtung einer Reihe von Eruptionen bei der einen Patientin ganz entschieden dahin aussprechen, daß das Leiden nicht unter Knötchenbildung, sondern als wasserhelles Bläschen begann, dem allenfalls gelegentlich eine Rötung der Haut vorausging. Auch in allen übrigen Fällen fehlten die Knötchen bis auf den einen Fall, der sich durch mehrjährige Rezidive auszeichnete.

Ebenso liefs sich weder in diesem letzteren noch in den sonstigen Fällen eine Narbenbildung als Schlusseffekt wahrnehmen. Der Prozeß verheilte spurlos.

Bei diesen im Grunde nicht unwesentlichen Abweichungen vom eigentlichen Typus der BAZIN-HUTCHINSONSchen Krankheit, fragt es sich, ob wir das Recht haben, diese in unseren Fällen anzunehmen? In diagnostischer Hinsicht kämen außerdem in Frage das Ekzem und die verschiedenen Erytheme. Zweifellos erinnern die Symptome an ein Ekzem, aber es fehlt für dasselbe die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Das Ekzem pflegt bei der Dauer von einigen Monaten Übergänge in die nässende und borkenbildende Form zu zeigen und pflegt nicht scheinbar zu vergehen, um plötzlich wieder zu erscheinen. Ferner könnte man erinnert werden an ein Erythem durch Primeln oder an ein Erythema multiforme mit Übergang in Blasenbildung. Die Primel ist aber eine Pflanze, die speziell im Winter in Ermangelung anderer blühender Pflanzen, und nicht im Sommer beliebt ist. Außerdem verneinten alle meine Kranken die Beschäftigung mit derselben. Andererseits gilt als Hauptsymptom der Erytheme überhaupt die Röte, und die Bläschen bilden nur eine Begleiterscheinung, während das hier gerade umgekehrt war, so daß auch an ein Erythem nicht zu denken ist. Es scheinen mir daher die beschriebenen Fälle, trotz der genannten Abweichungen, dennoch der BAZIN-HUTCHINSONSchen Hautkrankheit am nächsten zu stehen. Sie würden somit den bisher aufgestellten Typus erweitern, indem sie zeigen, daß es auch leichtere Fälle bei älteren Personen gibt. Ausser einer anscheinend angeborenen, sich nur sehr allmählich verlierenden Idiosynkrasie den Sonnenstrahlen gegenüber, scheint demnach noch eine erworbene, zeitweilige zu existieren, die vielleicht durch nervöse und gichtische Veränderungen des Organismus hervorgerufen werden dürfte.

Es bleibt mir nur noch übrig, mich über den Namen der Krankheit auszusprechen. Mögen auch die von BAZIN und HUTCHINSON gewählten Bezeichnungen nicht völlig das Wesen der Krankheit ausdrücken, dürfte es doch wünschenswert sein, denselben treu zu bleiben zur Vermeidung neuer Namen und aus Pietät zu den ersten Beschreibern. Dem Beispiel verschiedener Autoren folgend, nenne ich sie daher *Hyroa vacciniformis* BAZIN s. HUTCHINSONS Sommereruption.

Nach Vollendung dieses kleinen Beitrags ist eine Arbeit von EHRMANN (33) über dasselbe Thema erschienen, welche in mehrfacher Hinsicht interessant ist. Erstens bringt der von EHRMANN beschriebene Fall eine weitere Abweichung von dem allgemein gültigen Typus, indem außer dem 31jährigen Patienten noch ein Bruder und eine Schwester desselben an dieser Krankheit leiden, wodurch EHRMANN sich für eine familiäre Idiosynkrasie ausspricht.

Weiter hat EHRMANN in seinem Fall die Bläschen auch künstlich durch Bestrahlung mit der FINSSENSCHEN Kompressionslinse hervorrufen können, wodurch er nachweisen konnte, daß der Prozeß als ein Produkt „nur der kurzwelligen und chemisch wirksamen Strahlen des Lichts“ anzusehen ist.

#### Literatur.

1. BAZIN, Leçons theoriques et cliniques sur les affections générales de la peau. Paris 1862.
2. HUTCHINSON, A case of Summer-Eruptions recurring with great severity for many years etc. *Clinical society transactions*. 1888.
3. *Lancet*. 1888.
4. HANDFORD. Cit. nach BERLINER.
5. BERLINER, Über HUTCHINSONS Sommerprurigo und Sommereruption. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1890. Bd. XI. S. 449.
6. BURI, Ein Fall von HUTCHINSONS Sommereruption. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. S. 181.
7. BROES VAN DORT, Ein Fall von HUTCHINSONS Eruptio aestivalis bullosa. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1892. Bd. XIV. S. 185.
8. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. XVI. S. 590.
9. BOECK, Vier Fälle von *Hydroa vacciniformis*. *Arch. f. Derm.* 1894. H. 1.
10. Ref. VIRCHOW-HIRSCH. 1894. S. 642.
11. Ref. *ibidem*.
12. BROcq, De l'hydroa vaccinalis. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 1894.
13. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. 19. S. 103.
14. Ref. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 1896. S. 864.
15. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. 20. S. 37 und 1898. Bd. 26. S. 316.
16. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. 21. S. 245.
17. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1896. Bd. 23. S. 31.

18. MIBELLI, Die Histologie der *Hydroa vacciniiformis*. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. 24. S. 87.
19. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1897. Bd. 25. S. 171.
20. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. 26. S. 207.
21. JAMES C. WHITE, *Hydroa vacciniiforme*. *Journ. of cutaneous and genit.* Nov. 1898.
22. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 28. S. 451.
23. Ref. *Arch. f. Derm.* 1900. Bd. 54. S. 130.
24. Ref. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 1903. Nr. 4. S. 283.
25. CROCKER, A clinical study of some winter and summer recurring eruptions. *British Journ. of Derm.* 1900. S. 39.
26. Ref. *Ann. de dermat. et de syphiligr.* 1904. S. 648.
27. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 41. S. 293.
28. Ref. *Arch. f. Derm.* 1905. Bd. 74. S. 99.
29. Ref. VIRCHOW-HIRSCH. 1896. S. 1129.
30. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 29. S. 515.
31. Cit. nach BERLINER. Cf. sub Nr. 4.
32. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1899. Bd. 28. S. 451.
33. EHRMANN, Versuche über Lichtwirkung bei *Hydroa aestivalis* (BAZIN) usw. *Arch. f. Derm.* 1905. Bd. LXXVII. S. 163.

Aus der dermatologischen Klinik der Universität in Krakau (Prof. REISS).

### Ein Beitrag zur Histologie der diffusen Sklerodermie.

Von

Dr. F. v. KRZYSZTAŁOWICZ,  
Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

Mit 7 Abbildungen im Text.

Die Sklerodermie gehört zu den Hautkrankheiten, deren Pathogenese nicht genau bekannt ist, trotzdem eine große Zahl von Fällen klinisch und histologisch beschrieben und die manche Fälle dieser Krankheit begleitenden Allgemeinerscheinungen, das Verhalten des Nervensystems und Störungen im Stoffwechsel beobachtet worden sind. Als Krankheitsursache führen die Autoren verschiedene Prozesse an, welche dem Auftreten der Veränderungen der Haut vorangehen. Von der großen Zahl der von LUTHLEN<sup>1</sup> fleißig gesammelten Einzelheiten lasse ich nur die wichtigsten folgen: Die Krankheit tritt am häufigsten zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahre auf; doch sind auch ziemlich zahlreiche Fälle vor dem 20. Lebensjahre bekannt; nur die wenigsten Fälle fallen in das Kindesalter und nach dem 50. Lebensjahre. In einer gewissen Anzahl

<sup>1</sup> *Handbuch der Hautkrankheiten* von MRAČEK (Art.: Sklerodermie).



von Fällen wurden Konstitutionsanomalien, wie Anämie, Chlorose, Nephritis, Herzfehler, Tuberkulose mit der Sklerodermie in einen gewissen Zusammenhang gebracht. In anderen, zahlreicheren Fällen gingen dem in der Haut sich entwickelnden Prozesse Infektionskrankheiten voran, und zwar entweder lokale in der Haut verlaufende, wie Erysipelas, oder allgemeine wie Tonsillitis, Typhus, Pneumonie, Croup, Skorbutus, Influenza, Malaria, Masern, Gelenk- oder Muskelrheumatismus. Dazu kommen noch die vielleicht zahlreichsten Fälle von Sklerodermie nach Traumen, sei es stumpfen Kontusionen, sei es länger andauernder Kompression oder Schädigung der Hautkontinuität. Und doch muß hervorgehoben werden, daß trotz dieser verschiedenen Ursachen in den meisten Fällen eine von außen oder vom Innern des Organismus her stattgehabte Infektion der Haut als dem Prozesse in der Haut vorangehend angenommen wurde. — Zwei von mir in der Krakauer Klinik für Hautkrankheiten (Prof. REISS) beobachtete Fälle boten die folgenden klinischen Merkmale:

I. Patient E. G., 10 Jahre alt. Keine hereditäre Belastung nachweisbar. Beide Eltern leben und erfreuen sich einer vollkommenen Gesundheit. Nach der Angabe des Vaters hat Patient keine infektiösen Krankheiten durchgemacht. Im sechsten Lebensjahre soll er einige Wochen gehustet haben — es wird sich wahrscheinlich um einen Keuchhusten oder eine Bronchitis gehandelt haben. Im August 1903 erschien in der linken Parasternallinie ein roter Fleck, welcher sich allmählich zu einem einige Zentimeter langen Streifen gestaltete. Im Dezember desselben Jahres bemerkte man bei dem Patienten am linken Oberarm einen ähnlichen roten Fleck, welcher etwas über das Hautniveau erhaben erschien. Der Fleck dehnte sich immer weiter aus und nahm bald den ganzen Umfang des Oberarmes von dessen Mitte bis einige Zentimeter unterhalb des Ellenbogengelenkes ein. Alle diese Flecken behielten ihre Röte nur kurze Zeit und erblasen innerhalb mehrerer Wochen. Nach einem halben Jahre erschienen alle diese Stellen härter, wurden weiß und erhielten nach und nach einen sehnigen Glanz. Diese Eigenschaft blieb ihnen bis zur Aufnahme des Patienten in die Klinik. Während der ganzen Zeit fühlte Patient gar keine Schmerzen im Bereiche der krankhaften Stellen, empfand nur zuweilen ein ganz gelindes Jucken.

Erst in den letzten Wochen bemerkte man beim Patienten am linken Oberschenkel ähnliche sehnig weiße bandförmige, 2—3 cm breite Flecken, welche sich vom Trochanter major bis zur Suprapatellargegend erstreckten. Ein ähnlicher ovaler, weißer Fleck, der einer atrophischen Narbe ähnlich sah, wurde an der Haut des linken Augenlides gefunden. (Fig. 1.)

Alle krankhaften Stellen fühlen sich vollkommen glatt an, sind nirgends über das Hautniveau erhaben, an manchen Stellen ist sogar eine deutliche Einsenkung wahrnehmbar. Beim Betasten heben sich diese

Stellen durch ihre bedeutende Härte gegen die umgebende Haut ab, an manchen Stellen sind sie geradezu knorpelhart. Die Tastempfindung ist an diesen harten Stellen etwas gestört, an den Stellen, wo die Veränderungen noch frisch sind, scheint dieselbe normal zu sein. Pilocarpineinspritzung ruft an den älteren veränderten Stellen gar keine, an den frischeren dagegen normale Schweisssekretion hervor.

Weder von seiten des zentralen Nervensystems noch der peripheren Nerven konnte irgendwelche Störung nachgewiesen werden.

Das Muskelsystem erscheint gleichfalls normal, nur zeigt die obere linke Extremität eine um  $1\frac{1}{2}$  cm kleinere Circumferenz als die rechte an analogen Stellen. Die Muskeleerregbarkeit, die elektrische Reaktion der Muskeln und Nerven sowohl auf den galvanischen wie faradischen Strom ist normal.

Die Untersuchung des Blutes und des Urins zeigt nichts Anormales.

II. Patientin W. C., Dienstmädchen, 15 Jahre alt, soll im achten Lebensjahre Masern gehabt haben. Hereditäre Belastung ist in keiner Richtung nachweisbar.

Als Krankheitsursache gibt Patientin eine kleine Wunde an, welche etwa 20 Monate, bevor sie in die Klinik kam, am rechten Unterschenkel entstanden sein soll. Um diese kleine Wunde herum trat nach Angabe eine Rötung auf, und es bildete sich ein schmerzhaftes Ödem, welches "etwa eine Woche" andauerte. Dann gingen diese Veränderungen zurück, die Haut bedeckte sich mit Schuppen und nahm nach und nach eine harte Konsistenz an. — Auf der linken Extremität sollen die Veränderungen fünf Monate später aufgetreten sein. Zuerst trat nämlich in der Kniegelenkgegend plötzlich eine Rötung auf, und es bildete sich ein unerhebliches Ödem, welches der Patientin so heftige Schmerzen bereitete, daß sie zwei Wochen fast bewegungslos lag. Vier Wochen nach dem Beginn der Krankheit zeigten sich kleine Abscesse, von denen einige sich von selbst öffneten und schwer heilende Geschwüre hinterließen.

Mit diesen Erscheinungen kam Patientin im Januar 1904 in das Spital in Rzeszów. Hier wurden die Geschwüre ausgelöffelt und geätzt,



Fig. 1.

wonach dieselben teilweise heilten. Während dieser Behandlung soll Patientin ein Erysipel an der linken unteren Extremität durchgemacht haben. In die hiesige Klinik kam Patientin im Oktober 1904.

Die skleromatösen Veränderungen betreffen beide unteren Extremitäten; während aber an der rechten die Veränderungen in Form von verschieden gestalteten Streifen und Flecken über die ganze Extremität zerstreut sind, bietet die linke Extremität ein Bild weit tiefer greifender Veränderungen, denn hier ist fast die ganze Hautoberfläche des Ober- und Unterschenkels mit diffusen, weit vorgeschrittenen skleromatösen Ver-



Fig. 2.

änderungen bedeckt. Außerdem sieht man in der Umgebung des Kniegelenks, sowohl am Ober- wie Unterschenkel, wie auch in der Gegend des Sprunggelenks talergroße Geschwüre oder Narben nach geheilten Geschwüren. Die Geschwüre sind rund, ihre Ränder etwas erhaben und knorpelig hart, ihr Boden ist mit wuchernden Granulationen, stellenweise auch mit eitrigem oder croupösem Exsudat bedeckt. Zwischen den harten Stellen aber, welche den Krankheitsprozeß charakterisieren, findet man erhabene, ovale Knoten von Taubeneigröße, weicher Konsistenz, scheinbarer Fluktuation, deren Hautüberzug aber unverändert ist. Diese Knoten machten auf den ersten Anblick den Eindruck von kalten Abscessen, so daß — trotz dem charakteristischen Sklerombilde — anfangs die Frage sich aufdrängte, ob wir es da nicht mit zwei verschiedenen Krankheitsprozessen zu tun haben. Erst die nähere Untersuchung dieser Knoten führte uns zur Überzeugung, daß diese erhabenen Herde nur Inseln unveränderter Haut bilden, welche

von der skleromatös veränderten Haut umgeben sind. (Fig. 2.)

Die Diagnose unterlag in beiden Fällen keinem Zweifel, aber in keinem der Fälle kann die Krankheitsursache aus der Anamnese erschlossen werden. Im zweiten Falle fällt allerdings der Umstand auf, daß den Veränderungen an beiden Extremitäten ein akuter Entzündungsprozeß der Haut vorangegangen ist — indessen ist aber auf Grund der Anamnese mit Sicherheit schwer zu beurteilen, ob der Entzündungszustand nicht etwa auf der schon teilweise veränderten Haut entstanden ist.

Im klinischen Bilde macht sich zweierlei besonders geltend: erstens die Herde normaler Haut, welche infolge der bedeutenden Verdünnung

und Verhärtung der umgebenden kranken Haut sich in der Form von Knoten abheben; zweitens die an der veränderten Haut entstandenen Geschwüre. Solche Geschwüre bei Sklerodermie sind in der Literatur bekannt; einige (BRUMMUD, HALLOPEAU, HARDY, BOUTTIER, MORROW) beschreiben nur die Entstehung von Blasen, welche schnell heilten und zuweilen oberflächliche Narben hinterließen; andere beschreiben Blasen, aus welchen sich dann Geschwüre bildeten (FONTANELLI); wieder andere sahen direkt entstehende Geschwüre (RADCLIFFE, CROCKER, HILDEBRAND, TILBURY FOX, KAPOSÍ, FRIEDHEIM, FOULERTON). Abgesehen von deutlichen Decubitusgeschwüren an den veränderten Stellen —, war der Sitz



Fig. 3.

der Geschwüre stets die Haut der Gelenkgegend (die die Knochen bedeckende Haut). Die Geschwüre waren fast schmerzlos und zeigten wenig Tendenz zu heilen. Nur ausnahmsweise bildeten sich Geschwüre an Stellen, welche schädlichen Einflüssen von außen nicht ausgesetzt waren (ALPAR, LEREDDE und THOMAS, DEHU).

Auch im zweiten beschriebenen Falle ist die Entstehung von Geschwüren auf Schädigungen und Infektionen der wenigstens teilweise veränderten Haut zurückzuführen, was durch den klinischen Verlauf sowohl (die kleine Tendenz zum Heilen) wie durch das histologische Bild bekräftigt wird.

Zur histologischen Untersuchung wurde im ersteren Falle ein Stück aus der Haut des Oberarmes ausgeschnitten, und zwar so, daß ein Teil des ausgeschnittenen Stückes auf den Rand der veränderten Haut fällt; im zweiten Falle wurde zu diesem Zwecke ein Geschwür mit samt dem erhabenen Rande ausgeschnitten.

Das ausgeschnittene Hautstück, das bis an die Muskeln reicht, erscheint dünner, aber auch kompakter und härter als in normalen Verhältnissen. Bei schwacher Vergrößerung fällt gleich die Verminderung des subcutanen Fettgewebes auf, wodurch die Cutis mit dem darunter liegenden Gewebe in engere Berührung tritt; letzteres ist durch den Verlust des Fettgewebes weniger locker und enthält jetzt mehr faseriges Bindegewebe. Vor allem aber fällt die große Menge Infiltrate, welche an der Grenze der Cutis und des subcutanen Gewebes, wie auch im letzteren selbst in den vom Fettgewebe eingenommenen Räumen liegen, in die Augen. (Fig. 3.)

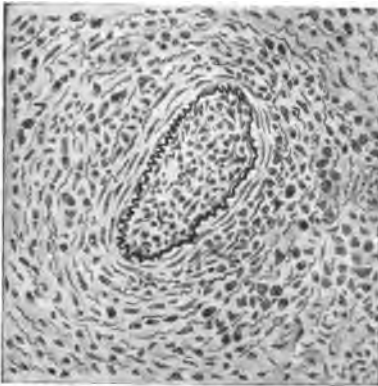


Fig. 4.

Die Infiltrate umgeben nicht bloß die kleinen Gefäße des Fettgewebes, welches derart der Atrophie anheimfällt, daß die Interstitien des subcutanen Gewebes an Stelle des Fettes von dem Infiltrate eingenommen werden, sondern auch die größeren Gefäße, besonders die dem tieferen Gefäßnetz der Cutis gehörenden Arterien, sind von demselben vielfach umgeben. Oberhalb dieser Schichte sind die Infiltrate sehr spärlich, unterhalb derselben sind sie häufiger, mit Ausnahme des Fettgewebes und der

Umgebung der Gefäße des subcutanen Gewebes. Die Gefäße verhalten sich sehr verschieden. In den einen liegt das Infiltrat nur in der Adventitia, während die Media sich normal verhält und die Endothelzellen nur geschwollen sind. In diesen Gefäßen scheint das Lumen verengt zu sein. In anderen Gefäßen bewirkt die Infiltration der Adventitia eine Abplattung des Gefäßes, wodurch das Gefäßlumen nicht rund, sondern länglich und verengt erscheint. Zum größten Teil aber findet man die Gefäße dieser Hautschicht sehr verändert, denn ihr Lumen ist häufig teilweise oder ganz verwachsen. Bei guter Färbung sowohl der elastischen Fasern wie der Infiltrationen kann man genau beobachten, daß in der Adventitia — besonders der größeren Gefäße — die Infiltrationszellen auch zwischen die Muskelzellen der Gefäßwand dringen, und daß im Lumen des Gefäßes selbst sich ein neugebildetes Gewebe befindet, welches auch kleine Gefäße enthält. (Fig. 4.)

Untersucht man einen gewissen Teil der veränderten Haut an einer Reihe von Präparaten, welche den Verlauf eines Gefäßes, z. B. einer größeren Arterie der tieferen Hautschicht, verfolgen, so läßt sich beobachten, daß das Gefäßslumen in seiner ganzen Länge nicht gleichmäßig verwachsen ist, sondern daß dasselbe an manchen Stellen noch teilweise erhalten, an anderen aber mit frischem Gewebe gänzlich ausgefüllt ist.

An einem Schnitte ist ein Gefäß auf einer ziemlich großen Strecke seiner Länge nach getroffen worden, und dieses bietet ein sehr charakteristisches Bild. An der Grenze der Cutis und des subcutanen Gewebes verläuft das längsgeschnittene Gefäß, dessen Wände aus bloßen elastischen Fasern zusammengesetzt scheinen (das Präparat ist nach TAENZER-UNNAScher Methode gefärbt). Die Fasern verlaufen wellenförmig und so dicht nebeneinander, daß sie fast ein einheitliches Band zu bilden scheinen. Die peripher gelegenen Fasern dieses Streifens sind weniger dicht aneinander gereiht, und in dessen Mitte sieht man das im Verhältnis zur Wanddicke sehr enge, kaum erkennbare Lumen. Unter den peripheren Fasern findet man hier und da eine kurze Faser, welche basischen Farbstoff nimmt. (Fig. 5.)

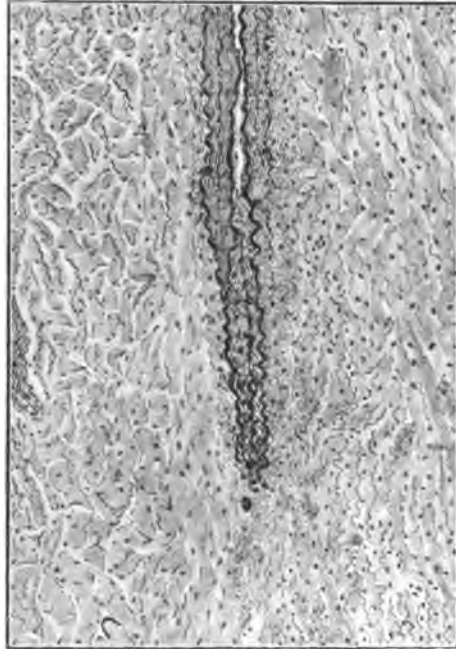


Fig. 5.

Längs diesem Streifen laufen zu beiden Seiten geradlinig und zu demselben parallel Kollagenstreifen, deren feine Faserbündel hier und da auch eine elastische Faser zeigen. Zwischen den Kollagenbündeln findet man hier und da lange, spindelförmige Bindegewebs- und Muskelzellen, welche den Eindruck machen, als wären sie durch das Kollagengewebe auseinandergedrängt. Außerdem sieht man in der Umgebung dieses Streifens feine Ringe von elastischen Fasern, welche Überreste von kleinen Gefäßen zu sein scheinen, die der Wand eines größeren, derart veränderten Gefäßes angehörten (*vasa vasorum*).

Verfolgt man den Verlauf dieses Gefäßes weiter, so sieht man, daß an der Stelle, wo der Schnitt durch das Gefäß schief geht, die elastischen Fasern an Zahl abnehmen und die Bindegewebszellen zahlreicher werden;

hier und da zeigen sich auch Rosenkränze von Infiltrationszellen zwischen den Kollagenfasern. Im weiteren Verlaufe sehen wir endlich das Gefäß quer durchschnitten zwischen leicht wellenförmig angeordneten Kollagenstreifen liegen; seine aus zahlreichen elastischen Fasern zusammengesetzte Wand umschließt ein sehr verengtes, mehr längliches als rundes Lumen. An einigen Präparaten konnte ich dieses Gefäß bis zu der Stelle verfolgen, an welcher es aus dem subcutanen Gewebe in die Cutis tritt.

Das Gefäß, welches zweifellos eine Arterie ist, bietet somit das Bild eines dichten, üppigen Bündels elastischer Fasern. Die große Zahl der Fasern gibt zu verschiedenen Vermutungen Anlaß: In der Gefäßwand kann Atrophie des Bindegewebes stattgefunden haben, wodurch die elastischen Fasern in der oben beschriebenen Art näher aneinander ge-

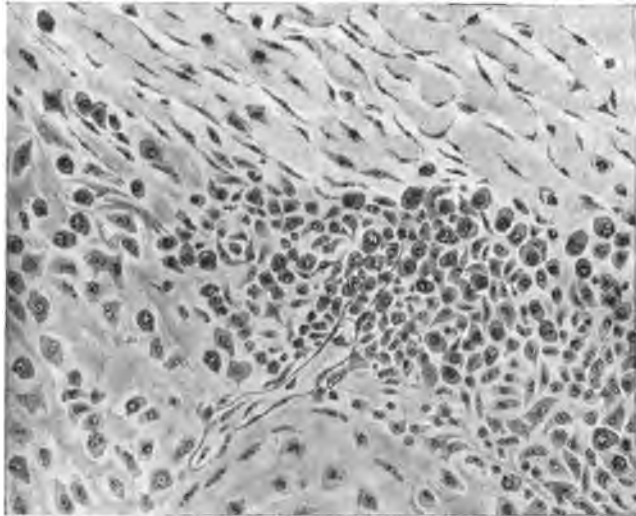


Fig. 6.

langen konnten. Diese Vermutung erscheint aber in Anbetracht der so großen Zahl der Fasern unwahrscheinlich.

Am einfachsten würde die Annahme erscheinen, daß die Zahl der Fasern zugenommen habe; dagegen spricht aber das allgemeine Bild der elastischen Fasern in der ganzen Haut, denn eine solche Zunahme ist nirgends zu beobachten.

Es läßt sich somit diese große Menge von Fasern nur auf diese Weise erklären, daß neben den elastischen Fasern der Gefäßwand, welche infolge der Verminderung des Kollagens näher aneinander gelangten, sich auch Fasern befinden, welche der Form und Färbbarkeit nach den elastischen Fasern entsprechen, die aber einem derartig veränderten kollagenen Gewebe angehören, welches UNNA Kollastin genannt hat. Für

diese Annahme spricht noch der Umstand, daß in diesem Bündel sich auch basischen Farbstoff nehmende Fasern (Elacin) befinden und das Kollagen in der Umgebung des derart veränderten Gefäßes in feine, parallel laufende, dicht zusammengedrückte Fasern geordnet ist, welche dem Aussehen nach dem obigen Bündel ähnlich sind, die sich aber mit basischem Farbstoff leicht färben (Kollacin). Wir sehen somit in der Gefäßwand verschiedene Veränderungen der sie zusammensetzenden Gewebe, daneben Überreste der Infiltration in Form von Zellen, die zwischen den Fasern des veränderten Kollagens liegen, und wenige Muskelzellen.

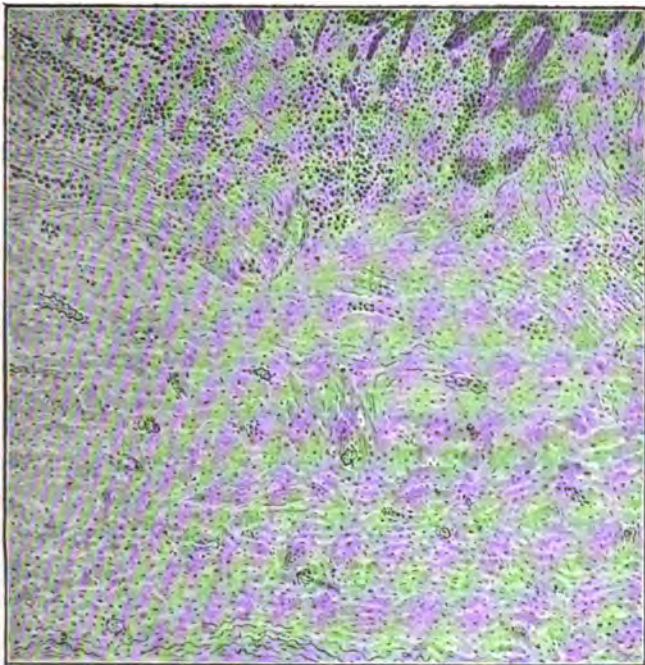


Fig. 7.

Oberhalb dieser Schicht, im unteren Teile der Cutis, liegt eine Zone, in welcher das Kollagen fast normal erscheint, so daß auch die dasselbe begleitenden elastischen Fasern unverändert zu sein scheinen. Das über dieser Schicht liegende Kollagen der Cutis bietet schon deutliche Veränderungen, indem es aus feinen, parallel zueinander und zur Hautoberfläche laufenden Fasern besteht. Die Bindegewebszellen sind in dieser Schicht häufiger als im normalen Zustande, und ihre Zahl wird gegen die Papillen zu immer größer. Unterhalb der Papillen, also im oberen Teile der Cutis, sieht man kleine, oft über größere Strecken fast geradlinig laufende Gefäße. Auch das Kollagen stellt sich in diesem oberen Teile der



Cutis etwas anders vor, denn neben den wellenförmigen langen Fasern findet man hier auch kleine Bruchstücke von Fasern unter jene zerstreut. (Fig. 3.)

In den Papillen selbst dagegen bis zur Grenze der Epidermis bildet das Kollagen eine gleichmäßige Masse, in welcher keine Fasern sich unterscheiden lassen und die sich mit basischem Farbstoff gut (basophiles Kollagen), mit saurem Fuchsin dagegen nur sehr schwach färbt. Eine ähnliche Veränderung in der Färbbarkeit des Kollagens läßt sich auch in den unteren Schichten der Cutis, besonders aber in der Umgebung der Gefäße und Drüsen beobachten.

Im Grenzgebiet zwischen der kranken und gesunden Haut bildet das Kollagen keine so parallelen, dichten, wellenförmigen Faserbündel, wie sie oben beschrieben wurden; man findet hier im Gegenteil mehr kurze, schräg und quer durchschnittene Faserstücke, die sich mit basischem Farbstoff deutlich färben. Diese Fasern halte ich für Kollacin, denn sie färben sich wie Elacin und gehören dem Aussehen nach zum Kollagen. Derart verändertes Gewebe beobachtete ich hauptsächlich an der Grenze zwischen der Cutis und den Papillen.

Auch die Infiltration bietet in dieser Hautpartie ein etwas verschiedenes Bild: außer dem Infiltrate an der Grenze des subcutanen Gewebes und der Cutis sehen wir dasselbe auch in der Cutis selbst längs den schräg laufenden, verengten Gefäßen, wie auch in der Umgebung der Haarbälge und Hautdrüsen.

Die Infiltrate bestehen hauptsächlich aus Plasmazellen von verschiedener Größe (Fig. 6). In den unteren (tieferen) Teilen sind die Infiltrate reichlicher, sie bestehen aus kleineren, dicht zusammengedrängten, vorwiegend in den Maschen des Fettgewebes liegenden Plasmazellen; daneben findet man kleinere Häuflein in der Umgebung der Gefäße, endlich einzelne Zellen, welche in rosenkranzartiger Anordnung zwischen den Kollagenbündeln liegen. Diese letzteren sind größer und gut entwickelt.

Mastzellen waren innerhalb der großen Infiltrationen keine zu finden, wohl aber sah ich solche — wenn auch in unerheblicher Zahl — in der Peripherie und in der Umgebung der Gefäße.

Die elastischen Fasern bieten ebenso wie das Kollagen auch gewisse Veränderungen. Im subcutanen Gewebe sieht man zahlreiche, schlangenförmig gewundene, in Bündel geordnete Fasern. In den unteren Teilen der Cutis sind sie so wie das Kollagen wenig verändert; erst oberhalb dieser Zone relativ normaler Cutis findet man sie wellenförmig längs den hier schmaler gewordenen, gleichfalls wellenförmig laufenden Kollagenstreifen. Durch diese Anordnung nähern sie sich einander und machen den Eindruck, als ob sie reichlicher und geraden, zur Hautoberfläche parallelen Verlauf hätten (Fig. 3). Aus diesem Bilde kann also nicht auf

eine Quantitätszunahme des elastischen Gewebes, sondern auf ein Fehlen der Atrophie und auf anormale Anordnung desselben geschlossen werden. Die Anordnung entspricht nämlich dem atrophierenden Kollagen.

Je näher den Papillen, desto häufiger treten zwischen den parallelen Fasern kleine Faserstücke in kleinen Häuflein oder Rosenkränzen auf, welche von dem Zerfall einzelner elastischer Fasern zeugen. Endlich weiter bis zu den Papillen hinauf laufen gleichfalls feine, teils erhaltene, teils wie oben zerfallene Fasern.

Was die Färbbarkeit des elastischen Gewebes anbelangt, so läßt sich in der Cutis keine Veränderung beobachten; alle färben sich wie gewöhnlich mit saurem Orcein.

Die Veränderungen der Epidermis sind unerheblich. Die Hornschicht zeigt nur an manchen Stellen Verdickung, und dies besonders an der Mündung der Haarbälge und Schweißknäuel. Die übrigen Schichten sind deutlich verdünnt, und zwar nach zwei Richtungen hin; denn die Epidermisstreifen sind schmaler und kürzer und auch die Epidermiszellen sind kleiner als im normalen Zustande. Endlich enthalten die unteren Zellenschichten der Epidermis eine größere Menge Farbstoff als im normalen Zustande. Auch die Adnexa der Haut befinden sich in verschiedenen Stadien der Atrophie. In den Präparaten an den näher dem Rande der kranken Hauptpartie gelegenen Stücken sind die Haarbälge und Hautdrüsen noch ziemlich gut erhalten. Im oberen Teile sieht man Überreste von Haarbälgen mit deutlicher, trichterförmiger Mündung und einem Überrest einer Talgdrüse. Die Gänge der Schweißknäuel sind in der Cutis sichtbar, aber verengt, ihr Endothel ist verändert. Besonders deutliche Veränderungen zeigen ihre Knäuel, denn sie sind nicht wie im normalen Zustande oval, bilden nicht solche Convolute mit in verschiedenen Richtungen durchschnittenen Gängen, sondern man sieht einzelne, voneinander gesonderte, enge Gänge mit sehr kleinen Drüsenzellen.

In anderen Hautpartien ist die Atrophie der Haarbälge und der Hautdrüsen weiter vorgeschritten; man findet kaum noch Überreste von atrophischen Haarbälgen, die kein Haar mehr enthalten und ohne die sie begleitenden Talgdrüsen, und vom Schweißknäuel bleibt nur noch ein dünner, wellenförmig schräg verlaufender Gang übrig.

In dem dem Geschwür entnommenen Hautstück sind zweierlei Veränderungen zu unterscheiden: erstens solche, die der Grundkrankheit entsprechen, zweitens solche, die sekundär durch das Geschwür hervorgerufen worden sind. An der Grenze des subcutanen Gewebes gibt es hier in der Cutis keine Infiltration, wie dies in der oben beschriebenen Haut der Fall war; man sieht nur die verwachsenen Gefäße, welche bei Färbung der elastischen Fasern am deutlichsten hervortreten. In der

selben Zone fällt vor allem die Veränderung des Kollagens auf, welches hier ganz anders aussieht als das darüber liegende, ja anders als jenes, welches sich an den Stellen des atrophierenden Fettgewebes befindet. Zunächst fällt in die Augen das fast vollständige Fehlen der das Kollagen begleitenden elastischen Fasern, die sich nur in der Umgebung der ganz oder teilweise verwachsenen Gefäße färben. Ferner sieht man, daß die Anordnung des Kollagens eine ganz andere ist als im normalen Zustande; dasselbe bildet nämlich ziemlich schmale, fast geradlinig und zueinander parallel laufende Streifen, aber ohne die Faserzeichnung, welche man an demselben gewöhnlich beobachtet. Dieses Gewebe hat auch eine veränderte Färbbarkeit, denn es nimmt den basischen Farbstoff so begierig auf, daß es sogar bei Färbung mit polych. Methylenblau und Entfärbung in Glycerinäthernischung eine violetttrübliche Farbnuance zeigt. Die zwischen den Kollagenstreifen liegenden Zellen sind etwas reichlicher als gewöhnlich und mehr hypertrophischen Bindegewebszellen als den gewöhnlichen spindelförmigen Zellen dieses Gewebes ähnlich. Von Infiltration ist in dieser Zone des unteren Teiles der Cutis keine Spur. (Fig. 7.)

Die Infiltrate liegen in der geschwürigen Haut bedeutend höher, näher den verdickten Epidermisschichten, längs den Kollagenstreifen. In diesem Falle kann man wirklich von einer Hypertrophie der Epidermis sprechen, welche in der Form von verschieden gestalteten Epithelstreifen von verschiedener Länge tief in die Haut dringen, indem sie an verschiedenen Stellen, besonders aber in der Umgebung des Geschwürs ein vielmaschiges Netzwerk bilden. An der geschwürigen Stelle gibt es Defekte der verdickten Epidermis, die an manchen Stellen bis zur Cutis herabreichen, aber unter diesen Defekten befinden sich noch immer dicke und tief herabreichende Epidermisstreifen.

In der Cutis selbst findet man nebst den Infiltrationen, welche, wie oben erwähnt, die Epidermisstreifen umgeben und aus Plasmazellen zusammengesetzt sind, noch eine große Zahl Leukocyten und hypertrophische Bindegewebszellen. Die Blutgefäße dieser Hautschicht sind an vielen Stellen erweitert, manche sind mit Leukocyten gefüllt.

Die Oberfläche des Geschwürs ist mit einem aus Leukocyten und nicht gänzlich verhornten, kernhaltigen Epidermiszellen zusammengesetzten Schorf bedeckt. Die Leukocyten dringen auch in die Interocellularräume der Epidermis und bilden hier und da kleine Abscesse.

Das Kollagen bietet in den oberen Teilen Veränderungen, wie man solche gewöhnlich bei entzündlichen Prozessen zu beobachten pflegt. An den infiltrierten Stellen ist das Kollagen — welches deutliche, wenn auch spärliche, elastische Fasern begleiten — auseinander geschoben, stellenweise geschwollen. Diese ganze Partie macht den Eindruck, als hätte sich ein Entzündungsprozess in der schon anormalen Haut entwickelt, deren

Gewebe schon vor dem Auftreten der Infiltration und des Exsudates verändert waren.

Die wichtigste Veränderung, welche aus dem Geschilderten hervorgeht, ist somit die Veränderung der Gefäße, welche zu Verengung des Lumens und endlich zur völligen Verödung derselben führt. Nebst dieser fällt der Veränderung des Kollagens und der elastischen Fasern die größte Bedeutung zu. Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen beiden Gruppen von Veränderungen? Inwiefern hängen sie voneinander ab? Welche sind primär und welche sekundär? Dies sind die Fragen, deren Beantwortung die Pathogenese dieser Krankheit beleuchten kann.

In der von der Veränderung am wenigsten betroffenen Hautpartie befinden sich im subcutanen Gewebe Infiltrationen — welchen die diese Krankheit histologisch untersuchenden Autoren so wenig Aufmerksamkeit schenken — und zwar in größerer Menge als in der Cutis, wo sie kaum hier und da in kleiner Zahl die kleinen Gefäße umgeben. Schon in dieser Veränderungsphase bemerkt man in der Umgebung der Gefäße Infiltrationen, welche ihr Lumen verengen oder ein teilweises Verwachsen desselben herbeiführen. Gleichzeitig verhält sich auch das Kollagen nicht normal, — wir finden nämlich die Streifen verschmälert, gleichsam in feinere Fasern zerteilt, anormal angeordnet und mit veränderter Färbbarkeit. Die elastischen Fasern nehmen die Form und Verhältnisse des Kollagens an, wodurch sie quantitativ vermehrt erscheinen.

In den mehr vorgeschrittenen Krankheitsperioden sieht man die Gefäße mehr verändert, obwohl die sie umgebenden Infiltrationen größtenteils zurückgegangen sind. Auch das Kollagen hat weitere Veränderungen erfahren, der Schwund der Fasern wird immer größer, daneben geht der Zerfall von elastischen Fasern gleichzeitig einher. Wir sehen somit, daß diese beiden Prozesse, d. h. um die Gefäße und innerhalb des Kollagens, sich nebeneinander parallel entwickeln; ihr gegenseitiges Verhältnis kann also verschieden aufgefaßt werden. Es ist aber nicht anzunehmen, daß die im Fettgewebe so hervorragenden Infiltrationen, sowie die Infiltrationen, welche die Gefäße, besonders die Arterien, umgeben, infolge der Zusammendrängung des Kollagens und seiner Veränderungen entstanden sind. Es muß vielmehr umgekehrt gefolgert werden, daß eine unbekannte Ursache einen Entzündungsprozess in der Umgebung des großen, an der Grenze des subcutanen Gewebes und der Cutis gelegenen Gefäßnetzes hervorruft, und daß dieser Entzündungsprozess sich durch die erwähnten Infiltrationen manifestiert, welche, indem sie die Gefäße komprimieren und die Verwachsung ihres Lumens herbeiführen, einerseits den Schwund des Fettes und Verfaserung des subcutanen Gewebes, andererseits Veränderung des Kollagens und der elastischen Fasern innerhalb der Cutis hervorrufen. So sehen wir auch in den Anfangstadien des Prozesses die Haarbälge

und Schweifsknäuel gut erhalten, wenn auch verändert und mit Infiltrationen umgeben, während später diese Gebilde nur noch in rudimentärer Form erscheinen. Auch der Prozess des allmählichen Schwindens führt zu diesem Schlusse: das Kollagen als minder widerstandsfähiges Gewebe fällt zuerst der Veränderung anheim, erst später läßt sich der Zerfall der elastischen Fasern beobachten.

Somit können die Veränderungen des Kollagens der Cutis, die Homogenisierung dieses Gewebes in den Papillen, der Schwund der Drüsen, endlich der Zerfall der elastischen Fasern, überhaupt alle Veränderungen, welche gleichzeitig mit den Veränderungen der Gefäße einhergehen, eben durch diese letzteren, d. h. durch die Verengung der Gefäßlumina (der Arterien, denn die Venen sind an vielen Stellen sogar erweitert) und die hierdurch bewirkte Ernährungsstörung erklärt werden. Analoge Verhältnisse finden wir in der senilen Haut, bei Lues u. dgl.

Von Hypertrophie des Kollagens, welche manche Autoren erwähnen, fand ich nirgends eine Spur, wohl aber eine Sklerose und Degeneration desselben. Die hervorragendsten Veränderungen sieht man aber in der Umgebung der großen Gefäße des unteren Theiles der Cutis. Hier liegt auch das oben beschriebene, sehr charakteristisch veränderte Gefäß. In der Umgebung dieses Gefäßes ist das Kollagen deutlich im Schwinden begriffen, es bildet schmale, parallel laufende Streifen, auch seine Färbbarkeit ist verändert. Ein derartig verändertes Gefäß finde ich nirgends in der Literatur der Sclerodermia beschrieben, und doch ist es von großer Wichtigkeit, denn durch diese Veränderung läßt sich die Umwandlung nicht bloß des nächstliegenden Kollagens, sondern auch der Gewebe der Cutis erklären. Durch dieselbe Veränderung des fibrösen, faserigen Bindegewebes — welches in bezug auf das Volumen abnimmt, härter, trockener wird —, also durch die tatsächliche Verhärtung und Verdünnung der ganzen Haut läßt sich auch das klinische Bild der dünnen, harten, gespannten Haut erklären. — inde nomen.

Das aus dem Geschwür ausgeschnittene Stück trägt gleichfalls nicht wenig zur Beleuchtung dieser Frage bei. Zuvörderst ist aus dem Bilde ersichtlich, daß der Defekt der Oberfläche nicht zum eigentlichen Bilde gehört, sondern ein zufälliger ist. Wir wissen aus der klinischen Erfahrung, daß Defekte der Hautoberfläche in diesem Falle — sogar bei weit vorgeschrittenen Veränderungen — nur selten entstehen, daß sie ferner am häufigsten durch eine von außen her wirkende Schädlichkeit hervorgerufen werden und somit zum eigentlichen Krankheitsbild nicht gehören. Daher entstehen sie auch an Stellen, welche Traumen mehr angesetzt sind, wie in diesem Falle in der Gegend des Kniegelenks.

Im mikroskopischen Bilde des Geschwüres fällt vor allem die Grenzlinie zwischen dem subcutanen Gewebe und der Cutis auf; wo Infiltrationen

in der veränderten Haut liegen. Dagegen ist die Cutis im weiter vorgeschrittenen Krankheitsstadium mit dem subcutanen Gewebe verschmolzen, und an der Stelle der Infiltrationen sieht man verändertes Kollagen, aus welchem das elastische Gewebe fast ganz verschwunden ist. Letzteres ist nur noch in den Wänden der verwachsenen Gefäße teilweise erhalten. Hier scheint somit der Krankheitsprozess abgeschlossen zu sein. — erst in den höheren Hautschichten treten uns die Erscheinungen von chronischer Entzündung entgegen, wie man solche in der Umgebung von langdauernden Geschwüren zu finden pflegt. Die aus wohlentwickelten Plasmazellen zusammengesetzten Infiltrationen liegen also hauptsächlich in der Umgebung der Epidermistreifen, — im übrigen aber ist das Bild durch eitriges Exsudat, welches infolge einer äußeren Infektion des Geschwürs entstanden ist, verwischt. Auch die Hypertrophie der Epidermis ist einerseits die Folge der langen Dauer des Geschwürs und des fortwährenden äußeren Reizes, andererseits der herabgesetzten Ernährung der Haut. Daher ist auch — nach dem mikroskopischen Bilde zu urteilen — in diesem Falle sowie bei allen anderen chronischen Geschwüren (Lues, Lupus, Unterschenkelgeschwüre) die Entstehung eines Epithelioms an der Stelle des Geschwürs zu befürchten.

Will man nun aus dem ganzen Bilde etwaige Schlüsse ziehen, so sind vor allem die Veränderungen der Gefäße ins Auge zu fassen, wie dies RAMMSEN, NEUMANN, DINKLER, WOLTERS, LEWIN und HELLER, HOFFA, LINDSTRÖM, FRANKEN, ORO, NETTHAFT, HEKKEN, LEBEDDE und THOMAS tun, — und eben diesen Veränderungen ist auch die wichtigste Rolle in der Pathogenese dieser Krankheit zuzuschreiben. Doch kann aus diesem Bilde der Gefäße, wie auch aus den sekundären Veränderungen, die Ursache der Krankheit keineswegs erschlossen werden.

Sogar der Vergleich mit der diesem Krankheitsprozess sehr nahe stehenden *Atrophia cutis idiopathica diffusa* führt zu keinerlei aufklärendem Resultate. In beiden Krankheitsprozessen betreffen zwar anfangs die Veränderungen die Gefäßwände und ihre Umgebung, in beiden kommt es zum Schwund des Fettes und des subcutanen Gewebes und zur Verschmelzung des letzteren mit der Cutis, — doch sind die weiteren Folgen verschieden. Bei der *Atrophia cutis* erfolgt ziemlich schnell Atrophie des Kollagens und der Drüsen, endlich Verdünnung der Haut unter vollständigem Schwund der elastischen Fasern; bei der *Sclerodermia* dagegen geht die Atrophie des Kollagens langsam, aber deutlich vor sich; es erfolgt Zerfall seiner Fasern wie auch der Fasern des elastischen Gewebes, aber gänzlichen Schwund des letzteren, wie solchen HEKKEN und ZARUBIN in den oberen Hautteilen beobachtet haben wollen, habe ich nirgends gesehen. Es bleibt also nur übrig, in beiden Krankheitsprozessen auf die Infiltrationen hinzuweisen, welche von einem chronischen Entzündungsprozess zeugen,

dessen Ursache unbekannt ist — denn trotz aller Vermutungen bleibt doch die Ätiologie der Sclerodermia noch immer im Dunkel. Der Wahrheit am nächsten steht vielleicht die Annahme einer Infektion des Organismus — was durch die klinischen Nachforschungen nach der Ätiologie zum Teil bestätigt wird. Jedenfalls muß aber die Annahme noch in der Sphäre der Vermutungen verbleiben, und erst der Zukunft ist es vorbehalten, durch genaue klinische Beobachtungen und anatomische Untersuchungen das Dunkel, welches über der Ätiologie und Pathogenese dieser beiden Krankheitsprozesse ruht, zu erhellen. —

Ich erfülle endlich eine angenehme Pflicht, indem ich Herrn Prof. REISS für die gefällige Überlassung des Materials verbindlichst danke.

## Versammlungen.

### Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Januar 1906.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

Vortrag von NEISSER-Breslau über die Impfsyphilis der Affen. In den Jahren 1906 und 1904 alsbald nach der Kundgabe von METSCHNIKOFFS Resultaten angestellte Versuche hatten NEISSER wichtige Funde ergeben, zugleich aber auch gelehrt, daß keine Möglichkeit besteht, an wirklich großem Material die Untersuchungen in Europa durchzuführen. In Java wurden ausgedehnte Untersuchungen an vielen Hunderten von Tieren begonnen und werden noch durch NEISSERS zurückgebliebene Assistenten fortgeführt. Die Ergebnisse, welche NEISSER bisher erhielt, sind folgende: Von den Produkten der primären, sekundären, tertiären und hereditären Syphilis kann man auf Affen die gleichen Primäraffekte erzeugen. Die Erscheinungen dieser Affensyphilis sind nach den Tierarten verschieden, nicht nach dem Impfstoff, denn der Schimpanse erhält z. B. dieselben Erscheinungen, ob er nun mit menschlichem Impfmateriale oder mit Syphilisprodukten niederer Affen geimpft sein mag. Nur oberflächliche Impfung mit reichlicher Eröffnung von Blutgefäßen haftet, subcutan und in SCHLEICHERScher Weise infiltrierend kann man nicht infizieren, aber auch nicht immunisieren (Beweis durch später gelungene Oberflächenimpfung). Schimpanse und Gibbon bekommen Primäraffekt, regionäre Drüsen und Exanthem; Orang-Utan wird krank, bekommt aber kein Exanthem (vielleicht sind die Orangs aber zu früh der Dysenterie erlegen, welche die Affenscharen in der Gefangenschaft dezimiert); niedere Affen bekommen nur die serpiginoßen Exanthemformen um den Primäraffekt herum, die FINGER und LANDSTRINER beschrieben haben. Auch Drüenschwellungen sind nicht sicher bei niederen Affen. Dagegen beweist die Untersuchung der inneren Organe, daß der Infektionsstoff der Syphilis doch auch bei niederen Affen den ganzen Körper durchdrungen hat. Es gelang, bei anderen Affen Primäraffekte zu erzeugen, mit ihrem Knochenmark, der Milz, den Drüsen, den Hoden. Nie gelang es dagegen mit Rückenmark, Lunge, Leber. Die niederen Affen erkrankten demnach konstitutionell, nicht nur lokal, wenn auch in anderer Form als die anthropoiden und der Mensch. Das Knochenmark der anthro-

poiden Affen war fast nie überimpfbar (von zehn Orang-Utans keinmal, von vier Gibbons einmal). Eine Andeutung von Modifikation des Syphilisgiftes durch die Tierpassage zeigte sich bei diesen Knochenmarksversuchen. Die Impfungen vom Knochenmark niederer Affen gingen nur bei anthropoiden regelmäßig an; bei der Impfung auf niedere Affen waren von 15 Versuchen nur zwei positiv, und diese zwei stammten von Affen, bei denen das Ausgangsvirus schon drei- bis viermal den Tierkörper niederer Affen passiert hatte. Das Virus ist außerhalb des Tierkörpers nicht länger als vier bis sechs Stunden haltbar. Die Exzision der Infektionsstelle kam acht Stunden nach der Impfung schon zu spät, es stellte sich in der Narbe ein Primäraffekt ein. Dagegen vermochte lokale Hg-Salbenreibung noch dreiviertel Stunden nach der Infektion das Angehen der Impfung zu verhindern, nicht dagegen war dazu die allgemeine Hg-Behandlung imstande, auch wenn sie sofort nach der Impfung begonnen wurde. Die Hautimmunisierung der Affen entwickelte sich langsam, denn es gelang noch 92 Tage nach der Entstehung der Primäraffekte mit positivem Resultat zu impfen. Über die Bedeutung der Spirochäten SCHAUDINNS spricht sich NEISSER mit leichter Zurückhaltung dahin aus, daß er ihre ätiologische Bedeutung für sehr wahrscheinlich halte.

**Diskussion:** LESSER stellt die Spirochäten ohne alle Einschränkung als Erreger der Syphilis hin. LASSAR spricht von Impfversuchen, die ihm viel größere, reichlichere Exantheme gezeigt haben, als NEISSER gesehen hat, doch will er nicht entscheiden, ob dies nicht anderweitig infektiöse oder toxische Exantheme waren. HOFFMANN macht auf die praktische Bedeutung der Affenimpfung, ganz besonders bei Lues latens, aufmerksam. NEISSER fordert dazu auf, LASSARS möglicherweise nicht-luetische Exantheme durch den Impfversuch zu bestimmen: geht die Impfung an, so handelte es sich um Lues.

### Dermatologische Gesellschaft in Stockholm.

Originalbericht von LUDWIG MOBERG-Stockholm.

Sitzung vom 14. September 1906.

1. MARCUS stellt aus Professor WELANDERS Abteilung im Krankenhaus St. Görän einen Fall von Reinfektion von Syphilis vor.

Der Patient, Schuhmacher, ist 27 Jahre alt. Derselbe war seit dem 8. August 1906 im Krankenhaus St. Görän in Professor WELANDERS Abteilung wegen Blennorrhoe und Syphilis recens behandelt worden und zeigte nun, etwas über zwei Monate nach dem infektiösen Coitus, drei auf der Oberfläche geheilte Sklerosareste am Penis, indolente Skleradenitis in beiden Leisten und ausgebreitete Roseolen auf dem Rumpfe. Er war, laut Mitteilung vom Kommunehospital in Kopenhagen, 1902 vom 20. November bis 8. Dezember in Professor HASLUNDS Abteilung wegen Ulcus induratum praeputii, Adenitis inguinalis und makulösen Syphilids behandelt worden und hat eine anti-luetische Kur durchgemacht. Nun waren die Wunden am Penis ca. einen Monat nach dem ansteckenden Coitus entstanden, aber nicht an der Stelle der 1902 vorhandenen Sklerose, von welcher noch eine Teigigkeit zu fühlen war, außerdem war ungefähr einen Monat später Roseola hinzugetreten. Obgleich Einwendungen gegen die Auffassung von einer Reinfektion wohl gemacht werden konnten, hielt M. es doch für höchst wahrscheinlich, daß es sich in diesem Falle um eine solche handelte. (Der Fall wird veröffentlicht werden.)

**Diskussion:** MÖLLER findet sehr wenig gegen MARCUS' Auffassung von diesem Falle einzuwenden; die Symptome der neuen Infektion wenigstens erscheinen absolut überzeugend. Fälle von Reinduration und makulösem Exanthem, aber ohne Drüsen-



anschwellung und Dorsalstrang hatte MÖLLER selbst zu wiederholten Malen gesehen, diese aber waren ja für die Reinfektion nicht beweisend.

2. MÖLLER demonstriert eine 45jährige Frau mit Lupus pernio. Die an der Nase lokalisierte Krankheit besteht seit drei Jahren. Keine deutliche Reaktion auf Tuberkulin. Keine Lupusherde sind diaskopisch zu bemerken. Inwendig in der Nase finden sich indessen Infiltrationen und Ulcerationen der Schleimhaut, welche offenbar lupöser Natur sind. M. beabsichtigt, zuerst mit Skarifikationen und Umschlägen mit übermangansaurem Kalium und dann mit Finsen zu behandeln.

3. SANDMAN stellt aus MÖLLERS Krankenhausabteilung einen Fall von Lues maligna vor.

Patient, 26 Jahre alt, Alkoholist, wurde im Juli d. J. wegen großer schmerzender Inguinaldrüsen in einem Krankenhause aufgenommen, wo dann die Drüsen weggenommen wurden. Einige Zeit danach entstand ein über den ganzen Körper verteilter, teilweise pustulöser Ausschlag, und Patient kam am 31. August ins Krankenhaus St. Göran. Das ganze Gesicht und das Capillitium sind von über zentimeterbreiten, festen, harten Papeln besetzt, ein Teil davon mit Zentrum. Ähnliche Papeln finden sich auf dem Rumpfe und den Extremitäten. An den Unterschenkeln sind sie hämorrhagisch. An den Augenlidern finden sich gleichfalls Papeln, am rechten Auge ausserdem zwei hanfsamengroße, gelbspeckige Infiltrate auf der Conjunctiva oculi unter dem unbeschädigten Epithel, Papeln auf der Iris. Die Iris ist entfärbt, Synechien und Infiltrate im Glaskörper. Allgemeine Adenitis. Ein Skleroseresit ist nicht zu entdecken. Einige Tage später liessen sich die Venae saphenae magnae als griffeldicke, harte, schmerzhaft Stränge palpieren, dergleichen Teile der Vena cephalica am linken Oberarm. Schnitte von einem exzidierten Stück der Vena saphena zeigen einen frischen Thrombus.

Diskussion: MARCUS war der Ansicht, dass es in diesem Falle an hinreichenden Anhaltspunkten fehlte, die Diagnose auf syphilitische Phlebitis zu stellen. Die vorgezeigten Schnitte wiesen nicht die charakteristischen Eigenschaften, welche sich in HOFFMANN'S und in MARCUS' eigenem Falle gefunden hatten. Die Wundverdickung war nicht größer als, wie sie häufig bei Vena saphena magna so hoch oben vorkommen kann, und die Thrombose bot keine spezifischen Charaktere dar, sondern war gewiss eine subakute von gewöhnlicher Natur. MÖLLER stimmte nicht der MARCUS'SCHEN Auffassung bei. Die Veränderungen wären akut, neue Venenstränge wären bis in die allerletzte Zeit beobachtet worden.

4. APPELLIUS berichtet über seine Erfahrung betreffend Teerbäder, bereitet nach der von MIBELLI angegebenen Formel. Er hatte diese Bäder besonders bei pruriginösen Affektionen ohne tiefgehendere Veränderungen in der Epidermis, wie Urticaria, Pruritus cutaneus ohne sicheer zu entdeckende Ursache, und Prurigo wie leichteren chronischen Ekzemen wirksam gefunden. Bei mehr infiltriertem oder stark lichenifiziertem Ekzem wie bei Psoriasis hält A. es für angemessener, die alte Form der Teerbäder anzuwenden (Applikation von reinem Teer oder starkem Teersprit vor dem Bade). A. gibt auch für MIBELLI'S Formel eine andere an, welche bessere Emulsionen im Bade gibt, nämlich:

<i>Ol. cadini</i>	100
<i>Olein</i>	40
<i>Salmiak</i>	10—40
<i>Aqu.</i>	200

100 bis 200 Gramm von dieser Mixtur sind hinreichend für ein gewöhnliches Vollbad.

Diskussion: MOBERG schreibt ebenfalls seit mehreren Jahren Teerbäder vor

und empfiehlt besonders die bekannte von **BALZER** angegebene Formel. Diese sind zwar schwächer als die alte Aufstreichung, sie sind aber außerordentlich angenehm und eignen sich sehr für die Privatpraxis.

**MÖLLER** hatte Teerbäder versucht, wie sie **MISZLI** angegeben, aber auf diese Weise keine Emulsion erhalten können.

Sitzung vom 12. Oktober 1905.

1. **MÖLLER** stellt eine 24jährige Frau vor mit Lupus erythematosus-ähnlichen Tuberkuliden im Gesicht. Die Patientin hatte außerdem Lupus pernio an den Ohren und ist wegen tuberkulösen Axillardrüsen vor vier Monaten operiert worden. Sie leidet außerdem an einem chronischen Lungenspitzenkatarrh. Eine Tuberkulininjektion rufte eine starke sowohl lokale als allgemeine Reaktion hervor.

2. **SEDERHOLM** demonstriert ein 17jähriges Mädchen mit Keloiden. Die Keloiden, welche in ihrem Aussehen nichts Ungewöhnliches darbieten, sind in der Längsrichtung des Armes langgestreckt und an der Mitte gleich breit oder mit Einschnürung. Sie sitzen in den und um die Impfnarben auf beiden Armen. Die größten messen 4 bis 5 cm in der Länge und 1 cm in der Breite und liegen entweder so, daß die ganze Impfnarbe sich in der Mitte des Keloids befindet oder nur ein Teil der sonst unveränderten Narbe dort sitzt. Die Keloide, welche Jucken und Stechen verursacht haben, bestehen zum Teil so lange, als Patientin sich erinnern kann; die kleineren haben sich während der letzten Jahre entwickelt. Der Fall ist darum von Interesse, weil die Keloide, welche sich offenbar aus bestehenden Narben entwickelt, doch die für spontane Keloide charakteristische Form angenommen haben.

3. **LJUNGSTRÖM** stellt einen 15jährigen Knaben mit luetischen Geschwüren der Unterschenkel vor.

4. **ALMKVIST** stellt einen Fall von Gumma im Musculus sternocleido-mastoides vor. Patientin, eine 32jährige Näherin, weiß nichts von einer luetischen Infektion. Vor reichlich einem Jahre entstanden schmerzhaft Anschwellungen auf beiden Seiten des Halses, welche dann zugenommen haben. Im August d. J. begann die Anschwellung auf der rechten Seite weich zu werden, und vor einem Monat entstand Perforation, und bei der Untersuchung der 5 cm langen Wunde über dem oberen Teile des Musculus sternocleido-mastoides fand man Muskelfäden in den nekrotischen Massen. Die Umgebung um die Wunde herum war angeschwollen, hart und nicht schmerzhaft. Unter JK-Behandlung nahm die Härte ab, und die Wunde ist nun in der Heilung begriffen.

## Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 77, Heft 3.

I. **Über Chlorakne**, von **WILH. LEHMANN-Freiburg i./B.** (Schluss.) I. berichtet weiter über seine Untersuchungen über Chlorakne bei den Fabrikarbeitern. Es ergab sich aus seinen Nachforschungen in den Fabriken folgendes: Paranitrochlorbensol wurde in der einen Fabrik nur kurze Zeit versuchsweise im kleinen hergestellt. Hierbei sind irgendwelche Erkrankungen nicht beobachtet worden. In einer anderen Fabrik dagegen wird Paranitrochlorbensol sowohl im großen hergestellt, wie auch zu andern Produkten weiter verarbeitet. Hier sind nun sowohl bei der Herstellung wie

bei der Weiterverarbeitung des Paranitrochlorbenzols nicht nur vorübergehende Ekzeme, sondern auch leichte Erkrankungen an Chlorakne beobachtet worden. Therapeutisch brachten bei der Chlorakne Inzisionen und feuchte Verbände die einzelnen größeren „Knoten zum Rückgang, regelmäßige Bäder mit und ohne Zusatz von Schwefel, Einpinselungen mit Solut. Vlemingx brachten vorübergehende Remissionen, waren aber nicht imstande, Neueruptionen zu verhüten. Bierhefe war ohne Erfolg, Röntgenbestrahlung scheint von Wert dabei zu sein. Im ganzen scheint sich aber im Laufe der Zeit der Prozess gewissermaßen zu erschöpfen. In einem Nachtrag berichtet JACOBI über die Untersuchung der Arbeiter auf Chlorakne in einer Fabrik; von den 130 untersuchten Arbeitern zeigten 39 Erscheinungen der Chlorakne aller Art, von ihnen waren acht früher in der Zellengießerei beschäftigt, weitere vier hatten früher in der Zersetzung gearbeitet. Von den augenblicklich in der Zersetzung beschäftigten untersuchten fünf zeigen zwei nur ganz unbedeutende Anfänge der Erkrankung, während die drei anderen bereits das typische Bild der Chlorakne aufweisen. In der Zellengießerei oder Zersetzung vorübergehend tätig waren im ganzen elf Arbeiter, von denen einer frei ist, bei dreien ist die graue Verfärbung des Gesichts deutlich ausgesprochen, die anderen sieben zeigen nur eine Andeutung der grauen Verfärbung der Gesichtshaut, Komedonen, Atherome. Von vier Arbeitern der Eindampferei zeigten drei eine mäßig entwickelte Chlorakne. Es tritt also die Chlorakne in fast allen Fällen bei den Arbeitern auf, die längere Zeit in den gefährlichen Betrieben beschäftigt sind; es erkranken aber auch solche, die nur vorübergehend mit den schädlichen Stoffen in Berührung kommen. Auch bei Frauen und Kindern der Arbeiter, die in den Arbeitshäusern wohnen, wurden zuweilen geringe Grade der Chlorakne gefunden.

**II. Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen, von B. LIPSONITZ-Wien.** (Schlußteil beschäftigt sich L. mit der Beantwortung folgender Fragen: 1. Sind wir berechtigt, von einer einheitlichen Ätiologie aller venerischen Bubonen zu sprechen? 2. Welche Bedeutung haben wir jedem einzelnen der von zahlreichen Autoren und auch von LIPSONITZ benutzten Untersuchungsmittel beizulegen? 3. Wird in Zukunft dem Ausfall der kulturellen Untersuchung die ausschlaggebende Rolle zufallen, wie dies schon die Entdecker der Kultur des DB. BRANÇON, GRIFON und SOUD gehofft haben? 4. Stellt dann die Inokulation ein gleichwertiges oder vielleicht nur ein untergeordnetes diagnostisches Hilfsmittel dar? 5. Welche Bedeutung haben wir schließlichs einem seit langem hervorgehobenen Merkmale, nämlich dem „Schankröwerden“ der Wundränder und des Bubo beizulegen? Es zeigt sich, daß eine noch so exakte mikroskopische Untersuchung allein ungenügend ist, die Lehre von der Ätiologie der venerischen Bubonen zu fördern. Bei den Inokulationen mit Buboeiter hatte L. 23 mal positive Inokulation bei 84 Fällen. Weiter wird über den Wundverlauf der vom Verfasser untersuchten Fälle berichtet und im Anschluß daran die bisher gebrauchten Termini „virulent“, „schankrös“ usw. kritisch beleuchtet. L. unterscheidet drei Gruppen von Bubonen: 1. schankröse, 2. angedeutet schankröse, 3. nicht schankröse Bubonen; jede dieser Gruppen zerfällt wieder in solche von aseptischer und antiseptischer Behandlung. Im ganzen beobachtete Verfasser in 21 Fällen 24 Bubonen (sechs schankröse, fünf angedeutet schankröse, 13 nicht schankröse). Unter aseptischem Verbands wurden fünf Bubonen schankrös, zwei angedeutet schankrös, zehn zeigten normalen Wundverlauf. Bei antiseptisch durchgeführter Behandlung erwiesen sich ein Bubo schankrös, drei angedeutet schankrös, während in weiteren drei Fällen die Wundbehandlung glatt vor sich ging. Dabei bezeichnet Verfasser jenen Bubo als schankrös, der sich durch speckig belegten Grund, durch Klaffen des sich allmählich vergrößernden Hautgeschwüres und durch das Angefressensein der oft mit Eiter belegten Geschwürsränder auszeichnete. Bei weniger ausge-

prägten Symptomen wurde der Bubo als „angedeutet“ schankrös bezeichnet. Es sah also Verfasser unter 84 Fällen elf schankröse Bubonen auftreten, so daß also das Schankröswerden des Bubo keineswegs als Maßstab der Virulenz aufgestellt werden darf, es ist vielmehr nur der klinisch sichtbare Ausdruck einer besonders lebhaften Tätigkeit der DB, als Maßstab einer besonderen Lebensenergie und Virulenzsteigerung derselben aufzufassen. Die einheitliche Ätiologie aller venerischen Bubonen läßt sich mit Sicherheit durch eingewanderte Streptobazillen behaupten. Das Schankröswerden der Bubonen muß nur als klinischer Ausdruck, nicht des Vorhandenseins von DB, sondern einer besonderen Virulenz derselben aufgefaßt werden, die kulturelle Untersuchung stellt einen sehr bedeutenden Fortschritt in unseren Kenntnissen über die Ätiologie der venerischen Bubonen dar, sie führt aber zurzeit nicht stets zu positiven Resultaten. Auch heute noch muß die Impfung, an welche die Kultur angeschlossen werden kann, zu diagnostischen und wissenschaftlichen Untersuchungen als die wichtigste und exakteste Untersuchungsmethode betrachtet werden. Somit kommt L. zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die einheitliche Ätiologie der venerischen Bubonen läßt sich mit großer Sicherheit behaupten, indessen scheidet der absolute Nachweis derselben an der Sterilität einer großen Anzahl, vielleicht der Mehrzahl aller Fälle, in welchen, aus noch nicht vollkommen bekannten Gründen, der DB. frühzeitig zugrunde geht.

2. Es empfiehlt sich vom ätiologischen Standpunkte, die Einteilung der Bubonen in „basilläre“ und „sterile“ venerische Bubonen vorzunehmen und die Ausdrücke „virulent, avirulent, sympathischer Bubo usw.“ ganz fallen zu lassen.

3. Das Schankröswerden ist nur als klinischer Ausdruck einer besonderen Virulenzsteigerung des DB. der „basillären“ Bubonen aufzufassen.

4. Beiden Arten der venerischen Bubonen liegen identische pathologisch-anatomische Veränderungen zugrunde, die jedoch innerhalb einer jeden Gruppe bedeutende Differenzen, sowohl in der Zahl der ergriffenen Drüsen als auch in der Intensität der gesetzten Destruktionen, aufweisen können.

### III. Zwei Beobachtungen von HANS VÖRNER-Leipzig.

1. **Vom Erythema nodosum.** Es handelt sich um eine Frau, welche an verschiedenen Stellen des Körpers subcutane bewegliche Knoten hatte, welche spontan verschwanden; später zeigten sich an den Beinen typische Knoten von Erythema nodosum, die unter Salicyl ebenfalls schwanden. Verfasser hält auch die ersten Knötchen für eine besondere Form von Erythema nodosum. Der Fall erinnert an Fälle von Jodakne, doch liegt, abgesehen von der Ätiologie, ein Hauptunterscheidungsmerkmal zwischen Jodakne und dem Erythema nodosum darin, daß die subcutanen Effloreszenzen der Jodakne noch weiter entwicklungsfähig sind. Sie gestalten sich mitunter zu prominenten Knötchen, deren Oberfläche andere Veränderungen, z. B. gangränösen Zerfall, erleiden kann. Die subcutanen Knötchen im vorliegenden Falle dagegen zeigten, einmal vorhanden, entsprechend den Effloreszenzen des Erythema nodosum überhaupt, kein peripheres Wachstum mehr, sondern schwanden bald wieder.

2. **Über Jodakne vom Typus des Erythema nodosum.** Im Anschluß an obigen Fall teilt Verfasser eine Beobachtung von nodösem Jodexanthem mit und bespricht die Differentialpunkte.

IV. **Zur Frage der Blastomykose der Haut,** von J. FABRY und H. KIRSCH-Dortmund. Die Blastomykose der Haut ist eine sehr seltene Erscheinung; im ganzen weist die Literatur bisher nur 48 Fälle auf, von denen nur zwei aus Europa, die übrigen aus Amerika stammen, fünf Fälle davon verliefen letal. In 20 Fällen blieben Züchtung und Tierexperiment ohne Resultat; doch fanden sich Pilze konstant im Ausstrichpräparat und Schnitt. Ein Fall von DUBREUILH ist der dritte europäische, und Verfasser hatten

Gelegenheit, einen vierten zu beobachten bei einem 85jährigen Berginvaliden, bei dem am meisten Rücken und Gesäßgegend befallen waren. Die klinische Beschreibung zeigt, daß es sich unzweifelhaft um Blastomykose handelt; das histologische Ergebnis bestätigt die Diagnose. Es handelt sich um Abscesse der Cutis im Zusammenhang mit oder ausgehend von den Talgdrüsen der Haut. Die Hefen sind viel kleiner als Lympho- oder Leukocyten, zeigen scharfe Kontur, in der Mitte oft ein kleines Pünktchen und liegen charakteristisch vielfach zu zweien, viere und zu mehreren in Sprossung zusammen. In Serienschnitten läßt sich die Fortsetzung einer Dehle bis tief in den erweiterten Ausführungsgang des erweiterten Komedo verfolgen, und auch dort finden sich die Hefen. Es scheinen also die Lieblingstellen für die Hefeninvasion die Komedonen zu sein. In den Schnitten war der Nachweis der Hefen leicht, doch gelang es nie, bei sehr zahlreichen Deckglaspräparaten im Sekret von Komedonen sowie von Pusteln, kleineren und größeren Abscessen Hefen nachzuweisen; ebenfalls schlugen alle Versuche, aus demselben Sekret sowie aus Gewebepartikelchen der krankhaften Tumoren Reinkulturen zu gewinnen, fehl; die klinischen Symptome lassen sich in ihren verschiedenen Abstufungen teils als akneähnliche Pusteln und kleinere Abscesse deuten, die größeren Tumoren erinnern an Gummata oder auch wieder mehr an Skrophulodermen. Sehr charakteristisch ist die schwammige Konsistenz der Tumoren, sowie das nicht ausgesprochen eitrige, sondern mehr hell-sulzige Sekret.

V. Über *Piedra nostras*, von LUDWIG WAELSCH-Prag und EMANUEL FREUND-Triest. Der Träger der Affektion war ein Polizist, der schon seit längerer Zeit das Auftreten harter Knötchen an seinen Schnurrbarthaaren beobachtete. Dabei zeigten die Schnurrbarthaare anstelle der Knötchen keine Brüchigkeit und behielten die ganze Zeit über ihre ursprüngliche Länge bei. Es fanden sich in seinem dicken Schnurrbart beiderseits mehrere lange blonde Spitzenhaare, welche in ihrem Verlaufe kleine bräunliche, bis mohnkorngroße, mäßig harte, kugelige Auflagerungen aufwiesen, welche vom Haare in der Mitte durchbohrt werden, es also allseits umgeben. Außerdem fanden sich etwas längere, die Haare umschließende Scheiden, welche, wie gehackte Perlen en miniature auf dem Haare aufgefädelt, ihm sehr fest anhafteten. Die Massen haften sehr fest am Haar. Die Haut der Oberlippe ist völlig normal. Die Masse besteht ausschließlich aus Pilzen, und zwar überwiegend aus ovalen, stark glänzenden Sporen von sehr wechselnder Größe, welche mosaikartig aneinander gelagert sich gegenseitig abplatteten, facettieren und nur an dem Randpartien der Auflagerungen, auch hier und da an den makroskopisch scheinbar gesunden Haarpartien kurze, gegliederte Pilsfäden erkennen lassen, welche, an manchen Stellen sich vielfach überkreuzend, ein lockeres Maschenwerk bilden. Mittels Färbung gelang es, auch an von den kompakten Pilsmassen weit entfernten Stellen kleine Pilsnester aufzudecken, die, der Cuticula aufliegend, aus kleineren Sporenanhäufungen bestanden, von denen nach allen Seiten Mycelien ausstrahlten; ferner fanden sich an den Grenzen der dichten Pilzcyliner, sowie auch in der Nachbarschaft der kleinen Herde mehr oder weniger zahlreiche Staphylokokkenkolonien. Nach dem klinischen Bilde der Erkrankung, dem Ergebnis der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung der Haare, nach dem Aussehen des Pilzes und der erhaltenen Reinkulturen zeigte sich der Fall als *Piedra nostras* im Sinne UNNAS, der Pilz war eine Trichosporon.

VI. Ein Fall von Elephantiasis teleangiectodes der rechten unteren Extremität und Skrotalhälfte mit hemiatrophischer Hypoplasie der rechten Gesichtshälfte, von WILHELM WECHSELMANN-Berlin. Ein 24jähriger Mann hatte seit seinem sechsten Lebensmonate Zeichen von Elephantiasis im Gesicht und an den unteren Extremitäten. Jetzt ist das Gesicht des Mannes auffallend asymmetrisch, die

rechte Hälfte verkleinert, an dem Schwund sämtliche Weichteile und die Knochen beteiligt; die Gesichtshaut ist atrophisch und besonders stark am unteren Augenlid und der Unterlippe. Die Haut ist überall weich, Haare fehlen auf der Oberlippe mit Ausnahme des Mundwinkels ganz. Das Unterhautfettgewebe fehlt, so daß die Knochen, besonders der Jochbogen, sehr scharf hervortreten. Ober- und Unterkiefer sind stark verkleinert, die Nase steht schief, stark nach rechts. Die rechte Zungenhälfte ist stark verschmälert und weicht etwas nach der kranken Seite ab. Muskelbewegungen normal, ebenso elektrische Erregbarkeit. Die Affektion schneidet überall scharf in der Mittellinie ab. Die ganze rechte untere Extremität und die rechte Skrotalhälfte ist besät mit kirsch- bis taubeneisgroßen, dunkelblauen, ausdrückbaren, über die Haut, welche darüber oft papierdünn ist, hervorragenden Tumoren, die sich als Konvolute von Strängen anfühlen, in denen oft erbsengroße harte Gebilde (Trauben) sich durchtasten lassen. Am Skrotum und der Raphe überragen sie stellenweise die Mittellinie etwas, auch sind am rechten Skrotum die Venen varikös entartet und der rechte Hoden atrophisch. Die Tumoren sind am Oberschenkel am zahlreichsten. Das ganze Bein ist abgemagert, die Haut verdünnt, Behaarung normal. Am ganzen Körper zerstreut sind vereinzelte flockenförmige Pigmentnaevi bemerkbar.

VII. Ein Fall von *Impetigo herpetiformis* von EUGEN BORSECKI-Krakau. Den 28 bisher beobachteten Fällen dieser seltenen Hautkrankheit fügt Verfasser einen typischen neuen hinzu, welcher wiederum eine Gravida betraf und in Heilung überging. Im Blute fanden sich ebenso wie im Pustelinhalt *Staphylococcus albus* und *Streptococcus*. Sonst bietet auch dieser Fall nichts Neues, welches Aufklärung über die rätselhafte Erkrankung geben könnte. Die bisherigen Beobachtungen zeigten etwa folgendes: Die *Impetigo herpetiformis* stellt eine dermatologische Einheit vor, die mit keiner anderen bekannten Hautkrankheit zu verwechseln ist. Wir sind nicht mehr berechtigt, dieselbe als eine Schwangerschaftsdermatose zu betrachten. Die Gravidität und das Wochenbett bilden ein prädisponierendes Moment für das Leiden. Die Ätiologie ist bis jetzt nicht genügend aufgeklärt; viel spricht dafür, die *Impetigo herpetiformis* als einen pyämischen Prozess anzusehen. Den Schwangeren, bei denen die *Impetigo herpetiformis* auftrat, droht bei einer neuen Schwangerschaft die Gefahr eines Rezidivs. Die Prognose ist nicht als sehr ungünstig zu stellen, indem auf 34 Beobachtungen 19 Todesfälle und 14 Heilungen notiert sind.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

## Dermatologische Zeitschrift.

1905. Heft 12.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels Glimmlicht, von HERMANN STREBEL-München. STR. ist es nach langen Versuchen gelungen, Apparate zu konstruieren, die eine direkte Bestrahlung der Harnröhrenschleimhaut mit Induktionsfunken- und mit Glimmlicht ermöglichen; die Lichtquelle ist bei dem Verfahren in der Urethra selbst untergebracht; zur Erzeugung beider Lichtqualitäten genügt ein Induktorium von 15 bis 20 cm Schlagweite. Der „Glimmlichtbestrahler“ ist folgendermaßen konstruiert: An eine enge, aus Quarzfluß hergestellte Röhre ist eine größere Aufreibung angeblasen, in welcher die Kathode liegt. Die Anode wird in Form eines langen Aluminiumdrahtes in die enge Röhre geführt und von dieser durch ein zweites dünnes Glasrohr isoliert; in der Nähe der Kathode ist dieses Kabel von einem dritten starken Glasrohr umgeben, weil die in der Nähe auftretende heftige Spannung die einfache Glasisolierung leicht durchschlägt. Wird der Apparat an die Sekundärpole eines Induktors angeschlossen, so leuchtet der ganze Raum des engen Rohres seiner

vollen Länge nach in hellem Lichte auf, das je nach dem Vakuumszustand des Rohres blendend weiß bis violett ist. Dieses Glimmlicht ist ungemein reich an ultravioletten Strahlen und wirkt entzündungserregend und bakterientötend; STR. verwendet es daher zur Behandlung chronischer Harnröhreneiterungen, speziell chronischer Blennorrhöen. Der Apparat wird, mit Glycerin befeuchtet, wie ein Katheter in die Urethra des bequem auf einem Lehnstuhl sitzenden Patienten eingeführt. Nach der Einführung erfafst der Kranke mit der linken Hand das Glied, mit der rechten den Bestrahler an dem verdickten Röhrteil unterhalb der Auftreibung, dann werden die beiden Sekundärleitungen des Induktors mittels Kabels in die Ösen des Instruments eingehängt und der Strom eingeschaltet. Zur Erzeugung einer Lichtentzündung genügt bei Anwendung des Glimmlichtbestrahlers aus Quarz, wie er oben beschrieben ist, eine einzige Sitzung von 40 bis 120 Minuten Dauer; während derselben darf der Patient seine Körperhaltung nicht verändern, dagegen wird der Bestrahler alle 10 bis 15 Minuten um 45° gedreht, damit alle Partien der Harnröhrenschleimhaut gleichmäßig stark belichtet werden. Die Entzündung soll eine möglichst intensive sein; auch wenn sie noch so stark wird, heilt sie innerhalb weniger Tage ohne Narbenbildung ab. Die äußeren Zeichen der Entzündung sind Schmerzhaftigkeit beim Urinieren, mehr oder weniger lebhaftes Sekretion und Rötung der Harnröhrenmündung; sobald diese Erscheinungen verschwunden sind, wird von neuem bestrahlt. Sollen nur einzelne Schleimhautstellen von dem chemisch wirksamen Lichte getroffen werden, dann überzieht man das Quarzrohr des Bestrahlers, mit Ausnahme der den Krankheitsherden entsprechenden Teile, mit Schellackfirnis. Zur Behandlung der tiefgelegenen Teile der Pars posterior dient ein eigens konstruiertes Instrument. — Mit seinem Glimmlichtbestrahler hat STR. bisher ca. 55 Fälle von chronischer Blennorrhoe behandelt; die Erfolge waren vorzügliche. Um die Wirksamkeit der Methode zu beweisen, teilt er drei Fälle mit, die „vorher vom Spezialisten mit allen möglichen Mitteln bearbeitet worden waren“, aber erst durch die Glimmlichtbehandlung zur Ausheilung kamen. Bei akuter Blennorrhoe verursacht das Verfahren zu heftige Reizerscheinungen; STR. hofft, daß sich hier der von ihm erfundene Induktionslichtbestrahler für Körperhöhlen verwenden lassen wird.

Das Induktionsfunkenlicht für Körperhöhlenbestrahlung ergänzt STR. auf folgende Weise: In engen, den jeweiligen Körperhöhlenformen angepaßten Quarzröhren liegen voneinander isoliert in zwei dünneren Glasröhrchen zwei Elektroden mit einem kleinen Abstand von  $\frac{1}{2}$  cm, der als Funkenstrecke dient. Die beiden isolierenden Glasröhrchen sind zugleich Zu- und Abfuhrrohr für einen Luftstrom, der die durch die Funkenstrecke bedingte Erhitzung auf ein Minimum zurückführt und zugleich die sich bildenden Gase ableitet. Der Funke, der durch eine kleine, parallel zum Instrument in die Stromleitung geschaltete Leydnerflasche kondensiert ist, springt mit lebhaftem Geräusch innerhalb des Quarzrohres an der Funkenstrecke über und strahlt dabei ein helles Licht aus, das blaue, violette und ultraviolette Strahlen enthält und stark bakterientötend und entzündungserregend auf Haut und Schleimhäute wirkt. — Bisher hat STR. den Induktionsfunkenlichtbestrahler hauptsächlich bei Krankheiten der hinteren Harnröhrenpartie, speziell zur Belichtung circumskriptier Herde verwendet.

Die sämtlichen Instrumente sind durch C. Distler-München (Widenmayerstr. Nr. 4) zu beziehen. *Götz-München.*

### **Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.**

Bd. II. Heft 11.

**Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten**, von O. GROSS-München. In dieser eigentlich für eine frühere Nummer d. *Monatsschr. f. Harnkrankh. u. sex. Hyg.*

eingeschickten Zuschrift wendet sich G. gegen einige von BLOKUSZAKI (Heft 7) erhobenen kritischen Bemerkungen und betont in erster Linie den Wert der Unersetzlichkeit als Hauptvortrag der von ihm empfohlenen Prophylactica.

Ein Ulcus venereum von großem Umfange, von M. POMOSS-Budapest. Bei einem 28jährigen Manne bestand am Sulcus coronarius und in weiterer Ausdehnung bis zur Entblößung eines erheblichen Stücks des Corpus cavernosum seit fünf Wochen ein Ulcus molle. Dasselbe hatte zu einem Abscessus geführt, der ausgiebig, wie P. meint, allzu ausgiebig eröffnet worden war. Trotz der Schwierigkeiten gelang es schließlich, ein ziemlich gutes Resultat zu erzielen. Unter namen Verbänden, Ätzungen mit  $\frac{1}{3}$ -8 % Lösung von Acidum nitricum, ferner, sobald die Empfindlichkeit dies zuließ, Alumen ustum als Streupulver heilte das Geschwür allmählich unter Hinterlassung nur eines unwichtigen Schönheitsfehlers aus.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. MARASSEIN-St. Petersburg. (Fortsetzung.) Auf seiner Wanderung gelangte M. nun von Königsberg nach Berlin. Aus seiner Schilderung, welche natürlich vieles dem deutschen Leser vollkommen Bekanntes enthält, mag nur hervorgehoben werden, daß er die Verhältnisse in bezug auf Lokalität bei der Berliner Universitäts-Poliklinik unter aller Kritik angetroffen hat, und ferner, daß er die Behandlung, welche den erkrankten Prostituierten zuteil wird, gelinde gesagt, viel zu strenge und scharf findet. Man braucht nicht den Vorwurf der Gefühlsduselei zu fürchten, wenn man offen sagt, daß ein allzustrenghes Regime einerseits für die Genesung nicht förderlich sein wird und andererseits der Verbreitung der venerischen Leiden indirekt Vorschub leistet, indem die Angst vor dem Krankenhaus die Dirnen veranlaßt, die allerraffinirtesten Mittel auszusinnen, um ihre Erkrankung zu verheimlichen und der Behandlung zu entgehen.

Über Prostitution und Homosexualität, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltensamkeitsstörungen, von W. HAMMER-Berlin. Verfasser hat sich der wenig erquicklichen Aufgabe unterzogen, zahlenmäßig festzustellen, welchen Umfang der Amor lesbicus unter den auf der Dirnenstation in Behandlung befindlichen Prostituierten angenommen hat. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den in Erziehungsanstalten befindlichen Mädchen und den von der Sittenpolizei zur Zwangsbehandlung eingelieferten Kranken. Die erstere Gruppe umfaßte 25 Individuen; unter diesen befanden sich wenigstens 20 Lesbierinnen, während unter den 131 polizeilich eingelieferten Personen das Verhältniß sich auf etwa 50 % stelle. Von den gesamten 156 Dirnen waren zu bezeichnen: als Lesbierinnen 70, als zweifelhaft 10 und als normal 76.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

### The British Journal of Dermatology.

Dezember 1905.

Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa, von E. GRAHAM LITTLE.  
(Fortsetzung.)

Eine Mitteilung über Teak-Dermatitis, von WILLMOTT EVANS. Verfasser beschreibt ein der durch *Primula obconica* hervorgerufenen Dermatitis durchaus gleichendes Krankheitsbild bei einem Zimmermann, bei welchem die Ursache nach den Angaben des Mannes zweifellos in der Beschäftigung mit Teakholz (Thekholz) zu suchen ist. Teakholz wird seiner großen Härte und Widerstandsfähigkeit wegen zu Schiffbauten und Treppenanlagen vielfach benutzt. Der Patient hatte bereits ein Jahrzehnt zuvor, da er beständig unter heftiger Dermatitis, besonders der Hände, des Gesichts und des Halses, zu leiden hatte, die Beschäftigung mit Teakholz aufgeben müssen;



erst dann heilte die Dermatitis. Jetzt war er durch längere Arbeitslosigkeit wieder zur Annahme einer Stellung genötigt worden, in der er mit Teakholz zu arbeiten hatte; schon nach zwei bis drei Tagen stellte sich das Hautleiden wieder ein und breitete sich über den ganzen Körper aus. Der Patient teilte weiter mit, daß unter den Teakholz-Arbeitern eine derartige Erkrankung nicht selten sei. Besonders gefährlich sei der Teakstaub, der beim Abreiben des sehr harten Holzes mit Glaspapier entstehe. Verfasser hat in der Literatur Angaben über Teak-Dermatitis nicht finden können; seiner Meinung nach ist ein in dem Holz des Stammes (nicht in dem der Rinde) enthaltenes aromatisches Öl die unmittelbare Ursache der Dermatitis.

A. Loessold-Golmar.

### Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 21.

1. Die künstlich herbeigeführte Verwachsung der beiden Hoden, von MAUOLAIRE. M. hat vor Jahren in den *Ann. génito-urin.* (1903 S. 1077) mitgeteilt, daß er in mehreren Fällen von Retentio testis inguinalis nach Loslösung des retinierten Hodens auf operativem Wege eine Vereinigung und Verwachsung der beiden Hoden im Skrotum herbeigeführt hat, und daß die unmittelbaren Erfolge des Eingriffs sehr gute waren. Das Verfahren ist folgendes: Nach Ablösung der den verlagerten Hoden fixierenden Gewebestränge wird das Septum des Skrotums in seiner ganzen Länge durchschritten, die Tunica vaginalis des an normaler Stelle liegenden Hodens eröffnet und an beiden Hoden an der Innenseite aus der Albuginea ein kleines raufenförmiges Stück exzidiert; dann werden die Wundränder der beiden Albugineae miteinander vernäht und die Vaginales durch Naht zu einem Sack geschlossen, der beide Hoden gemeinsam umschließt und durch einige Nähte am Skrotum in der Mittellinie fixiert wird. M. hat das Verfahren, das er „artifizielle Synorchidie“ nennt, bisher in 14 Fällen angewandt; fünf davon sah er nach längerer Zeit, zum Teil nach Jahren wieder und überzeugte sich davon, daß die Dauerresultate durchaus befriedigende sind; die Methode ist der einfachen Orchidopexie jedenfalls vorzuziehen.

Neuerdings hat M. das Verfahren verbunden mit Resektion der dilatierten Venen auch in vier Fällen von Varicocele ausgeführt und war auch hier mit den Erfolgen recht zufrieden; es scheint, daß sich durch den Eingriff die Schmerzen dauernd beseitigen lassen. Außerdem ist die artifizielle Synorchidie indiziert bei Patienten, bei denen gelegentlich einer Operation ein Vas deferens durchschnitten worden ist. In Fällen, in denen die Ausscheidung des Spermas durch einen blennorrhöischen Knoten im Schwanz des Nebenhodens behindert ist, und beim Vorhandensein multipler Cysten im Nebenhoden empfiehlt sich die artifizielle Synorchidie mit Transplantation des Vas deferens der kranken Seite in das Corpus Highmori des entsprechenden Hodens. Bei Patienten mit blennorrhöischen Knoten in beiden Nebenhoden könnte zur Beseitigung etwaiger Sterilität die artifizielle Synorchidie mit Transplantation beider Samenleiter in die Hoden versucht werden. Nach einer wegen Tuberkulose vorgenommenen Epididymektomie die Synorchidie auszuführen, wie PASCALE vorschlägt, hält M. nicht für geraten, da unter Umständen noch makroskopisch nicht sichtbare tuberkulöse Herde in dem erhaltenen Rest des Hodens vorhanden sein können; dagegen erscheint die Synorchidie verbunden mit Transplantation des Vas deferens in Fällen angezeigt, in denen ein tuberkulöser Knoten seit langer Zeit ausgeheilt ist.

2. Bemerkung über die Behandlung der Hämaturien bei Prostatikern, von MARCEL DESCHAMPE. D. hat in drei Fällen von schwerer Hämaturie bei Prostatikern durch Injektion einer Antipyrimemulsion in die Blase die Blutung überraschend schnell

und dauernd zum Stehen gebracht. Auf Grund dieser Erfolge empfiehlt er, in solchen Fällen mindestens einmal, bei sehr heftiger Blutung auch mehrmals täglich 10 bis 15 ccm folgender Emulsion in die Blase einzuspritzen:

<i>Antipyrin</i>	5,0—10,0
<i>Gomenol</i>	10,0
<i>Ol. Oliv. sterilis.</i>	100,0

Das Antipyrin fällt aus der Emulsion langsam auf den Blasengrund nieder und löst sich ganz allmählich im Urin; die Wirkung ist infolgedessen eine viel intensivere als bei Einspritzung wässriger Antipyrinlösungen, die durch den Urin sehr rasch stark verdünnt werden und daher bald ihre blutstillende Eigenschaft verlieren.

Göts-München.

### Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1905. Band V, Nr. 22.

Eine in Mossi (im französischen Sudan) befolgte Behandlungsweise bei *Lepros*, von LAFFAY und RUELLÉ. Es kommen hierbei fünf Pflanzen zur Anwendung, aus denen ein Infus und eine Salbe bereitet werden. Von einer Sehlingpflanze, Djiba (*Salacia senegalensis*) nimmt man die Zweige und Wurzeln, ebenso von den kräuterartigen Pflanzen *Stylosanthes Guineensis* und *Gourou-Eidikha*, einer Vernoma-Art; ferner kommen hinzu die Früchte und Wurzeln einer kleinen Staude, Boso-Jua (*Acanthaceae*) und einige Stücke einer Schmarotzerpflanze Quellaba (*Bauhinia reticulata*). Das Infus wird sowohl innerlich wie äußerlich angewandt; die Salbe wird morgens und abends aufgetragen, nachdem die erkrankten Stellen, Ulcerationen und *Maculae* vorher bis zum Austreten von Blut mit den getrockneten und hart gewordenen Früchten von Boso-Jua gerieben worden sind. Die Kur dauert bei Männern 33, bei Frauen 44 Tage.

Behandlung des *Herpes zoster*, von LEULLIER. Verfasser hat bei zwei Patienten mit typischem *Herpes* gute Resultate unter Anwendung des galvanischen Stromes in einer Stärke von 20—50 M. A. erzielt. Von anderer Seite (LABAT) ist dieses Mittel auch empfohlen worden, aber in weit geringerer Stärke, 5—10 M. A. Bei dem einen Falle trat zeitweilig eine Verschlimmerung der Schmerzen ein, wahrscheinlich infolge der allzu intensiven Behandlung mit einer Stromstärke von 60 M. A. Als aber die Kranke sich trotzdem weiter behandeln ließe, trat alsbald Besserung der Schmerzen ein. Im allgemeinen wäre eine Stromstärke von 30 M. A. mit der negativen Elektrode auf den Bläschen, der positiven auf der Austrittsstelle der entsprechenden Nerven bei einer Sitzungsdauer von 30 Minuten am meisten zu empfehlen. (Nach *Rev. médicale*, 27. September 1905.)

1905. Band V, Nr. 23.

Lokalbehandlung der chronischen *Urethritis*, von P. LEBRETON-Paris. Die Therapie muß in erster Linie in Betracht ziehen, ob es sich um eine mit Gonokokken verbundene Entzündung oder um eine mit indifferenten Mikroben oder gar eine sterile, bakterienfreie Affektion handelt. Für die erste Klasse findet L. die JANETschen Spülungen mit ganz schwachen Lösungen von Kal. permangan. (1:5000—6000) am wirksamsten. Bei den beiden anderen Gruppen kommen ebenfalls Spülungen mit Vorteil zur Anwendung; für die mit nicht spezifischen Bakterien einhergehenden Fälle ist das gänzlich reizlose Hg oxycyanür in einer Konzentration von 1:4000 zu empfehlen oder auch Sublimat (1:20000 oder 1:30000). Bei den sterilen Fällen ist Arg. nitric. (1:4000) oder Acid. salicylic (1:2000) vorzuziehen. Spezielle Beachtung ist von OHS besonders hervorgehobenen sogenannten weiten Verengerungen zu

schenken. Verfasser hat sich wiederholt von deren wirklicher Existenz überzeugt. Ferner wird seiner Meinung nach nicht genügend auf die an der oberen Urethralwandung gelegenen LITZESCHEN Drüsen geachtet. Bei urethrokopischer Untersuchung hierauf hin wird man sehr häufig die bräunlichen Orifisien, aus denen ein Tröpfchen Eiter sich entleert, auf entzündlich rotem Grunde entdecken. Zur Behandlung der harten Strikturen verwendet L. mit Vorliebe den KOLLMANN'SCHEN Dilatator, ohne aber allzu energisch vorzugehen, indem er nur alle 8—10 Tage dilatiert und dann nur um höchstens zwei Nummern. (Nach *L'Union méd. du Canada*, 1. November 1905.)

**Die hochfrequenten Ströme bei der Behandlung von Beingschwüren**, von GAUCHER. Das Resultat seiner Beobachtungen faßt G. kurz dahin zusammen, daß die hochfrequenten Ströme jedenfalls keine Panacee bei Beingschwüren darstellen, aber daß ihnen eine ausgesprochene fördernde Wirkung zweifellos zuerkannt werden muß.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

### Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 10.

1. **Idiopathisches multiples Pigmentsarkom KAPOSI (idiopathisches multiples hämorrhagisches Sarkom)**, von F. PARKES WEBER und P. DABES. Aus dem Englischen (*Brit. Journ. of Dermat.*, April 1905) übersetzt von RENÉ MARTIAL. Referat siehe Band 40 S. 608.

2. **Die Frage bezüglich der Quecksilberinjektionen, besonders bei der Tabes und der progressiven Paralyse.** Vortrag, gehalten beim Congrès français de médecine 1904, von LEREDDE. L. empfiehlt hier, wie er es schon in verschiedenen Publikationen getan hat, seine „intensive“ Quecksilberkuren, das heißt die tägliche Injektion sehr großer Hg-Dosen in Form löslicher Quecksilbersalze. Die Dosis muß für einen erwachsenen Mann mindestens 0,02 Hg pro die betragen, in vielen Fällen kann sie noch beträchtlich gesteigert werden, nicht selten sogar bis 0,035 Hg pro die; die Mengen für das Weib sind nach Maßgabe des geringeren Körpergewichts und der geringeren Größe entsprechend kleiner. Zu den Injektionen verwendet L. nur Hydrargyrum benzoicum oder bijodatum oder Sublimat; die in der jüngsten Zeit empfohlenen neuen Quecksilberpräparate scheinen zum mindestens keine Vorzüge gegenüber den alten zu haben. Indiziert sind „intensive“ Quecksilberkuren nach L. bei jedem Syphilitiker im Beginn der Krankheit, dann aber bei syphilitischen Hautaffektionen, welche einer mildereren Behandlung widerstehen, in Fällen, in welchen durch den Erfolg der Therapie die Diagnose rasch sichergestellt werden soll, endlich bei allen syphilitischen Erkrankungen innerer Organe. In den Perioden, in denen wohl eine Quecksilberbehandlung, aber keine „intensive“ Kur angezeigt ist, macht L. mit Vorliebe Injektionen mit Oleum cinereum.

Tabes und progressive Paralyse hält L., wie er ebenfalls schon mehrfach ausgeführt hat, nicht für parasymphilitische, sondern für echte syphilitische Affektionen, die durch eine intensive, frühzeitig einsetzende und lange fortgeführte Quecksilberkur zur Heilung gebracht werden können. Bereits eingetretene degenerative Prozesse oder Narbenbildungen bleiben natürlich auch durch die Quecksilberbehandlung unbeeinflusst; dagegen ist diese imstande, ein Fortschreiten der krankhaften Veränderungen und der Krankheitserscheinungen dauernd hintanzuhalten. In Fällen, in denen die Degeneration schon zu weit vorgeschritten ist, darf man auch vom Hg keine Wirkung mehr erwarten. Wenn bisher nur wenige Heilungen von Tabikern und Paralytikern bekannt wurden, so rührt das nur davon her, daß die Quecksilberbehandlung zumeist nicht früh genug begann, nicht intensiv genug war und nicht lange genug fortgesetzt.

wurde. — Da die Ansichten über die Wirksamkeit der Quecksilberbehandlung bei Tabes und Paralyse noch weit auseinander gehen, schlägt L. vor, von zwanzig Tabikern oder Paralytikern die Hälfte einer intensiven Quecksilberkur in seinem Sinne zu unterwerfen, die andere Hälfte aber mit den sonst üblichen Mitteln zu behandeln, ferner in Fällen von tabischer Amaurose im ersten Beginne intensive Quecksilberkuren anzuwenden und endlich die Wirkung solcher Kuren auf die Lymphocytose der Cerebrospinalflüssigkeit zu kontrollieren; auf diese Weise käme man im Verlaufe einiger Jahre zu Resultaten, die einen sicheren Beweis in der einen oder anderen Richtung darstellten.

Göts-München.

### **Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.**

1905. Nr. 9 und 10.

**Über die Prostatakomplicationen der Blennorrhoe.** Die häufigste dieser Komplikationen ist die einfache Kongestion der Drüse, weniger häufig ist die akute, follikuläre Prostatitis, noch seltener die Phlegmone der Prostata oder die parenchymatöse Prostatitis. Dann kommt die chronische Prostatitis (Prostatorrhoe, Pseudohypertrophie der Prostata).

C. Müller-Genf.

### **Clinica dermosifilopatica della r. Università di Roma.**

1905. Heft 8.

**Papilloma cutaneum epitheliomatous angiomatoides,** von CERONA. 64jähr. Patientin mit einem eigroßen Tumor am Unterschenkel. Die Diagnose stützt sich auf den histologischen Befund: außerordentlich starke Entwicklung der interpapillären Epithelfortsätze (Papillom); andererseits Vorherrschen von epithelialen Wucherungen, welche auch das Bindegewebe von allen Seiten überwuchern und sich stellenweise konzentrisch, zwiebelschalenartig anordnen und sich dadurch als epitheliomatöse Neubildung charakterisieren; Ansammlung von Blutkörperchen in Hohlräumen und interstitielle Hämorrhagien. Ätiologisch könnte allenfalls ein Trauma in der Kindheit in Frage kommen (Zerquetschung der großen Zehe unter einem Wagenrade); ein direktes Trauma hatte nicht stattgefunden.

**Epididymitis blennorrhagica,** von PISMATARO. Es kam dabei zu einer partiellen Nekrose des Samenstranges.

**Drei Fälle von Syphiloma elephantasticum,** von COGLIATI-DEZZA, PONZI, MATTEI. Lokalisation an den großen Schamlippen.

**Pellagra erythematosa,** von RUMMO. Neben dem typischen pellagrösen Erythem bestand bei dem Patienten eine chronische Enteritis und Störungen von seiten des zentralen Nervensystems (melancholische Depression), welche letztere längere Zeit vor dem Ausbruch der Hauterscheinungen bestanden hatten. Verfasser sieht hierin einen neuen Beleg für die Auffassung, nach welcher die Pellagra in ihren Haut- und intestinalen Manifestationen weiter nichts als der Ausdruck einer nervösen Störung ist. Bei dem Patienten bestand gleichzeitig eine Psoriasis der Kopfhaut, eine Affektion, deren parasitäre Natur für den Verfasser außer Zweifel steht und die übrigens in dem vorliegenden Falle mit der Pellagra keinen Zusammenhang hat.

**Ein Fall von frischer Syphilis,** von MASSARDO. Es handelt sich um eine Prostituierte mit kongenitaler Pigmenthypertrophie, bei der sich ein sehr intensives Syphiloderma (Roseola, Papeln, warzenartige Exkreszenzen) nebst allgemeiner Lymphdrüenschwellung und katarrhalischer Pharyngitis entwickelte. Der Verfasser ist der Ansicht, daß in dem vorliegenden Falle die kongenitalen Pigmentanomalien gleichsam

einen Locus minoris resistentiae bildete, auf dessen Basis sich das ausnehmend schwere Eranthem entwickelte.

**Fall von gummäser Ulceration in der Umgebung der Malleolus, von MAZZETTI.** Die Ulceration hatte ein nomaartiges Aussehen, verursacht durch eine spezifische Endoarteriitis.

**Veränderungen an den Federn und in der Haut von Tauben, bei denen Operationen am Gehirne vorgenommen wurden, von SARACENI.** Diese operativen Eingriffe bestanden in teilweiser Abtragung von Gehirnabschnitten. Die Veränderungen in den genannten Hautorganen bestanden in atrophischen Erscheinungen, die an nicht operierten Kontrolltieren fehlten.

**Spätformen der hereditären Syphillis, von CANDIDORI.** 23jährige Frau mit einer rupiaartigen Eruption, deren Elemente zu größeren Plaques konfluieren; daneben Narben, von denen einige eine rosarote oder gelblich-rote, andere eine perlmuttarartige Färbung zeigen. Allgemeine Atrophie der Haut, die ein erfahles Aussehen hat.

**Condylomata acuminata, von PAGLIARO.** 56jährige Frau. Die Condylome, die sich auf den Labien und deren Umgebung entwickelt hatten, zeigten ein papillomartiges Aussehen. Außerdem bestand ein „psoriasisartiger“ eitriger Katarrh des Cervikalabschnittes des Uterus. Im Epithel der condylomatösen Exkreszenzen und auf der Schleimhaut des Uterushalses wurden Gonokokken nachgewiesen.

*C. Müller-Genf.*

---

### Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1905. Heft V.

**Tetaniforme Anfälle im Verlaufe einer Blennorrhoe, von G. FERRARI.** Im Verlaufe einer besonders schmerzhaften Blennorrhoe wurde bei einem Patienten eine Reihe von tetanusartigen Krampfanfällen (im ganzen sieben) beobachtet, mit Trismus, Krämpfen in den Extremitäten, leichter Temperaturerhöhung. Der Fall endete mit vollständiger Heilung. Der Verfasser glaubt nicht, daß es sich um eine einfache Koinzidenz oder um Simulation gehandelt habe, sondern er ist der Ansicht, daß die nervösen Störungen auf Rechnung der Blennorrhoe geschrieben werden müssen, indem auch andere Autoren nervöse Störungen im Verlaufe von Blennorrhoe konstatiert haben (heftige Kopfschmerzen, Phobien, Melancholie, Pachymeningitis, Paraplegien, Neuralgien usw.).

**Die obliterierende Endarteriitis und die perikapilläre Infiltration als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei dem Syphilitikern, von SARACENI.** Die histologischen Untersuchungen des Verfassers haben ihm die Gewissheit verschafft, daß diese Veränderungen auf endo- und perivaskuläre Infiltrationen zurückzuführen sind. In einzelnen Fällen war die Purpura von Enterorrhagien und Hämatemese begleitet. Sie sind einer Heilung mittels Quecksilberbehandlung zugänglich.

**Beitrag zum Studium der phagedänischen Geschwüre der heißen Länder, von A. BREDA.** Es handelte sich um einen Italiener, der als Geometer mehrere Jahre in Argentinien und besonders in Brasilien zugebracht und dort die Affektion akquiriert hatte. Diese bestand in sehr hartnäckigen, allen Behandlungen trotzensen Geschwüren, die zuerst an einer großen Zehe, dann an der Ohrmuschel und am Augenlid auftraten. Sie zeichneten sich vornehmlich aus durch ihren torpiden Verlauf, ihr Vordringen hauptsächlich nach der Tiefe (bis auf die Sehnen und den Knorpel) und stimmten auffallend überein mit der von anderen Autoren als phagedänische oder

chronische Geschwüre der Tropen beschriebenen Affektion. Spezifische Mikroorganismen wurden nicht vorgefunden. Tuberkulose und Syphilis, Lepra, Boubas, sowie andere Arten von Granulomen konnten auf Grund des histologischen Befundes ausgeschlossen werden.

Über eine umschriebene, chronische, warzenartige Dermatitis der Hände, von BOSCELLINI. Der Verfasser beschreibt zwei Fälle dieser Affektion und resümiert das Resultat seiner Untersuchungen wie folgt: Es gibt eine Art von Dermatitis verrucoides, welche die unbedeckten Körperstellen befällt, in vereinzelten oder multiplen Plaques auftritt und auf den ersten Blick das Aussehen der Tuberculosis verrucoides gewährt. Das warzenartige Aussehen der Dermatose wird verursacht durch keratöse Epithelproliferationen in den Haar- und Schweißdrüsenfollikeln; es entstehen dadurch fortwährend und auf der ganzen Plaque cystische Bildungen mit hornartigem Inhalt, wie sie sekundär bei den verschiedensten, besonders aber bei bullösen Dermatosen konstatiert werden. Der entzündliche Prozess in der Cutis, mag derselbe nun primär oder sekundär sein, zeigt die Eigenschaften eines Granuloms und kann in Eiterung übergehen. Es läßt sich nicht feststellen, ob der Prozess als granulomatöse Dermis in der Cutis beginnt und sich dann die Veränderungen in der Epidermis und die Cysten hinzugesellen, wie dies bei anderen Hautprozessen geschieht. So viel scheint jedoch sicher zu stehen, daß die Cysten bereits am Anfange der entzündlichen Veränderungen auftraten und nicht erst beim Erlöschen desselben. Die Ätiologie der Affektion ist noch in Dunkel gehüllt, da bis jetzt als Mikroorganismen nur gewöhnliche Eiterkokken vorgefunden wurden.

**Keratoma palmare et plantare hereditarium**, von SORRENTINO. Der Verfasser beschreibt zwei typische Fälle dieser Affektion; bei beiden Patienten bestanden neben den Veränderungen an den Handtellern und Fußsohlen keine an anderen Körperstellen, und zählt der Verfasser Komplikationen wie die von GAUCHER-MILLAN beschrieben entschieden zu den atypischen Fällen. Bei der einen Patientin konnten die Veränderungen durch fünf Generationen hindurch verfolgt werden. Verfasser betont den geringen Erfolg der Therapie bei dieser Affektion (Keratolytica). Etwas dauerhaftere Resultate schien ihm die Lichtbehandlung nach der Methode von FISHER zu liefern.

Über das primäre multiple Hautsarkom von KAPOSI, von PELAGATTI. Der Verfasser beschreibt ausführlich vier Fälle dieser Affektion. Jeder derselben wies seine Besonderheiten auf. Bei dem ersten wurden hauptsächlich Körperstellen befallen und blieben es während der ganzen Dauer der Krankheit, die gewöhnlich frei bleiben oder wenigstens erst zuletzt an die Reihe kommen; so waren nach 2½ Jahren der Kopf, die Hände und Füße noch unberührt. Beim zweiten waren vier Jahre nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen an den Beinen noch keine krankhaften Veränderungen am Kopfe, den oberen Extremitäten, den Genitalien sichtbar. Ferner wurden bei demselben auf der Haut feuchte, ekzemartige Erosionen konstatiert, während bekanntlich beim Sarkoma KAPOSI die Infiltrate kaum zur Ulceration kommen. Die Ursache dieser ausschließlichen Lokalisation an den Beinen dürfte in dem Bestehen von Varicoen zu suchen sein, die bei dem Patienten ziemlich stark entwickelt waren. Der dritte Fall zeichnet sich aus durch das Vorhandensein von voluminösen Telangiektasien in der Haut der befallenen Körperstellen. Der Patient war außerdem vor dem Auftreten der Sarkomatose von einem apoplektischen Anfall befallen worden und die sarkomatösen Neubildungen blieben lange auf die gelähmte Extremität beschränkt. Der vierte Fall ist wegen der außerordentlich raschen Ausbreitung der Krankheit und der Schwere der Erscheinungen bemerkenswert. Dieser Patient hatte

schwere Entbehrungen und Strapazen durchgemacht, was vielleicht bei dem besonders schweren Verlaufe in Betracht kommen dürfte.

Die Blutuntersuchung von zwei der beschriebenen Fälle ergab eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen, welche stets mit der Intensität der lokalen Erscheinungen im Zusammenhange stand, so daß die Hyperleukocytose jeweilen mit dem Zunehmen der sarkomatösen Infiltrate zusammenfiel.

Was die Wirkung des Arseniks bei der in Frage stehenden Affektion anbelangt, so konnte der Verfasser fast stets eine deutliche Besserung konstatieren. Diese Wirkung war aber immer eine nur ganz vorübergehende.

Der Verfasser ist von der malignen, neoplastischen Natur des Sarkoma KAPOSI vollständig überzeugt, und hält er dieselbe nicht allein für unheilbar, sondern auch für tödlich.

**Über das Symptom von NIKOLSKY beim Pemphigus, von M. TRUFFI.** Dieses Symptom besteht in der abnormen Leichtigkeit, mit der sich die Epidermis durch einfaches Abreiben von der unterliegenden Cutis abheben läßt. NIKOLSKY hatte die Erscheinung als typisch für den Pemphigus foliaceus erklärt, und verschiedene Autoren hatten sich seiner Ansicht angereiht. Nun aber erklärt TRUFFI, gestützt auf einige Fälle eigener Beobachtung, daß das Zeichen keineswegs für den Pemphigus foliaceus als pathognomisch betrachtet werden kann, obwohl er es regelmässig bei dieser Affektion angetroffen hat; es kommt auch in einigen Fällen von wahren, chronischem Pemphigus vor. In prognostischer Beziehung braucht dasselbe nicht als absolut ungünstig betrachtet zu werden, wie dies NIKOLSKY und die meisten Autoren behauptet haben, die sich mit dem Gegenstande befaßt haben. Auch kann es zum Nachweis des Fortbestehens des krankhaften Prozesses verwendet werden, wenn auf der Haut die charakteristische Eruption fehlt, und konnten DANLOS und Verf. das Symptom noch einige Monate nachweisen, nachdem die Bildung der Blasen aufgehört hatte. In bezug auf die Lokalisation des Phänomens hat der Verfasser die Beobachtung gemacht, daß es beim Pemphigus der Neugeborenen meistens nur an den unteren Extremitäten vorkam.

C. Müller-Genf.

**Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie**  
(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

Januar 1906.

**I. Die pathogenen Haarpilze (Trichophyton, Microsporon, Favus), von FRANCISZEK KRZYŻTAŁOWICZ.** Verfasser hat sich zur Aufgabe gemacht, die in Polen herrschenden mykotischen Haarkrankheiten einer genauen bakteriologischen Prüfung zu unterziehen und die dabei konstatierten verschiedenen Pilzarten mit den in anderen Ländern beschriebenen zu vergleichen. Nach eingehender Besprechung der Methoden der klinischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung der mykotischen Haarkrankheiten geht Verfasser zur Schilderung der Gruppe des Trichophyton und der durch dieselbe hervorgerufenen Erkrankungen über. Die beiden Arten des Trichophyton megalosporon endothrix (Mycelium resistens, Cultura crateriformis und Mycelium fragile, Cultura acuminata), sowohl wie das Trichophyton megalosporon ectothrix et endoectothrix werden eingehend nach PLAUT und SABOURAUD beschrieben. In den eigenen Fällen von Trichophyton megalosporon endothrix konnte Verfasser keine kraterförmigen Kulturen erhalten; die Pilze mit starken Mycelien lieferten polsterartige Kulturen mit einer zentralen Vertiefung und radiären Verzweigungen in den Nährböden; auch die zweite Abart war von der SABOURAUDSchen Form verschieden und ähnelte am meisten dem in Italien beschriebenen Typus (Trichophyton violaceum).

Aus den Fällen von *Sycosis nodularis* erhielt Verfasser einen Pilz, der dem *Trichophyton faviformis* ähnlich ist; aus der *Sycosis impetiginiformis* wurden verschiedene Kulturen erhalten, ohne daß deutliche klinische Unterschiede konstatiert werden konnten. Die Arbeit ist mit ausgezeichneten photographischen Abbildungen der Kulturen illustriert. (Fortsetzung folgt.)

**II. Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs (*Gangraena spontanea syphilitica*), von KAROL SZADEK.** Die Frage der verschiedenen Formen der spontanen Gangrän, der Diagnostik und Behandlung derselben wird im allgemeinen von den Autoren stiefmütterlich behandelt. Verfasser beabsichtigt, nächstens über diese Frage eine Arbeit zu publizieren; einstweilen beschränkt er sich auf die spontane Gangrän, deren Symptome infolge syphilitischer Prozesse in den Arterien entstehen.

Nach eingehender Besprechung der diesbezüglichen Literatur wendet sich Verfasser zur Schilderung eigener Fälle. Der erste Fall zeichnet sich durch Schwere des Prozesses aus. Er betrifft einen 29jährigen Mann mit spontaner Gangrän des rechten Fußes. Patient hat vor einigen Jahren Lues durchgemacht und dieselbe öfters durch längere Zeit behandelt. In letzter Zeit Abusus in Baccho et Venere. Auf Grund der Anamnese, klinischer Symptome und des Alters der Patienten wird vom Verfasser die Diagnose auf Endo-Periarteriitis der Gefäßwände der unteren Extremitäten gestellt, infolge deren sich Schwellung beider Unterschenkel und Füße und dann fortschreitende spontane luetische Gangrän der Zehen des rechten Fußes entwickelte.

Die energische kombinierte Jodquecksilberkur war erst nach drei Monaten imstande, den Prozeß am rechten Fuße zu lokalisieren, wobei sich auch das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert hat. Nach Lokalisieren der Gangrän wurde der nekrotische Teil des rechten Fußes amputiert. Die anatomisch-pathologische Untersuchung des amputierten Fußteils ergab, konform mit der klinischen Diagnose, typische Erscheinungen der Endo-Periarteriitis aller größeren und kleineren Arterien. Nach langsamer Heilung der Operationswunde war Patient für etwa drei Jahre von allen Beschwerden befreit. Nach dieser Frist entstand aber ein Rezidiv der Gangrän in der Operationsnarbe; diesmal konnte die energische, monatelange, spezifische Behandlung dem Prozesse nicht Einhalt tun und die Extremität mußte über dem Knie abgetragen werden. (Fortsetzung folgt.)

**III. Berichte aus den Sitzungen der Dermatologischen Sektion der Warschauer Gesellschaft der Ärzte in den Jahren 1904 und 1905.** (Siehe Band 40, S. 608.)  
*Leon Feuerstein - Lemberg - Bad Hall.*

## Bücherbesprechungen.

**Die sexuelle Frage,** von AUG. FOREL-Zürich. (Ernst Reinhardt, München 1906.) Das vorliegende Buch FORELS stellt eine umfassende Darlegung der Ansichten des bekannten Gelehrten über das gesamte Gebiet der sexuellen Frage dar und gibt seine Lebenserfahrungen wieder. Teils beruht der Inhalt, wie auch der Verfasser im Vorwort selber sagt, auf der Grundlage der Naturforschung, teils auf einer langjährigen Beobachtung der Psychologie gesunder und kranker Menschen. Um eine Vorstellung der Reichhaltigkeit des Werkes zu geben, sei, ehe wir auf den Inhalt auszugeweiht gehen, die Einteilung des Stoffes kurz angedeutet. In 19 Kapiteln wird derselbe be-



meistert. Im ersten behandelt FOREL die Fortpflanzung der Lebewesen, im folgenden ihre „Evolution und Stammgeschichte“, im dritten „Naturhistorische Bedingungen und Mechanismus der menschlichen Begattung“. Beim vierten Abschnitt, dem Geschlechtstrieb, behandelt der Verfasser zunächst den des Mannes, dann den des Weibes und hierauf den Flirt. Sehr wahr schildert der Verfasser hierbei das allmähliche Erwachen der sexuellen Empfindung beim heranwachsenden jungen Mann, die erst nach und nach einen auf die Geschlechtesphäre des weiblichen Teils gerichteten Einschlag erhält und im Traumzustand zu den ersten Pollutionen führt. Diese bilden dann meist den Übergang zur Masturbation. Im Naturzustand des Menschen würde schon jetzt wie beim Tiere die Kopulation versucht werden, bis sie schliesslich gelingt, doch verbieten dies beim Menschen die vielerlei Hindernisse der Verhältnisse. In der Regel ist die sexuelle Enthaltsamkeit beim Durchschnittsjüngling durchführbar, nach Eintritt völliger Geschlechtsreife wird sie auch durch die automatischen Pollutionen erleichtert. Doch ist ja die Stärke des Triebes äusserst wechselnd. Zur Libido gehört auch die sexuelle Potenz. Letztere nimmt meist vom 40. Lebensjahre schon wieder ab. Ihre Stärke wechselt ebenfalls ausserordentlich. FOREL berichtet von einem 73jährigen Bauern, der noch immer täglich dreimal den Coitus von seiner Ehefrau forderte. Des Mannes Sexualtrieb ist ein entschieden polygamischer, was die Ursache der Polygamie und Prostitution darstellt. Unsere Kultur läßt diesen Charakter des Triebes mehr oder minder unterdrücken. Geistige Eigenschaften und das Gemüt wirken ausserordentlich auf die Libido ein. Begierde des Weibes erhöht diejenige des Mannes. Doch wirkt im allgemeinen ein völliger Verzicht auf die weibliche Zurückhaltung eher ungünstig auf den Trieb des Mannes ein. Leider hat die menschliche Überkultur den Geschlechtstrieb zur Quelle künstlicher Genusssucht ausgebildet, während dies der Zweck des Naturtriebes ganz und gar nicht war. „Die wahre Mässigkeit ist die unumschränkte Herrschaft der Vernunft über die Begierde und über alle unrecchten Wünsche des Herzens. Sie bedeutet Enthaltung von allen Dingen, die nicht gut sind, nicht völlig unschädlich in ihrem Charakter.“ Das Schlimmste ist die aus Gewinnsucht heraus gesüchtete Reizung der Libido. Hierher sind zu rechnen pornographische Romane, der Alkoholismus, der Prostitutionsbetrieb in allen seinen Formen. Daneben tritt die nicht aus Gewinnsucht, sondern durch andere Faktoren hervorgerufene Verführung zur Reizung der sexuellen Begierden: Verführung der Knaben zur Onanie durch Kameraden, durch pathologisch veranlagte Weiber, die Verlockungen des Schlafgängerwesens. Das fünfte Kapitel des Buches behandelt die sexuelle Liebe und die übrigen Anstrahlungen der sexuellen Liebe beim Manne, sowohl die psychischen beim Manne (Kühnheit, Zeugungstrieb, Eifersucht, sexuelle Renommisterei, Junggesellentum u. a.) und beim Weibe (Sehnsucht, Schwärmen, Altjüngferlichkeit, Pantoffelschwingen, Kocetterie, Schamgefühl, Prüderie, Mutterliebe, Affenliebe u. a.) als auch den Fetischismus, und die Beziehungen der Liebe zur Religion. Ethnologie, Urgeschichte und Geschichte des Geschlechtslebens des Menschen und seiner Ehe umfaßt der folgende Abschnitt, während Kapitel 7 mit seinen Unterabschnitten Phylogenie und Ontogenie des Sexuallebens. Erstere stellt die Entwicklung des Individuums durch die ganze Formenreihe seiner Ahnen hindurch dar, letztere die Entwicklung des Individuums von der Zeugung bis zum Ableben. Kapitel 8 des vorliegenden Buches enthält die sexuelle Pathologie, Kapitel 9 die sexuelle Frage in ihrem Verhältnis zum Geld oder zum Besitz — Geldehe, Prostitution, Kuppellei, Kokotten-Maitressenwirtschaft, Kapitel 10 die Beeinflussung des Sexuallebens durch äussere Lebensbedingungen, wie Klima, Land-, Stadtleben, Geselligkeit, Vagabondage, Wirtshausleben, Alkoholismus, Reichtum, Armut u. a. Die folgenden beiden Abschnitte betrachten die Religion beziehentlich das Rechtsleben im Verhältnis zum Geschlechtsleben. Die weiteren Kapitel tragen die

Überschriften: „Medizin und Sexualeben“, „Sexuelle Ethik oder sexuelle Moral“, „Die sexuelle Frage in der Pädagogik“, „Sexualeben und Kunst“, „Die Rolle der Suggestion im Sexualeben“, „Rückblicke und Zukunftsperspektiven“. In einem Anhang bringt der Verfasser außerdem eine Reihe von Stimmen über die sexuelle Frage, so BEBEL, CHARLES SECRÉTAN, ELLEN KEY, RUTH BRÉ, MAUPASSANT in seinen Romanen, BREUX in seinem Drama „Les avariés“, SCHALLMEYER und andere. Der Berichtersteller glaubt, den Inhalt der zahlreichen Abschnitte des große angelegten Buches anführen zu sollen, um dem Leser vor Augen zu führen, in wie umfassender Weise FOREL seinen Stoff angreift und von wie verschiedenen Richtungen aus er in die Materie eingeht. Zum Teil tief angelegt vom wissenschaftlichen Standpunkte aus verrät das Buch doch durch und durch den praktischen Denker, den Psychiater. Lehrreich sind in dieser Hinsicht die auf das ganze Werk verstreuten, teilweise in einem eigenen Abschnitt zusammengefaßten Beispiele aus dem Leben. Ein Blick sei noch auf die Ausführungen des Verfassers über die Perversionen des Geschlechtstriebes oder Parästhesien der sexuellen Empfindung geworfen. Zu unterscheiden sind da die geschlechtliche Neigung zu Personen des anderen Geschlechts in perverser Betätigung der Triebe und die geschlechtliche Neigung zu Personen des gleichen Geschlechts — homosexuelle Liebe und konträre Sexualempfindung. Der Sadismus, die Verbindung der Wollust mit Grausamkeiten ist historisch bekannt. Die Lustmörder sind solche Sadisten. Leichte Anfälle solcher Neigung findet man auch bei sexuell stark veranlagten, sonst aber normalen Personen, indem sie beim Begattungsakte kratzen und beißen. Solche minimale Exzesse entbehren jedoch des für Sadismus charakteristischen Moments der rohen, egoistischen Gefühllosigkeit und des Mangels der ethischen Gegengewichte. Manche Lustmörder verüben keineswegs vor oder nach der Ermordung noch den Beischlaf, sondern ihre sexuelle Befriedigung finden diese Scheusale in Menschengestalt allein in der Peinigung und Marterung, im Hineinlachten und Zerstückeln der Opfer, eventuell im Verzehren von Leihenteilen oder im Trinken von Blut der Getöteten. Dieser Sadismus vermag unter Umständen außerdem etwas konträr Sexuelles an sich zu haben, indem sich die sexuelle Mordlust nur auf Angehörige des gleichen Geschlechts erstreckt. Weniger entsetzlich als der Lustmörder oder der Nekrophile ist derjenige Sadist, welcher Prostituierte oder andere Weiber peitscht oder mißhandelt. Minder Gefährliche sind mit Scheinunterwerfungen zufrieden. Auch weibliche Sadisten hat es gegeben oder gibt es noch — Messalina, Katharina von Medici. Letztere ließ ihre Hofdamen mit Ruten schlagen, indem sie saß, und veranstaltete die Bartholomäusnacht. Der Masochist ist das Gegenstück zum Sadisten. Er will, um Wollust zu empfinden, selber gepeinigt, gedemütigt, mißhandelt sein. Ein vollkommener Masochist ist psychisch völlig impotent. Masochismus wie Sadismus sind angeborene Perversitäten. Beim unvollständigen Masochismus vermag der normale Beischlaf Befriedigung zu bieten und überhaupt zur Vollendung zu kommen, wenn nur der Betreffende dabei masochistischen Vorstellungen sich hingibt. Der Fetischismus bildet die sexuelle Befriedigung durch bestimmte weibliche Körperteile oder Bekleidungsgegenstände von Weibern, beziehentlich durch die Vorstellung derselben. Auch im normalen Geschlechtsleben gibt es einen fetischistischen Einschlag, indem viele Personen durch gewisse Gerüche oder Kleidungsstücke oder bestimmte Körperteile sexuell besonders angeregt werden. Der typische Fetischist bedarf jedoch zur Wollustauslösung nicht der Weiber selbst, sondern nur des Stiefels oder des Taschentuches, des Handschuhes, des Stoffes von einem Kleide eines weiblichen Wesens. Manche Fetischisten erregen sich nur an Gebrechen der Frauen, wie Strabismus u. a. Bekannt sind die Leute, welche Mädchen die Zöpfe abschneiden und damit onanieren. Der Exhibitionismus stellt eine Perversität dar, bei welcher die Masturbation in Gegenwart von Frauen den Gipfel der sexuellen Befriedigung bildet. In solchen

Fällen werden Frauen auf einsamen Wegen durch Männer erschreckt, welche sich entblößen und masturbieren. Bei geisteskranken Frauenspersonen beobachtete FORSL ebenfalls zwei Fälle von Exhibitionismus. Betreffs der männlichen Homosexuellen sei nur wenig erwähnt; z. B. daß die Bezeichnung Urning von dem für die Homosexualität schriftstellernden Assessor ULRICH eingeführt worden ist. Von ihm werden die normal empfindenden Männer als Dioninge bezeichnet. FORSL weist die Versuche ULRICHs und HIRSCHFELDS, den Homosexualismus als eine dem Heterosexualismus analoge und gleichwertige ererbte Naturanlage besonderer Art hinzustellen, energisch zurück. Die Behauptungen der Anhänger des Uranismus, daß Plato, Friedrich der Große und andere weltgeschichtliche Ausnahmehomosexuelle waren, harren noch des Beweises. Der Homosexuelle ist nach Ansicht des Verfassers ein psychopathischer Mensch, wie ihn seine langjährige Erfahrung bewiesen hat. „Diejenigen Urninge“ — sagt FORSL — „mit denen man meistens zu tun hat, sind Cyniker und Wollüstlinge, so sehr sie auch ihre Ideale im Munde führen. Doch täte man unrecht, diese Wahrnehmung zu verallgemeinern.“ Die schlimmsten Gefolgschaften des Uranismus sind die aus kurativen oder sozialen Rücksichten vorgenommenen Eheschließungen mancher Urninge und die Erpressungen, denen diese Unglücklichen infolge der Strafbarkeit ihrer sexuellen Befriedigung ausgesetzt zu sein pflegen. Die Stellung des Gesetzes zur homosexuellen Liebe verurteilt der Verfasser trotz der oben geäußerten Grundanschauung. Dieser Verkehr wird nur gefährlich, sobald er Minderjährige in seine Netze zieht oder mit Belästigungen Heterosexueller oder sonst Dritter einhergeht (Fall Dippold). Urninge wählen mit Vorliebe Berufe, in denen sie ihrer Neigung leicht nachgehen können. Sie werden katholische Geistliche, Mönche, Krankenhelfer. Es gibt auch nach Ansicht des Verfassers eine gewisse erworbene Homosexualität, doch bestand in diesen Fällen meist ein nur larvirter angeborener Uranismus. Auch psychosexuelle Hermaphroditen, wie sie KRAFFT-EBING genannt hat, gibt es; derartige Männer wechseln im hetero- und homosexuellen Verkehr ab. Einer der Patienten FORSLs erklärte diesem als sein Ideal einen „Mann mit einer Vagina“. Verfasser führt aus den Werken des eben erwähnten, leider zu früh verstorbenen großen Wiener Psychiaters eine interessante Schilderung der Männerbordelle Brasiliens und europäischer Großstädte an. Der homosexuelle Verkehr zwischen Frauen, die man dann Tribaden nennt, ist relativ seltener als der zwischen Männern. Doch auch diese lesbische Liebe oder Sapphismus besteht noch heute wie einst. Meist in der Form gegenseitiger Masturbation und besonders des Cunnilingus. Bei der schwärmerischen Veranlagung der Frau gelingt es der Tribade leicht und unauffällig, eine „Geliebte“ zur Duldung der Liebesbezeugungen zu überreden, und dies Verhältnis wandelt sich dann häufig langsam und allmählich in einen gegenseitigen Amor lesbicus um. Es gibt neben den beiden erwähnten Perversitäten weiter noch die Paederosis und die Sodomie. Erstere stellt eine Form sexueller Libido dar, welche sich nur auf Kinder richtet. Es wirkt dabei sicher eine angeborene besondere pathologische Disposition mit. Abgesehen von den hierher zu rubrizierenden Individuen bleiben aber die große Mehrzahl der sich mit Kindern vergebenden Personen, die auch normal mit Weibern verkehren können, Urninge, Masochisten oder Sadisten. Die Sodomie kann der Verfasser nur als eine harmlose pathologische Verirrung des Sexualtriebes ansehen, zu der vielleicht eine Tierquälerei hinzutritt und bei der ein ästhetisches Mißbehagen schwerster Form ausgelöst wird. Eine Verurteilung des Sodomisten zu schweren Zuchthausstrafen ist eine unberechtigte Strafe.

*Hopf-Dresden.*

**Die Perversen**, von IWAN BLOCH - Berlin. (Pan-Verlag, Berlin.) Bei der Erscheinung der Perversität, der sexuellen Perversion, handelt es sich um eine keineswegs der Neuheit eigene, sondern alte, ubiquitäre und omnitemporäre Erscheinung.

Die Lehre KRAFFT - ERINGS, welcher die sexuellen Anomalien und Perversitäten als Degenerationserscheinungen anspricht, muß nach Ansicht des Verfassers beiseite geschoben werden. Es gibt heute sogar weniger Perverse als früher, und deren größter Teil zählt nicht zu den Entarteten. Für die Volkskraft sind die sexuellen Perversitäten relativ unschädlich. Verfasser sucht dies mit Beispielen aus dem Staate der Griechen, Römer und Inder zu beweisen. Auch die moderne Perversität der deutschen Literatur darf nicht als Entartungssymptom aufgefaßt werden. Nicht allein die sexuelle Norm, sondern auch Abweichungen von ihr verbürgen sittliche und hygienische Fortschritte. Der von den Sittlichkeitskongressen gepredigte Zusammenhang zwischen Unmoralität und Niedergang der Völker hat sich nach Ansicht des Verfassers nicht als richtig erwiesen. KOPF habe recht, wenn er eine Zunahme der Unmoralität bestritt. Auch MARTIUS hat auf dem Kongresse für innere Medizin des Jahres 1906 die „unsinnige Furcht vor Entartung“ zurückgewiesen. Die Menschheit steht nach BARNHOLD auf einer hohen Stufe der Geistigkeit. Es werden heute gerade auf sexuellem Gebiete die Leuchten der Erkenntnis und Aufklärung in das Dunkel alter Begriffe getragen. Die sexuelle Hygiene ist ein Postulat allerersten Ranges für die heutige Menschheit. BLOCH vertritt des weiteren energisch den Satz, daß die geschlechtlichen Verirrungen in ihrer großen Mehrzahl keine pathologischen Ursachen haben und keinen Ausfluß irgendwelcher überkulturellen Entartung darstellen. Alles, so auch die Prostitution, beruht auf einem sexuellen Abwechslungsbedürfnis. Trotzdem will der Verfasser keineswegs für zügellose Befriedigung dieser variablen Triebrichtung eintreten, sondern will gleichzeitig Treue und Beständigkeit in der Liebe predigen. Allmählich müsse durch Lähmung und Abschwächung des Hungers nach immer wechselnden geschlechtlichen Reizen das Liebesideal im höchsten Sinne angestrebt werden. Einer polygynischen oder polyandrischen Weiterentwicklung unseres Geschlechtslebens will der Verfasser entgegen HELLMANN und VON EHRENFELS nicht das Wort reden. Auch die leichte Bestimmbarkeit des Geschlechtstriebes durch äußere Einflüsse, die assoziative Einbeziehung synästhetischer Reize erleichtert das Zustandekommen von Perversitäten.

*Hopf-Dresden.*

**Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, von MAGNUS HIRSCHFELD - Charlottenburg. VII. Jahrgang, Band 2. (Max Spohr, Leipzig 1906.)** Auch der vorliegende zweite Band des siebenten Jahrganges des Jahrbuches für sexuelle Zwischenstufen bringt lesenswerte Beiträge. Schon bei früherer Besprechung ist vom Berichterstatter dargelegt worden, daß man, stehe man auch betreffs des Drum und Dran der homosexuellen Bewegung auf einem abseitigen Standpunkte, doch die systematische Bearbeitung der Urningsfrage vom wissenschaftlichen Standpunkte nur begrüßen und unterstützen kann. Das Jahrbuch dient dieser Arbeit in hervorragendem Maße und darf als Mittelpunkt der Bestrebungen, über den Uranismus aufzuklären, betrachtet werden. Das zu besprechende Heft enthält vor allem die wieder von NUMA PRAETORIUS bearbeitete reichhaltige Bibliographie der Homosexualität, und zwar auf das Jahr 1904. Auch einige Schriften des Jahres 1906 sind schon mit aufgenommen. Es sind über 80 derartige Veröffentlichungen zu verzeichnen, die PRAETORIUS mehr oder minder eingehend bespricht. Herausgehoben sei: BRANDT, „Wochenberichte der Gemeinschaft der Eigenen“. BRANDT will nur den gewerbmäßigen homosexuellen Verkehr mit Strafe belegt wissen. Er wendet sich also gegen die Prostitution der Männer. Des weiteren seien erwähnt: BURCHARDT, „Die Erpresserprostitution“, EDUARD DAVID, „Der § 175 in Europa“. CAPPELLANUS, „Die Homosexualität im katholischen Klerus“. CAPPELLANUS ist selbst ein gleichgeschlechtlich veranlagter katholischer Priester. „Nur wenige dürften ahnen, wie viele von den Dienern des Altars durch den § 175 als Verbrechernaturen gebrandmarkt seien.“

Dasselbe bestätigt auch FORSL in „Die sexuelle Frage“ (S. 175). Hervorzuheben ist ferner neben HIRSCHFELDS Arbeiten „Berlins drittes Geschlecht“ und „Übergänge zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht“ die Arbeit JOSEF HALBAUS über „Die Entstehung der Geschlechtscharaktere“. Dieser Autor steht ganz auf dem Standpunkte der Angeborenheit der homosexuellen Anlage. Nach KRAFFT-EMING ist die somatische Uranlage indifferent. Nur Entwicklungsstörungen vermögen die normale sexuelle Evolution zu beeinträchtigen. Nach HALBAUS aber ist die Anlage uranischer Menschen von vornherein eine derartige. Auch NÄCKE ist mit mehreren Arbeiten aufgeführt: „Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin“ (Schätzung auf 20—40000 Gleichgeschlechtliche in der Reichshauptstadt), „Die Homosexualität im Orient“, „Der Kufs der Homosexuellen“. Die neueste Richtung in der Literatur der Homosexualität vertritt BENEDIKT FRIEDLÄNDER, „Die Renaissance des Eros Uranios“ — eine allgemeine Verbreitung der Lieblingsminne, der Neigung zu jugendlichen Männern auch ohne sexuelle Triebe mit einer völligen Umwälzung der heutigen Kulturverhältnisse. NUMA PRAETORIUS referiert auch im vorliegenden Hefte über die homosexuelle Belletristik, über die Jonkheer SCHORREsche Bibliographie der holländischen Schriften für das Jahr 1904 und über die Besprechungen, welche das Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen in den wissenschaftlichen und Tageszeitungen gefunden hat. Zum Schluss bringt das vorliegende Heft den Jahresbericht 1904—1905, anknüpfend an die Fälle homosexueller „Delikte“ des Landgerichtsdirektors Hasse, Standesbeamten Acker mann, Krupp und anderer, sowie die Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses über § 175 und das männliche „Dirnentum“; endlich auch die Besprechung betreffs Änderung des § 175 nach der Petition HIRSCHFELD und Genossen im Reichstage. Gerade dieser Teil des vorliegenden Heftes ist für Freund wie Feind der Bestrebungen des wissenschaftlich-humanitären Komitees gleich lesenswert. Die Debatten im Reichstag sind äußerst lehrreich. Sie endeten bekanntlich — es war im Frühjahr 1905 — mit dem Beschluß, über die HIRSCHFELDSche Petition zur Tagesordnung überzugehen.

*Hopf-Dresden.*

**Ätiologie und Klinik der Bakteriurie**, von FERDINAND KORNFIELD-Wien. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1906.) Auf Grund eigener Beobachtungen, welche 21 männliche und 7 weibliche Individuen betrafen, und eingehenden Studiums der gesamten zugehörigen Literatur bringt Verfasser eine sehr instructive Monographie über ein Gebiet, welches, wie er selbst zugestehen muß, immer noch weiterer Bearbeitung und Aufklärung bedarf. In einzelnen Abschnitten werden Begriff der Bakteriurie, Literatur nebst kritischer Sichtung derselben, Einteilung der Bakteriurie in einzelne Typen und Ätiologie, sodann Pathogenese, klinische Erscheinungen, Differentialdiagnose und Therapie abgehandelt und schließlich eine Anzahl kasuistischer Beiträge gebracht. Es seien hier aus diesen einzelnen Abschnitten nun die wichtigsten Schlussfolgerungen wiedergegeben. 1. Die als Bakteriurie zu bezeichnende Affektion des Harnapparates ist je nach der Entstehung, dem Verlaufe und dem Ergebnisse der Organuntersuchung in verschiedene Formen zu sondern. Es gibt Bakteriurien transitorischen Charakters, wovon dann Übergänge zu subakuten und zu sehr schweren, äußerst chronisch verlaufenden Formen in allen Abstufungen vorkommen. Bei Affektionen der Niere und des Nierenbeckens kann es zu Colibakteriurie kommen. Viele Fälle von Bakteriurie bleiben aber rein auf die Blase beschränkt und lassen die obersten Abschnitte des uropoetischen Systems völlig intakt — trotz vieljährigen Bestandes. 2. Die genuine Bakteriurie ist von der Colicystitis strenge zu sondern; sie ist auch niemals eine Vorstufe oder ein Endausgang der Cystitis. 3. Der Weg der Einwanderung des Bakterium coli in die Harnwege vom Mastdarm her, durch die Gewebe zwischen Blase und Mastdarm (Binde-

gewebsschichten, Prostata, Samenblasen) scheint für die Bakteriurie im Sinne der Urologien festzustehen. 4. Diese Art bakterieller Invasion der Blase (durch Überwintern der Mikroben aus dem untersten Darmabschnitt) geschieht namentlich bei Männern mit überstandener Blennorrhoe der Harn- und Sexualorgane; bei Frauen in graviditate oder bei inneren Genitalleiden ist die Kontiguitätsinfektion der Blase mit *Bakterium coli* nicht von der Hand zu weisen. 5. Die im Gefolge schwerer, chronischer Bakteriurien zustande kommenden Allgemeinerscheinungen sind durch die Bakteriurie als solche hervorgerufen und wahrscheinlich als Toxinwirkung zu erklären. 6. Therapeutisch wird die Lokalbehandlung der Blase mittels Instillation mit Sublimat-Lösungen (1:5000—1:2000) sowohl für die Bakteriurie, wie auch für die durch sie bedingten Störungen des Verdauungskanaals, der nervösen Organe und für die begleitenden Fieberanfalle von K. empfohlen; daneben bilden die innerlichen Harnantiseptika, namentlich Urotropin, Helmitol, Hetralin, ferner auch Salol, Natr. salicyl. usf. wertvolle Unterstützungsmittel, besonders für transitorische Formen von Bakteriurie.

*Stern-München.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Lokale Infektionskrankheiten.

#### a. Oberhaut.

**Cutol-Lanolin-Wundpuder bei Intertrigo**, von W. ZWUNER - Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 77.) Ein besonderer Vorteil dieses Wundpuders, der in der Viktoria-Apotheke, Berlin SW., Friedrichstraße 19, von Dr. LABOSCHIN hergestellt wird, beruht auf seinem Gehalt an Lanolin, welches erstens die erkrankten Hautstellen gut schützt und deckt und zweitens das Cutol in feinsten Verteilung auf den vom Epithel entblößten Hautpartien festhält, so daß es wenig staubt.

Der 10%ige Cutol-Lanolin-Wundpuder verhütet nicht nur das Wundwerden der Kinder, sondern heilt den Intertrigo, da es austrocknend und kühlend wirkt und leicht an der Haut haftet durch seinen Gehalt an Lanolin: es ist sparsam im Gebrauch und dabei sehr wohlfeil (eine Schachtel von 1000 g Inhalt kostet 0,60 Mk.).

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Über Impetigo neonatorum**, von JOHN ZAHORSKY-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Aug. 1905.) Was früher als Pemphigus neonatorum bezeichnet wurde und nun allgemein als eine durch Staphylo- oder Streptokokken hervorgerufene Infektionskrankheit gilt, dafür würde Z. den Namen Impetigo bullosa neonatorum vorziehen. Er hebt vor allem hervor, daß der Inhalt der Bläschen außerordentlich ansteckend ist und, auf noch gesunde Haut gelangt, wiederum neue Blasen hervorruft. Gelegentlich finden wir dieselben so zahlreich, daß die ganze Epidermis ergriffen ist, die großen Blasen verschmelzen und die Oberhaut sich ablöst (Dermatitis exfoliativa neonatorum); nach Verfassers Ansicht sind derartige Fälle wahrscheinlich immer schwere Formen von Impetigo. Die Therapie, die er einschlägt, besteht darin, jedes zur Beobachtung kommende Bläschen sofort zu öffnen, die umgebende Haut selbst vor Infektion mit in 70%igen Alkohol getauchter Watte zu schützen, auf die geöffnete Stelle zehn Minuten lang ebensolche zu legen und dann Aristol aufzustreuen, zuweilen auch eine Quecksilberalbe aufzulegen. Der Alkohol verursacht etwas Schmerz, ist aber ein vortreff-

liches keimtötendes Mittel; die umgebende Haut ist ebenfalls mit Alkohol zu desinfizieren. Nichts ist schlimmer als die Blasen von selbst aufbrechen zu lassen und dann dem Kinde einen Schwamm mit Wasser oder irgendeinem Antiseptikum zu geben oder das Kind im Bade mit einem Schwamm zu waschen, der durch den Blaseninhalt infiziert war. Da die Eruption immer mit einem oder zwei Blasen beginnt, so sollten durch exakte Behandlung derselben, wie die vom Verfasser hier beschriebenen vier Fälle lehren, schwere Folgen, d. i. Ausbreitung des Ausschlags, nicht mehr vorkommen.

*Stern-München.*

**Ein Fall von Pemphigus mit eigentümlichem Verlauf**, von G. SCHERBER-Berlin. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Es sind im ganzen in der grossen Pemphigusliteratur nur wenige Fälle mit Lokalisation der Erkrankung der Schleimhaut der oberen Luftwege zu konstatieren, die sich mit ulcerösen Prozessen verbanden, und unter diesen Fällen sind die von THOST, STEFFAN und LANDGRAF nur Erkrankungen der Schleimhaut gewesen, in der Diagnose nicht durch gleichzeitige Erkrankung der äusseren Haut geschützt; für den Fall von LANDGRAF kommt ausserdem noch die Einwirkung äusserer Schädlichkeiten (chemische Gase) in Betracht.

Der Fall von FUCHS, bei dem typische Pemphiguseffloreszenzen auch an der äusseren Haut auftraten, ist dadurch in der Diagnose gesichert, und wurde letztere auch anlässlich der Demonstration von KAPOSÍ bestätigt. KAPOSÍ hob damals hervor, dass dies der einzige unter 300 von ihm gesehenen Fällen ist, an dem er auf Basis eines Pemphigus Geschwüre und Narbenbildung auftreten sah.

Der von SCHERBER mitgeteilte Fall einer 57jährigen Patientin mit chronischem Pemphigus bot Erscheinungen, wie sie von gleicher Intensität und Extensität in der Literatur noch nicht beschrieben sind.

Da SCHERBER jede andere Erkrankung mit Sicherheit ausschliessen konnte und da eine genaue Beobachtung und Autopsie die Gewissheit brachte, dass der Pemphigus allein diese tiefgreifenden Veränderungen an der Haut und den Schleimhäuten erzeugt hatte, so steht er nicht an, sämtliche Erscheinungen dem Pemphigus zu subsummieren und sowohl die tiefgreifenden ulcerösen Veränderungen der Nase und Perforation des Septums als die Darmaffektion auf denselben zu beziehen.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Die nervöse Pathogenese des chronischen Pemphigus**, von L. POISSIER. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 169.) Nach der Ansicht des Verfassers hat von drei ätiologischen Hypothesen: mikroparasitäre, toxische und toxämische, nervöse, die letztere die grösste Bedeutung.

*Fritz Loeb-München.*

**Keratosi palmaris et plantaris bei fünf Generationen**, von F. H. JACOB und A. FULTON. (*Brit. med. Journ.* 15. Juli 1905.) Verfasser berichten über einen Patienten, bei dem die Affektion in ausgesprochenem Grade vorhanden ist. Auf den Handtellern ist die Haut ca.  $\frac{1}{8}$  Zoll (gut  $\frac{1}{2}$  cm) dick und von fast schwarzer Farbe. An den natürlichen Faltungen finden sich tiefe Furchen, welche aber offenbar mit gesundem Epithel ausgekleidet sind, da über Wundsein und Blutungen nicht geklagt wird. Patient hat drei erwachsene Kinder, welche alle die gleiche Abnormität zeigen, und unter vier Enkelkindern findet sich dieselbe auch. Das jüngste Kind, 20 Monate alt, zeigt an Handtellern und Fusssohlen eine weisse, rauhe verdickte Oberfläche wie geriebenes Glas. Mutter und Grossmutter des Patienten litten an derselben Affektion.

*Philippi-Bad-Salzschlurf.*

In den Veröffentlichungen des „Bureau of Government Laboratories“ der Philippinen (Oktober 1904) beschreibt WOOLLEY einen Fall von Pinto (Paño blanco). Darunter versteht man eine Dermatomykose, die in Gestalt von weissen, schuppigen Flecken auftritt. Bei dem beobachteten Patienten fand sich eine grosse Zahl solcher

Flecken auf Armen, Beinen, Füßen und am Stamme. Ein auf der Schulter sitzender Fleck soll der zuerst aufgetretene sein. Als Erreger liefs sich ein Pils nachweisen, dessen Fäden feiner sind als Trichophyten. Die Eingeborenen unterscheiden die Krankheit genau von der Trichophytie. In demselben Hefte findet sich eine Veröffentlichung WOOLLAYS über Framboesie und ihr Vorkommen unter den Eingeborenen der Philippinen. Verfasser sah zwei Eingeborene mit himbeerartigen Wucherungen im Gesicht, konnte sie aber nicht weiter untersuchen oder beobachten. Die Fälle waren von den Spaniern als Lepra bezeichnet; bei einer anderen Gelegenheit sah er eine Reihe von ebenfalls als Lepra bezeichneter Geschwüre. Sie betrafen eine Frau und mehrere Kinder. Die Geschwüre safsen am Nacken, auch sonst am Körper, waren schlaff, mit wenig induriertem Rande, schmerzlos. Ein Geschwür konnte Verfasser exzidieren, mikroskopisch fand sich eine hyperplastische Acanthose, kleinzellige Infiltration im submalpighischen Bindegewebe; in perivaskulärer Anordnung. Von Lepra, Tuberkulose, Carcinom fand sich keine Spur. Eher könnte es sich um eine besondere Form nichtbehandelter Syphilis handeln. Indes ist von anderer Seite ja Framboesie als selbständige Infektionskrankheit mit einem typischen Verlauf beschrieben.

*F. Hahn-Bremen.*

**Die Heilung der Akne durch ein neues narbenloses Operationsverfahren: das Stanzens,** von KROMAYER-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Zu Anfang dieses Jahres veröffentlichte Kr. in der *Derm. Zeitschr.* (1905, Heft 1) einen Aufsatz über „Rotationsinstrumente, ein neues technisches Verfahren in der dermatologischen Kleinchirurgie“; in dieser Publikation, über die in den *Monatsheften* bereits berichtet wurde, schildert er auch die neue Methode des „Stanzens“, das dazu nötige Instrumentarium, die Technik und die Indikationen des Verfahrens. In dem jetzt vorliegenden Aufsatz wiederholt Kr. kurz die Beschreibung des Instrumentariums und der Technik und bespricht dann ausführlicher die Indikationen des Stanzens bei Akne. Die Methode bietet ein ebenso sicheres wie rasches und bequemes Mittel, um

1. das Entstehen von Finnen an prädisponierten Follikeln (d. s. Follikel, bei denen nach Abheilung einer Entzündung eine harte Stelle zurückgeblieben ist und Follikel mit Komedonen) zu verhindern;
2. die im ersten Beginn der Entwicklung begriffenen Finnen abortiv zu beseitigen;
3. ausgebildete Finnen schnell zu heilen. Bei großen Akneknoten, insbesondere bei subcutanen, ist es, um rasche und vollständige Heilung zu erzielen, manchmal notwendig, mehrere Stanzöffnungen anzulegen, da durch eine Öffnung die Entleerung allen Eiters nicht gewährleistet wird.

Das Stanzens macht natürlich die allgemeine und interne Behandlung der Patienten, namentlich die Behandlung etwaiger Magen-Darmstörungen und die Bekämpfung der Disposition zur Akne, nicht entbehrlich.

*Göts-München.*

**Über Säuglingsekzem,** von MAURICE BOIVIN. (*Thèse de Paris.* 1903.) Die Arbeit ist ohne Bedeutung.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Behandlung des Ekzems,** von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 22.) Zusammenstellung einer Reihe von Medikamenten für die Behandlung der Ekzeme; neue Mittel sind nicht darunter.

*Göts-München.*

**Die klinischen Formen des Ekzems,** von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 22.) Kurze Schilderung einiger Ekzemformen; der kleine Aufsatz enthält nichts Neues.

*Göts-München.*

**Die Behandlung der kleinförmigen Gesichtsflechten bei Kindern und jungen Frauen (Pityriasis simplex),** von PAUTRIER. (*Presse méd.* 1905. Nr. 49) Der Verfasser hat bei seinen Ausführungen jene trockenen, schuppenden, rauhen, ros-



oder grau-weiß scheinenden, um den Mund herum und auf den Wangen vorkommenden Flechten im Auge, wie sie bei Kindern, jungen Mädchen und jungen Frauen häufig zu beobachten sind und sich im Herbst und Frühjahr steigern. Der Anblick erregt den Eindruck einer mangelhaften Reinigung des betroffenen Gebietes. Puderungen vermögen den Schönheitsfehler nur vorübergehend zu verdecken, Salbenanwendung vermag die trockene Schwinde ebenfalls nur vorübergehend zu paralyzieren. UMW hat die Pityriasis simplex, um welche es sich handelt, zu den oberflächlichen Ekzemen geworfen und sie als ersten Grad seines seborrhoischen Ekzema bezeichnet. BROcq reiht das Leiden den Seborrhoiden ein. Man könnte es eine Seborrhöide pityriasiqve nennen. Die Affektion ist sehr hartnäckig und neigt zu Rückfällen. Die Behandlung wird deshalb eine langanhaltende sein müssen. Neben einer ausgedehnten Hygiene der Haut kommen therapeutisch die Anwendung von Salzwasser sowie die Applikation folgender Salben oder Lösungen in Frage:

℞ <i>Natrii borat.</i>	0,5	℞ <i>Tannin</i>	2,0
<i>Tinct. benzoes</i>	gtts. XV	<i>Calomel</i>	1,0
<i>Oc. Zinc.</i>	2,0	<i>Glycerin picis</i>	80,0
<i>Cerac sine aqu. s. vaselin. pur.</i>	18,0		

℞ <i>Natr. borat.</i>	5,0—10,0		
<i>Glycerin neutral.</i>	50,0		
<i>Aq. rosar.</i>	500,0	<i>Hopf-Dresden.</i>	

Der Wert der Röntgenbehandlung bei Favus, von H. KANITZ-KOLOZSÁR. (*Budapesti orv. ujs. Dermat. Beil.* Nr. 2.) Der durch die Röntgenstrahlen verursachte Haarausfall ist bei weitem vollkommener als die Epilation mit der Pinzette. Bei richtiger Behandlung — aus sechs Röhrenstellungen — bleibt kein einziges Haar an den belichteten Stellen, während bei der noch so vollkommenen Epilation mit der Pinzette ein Teil der Haare abbricht und in den Bälgen zurückbleibt. Die Schuppung nach der Röntgenbehandlung spielt eine große Rolle bei der Elimination der Pilzelemente, da dieselben mit den Wurzelscheiden aus den Haarbälgen ausgestoßen werden. Außerdem ist die Alopecie länger dauernd als nach den üblichen Epilationsmethoden, so daß die neu wachsenden Haare keine Pilze in der Haut finden und einem Residiv vorgebeugt wird. Die Röntgenbehandlung ist schmerzlos, schnell durchführbar. Nach dem Haarausfall wurde eine alkoholisch-wässrige Formalinlösung angewendet, die den Erfolg noch sicherer macht.

*B. Kollarits-Budapest.*

Über *Ichthyosis circumscripta* der *Areola mammae*, von H. FRIOLER-Basel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) Fr. fand bei einer 28jährigen, sonst gesunden Wöchnerin auf beiden Seiten in der *Areola mammae* eine größere Anzahl dicht beieinander stehender, dunkelbraunschwarz pigmentierter Ekreszenzen, die zum Teil warzenartig waren, d. h. breitbasig der Unterlage aufsafsen, zum Teil mehr kolbig mit verdicktem Ende auf einem dünneren Stiele ruhten, zum Teil nach oben zugespitzt ausliefen. Irgendwelche Reiz- oder Entzündungserscheinungen fehlten; auch Nässen oder Krustenbildung war nirgends zu konstatieren. Auf der linken Seite umgaben die Effloreszenzen als völlig geschlossener Kranz die Mamilla, rechts fanden sie sich nur gruppenweise zerstreut im Warzenhof; beide Brustwarzen waren intakt. Die Patientin gab an, daß die Affektion schon im zwölften Lebensjahre begonnen habe und daß ihre Mutter an der gleichen Krankheit leide; wiederholt entfernt, sind die Warzen immer sehr bald wiedergekommen. — Durch Auflegen von Lämpchen, die mit *Oleum olivarum* getränkt waren, wurden die Effloreszenzen im Verlaufe weniger Tage so aufgeweicht, daß sie sich durch Abreiben mit einem feuchten Wattebausch leicht beseitigen ließen. Die Patientin stillte ihr Kind längere Zeit ohne Beschwerden

und blieb in den nächsten sieben Monaten rezidivfrei. — Es kann sich in dem Falle wohl nur um eine circumskripte Ichthyosis gehandelt haben. Ein analoger Fall ist bisher noch nicht beschrieben worden. *Göts-München.*

**Ein Fall von Ichthyosis congenita s. foetalis**, von J. STEINER - Budapest. (*Budapesti orv. ujs. Dermat. Beil.* Nr. 2.) Bei einer Frau, die sieben Kinder gebar, litt das erste und das siebente an dieser Krankheit; die übrigen zeigten keine Spur dieser Hautaffektion. Das erste Kind wurde im achten Monate geboren und starb nach wenigen Stunden. Das siebente, beschriebene, ist 1 $\frac{1}{2}$  Jahre alt und zeigt das typische Bild der Ichthyosis foetalis. *B. Kollarits-Budapest.*

**Hyperkeratose infolge von Hautatrophie unter Berücksichtigung eines Falles der Straßburger Universitätsklinik für Hautkrankheiten**, von FRANK DAHMEK. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Es handelte sich im Falle des Verfassers um eine Hyperkeratosis palmaris et plantaris acquisita und eine Atrophie der Haut bei einem 87jährigen, bis dahin gesunden Mann ohne hereditäre Belastung. Da keine andere Ursache der Atrophia cutis zu eruieren war, wird der Fall in das Gebiet der idiopathischen Hautatrophien eingereiht. Bei der Durchsicht der einschlägigen Literatur konnte Verfasser keinen dem seinigen analogen Fall ermitteln, in welchem auf dem Boden einer idiopathischen Hautatrophie eine Keratosenbildung vorhanden war. *Fritz Loeb-München.*

**Die verschiedenen Formen von Akne**, von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 25.) Kurze Besprechung der Pathogenese der Akne und Zusammenstellung der verschiedenen Akneformen. Neues bringt der kurze Aufsatz nicht. *Göts-München.*

**Die Dysidrosis**. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 25.) GAUCHER läßt bei Dysidrosis pedum täglich zwei Fußbäder von je zehn Minuten Dauer nehmen und danach die kranken Partien reichlich mit Pulvis salicylicus cum Talco (1:50) einpudern; dem Badewasser werden jedesmal 10 g Borax und ein Eßlöffel voll Tinctura Benzoes zugesetzt. Anders verfährt LEBEDNE. Er eröffnet alle sichtbaren Bläschen mit einer ausgeglühten Schere, bspült die dadurch entstandenen Erosionen mit 1–5%iger wässriger Lösung von Natrium bicarbonicum oder bepselt sie mit 3%iger wässriger Ichthyollösung, legt dann ein indifferentes Pulver — Talk oder Zinkoxyd oder eine Mischung von Talk (20,0), Zinkoxyd (10,0) und Dermatol (3,0 bis 6,0) — oder auch eine weiche Paste auf und verbindet. Ein- bis zweimal täglich wird das Pulver bzw. die Paste entfernt und die ganze Prozedur erneuert. Außerdem muß in schweren Fällen Milchdiät oder vegetarische Diät durchgeführt und ein Diuretikum, etwa Kalium nitricum zu 1–2 g oder Milchsücker zu 20–50 g pro die, gegeben werden. Die Fleischzufuhr ist dauernd einzuschränken. *Göts-München.*

**Zum Pemphigus neonatorum**, von DREVES-Walsrode. (*Zeitschr. f. Medicinal-beamte.* 1905. Nr. 21.) In den Jahren 1897 bis 1904 kamen dem Verfasser 88 Fälle von Pemphigus neonatorum zu Gesicht, darunter acht (= 21%) mit tödlichem Ausgang. Bei der Schwere der Krankheit hält er, um größere Epidemien zu verhüten, die jedesmalige Feststellung der Erkrankung durch den Kreisarzt an Ort und Stelle für geboten. Aufgabe des Kreisarztes ist es, genaue Ermittlungen zur Feststellung der Ätiologie des einzelnen Falles anzustellen und zur Verhütung weiterer Infektionen den Hebammen und dem Wartepersonal eingehende Verhaltensmaßregeln zu geben; die Hebamme ist eventuell für acht Tage vom Dienst zu suspendieren. *A. Loewald-Kolmar.*

**Bericht über gelungene Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf Kaninchen**, nebst ergänzenden Bemerkungen über die Beobachtungs- und Färbemethoden der gesamten Oxytorrhycetengattung, von J. SIMONL - Berlin.

(*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) S. hat vor einiger Zeit bereits über erfolgreiche Impfungen von Kaninchen mit Maul- und Klauenseuchelymphe berichtet; jetzt nun teilt er mit, daß ihm auch die Rückimpfung der Seuche vom Kaninchen auf Schwein gelungen ist. Die Infektion der Kaninchen war also, auch wenn sie keine der bei größeren, spontan erkrankten Tieren fast regelmäßig beobachteten Hauterscheinungen verursachte, als eine echte Infektion mit dem Maul- und Klauenseuchenerreger anzusehen. Im Blute aller geimpften Kaninchen und Schweine ließen sich *Cytorrhysesflagellaten* nachweisen, am zahlreichsten und in besonders großen sporulierenden Formen bei den Schweinen kurz vor Ausbruch und während des Exanthems.

Außer den Zerfallsprodukten der Blutkörperchen können auch die von H. F. MÜLLER zuerst ausführlich beschriebenen Hämokonien wegen ihren flagellatenähnlichen Bewegungen mit den *Cytorrhysesparasiten* jeder Art verwechselt werden; sie unterscheiden sich aber von diesen dadurch, daß sie nur  $\frac{1}{8}$ — $\frac{3}{8}$   $\mu$  groß sind, nicht Plasma und Kern, sondern nur mehr oder minder leuchtende, splittterartige oder staubförmige Körperchen erkennen lassen und bei Behandlung mit Kernfarbstoffen keine typischen Bilder ergeben.

Den Ärzten, welche die *Cytorrhysesflagellaten* aus eigener Anschauung kennen lernen wollen, empfiehlt S., verdünnte Pockenlymphe einem mittelgroßen Kaninchen subcutan zu injizieren und nach fünfmal 24 Stunden das Blut zu untersuchen; in den meisten Fällen wird man große Mengen wohlcharakterisierter *Cytorrhysesflagellaten* sowohl im lebenden Blut als auch im gefärbten Präparat finden. Zu Ausstrichen wird am besten Nierensaft in nicht zu dünner Schicht, zur Untersuchung der lebenden Parasiten Blut aus der Ohrvene verwendet. *Göts-München.*

**Die Behandlung vom Munde ausgehender eitriger Affektionen des Gesichtes und Halses,** von M. J. SCHAMBERG - Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 5. Aug. 1905.) Ohne dermatologisches Interesse. *A. Loewald-Kolmar.*

**Die öffentlichen Elementarschulen und die Verbreitung der *Tinea tonsurans*,** von P. S. ABRAHAM - London. (*Lancet.* 19. Aug. 1905.) Die in England bekanntlich bedeutend intensiver als in Deutschland verbreitete Trichophytie gibt dem Verfasser Anlaß, die Behörden auf diese seit Einführung des obligaten Schulunterrichts noch viel bedrohlichere Krankheit aufmerksam zu machen. Er fordert eine bessere Besoldung der Schulärzte, damit diese in der Lage seien, möglichst gründliche Revisionen zu veranstalten, was bisher durchaus nicht genügend durchgeführt sei.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

#### b. *Cutis.*

**Etwas über die Jahresbeule,** von J. P. NAAB-Diabeck a. Tigris. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 27.) Die Jahresbeule, so benannt, weil die Krankheit von den ersten Erscheinungen bis zur völligen Abheilung elf bis zwölf Monate dauert, ist in Syrien, Mesopotamien und Persien bis nach Turkestan und Vorderindien endemisch. Die Affektion beginnt mit der Bildung kleiner, juckender Knötchen, aus denen sich ganz langsam große, stark sezernierende und granulierende, über das Niveau der Umgebung hinausragende Geschwüre entwickeln. Die Krankheit wird nach den Beobachtungen N.s zweifellos durch die Moskitos übertragen. Schlafen unter einem Moskitonetz schützt sicher vor der Erkrankung, während ohne diese Vorsichtsmaßregel namentlich in Flusniederungen und in sumpfigen Gegenden fast niemand von dem Leiden verschont bleibt. Die beste Behandlung ist die Aufpinselung einer Lösung von Methylviolett in 8%igem Alkohol; die Aufpinselung muß erneuert werden, sobald die Farbenkruste springt oder durch die Sekretion gelockert ist. *Göts-München.*

**Ainhum, mit Bericht eines Falles, von NELSON D. BRAYTON - Indianapolis.** (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 8. Juli 1905.) Der Fall bietet nichts Besonderes.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Ein Fall von Ainhum, von MARKUS F. WHEATLAND - Newport.** (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 26. Aug. 1905.) Der Fall WH.s betraf eine 53jährige Schwarze, bei welcher die Affektion mit Schmerzen und Schwellung an der linken kleinen Zehe begann, zugleich trat eine offene (eiternde) Stelle an der Basis der Zehe auf. Die Wunde heilte wieder, bis nach ca. vier Jahren wieder heftige Schmerzen und Schwellung sich einstellten und plötzlich einmal nachts die Zehe, wie von einer Pistole weggeschossen, wegfiel und 20 cm weit weg, mit dem Verband umhüllt, am Boden lag. Die Krankheit hatte auf dem rechten Fusse zwei Jahre vor ihrem Auftreten am linken befallen, aber nicht sich so heftig entwickelt wie an diesem. Hierzu eine Abbildung.

*Stern-München.*

**Erythema multiforme, von JEANSELME.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) Kurzgefaßte Beschreibung des Erythema multiforme. J. rät, die Kranken schon deswegen zu Bett bringen zu lassen, weil sonst leicht Purpuraflecken an den unteren Extremitäten auftreten. Der Verabreichung von Salicyl tut J. bei der Besprechung der Therapie keine Erwähnung.

*Göts-München.*

**Beitrag zur Kenntnis der Dermiten, von PINI.** (*Boll. delle Scienze med.* 1905. Bd. V.) An der Hand von zwei Fällen, die der Verfasser zu den vegetierenden Dermiten zählt (*Pemphigus vegetans* NEUMANN usw.) und bei denen er drei verschiedene Mikroorganismen nachgewiesen, neigt er zur Ansicht, daß bei der Entstehung der Vegetationen und papillomatösen Neubildungen (framboesiaartigen) im Verlaufe von gewissen Dermiten nicht der Strepto-, sondern der Staphylococcus eine ätiologische Rolle spielt. In dem einen der beiden Fälle war der Dermis ein Ekzem, in dem anderen eine Kontinuitätstrennung der Haut vorausgegangen, welche offenbar als Eingangstor für die infektiösen Agentien gedient hatten. Aus dem noch ziemlich unentwirren Knäuel des Begriffes Dermis würden sich nach diesem Befunde vorläufig zwei Punkte hervorheben lassen; der eine bezieht sich auf den klinischen Begriff (*Dermis vegetans* oder *papillomatosa*), der andere auf den bakteriologischen (Vorhandensein von Staphylokokken).

*C. Müller-Genf.*

**Die Hautblastomykose (*Dermatitis blastomycetica*), von MORITZ OPPENHEIM - Wien.** (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 18.) O. fügt den zwei von BUSSE-BUSCHKE und GILCHRIST veröffentlichten Fällen von Hautblastomykose zwei auf der FINGERSCHEN Klinik zur Beobachtung gelangte neue Fälle derselben Krankheit hinzu. Er faßt die klinischen wie histologischen Eigenschaften dieser vier Fälle folgendermaßen zusammen: Die akuten klinischen Symptome sind: Allmählich gegen die Umgebung abklingende helle Rötung und Schwellung mit oberflächlicher Pustelbildung. Die Pusteln haben einen ganz eigenen Typus; sie gleichen gelben und roten Knötchen von ganz weicher Konsistenz und durchscheinendem Inhalt, der sich als dicklich und fadenziehend erweist. Nach Zerfall der Pusteln entstehen seichte, unregelmäßig begrenzte, lebhaft sezernierende Geschwüre, die mit zarten Narben anheilen. Die Narben haben ein gelbgesprenkeltes Aussehen.

Histologisch entspricht diesem Stadium das Vorhandensein von intrakornealer, subkornealer und intraepithelialer Abscessbildung. Die Epidermiszapfen sind meistens verbreitert und verlängert, das Stratum papillare entzündlich infiltriert. In den Abscessen und Infiltraten Blastomyceten vereinzelt oder in Gruppen, aber nie zahlreich. Bei längerem Bestande gibt die Krankheit ein Bild, das GILCHRIST als „*Pseudolupus verrucosus*“ beschrieb. Man sieht dann wallartige oder gewulstete Infiltrate, blasse,

narbige Zonen umgebend, Verdickungen der Nase und Lippen, die oberflächlich exkoriert und mit Krusten bedeckt sind, tiefe Geschwüre mit unregelmäßigen Rändern und unebenem, mit dicken Borken bedecktem Grunde, die manchmal den Nasenflügel konsumieren und das Septum der Nase perforieren. Auf der Basis dieser Geschwüre kommt es zur Bildung papillärer Exkreszenzen, die bald die Ränder der Geschwüre überragen, dicht angeordnet sind und stellenweise an den Spitzen Verhornung zeigen. Histologisch finden sich dichte Infiltrationen mit Rund-, Plasma- und Riesenzellen. Die Infiltrate durchsetzen alle Schichten der Cutis und gehen noch in die Subcutis hinein. Dieses Infiltrat zeigte teils Neigung zum eitrigen Zertall, teils zur Narbenbildung; in ihm findet man spärlich die Blastomyoceten. Allen vier Fällen gemeinsam war das Befallensein der Nase und die längere Dauer des Prozesses; ebenso war allen Fällen gemeinsam der eklatante Erfolg der Jodtherapie. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht in erster Linie: Lupus vulgaris, Syphilis und Epitheliom, in zweiter: Lupus erythematosus und Acne vulgaris. Gegen Lupus vulgaris sprechen die hellrote Farbe, die unscharfe Begrenzung, die Perforation des Nasenseptums, die eigentümliche Beschaffenheit der Pustelknötchen; gegen Tuberculosis verrucosa cutis die große Ausbreitung der Affektion, die Weichheit der papillären Wucherungen und die tiefen Geschwüre. Von Syphilis unterschied sich die Affektion durch die unregelmäßige, unscharfe Begrenzung, die hellrote Farbe, die Unregelmäßigkeit der Substanzverluste, die Zartheit der Narben; vom Epitheliom durch die Weichheit der Geschwürränder und papillären Exkreszenzen, die Kombination des ulcerösen Prozesses mit den eigenartigen, transparenten Knötchen. Lupus erythematosus und Acne vulgaris faciei kommen differentialdiagnostisch nur im Anfangstadium der Erkrankung in Betracht. Sehr gestützt wird die Diagnose durch reichliches Auftreten von Blastomyoceten in den Sekreten, Borken und im Knötcheninhalt, und zwar nicht nur oberflächlich, sondern auch in den Infiltraten der Cutis und Subcutis. Freilich ist die Blastomyocetennatur der Krankheitserreger noch nicht sichergestellt, solange nicht Reinkultur, Tierexperiment und Inokulation auf den Menschen gelungen sind. Nach O.s Meinung dringen die Hefen von außen her in die Haut ein, wo sie zuerst als harmlose Schmarotzer in den Epidermislamellen oder in den Mündungen der Talgdrüsen leben und dann pathogen werden, oder es sind von vornherein virulente Sprosspilze. Dem Einwand UNNAS und NEUBERGERS, daß es sich bei diesen Gebilden nicht um Blastomyoceten handle, sondern daß es sich um Degenerationsprodukte des Elastins oder um den Flaschenbacillus handle, hält O. entgegen, daß die sich nach GRAM, WEIGERT und WÄELSCH tiefblau färbenden Körper an Orten zu finden sind, wo nie elastisches Gewebe zugrunde gegangen ist, wie im Rete, daß sie sich mit basischen Farben ebenso gut färben wie mit sauren, daß die Formen doch viel zu regelmäßig und eindeutig sind, als daß man sie für wechselnde Degenerationsprodukte der elastischen Faser halten könne; gegen die Flaschenbazillennatur sprechen die intensive Färbbarkeit und die Sproßformen.

*Putzler-Dansig.*

**Ein Fall von systematisierter Blastomykose mit Blastomyoceten im Sputum,** von DANIEL N. EISENDRATH und OLIVER S. ORMSBY-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Okt. 1905.) Die Verfasser berichten über einen in ihrer Beobachtung befindlichen Fall, einen Polierer, der im Alter von 33 Jahren zunächst mit Brustschmerzen erkrankte und bei dem einige Monate später an den Extremitäten Geschwüre und subcutane Knoten auftraten. Die Untersuchung ergab generalisierte Blastomykose; die Hauptergebnisse der Untersuchung sind in folgenden Sätzen niedergelegt:

1. Der Patient leidet, wie aus den klinischen Symptomen hervorgeht, an einer konstitutionellen Erkrankung, welche die Lungen, die Nieren, die Haut und die subcutanen Gewebe ergriffen hat.

2. Wahrscheinlich waren die Lungen der erste Ort der Erkrankung, sie sind noch jetzt besonders stark befallen.

3. Obwohl der Fall einer Tuberkulose täuschend ähnlich sah, konnten Tuberkelbazillen nicht gefunden werden, weder mikroskopisch, noch kulturell, noch experimentell; die Tuberkulinreaktion verlief negativ.

4. Der Organismus der Blastomykose konnte in reichlicher Menge in den Hautläsionen, in subcutanen, uneröffneten Abscessen (in Reinkultur) und im Sputum nachgewiesen werden.

5. Obwohl die Krankheit auf Jodkalium reagierte und sich wesentlich besserte, ist der Patient bei weitem nicht gesund, und weitere Erscheinungen sind zu erwarten.

6. Mit dem vom Patienten gezüchteten Organismus konnten nur lokale Erscheinungen von Blastomykose erzeugt werden, da es den Verfassern hauptsächlich darauf ankam, die Möglichkeit einer Tuberkelbazilleninfektion auszuschließen.

#### A. Lossald-Kolmar.

**Zwei Fälle von Aktinomykose**, von D. DOUGLAS-CRAWFORD-Liverpool. (*Lancet*. 15. Juli 1905.) I. Fall: Ein 29-jähriger Schiffsarzt erlitt eine Quetschung der Haut der linken Seite. Etwa 14 Tage nachher traten zwei kleine Papeln an dem verletzten Gebiete hervor, blieben aber zunächst stationär. Drei Monate später breiteten sich entzündliche Erscheinungen mit Eiterbildung in der Haut über die Hinterbacke und bis an die unteren Rippen sowie am Oberschenkel aus. Die Affektion wurde durch ausgiebige Abtragung der erkrankten Hautteile erfolgreich behandelt. Mikrophotogramme zeigten einerseits Mycel, in hyaline Massen eingebettet, andererseits eine strahlenförmige Anordnung mit hyalinen Kolben an der Peripherie. Vielleicht war das an Bord befindliche Vieh infiziert.

Fall II betraf einen Schlachter. Bei diesem war die Infektion durch die Mundschleimhaut am Unterkiefer erfolgt.

#### Philippi-Bad Salschlurf.

**Ein Fall von Aktinomykosis cutis geheilt durch Jodipin**, von ALBERT BÖRNER. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Der Fall betrifft eine 15-jährige Tagelöhnerin, die ein halbes Jahr nach der Aufnahme geheilt entlassen wurde. Es wurden insgesamt 600 ccm 25%iges Jodipin intramuskulär und 438 Löffel intern verabreicht. Im allgemeinen wurde das Mittel gut vertragen, zuletzt sogar in einer täglichen Gabe von sieben Löffeln per os. Niemand trat Jodakne auf, wohl aber ein anderes anscheinend wenig bekanntes Zeichen von Jodismus, nämlich Lidödem. Die Krankheitsherde bildeten sich allmählich zurück und hinterließen eine Zeitlang eine schmutziggelbe Pigmentierung der betreffenden Hautstellen. Das Endergebnis war völlige, operationslose Heilung.

#### Fritz Loeb-München.

**Beitrag zum Studium der Aktinomykose der Tränenkanäle**, von ADRIEN-LEON CARLAIS. (*Thèse de Bordeaux*. 1904. Nr. 88.)

#### Fritz Loeb-München.

**Aktinomykose (forme neoplasique) der Bauchwand**, von L. MARATNECK. (*Thèse de Lyon*. 1904.) Nichts Neues. Die Bauchwand wird äußerst selten primär affiziert. (Eine Beobachtung.)

#### Fritz Loeb-München.

**Weitere Beobachtungen über Parangi (Framboesia)**, von A. CASTELLANI-Colombo. (*Brit. Med. Journ.* 18. Nov. 1905.) Bei früherer Gelegenheit hat Verfasser mitgeteilt, daß er bei Yaws in einigen Fällen Spirochäten gefunden habe, welche mit den von SCHAUDINN bei Syphilis beschriebenen mancherlei Ähnlichkeit aufweisen. Er hat jetzt im ganzen elf Patienten daraufhin untersucht und bei sieben einen positiven Befund erhalten. Manchmal waren die Gebilde erst nach wiederholten Untersuchungen zu finden. Bei den in der Heilung begriffenen Prozessen war der Befund stets negativ. Es sind drei Formen zu unterscheiden: Die eine, dickere Form erscheint morphologisch identisch mit der Spirochaeta refringens; eine zweite (Spirochaeta tennis

obtusa vorläufig benannt) ist dünn mit dickeren Enden und die dritte, ebenfalls dünne, hat spitze Enden (*Spirochaeta tenuis acuminata*). Ferner fand sich in nicht ulcerierten Fällen ein der *Spirochaeta pallida* ganz analoger Organismus. Die Färbung geschieht mit GIESSAScher Lösung oder nach LEISHMANS Methode. Ferner fand C. einige Male eigentümliche, ovale, chromatinhaltige Körper, welche vielleicht einer Entwicklungsphase der Spirochäten entsprechen.

*Philippi-Bad Salschürf.*

## Verschiedenes.

Ein seltener Fall von *Teratologia auricularis*, von VADAOCA. (*Giorn. intern. d. scienze med.* 1905. Nr. 21.) Die Mißbildung bei dem sonst normal entwickelten Kinde bestand darin, daß das rechte Ohr an seiner normalen Stelle fehlte; dagegen war auf der Höhe des rechten Kieferwinkels ein Anhängsel bemerkbar, das ziemlich deutlich als eine Ohrmuschel mit seinen zwar etwas unförmlichen, aber immerhin unverkennbaren Abschnitten und in etwas über normaler Größe zu erkennen war. Von einer Gehörmembran oder einem Mittelohr war nichts zu sehen; an der Stelle, wo normalerweise das Ohr sich hätte befinden sollen, war unter der Haut eine kleine Grube fühlbar. Der rechte Unterkiefer war atrophisch und infolge dessen der Mund nach rechts verschoben. Ob ein inneres Ohr vorhanden war, kann der Verfasser weder mit Bestimmtheit leugnen, noch zugeben.

*C. Müller-Genf.*

Druckfehlerberichtigung. Heft 2 dieses Bandes, Seite 79, Zeile 14 von oben liefs *αιρόν* statt *σαιρόν*.

## Über die Therapie des Erysipels.

Von

Dr. JOHANN KACZVINSZKY,  
Primararzt des allgemeinen Krankenhauses in Gyula.

In der am 6. Mai 1905 abgehaltenen Sitzung des königl. Ärztevereins in Budapest hielt Professor Dr. SAMUEL RÓNA einen Vortrag über die Therapie des Erysipels auf Grund von 5000 Fällen. Das Wesen seines Vortrages war die Erklärung, daß Erysipel zurzeit eine nicht beeinflussbare Krankheit ist.

Der Zweck dieser Zeilen ist, die allgemeine Aufmerksamkeit auf eine, wenn auch nicht neue Behandlungsweise zu lenken, die mir die Überzeugung beigebracht hat, daß man das Erysipel in nicht geringem Maße beeinflussen könne. Solange ich die zu beschreibende Behandlungsweise nicht angewendet habe, war ich selbst auf Grund der in vielen Fällen gewonnenen Eindrücke der Überzeugung, daß alle äußeren und inneren Mittel, welche gegen Erysipel empfohlen werden, ganz unbrauchbar sind; — ihre Inanspruchnahme sei nur eine Selbsttäuschung.

Die Zahl meiner Fälle ist nicht groß, unvergleichbar kleiner als das Material Professor RÓNAS. Das Hauptstreben der modernen Chirurgie ist gerade dahin gerichtet, daß die Infektion der Wunden, natürlich auch Erysipel, ferngehalten werde. Die Chirurgen haben aber doch wenig Ursache, zu klagen, daß sie selten Gelegenheit hätten, an operierten Patienten Erysipel zu beobachten. Auf meiner Abteilung, in der jährlich mehr als 2000 bettlägerige Patienten Aufnahme finden, kommen sehr häufig Fälle vor, daß Patienten wegen schweren Erysipels gebracht werden oder daß bei Patienten mit irgendeiner infizierten Wunde Erysipel auftritt. Durchschnittlich kommen jährlich 20—30 Fälle vor, so daß ich im Laufe von drei Jahren an 70—80 Patienten die Zweckmäßigkeit meines Verfahrens zu erproben Gelegenheit hatte.

Der erste Fall, bei dem ich dieses Verfahren zur Anwendung gebracht habe, betraf ein zehnjähriges Mädchen, bei dem in der Nähe eines tuberkulösen Geschwürs auf dem Halse Erysipel in sehr heftiger Weise auf-



getreten ist. Anfangs liefs ich Bleiwasserumschläge auflegen und pinselte an der Grenze des Erysipels Collodium auf die Haut, um die Weiterverbreitung zu verhindern. Das Allgemeinbefinden war sehr schlecht, die Temperatur war ständig 40° C. Das Erysipel überschritt wohl nicht die Collodiumgrenze, aber ging auf die behaarte Kopfhaut über, wo man Collodium nicht anwenden konnte. Am zweiten Tage ging ich schon auf die Alkoholdunstumschläge über, welche ich auf der ganzen erysipelatösen Fläche derart zur Anwendung brachte, dafs ich die mit konzentriertem Alkohol durchtränkte Watte mit BILLBOTH-Battist zudeckte und mit einem chirurgischen Verbands am Kopfe befestigte. Durch Verbandwechsel sorgte ich dafür, dafs die kranke Fläche ständig Alkoholdünsten ausgesetzt war. Dieses anscheinend energische Vorgehen hatte überhaupt keinen Erfolg. Die Temperatur war ständig 40° C., und da die Krankheit schon sechs Tage gedauert und sich nach der einen und der anderen Richtung auf der behaarten Kopfhaut verbreitet hat, ist das Kind sehr schwach geworden. Um wenigstens symptomatisch einen Einfluss ausüben zu können, verordnete ich dem Kinde Phenacetin, in der Hoffnung, dafs, wenn ich schon nichts anderes erreichen könnte, den besorgten Eltern die Abnahme des Fiebers etwas Hoffnung einflösse und sie beruhige. Aber vergebens. Das Phenacetin hatte kaum für eine Stunde eine Wirkung und nachher ist die Temperatur noch höher gestiegen. In diesem verzweifelt unveränderten Zustande suchte ich in unserem Medikamentenschatz nach einem Mittel, welches von bakterizider Wirkung auch in einer solchen Dilution ist, wie sie in der Lösung einer auf den Organismus nicht toxischen Dosis in sämtlichen Gewebssäften des Körpers vertreten ist. Ich sah nämlich ein, dafs wenn konzentrierter Alkohol in Form von Dunstumschlägen die Verursacher des ganz oberflächlichen Entzündungsprozesses, die Streptokokken, in ihrer Entwicklung zu beeinflussen durchaus nicht imstande sind, wir mit einer äufseren Behandlung nichts erreichen können. Ein noch energischeres Mittel würde in den Geweben des Körpers entweder lokal oder im Wege der Fernwirkung eine schädliche Wirkung üben.

Es war somit eine Frage, ob wir ein Mittel haben, das in verdünntem Zustande in den Gewebssäften des Körpers die Entwicklung, die Vermehrung der Mikroorganismen merklich zu beeinflussen imstande ist, oder mit anderen Worten, das antiseptisch wirkt. Darauf mußte ich mir die Antwort geben, dafs wir ein solches Mittel haben, das nicht nur die Entwicklung der Mikroorganismen verhindern kann, sondern auch eine Gattung derselben zu vernichten imstande ist — das also nicht nur ein Antiseptikum, sondern noch mehr, auch Desinfiziens ist. Dieses Mittel ist das Chinin und seine verschiedenen Salze.

Dafs bei Malaria 1 g Ohinin genügt, dafs die davon aufgenommene Menge, verdünnt, im Blute das Plasmodium malariae vernichtet, das ist

von lange her eine bekannte und in der Heilkunde seit Menschengedenken ausgenutzte Tatsache.

Jetzt ist nur die Frage, welche Wirkung Chinin auf den Streptococcus erysipelatos übt. Die Streptokokken halten sich in den Lymphläcken der Haut auf, und ihren Nährboden, in dem sie sich vermehren, bildet die Lympheflüssigkeit des Körpers. Das schien mir für zweifellos, daß wenn ich gegen den Krankheitserreger des Erysipels Chinin gebrauchen will, es anders zur Anwendung bringen muß wie bei Malaria. Wenn bei Febris intermittens notwendig ist, daß die Behandlung — wenn ich mich so ausdrücken darf — eine Chininisatio intermittens sein muß, da muß bei Febris continua erysipelatos die Heiltaktik geändert werden, und es muß eine Chininisatio continua sein. In den Lymphgefäßen und in den Lücken des Körpers befindliche Lympheflüssigkeit muß ständig einen Chiningehalt haben, und diese wirksame Chininmenge wird auch ständig dieselbe bleiben. Wenn Chinin mehrere Stunden braucht, um bei der Malaria eine Wirkung auszuüben und um das Maximum des Chiningehaltes des Blutes zu erreichen, so gelingt es bei täglich mehrmaliger, sagen wir sechsständlicher Dosierung, den Chiningehalt des Blutes und der Lymphe auf einer ständigen Höhe zu erhalten.

Wenn das Chinin dem Coccus des Erysipels gegenüber auch keine desinfizierende Wirkung ausüben würde und die Wirkung eine kleinere, d. h. eine antiseptische wäre, was wäre theoretisch die Folge davon? Dieselbe Wirkung, die eine antiseptische Lösung, welche in Eprouvette-Bouillon getropft wird, auf die in Bouillon gezüchteten Mikroorganismen übt. Ihre Vermehrung ginge immer langsamer von statten, und schließlich würde sie ganz aufhören. Nach kürzerer oder längerer Zeit nimmt die Virulenz, die Lebensfähigkeit der Mikroorganismen ab, und schließlich gehen sie inmitten der ungünstigen Lebensbedingungen zugrunde.

Wenn auch chininhaltige Lymphe zwischen den Streptokokkeninseln ist, welche bei Erysipel die Bindegewebelücken der Cutis ausfüllen, müssen wir die Resultate der Entwicklungsverhinderung wahrnehmen. Das Erysipel muß sich langsamer verbreiten, dann muß die Verbreitung innehalten, und schließlich wird die kranke Fläche blasser werden. Damit muß der Gang der fieberhaften Temperatur Schritt halten. Da aber bei verhaltener Entwicklung auch die Toxinproduktion abnimmt, wird nicht nur das Fieber abnehmen, sondern es wird auch eine Besserung des Allgemeinbefindens eintreten.

Nach solchen theoretischen Voraussetzungen fing ich an, das früher erwähnte Mädchen zu behandeln. Ich verordnete 1 g Chininum hydrochloricum in sechs Pulvern und verfügte, daß man dem Kinde jede sechste Stunde ein Pulver gebe. Das Medikament bekam sie am sechsten Tage der Krankheit gegen Abend bei einer immer noch unveränderten Tempe-

ratur von 40° C. — Am nächsten Morgen fand ich das Kind, das zwei Pulver genommen hat, als zwölfstündliche Wirkung des Chinins, bei bestem Allgemeinbefinden mit blafs werdendem Erysipel. Der fieberlose Zustand hielt an — die sechs Pulver wurden weiter genommen —, das Erysipel verschwand, und als ich am achten Tage Chinin nicht mehr geben liefs, stellte sich weder Fieber noch Erysipel ein.

Die Kollegen, die diese Zeilen lesen und glauben, dafs ich daraus die Folgerung ziehe, dafs das Resultat die Richtigkeit der theoretischen Annahme bestätigt, sind im Irrtum. Ich weifs sehr gut, dafs es auch blofser Zufall sein kann, dafs ich Chinin schon damals geben liefs, als der Prozeß auch so kritisch geendet hatte; vielleicht schon damals, als der Organismus genügendes Antitoxin produziert hat, demgegenüber die Streptokokken den Kampf verloren haben. Ich betrachtete den Fall als solchen, der meine Annahme nicht widerlegt und auch nicht bestätigt hat. Und dies veranlafste mich, weitere Versuche zu machen.

Bei meinen Spitalpatienten ging ich dann so vor, dafs ich, sobald Fieber aufgetreten ist und Erysipel festgestellt war, sofort 0,25 g Chinin verordnete. Damit der Geschmack kein Hindernis bilde, liefs ich Chininum tannicum insipidum-Pulver (0,75 g) anfertigen und liefs die Patienten jede sechste Stunde ein Pulver nehmen. Bei vielen Kranken machte ich den Versuch; ich fing gleich innerhalb der ersten 24 Stunden die Chininisation an, und immer, ohne Ausnahme, nahm ich denselben Verlauf wahr. In keinem einzigen Falle nahm ich den kritischen Verfall wahr wie im ersten, bei dem ich später Chinin verordnet habe. Ich konstatierte immer eine langsame, aber stetige Besserung. In den ersten 24 Stunden mit der Chininbehandlung beginnend, nahm ich nur während der ersten vier Pulver eine Temperatur von 40° C. wahr; am zweiten Tage der Behandlung schwankte sie zwischen 39,5 und 38,5° C., am dritten Tage war sie 39—38° und am vierten Tage, manchmal auch früher, stellte sich 37—36°ige Temperatur ein. Die Verbreitung des Erysipels hörte — wenn schon nicht früher — auf. Ich liefs die Pulver noch einige Tage nehmen, obgleich die Patienten am fünften Tage anscheinend ganz geheilt waren. Das Allgemeinbefinden hat sich aber schon am zweiten bis dritten Tage merklich gebessert. Die Progression unter der Wirkung der Chininisation war auch schon in den ersten Tagen unbedeutend.

Ich zähle die Fälle nicht einzeln auf, denn das ist überflüssig. Für diese Behandlung wird ja das maßgebend sein, was andere mit ihr erreichen werden.

Ich summiere nur meine Eindrücke, die meine theoretische Annahme vollkommen decken.

Seit drei Jahren mache ich mit diesem Verfahren Versuche und seither ist auf meiner Spitalabteilung kein letaler Fall vorgekommen. Ich

beobachtete keine 40°ige Temperatur von dem dritten Tage an. Ich sah kein Erysipel — mit einer einzigen Ausnahme —, das in weniger als einer Woche nicht geheilt wäre.

Es kann sein, daß dies bloßer Zufall ist. Es ist möglich, daß sämtliche Fälle, die ich im Laufe von drei Jahren beobachtet habe, nur leichte Fälle geblieben wären, wenn ich sie nicht mit Chinin behandelt hätte. Dies läßt sich nicht so leicht beurteilen. Die Beobachtungen anderer, die Fälle anderer Gegenden und Zeiten können, wenn sie so behandelt werden, genügende Basis zur Ausgestaltung des endgültigen Urteils bieten.

Jetzt beschränke ich mich nur darauf, den Verlauf jenes Falles zu schildern, der drei Wochen lang gedauert hat und also hartnäckig der Chininbehandlung widerstanden hat. Dieser Fall brachte in mir die Überzeugung zur Reife, daß die Chininisation das verlässlichste Mittel des Erysipels ist.

Der Fall, der auf mich den Eindruck eines gut gelungenen Kontrollfalles machte, ist folgender:

Bei einer 45jährigen Patientin nahm ich wegen Carcinoma mammae eine Amputation mammae und eine Ausräumung der Achselhöhle vor. Einige Tage nach der Operation trat Fieber (40°) auf, und ich konnte ein von der Operationswunde ausgehendes, auf die Schulter und den oberen Teil des Rückens sich erstreckendes Erysipel konstatieren. Drei Tage später wurde das Erysipel blasser, Temperatur war ständig 36°, und die Patientin schien scheinbar geheilt zu sein. Auch ihr Appetit war gut. Nach sechs Tagen ließ ich Chinin nicht mehr nehmen. Am nächsten Tage war die Temperatur 40° C., auf dem Rücken auf derselben Stelle trat wieder eine starke Röte auf, und die Patientin klagte verzweifelt, daß ihr Appetit und ihr Allgemeinbefinden nicht so gut sei, wie es gestern der Fall war.

Ich ließ sie wieder Chinin nehmen (Chininum tannicum). Zwei Tage später war sie wieder in dem alten Zustande. Es war keine Spur von Erysipel vorhanden. Der Appetit ist gut. Etwa fünf Tage lang blieb die Patientin in dem Zustande. Plötzlich stellte sich wieder hohes Fieber ein und in der Mitte des Rückens an derselben Stelle trat wieder eine Erysipelröte auf. Meine erste Frage war, ob die Patientin das Einnehmen des Medikamentes nicht eingestellt hat. Die Hilfsärzte und die Wärterin erklärten einmütig, die Patientin bekomme und nehme das Chininum tannicum. Der Fall schien mir unerklärlich. Nach weiteren Nachforschungen stellte es sich heraus, daß die Patientin 10—15 Minuten nach dem Einnehmen erbrochen hat. Die Pulver wurden ihr dann in den Speisen gegeben, so daß sie keine Ahnung davon gehabt hat. So hat sie noch eine Woche lang mit bestem Erfolge die Pulver eingenommen. Erysipel stellte sich nicht mehr ein.

Dieser Fall war sehr lehrreich und war von grosser Beweiskraft. Er liefert den Beweis, dass Chinin bei Erysipel kein symptomatisches Mittel ist, welches das Fieber mässigt, sondern es ist, man kann sagen, ein spezifisches Mittel, das die Streptokokken angreift. Es mässigt das Fieber, weil die Virulenz der Streptokokken geschwächt und das Toxin verändert wird.

Da Chinin per os manchmal Erbrechen hervorruft, spritzte ich in jüngster Zeit Chininum bisulfuricum (2 : 22) unter die Haut, jede sechste Stunde, ebenfalls mit gutem Erfolge. Doch habe ich nicht genug Fälle gehabt, um ein Urteil darüber aussprechen zu können, ob Injektionen besser sind.

Ich hatte schon mehrere Jahre Versuche gemacht, als mir zufällig ein Referat aus dem *Deutsch. Arch. f. klin. Med.* (III. Bd.) zu Gesicht gekommen ist, wo LIEBERMEISTER in schwereren Fällen von Erysipel Chinin empfiehlt, das er zweistündlich in 0,3 g-Dosen geben lässt. Er lobt nicht nur seine fiebermässigende als auch seine den Verlauf abkürzende Wirkung. Leider konnte ich mir seine Originalmitteilung nicht verschaffen. Aber es ist sehr wesentlich, dass auch er eine gute Wirkung des Chinins bei fortwährender Benutzung wahrgenommen hat. Dass Chinin bei Behandlung des Rotlaufs nicht zu grösserem Ansehen gekommen ist, ist meines Erachtens nur der Umstand schuld, dass LIEBERMEISTER eine sehr hohe Dosis empfiehlt. Das halten nicht viele aus. Eine hohe Dosis ist vielleicht imstande, die Streptokokken rasch zu töten und eine frappante Wirkung zu erzielen. Aber in vielen Fällen leidet der Organismus des kranken Individuums darunter, so dass man die LIEBERMEISTERSche Therapie nicht fortsetzen kann. Meines Erachtens dringen wir mit der „Eile mit Weile“-Taktik siegreich vorwärts.

Wesentlich ist nach meiner Ansicht die innere Behandlung. Das alte Verfahren, welches in der Injektion von Karbol oder Sublimat bestanden hat, hat nicht mit lokaler Wirkung, sondern wahrscheinlich durch Fernwirkung in dem Sinne, wie Chinin, geheilt.

Chinin verdient als unschuldig und sichereres Mittel den Vorzug.

Die äussere Behandlung des Erysipels ist doch nicht zu vernachlässigen, insofern man in den ersten zwei Tagen die Schmerzen mit äusseren Umschlägen lindern kann. Deshalb verordne ich meinen Patienten kalte oder noch besser Bleiwasserumschläge, bis der Rotlauf infolge der Wirkung des Chinins nicht blaß geworden ist.

Ich empfehle daher den Herren Kollegen diese Behandlungsweise des Rotlaufs. Kurz zusammengefasst besteht sie darin, dass man den Patienten 0,25 g Chininsalz, sechstündlich, per os eingibt oder subcutan einspritzt, fortwährend, solange nicht zwei bis drei fieberfreie Tage zu verzeichnen sind. Die Erklärung der Wirkung ist die antiseptische Wirkung der chininhaltigen Lympheflüssigkeit auf den *Streptococcus erysipelatos*.

## Mitteilungen aus der Praxis.

Von

Dr. med. DRBUW-Hamburg.

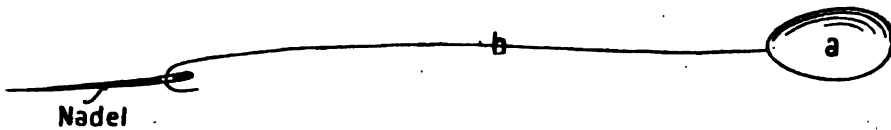
Mit drei Figuren im Text.

### I.

#### Prostata massageinstrument.

Bei der Prostata massage bedient man sich mit Vorteil einer sehr wirksamen Kombination von Massage und Faradisation oder Galvanisation der Prostata. Die zu diesem Zwecke angegebenen verschiedenen Prostata massageinstrumente haben alle den Nachteil, daß bei Anwendung derselben das Fühlen der Prostata durch den Finger ausgeschaltet ist.

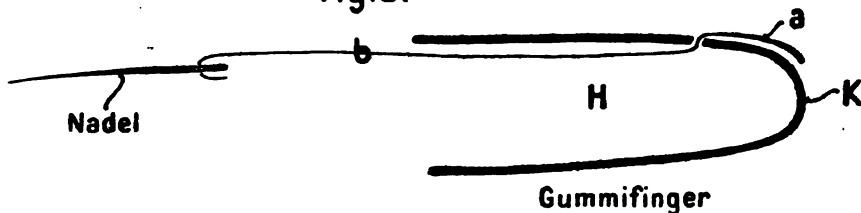
Fig. 1.



Um Massage, Gefühl und Faradisation mit einander zu vereinigen, gebrauche ich seit längerer Zeit ein kleines Instrumentenohr (Fig. 1), das aus einem feinen, dünnen, löffelartig gestanzten Metallplättchen (a) besteht, welches einen dünnen Metallfaden (b) trägt.

Der Faden (b) wird um die eine Elektrode eines faradischen Apparates gewickelt, während a eventuell über einem Gummifinger oder direkt über die Fingerkuppe mittels einer Lösung von Paragummi befestigt wird. Die andere Elektrode wird auf den Bauch oder den Oberschenkel gesetzt. Die Befestigung von a geschieht in der Weise, daß man einen Tropfen Paragummilösung auf das Löffelehen a gießt, 1—2 Minuten trocknen läßt und dann die Fingerkuppe fest aufdrückt.

Fig. 2.



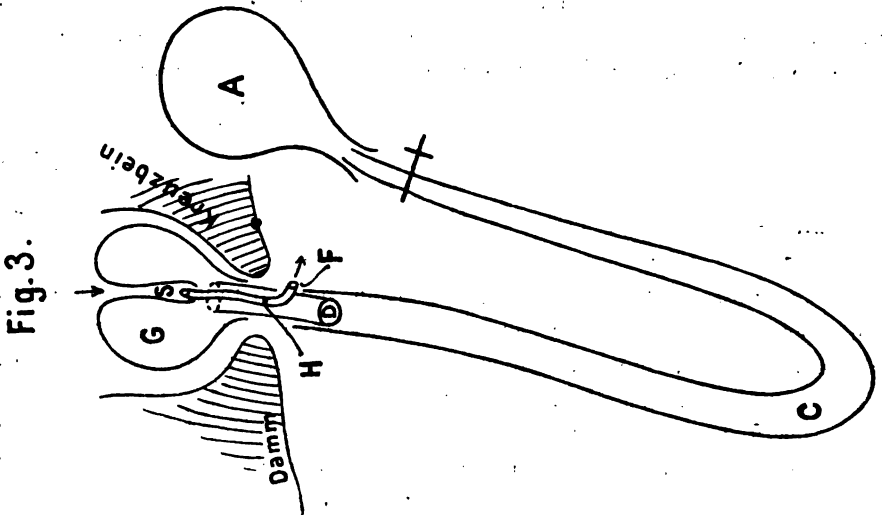
Bei Anwendung eines Gummifingers (Fig. 2) kann man zweckmäßig den Faden (b) mittels einer Nähnaedel durch die Kuppe (K) des Gummi-

fingers in die Höhlung (*H*) durchstoßen (*a* mittels Paragummi befestigen!), so daß der Faden (*b*) isoliert wird. Nach dem Gebrauch empfiehlt es sich dann, den Faden aus dem feinen Stichkanal im Gummifinger herauszuziehen, so daß sich sowohl der Gummifinger als auch der metallene Teil getrennt sterilisieren lassen.

## II.

### Mastdarmobturator.

Gelegentlich eines Falles von Inkontinentia alvi, entstanden durch eine Hämorrhoidenoperation mit vollständiger Entfernung des Sphincter ani, wandte ich folgendes kleine Instrument zum Verschluss des Anus an, nachdem der Patient alle möglichen Obturatoren vergebens versucht hatte (Fig. 3).



Mittels eines Gummiballons (*A*) läßt sich durch den Gummischlauch (*C*) Luft einpressen durch den Hartgummicylinder (*D*) in einen Gummiballon (*G*), welcher von oben her so eingestülpt ist, daß er eine kleine Gummiröhre (*S*) bildet. Diese ist über ein den Hartgummicylinder (*D*) bei *F* durchbohrende zweite kleine Hartgummiröhre (*H*) gezogen.

Der Patient hat den Gummiballon (*A*) in der Tasche und presft mit demselben, nachdem er den Gummiballon im erschlafften Zustande eingefettet eingeführt hat, Luft in den Ballon (*G*). Nachdem dieser aufgebläht, ruht er auf der vordern Kreuzbeinhöhle und verschließt den Anus. Etwaige Flatus können in der Richtung der Pfeile durch (*S*) und (*H*) entweichen.

Die beiden Instrumente werden hergestellt von C. W. Bolte Nachfolger, Hamburg, Rathausstr. 20.

## Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. Januar 1906.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS.

1. HIRSCHBERG hält einen Vortrag über: **Die durch angeborene Syphilis verursachten Augenleiden.** Die vorgestellten Kranken waren meistens jahrelang beobachtete Fälle, denen durch Einreibungskuren nach der von H. erprobten Art ihr Augenlicht wiedergegeben und erhalten worden war. Besonders früh tritt die Chorioretinitis auf, zwischen 5. und 8. Lebensmonat. Auf sie ist bei heredosyphilitischen Kindern stets zu fahnden, da die Sehstörung von den Eltern erfahrungsgemäß oft erst sehr spät bemerkt wird. Sie ist stets doppelseitig und zeigt folgende objektive Veränderungen: Sehr feine, staubförmige Glaskörpertrübungen, Verdeckung des Sehnerveneintritts durch bläuliches Exsudat, nach dessen Schwund infolge mehrwöchentlicher Hg-Behandlung immer eine Bläse und unscharfe Begrenzung der Sehnervenscheide zurückbleibt; bräunliche Verfärbung der Netzhautmitte, Pigmentanhäufungen und fleckweise Gelbfärbung des Augenhintergrundes. Mit ihr zusammen kommt oft Iritis oder Zeichen älterer Iritis vor. Die parenchymatöse Keratitis tritt meistens später im Laufe der Jahre auf. Sie ist bei der hereditären Syphilis ungleich häufiger als bei der erworbenen. Aber H. hat sie auch einmal bei Vater (akquiriert) und Tochter (hereditär) zu gleicher Zeit gesehen. Das Quecksilber ist für alle diese Zustände das Heilmittel. Es wird in Form der Injektionskur von zartester Kindheit an gebraucht (je nach dem Alter 0,5 g und mehr), nie unter 100, oft bis 300 Einreibungen im Laufe der Jahre.

**Diskussion:** LESSER weist auf die diagnostische Wichtigkeit dieser Augenveränderungen hin. BLASCHKO bemerkt die gar nicht selten fehlende Wirkung der Einreibungskur, wenigstens bei Erwachsenen, während er bei Kindern die günstige Wirkung bestätigt.

2. HELLER demonstriert Präparate von sekundärer Syphilis am Ausführungsgang der Glandul. sublingualis, einer hahnenkammartigen Bildung, die am Mundboden hervorragte und mit der Schere abgetragen wurde. Die Infiltrate schlossen sich dem Ductus Bartholinianus und den kleinen Duct. Riviniani an. Die Affektion ist bisher nicht beschrieben, wie überhaupt Syphilis der Speicheldrüsen selten und meistens Späterscheinung ist. Am häufigsten ist die Parotis befallen.

3. RICHTER demonstriert einen jungen Mann mit leichten Syphiliseruptionserscheinungen, dessen Vater ebenfalls syphilitisch gewesen ist; es handelte sich um die Frage, ob etwa die Syphilis des Sohnes lokalisiert in und um den Primäraffekt geblieben sei.

4. RICHTER demonstriert ein Haar mit Doppelschlinge.

5. BLASCHKO demonstriert einen Mann mit Lupus erythematodes des Gesichts und eine Frau mit ausgebreitetem Lupus erythematodes (mit starker zentraler Atrophie) an Kopf, Mundschleimhaut, Händen, Unterschenkeln.



## Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

In der Jahresschlussitzung im Dezember 1905 wurden der früheren Gepflogenheit gemäß zum Vorsitzenden der eine klinische Vorstand, und zwar Prof. RIEHL, zu seinem Stellvertreter Prof. SPIEGLER gewählt, zu Schriftführern die Herren Dr. BRANDWEINER und ZUMBUSCH, zum Kassierer Dozent WEIDENFELD.

Um ein rascheres Erscheinen der offiziellen Berichte zu ermöglichen, sollen dieselben in Zukunft in einem Wiener medizinischen Wochenblatt publiziert werden, während im *Archiv* nur ein kurzer Auszug erscheint.

Die Gesellschaft beabsichtigt ferner, von ihrem Vermögen der Gesellschaft der Ärzte und dem ärztlichen Lesezimmer in Wien Spenden zu widmen, damit diese in ihren Bibliotheken reichliche dermatologische Spezialwerke anschaffen können; eventuell sollen auch Arbeiten, besonders experimenteller Art, Studienreisen auf dem Fachgebiete ihre Unterstützung finden.

Der neue Vorsitzende regt auch noch an, daß in Zukunft neben den Kranken-vorstellungen kurze Übersichtsreferate über wichtige Kapitel und neuere Forschungsarbeiten auf dem Spezialgebiete gehalten werden mögen, wie z. B. den derzeitigen Stand der Ekzemtherapie mit Berücksichtigung neuerer Medikamente, die Spirochätenfrage u. a.

Sitzung vom 10. Januar 1906.

Vorsitzender: Prof. RIEHL.

ULLMANN demonstriert:

1. Einen 20jährigen jungen Mann, der die nicht häufige Kombination einer *Ichthyosis* mit einer seit sechs Wochen bestehenden bullösen Affektion zeigt, welche unter dem Bilde eines *Pemphigus vulgaris* verläuft. Ähnliche Beobachtungen wurden von VIDAL, HALLOPEAU, BROCC und BESNIER, zuletzt von DURING unter den mannigfaltigsten Bezeichnungen publiziert. Die xerotischen Symptome sind besonders an den Extremitäten symmetrisch ausgeprägt, die Blasen jetzt fast alle abgeheilt, ihre Reste und einzelne frische Pusteln aber noch deutlich.

Diskussion: NEUMANN kann aus der stellenweisen Verdickung der Haut und den jetzt sichtbaren Pusteln weder die *Ichthyosis* noch den *Pemphigus* erkennen; man müßte die vielfach auch artifiziellen Reizerscheinungen ablaufen lassen, um eine sichere Diagnose zu stellen.

2. Ein papulo-nekrotisches Tuberkulid bei einem 24jährigen, kräftigen Mann, der früher vor Jahren ein linksseitiges Empyem durchmachte. An den Handrücken sind jetzt fast nur mehr runde, atrophische Narben, an den Knien, reichlicher noch am Gesäße, zahlreiche braune Knoten zu sehen, die vielfach auch schon im Zentrum narbig eingesunken sind. Ähnliche Narben sind auch am freien Rand der linken Ohrmuschel, wohl als Residuen eines *Lupus erythematosus*, der auch zu den Tuberkuliden zu zählen ist.

SPITZER (CARL) stellt vor:

1. Einen 26jährigen Mann, der eine Zeitlang Leichendiener gewesen und nun zwei Herde von *Tuberculosis verrucosa cutis* zeigt. Unter dem Nagelrand des rechten Ringfingers eine flache, derbe Warze, einen typischen Leichentuberkel, sicher exogenen Ursprunges, und an der Beugefläche des linken Mittelfingers einen kronengroßen, flachen, ulcerierten Herd mit feindrüsiger Oberfläche, der aber an einer Stelle in die Tiefe bis gegen den Knochen führt und bei der bestehenden *Apicitis* auch eine endogene Infektion möglich erscheinen läßt.

**Diskussion:** RIEHL weist darauf hin, daß in bestimmten Fällen von *Tuberculosis cutis* mit exogenem Ursprunge die Infektion doch auf dem Wege der Lymphgefäße in die Tiefe dringe, wie er es schon bei seinen ersten Fällen beschrieben.

2. **Psoriasisflecke** um das äußere Genitale einer an Fluor leidenden Frau, wohl durch Reizung bei der seit langen Jahren an allgemeiner Psoriasis erkrankten Patientin entstanden.

3. Zwei Fälle von **Actinomykose** bei einem 17jährigen, aus Rußland zugezogenen Mädchen an der rechten Wange und bei einem Tischlergehilfen unterhalb des Knie; bei beiden Entleerung des charakteristischen Eiters mit positivem Pilzbefunde.

4. Ein **Epithelioma serpiginosum**, das in der Ausdehnung eines Handtellers von der rechten Wange auf die Ohrmuschel übergreift, an seinem bogenförmigen, derben Rande kleinpapilläre Wucherungen zeigt.

WEIDENFELD zeigt:

1. Einen **Lichen ruber planus**, der nicht nur am Penis und der Stirn, sondern auch an der Mundschleimhaut neben einzelnen planen Knötchen schöne Gemmenformen aufweist.

2. Bei einem Dachdecker an der Beugeseite des linken Handgelenkes einen über guldgroßen derben, mit hohen, harten, hornigwarzigen Exkreszenzen bedeckten Herd von **Tuberculosis verrucosa cutis**.

SCHERBER zeigt aus der Klinik Prof. FINGERS:

1. Das histologische, nach LEVADITI gefärbte Präparat einer Sklerose; eingestellt ist ein größeres Lymphgefäß, innerhalb desselben deutlich einige typische Formen der **Spirochaeta pallida**.

**Diskussion:** EHRMANN findet in dem demonstrierten Präparat eine Bestätigung seiner an der Hand von Injektionspräparaten gewonnenen Anschauungen, nämlich daß die Infektion sich auf dem Wege der Lymphbahnen ausbreite, während die auch hier angelagerten, stark erweiterten Blutkapillaren chemotaktisch von den Infektionsstoffen in den Lymphgefäßen aus erweitert werden.

2. Eine ausgebreitete, seit dem sechsten Lebensjahre bestehende, symmetrisch über die Schulter, den Stamm und die Extremitäten verteilte **Vitiligo**.

3. Eine flache, scharf begrenzte Ulceration, die von der hinteren Hälfte des harten Gaumens auf den weichen Gaumen und die Uvula übergreift. Der Grund ist feinhöckerig, blaß, schmerzhaft, der Rand leicht unterminiert, zeigt auch in der Umgebung reichliche miliare Knötchen; es handelt sich also um eine **Tuberculosis mucosa oris**.

BRANDWEINER stellt (aus der päd. Klinik Prof. ESCHERICH) vor ein fünfjähriges Kind mit einer seit den ersten Lebensmonaten bestehenden **Ichthyosis universalis**, die den ganzen Körper, auch die Beugeseiten und den Kopf, ergriffen hat. Die Haut ist stark verdickt, nur in dicken Falten abhebbar, mit Schuppenschilden bedeckt; Ektropium beider Augenlider und spärlicher Haarwuchs.

**Diskussion:** RIEHL hält den vorgestellten Fall für keine gewöhnliche Ichthyosis. Die diffusen Veränderungen, besonders der Beugeseiten, die schildförmigen Auflagerungen, die Verkürzung der Lider, das Verwachsen der Ohrmuschel sind Symptome, die einer schon in utero bestehenden, einer fötalen Ichthyosis entsprechen. Meist sterben die auch an anderen Defekten leidenden Kinder bald, und die Zahl überlebender Fälle, wie sie von LANG zuerst beschrieben wurden, sind sehr selten. Zu ihnen gehört auch der vorliegende. Näheres berichtete darüber und über die Histologie der Krankheit RIEKE in Leipzig.

ZUMBUSCH demonstriert aus der Klinik Prof. RIEHL:

1. Drei Fälle von ausgedehnten Zerstörungen in der Mundhöhle durch Lues. Bei dem ersten Patienten besteht die Lues angeblich zwei Jahre, die Ulcerationen und Defekte am Gaumen seit einem Jahre. Der zweite Patient leidet seit fünf Jahren an Syphilis; dieselbe verlief atypisch, indem sie sofort mit einem pustulös-ulcerösen Exanthem einsetzte; der Kranke verhielt sich dabei intolerant gegen Hydrargyrum und zeigt jetzt neben einer grossen Perforation des harten Gaumens auch ulceröse Gummien an der Stirn und dem Schädeldach.

2. Einen ganz aussergewöhnlichen und eigenartigen Fall von Lichen ruber planus. Bei einer sonst gesunden, 40jährigen Frau traten seit Sommer 1905 an der Schulter, später auch an den Beugeflächen der Vorderarme flache Knötchen auf, die sich rasch an diesen Stellen ausbreiteten und mit weissen Schuppen bedeckten. Die Frau ist seit Dezember 1905 indifferent mit Salicylalkohol behandelt und zeigt derzeit an der Schulter einzelstehende, linsen- bis hellergrüne Flecke und aus solchen konfluente Streifen und unregelmässig figurierte, guldengroße Herde, die alle ganz flach, stellenweise fast im Niveau der gesunden Haut oder gar leicht deprimiert an ihrer Oberfläche mit einer ganz glatten, opalsilberweissen, porzellanartig glänzenden, schwer oder gar nicht ablösbaren Schuppe bedeckt sind und nach deren gewaltsamen Entfernung fein bluten. Ähnlich sind die Flecken an den Vorderarmen. Viele zeigen noch im Zentrum eine grauschwärzliche Verfärbung, die sich beim näheren Zusehen aus feinsten verrukösen Ekzreszenzen zusammengesetzt erweist. Da in der Umgebung dieser eigenartigen Effloreszenzen auch vielfach einzelne, plane, rothbraune Knötchen vom Charakter der Lichenknötchen zu sehen sind, muss das Exanthem als eine besondere Form des Lichen ruber planus aufgefasst werden, was durch die weitere Beobachtung und eine genauere histologische Untersuchung näher verfolgt werden soll.

Ein Bruder der Patientin leidet an einem typischen Lichen ruber planus.

5. Einen Pemphigus vegetans bei einer 47jährigen Frau, seit ca. dreiviertel Jahren bestehend. Fast die ganze Haut exfoliiert; besonders die Augenlider, Lippen und Mundschleimhaut beteiligt. Am Genitale und den Achseln macerirte, hypertrophische, übelriechende Wucherungen.

RIEHL stellt noch vor:

1. Einen Mann mit framboesiformen Wucherungen auf dem Grunde eines das Kinn okkupierenden ulcerirten Syphlids.

2. Eine allgemeine Eruption von Lues corymbosa. Am Stamm, dem Gesicht und an den Extremitäten sieht man große, zum Teil in Rückbildung begriffene, dunkelbraune Knoten, kreisförmige Schwärme von kleinen Papelchen.

3. Ein Carcinoma in lupo. Der seit 25 Jahren bestehende Lupus vulgaris ist in fast diffuser Weise über den ganzen Halsumfang, die rechte Gesichtsseite und Achselgegend ausgebreitet; die rechte Ohrmuschel ist bis auf einige Knorpelrudimente zerstört. Vor denselben zieht über den Kieferwinkel ein zweihandtellergroßes, flaches Geschwür mit derber Basis und hartem, wallartigem Rande. Dieses Geschwür besteht ungefähr sieben Monate.

Diskussion. SPINGLER: In der letzten Zeit, seit der Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt wird, steigt die Zahl der bei demselben beobachteten Carcinome. Diese Zunahme ist mir besonders in einem aus Belgien stammenden Berichte aufgefallen, in dem sie 40—50% erreicht, so dass auch in dieser Hinsicht die Röntgenbehandlung zur Vorsicht mahnt.

RIEHL bemerkt, dass dieser Patient vor Auftreten des Carcinoms keine Röntgenbehandlung durchmachte.

3. Eine fast universelle Psoriasis, die Kopfhaut, Gesicht, Stamm und Extremitäten, auch die Beugeflächen, Handteller und Fußsohlen diffus ergriffen hat, so daß die Haut nahezu gleichmäßig rot, verdickt und schuppig erscheint; doch ermöglichen einzelne kleine, gesunde Hautinseln an den Armen, deutlicher noch an den Knien, die sichere Diagnose Psoriasis, da hier die bogenförmigen Grenzen der Psoriasisherde mit ihren charakteristischen Eigenheiten leicht zu erkennen sind.

Die Diagnose in solchen Fällen ist bei noch stärkerem Ergriffensein der Haut nicht leicht und hat in der Literatur zu vielen irrigen Diagnosen und Ansichten geführt, so daß die genaue Sichtung der diesbezüglichen Beobachtungen schwer, vielleicht unmöglich ist.

## Fachzeitschriften.

### Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 78. Heft 1. Januar 1906.

I. Über einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mykosis fungoides, von SEBASTIANO GIOVANNI-Turin. Ein Mädchen wurde im Alter von 13 Jahren, wenige Tage nach einer kurzen, akuten, als Influenza diagnostizierten Krankheit von einer Alopecia areata befallen, die bald allgemein wurde. Binahe sechs Monate nach dem Anfange der Alopecie tritt eine erste prämykotische ekzematoöse Läsion auf, welcher andere erythematöse und lichenoidale folgen; die größere dieser letzteren, die den oberen Teil der Brust einnehmen, kompliziert sich zu zahlreichen, zum Teil fungösen Exulcerationen. Im 23. Lebensjahre, während noch sowohl die Alopecie als auch die lichenoiden Läsionen fortdauern, erkrankt die Patientin an Lungenphthise, welcher sie in wenigen Monaten erliegt. Sowohl in der anscheinend gesunden Haut der allgemeinen Alopecie als auch in jener mit prämykotischen Läsionen kommt als histologische Hautveränderung eine wesentlich identische zellige Infiltration vor, nur daß dieselbe, während sie im ersten Falle nur leichten Grades und auf die Haarfollikel und Hautdrüsen beschränkt ist, im zweiten reichlicher und auch auf den oberen Teil des Coriums ausgedehnt vorkommt. Ob zwischen der Alopecia areata und der Mykosis fungoides ein Zusammenhang besteht oder nicht, bleibt unentschieden. Jedenfalls bleibt der Fall wichtig nicht so sehr wegen dieser gänzlich ungewöhnlichen und so lange dauernden Vereinigung beider Affektionen, als vielmehr wegen des Vorkommens in dieser einer und derselben zelligen Infiltration. Auch sonst bieten beide Affektionen manches Interesse; so ist bezüglich der Alopecia die Beobachtung der Hypertrophie und Lockerung der bindegewebigen Ringfaserlage der Haarfollikel bemerkenswert. Betreffs der prämykotischen Läsionen ferner ist es gewiß nicht gewöhnlich, sie in einem Alter von nur 14 Jahren anfangen und sich durch neun Jahre in ihren verschiedenen Formen folgen zu sehen, ohne konsekutive Bildung von Tumoren; ebenso ist es nicht gewöhnlich, daß die lichenoiden Läsionen von vielfachen fungösen Exulcerationen begleitet werden. Auch wurde bisher nie in den prämykotischen Eruptionen die Umbildung der Talgdrüsen in Cysten und das Auftreten von Milien nach dem Verschwinden der Eruptionen selbst beobachtet, wie es dieser Fall zeigt.

II. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Mykosis fungoides, von LEO RITTER VON ZUBUSCH-Wien. Seit der ersten Beschreibung der Mykosis durch ALIBERT

häufen sich die Mitteilungen über die Krankheit ständig, ohne absolute Klärung der Krankheitsbegriffe zu bringen; so berichtet Verfasser über die Ansichten von WOLFEK, HODARA, WHITFIELD, MAX JOSEPH, SCHIFFMACHER, RIETKE, ULLMANN, VOLLMER, LEBEDDE, SERENI, PELAGATTI und vieler anderen Forscher und fügt dann eigene Beobachtungen in Form von fünf ausführlichen Krankengeschichten hinzu, teilweise mit Sektionsbefunden. (Schluß folgt.)

**III. Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie,** von LEO HAUCK - Erlangen. BEQUEREL und RODIER haben zuerst ausführliche Forschungen über das Verhalten des Blutes bei Syphilitischen angestellt, ihnen folgten viele Autoren mit den widersprechendsten Ansichten. Verfasser bemüht sich nun, durch genaue systematisch durchgeführte Untersuchungen an einer größeren Zahl von Syphilitischen zur Klärung der Widersprüche beizutragen. Alle Autoren sind darüber einig, daß im zweiten Stadium der Lues der Hämoglobingehalt stets herabgesetzt ist und die Zahl der roten Blutkörperchen regelmäßig eine deutliche Verminderung aufweist. Nur hinsichtlich der Leukocyten und besonders des Verhältnisses der einzelnen Leukocytenarten weichen die Angaben beträchtlich von einander ab. Daher befaßt sich Verfasser mit dem Verhalten der weißen Blutzellen im Sekundärstadium der Syphilis vor und bei eingeleiteter Quecksilbertherapie. Das Ergebnis der Untersuchungen an 48 Fällen war, daß die Zahl der Leukocyten normal war. Es besteht kein Unterschied betreffs des numerischen Verhaltens der Leukocyten zwischen Fällen frischer oder rezidivierender Lues. Auch die Schwere der einzelnen Erkrankung, sowie Veränderungen des Lymphgefäßsystems üben keinen bestimmenden Einfluß auf dasselbe aus. Unter der Einwirkung des Quecksilbers verändert sich die Leukocytenzahl, die dabei beobachteten Schwankungen bewegen sich innerhalb verhältnismäßig niedriger Grenzen. Die Quecksilberwirkung ist bei den einzelnen Applikationsmethoden eine verschiedene; während bei der Inunktionskur zuerst ein Abfall und dann allmähliches Ansteigen der Leukocytenzahl eintritt, macht sich bei der Injektionskur ein sofortiges Ansteigen geltend. Ein zweiter Teil gilt dem Verhalten der einzelnen Leukocytenformen. (Schluß folgt.)

**IV. Beitrag zur Kenntnis der Lungensyphilis der Neugeborenen und Erwachsenen,** von ICHJIRO KOKAWA - Japan. Die kongenitale Lungensyphilis kommt vor als:

1. Pneumonia alba, welche sich durch Wucherungsprozesse des Interstitiums und mehr oder weniger Veränderungen des Alveolarepithels auszeichnet.
2. Gummöse Knoten, welche durch eine Neubildung und nachträgliche Nekrose des Granulationsgewebes charakterisiert ist.

Bei der erworbenen Lungensyphilis sind 1. die Gummata die am meisten anerkannten Formen, 2. die interstitiellen Formen, welche bald interlobulär oder interalveolär, bald peribronchial oder perivaskulär auftreten, oder sich durch die von der Oberfläche der Lunge nach dem Hilus zustrebenden groben Narbenstränge auszeichnen, werden nächst den Gummata von den meisten Autoren auf Syphilis zurückgeführt. 3. Bei den sog. parenchymatösen Formen erworbener Syphilis herrschen große Verschiedenheiten in den Angaben bezüglich der anatomischen Veränderungen. Ein Teil von ihnen wurde als Tuberkulose oder als andere nicht syphilitische Affektion entpuppt. Die übrigen sind entweder nicht einwandfrei oder noch nicht bestätigt.

Verfasser hatte nun Gelegenheit, bei MARCHAND in Leipzig vier Fälle von weißer Pneumonie, je einen Fall von Lungengummata von Neugeborenen und Erwachsenen zu studieren, die er einzeln beschreibt. In bezug auf die weiße Pneumonie war das Resultat seiner histologischen Untersuchungen etwa folgendes:

1. Die weiße Pneumonie zeichnet sich durch die Verbreiterung der Alveolarinterstitien infolge der entzündlichen Wucherung des Bindegewebes und mehr oder weniger sekundäre Veränderungen des Lungenepithels aus. Die letzteren bestehen einerseits in der Degeneration (Desquamation, Quellung, Verfettung, Nekrose), andererseits in der Wucherung der Epithelsellen.

2. Die Wucherung des Bindegewebes ist in den ersten Krankheitsstadien hauptsächlich auf die Interstitien beschränkt, geht später zum Teil in die Lumina der Alveolen und Bronchien über. Das erstere bedingt die Kompression und Formveränderung, das letztere die Abschnürung und Teilung der Alveolen in kleinere Teile.

3. Die Wucherung des Bindegewebes beginnt zuerst im perivaskulären Gewebe, von wo aus sie in das peribronchiale, interlobuläre und interalveoläre Gewebe übergeht.

4. Die Gefäßveränderungen bestehen in starker Dickenzunahme der Gefäßwände; die Hauptschuld daran trägt die Adventitia, in viel geringerem Grade kommt Mesarteriitis, ganz vereinzelt Endoarteriitis vor.

5. Die Bronchien bieten neben der Verdickung des peribronchialen Gewebes und teilweiser Kompression ihrer Lumina das Bild eines Katarrhs.

6. Die elastischen Fasern werden in ihrer Entwicklung verzögert oder gehemmt; im Alveolarzweischengewebe, im Hautherde des Krankheitsprozesses kommen sie gar nicht zur Entwicklung.

7. Die Lymphgefäße erweitern sich überall, wo das verdickte Bindegewebe vorliegt, wie im perivaskulären, interlobulären und subpleuralen Gewebe.

8. Die Pleura pulmonalis kann auch an der Verdickung durch die bindegewebige Wucherung teilnehmen. (Schluß folgt.)

V. Zur Kasuistik der *Epidermolysis bullosa hereditaria*, von VALENTIN-BERN. Bereits 1885 wurde der Stammbaum der Familie Berger in Mahlen bei Bern veröffentlicht, von denen damals elf an *Epidermolysis bullosa hereditaria* leidende Personen bekannt waren; inzwischen sind bei sechs weiteren ebensolche Erscheinungen nachgewiesen, so daß es jetzt 17 sind. (Ich beobachtete z. B. eine Familie, bei der ich bis jetzt 30 Fälle verzeichnet habe. D. Ref.)

VI. Die Atrophie bei multipler Neurofibromatose, von JOSEF POLLAK-GRAZ. Verfasser untersuchte einen Fall ausführlich und hatte folgende histologische Ergebnisse:

Auch in den sich klinisch als reine Atrophie präsentierenden Plaques fand er Tumorgewebe. Das Stratum granulosum und lucidum zum Teil und vollständig fehlend. Die Malpighische Schicht besonders beim Leukoderma atrophicum sehr verschmälert. Pigmentgehalt bei den depigmentierten Plaques und über den kleinsten Tumoren sehr vermindert. Über den Tumoren und in Nachbarschaft derselben im verschmälerten Stratum papillare und reticulare corii um die Gefäße und Follikel deutliche, aber nicht sehr mächtige Zellinfiltrate. Die elastischen Fasern an Zahl und Dicke vermindert; beim Leukoderma betrifft die Verminderung hauptsächlich die Papillarschicht. Die Tumoren enthalten spärliche elastische Fasern. Die Entwicklungsgang der Atrophie hat folgende Stadien: 1. blaue Flecke und livid verfärbte Tumoren, 2. dieselben von depigmentierten Höfen umgeben, 3. depigmentierte und im Niveau der Umgebung gelegene Flecke und 4. depigmentierte deprimierte Plaques ohne und mit Tumoren, im Zentrum resp. am Rande. Es scheint also die Atrophie bei multipler Neurofibromatose das Resultat vorzüglich mechanischer Momente zu sein, und zwar kommt es durch Volumzunahme der Tumoren zur Dehnung der Haut und zum Schwunde der elastischen Fasern. Bei Resorption des Tumors kehrt die überdehnte Haut nicht mehr zur Norm zurück. Auch läßt sich vermuten, daß derartig

veränderte Nerven in ihrer trophischen Funktion herabgesetzt sind; so wäre in der organischen Nervenerkrankung eine zweite, funktionelle Ursache der Atrophie zu suchen. Aber auch hier scheint nicht reine Atrophie auf die Nervenerkrankung zu folgen, sondern es schaltet sich ein Zustand ein, der nach seinem anatomischen Charakter (perivaskuläre Infiltrate) wohl als ein entzündlicher zu deuten ist. Die bei multipler Neurofibromatose vorkommende Atrophie ist also keine echte, reine Atrophie, sondern als Atrophie, die in innigem Zusammenhange mit Volumsunahme und Resorption von Tumoren, höchstwahrscheinlich mit Erkrankung der Nerven steht, aufzufassen.

**VII. Ein Fall von Herpes zoster recidivus, Zoster dorsoabdominalis in loco,** von HANS VÖRNER-Leipzig. Die Rezidive des Zoster sind selten, besonders wenn es sich um Lokalisation am Rumpfe handelt. V. behandelte einen jener sehr seltenen Fälle, wo der Zoster in demselben Nervengebiete des Stammes nach Abheilung des ersten Ausbruchs zu erneuten Malen wieder auftrat, früher hatte er einen Zoster gangraenosus an derselben Stelle gehabt; dieser jetzige Ausbruch ist ebenfalls gangränös und entspricht dem Hautbezirk der 8—10 Nervus spinalis dorsalis.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

### Dermatologisches Centralblatt.

Jahrgang 9. Heft 3. Dezember 1905.

**Über Pittylen, ein neues Teerpräparat,** von MAX JOSEF-Berlin. JOSEF beschäftigt sich seit langer Zeit damit, Ersatzmittel für Teer zu finden, die dessen unangenehme Eigenschaften nicht teilen; so führte er bereits mit Erfolg Bromocoll und Euguform ein, die aber keine keratoplastischen Eigenschaften haben; darin bewährte sich besser der Liquor carbonis detergens anglicus und das Empyroform. Er zog nun das von LINGNER-Dresden zur Verfügung gestellte Pittylen zur Prüfung heran. Es ist ein Gemenge von verschiedenartigen Körpern, die im Nadelholzteer vorhanden waren und deren jeder je nach seiner Konstitution sich mit dem Formaldehyd verbunden hat. Nach JOSEFs zweijährigen Versuchen besitzen wir in dem Pittylen ein nach manchen Richtungen ausgezeichnetes Präparat, welches auch GALEWSKY bereits anwandte. Die Vorzüge sind die hellbraune Farbe des Pulvers, die stärkere Löslichkeit in Aceton, Alkohol usw. und der geringere Geruch. Mit Erfolg angewandt wurde es bei Ekzema seborrhoicum, Kopfekzem der Kinder, Prurigo, impetiginösem Ekzem in Form einer 2—10%igen Paste (Pittylen 2—10, Zinkoxyd, Amyl = 25, Fetron ad 100) oder Schüttelmixtur (Pittylen 5—10, Zinkoxyd, Amyl = 20,0, Glycerin 30,0, Aq. dest. ad 100). Überlegen ist es bei hartnäckigen chronischen tylotiformen Ekzemen, Keratom an Handteller und Fußsohle, Lichen chronicus simplex, besonders auch in Form von 10—50%igen Pittylen-Paraplasten, ebenso bei trockenen Ekzemen. Günstig wirkte es ferner bei Lichen ruber verrucosus. 8%iges Pittylen-Aceton empfiehlt sich bei Ekzema seborrhoicum corporis, Pityriasis rosea, Pityriasis versicolor, Strophulus infantum, Herpes tonsurans. Eine Pittylenseife ist bei Acne vulgaris vortrefflich. Jedenfalls kann JOSEF nach seinen Erfahrungen das Pittylen als ein gutes Teereratzmittel empfehlen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

### Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVI, Heft 12.

**Zur Bilharziose der Blase,** von KUTNER. Der Patient, welcher aus Transvaal stammt und dort lange gelebt hat, ist seit seinem sechsten Lebensjahre an einem

Blasenleiden erkrankt. Anfangs bemerkte er, daß die letzten Tropfen blutig waren, später trat immer mehr Blut im Urin auf, stets anfallsweise und unabhängig von äußeren Umständen. Die mikroskopische Untersuchung zeigt zahlreiche charakteristische Eier des Bilharzia-Parasiten. Die cystoskopische Untersuchung zeigte eine große Menge teils glatter, teils in Zerfall begriffener Geschwülste, um diese herum größere und kleinere blumenkohlartige Exkreszenzen. Da jegliche Behandlung versagt hatte, wurde dem Patienten die Sectio alta gemacht und die Geschwülste mit Messer und Kauter entfernt. Der Erfolg dieser Operation war aber auch nicht groß.

**Über epidurale Injektionen**, von MAXIMILIAN HIRSCH. Verfasser schildert die Technik der CATHELINSCHEN Injektionen, die er mit Kochsalzlösung und geringem Kokainzusatz ausführt. Der Eingriff ist harmlos und ungefährlich, auch die Technik ist leicht. Es folgt der Injektion eine nachzuweisende Hyperämie der Blase. Die wichtigste Indikation für ihre Anwendung gibt die essentielle Enuresis und die reizbare Blase ab; hier sind die Erfolge vorzüglich; außerdem kommt sie zur Anwendung bei schmerzhaften Affektionen der unteren Körperhälfte sowie als medikamentöser Absorptionsweg. Die Wirkung beruht keineswegs auf Suggestion.

**Zur Kenntnis der idiopathischen Colibacillosen des Harntraktes**, von BODLAENDER. Nach Schilderung des bisher über Bacterium coli Veröffentlichten berichtet Verfasser einen Fall einer idiopathischen Colibacilliose, der einen 49jährigen Herrn betraf, welcher an Prostataabscess, Cysto-Pyelitis und Epididymitis erkrankt war. Es fanden sich weder Gonokokken noch Tuberkelbazillen, sondern nur Bacterium coli. Das Bacterium coli ist also keineswegs ein harmloser Parasit, sondern ein fakultativer Eitererreger.

F. Hahn-Bremen.

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 11.

**Morphologie und Klassifizierung der Spirochaeta pallida**, von ETIENNE BURNET. B. will in dieser Abhandlung nur eine Naturgeschichte der Spirochaeta pallida geben; die Frage ihrer ätiologischen Bedeutung für die Syphilis läßt er unberührt.

Die Spirochaeta pallida ist ein fadenförmiges Mikrobion, der zur Familie der Spirillaceen gehört. Zu dieser Familie rechnet man noch drei andere Arten, die Spirosomen, die Mikrospiren oder Vibrionen und die Spirillen. Die Spirochaeten sind seit 1838, wo EHRENBURG die Spirochaeta plicatilis beschrieb, bekannt; seitdem sind noch verschiedene Arten bekannt worden. Von ihren nächsten Verwandten, den Spirillen, unterscheiden die Spirochaeten sich dadurch, daß sie keine Geißeln oder Cilien haben und, bis jetzt wenigstens, sich nicht kultivieren lassen. B. versäumt nicht, auf die große biologische Ähnlichkeit der Spirochaeten mit den Trypanosomen hinzuweisen; es gibt ein pathogenes Trypanosoma, das beim Pferd eine der menschlichen Syphilis sehr ähnliche Krankheit erzeugt — diese Krankheit wird durch den Koitus übertragen — und das, wie man es für den Erreger der menschlichen Syphilis voraussetzt, erwiesenermaßen durch die gesunde Schleimhaut hindurchdringt. SCHAUDINN vermutet zwischen den beiden Familien eine Verwandtschaft, die Spirochaeta wäre somit kein pflanzlicher, sondern ein tierischer Organismus. Es eröffnet sich durch diese Betrachtungen die Aussicht, unter den Spirochaeten die vielgesuchten Erreger so mancher anderer Krankheiten, der Rabies z. B. und des Carcinoms, zu finden.

Ist nun aber die Spirochaeta pallida eine echte Spirochaeta? SCHAUDINN bezweifelt dies nach seinen neuesten Untersuchungen. Die echten Spirochaeten besitzen



eine undulierende Membran, aber keine Cilien. Jene ist SCH. jetzt geneigt, der Spirochaeta pallida abzusprechen, während diese ihr bestimmt zukommen. BURNET konnte sich aber von ihrem Vorhandensein in den Präparaten, die SCHAUDINN ihm zur Verfügung gestellt hatte, nicht überzeugen. Da auch die Windungen der Spirochaeta pallida anderer Art sind als die der übrigen Spirochaeten, so erklärt SCH. jene für einen Typus sui generis und nimmt den von VILLEMEN für sie vorgeschlagenen Namen „Spirocoma“ an.

In einigen Schlufssätzen bespricht B. die hauptsächlichsten Färbe-Verfahren zur Sichtbarmachung der Spirochaeta pallida.

**Der rezidivierende Herpes der Gesäßgegend**, von W. DUBREUILH. BERTHOLLE hat 1876 diese Form des Herpes zuerst beschrieben; seitdem sind noch vier weitere Fälle bekannt geworden, zu denen D. jetzt noch drei neue Beobachtungen hinzufügt. Auf Grund dieser acht Fälle gibt er eine Symptomatologie der Erkrankung.

Das Exanthem bietet immer denselben Anblick: auf einem roten Untergrunde entwickeln sich innerhalb weniger Stunden kleine Herpesbläschen. Das Ganze erinnert stark an Herpes zoster; innerhalb acht bis zehn Tagen erfolgt Heilung. Zuweilen gingen Neuralgien im N. ischiadicus vorauf, oder es stellte sich mit dem Exanthem ein Pruritus ein; in anderen Fällen waren die subjektiven Erscheinungen gleich null. In einem Fall wurde die Krankheit seit 25 Jahren beobachtet, in anderen seit 12—18 Jahren, so zwar, daß sie sich häufig, einmal alle Monate, wiederholte. Alle Kranken waren arthritisch veranlagt, bei mehreren von ihnen waren auch Gemütsverstimnungen bezw. ausgesprochene Melancholie vorgekommen. D. ist der Ansicht, daß auch der rezidivierende Herpes des Gesäßes ein Symptom der arthritischen Anlage sei und meint, daß man vielleicht durch Bekämpfung des Grundleidens auch dem Herpes beikommen könne; jede andere Therapie hat sich ihm gegenüber machtlos erwiesen. — Mit den Antipyrin-Exanthemen hat diese Herpes-Form große Ähnlichkeit.

**Ein Fall von primärem Pemphigus foliaceus**, von A. BZOUSSE und L. BRUC. Ein 46jähriger Landmann erkrankte ohne Veranlassung — es lagen nur viele Arbeit und Alkoholismus vor — an Pemphigus foliaceus, der fast keine Körpergegend verschonte und dem Kranken viele Schmerzen verursachte; die einzelnen Blasen wurden bis apfelsinengroß. Die Blasenbildung hörte nach einiger Zeit auf, aber die sich neubildende Epidermis wurde immer wieder in großen Fetzen abgestoßen, so daß der Papillarkörper, aus dem sich ein foetide riechendes Sekret ergoß, bloß lag. Unter starken Fieberregungen und unter wechselnder Bulimie und Anorexie ging Patient nach neunmonatlicher Krankheit ziemlich rasch zugrunde. Mikroskopischer Befund: Proliferation der Papillen und Vakuolisierung der Zellen. In der Cutis perivaskuläre Proliferation. Plynukleäre Lymphocyten treten erst auf, wenn es zur Ulceration der Cutis kommt. In der Milz besteht Proliferation des lymphoiden Gewebes mit diffusen Hämorrhagien usw.

Da gleichzeitig starke Eosinophilie bestand, so schloßen die Verfasser sich der LEBEDDESCHEN Ansicht an, wonach der Pemphigus eine Haematodermatitis ist; durch innere Giftbildung entsteht eine Veränderung des Knochenmarks, wodurch die Eosinophilie und die übrigen Symptome herbeigeführt werden.

*Türkheim-Hamburg.*

## Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 22.

1. Beitrag zur Pathologie der Masturbation, von CH. FÉRE-BICÔTRE. Krankengeschichte eines 12jährigen Knaben, der in akute Demenz (Amentia stuporosa; Con-

fusion mentale) verfiel, nachdem er während eines Ferientages mit einem 11jährigen Gespielen wiederholt mutuelle Masturbation getrieben hatte. Der Knabe, der schon während der vorausgegangenen zwei Jahre, wenn auch nur in mäßigem Grade, onaniert hatte, erschien am Abend des verhängnisvollen Tages vollständig apathisch, schlief dann drei Tage und Nächte fast ununterbrochen und ließ sich auch noch weitere drei Tage ruhig im Bette halten, ohne die geringsten Zeichen geistigen Lebens von sich zu geben. Die Apathie verringerte sich nur ganz allmählich, lange Zeit reagierte der kleine Patient auf Sinneseindrücke der verschiedensten Art gar nicht oder nur ganz wenig. Mit dem Eintreten des Rekonvaleszenz stellte sich heraus, daß sein Gedächtnis stark gelitten hatte und seine Willenskraft sehr geschwächt war. Nach fünf Monaten war das Gedächtnis noch nicht vollständig wiedergekehrt; die Prognose des Falles ist deshalb durchaus keine absolut günstige.

2. **Über die blenorrhische Striktur der Pars membranacea der Urethra**, von PIERRE HÉRESCO und D. DANÉLOPOLU. Im Jahre 1908 haben BAZY und DELOUX in den *Ann. génito-urin.* darauf hingewiesen, daß entgegen der allgemeinen Ansicht zuweilen auch blenorrhische Strikturen der Pars membranacea urethrae vorkommen, die aber stets die Fortsetzung von Verengerungen der Pars anterior und speziell der Pars bulbosa darstellen. Nun berichten auch die Verfasser über einen derartigen Fall. Es handelte sich um einen 40jährigen, sehr heruntergekommenen, überaus indolenten Menschen, der vor etwa 25 Jahren blenorrhisch infiziert worden war und seit ungefähr 20 Jahren Harnbeschwerden hatte. In den letzten zwei Jahren waren wiederholt perineale Abscesse entstanden, die zur Bildung mehrerer Fisteln führten; der Harn entleerte sich vollständig durch diese. Der perineale Teil der Harnröhre war auch für fadenförmige Sonden nicht durchgängig. Der Mann starb nach kurzem Aufenthalt im Spital unter schweren kachektischen Erscheinungen, ohne daß ein Eingriff vorgenommen werden konnte. Bei der Sektion zeigte sich, daß die ganze Urethra bis zum Veru montanum strikturiert war; bei der makroskopischen Betrachtung erschien die Pars membranacea am engsten, dagegen ergab die histologische Untersuchung, daß das Maximum der Verengung in der Pars bulbosa war. Das submuköse und spongiöse Gewebe war an den verengten Partien stark induriert; es wies genau die Veränderungen auf, die WASSERMANN und HALLÉ als totale sklerotische Urethritis beschrieben haben.

3. **Apparat für Harnröhren-Blasenspülungen (Thermo-Laveur)**, von ESTRAUT. Der vom Verfasser konstruierte Apparat soll es dem Patienten ermöglichen, selbst bequem Harnröhren- und Blasenspülungen vorzunehmen. Er besteht aus einem Irrigatorständer mit verschiebbarer Stange, deren oberes Ende das mit einem Thermometer versehene Irrigatorglas trägt; darunter ist eine kleine Spirituslampe angebracht. Um die Spülfüssigkeit, die bis zum Siedepunkt erhitzt werden soll, rasch bis zur gewünschten Temperatur abkühlen zu können, befindet sich im Innern des Irrigatorglases ein zweites kleineres Glasgefäß, das mit kaltem Wasser gefüllt wird. Der Apparat kann mit allem nötigen Zubehör in einem 55 cm langen, 20 cm breiten Koffer untergebracht werden.

4. **Ein neuer Verweilkatheter (modifizierter MALÉCOTScher Katheter)**, von PAUL LEBRETON. Die bisher gebräuchlichen PEZZERSchen und MALÉCOTSchen Verweilkatheter sind wegen ihrer Elastizität schwer einzuführen, ihre Lichtung ist im Verhältnis zu ihrem Kaliber nur eine kleine, außerdem haben sie die Neigung nach Entfernung des Mandrins in die Harnröhre hineinzuschnellen. L. ließ nun durch BYNARD einen neuen Verweilkatheter herstellen, der diese Nachteile nicht besitzt. Sein inneres Ende ist wie beim MALÉCOTSchen Katheter flügelförmig und auch aus Weichgummi hergestellt, der Schaft ist aus Hartgummi oder Seide, also nicht dehnbar;

beide Teile sind fest miteinander verbunden. Vor der Einführung wird der flügel-förmige Teil durch entsprechende Spannung mit einem geraden oder gekrümmten Mandrin ausgeglichen; wenn das erreicht ist, wird der Mandrin am äußeren Ende durch eine Schraube fixiert. So wird der Katheter, der ein weites Lumen hat, eingeführt und dann der Mandrin entfernt. Da das Instrument bei der ganzen Manipulation nur am äußeren Ende berührt werden muß, gelangt es stets in aseptischem Zustande in das Innere der Harnröhre und Blase. Wenn der Katheter sich verschiebt, kann er mit Hilfe des Mandrins oder auch ohne diesen durch Druck von außen leicht wieder in die richtige Lage gebracht werden. Zur Herausnahme kann man sich wieder des Mandrins bedienen, doch genügt zumeist schon leichter Zug. — HARTMANN hat den Katheter bereits bei einer Reihe von Kranken mit bestem Erfolg angewandt.

1905. Heft 23.

1. **Die klinische Erziehung**, von FÉLIX GUYON. Klinischer Vortrag allgemeinen medizinischen Inhalts, gehalten zur Eröffnung des Wintersemesters 1905.

2. **Testis inguinalis und Tumor eines Testis abdominalis bei einer Frau**, von MARION-Paris. Bei einer 36-jährigen Frau, die seit 16 Jahren verheiratet war, aber niemals menstruiert hatte, war im Laufe weniger Monate im Abdomen eine Geschwulst entstanden, die Schmerzen verursachte. Bei der Untersuchung fand M. die äußeren Genitalien, Vulva und Vagina, normal, dagegen war kein Uterus zu fühlen. Im kleinen Becken lag fest fixiert eine gut apfelgroße Geschwulst, die als Uterusfibrom gedeutet wurde. In der rechten Leistengegend, am Rand des Labium maius fand sich eine taubeneigroße, feste Geschwulst, die schon von Geburt an vorhanden war; M. hielt sie für ein Fibrom des Ligamentum rotundum. Nach der Entfernung des Tumors aus dem Abdomen zeigte sich, daß Uterus und Ovarien vollständig fehlten. Die kleine Geschwulst in der Leistengegend, die ebenfalls extirpiert wurde, saß an einem Stiel, der sich in den Leistenkanal hinein fortsetzte und nach der Durchschneidung durch seine Ähnlichkeit mit einem Samenstrang auffiel. Die histologische Untersuchung dieses kleinen Tumors ergab, daß es sich um einen gut ausgebildeten, nicht atrophischen Hoden handelte; die aus dem Abdomen entfernte Geschwulst war ein alveoläres Carcinom des zweiten, in das Abdomen verlagerten Hodens. — Die „Frau“ hatte in jeder Beziehung weiblichen Habitus.

*Göts-München.*

### Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 11.

**Die Tysonitis blennorrhagica**, von MAZOYER. Als TYSONsche Drüsen werden kleine Krypten beschrieben, die mit typischem Hautepithel ausgekleidet sind und die sich vorzugsweise am innern Blatt der Vorhaut, in der Gegend des Frenulum und an der unteren Fläche der Eichel finden. Ihre Entdeckung und Beschreibung wird TYSON, der im 17. Jahrhundert lebte, zugeschrieben. Diese Krypten können auch durch andere Reize in einen entzündlichen Zustand geraten, die gewöhnlichste Ursache dafür aber ist die Blennorrhoe. Doch auch diese führt nur verhältnismäßig selten zu einer Tysonitis oder zur Entzündung anderer im Sulcus und an der Corona glandis lagernden Follikeln. MAZOYER fand auf 100 Fälle von Tripper nur vier bis fünf Fälle von Folliculitis überhaupt, von denen nur wieder ein Bruchteil als Entzündung der TYSONschen Krypten angesprochen werden darf. Meistens ist die Tysonitis eine Folgeerscheinung des Trippers, es liegen aber auch Beobachtungen vor, wo der zeitliche Verlauf der umgekehrte war und der Tripper sich an die Drüsenentzündung an-

schloß, ja, es wird auch von Fällen berichtet, in denen der Gonococcus auf die Krypten beschränkt blieb. Auf jeden Fall ist die Behauptung BUMS, daß der Gonococcus nur auf Schleimhäuten mit Cylinderepithel fortkomme, eben durch die Tysonitis blennorrhoeica widerlegt, woselbst er auf Pflasterepithel sehr gut gedeiht und oft ohne Hilfe anderer Mikobien schwere Entzündungserscheinungen macht. Denn von allen pathogenen Keimen dringt der Gonococcus am leichtesten durch unverletztes Epithel. Er bewirkt also auch in den Tysonschen Krypten zuerst eine Art Desquamation und breitet sich dann in der Schleimhaut aus, was eine gewaltige Diapedese zur Folge hat; die Krypten werden von den Eiterkörperchen ausgefüllt und man findet den Gonococcus dann innerhalb dieser und zwischen den Epithelzellen; die submukösen Gefäße sind beträchtlich erweitert, und in der Nachbarschaft finden sich zahlreiche Infiltrate von Embryonalzellen. — Makroskopisch kann die Tysonitis blennorrhagica verschiedene Formen annehmen, sie kann als Strang, als Knoten, als Abscess, als Pustel, Erosion, Ulceration usw. erscheinen, und es ist nicht immer leicht, sie von anderen Neubildungen, einem Epitheliom, einer Tuberkulose, einem Ekthyma, einem Herpes, einem Ulcus usw. zu unterscheiden; in zweifelhaften Fällen gibt das Mikroskop immer sichere Auskunft; deshalb empfiehlt M. auch zum Schluss als bestes Heilverfahren die Entfernung mit dem Messer; man hat dann zugleich Gelegenheit zu histologischer Untersuchung.

**Lupus ulcerosus serpiginosus der linken oberen Extremität**, von GUSTAVE BURBAU. Dieser interessante Krankenbericht erzählt von einer 62jährigen Patientin aus tuberkulöser Familie, bei der seit 30 Jahren ein Lupus ulcerosus serpiginosus der linken oberen Extremität besteht. Dieser Lupus begann seinerzeit mit heftigen Schmerzen im linken kleinen Finger, dann erschien an dessen erster Phalange die erste Ulceration, die allmählich immer weiter kriechend, im Laufe der 30 Jahre die ganze Extremität bis zur Schulter erfaßt hat. Später fing das lupöse Geschwür von den Fingern an aufwärts zu vernarben, unglücklicherweise aber so, daß trotz aller Bemühungen, es zu verhindern, die Finger zu einer einheitlichen Masse zusammenwachsen; jetzt ist nur noch die letzte Phalange des Daumens freistehend. Auch die Haut des ganzen Vorderarms ist in eine einzige Narbe verwandelt und die Beweglichkeit im Radio-Ulnar-Gelenk dadurch beschränkt. Ist der Lupus tuberculosus der Extremitäten schon an und für sich keine ganz häufige Erscheinung, so gewinnt der mitgeteilte Fall noch ein ganz besonderes Interesse durch die eigentümlichen Störungen, die der Lupus hier veranlaßte.

*Türkheim-Hamburg.*

## Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.

1905. Heft 11.

### I. Über Gehirnsyphilis, von LEREDDE.

II. Einige Beobachtungen von Gehirnsyphilis, von J. A. ROORDA SMIT. R. S. berichtet in seiner Arbeit, die LEREDDE mit wenigen kurzen Bemerkungen einleitet, ausführlich über 27 Fälle von Gehirnsyphilis, indem er namentlich die Augenveränderungen hervorhebt, welche der Entwicklung der Gehirnerscheinungen vorausgingen oder sie begleiteten. Aus der Summe seiner Beobachtungen zieht er folgende Schlüsse:

1. Gehirnsyphilis kommt besonders in solchen Fällen von Lues vor, die wegen ihrer Gutartigkeit der Beobachtung der Kranken entgangen sind. Bisweilen sind die Kranken auch behandelt worden, aber offenbar in ungenügendem Maße, weil man der Krankheit nicht genug Bedeutung beilegte.

2. Ein syphilitisch infizierter Mann kann, wenn die Lues latent ist, eine gesunde Frau und gesunde Kinder haben; das schließt aber nicht aus, daß er später an

Gehirnsyphilis erkrankt. Die Tatsache, daß die Frau keine hereditär-syphilitischen Kinder gebar oder keine Fehlgeburten hatte, beweist also nichts gegen Gehirnsyphilis. Für diese hat die Anamnese überhaupt nur geringen Wert.

3. Gehirnerscheinungen können in jedem Stadium der Lues auftreten, selbst noch 38 und mehr Jahre nach den primären Symptomen. Es ist daher ratsam, bei der Mehrzahl der Kranken, die von einer Apoplexie heimgesucht wurden, eine spezifische Behandlung einzuleiten, auch wenn die Patienten über 60 Jahre alt sind und der apoplektische Insult nicht dem syphilitischen Typus entsprach. Besonders bei alten Leuten kann eine durch Syphilis verursachte Apoplexie sehr wohl unter dem Bilde des gewöhnlichen „Schlagflusses“ auftreten; diese Form des Insults ist kein Beweis gegen die syphilitische Natur der Erkrankung.

4. In allen Fällen muß der Urin der Kranken untersucht werden; man wird dann wohl öfter Albuminurie und Diabetes bei Syphilitikern finden.

5. Es scheint, daß die Gehirngummen im allgemeinen, von allerdings zahlreichen Ausnahmen abgesehen, mit Vorliebe in zwei Gegenden auftreten: einmal in der Rindensubstanz der linken Hemisphäre; sie verursachen dann rechtseitige Hemiplegie, manchmal mit Aphasie und einseitiger Taubheit; zweitens an der Gehirnbasis, von wo aus sie Neuritis optica, Stauungspapille mit Amblyopie, Paresen des Oculomotorius und Facialis, doppelseitige Taubheit und Reizung des Vagus (mit einer Pulszahl bis herab zu 28 Schlägen) bewirken.

6. Stauungspapille fehlt bei Gummen an der Basis niemals, bei Gummen in der Rinde findet sie sich häufig, aber nicht immer. Die Amblyopien, die fast immer diese Formen von Neuritis begleiten, können geheilt werden, wenn sie noch nicht zu weit vorgeschritten sind. Normale Sehschärfe bei Neuritis optica dieser Art ist außerordentlich selten.

7. Stauungspapille muß immer den Verdacht auf Gehirnsyphilis wachrufen. Bevor man sich mit der Diagnose „Gehirntumor“ begnügt, muß man die Kranken stets antisiphilitisch behandeln; erst nach vollständigem Versagen der spezifischen Therapie darf man das Vorhandensein eines wirklichen Tumors annehmen.

8. In einem von MAURIC und einem vom Verfasser beobachteten Falle hatte eine luetische Erkrankung des Os parietale vorzeitigen Marasmus senilis zur Folge; experimentelle Untersuchungen könnten vielleicht eine Erklärung für diese auffallende Tatsache schaffen.

9. Wann bei verhältnismäßig jungen Leuten senile Katarakte, Glaukome, akute Veränderungen der Refraktion (Hypermetropie, Presbyopie) auftreten, müssen stets die Gehirnfunktionen sorgfältig untersucht werden, weil die genannten Veränderungen an den Augen oft die Folge latenter Gehirnsyphilis sind. *Göts-München.*

## Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires.

1905. Heft 11.

1. Die lineäre Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenverengungen, von GALLOIS-Lille. G. hat die lineäre Elektrolyse mit nachfolgender Dilatationskur bisher in ungefähr 50 Fällen von Harnröhrenverengung angewandt und namentlich bei den Strikturen blennorrhöischen Ursprungs durchwegs sehr gute Erfolge erzielt. Das Verfahren ist ungefährlich, führt außerordentlich rasch zum Ziel, verursacht, unter lokaler Anästhesie mit Kokain oder Stovain vorgenommen, keine oder fast keine Schmerzen und führt niemals zu irgendwie erheblichen Blutungen; Einführung eines Verweilkatheters ist nicht erforderlich, der Kranke kann am Tage nach der Operation wieder seinem Geschäfte nachgehen; der Erfolg ist ein dauernder, wenn an den Eingriff eine Dilatationskur angeschlossen wird.

**2. Über eine neue Methode der partiellen Amputation des Penis, von KALLIONIS-Athen.** K.s Verfahren, das er bisher in zwei Fällen angewandt hat, ergibt einen konischen Penisstumpf, der die Harnentleerung sehr erleichtert; es ist jedoch nur anwendbar bei Tumoren, die auf das Präputium oder die Glans beschränkt sind und die Corpora cavernosa noch nicht erreicht haben. Die Technik ist folgende: Nach Einführung eines Katheters in die Harnröhre werden aus der Haut des Penis, die ein Assistent nach Möglichkeit zentralwärts zieht, zwei Lappen gebildet; die Schnittführung geht von der Mittellinie des Dorsum penis aus in genügender Entfernung vom Tumor, beiderseits bogenförmig nach abwärts zur Mittellinie der unteren Fläche. Nach Beendigung der Hautschnitte wird die Urethra vorne in einer Ausdehnung von 1—2 cm frei präpariert und isoliert und schräg von unten nach oben durchschnitten. Hierauf wird bei senkrecht, erhobenem Penis ein schmales Messer zuerst links, dann rechts von der Urethra am Endpunkt des Hautschnitts gerade von unten nach oben durch das Glied durchgestoßen und genau dem Hautschnitt folgend schräg durch die Corpora cavernosa nach außen geführt, so daß zwei aus cavernösem Gewebe gebildete Lappen entstehen; die Brücke zwischen diesen wird von oben nach unten durchtrennt, wobei aber die Urethra nicht verletzt werden darf. Die blutenden Gefäße werden unterbunden und die cavernösen Lappen durch tiefe Nähte vereinigt; dann spaltet man die vorstehende untere Wand der Urethra etwa 1 cm weit, vernäht die beiden Teile mit den Hautlappen, deren Reste über den cavernösen Lappen mit einander vereinigt werden. Zum Schluss wird ein Verweilkatheter eingeführt, der sieben bis acht Tage liegen bleibt, und ein antiseptischer Verband angelegt; die oberflächlichen Fäden werden am neunten Tage entfernt.

**3. Über die Anwendung des CLARschen Reflektors in der allgemeinen Chirurgie und speziell in der Chirurgie der Harnwege, von ROBERT BLANC-Dijon.** BL. empfiehlt zur Beleuchtung der Körperhöhlen und tiefliegender Körperpartien bei chirurgischen Eingriffen den Gebrauch des CLARschen Reflektors, eines großen, stark konkaven, mit elektrischer Lampe versehenen Stirnreflektors; besonders nützlich erwies sich ihm diese Art der Beleuchtung bei allen Untersuchungen mit dem Blasen- und Vaginalsekulum. Bei einer Frau entfernte BL. mit Hilfe des Reflektors ein am Blasenhalse sitzendes, gestieltes Papillom.

**4. Totale Prostatektomie nach einem neuen kombinierten Verfahren (perineal-suprapubische Methode), von F. CATHELIN-Paris.** C. hat aus den verschiedenen Arten von perinealer und suprapubischer Prostatektomie ein kombiniertes Verfahren gebildet, dessen Neuheit wohl hauptsächlich in der Verwendung mehrerer, von C. eigens zu dem Zwecke konstruierter Spezialinstrumente besteht; es sind das eine kannelierte, hohle Sonde mit Hahn, ein aus zwei Branchen bestehender Haken mit Sperrvorrichtung zum Auseinanderhalten der Ränder der suprapubischen Blasenwunde, der bereits früher beschriebene Désenclaveur und eine modifizierte Kornzange mit Sperrvorrichtung. Das Verfahren ist folgendes: Nach Einführung der Sonde wird die mit Luft gefüllte Blase mittels Sectio alta eröffnet und sogleich der Wundhaken eingelegt. Dann wird am Perineum nach Einführung eines Fingers in das Rektum in der auch sonst bei perinealer Prostatektomie üblichen Weise eingeschnitten und die Urethra in der Mittellinie insidiert. In die Harnröhrenwunde wird der Désenclaveur eingeführt, während mit den Kornzangen die seitlichen Prostatalappen gefaßt werden. Nun beginnt man unten und seitlich mit der Ausschälung der Prostata, die durchaus stumpf mit dem Finger vorgenommen wird. Bei Beginn der Ausschälung wird durch die suprapubische Blasenwunde ein Finger der anderen Hand in das Innere der Blase eingeführt, aber nicht, um die Prostata hinabzudrücken, sondern nur um die Enukleation zu kontrollieren und die Blase vor Verletzungen zu schützen. Nach

Beendigung der Ausschälung wird in der Pars prostatica der Urethra inziert und damit die Prostata in toto entfernt. Der ganze Eingriff, bei dem der Operateur steht, geht ungemein rasch vor sich; eine nennenswerte Blutung erfolgt nicht. Die suprapubische Blasenwunde schließt sich spontan ohne Naht. Durch die perineale Wunde wird zuerst ein Drainrohr, nach drei bis fünf Tagen ein Katheter eingelegt; dieser bleibt vier bis sechs Wochen liegen. — Das Verfahren erscheint besonders in solchen Fällen indiziert, bei denen der mittlere Prostatalappen stark entwickelt ist und weit in die Blase vorspringt.

Göts-München.

## La Syphilis.

Bd. III. Heft 11. Dezember 1905.

**I. Über Syphilis und Tuberkulose, von T. BARTHÉLEMY-Paris.** Syphilis und Tuberkulose treten oft gleichzeitig auf, oder auch eine syphilitische Infektion weckt eine schlummernde latente Tuberkulose auf, dann fällt ein mit dem einen Leiden behafteter Körper naturgemäß beim Hinzutreten eines zweiten schweren Leidens schnell in Kachexie; die Lungensyphilis kann leicht Tuberkulose vortäuschen. B. spricht nun mit kurzer Berücksichtigung der Differentialdiagnose besonders über die Therapie. Zuerst beschreibt er die frühzeitige Lungensyphilis, welche leicht mit Anfangstuberkulose verwechselt wird, die Tracheitis acuta und Tracheobronchitis syphilitica secundaria. An ihr und ihren Komplikationen sterben viele Kinder im ersten Lebensjahre. Die erworbene Tracheobronchialis entsteht durch direkte luetische Infektion auf der Schleimhaut der Trachea und Bronchien und ist ein Äquivalent der Lungensyphilis von langer Dauer und großer Neigung zum Rezidivieren. Diese Form der Lungensyphilis ist ziemlich selten und dauert gewöhnlich drei Jahre, dabei besteht Auswurf, Husten, zuweilen Hämoptoe, Fieber. Gleichzeitig mit dieser Lungenaffectio verschlechtert sich der Allgemeinzustand und erweckt so leicht den Verdacht der Tuberkulose; alle Mittel versagen, nur der schliesslich versuchte Merkur bringt Besserung und Heilung und zeigt daher, bei ständigem Fehlen von Tuberkelbazillen, dass es sich um Lues handelt; die Erscheinungen schwinden. Selbstverständlich muss man bei der Dosierung vorsichtig sein, denn man darf nicht durch eine Quecksilberintoxikation das Leiden vergrößern und muss stets auf Nieren, Mund und Verdauungsorgane achten. — Ein weiteres Kapitel betrifft die Syphilis pulmonalis tardiva. Die erworbene Syphilis bewirkt zuweilen von seiten der Lungen tertiäre, sklerogummöse Erscheinungen, Infiltrationen oder zerstreute Herde, welche wiederum sehr der Tuberkulose ähneln. Es empfiehlt sich dagegen Jod, besonders Lipijodol, und zuweilen Sublimatpillen. Der dritte Abschnitt gilt der Syphilis hereditaria tarda oder deren bronchio-pulmonalen Erscheinungen, der vierte der Therapie. Hier zeigt sich B. als ein entschiedener Anhänger einer vernünftigen Quecksilbertherapie, selbst bei Tuberkulosen, während er bei den Tertiärserscheinungen für Lipijodol spricht.

**II. Über Syphilis und Tuberkulose, von EMILE SERGENT-Paris.** S. weist auf die Wichtigkeit der Syphilis in der Ätiologie der Tuberkulose hin; erstere schafft ein gutes Feld für letztere und schafft somit eine Disposition. Man muss daher die Syphilis bekämpfen und kämpft somit gleichzeitig gegen die Phthise.

**III. Syphilis tertiaria der Lunge, von CLAYTON.** Die Lungensyphilis beim Erwachsenen ist selten, sie tritt meist fünf bis zehn Jahre nach der Infektion auf; die Gummata können zu ein oder mehreren auftreten und bis vogeleigroß werden, teils gelatinös, teils fibrös. Sie enthalten reichliche Blutgefäße, selbst noch in den käsigen Herden. Der häufigste Sitz der Gummata ist der rechte Mittellappen, selten führen sie zu Kavernenbildung. Die syphilitische Pneumonie ist bei Erwachsenen

selten und bildet groÙe graurötliche Infiltrationen. Zum Schlusse erwähnt CLAYTON einen Fall von Lungensyphilis bei einem 44jährigen Manne, der vor 20 Jahren infiziert wurde und mit den Symptomen einer Nephritis starb. Bei der Sektion fand man Gummata in beiden Lungen, Leber und Pankreas. Die Gummata der Lungen waren aus einer schwach begrenzten fibrösen Masse gebildet, in der Mitte nekrotisch trotz der reichlichen BlutgefäÙe, welche bis an das nekrotische Zentrum führten.

IV. **Syphilis und Tuberkulose**, von EMIL SERGENT-Paris. Bereits erschienen im *Archiv general de medecine*. 81. Jahrg. Band II.

V. **Über miliare Aneurysmen des Pericards**, von F. BALZER-Paris. Ein 50jähriger Mann kam im letzten Stadium der Phthise zur Aufnahme; er hatte früher Syphilis gehabt und hatte noch Narben von tertiärer Lues und Zerstörungen der Lippen und Nase. Trotz des schlechten Allgemeinbefindens wurde Jod erfolglos angewandt. Es erfolgte der Tod bald. Bei der Sektion fand man in den Lungen eine käsige Infiltration mit Kavernen, Leber und Nieren waren affiziert. Den interessantesten Befund bot das Herz, wo sich etwa 30 kleine Aneurysmen beim Austritt der Arteria coronaria anterior fanden, ebenso an der Oberfläche der Aorta und Pulmonalis; die Aneurysmen sind meist nur stecknadelkopfgroÙ, wie kleine Hirnaneurysmen. Ebenso fanden sich kleine Hämorrhagien in den GefäÙwänden des Pericards und denen der Aorta und Pulmonalis. Die mikroskopische Untersuchung zeigt deutlich die Art der Entstehung dieser Aneurysmen. Jedenfalls ist die Syphilis die Ursache dieser Bildungen gewesen.

VI. **Über Spirochaeta pallida in der Flüssigkeit von Bläschen**, von C. LEVADITI und G. Z. PETRESCO-Bukarest. An mehreren Versuchen zeigen die Verfasser, daÙ die Spirochäten in die Blasenflüssigkeit sowohl bei gewissen syphilitischen Sekundäraffektionen der Haut als auch bei gesunden Hautpartien in der Nachbarschaft dieser Läsionen übergehen. Es kann daher die Methode, eine Blase zu erzeugen, unter Umständen wichtige Dienste leisten, um die Diagnose der Syphilis in bezug auf den Spirochätenbefund in der Blasenflüssigkeit zu sichern.

VII. **Über Spirochaeta pallida bei Syphilis**, von J. NIKOLAS, M. FAVRE und C. ANDRÉ. Verfasser bestätigen den Befund der Spirochaeta pallida bei Sekundärluetischen in Plaques am Genital, Mund usw., in Drüsen und Blut sowie in den Pemphigusblasen bei hereditär syphilitischen. Die Spirochaeta pallida scheint nicht konstant in allen syphilitischen Affektionen zu sein, seine Verteilung und seine Zahl ist verschieden. Auch will man Spirochäten in nicht luetischen Läsionen gefunden haben, doch scheint es sich da stets um Spirochaeta refringens zu handeln, was schwer zu unterscheiden ist. Jedenfalls muÙ man noch neue spezifische Eigenschaften finden, um den strikten Beweis zu bringen, daÙ Spirochaeta pallida der tatsächliche Parasit der Syphilis ist, wenn es auch wahrscheinlich ist.

VIII. **Über die lokalen Wirkungen des Syphilitiserregers an der Infektionsstelle und im Körper während der ganzen Dauer seiner Tätigkeit**, von H. HALLOPRAU-Paris. H. sucht in dieser Arbeit festzustellen, daÙ die lokale Einwirkung eine hervorragende Rolle bei der Genese und Entwicklung der Gummata spielt, daÙ in jedem derselben ein pathogenes Agens in einen Teil des Organismus eindringt, sich dort vermehrt durch Erzeugung von Toxinen, die ihrerseits wiederum die weitere Ursache einer lokalen Reaktion bilden, und sobald sie sich eingebürgert haben, nach der Oberfläche und der Tiefe hin sich ausdehnen und so weiterschreiten, sei es auf dem Wege der Lymphbahnen oder in den Zwischenräumen des Bindegewebes, immer weiter vom ursprünglichen Herd. So erzeugen sie neue Herde, die wiederum zu neuen Zentren werden, neue Läsionen hervorbringen und so durch Intraokulationen stets weiter wirken. H. beschäftigt sich mit den lokalen Proliferationen



beim harten Schanker, bei den sekundären und tertiären Syphiliden. Er ist überzeugt, daß man den Erzeuger der Syphilis, wenn auch schwer, so doch auch in den Gummata finden muß, wo die von ihm erzeugten Toxine eine so wichtige Rolle spielen, wenn er auch dann etwas verschiedene Formen zeigen wird in den Erscheinungen, welche die verschiedenen Perioden der Krankheit charakterisieren. Denn jede Veränderung in den pathogenen Erscheinungen eines bestimmten Mikrobions bewirkt notwendigerweise eine Änderung in der Funktion und infolgedessen in der Beschaffenheit des Mikrobions. Man muß daher die Entwicklung der Spirochäten in den sekundären Papeln, in den Gummen und in den Erscheinungen von seiten des Nervensystems nebeneinander beobachten.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Bücherbesprechungen.

**Diagnose und Therapie des Ekzems. II. Teil: Therapie,** von S. JESSNER-Königsberg. (A. Staber, Würzburg 1906.) Das 16. Heft von JESSNERS dermatologischen Vorträgen für Praktiker ist der Therapie des Ekzems gewidmet. JESSNER schildert darin seine im Laufe langjähriger Praxis erworbenen Erfahrungen in präziser Kürze und Klarheit und gibt dem praktischen Arzte manchen guten Wink. Daß als Salbengrundlage das von JESSNER eingeführte Mitin eine große Rolle spielt, ist ja begreiflich. In der Einteilung bespricht er zuerst die innere Behandlung des Ekzems und dann die äußere mit besonderer Berücksichtigung der Applikationsweise der einzelnen Heilmittel. Der allgemeinen folgt dann die spezielle Therapie des Ekzems. Wenn auch das Heft dem Spezialisten — für den es ja auch nicht berechnet ist — nicht viel Neues bringt, so ist es doch, wie alle JESSNERSchen Arbeiten, ein sehr nettes Werk und wohl geeignet zum Nachschlagen wegen seiner leichten Orientierung, was ich jedem Kollegen nur empfehlen kann.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Lokale Infektionskrankheiten.

#### b. *Outis.*

**Über Acrodermatitis,** von PAUL A. L. HAMMANN. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1905.) Verfasser zitiert die Krankengeschichten von 12 Fällen aus der französischen Literatur und beschreibt einen in der Klinik für Hautkrankheiten an der Universität Straßburg zur Beobachtung gekommenen Fall. Diese Krankengeschichten zeigen deutlich die Verschiedenartigkeit des Bildes der Acrodermatitis. HAMMANN akzeptiert die AUDRYsche Einteilung:

- a) typische Form;
- b) „forme fruste“ oder Abortivform;
- c) maligne Form mit Tendenz zur Verbreitung über den ganzen Körper.

**Typische Form.** Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einer Eiterung in der Nähe des Nagels und führt zum Verluste desselben. Verlauf und Aussehen ähneln dem eines Paronichium subunguale. Die Ausbreitung der Krankheit findet statt durch konzentrische Eruptionen um die erste miliare Pustel herum und dann durch Konfluieren der so entstandenen Plaques. Die Palma manus wird erst später ergriffen, der Handrücken zuletzt. Die subjektiven Beschwerden bestehen selten in Juckgefühl und Schmerzen und meist in einem brennenden Gefühl. Der Verlauf ist meist ein fieberloser, ohne Alteration des Allgemeinbefindens; Urin und Blut sind nicht verändert. Die Therapie ist dieser Affektion gegenüber machtlos. Der Krankheitsverlauf ist eminent chronisch.

**„Forme fruste“.** Es handelt sich gewöhnlich um jüngere Leute. Lokalisation und Evolution der vesikulösen Eruptionen an Fingern und Händen sind ähnlich wie bei der ersten Form, nur tritt bei der „forme fruste“ Eiter an Stelle der serösen Flüssigkeit. Die Vesikel platzen sehr schnell und hinterlassen mit Krusten oder lamellosen Schuppen bedeckte Exkoriationen, unter denen stark gerötetes und geschwollenes Corium zutage tritt. Täglich bilden sich neue Blasen, die sich wieder öffnen, trocknen und schuppigende Exkoriationen hinterlassen. Es besteht heftiges Brennen, kein Jucken. Verlauf ebenfalls protrahiert.

**Maligne Form.** Beginn ähnlich wie bei der typischen Form. Bald wird der Verlauf aber viel intensiver, progredienter und maligner. Die anfangs streng auf Hände und Füße lokalisierte eigentliche Hautaffektion dehnt sich unter Pustelbildung auf den ganzen Körper aus. Es entstehen Gruppen von Pusteln, welche schnell eintrocknen, aber an einzelnen Stellen erythematöse Flächen hinterlassen, auf denen teils wieder neue Pusteln aufschiefen, teils gelbliche Krusten oder mit dickem Eiter bedeckte Exkoriationen erscheinen. Diese Eruption tritt schubweise und an symmetrischen Körperstellen auf: Rücken, Inguinalgegend, Ellenbogen, Handgelenk, Skrotum, Knie, Unterschenkel, Fufgelenk. Auf der Mundschleimhaut und der Zunge treten gelbliche Plaques auf mit diphtheritischem Belag, ohne entzündeten Rand, ohne Infiltrationen; zugleich bestehen Schlingbeschwerden. Die Evolution ist eine rasche, schon nach 24 Stunden trocknen die Pusteln aus, und es bilden sich Krusten und lamellöse Schuppen.

Differentialdiagnostisch kommen hauptsächlich in Betracht:

**Pemphigus vegetans.** Beginn meist auf der Mundschleimhaut; bei Acrodermatitis Mundläsionen selten.

Schmerzhaftigkeit; bei Acrodermatitis sind die Eruptionen nicht schmerzhaft.

Vegetationen auf den exkorierten Flächen nach Abfallen der Pusteln; diese finden sich nie bei Acrodermatitis.

Meist letaler Ausgang; bei Acrodermatitis. Mortalität sehr beschränkt.

**Dermatitis repens (CROCKER).** Die Ähnlichkeit mit Acrodermatitis ist groß, doch fehlt bei der Crocker'schen Dermatitis repens die pustulöse Form. Nägel selten ergriffen, kein Befallensein symmetrischer Stellen. Bei Dermatitis repens fehlt Jucken und Brennen.

**Impetigo herpetiformis.** Bei der Acrodermatitis ist die Dauer eine sehr lange, ohne eigentliche Intervalle, während die Impetigo eher eine, wenn auch oft rezidivierende, aber doch akute Erkrankung darstellt. Die Form der Läsionen bei der Acrodermatitis ist mehr unregelmäßig, die erythematösen Flächen sind bizarr figuriert, während sie bei der Impetigo eine herpesartige, regelmäßige, von einem Pustelkranz konturierte Form haben. Auch fehlt bei der Acrodermatitis die bei Impetigo ziemlich typische remittierende Fieberkurve.

Die Ätiologie der Acrodermatitis ist noch wenig geklärt. Der negative Ausfall

von Kulturversuchen und das Befallenwerden aller vier Extremitäten nacheinander stützen die Annahme von trophischen und vasomotorischen Innervationsstörungen.

*Fritz Loeb-München.*

**Zur Kasuistik des Rhinophyma**, von ALOIS SIMON EGGER. (Inaug.-Dissert. Basel 1905.) Die aus der pathologisch-anatomischen Anstalt in Basel hervorgegangene fleißige Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referate. Sie sei der Beachtung bestens empfohlen.

*Fritz Loeb-München.*

**Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung**, von PAUL GERBER-Königsberg i. Pr. (*Samml. klin. Vortr.; Chirurgie*. Nr. 108.) Verfasser hat schon in früheren Arbeiten (Referate hierüber siehe in *dieser Zeitschr.* 1903, Bd. 37, S. 369) dieses Thema besprochen und kann mit Befriedigung konstatieren, daß die Anregungen, welche zuerst von der v. SCHNÖTTERSchen Klinik in Wien ausgegangen sind und von ihm fortgesetzt wurden, auf fruchtbaren Boden gefallen sind. Alle Erfahrungen lehren, daß die gegen das Sklerom zu ergreifenden Maßregeln nicht umfassend und energisch genug sein können und eine besondere staatliche Kontrolle über das Sklerom, ebenso wie über die Lepra und andere Infektionskrankheiten, und Aufnahme dieser Krankheit unter die anzeigepflichtigen nötig ist. Wichtig ist u. a. auch Regelung des Grenzverkehrs verdächtiger Kranken durch Zusammenarbeiten mit den Sanitätsbehörden des Nachbarstaates, und GERBER bedauert, daß sich im Gegensatz zu Deutschland Österreich und Rußland bezüglich der Sklerombekämpfung noch völlig passiv verhalten. Was sodann die Skleromerkrankung selbst betrifft, so ist bei den einfacheren Formen die Verwechslung mit chronischen (Kehlkopf-) Katarrhen, bei den komplizierten mit Syphilis (der Nase und des Halses) und Tuberkulose, besonders des Kehlkopfes, hervorzuheben. Zuweilen sind in der Tat die subjektiven Erscheinungen oft nur anscheinend katarrhalischer Natur und fehlen auch sehr oft charakteristischen Veränderungen an der äußeren Nase, welche die Diagnose der Krankheit erleichtern, völlig. Diese Veränderungen der äußeren Nase, die früher allein bekannt waren und der Krankheit den Namen gegeben haben (Rhinosklerom), bestehen in knorpelhaften Infiltraten, wodurch besonders die untere Hälfte der Nase im Inneren aufgetrieben, bisweilen höckerig vorgewulstet wird; diese Infiltrate treten — mit Vorliebe an den seitlichen und unteren Umrandungen der Nasenlöcher — auf die Haut über und ziehen sich bisweilen von hier auf die Oberlippe herab. Glatte, äußerst harte, flache oder erhabene Knoten, Wülste oder Platten mit auffallend geringer Neigung zum Zerfall geben dem Naseneingang ein charakteristisches Gepräge. Oft sind aber diese Erscheinungen nur im Nasenrachenraum vorhanden und zeigen bei der hinteren Rhinoskopie die pathognomonisch von den Tuben her sich wie Kulissen gegen die Choanen vorschiebenden Stränge. Früher oder später, selten primär, erkrankt auch der Kehlkopf, zumeist unter Bildung subglottischer Wülste, dann auch die Trachea unter Bildung von Infiltraten, Narben und Stenosen. Histologisch sind die MİKULICZSchen Zellen und bakteriologisch die FRAISCHSchen Sklerombazillen ausschlaggebend; beide sind aber in solchen Fällen nicht nachzuweisen, in denen zurzeit keine rezente Neubildung, sondern nur narbiges Bindegewebe vorhanden ist. Treffliche Abbildungen nach den neuerdings von G. beobachteten (acht) Fällen und eine geographische Übersichtskarte über die „Skleromherde“ in Deutschland und den russisch-österreichischen Grenzgebieten ergänzen in rühmenswerter Genauigkeit des Verfassers Arbeit.

*Stern-München.*

**Rhinosklerom**, von M. TORPLITZ und H. KREUDER - New York. (*Amer. Journ. Med. Science*. Juli 1905.) Verfasser hatten Gelegenheit, die Affektion bei zwei Frauen aus Galizien im Alter von 25 und 27 Jahren zu beobachten. Während die

eine sich nach kurzer Zeit einer weiteren Untersuchung entzog, konnte beim zweiten Fall ein Stück der Geschwulst behufs histologischer Untersuchung exzidiert werden. Das Resultat lautete in Übereinstimmung mit den Berichten sonstiger Forscher im ganzen folgendermaßen: Schuppebildung am Epithel, Entwicklung von tief ins Corium hineinreichenden Fissuren, ausgiebige Rundzelleninfiltration mit kleinen Zellen, Vacaolenbildung in verschiedenen Zellen, unregelmäßiges Hineinwuchern von Epithel nach abwärts ins Corium hinein, fast wie bei Carcinom, Zerstörung der Talgdrüsen, Haarfollikel und Schleimdrüsen im Corium durch die Rundzelleninfiltration, Entwicklung von Zügen von Bindegewebe, an verschiedenen Stellen Auftreten von hyalinen Körperchen im ganzen Gebiete der entzündlichen Zellen und in geringer Ausdehnung Nekrotisierung an der Oberfläche. Die pathologischen Verhältnisse sind durch einige Abbildungen genauer veranschaulicht.

*Philippi-Bad Saleschirf.*

**Zur Radiumbehandlung des Skleroms, von OTTO KAHLER-Wien.** (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Da FITTIG und RANZI bei Sklerom der äußeren Nase bzw. des Naseneinganges gute Wirkung von der Röntgentherapie schon nach 28 bzw. 35 Sitzungen beobachtet hatten, so kam es KAHLER darauf an, versuchsweise eine Radiumbestrahlung anzuwenden, da v. SCHRÖTTER das Radium schon im Jahre 1903 bei einem Rhinosklerom mit Erfolg angewendet und die Rückbildung des Skleroms auf dem linken Nasenflügel schon nach 18 Stunden erzielt hatte. KAHLER kam es auf die Frage an, inwiefern man der Wirksamkeit des Radiums auf Sklerom eine Bedeutung beimessen kann. Zweifellos, sagt KAHLER, wird ja für das äußere Sklerom die Bestrahlung mit Röntgenlicht als die einfachere und schnellere Methode ihren Platz behaupten, anders verhält es sich aber mit dem inneren Sklerom, dem Sklerom der Nase und des Larynx. Hier kann man die Röntgenstrahlen nicht anwenden; wohl wäre es aber möglich, geeignete Radiumpräparate an die erkrankten Stellen zu bringen. So liegt der Gedanke nahe, das Radium zur Behandlung der Larynxstenosen zu verwenden, die durch die beim Sklerom so häufigen subglottischen Wülste hervorgerufen werden. Bekanntlich ist das klassische Verfahren zur Behandlung dieser Stenosen die Bougierung mit den SCHRÖTTERSchen Hartkautschukröhren, eine Methode, die gewiß ausgezeichnete Resultate gibt. Ihr einziger Nachteil ist die lange Dauer der Behandlung. „Man könnte nun sehr leicht an einer SCHRÖTTERSchen Tubageröhre einen Ring von Radium anbringen und so die mechanische Wirkung durch die Wirkung der Radiumstrahlen unterstützen. Auch könnte man in ähnlicher Weise das Sklerom der inneren Nase etwa durch nach vorhergegangener Auskratzung eingelegte stiftförmige Bestrahlungskörper behandeln.“

In der Tat war KAHLERS Versuch an einer 48jährigen Patientin mit ausdehntem Sklerom der Nase und der Oberlippe ermutigend. Es wurden Bestrahlungen der Oberlippe mit dem Radiumpräparat vorgenommen, und zwar so, daß der Bestrahlungskörper auf die erkrankten Partien aufgelegt und mit Heftpflaster befestigt wurde.

Jedesmal dauerte die Bestrahlung 20 Minuten. Partienweise wurde bestrahlt, und einige Knoten schwanden; zwar wurde die Radiumbestrahlung abgebrochen und bei der großen Ausdehnung der Infiltrate die Überweisung zur Röntgenbestrahlung vorgezogen, aber immerhin war der Erfolg dieses Versuches mit Radiumstrahlen bei Sklerom beachtenswert und für ein Übertragen auf Versuche an den inneren Partien in obigem Sinne zu empfehlen, da sich schon bei dem großen Oberlippen-Infiltrate eine Erweichung bzw. Überhäutung vom Rande aus durch Radiumbestrahlung erzielen ließe.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Ein Fall von Sklerom bei einem sechsjährigen Mädchen, von ERICH RAHN.** (*Archiv f. Kinderheilk.* Bd. 42, 3. u. 4. Heft.) Bei dem jetzt sechsjährigen Kinde be-

merkte die Mutter vor 3 $\frac{1}{2}$  Jahren in der Mitte des rechten Oberarms einen weissen Fleck, dem später das Auftreten weisser Streifen an der äusseren Fläche des Unterarmes und der Hand folgte. Bald danach magerte die ganze betroffene Extremität stark ab. Vor 1 $\frac{1}{2}$  Jahren traten an dem rechten Schulterblatt ebenfalls weisse Flecke auf. Am Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ist die Haut von besonderem Glanze und von bräunlicher Färbung, fühlt sich trocken, glatt, verdünnt und gleichsam gespannt und verbacken mit dem hochgradig atrophisch, tiefer liegenden Gewebe an; sie läßt sich nicht in einer Falte aufheben und macht den Eindruck von Hartgummi. Die aktiven Bewegungen des im Armgelenke unter einem rechten Winkel gebeugten Armes sind in Schulter-, Arm- und Handgelenk sehr begrenzt. Die Elektrizitätserregbarkeit ist quantitativ herabgesetzt, Entartungsreaktion nicht nachweisbar, Sensibilität überall erhalten. — Der Verfasser gibt in diesem Falle der Bezeichnung „Sklerom“ vor der „Sklerodermie“ den Vorzug, weil nicht nur die Haut, sondern auch die tiefer liegenden Gewebe ergriffen sind. Unter der Behandlung, welche in Anwendung des faradischen und galvanischen Stromes, täglichen Vollbädern von 28° R., Einreibungen mit Salicylsalbe (? Der Referent) und innerlicher Darreichung von Sol. Arsenic. Fowlerii bestand, trat geringe Besserung ein. Bei einer Erkrankung an Masern erwies sich, daß das Exanthem auch an den sklerosierten Hautstellen erschien, jedoch in kleineren Flecken und spärlicher, so daß es nicht, wie an der anderen Extremität, konfluerte; die Desquamation unterschied sich nicht von der gewöhnlichen Abschälung, so daß ein Einfluß der Masern auf das Sklerom nicht bemerkt werden konnte.

*Schourp-Dansig.*

**Rhinosklerom oder Gléosklerom**, von PETRINI-Galatz. (*Méd. orient.* 1904. Nr. 9.) Es handelt sich um den ersten in Rumänien beobachteten Fall von Rhinosklerom bei einem 15jährigen, gesundheitlich nicht belasteten Mädchen. Das gegenwärtige Leiden begann vor zwei Jahren mit einer Verdickung der Nase, begleitet von einem mehrere Monate dauernden intermittierenden Nasenbluten. Bald wurde der Schluckakt schwierig, das Atmen durch die Nase wurde ganz unmöglich und schliesslich stellten sich heftige Kopfschmerzen ein, die die Kranke zwangen, das Krankenhaus aufzusuchen. Dasselbst zeigte sich das linke Nasenloch völlig, das rechte bis auf einen kleinen Gang von harten, schmerzlosen, grünlich-roten, glänzenden, polypösen Wucherungen erfüllt. Auch der in die Nase übergehende Teil der Oberlippe war knorpelhart. Das linke Auge, dessen Tränenabflusskanal verstopft ist, tränt stark. Die Uvula ist vollkommen verschwunden und durch eine knotige Narbe ersetzt. Auch der linke vordere Gaumenbogen ist von Knoten durchsetzt. Da das Leiden wahrscheinlich nicht in der Nase, sondern im Gaumen begonnen hat, möchte PETRINI den vorliegenden Fall eher ein Gléosklerom nach BESNIER als ein Rhinosklerom nennen. Die Untersuchung förderte den Rhinosklerombacillus zutage.

*Hopf-Dresden.*

SCHBÖTTER demonstrierte in der Sitzung vom 25. Mai der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde Karten, in welche die Verbreitung des Skleroms bis zum Jahre 1903 eingezeichnet ist und empfiehlt, der Verbreitung des Skleroms mehr Interesse zuzuwenden, als es bisher geschieht; insbesondere sollte für die Erkrankung die Anzeigepflicht eingeführt werden. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.)

*Putzler-Dansig.*

**Beitrag zur Kenntnis des Erysipeloids und dessen Ätiologie**, von JULIUS OHELMANN. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1904.) Wie aus der vom Verfasser im ersten Teile seiner fleissigen Arbeit zusammengestellten Literatur über das Erysipeloid hervorgeht, besteht vor allem hinsichtlich der Ätiologie, des Erregers dieser Wundinfektionskrankheit eine grosse Unklarheit. ROSENBACH, der die in Rede stehende

Affektion als erster im Jahre 1884 in einer Arbeit: Mikroorganismen bei den Wundinfektionskrankheiten des Menschen behandelte, hat den Verfasser angefordert, unter Berücksichtigung der neueren Literatur über diesen Gegenstand, seine Untersuchungen aus dem Jahre 1887 (Über das Erysipeloid, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 1887, II. S. 75.) wieder aufzunehmen und den Nachweis zu führen, daß das von ihm beschriebene Mikrobion, welches er seitdem immer wieder bei allen bakteriologisch untersuchten Fällen von Erysipeloid (ca. 20) in Reinkultur gewinnen konnte, als Erreger dieser Affektion angesehen werden muß.

Um auf Grund einer Kasuistik das klinische Krankheitsbild unter Zuhilfenahme der Literatur zu präzisieren, hat Verfasser die Journale der Göttinger chirurgischen Poliklinik durchgesehen und in denselben (1886—1904) 70 Fälle aufgefunden. Das Material dieser 70 Fälle hat Verfasser in einer Tabelle, übersichtlich geordnet, zusammengestellt.

Das Auftreten der Affektion ist, wie aus den Daten der Tabelle hervorgeht, bis auf wenige Ausnahmen an eine bestimmte Jahreszeit gebunden. Weitans die meisten der 70 Patienten erkrankten im Sommer während der Monate Juni (5), Juli (18), August (15), September (15), Oktober (10), und zwar meist nach einer heißen Zeitperiode. Die Tabelle zeigt, wie auch von allen Autoren übereinstimmend berichtet wird, daß die Krankheit gewisse Berufe bevorzugt, und zwar solche, deren Angehörige mit toten animalischen Stoffen zu tun haben. Fernerhin ist das weibliche Geschlecht bevorzugt (Verhältnis 46 : 24).

Der Sitz des Erysipeloids ist fast durchweg die Hand. Unter den angeführten Fällen sind nur zwei mit anderen Lokalisationen. Als Eintrittspforte der krankheitserregenden Noxe sind in 84 der Fälle Hautwunden (Schnitte, Stiche, Abschürfungen) angegeben. Es ist also zweifellos das Erysipeloid eine Wundinfektionskrankheit, und zwar im Gegensatz zu anderen eine vollkommen lokal bleibende. Niemals ist beim Erysipeloid irgendeine Allgemeinerscheinung beschrieben, welche darauf hindeutete, daß die krankmachende Ursache oder Produkte derselben den Ort der Affektion verließen, um Fieber, Erscheinungen von seiten des Sensoriums, Eiterungen, Drüsenerkrankungen oder Metastasen zu erzeugen. Differentialdiagnostisch ist das Fehlen dieser Erscheinungen von entscheidender Bedeutung.

Von der Eingangspforte ausgehend, schwillt die Haut des ergriffenen Körperteils an unter Rötung, welcher oft ein bläulicher Farbenton beigemischt ist. Diese Rötung zeigt im Gegensatz zu anderen Affektionen gegen die gesunde Haut eine scharfe Abgrenzung. Rötung und Schwellung schreiten fort, ganz allmählich, vom Finger auf die Mittelhand, aber den Carpus nicht überschreitend. Oder sie greifen auch von der Mittelhand auf einen anderen Finger über, diesem auch wohl bis zur Spitze distal entlang wandernd. Allmählich gehen diese Erscheinungen zurück, wobei der anfangs ergriffene Teil auch zuerst zur Norm zurückkehrt, während die Peripherie noch im Fortschreiten begriffen ist.

Die Inkubationszeit beträgt einen bis fünf Tage. Die subjektiven Beschwerden sind bedingt durch die entzündliche Schwellung und deren Folgeerscheinungen. Charakteristisch ist unangenehmes, quälendes Jucken. Die Prognose muß als durchaus günstig bezeichnet werden. Nach den bisherigen Erfahrungen sind Komplikationen irgendwelcher Art niemals beobachtet worden. Die Affektion erlischt nach fünf Tagen bis vier Wochen spontan. Therapeutisch wurden angewandt Verbände mit Unguentum cinereum, Ichthyoalbe, Borsalbe, Umschläge mit Bleiwasser, Borwasser, essigsaurer Tonerde usw. LEXER hält zur Unterstützung der medikamentösen Therapie das Feststellen der erkrankten Finger durch einen leicht fixierenden Verband für günstig.

Differentialdiagnostisch kommen in Betracht: Erysipel, Erythema exudativum multiforme (bei diesen beiden Affektionen wird die Differenzierung nicht schwierig sein); für eher möglich muß in manchen Fällen die Schwierigkeit der Unterscheidung von pyogenen Affektionen der Finger gehalten werden. Nach LEXER käme auch die Lymphangitis reticularis in differentialdiagnostische Erwägung.

Bezüglich der Ätiologie deutet beim Erysipeloid alles auf einen in der Haut sich entwickelnden Mikroorganismus hin. Zur weiteren Klärung dieser Frage wurden die letzten beiden in der chirurgischen Universitätsklinik zu Göttingen zur Beobachtung gekommenen Erysipeloidfälle bakteriologisch untersucht. Die in der Dissertation niedergelegten Ergebnisse sind nur vorläufige. Die Deutung des Befundes eines (nicht in einfachen Stäbchen wachsenden) Mikrobions sowie die Klassifizierung des letzteren ist einer späteren Versuchsreihe vorbehalten.

Im letzten Kapitel berichtet Verfasser über experimentelle Erzeugung des Erysipeloide und über den anatomischen Nachweis der Mikroben in der an Erysipeloid erkrankten menschlichen Haut. Er hält es für erwiesen, daß das von ROSENBAACH gefundene (l. c.) Mikrobion als Erysipeloiderreger angesehen werden muß.

*Fritz Loeb-München.*

**Bemerkungen über das Erysipel,** von FORNAGO. (*Il Policlinico*. 1905. Nr. 7.) Nach den Untersuchungen des Verfassers kann das Blutsrum von auf dem Wege der Heilung sich befindender Erysipelpatienten auf den Verlauf eines Erysipels einen günstigen Einfluß ausüben, was sich besonders in einer Besserung des Allgemeinzustandes kundgibt. Die lokalen Erscheinungen bleiben unverändert. Bakterizide Eigenschaften dem Streptococcus gegenüber besitzt das Serum keine, setzt aber dessen Virulenz herab. Normales Blutsrum oder physiologische Kochsalzlösung blieben ohne jeden Einfluß auf den Verlauf eines Erysipels.

*C. Müller-Genf.*

**Zur Diagnose des Erysipelas faciei,** von A. DOOR. (*Thèse de Paris*. 1903. Nr. 85.) Differentialdiagnostische Erörterungen ohne besonderes Interesse.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Fälle von Hospitalerysipel im Warschauer Ujezdowaschen Militärhospital im Verlaufe von zehn Jahren (1893—1902). Material für medizinische und Hospitalzwecke,** von MAXIMOWITSCH. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 83. Band, 3. u. 4. Heft.) Unter Hospitalerysipel will Verfasser diejenigen Erysipelfälle verstanden wissen, die mindestens 14 Tage nach Aufnahme ins Hospital zum Ausbruch kommen. Die größte Zahl wurde dann beobachtet, wenn die Erysipelinfektion überhaupt durch größere Heftigkeit sich auszeichnete. Besonders schwer verliefen die Fälle in den Jahren, wo ausgebreitete oder lokalisierte Grippeepidemien beobachtet wurden: Die größte Zahl wurde in den Winter- und Frühlingsmonaten beobachtet. Die Anzahl der Kranken in den letzten Jahren hat im Verhältnis in den letzten Jahren abgenommen.

*F. Hahn-Bremen.*

**Das Erysipel der Neugeborenen,** von VARIOT. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 22.) Kurze Bemerkungen über die ungünstige Prognose des Erysipels der Neugeborenen, über ihre Entstehung, die Diagnose und die Machtlosigkeit jeder Behandlung. Zwei bis drei Monate alte Kinder hat V. mehrfach von einem Erysipel genesen sehen.

*Göts-München.*

**Zur Therapie des Erysipels auf Grund von ca. 5000 Fällen,** von Professor RÓNA. (*Orvosi Hetilap*. 1905. Nr. 25.) Es wurden auf der Rotlauf-Abteilung des hauptstädtischen St. Stephanspitals von Januar 1899 bis Januar 1905 4215 Rotlaufkranke beobachtet, welche Zahl mit Einrechnung der im Jahre 1898 ebendort und an anderen Abteilungen gepflegten Fällen 5000 überschreitet. Es wurden fast alle empfohlene Behandlungsarten und Medikamente versucht, deren Resultate bekannt-

gegeben werden. Die antiseptischen Lösungen und Salben sind ganz unwirksam, die Versuche, die Ausbreitung mechanisch mit Hilfe von Pflasterstreifen, Gummibinden und Kolloodium zu hindern, sind nicht gelungen. Karbolpasten, Karbol- und Sublimatumschläge, Berieselung mit oder ohne Skarifikation der anscheinend gesunden Umgebung, die luftabschließenden Firnisse usw. sind als ganz wertlos zu betrachten. Die von HÖTZER angegebenen Karbol- und von KÜSTER empfohlenen Sublimatinjektionen und Infiltrationen der Cutis zeigten keine Heilwirkung. Die Umschläge von Alcohol absol. haben nur die subjektiven Symptome gebessert, und wurde weder die Progression des Prozesses noch das Fieber beeinflusst. Die von russischen Ärzten befürwortete Behandlung mit antidiphtheritischem Serum, obzwar höhere Dosen gegeben wurden (20–30 ccm), haben nicht den geringsten Erfolg gezeigt. Die Ausschließung des chemisch wirksamen Lichtes, die negative Phototherapie im roten Zimmer war ohne Nutzen. Das aus der Schering'schen Fabrik bezogene Aronson'sche Serum sowie größere Mengen normales Pferdeserum (400 ccm) haben weder die lokalen noch die Allgemeinsymptome gebessert. Bis die an das Antistreptokokkenserum geknüpften Hoffnungen nicht in Erfüllung gehen, muß man symptomatisch nach den Regeln der inneren Therapie vorgehen, denn die Krankheit selbst zu beeinflussen, ist derzeit noch unmöglich.

*B. Kollarits-Budapest.*

**WÖLFLE'S Erysipelbehandlung**, von E. PAYR-Prag. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 381.) P. glaubt, daß die zahlreichen Erfolge, welche mit der zirkulären Kompression nach WÖLFLE erzielt wurden, nicht sowohl auf die mechanische Abgrenzung des Erysipels als auf eine allerdings technisch sehr unvollkommene und oft ungenügend ausgeführte Stauungshyperämie zurückzuführen seien. Es sind daher die Kopferysipele wie auch die an den Extremitäten lokalisierten besonders geeignet für die WÖLFLE'sche Erysipel- resp., was dasselbe sagen will, für die Behandlung mit BIESSER'Scher Stauungshyperämie.

*Putzler-Danzig.*

**Erfahrungen über intravenöse Collargolinjektionen beim Erysipel**, von A. RITTERHAUS - Essen a. Ruhr. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. XI.) In 18 von 63 Fällen konnte R. bei Erysipel eine Wirkung von Collargol beobachten. Diese 18 Fälle waren keineswegs leichte Erkrankungen; die Ausbreitung der Rötung erstreckte sich an den Extremitäten oft über den ganzen Oberschenkel oder Arm, mit sekundärer Schwellung der regionären Drüsen; die Temperatur bewegte sich gewöhnlich zwischen 39 und 40°, auch die subjektiven Beschwerden waren entsprechend stark ausgeprägt. In 12 von diesen 18 Fällen gelang es, bereits am Morgen nach der Injektion Fieberlosigkeit zu erzielen, verbunden mit Besserung des Allgemeinbefindens, des Pulses und baldiger Beschränkung des Krankheitsprozesses.

Wenn auch im Verlaufe der Erysipele Intermissionen der Temperatur bis zur Norm vorkommen, unter sofortigem hohen Wiederanstieg, so erschien das jedesmalige Absinken derselben nach der Einspritzung, der abgekürzte Verlauf im Vergleiche zur Ausdehnung des Prozesses bemerkenswert.

Allerdings 14 Fälle zeigten auch nach 4 bis 5 g einer intravenösen Injektion keine für einen Erfolg maßgebende Reaktion; und auch bei 19 vergleichsweise ohne Collargolinjektion geliebten Fällen konnte man erkennen, daß das Collargol nicht mehr zu leisten vermag als Iohtholpinselungen, Skarifikationen und Sublimatumschläge; zuweilen sogar war festzustellen, daß die in der angedeuteten Weise behandelten Erkrankungen schneller entfieberten und abheilten als andere gleich schwere und gleichzeitig mit Collargol behandelte Erysipele.

Keinen gewissen Einfluß auf Temperatur, Allgemeinbefinden und lokale Erkrankung will aber R. dem Collargol nicht absprechen, „denn er wäre gezwungen, den günstigen Verlauf der ersten 18 Fälle als zufällig anzunehmen“.



Der ungemein wechselnde Verlauf und die große Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes erschweren sehr eine genaue klinische Feststellung der Wirksamkeit einer bestimmten Therapie.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Zur Anwendung von Mesotan bei Erysipel,** von W. PANTZ - Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.) Verfasser hatte in sechs Fällen von Erysipel überraschend gute Erfolge mit der Anwendung von Mesotan (Mesotan mit Ol. olivar. ■ oder Mesotanvaseline 1:2).

*A. Loewald-Kolmar.*

**Zur Kasuistik und Therapie der Elephantiasis,** von HANS KUHN - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Gelangt ein Fall von Elephantiasis in unsere Beobachtung, so ist es vor allem dringend geboten, die Zirkulations- und Harnorgane besonders sorgfältig zu untersuchen, um eventuell ein die Krankheit erklärendes ätiologisches Moment zu finden und die Möglichkeit oder die Chancen einer eventuellen Operation in Erwägung ziehen zu können.

Bei chronischen Herz- und Nierenerkrankungen wird man wohl meist von größeren Operationen absehen müssen und nur in ganz dringenden Fällen operieren, z. B. bei Gangrän der erkrankten Partien mit beginnender Sepsis. Hier kann ausnahmsweise eine innere Medikation einen Erfolg zeitigen, sofern sie imstande ist, die ursächlichen Momente der Herz und Nierenkrankheit zu bessern. Meist wird man sich mit Diätregelung, Hochlagerung, verbunden mit Lokalbehandlung eventueller Ulcera, elastischer Kompression und der Exzision besonders lästiger Geschwulstmassen unter sorgfältiger Beobachtung der Regeln der Asepsis begnügen müssen.

Eine solche Exzision bei einer autochthonen Elephantiasis hatte K. bei einer 45jährigen Frau Gelegenheit, vorzunehmen, und nach zwei großen Exzisionen am 14. Okt. und 22. Nov. 1904 gelang diese Operation sehr gut. Es handelte sich um zwei große, herunterhängende und den Oberschenkel ganz unförmig aufbauschende Tumoren, der eine an der Vorderfläche, der andere an der Hinterfläche des linken Oberschenkels. Aus unzähligen erweiterten Lymphgefäßen ergoß sich eine klare, gelbrötliche Flüssigkeit. Die durchschnittenen Gefäße, meist erweiterte Venen, wurden sorgfältig unterbunden und der keilförmig die Dicke der Haut, des Unterhautzell- und Fettgewebes durchsetzende Defekt durch weitgreifende und Zwischennähte vollständig geschlossen. Darauf Druckverband aus steriler Gaze. Die jedesmal im Beginn sich bemerkbar machende Lymphorrhoe hörte nach dem ersten (nach fünf bis sieben Tagen) Verbandswechsel auf, und es trat eine baldige aseptische Heilung und eine günstige Gebrauchsfähigkeit des Beines ein.

*Arthur Rahn-Cölln (Sachsen).*

**Ein weiterer Fall von sogenannter Elephantiasis congenita,** von NORBERT SWOBODA - Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905 Nr. 40.) S. fügt vier im Jahre 1904 beobachteten Fällen von Elephantiasis congenita einen neuen hinzu. Es handelt sich um einen vier Tage alten Knaben, der folgende Mißbildung des rechten Armes zeigte. Der ganze Vorderarm ist kolossal verdickt, weniger die Innenseite des Oberarmes und des Handrückens. Umfang des Vorderarms rechts 25 cm, gegen 12 cm links. Auf der Streckseite des Vorderarmes ein 8 cm langer, 1 cm breiter violetter Naevus. Die Schwellung ist im allgemeinen schwammig-elastisch, an einzelnen, leicht prominenten Stellen ist die Haut abnorm verdünnt. An diesen Stellen, welche sichtlich etwa haselnußgroßen Lymphräumen entsprechen, deutliche Fluktuation. Anamnestisch liefs sich keine Veranlassung für die Mißbildung eruieren. Am sechsten Tage erkrankte das Kind und starb wahrscheinlich an einer vom Nabel ausgehenden Sepsis, ein Ausgang, der ja bei der Elephantiasis häufig eintritt.

*Putzler-Dansig.*

**Über Riesenwuchs und Elephantiasis congenita,** von ERNST DÖRRIEN - Bromberg. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1905.) Der ausführlich mitgeteilte und abgebildete Fall betrifft einen neunjährigen Knaben. Die Hauptzüge des klinischen Bildes sind:

Angeborene Vergrößerung des linken Fußes und der linken Gesichtshälfte, verbunden mit Braunfärbung der Haut, zahlreichen Pigmentflecken, linksseitigem Kryptorchismus. Hiernach gehört der Fall zu den mit „angeborener partieller Riesenwuchs“ bezeichneten Bildungen. Bei allen Beobachtungen von Riesenwuchs, bei denen nähere Angaben gemacht sind, wird neben dem Angeborenen das Fortschreiten der Hypertrophie hervorgehoben, d. h. die hypertrophischen Teile wachsen in schnellerem Verhältnis als der übrige Körper. Alle Fälle von Riesenwuchs gelangen zu ihrer Monstrosität durch ein im Verhältnis zum übrigen Körper rascheres Wachstum. Dies trifft auch für den mitgeteilten Fall zu. Die Angehörigen versicherten ausdrücklich, daß die Verunstaltung des Fußes erst in den letzten Jahren so auffällig geworden sei. Die schiefe Bildung des Gesichtes ist erst seit einigen Jahren von ihnen bemerkt worden.

Wenn das klinische Bild des Patienten auch Ähnlichkeit mit dem Riesenwuchs aufweist, so daß er wohl als solcher imponieren kann, so ist er doch nach dem anatomischen Befunde zweifellos der Elephantiasis congenita neuromatosa zuzurechnen, denn es handelt sich um einen im Unterhautbindegewebe spielenden hyperplastischen Prozeß mit vorwiegender Beteiligung der Nerven, der zu einer elephantiasischen Verunstaltung des Fußes geführt hat. Es ist ein Hauptunterschied der angeborenen Elephantiasis von der erworbenen, daß sich bei der ersten nur in einer Minderzahl von Fällen jene diffuse Ausbreitung des Prozesses findet, die für die Elephantiasis Arabum so charakteristisch ist und besonders an den Extremitäten jene Bildungen herbeiführt, die der Krankheit den Namen verschafft haben. Am häufigsten finden sich derartige Formen noch bei den Fällen mit vorwiegender Beteiligung des Saftgefäßsystems und bei der Elephantiasis congenita teleangiectodes. Dagegen konnte Verfasser in der Literatur keinen Fall von diffuser Elephantiasis neuromatosa finden. Von den verschiedenen Autoren ist der Zusammenhang zwischen der angeborenen elephantiasischen Degeneration und den multiplen Neuomen, sowie dem Rankenneurom hervorgehoben worden. Der beschriebene Fall bietet hierfür ein weiteres Beispiel.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Varietäten des Bacillus oedematis maligni,** von ARTHUR KIRSTEN. (Inaug.-Dissert. Bern 1904.) Der Oedembacillus war nach der Ansicht älterer Autoren von scharf präzisierstem, einheitlichem Charakter. Erst in neuerer Zeit wollen einige Forscher auch Varietäten dieses Bakteriums entdeckt haben, die unter sich gewisse Verschiedenheiten aufweisen. Die vorliegende Arbeit bezweckt eine Klärung der Frage, inwiefern die letztere Auffassung zutreffend ist, ob der Bacillus in morphologischer, biologischer und pathogener Hinsicht, ähnlich wie der Tetanusbacillus, einen eng begrenzten Mikroorganismus darstellt oder ob er wie die Coli- und Proteusarten eine Gruppe von Varietäten besitzt.

Nach einer Besprechung der Literatur bringt Verfasser eine große Anzahl eigener Untersuchungen, die ihn zu dem Schlusse führen, daß der Oedembacillus, wie die meisten Bakterienarten (Coli, Cholera, Typhus usw.), eine Gruppe von Varietäten bildet, die sich voneinander durch morphologische und biologische Merkmale unterscheiden. Das in klinischer Hinsicht wichtigste Merkmal, die Pathogenität, fehlt den meisten Varietäten.

*Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zur Kenntnis des Bacillus des malignen Ödems,** von ERNET BACHMANN. (Inaug.-Dissert. Zürich 1904.) Die vom Verfasser zur Untersuchung herangezogenen fünf Stämme von Bacillus des malignen Ödems lassen sich in zwei Gruppen einteilen. Die einen, A. C. F., sind deutlich beweglich, übelriechend, Blutserum rasch verflüssigend, nicht virulent; die anderen, B. und D., sind nicht so deutlich beweglich, nicht übelriechend, das Blutserum langsam verflüssigend und

virulent. Durch Injektion von Kaninchen und Meerschweinchen mit den Stämmen der ersten Gruppe ist es gelungen, Sera zu erhalten, welche den eigenen Stamm agglutinieren und zudem ein schwächeres, agglutinierendes Vermögen besitzen gegenüber den anderen Stämmen der ersten Gruppe. Die Injektionen der Stämme der zweiten Gruppe haben hingegen kein deutlich agglutinierendes Serum geliefert gegenüber dem eigenen Stamm. Einzig das Serum von B. vermag die Stämme der ersten Gruppe zu agglutinieren. A. 1 : 30, B. andeutungsweise, E. 1 : 500. Der von GRON und SACHS isolierte Bacillus lehnt sich morphologisch und kulturell stark an die beiden Stämme der zweiten Gruppe an; hat sich aber auch bei der Agglutinationsprüfung vollständig negativ verhalten. Die mit Stamm A. malignes Ödem, Bacillus GRON und SACHS und mit Rauschbrandbacillus vorbehandelten Tiere starben nach Injektionen von Kulturen der Stämme B. und D. malignes Ödem, so daß eine gegenseitige Immunisierung nicht angenommen werden kann.

Auf Grund dieser Befunde ist es nicht möglich, die verschiedenen Bazillen als identisch zu erklären; und deshalb scheint es auch heute noch angezeigt, die Bezeichnung „Bacillus des malignen Ödems“ als einen Sammelbegriff aufzufassen.

*Frits Loeb-München.*

**Spirochätenbefunde bei Nosokomialgangrän in Unterschenkelgeschwüren,** von RUDOLF POLLAND - Graz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 47) Eine solche Gangränform begegnete relativ oft in der KRIBITSCHEN Universitätsklinik, namentlich bei Landleuten, die infolge ihrer Beschäftigung viel mit faulenden Stoffen, wie Dünger usw., in Berührung waren. Nun aber kamen merkwürdigerweise hintereinander drei Fälle zur Beobachtung, bei denen in den Geschwüren außer den fusiformen Bazillen (MATZENAUER) enorm reichliche Spirochäten sich fanden, wie sie bei Beingschwüren noch nicht beschrieben wurden und angesichts der Pallidaforschung interessant sind.

Dieser Befund ist wieder ein weiterer Beweis dafür, daß auf einen großen Polymorphismus der Spirochätenformen zu rechnen ist; doch darf man nicht etwa glauben, daß sich die einzelnen Spirochätenformen nicht auseinander halten ließen. Im Gegenteil, schon SCHAUDINN selbst hat einige ganz prägnante Unterscheidungsmerkmale angegeben, wie: endständige Geißeln und spitze Enden bei *Spirochaeta pallida*, undulierende Membran und abgerundete Enden bei den übrigen Spirochäten, deutliche Verschiedenheit in der Zahl und Schärfe der Windungen usw. Und wenn z. B. in diesem Falle auf den ersten Anblick viele Spirochäten ungemein zart zu sein schienen, so lehrte ein Vergleich mit den bei Lues gefundenen Spirochäten, daß letztere doch noch viel feiner und schärfer gewunden sind.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Entzündungen des Mundes und des Rachens,** von Professor v. BUDAY. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 1—6.) Das gemeinschaftliche Vorkommen verschiedener Bakterien wird bei zahlreichen Krankheiten beobachtet, hauptsächlich aber bei putriden, gangränösen Entzündungen. Die Rolle der einzelnen Bakterienarten ist schwer zu bestimmen, da ein großer Teil derselben nicht gezüchtet werden kann, und weil es nicht gelingt, durch Übertragung von Gewebssaft oder Gewebspartikelchen die ursprüngliche Krankheit experimentell hervorzurufen. Die mikroskopische Untersuchung gangränöser Gewebe und deren Sekrete allein gibt schon wertvolle Aufschlüsse über die Pathogenese. Zum Studium der Gewebläsionen wurden die Schnitte mit Hämatoxylin und Eosin behandelt. Zur Darstellung der Spirillien in Deckglaspräparaten mußte das Sekret mit destilliertem Wasser verdünnt werden, da sonst die sich zart färbenden Spirillien wegen der großen Menge anderer Bakterien schwer sichtbar sind. In Schnitten gibt die ZIEHLSCHE Carbofuchsinlösung recht gute Bilder, doch müssen sie nach starker

Überfärbung mit 70%igem Alkohol dekoloriert werden. Die fusiformen Bazillen wurden mit der WIGGANSCHEN Fibrinfärbung dargestellt. Selbst nach der GRAZSICHEN Methode blieben die Bazillen, entgegen den Angaben anderer Autoren, schön gefärbt. Es wurden zwei Fälle von Noma und drei Fälle von Stomatitis und Pharyngitis gangraenosa untersucht. Das histologische Bild war in allen Fällen gleich und charakteristisch, in der Umgebung der nekrotischen Teile war kein oder nur ein ganz geringer entzündlicher Wall zu beobachten, vielleicht als Folge einer negativen Chemotaxis. Die nekrotischen Partien selbst zeigen keine Kernfärbung. Es sind verschiedene Bakterien in grosser Menge vorhanden, und zwar findet man dieselben in einer bestimmten Verteilung. Die oberflächliche, zerfallene Partie, die makroskopisch bräunlich-grün gefärbt ist, erscheint mit Kokken, *Bacter. coli* und diphtherieähnlichen Bazillen überladen; längere Fäden, Spirillien und fusiforme Bazillen sind nur spärlich vorhanden. Die tieferen Schichten des nekrotischen Gewebes, die makroskopisch schmutziggelb erscheinen, sind durch lange Streptothrixfäden durchzogen. Knapp an der Grenze der Nekrose sieht man die fusiformen Bazillen in grösserer Zahl; in den gesunden Geweben der Umgebung sind zahlreiche Spirillien zu finden. Als pathogene Arten können nur die Spirillien und die fusiformen Bazillen angesehen werden, da die übrigen Mikroorganismen, die nur in den nekrotischen Teilen vorkommen, nur Saprophyten sind. Da in dem noch gesunden Gewebe die Spirillien am zahlreichsten vorhanden sind und am tiefsten nach dem Gesunden vordringen, muß angenommen werden, daß dieselben den Boden für die Ansiedlung der fusiformen Bazillen vorbereiten. Die Spirillien allein führen nicht zur Nekrose, die histologisch nur an Stellen beobachtet wird, wo die fusiformen Bazillen das Gewebe schon durchsetzt haben. Die fusiformen Bazillen allein wirken stark entzündungserregend; es ist wahrscheinlich, daß die supponierte, negativ chemotaktische Eigenschaft der Spirillien die Schwere und die schnelle Progression der gangränösen Affektionen verschuldet, indem durch Fortfall der entzündlichen Reaktion der Widerstand des gesunden Gewebes stark abgeschwächt wird. Die gefundenen, unter dem Bilde der *Spirochaeta denticola*, *Spirillum sputigenum*, *Bacillus fusiformis*, *Leptothrix buccalis maxima* und *innominata* erscheinende Mikroorganismen, sind voneinander so verschieden, ihre Verteilung eine so konstante, daß man sie nicht als verschiedene Formen einer Streptothrixart ansehen kann, wie das manche Autoren annehmen. Es sind auch keine Übergangsformen beobachtet worden. Der beschriebene bakteriologische Befund ist als für Noma charakteristisch anzunehmen.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Gangraena spontanea s. idiopathica cutis bei einem Säugling, von C. BROC-Budapest.** (*Budapesti orv. ujs. Paediatr.* Beil. Nr. 2.) Bei einem vollständig gesunden, gut entwickelten, vorher nicht krank gewesenem Kinde im Alter von fünf Monaten entwickelte sich rapid eine handtellergroße, trockene Hautgangrän, die weder beim Auftreten noch im weiteren Verlaufe des Allgemeinbefindens störte. Trotz der sorgfältigsten Untersuchung konnte die Ursache nicht eruiert werden, weshalb B. den Fall als *Gangraena spontanea s. idiopathica* bezeichnet. *B. Kollarits-Budapest.*

**Über leichte Formen der Holzphlegmone, von FICHTNER-Leipzig.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 85.) F. hat vor mehreren Jahren bei drei Soldaten und im vergangenen Jahre bei zwei Kindern eine eigentümliche Lymphdrüsenkrankung am Hals beobachtet, die große Ähnlichkeit mit der 1896 von RECLUS beschriebenen Holzphlegmone aufwies und als leichte oder rudimentäre Form dieser seltenen Affektion aufzufassen ist. Es handelte sich um eine plötzlich auftretende, starke, derbe und harte, in der Regel völlig schmerzlose Schwellung der unterhalb des Unterkiefers und des Ohres gelegenen Lymphdrüsen einer Seite; bei zwei Kindern nahm auch das

periglanduläre und subcutane Gewebe an der Schwellung teil, während RÖCLUS und andere bei ihren Fällen von Holzphlegmone nur von einer ausgedehnten Infiltration des Unterhautzellgewebes am Halse sprachen. Die entsprechenden Lymphdrüsen der anderen Seite waren zumeist auch geschwollen, aber in wesentlich geringerem Grade. In einem Falle entwickelte sich, wahrscheinlich unter dem Einflusse feuchter Umschläge, ein kleiner Hautabscess, dessen Eiter Streptokokken von sehr geringer Virulenz enthielt; bei den übrigen Kranken blieb die Geschwulst stets hart, die Haut darüber unverändert. Die Rückbildung erfolgte sehr langsam im Verlaufe von 2—2½ Monaten, nur bei einem der Soldaten, bei dem sich die Affektion im Anschluß an ein leichtes Erysipel entwickelt hatte, war die Schwellung schon nach 14 Tagen verschwunden. In zwei Fällen wurden zu Anfang leichte Fieberbewegungen beobachtet, sonst war die Temperatur stets normal und das Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört; in einem Falle kam es zu einer rasch vorübergehenden Schwellung eines Kniegelenks. — Ob die Affektion die Folge einer abgeschwächten pyogenen Infektion ist, oder ob sie eine Krankheit sui generis, hervorgerufen durch ein spezifisches Virus, darstellt, kann F. nicht entscheiden; im letzteren Falle wäre die Abscessbildung als Ergebnis einer sekundären Infektion aufzufassen. Die Eingangspforte für den Krankheitserreger bilden nicht die Tonsillen, die in zwei von den fünf Fällen mächtig vergrößert, aber nicht entzündet waren. Die Behandlung — feuchtwarme Umschläge und äußerliche und innerliche Anwendung von Jod — hatte anscheinend keine Einwirkung auf den Verlauf.

*Göts-München.*

**Ein Fall von Lidgangrän nach Scharlach mit Conjunctivitis diphtheritica,** von HERMANN KÖLLE. (Inaug.-Dissert. Gießen 1902.) *Fritz Loeb-München.*

**Über Extremitätengangrän im jugendlichen Alter nach infektiösen Erkrankungen,** von S. BARBAUD. (Inaug.-Dissert. Bern 1904.) Die umfangreiche Arbeit eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Es handelt sich um ein 20jähriges Mädchen, bei welchem sich im Anschluß an ein leichtes Panaritium der Hand im Verlauf von zirka zwei Monaten eine ausgedehnte Gangrän beider unterer Extremitäten entwickelte.

Im Anschluß an diese Beobachtung stellt Verfasser die bis jetzt mitgeteilten analogen Fälle zusammen und bespricht dieselben in ätiologischer und pathogenetischer Beziehung.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die symmetrische Extremitätengangrän, „Typus RAYNAUD“,** von J. F. GANDOIS. (Thèse de Paris. 1904. Nr. 130.) Verfasser bespricht in verschiedenen Kapiteln die Geschichte, Klinik, Diagnose, Ätiologie; hier erörtert er folgende Momente: Alter, Geschlecht, Heredität, Trauma, Beruf, Kälte, hygienische Verhältnisse; Neurosen: Hysterie, Epilepsie; Psychosen; Läsionen des zentralen und peripheren Nervensystems; Infektionen und Intoxikationen; Paludismus; Erysipel; Typhus, Influenza; Hämoglobinurie, Nephritis, Rheumatismus; Lues, Tuberkulose; Diabetes), Pathogenese und Therapie. Das Beste an der Arbeit sind die ausführlichen Krankengeschichten von acht Fällen und das ausgezeichnete Literaturverzeichnis.

*Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zum Studium des Noma im Verlauf des Typhus,** von CHARLES CARRIÈRE-Montjosieu. (Thèse de Paris. 1904. Nr. 303.) *Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von ausgedehnter Ulceration der Haut und des subcutanen Bindegewebes,** von W. B. WATSON-Harrogate. (*Lancet.* 5. Juni 1905.) Patient, ein 61jähriger Kaufmann, hatte seit vier Jahren an zahlreichen Abscessbildungen am ganzen Körper gelitten, mit konsekutiven Geschwüren. Wie die Abbildung zeigt, waren dabei große Substanzverluste entstanden. Unter antiseptischer Behandlung bei Verwendung von verschiedenen Mitteln in Form von Umschlägen, Bädern, Puderungen

und Salben sowie bei Verabreichung tonisierender, roborierender Mittel heilte die Affektion aus, und Patient konnte wieder seinem Berufe nachgehen. Die Ätiologie erscheint dunkel. Der gehegte Verdacht auf Tuberkulose ist zum mindesten als nicht bestätigt zu bezeichnen.

*Philippi-Bad Salschlief.*

**Die Behandlung von chronischen Geschwüren**, von J. MACMURR - London. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1905.) Folgende Methode wird warm empfohlen: Man bestreue ein flaches Stück Badeschwamm mit Jodoform und befestige dasselbe mit Heftpflaster auf das Geschwür. Bei alten Geschwüren ist oft ein energischeres Eingreifen angezeigt: das Geschwür wird kürettirt, der Rand weggeschnitten; das angrenzende subcutane Gewebe wird abgelöst; darauf macht man einige radiäre Inzisionen durch die umgebende Haut und zieht die Lappen mit gutem Heftpflaster möglichst dicht zusammen.

*Philippi-Bad Salschlief.*

**Zur Behandlung von verunreinigten Wunden und Geschwüren**, von ERNST FÜRTH - Dervent. (*Pharmak. u. therap. Rundsch.* 1905. Nr. 24.) F. hat in 157 Fällen von verunreinigten Wunden, Geschwüren, Schankern das Chininum lygosinatum, welches das Chininsalz des Diorthocumaracetone bezw. des Diorthoxydibenzalacetone darstellt und 79% Chinin enthält, versucht und rühmt seine sekretionshemmende, desodorierende Kraft, die Reizlosigkeit und die Granulationsbildung.

*Puitsler-Danzig.*

**Zur Behandlung der Sycosis parasitaria**, von E. MEYER - Niederschönthal bei Basel. (*Med. Klinik.* 1905. I. Jahrg. Nr. 9.) Verfasser empfiehlt das Chloräthyl, welches durch seine Kältewirkung und auch durch seinen chemischen Reiz den Krankheits-erreger tötet. Man läßt den Strahl einer Chloräthyltute auf die erkrankte Stelle und deren Umgebung bis zur Vereisung einwirken, legt während des Tages danach keinen Verband an, damit das Hautsekret gut austrocknen kann. Nachts kann man feuchte Sublimatkompressen auflegen. Solche Vereisungen nimmt man wöchentlich zweimal bis zur Heilung vor. Verfasser hat in allen von ihm behandelten Fällen (wie viele das sind, wird nicht gesagt. D. Ref.) vollständige Heilung [in ein bis zwei Wochen] erzielt.

*Heinrich Rausch-Darmstadt.*

**Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter Wunden, einschließlich der panaritien, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen**, von P. L. FRIEDRICH - Greifswald. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 26.) Unbedingter Gegner der Antisepsis, folgt Verfasser bei der Wundbehandlung nach Möglichkeit physikalischen Grundsätzen. Aufgabe der Behandlung ist es, eine Vernichtung der im Wundgebiet enthaltenen Bakterien anzustreben, resp. eine Beschränkung der Infektionswirkung herbeizuführen. Ersteres kann nur durch direkte Abtötung oder radikale Entfernung alles verdächtigen Gewebes, letzteres hauptsächlich durch möglichst offene Freilegung der Infektionsherde, durch Aufhebung der innergeweblichen Spannung und Ableitung aller Infektionsprodukte nach außen erfolgen.

Nach diesen Grundsätzen behandelt Verfasser frische, infektionsverdächtige Wunden, wenn sie klein sind, durch Auszütung, Ausbrennen oder durch Ausschneiden des ganzen verdächtigen Gewebes. Größere Wunden werden „nach Bedarf“, d. h. soweit Taschen oder dergl. vorhanden sind, erweitert. Die chirurgische Revision der frischen Verletzung, betont Verfasser, kommt zum Segen des Kranken besser in Wegfall und wird durch die einfache keimfreie Wundbedeckung und durch die ruhigstellende Lagerung ersetzt.

Bei sicher infizierten Wunden, einschließlich der entzündlichen Prozesse nach kleinen Gewebeläsionen, Panaritien, Phlegmonen, Furunkeln steht die möglichst frühzeitige Sorge für Öffnung und Offenhaltung der infizierten Teile obenan. Expektative Behandlung ist zu verwerfen: Für das zirkuläre Erysipel der Gliedmaßen sowie das

Erysipel der Kopfschwarte kennt Verfasser keine so unbedingt zuverlässig wirkende Behandlung wie die Anlegung einer großen Zahl paralleler, die Cutis durchsetzender Schnitte. Furunkel, auch multipel über den Körper verbreitete, werden am besten frühzeitig mit dem Spitzbrenner behandelt. Bei Oberlippen-, Oberwangenfurunkeln und Karbunkeln der Diabetiker ist breite Exzision notwendig. Die Einreibungen von grauer Salbe, Silbersalben usw.; die Injektion von Silberalbuminaten (Collargol), die Injektion von Antisera dürfen für die ärztliche Praxis noch nicht empfohlen werden.

A. Loewald-Kolmar.

**Die Behandlung des Panaritiums, von REXIUS.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 15.) Beschreibung der verschiedenen Arten von Panaritien und der Technik der zu einer gründlichen Operation unerlässlichen lokalen Anästhesie, die R. mittels Injektionen von Stovainlösung an der Basis des erkrankten Fingers in der bekannten Weise herstellt. Nach Vollendung der Operation wird die Hand eine halbe Stunde lang in warmer Wasserstoffsuperoxydlösung gebadet und mit einer von R. vielfach verwendeten antiseptischen, schmerz- und blutstillenden Salbe verbunden. Die Salbe ist folgendermaßen zusammengesetzt:

<i>Antipyrin</i>	5,0
<i>Acid. boric. pulv.</i>	
<i>Salol</i>	■ 3,0
<i>Jodoform (oder Jodol)</i>	
<i>Acid. carbolic.</i>	■ 1,0
<i>Sublimat</i>	0,1
<i>Vaselin</i>	200,0

Mfngt.

Göts-München.

**Ursache des weichen Schankers und seine Folgen, von ERICH HOFFMANN.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905, Nr. 30.) Ätiologisch kommt für den weichen Schanker nur der *Streptobacillus DUCREY-UNNA* in Betracht, der sich auf Blutagar züchten und überimpfen läßt. Die Diagnose ist meist nicht schwer, zumal, wenn man die Streptokokken färbt. Von den Komplikationen kommen in Betracht Leistenbubonen, Lymphangitis, Phimose, Gangrän, *Ulcers mollia gangraenosa*, *Ulcers mollia serpiginosa*, Bubonuli. Prophylaktisch empfehlen sich Condoms und Einreibung mit Byrolin. Die Therapie H.s bietet nichts Neues und enthält ein Sammelreferat der bisherigen Methoden beim *Ulcus molle* und seinen Komplikationen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über Bubonen und ihre neuere medikamentöse Therapie, insbesondere mit Merkurkolloid, von PAUL HOMANN.** (Inaug.-Dissert. Leipzig 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Behandlung des Bubo und Karbunkels ohne große Inzisionen, von W. ZEUNER-Berlin.** (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 74.) Ehe das Messer und der scharfe Löffel genommen wird, greife man beim eitrigen Bubo erst zur Pravasspritze!

Falls der Bubo noch nicht genügend erweicht ist, so hilft man durch feuchte Kompressen, warme Breiumschläge, Jodvasogen oder dergleichen nach, damit der Eiter flüssig wird und sich an einer Stelle sammelt. Dann nehme man eine Pravasspritze mit einer etwas dickeren und längeren Kanüle, wie sie gewöhnlich für Probepunktionen verwendet wird, steche die Spitze der Kanüle mit der Spritze in eine Stelle ein, wo sich nach dem Gefühl der Fluktuation voraussichtlich flüssiger Eiter findet, nachdem die Haut und das Instrument mit Äther gereinigt ist, und aspiriere nun, indem man behutsam die Spritze der Kanüle in mäßiger Tiefe vorschiebt, durch langsames Zurückziehen des Stempels den Eiter aus der Höhle in den Glaszylinder der Spritze. Gelingt diese Probepunktion, d. h. wird Eiter in die Spritze gesaugt, so läßt man die Kanüle stecken, nimmt die mit Eiter gefüllte Spritze ab, entleert die-

selbe und setzt sie dann wieder auf die Kanüle, aspiriert von neuem Eiter und so fort, bis schliesslich aus dieser Höhle kein Eiter mehr kommt. Sind in der Umgebung des Einstichpunktes noch Stellen, an denen man Eiter vermutet, so führt man die Spitze der Kanüle schräg unter der Haut bis dorthin und entleert diese Nebenhöhlen geduldig auf dieselbe Weise durch allmähliche Aspiration des Eiters. So gelingt es meistens, indem man die Spitze der Kanüle, ohne letztere herauszuziehen, im Kreise herumwandern lässt und indem man vorsichtig die Spitze bald tiefer hereinschiebt, bald weiter zurückzieht, schon in der ersten Sitzung eine ganz respektable Menge überliechenden Eiters zu entfernen, und zwar oft 5—20 Spritzen voll. Nachdem die Abzapfung des Eiters beendet ist, was sich aus der Abnahme der Schwellung und aus dem Fehlen von Eiter beim letzten Punktionsversuch ergibt, wendet man dieselben Mittel oder Bäder an, um die Reste der Anschwellung und Verhärtung in dem ergriffenen Gewebe allmählich zur Resorption zu bringen, wobei mitunter Jodkalium gereicht werden kann. An der Nase, am Hals, am Rumpf, an Armen und Beinen lassen sich die Karbunkel dadurch am besten behandeln, dass man den Karbunkel von Anfang an mit Injektionen einer 2%igen Karbollösung, von links nach rechts je  $\frac{1}{3}$ —1 Pravazspritze voll, gleichgültig, in welchem Stadium der Karbunkel sich befindet, beschickt und mit heissen Breiumschlägen von Leinsamenmehl bedeckt. Diese Breiumschläge werden recht heiss, in dünne Gaze gehüllt, direkt auf die Wunde gelegt. Die ersten ein bis zwei Tage lässt man diese Breiumschläge alle halben Stunden erneuern; in der Nacht können sie mehrere Stunden liegen bleiben, denn sie wirken, auch wenn sie nicht mehr heiss sind, immerhin schützend und reinigend. Wohl mögen grosse Einschnitte ausnahmsweise doch nötig sein, aber in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kommt man beim Karbunkel mit heissen Breiumschlägen rascher zum Ziel.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Ohrfurunkel - Mastoiditis**, von M. KRAMER-Koburg. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) K. teilt einen Fall von Furunkelbildung im Gehörgang mit, welche eine Mastoiditis vortäuschten, und weist auf die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Differentialdiagnose hin.

*Futler-Dansig.*

**Ein seltener Fall von Hirnabscess nach Furunkulose**, von KARL FISCHER. (Inaug.-Dissert. München 1902.) Der Fall ist wegen seiner Seltenheit bemerkenswert. Er betraf einen 37jährigen Lehrer.

*Fritz Foeb-München.*

**Eine neue lokale Behandlungsmethode des Furunkels und Karbunkels**, von ALBERT MARCUS-München. (*Munch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 21.) M. behandelt seit einem Jahre Furunkel und Karbunkel mit bestem Erfolge elektrolytisch. Sein Verfahren ist folgendes: Wenn noch keine Eiterbildung an der Haut sichtbar ist, wird in die erkrankten Follikel eine Epilationsnadel eingeführt, die den Minuspol darstellt und schon unter einem Strom von 1—2 Milliampères steht. Je nach der Empfindlichkeit des Patienten wird die Stromstärke bis zu 10 Milliampères gesteigert, während durch leichtes, ein bis drei Minuten dauerndes Rühren mit der Nadel die Follikelöffnung vergrößert wird, bis der sich entwickelnde Wasserstoff verätzte Gewebeteile, Staub und Kokken her austreibt. Dann wird die Nadel herausgenommen, ebenso wie die kranke Stelle gereinigt und nach Wendung des Stromes mit 1—2 Milliampères wieder eingeführt. Der Strom wird nun wieder auf 10 Milliampères gesteigert, dabei entwickelt sich aktiver Sauerstoff, der ganz energisch desinfiziert. Nach zwei bis drei Minuten wird der Strom wieder gewendet, damit der Wasserstoff das durch den Sauerstoff verätzte Gewebe herauspült. So wird jeder verdächtige Follikel längere oder kürzere Zeit vorgenommen; die Prozedur coupiert mit Sicherheit die Entwicklung des Furunkels. Ist es schon zur Eiterentwicklung gekommen, dann rührt man so lange mit einer ziemlich starken Nadel in dem Follikel herum, bis der Eiter-



pfropf durch die kleinen Wasserstoffexplosionen zerfetzt und an die Oberfläche gespült ist; dann wird zweimal am Tage das oben geschilderte Verfahren vorgenommen. Die Schmerzhaftigkeit läßt schon nach dem ersten elektrolytischen Eingriff bedeutend nach. Finden sich bereits grössere Zerstörungen, Unterwühlungen der Haut, dann werden die kranken Stellen mit einer Nadel bestrichen, wie wenn man kurettieren wollte; dadurch werden Gewebsetsen und Eiter aus der Höhlung entfernt, während der am Grunde festhaftende Eiterpfropf mit einer Hakenpinzette herausgezogen wird. Die elektrolytisch behandelten Stellen werden mit wasserfeuchter Gaze und Gutta-percha bedeckt und leicht verbunden. Lysol, Sublimat usw. wendet M. nie an, weil sie die Haut nur reizen, ohne die Kokken zu töten. Auch vor der Anwendung von Pflastern jeder Art ist zu warnen; alles Drücken mit den Fingern ist schädlich, reibende oder drückende Kleidungsstücke müssen abgelegt werden.

Unter der geschilderten Behandlung, die nebenbei auch eine anästhesierende Wirkung entfaltet, reinigen sich mächtige Karbunkel schon nach fünf bis sechs Tagen; der kosmetische Effekt ist vorzüglich. *Göts-München.*

**Seltene Ursache einer Facialialähmung**, von J. MEYER. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 33.) Durch einen etwa handbreit unter der Spitze des rechten Warzenfortsatzes am Nacken sitzenden Furunkel kam es bei einem 20jährigen Patienten zu einer bohnengrossen, sehr schmerzhaften Drüenschwellung. Durch Druck dieser, gerade an der Austrittsstelle des Facialis aus dem Foramen stylomastoideum sitzenden Lymphdrüse wurden beim Patienten ausgesprochene Symptome einer rechtsseitigen Facialislähmung verursacht: das rechte Auge konnte nicht geschlossen, die Stirn nicht gerunzelt werden, und beim Trinken lief Flüssigkeit aus dem rechten Mundwinkel ab.

Nach Inzision des Furunkels und mit Abschwellung der Drüse begann bereits vom dritten Tage an eine Besserung der Lähmungserscheinungen, und nach 14 Tagen war die Lähmung bis auf eine ganz geringe Schwäche in den betroffenen Muskeln geheilt. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Behandlung des Furunkels und Karbunkels**, von RECLUS. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 12.) Auf Grund zahlreicher günstiger Erfahrungen empfiehlt R., auf Furunkeln und Karbunkeln 1 $\frac{1}{2}$ %ige alkoholische Sublimatlösung oder 1 $\frac{1}{2}$ %ige Karbolsäurelösung oder Wasserstoffsuperoxydlösung oder abgekochtes Wasser aufzusprayen, dann die kranke Stelle gut abzutrocknen, mit einer antiseptischen und schmerzstillenden Salbe zu bedecken und leicht zu verbinden. Dadurch werden zunächst die Schmerzen für einige Stunden beträchtlich gelindert oder auch beseitigt; sobald sie wiederkehren, wird der Spray von neuem appliziert. Gewöhnlich sind in 24 Stunden vier bis fünf solche Sitzungen von je halbstündiger Dauer notwendig. Unter dem Einfluß dieser Behandlung begrenzt sich die Entzündung, der Eiterherd öffnet und entleert sich, und die Heilung erfolgt sehr rasch. Operativ geht N. nur in den seltenen Fällen vor, in denen trotz der Applikation des Sprays die Schmerzen heftig bleiben und der Tumor grösser wird; insbesondere bei Furunkeln und Karbunkeln der Oberlippe und des Gesichtes, die manchmal zu schweren Komplikationen, wie Exophthalmie und Phlebitis des Sinus cavernosus führen, muß eingegriffen werden, wenn die konservative Behandlung nicht sehr rasch deutliche Besserung bringt. Nach der Operation eines Furunkels oder Karbunkels wird mit Wasserstoffsuperoxydlösung gründlich gereinigt und Spray und Salbe in der gleichen Weise angewendet wie bei Fällen, bei denen nicht operiert wurde. Von den Injektionen von Sauerstoffgas, die THIRIER-Brüssel empfiehlt, hat R. keine guten Erfolge gesehen. *Göts-München.*

**Die Übertragung von Karbunkeln in Barbierstuben**, von W. A. HARDAWAY. (*St. Louis Courier.* Sept. 1905.) H. hatte schon in früheren Veröffentlichungen auf diese Gefahr hingewiesen und hat in den letzten Jahren verschiedene Fälle von Kar-

bunkeln beobachtet, wo zweifellos die Infektion durch verunreinigte Finger oder Gegenstände der Friseur erfolgt sei. Da Frauen, welche wenig mit letzteren zu tun haben, nur selten bekanntlich Karbunkel akquirieren und dieselben bei Männern meist am Nacken oder auch im behaarten Gesicht ihren Sitz haben, so sollte bei der Gefährlichkeit dieser Erkrankung, besonders bei Diabetikern und allgemein geschwächten Leuten, obige Möglichkeit der Ansteckung in Betracht gezogen und entsprechende Massnahmen getroffen werden.

*Stern-München.*

**Zwei Fälle von Milzbrand, von CARL MENSCHIG.** (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 43.)  
Verfasser hat nacheinander zwei Fälle von Milzbrand beobachtet: die Leiche eines Mannes, der neun Tage vor dem Exitus beim Schlachten und Enthäuten einer Kuh mitgeholfen hat, die sich beim Fleischschau als milzbrandkrank erwies, und eine alte Frau, die bei derselben Kuh versucht hat, das Kalb zu entwickeln.

Von dem Befunde der Leichenschau erwähnenswert sind sieben zehnpfennigstückgrosse, nahezu kreisrunde Flecke, die in der Mitte blauschwarz, nach dem Rande zu mehr rot waren und in einer Gruppe nebeneinanderstehend die Streckseite des mittleren Drittels des linken Vorderarms eingenommen haben. Die bedeckende Haut war an diesen Stellen etwas gerunzelt, in der Mitte fand sich eine leichte, etwa linsenförmige Erhebung und aus der Mitte dieser Erhebungen ragte je ein Haar hervor. Es macht den Eindruck, als ob die Milzbrandstäbchen durch die Follikel eingewandert seien. — In der Mitte der Rückenfläche der linken Hand waren zwei markstückgrosse, blau verfärbte Stellen; auch hier ergaben Einschnitte, ebenso wie in den früheren Veränderungen, freien Bluterguss ins Gewebe.

Der zweite Fall wies auf der Beugeseite des rechten Vorderarms eine blauschwarze, runde, etwa 2½ cm im Durchmesser haltende und ca. 1 cm hohe Pustel mit eingesunkener Mitte auf; der Vorderarm war bis zum Ellenbogen geschwollen, die Hand stark ödematös. Der Gewebssaft aus der Pustel wurde auf ein Deckglas gebracht, fixiert und mit Methylenblau gefärbt — unter dem Mikroskop zeigten sich massenhafte Milzbrandstäbchen. Am nächsten Tage entwickelte sich auf der Streckseite desselben Oberarms eine zweite ebensolche Pustel; gleichzeitig schwere Darmerscheinungen, Schüttelfröste und Fieber.

Die Behandlung bestand in Kompressen von 90%igem Alkohol und innerer Darreichung von Kognak. Der Erfolg war ein unmittelbarer. Verfasser glaubt, daß durch diese äusserliche und innerliche Anwendung von Alkohol die Krankheit, die entschieden Neigung zeigte, recht bösartig zu werden, zu günstigem Ausgang gebracht wurde.

*Leon Feuerstein - Lemberg-Bad Hall.*

**Industrie und Anthrax, von T. M. LEECH-London.** (*Lancet.* 18. und 25. März und 1. April 1905.) Diese ausführliche Arbeit ist mehr für den Hygieniker als für den Dermatologen berechnet. Letzteren wird es aber auch interessieren, zu erfahren, daß in England während des Zeitraums 1899 bis 1904 offiziell 261 Fälle angemeldet wurden. Von diesen verliefen tödlich 67 (25%). Verfasser bestätigt die Beobachtung, daß die meiste Infektionsgefahr an den von Persien, China und anderen überseeischen Ländern stammenden Produkten haftet. Von Versuchen, das Material vor der Verarbeitung zu desinfizieren, ist nicht allzuviel zu erwarten, da dasselbe, besonders die Wolle, durch den Desinfektionsprozess erheblich entwertet wird. In therapeutischer Beziehung hält L. viel von dem SCLAVOSchen Serum, über welches er ausführlich berichtet. Die Exzision hat nach seinen Beobachtungen, so rationell sie im Anfang ist, geradezu nachteilige Folgen, wenn sie später als den vierten Tag nach erfolgter Infektion ausgeführt wird.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Ein Fall von Anthrax und dessen erfolgreiche Behandlung mit SCLAVOSchem Serum, von J. L. STRETTON-Kidderminster.** (*Lancet.* 27. Mai 1905.) Bei der

27jährigen Patientin war die Pustel am rechten Ohr lokalisiert und hatte sowohl die vordere Wand des Gehörgangs als auch den angrenzenden Teil der Wange affiziert. Die Infektion datierte wahrscheinlich sechs Tage zurück. Das Allgemeinbefinden war befriedigend. Es wurde sofort eine Dosis von 40 ccm Serum am Abdomen eingespritzt. Die lokale sowohl wie die allgemeine Reaktion darauf war nur gering, und nach sechs Tagen wurde die Kranke geheilt entlassen.

*Philippi-Bad Salzschrif.*

**Ein Fall von Pustula maligna der Haut; Behandlung mittels SCLAVOSchen Serums ohne Exzision; Heilung,** von WM. MITCHELL-Bradford. (*Brit. med. Journ.* 15. Juli 1905.) Die Läsion war bei der 25jährigen Wollarbeiterin auf dem linken oberen Augenlid lokalisiert, und eine Exzision war nicht ausführbar. Die Affektion hatte angeblich erst zwei Tage lang bestanden. Patientin erhielt sofort eine subcutane Injektion von 20 ccm Serum und am folgenden Tage 10 ccm. Die sonstige Behandlung bestand in der Anwendung von Sublimatkompressen (1:4000) und der innerlichen Verabreichung von Natrium salicylicum (dreistündlich 0,6). Am Nachmittage des zweiten Krankheitstages erhielt Patientin noch 40 ccm Serum, und am folgenden Tage noch 80 ccm, im ganzen also 100 ccm. Im Verlauf von acht Tagen war Patientin fieberfrei. Leider trat ziemlich ausgedehnte Nekrose am Lide ein, so daß erhebliches Ectropion entstanden ist und eine plastische Operation nötig sein wird. Über den wirklichen Anteil des Serums an der Heilung hält M. sein Urteil noch in suspenso.

*Philippi-Bad Salzschrif.*

**Ein Fall von Anthrax; Behandlung mittels Exzision und SOLAVOSchen Serums; Genesung,** von R. HERLEY-Dewsbury. (*Lancet.* 4. November 1905.) Es ist fraglich, welchen Anteil das Serum an dem glücklichen Ausgang hatte. (Ref.) Dasselbe wurde (40 ccm) erst am fünften Krankheitstage injiziert.

*Philippi-Bad Salzschrif.*

## Progressive Ernährungsstörungen.

### a. Maligne.

**Beitrag zur Röntgen-Strahlenbehandlung maligner Neubildungen,** von LEOPOLD FREUND-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905 Nr. 40.) F. berichtet über einen Fall von inoperablem Mammacarcinom bei einer 69jährigen Frau, die in kachektischem Zustand war und außerdem an Diabetes und Nephritis litt. Die Affektion bestand seit fünf Monaten und präsentierte sich als ein faustgroßer, steinharter, mit der knöchernen Thoraxwand fest verwachsener Tumor, der die Haut durchbrochen hatte und an einer fünfmarkstückgroßen ulcerierten Fläche freilag. Axillar- und Subclaviculardrüsen geschwollen und hart. F. bestrahlte die Patientin in der Zeit vom 13. Dezember 1904 bis 8. Januar sechsmal je sechs Minuten, dann, da der Zustand sich verschlimmerte, vom 6. bis 11. Februar nochmals sechsmal, und endlich vom 6. bis 10. März 1905 nochmals 18 Minuten. Schon am 18. Februar änderte sich das Sekret, es wurde wässrig. Nach und nach begannen sich die nekrotischen Partien abzustossen, der penetrante Gestank verlor sich, und an den Geschwürsrändern zeigten sich feste, rote Granulationen. Anfangs Mai erschien die ganze Geschwürsfläche vernarbt, nur eine linsengroße Exkoriation am Grunde der trichterförmigen, tief eingezogenen, fast handtellergroßen Narbe blieb noch zu überhäuten. Die Drüsen wesentlich abgeschwollen, das Allgemeinbefinden unvergleichlich besser, die Besserung hat bis jetzt angehalten.

*Putzler-Dansig.*

**Über das Wachstum und die Verbreitung bösartiger Geschwülste, insbesondere des Krebses in den Lymphbahnen der Nerven,** von PAUL ERNST-ZÜRICH. (*Beitr. zur pathol. Anat. und allg. Pathol.* Siebentes Supplement. Festschrift f. Prof. ARNOLD.) E. ist in der Lage, auf Grund von vier eignen Beobachtungen seine früheren Mitteilungen über eigenartige Verbreitungs- und Wachstumsvorgänge der Krebszellen in den Lymphbahnen der Nerven zu ergänzen und zu beweisen. Die erste Beobachtung betrifft einen Speiseröhrenkrebs bei einer 38jährigen Frau. In Betracht kamen die rami oesophagei des Vagus, welche zumeist aus einem einzigen Bündel bestehen. Ein Teil oder die ganze Peripherie war mit epithelialen Zellen durchsetzt; die unmittelbare Umgebung ist frei von Krebswucherung, woraus hervorgeht, daß ganze Strecken weit der Krebs sich in der Längsrichtung der Nerven verbreiten kann. In anderen Bündeln liegen zwischen den Nervenfasern verschiedene große, rundliche Haufen von Krebszellen, deren Zellgrenzen zum Teil undeutlich sind, so daß man sie für Riesenzellen halten könnte. Das Perineurium erscheint leicht verdickt und durch Erweiterung der Lymphspalten lamellös und blättrig. Also es handelt sich um perineurale und endoneurale Krebswucherung; deutlicher blättriger Bau des Perineurium, Klaffen der Lymphspalten. — Bei einem Rektum-Carcinom fand sich im Längsschnitt eines Nerven die mosaikartige Flächenansicht der Krebszellen, die den perineuralen Spaltraum auskleiden; im Querschnitte besetzen die epithelialen Zellen die Peripherie des Nerven. In einem dritten Fall, welcher eine 44jährige Frau mit Carcinom der hinteren Muttermundlippe betraf, fand sich neben der perineuralen Umräumung noch endoneurales Wachstum, und zwar kann jedes für sich allein vorkommen. Wichtig ist dieser Fall, weil hier an einzelnen Stellen das Krebsgewebe dissozierend vorgegangen ist; es findet sich hier gradezu eine Zerlegung des Nervenstammes in die sekundären Nervenbündel. Es gelangt hier eine allgemein angenommene, normalerweise festgestellte Struktur des Nerven zu kräftigerem Ausdruck. Das berechtigt zum Schluß, daß es vorgebildete Bahnen sein müssen, in denen der Krebs sich fortbewegt, d. h. daß der Krebs nichts Neues schafft mit dieser Zergliederung, sondern nur eine präexistente Struktur, ein Bauprinzip des Nerven verstärkt und betont. Es drängt so alles zu dem Schluß, daß es auch Lymphspalten seien, welche dem Krebs die Wege öffnen. Endlich berichtet E. über einen Fall von primärem Carcinom des Pankreas bei einem 60jährigen Mann, bei welchem im Mittelpunkt des mikroskopischen Bildes die Arteria gastroduodenalis steht. Sie ist umgeben von zahlreichen Ästchen des sympathischen Geflechts, von denen ein jedes ohne Ausnahme seinen Epithelkranz besitzt. Auch hier sind wieder die perineuralen Spalten, hier aber nur diese von regelmäßig aufgestelltem Epithel eingesäumt. Zum Schluß bekennt sich E. als Gegner der parasitären Theorie des Krebses.

*Putzler-Danzig.*

**Über den PAGET-Krebs,** von HUGO RIBBERT-Bonn. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.) Nach den Untersuchungen des Verfassers ist der PAGET-Krebs kein primärer Hautkrebs. Der primäre Vorgang ist die Bildung eines aus hell sich färbenden Drüsenzellen bestehenden Carcinoms im Innern der Mamma, eines Tumors, der weder seiner Lage noch seiner Zusammensetzung nach von der Epidermis abgeleitet werden kann. Dieser Krebs wächst strangweise an die Haut heran, und seine Zellen wuchern in das Plattenepithel hinein. Verfasser bestätigt damit die Befunde von JACOBÆUS.  
*A. Loewald-Kolmar.*

**Über PAGETSche Krankheit. (PAGETS disease of the nipple),** von GEORG HIRSCHEL-Heidelberg. (*Beitr. s. pathol. Anat. und zur allg. Pathol.* 1905. Siebentes Supplement, Festschrift f. Prof. JULIUS ARNOLD.) H. fügt den bisher beschriebenen Fällen von PAGETScher Krankheit einen neuen Fall eigener Beobachtung hinzu. Es

zeigte sich ein Krankheitsbild bei einer 60jährigen Frau, das sich sowohl klinisch wie auch pathologisch-anatomisch mit der zuerst von PAGET beschriebenen Brustdrüsen-erkrankung deckte. Zuerst trat eine hartnäckige, jeder Therapie trotzen Haut-erkrankung der rechten Brust auf, die einem akuten Ekzem ähnlich sah und einen stark brennenden, gelblichen Saft absonderte. Nach etwa zehn bis elf Monaten traten dann allmählich eine Vorwölbung neben der Brustwarze und eine allgemeine Ver-  
größerung der Brust ein, so daß Patientin operiert werden mußte. Es handelt sich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, um ein wahrscheinlich vom Drüsenepithel der Milchgänge ausgehendes, ganz flaches Drüsenzellencarcinom, das im Corium oder Unterhautzellgewebe seinen Anfang genommen hat und sowohl in die Tiefe wie auch noch in viel höherem Grade nach oben in das Stratum Malpighii und über dieses hinaus weitergewuchert ist. Es fand eine Einwucherung der Drüsenzellen durch die Basalzellen und zwischen den Retezellen hindurch nach oben statt, wodurch dann letztere Zellen nach und nach verdrängt und teilweise als Inseln abgeschnürt wieder-gefunden wurden. Diese Proliferation des Drüsenkrebses im Epithel hat dann sekundär die ekzematöse, nässende, therapeutisch nicht zu beeinflussende Haut-erkrankung hervorgerufen, wengleich das Ekzem zuerst von der Frau bemerkt worden war. Die an den Rändern der Hautveränderung erschienene Epithelproliferation ist wohl als sekundäre Reizerscheinung durch die empordrängenden Drüsenkrebszellen zu deuten, ebenso auch die überall im Corium bestehende, kleinzellige Infiltration. Die im vorliegenden Falle gefundenen PAGET-Zellen lagen ziemlich an der Oberfläche der Epidermis und meist nur dort, wo Drüsenkrebszellen von unten nach oben durch-gewandert waren. Ein direkter Übergang der Zellformen ineinander liefs sich nicht nachweisen, doch nahm H. an, daß die PAGET-Zellen durch Quellung und Vakuoli-sierung aus den Drüsenkrebszellen hervorgegangen seien. Es handelt sich also bei der PAGETSchen Krankheit um ein vom Drüsenepithel der Ausführungsgänge aus-gegangenes, oberflächliches Drüsen-carcinom, das erst sekundär die Hautveränderungen durch Proliferation der Carcinomzellen im Epithel verursacht. *Putzler-Danzig.*

**Dermatosis epithelialis (degenerativa) circumscripta ecceiformis.** — **PAGETS Disease**, von EDUARD LANG-Wien. (*Wien. Klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 13.) Die von JAMES PAGET im Jahre 1874 zum ersten Male an der Areola der Mamma beobachtete Erkrankung der Haut hat zu mancherlei Kontroversen Veranlassung ge-geben, was um so merkwürdiger war, als PAGET eine genaue Beschreibung — klinisch und histologisch — von der Krankheit gab und gar nicht etwa auf den jetzt hin und wieder auftretenden Standpunkt sich versteift hatte, daß diese nun blofs mit der Mammilla zu tun haben müsse. Im Gegenteil, auch er hat bald nachher noch einige weitere Erkrankungen der gleichen Art an anderen Körperstellen beobachtet, und in einem Falle von RADCLIFFE CROCKER, wo die Erkrankung mit PAGETSchen Symptomen am Skrotum gefunden worden war, hatte die genaue histologische Untersuchung eine exakte Bestätigung der Diagnose auch an einem Orte der Erkrankung gegeben.

Auch L. beobachtete eine PAGETS-Disease mit dem von PAGET gekennzeichneten Befunde: „Charakteristisches, epitheliales Ödem mit den bekannten Epitheldegenerationsbildern in der Stachelschicht, lange, teilweise verzweigte Epithelfortsätze in die Cutis, Zellinfiltration im papillären und subpapillären Stratum, zahlreiche Plasmazellen enthaltend.“ Auch das klinische Bild ist von PAGET streng festgelegt worden: „Die Oberfläche ist gerötet, der Epidermis entblöft, uneben, wie fein gekörnt, oft genug eine serös-schleimige, klare oder gelbliche Flüssigkeit absondernd.“ Geradezu treffend, sagt LANG, ist der Vergleich mit dem Oberflächenbilde einer Balanitis. Obgleich diese Bilder von Anfang an klar beschrieben waren und die PAGETS-Disease durch eine scharfe Umgrenzung ausgezeichnet war, so kamen oft Verwechslungen mit Ekzem

und Carcinom vor, namentlich dann, wenn gerade die Mammilla nicht der Sitz der Erkrankung war; geht man aber von diesem Vorurteil ab, dann wird man auch weniger leicht diagnostischen Irrtümern begegnen.

*Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

**Die Technik der Röntgenbehandlung des Hautepithelioms, von H. NOIRÉ.** (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 82.) Die sogenannten inoperablen Hautkrebses werden zwar durch die Röntgenstrahlen nicht mehr zur Heilung gebracht, allein es schliessen sich durch ihre Einwirkung wenigstens temporär die Wunden, und es lindern sich vor allem die Schmerzen. Eine zweite Art von Epitheliomen erfordert zuerst chirurgische Behandlung und danach zur Verhütung von Rückfällen die Radiographie. Es sind das Tumoren von ziemlichem Umfang, mit Verwachsungen bis auf den Knochen und Drüenschwellungen. Ohne konsekutive Röntgenbestrahlungen würden auch hier Rezidive an der Tagesordnung sein. Die dritte Form des Epithelioms sind die typischen stechnadelkopf- bis nufsgroßen Ulcerationen, deren Heilbarkeit durch X-Strahlen allseitig anerkannt ist. Was über die Technik der Bestrahlung gesagt wird, ist nicht neu. Man lasse bei jeder Sitzung das grade noch vertragene Maximum von Strahlen absorbieren. Zwischen den einzelnen Sitzungen lasse man nur grade so viel Zeit, als nötig ist, um die Haut zu schonen. Für jede Sitzung gebe man nach NOIRÉ fünf Einheiten von HOLZKRECHT und wiederhole die Sitzungen alle 14 Tage. Niemals lasse man im ganzen weniger als 24 Einheiten H zur Absorption gelangen.

*Hopf-Dresden.*

**Epitheliom des Gesichts bei einem Kinde, von J. LIPPSTADT.** (*St. Louis Courier*, Mai 1905.) Das vierjährige Mädchen war niemals vorher krank gewesen und bot auch in der Anamnese bezüglich Eltern und Geschwister keine Anzeichen einer malignen Erkrankung. Es zeigte unter dem unteren rechten Augenlid zwei kleine Warzen und über der rechten Nasolabial-Falte ein warzenähnliches Gebilde von zirka 1 cm Durchmesser, über der Haut erhaben, von dunkelroter Farbe, aber nicht entzündlichem Aussehen; eine Lymphdrüse am Kieferwinkel war etwas geschwollen. Die Neubildungen waren im Verlaufe von etwa sechs Monaten entstanden. Der größte Tumor wurde operativ entfernt und zeigte sich bei der Untersuchung als typisches Epitheliom oder Caneroid. Epitheliom in so frühem Alter ist sehr selten und wird leicht übersehen, obwohl frühzeitige Diagnose und Exstirpation allein schlimme Folgen verhüten können. Zu erwähnen ist hier auch die Möglichkeit, dass Warzen maligne Degeneration eingehen, wovon KEEN 25 Fälle angeführt hat. Andererseits haben im Jahre 1900 OSLER und MORAN über sechs Fälle von Magenkrebs bei Kindern unter zehn Jahren, SELBERG über einen Fall von Hautkrebs bei einem sechs Monate alten, LEIBERT über ein Caneroid bei einem achteinhalbjährigen Kinde (in den beiden letzten Fällen wahrscheinlich kongenital) berichtet. *Stern-München.*

**Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung, von M. HIRSCHBERG-Frankfurt a. M.** (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Verfasser hatte selbst am Ohr ein Epitheliom, welches trotz Ätzungen nicht schwand. Als sich Verfasser dann im Hochgebirge wochenlang der Wintersonne täglich stundenlang aussetzte, schwand unter diesen Sonnenbädern das Epitheliom völlig, ohne bisher nach acht Monaten rezidiert zu sein. Er empfiehlt daher bei Hautleiden Sonnenbäder im Hochgebirgswinter, weil diese alle Bedingungen vereinigen, die eine kräftige und therapeutisch wirksame Sonnenbestrahlung gewährleisten. Erstens befindet sich während unseres Winters die Erde, und zwar die nördliche von uns bewohnte Halbkugel, in der sogenannten Sonnennähe, und je näher an der Sonne die Erde ist, desto größer ist die Lichtmenge, welche ihr zufließt. Zweitens nimmt die Intensität der Sonnenstrahlung zu mit der Höhe, weil mit dem Aufstieg vom Meeresniveau die Zahl

und die Dichte der von den Strahlen zu durchlaufenden Luftschichten abnimmt. Drittens nimmt der Wasserdampfgehalt, der besonders stark gerade die wirksamsten chemischen Strahlen absorbiert, nicht nur mit der Höhe ab, sondern die Luft enthält auch um so weniger Wasserdampf, je kälter sie ist. Viertens ist die Luft namentlich, wenn der einmal gefallene Schnee liegen geblieben ist, frei von Verunreinigungen.

*Bernhard Schuler-Kiel.*

**Die Radiumbehandlung des Ulcus rodens, von HEINATZ.** (*Russki Wratsch.* 1905. Nr. 88 und 89.) Die verschiedenartigen Urteile über die Wirkung des Radiums bei Ulcus rodens veranlassten Verfasser, dieser Frage näher nachzugehen. Nach einer literarischen Übersicht berichtet er über 13 eigene Fälle von Ulcus rodens des Gesichts bei Personen im Alter von 37 bis 87 Jahren, größtenteils weiblichen Geschlechts. Die Dauer der Krankheit war eine sehr verschiedene, von zwei Monaten bis zu 14 Jahren. Die Größe der Geschwüre schwankt zwischen einer Erbse und einem Silberrübel. Zur Behandlung benutzte er Radium von der Fabrik Bachler in Braunschweig. Mit dem Resultat der Behandlung war Verfasser sehr zufrieden, jedoch betont er, daß das Radium nur selten und kurze Zeit angewandt werden darf. Er erhielt durch 30 mg Radium in 30 Minuten und durch 75 mg Radium in 20 Minuten eine genügende Wirkung. Bei derartig vorsichtiger Anwendung des Radiums bedeckt sich das Geschwür in zirka zwei Tagen mit einer Borke, unter welcher das Ulcus rodens im Laufe einiger Wochen mit glatter Narbe verheilt. Bei kleinen Geschwüren genügt schon eine Sitzung, bei größeren waren nach Abfall der Borke, also einige Wochen nach der ersten Sitzung, noch weitere Sitzungen in ebensolchen Abständen nötig. Von den 13 Kranken wurden zwölf völlig gesund, und zwar nach einer Behandlung von vier Wochen bis sechs Monaten. Zur Klarstellung der Art der Wirkungsweise des Radiums nahm Verfasser mikroskopische Untersuchungen vor, die ihm zeigten, daß das Radium vorzüglich auf die epithelialen Zellen der Geschwulst einwirkt, indem es Ernährungsstörungen hervorruft und die Zellen in der weiteren Zunahme behindert, so daß sie einer Nekrobiose anheimfallen und durch Bindegewebe ersetzt werden. Das Radium wirkt aber in zerstörender Weise auf die Epithelzellen der Umgebung ein, was nach dem Verfasser nicht übersehen werden darf. *Arth. Jordan-Moskau.*

**Die Verwendung von Radiumbromid zur Behandlung von Ulcus rodens, von A. R. MANBY.** (*Brit. med. Journ.* 1. Juli 1905.) Verfasser hat drei Fälle mit diesem Mittel behandelt, von denen zwei als völlig geheilt betrachtet werden können, während bei dem dritten der Erfolg zweifelhaft war. Letzterer betraf einen 76jährigen Mann, bei welchem seit zehn Jahren das Ulcus auf der Wange sich allmählich zu einer Größe von zirka 5 cm mal 2 cm ausgebildet hatte. Es wurde (wie bei den anderen Fällen) eine Menge von 5 mg Radiumbromid in einem Glasrohre auf die Stelle appliziert und mit Guttaperchapapier fest angebunden. Man ließ es 20 bis 30 Minuten einwirken und wiederholte die Sitzungen im Laufe von etwa elf Wochen 26 mal. Alsdann war vorläufige Heilung eingetreten, doch trat ein Rezidiv ein und ist zur Zeit nach 14 Anwendungen von je einer Stunde Dauer noch nicht vollständig gewichen. Bei dem anderen Patienten heilte das fast kreisrunde Ulcus von zirka 2 $\frac{1}{2}$  cm Durchmesser nach 19 Applikationen von je einstündiger Dauer vollständig aus. Der dritte Patient, ein 55jähriger Schmied, litt an Ulcus rodens am Septum narium, ein Rezidiv von geringer Ausdehnung. Nach achttägiger Behandlung mit täglichen Sitzungen von ebenfalls einer Stunde Dauer war die Narbenbildung gut im Gange, und die Heilung ist seitdem ohne weitere Behandlung zu einer kompletten geworden. *Philippi-Bad Saalschlief.*

**Über das Verschwinden eines Ulcus rodens bei Behandlung mit Röntgenstrahlen, von F. B. JEFFERISS-Chatham.** (*Lancet.* 29. Juli 1905.) Bei einer älteren

Frau hatte sich aus einem kleinen Knötchen im Anschluß an ein Trauma im Laufe von zwei Jahren ein fünfmarkstückgroßes Gewächs entwickelt. Nach fünf Bestrahlungen von je fünf Minuten Dauer war die Haut infolge ungenügender Bedeckung der Umgebung etwas entzündet und die Ulceration auf der Oberfläche des Tumors hatte etwas zugenommen. Nach der 16. Sitzung war aber ein deutlicher Rückgang bemerkbar, jedoch mußte die Behandlung zehn Tage lang wegen der ziemlich erheblichen Reaktion ausgesetzt werden. Nach weiteren vier Bestrahlungen war vollständige Heilung eingetreten. Die Gesamtbehandlungsdauer betrug wenig mehr als drei Monate. Seitdem sind sieben Monate ohne irgendwelche Zeichen eines Rezidivs vergangen.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Die Röntgenbehandlung des Ulcus rodens auf Grund von drei Fällen, von A. HUBER-Budapest.** (*Budapesti orv. ujs. Dermatolog. Beil. Nr. 3.*) Die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen auf Ulcus rodens wird von H. bestätigt. Die Heilung geschieht mit schöner, glatter Narbe. Rezidive können selbst bei dieser Behandlung auftreten, doch sind dieselben wieder leicht zu beseitigen. Neben dem chirurgischen Eingriff muß die Radiotherapie mehr als bisher in Betracht kommen, da ceteris paribus die kosmetischen Resultate bei der letzteren schöner sind. In der ersten Sitzung sollen fünf bis sechs Einheiten nach HOLZKNECHT, nach Ablauf von vier bis fünf Wochen wieder drei bis vier H. verabreicht werden, bis das Geschwür ganz geheilt. Der überhäutete Teil des Ulcus ist mit Bleiblech zu schützen.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Die Ätiologie des Carcinoms.** Hat dasselbe eine physiologische Funktion im Körper zu erfüllen? Von G. T. BEATSON-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1905.) Verfasser geht aus von der mehrfach konstatierten günstigen Wendung, welche man an Mammacarcinomen nach Entfernung der Ovarien beobachtet hat. Es ist verschiedentlich konstatiert worden, daß man dabei ein Schwinden der epithelialen Gebilde und fettige Entartung derselben unter Zunahme des bindegewebigen Stromas antrifft. Das Entstehen des Carcinoms erklärt Verfasser dementsprechend als ein Auswachsen von Zellen des generativen Organismus, welche, anstatt nach außen abgestoßen zu werden, im Körper verbleiben und hier zu regellosen Wucherungen Anlaß geben. Daß es sich hierbei nicht um ganz fremdartige Gebilde, z. B. Bakterien wie von anderer Seite angenommen wird, handelt, geht zum Teil schon daraus hervor daß die Entstehung und der erste Verlauf des Leidens so heimlich und reaktionslos verlaufen. Auch hat B. gefunden, daß bei Sektionen die Krebskranken in sehr vielen Fällen einen auffallend günstigen Ernährungszustand darbieten, außer wenn sie durch Behinderung der Nahrungsaufnahme wie bei Magenkrebs, oder durch Schmerzen und ulcerative Prozesse an dem Gewächs erschöpft worden sind. Er vergleicht den Krebs mit den an den Wurzeln von Bohnen und Kleepflanzen auftretenden Geschwülsten, welche, wie NOBBE in Tharandt zeigte, das Wachstum der Pflanzen durch Zuführen von Stickstoff geradezu erheblich fördern. Der Umstand, daß das Körperfett bei Krebskranken oft eine auffallend intensive Gelbfärbung aufweist, deutet auch auf einen nutritiven Einfluß des Gewächses hin. B. faßt also das Leiden als eine abnorme Sekretion der Körpergewebe auf, in ähnlicher Weise wie die Vertreter der alten „spermatischen Theorie“, aber mit gewissen, nicht unbedeutenden Modifikationen.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Über das Vorkommen von Spirochäten bei ulcerierten Carcinomen, von ERICH HOFFMANN-Berlin.** (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) In drei Fällen von ulcerierenden Carcinomen wurden Spirochäten gefunden, welche auf einer Stufe zwischen Spirochaeta refringens und pallida stehen, so daß sie dem weniger Geübten vielleicht identisch mit letzterer, die nur bei Syphilis vorkommt, erscheinen könnten,



jedoch ist die *Sp. pallida* dünner und hat mehr korkzieherartigere, feinwelligere Windungen und ist weniger färbbar als die bei ulcerierendem Carcinom gefundenen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über Krankheiten, die dem Krebs vorangehen**, von E. v. BERGMANN. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 30.) Aufser aus Narben entwickeln sich Krebse an der Brustwarze, die PAGET schilderte, ferner aus der Akne der Paraffinarbeiter und aus der sogenannten Psoriasis linguae et buccalis, auf dem Lupus, auf dem Xeroderma pigmentosum und aus gewissen Muttermälern und Pigmentmälern. v. B. stellt solche Fälle teils lebend, teils in Abbildungen und mikroskopischen Präparaten vor.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Der Krebs und seine Behandlung**, von A. W. MAYO ROBSON-London. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 46 und 47.) In einem langen Artikel bespricht R. die Ätiologie des Krebses und die Behandlung desselben und teilt die letztere ein in prophylaktische, radikale und palliative Operationen.

Über die Ätiologie sagt R. folgendes: Alle Beobachtungen geben uns die Berechtigung, anzunehmen, daß Krebs sowohl contagiös wie ansteckungsfähig auf die Menschen ist, ebenso wie er es ohne Zweifel unter den niederen Tieren ist. Und obwohl wir zwar keine Isolierung krebserkrankter Patienten beantragen, so wäre es im höchsten Grade wünschenswert, daß alle gebrauchten Gegenstände von krebserkrankten Patienten verbrannt würden; gebrauchte Wäsche sollte zerstört oder desinfiziert werden, jegliche Berührung mit ulcerierten Geschwülsten der Lippe, Zunge, Brust oder Uterus und dergleichen sollte vermieden werden, und gemeinsame Benutzung des Bettes und der Geräte krebserkrankter Patienten sollte unterbleiben.

Uns interessiert hier der Krebs der Haut, und R. fordert dazu auf, die oft als Kleinigkeit bezeichneten Hautveränderungen mehr zu beachten. Es ist eine bekannte Tatsache, sagt R., daß Warzen und Schrunden des Körpers häufig der Ausgangspunkt bösartiger Geschwülste sind. Fast alle Krebsfälle der Haut nehmen von ungeschützten Teilen, welche der Irritation ausgesetzt sind, ihren Ausgangspunkt — wie das Gesicht, die Hände, Genitalien, die Brustwarzen — und von einer Oberfläche aus, wo eine Läsion stattgefunden hat, wie von Warzen, Ekzemen, Balggeschwülsten, Geschwüren, Narben.

Überall dort, wo derartige Tumoren oder Flecken sich befinden, die einem Reiz ausgesetzt sind, sollten sie chirurgisch entfernt werden; ganz besonders ist darauf hinzuweisen, daß ein chirurgischer Eingriff notwendig ist, wenn sie anfangen zu wachsen, ehe sie bösartig geworden sind.

Als Beweis für den glücklichen Erfolg der Behandlung in Fällen, in welchen selbst das Vorstadium des Krebses überschritten war, mag die Statistik SCHLESINGERS angeführt werden, der beim Internationalen Dermatologen-Kongress in Berlin berichtet (1904), daß in der v. BERGMANNschen Klinik 172 Patienten wegen Hautkrebs operiert wurden, und von diesen war bei 76 % der Fälle kein Rezidiv eingetreten, resp. waren die Patienten an einer anderen Todesursache zugrunde gegangen.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über einen Fall von primärem Schweißdrüsen carcinoma**, von HEINRICH DRICHSTETTER. (Inaug.-Dissert. München. 1903.)

*Fritz Loeb-München.*

**Neue Beiträge zur günstigen Wirkung des Radiums auf Hautkrebs**, von LASSAR-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 28.) In der Sitzung vom 28. Juni 1905 der Berliner Medizinischen Gesellschaft berichtet L. über weitere Erfahrungen mit Radium. Die pathologischen Zellen gehen schneller unter dem Einfluß des Radiums unter, als die gesunden; man kann es also ohne Gefahr einer zerstörenden Nebenwirkung zur Zerstörung circumskripten Hautleiden benutzen, z. B. bei malignen

Tumoren. L. stellt darauf eine Reihe von Fällen vor, bei denen sich der Einfluss des Radiums zeigt, besonders bei Cancroiden. Jedenfalls übt das Radium auf ausgewählte Objekte einen gewissen Heileinfluss aus.

In der Diskussion bemerkt v. BRUGMANN, daß er die Erfolge LASSARS anerkenne, besonders auch bei einem Fall von Lippencarcinoid, während BLASCHKO mitteilt, daß er auch bei anderen Tumoren, Naevus, Warzen gute Erfolge mit Radium erzielte. Durch Beiersdorff liefs er ein Radiumpflaster herstellen, welches größere Flächen bedecken kann und so, wenn natürlich auch etwas schwächer, wirken kann; er erzielte damit bei einem Falle von hartnäckiger Psoriasis durch mehrstündiges, mehrmaliges Auflegen das Verschwinden der Plaques, die bisher jeglicher Therapie getrotzt hatten. Oberflächliche Carcinome heilte BLASCHKO zuweilen auch mit 50% Chromsäure. Im Schlusswort betont LASSAR noch, daß die Energie des Radiums auch bei häufigem Gebrauch nicht abnimmt, es scheint vielmehr eine relative Unerschöpflichkeit des allerdings noch sehr teuren Radiums zu bestehen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über die Behandlung von Haut-Carcinomen mit Röntgenstrahlen,** von LÖSER-Frankfurt a. M. (*Fortschr. f. Röntgen.* 1905. Heft 2.) Auf der HERZHEIMERschen Abteilung wurden 20 Fälle von Haut-Carcinomen mit Röntgenstrahlen behandelt, welche teilweise ausführlich beschrieben werden. Die Resultate waren nicht sehr ermutigend, es fanden nur drei Heilungen statt, und auch diese sind nicht ganz feststehend, da die rezidivfreie Zeit erst 1½ Jahre beträgt. Bei fünf Fällen ist nur eine Besserung eingetreten, trotz jahrlanger Behandlung. Acht Fälle konnten nur kurz behandelt werden und scheiden daher aus. Das Resultat der restierenden vier ist folgendes: Bei Fall I und II hatten die Röntgenstrahlen, solange sie in Anwendung kamen, einen guten Erfolg zu verzeichnen, die Verjauchung sistierte, die Tumoren verkleinerten sich, es trat Überhäutung ein, so daß Fall II als geheilt entlassen werden konnte. Mit dem Aussetzen der Röntgenstrahlen traten jedoch sofort Rezidive auf und bei den Sektionen zeigte sich, daß das Carcinom in beiden Fällen in gleicher Weise, wie es oberflächlich geheilt, in die Tiefe weitergewuchert war, so daß die Anfangserfolge nur scheinbar waren. Bei Fall III und IV war der Befund stets unverändert, im Falle III konnte sogar ein geringes Weiterschreiten des Carcinoms konstatiert werden. Subjektiv bestand eine Zeitlang ein Erfolg, da die Schmerzen nachliefen. Bei längerer Dauer schwand aber auch diese Wirkung. Von großen Heilerfolgen kann jedenfalls hier keine Rede sein. Verfasser ist daher der Ansicht, daß die Behandlung der Haut-Carcinome mit Röntgenstrahlen nur dann in Frage kommt, wenn es sich um kleine oberflächliche Carcinome handelt, oder um Carcinome, bei denen ein chirurgischer Eingriff verweigert wird, oder schliesslich bei inoperablen Hautkrebsen. Bei größeren Carcinomen jedoch, die noch Aussicht haben, mit dem Messer erfolgreich extirpiert werden zu können, ist die Anwendung der Röntgenstrahlen nicht angebracht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Verwendung der Röntgenstrahlen beim Carcinom,** von CHISHOLM WILLIAMS-London. (*Lancet.* 4. Nov. 1905.) Verfasser berichtet über zehn Fälle von Krebs von verschiedener Lokalisation und Art, welche durch Bestrahlung günstig beeinflusst wurden. Einige Beobachtungen reichen bis ins Jahr 1900 zurück, und man kann wohl von definitiver Heilung sprechen. Die Diagnose war jedesmal durch Exsision und Untersuchung von Probestücken sichergestellt. Namentlich kam die Behandlung bei Rezidiven nach chirurgischer Entfernung der Neubildung in Anwendung. Aber auch als vorbereitende Maßregel vor einer schneidenden Operation bietet das Bestrahlen erheblichen Vorteil, indem dadurch eine Rückbildung der Gewächse eingeleitet wird und der chirurgische Eingriff durch die Verkleinerung und genaueren Lokalisierung der Geschwulst erleichtert wird. *Philippi-Bad Saleschirf.*

**Die Behandlung des Carcinoms mit den Salzen der Zimtsäure,** von L. DRAGE-Hatfield. (*Brit. Med. Journ.* 29. April 1905.) Verfasser hat von dieser Behandlung seit vier Jahren bei mehreren Fällen günstige Resultate gesehen. Zum Teil trat an dem Tumor in gewissem Grade Rückbildung ein, namentlich aber fiel besonders angenehm auf das Verschwinden der Schmerzen und der septischen und eiterbildenden Vorgänge. Man injiziert wöchentlich einmal oder zweimal subcutan eine Dosis von 1,8 g einer 10 %igen Lösung des zimtsauren Natriums oder 1,5 einer 22 %igen Lösung des orthokumarinsäuren Salzes. Verfasser erklärt die günstige Wirkung durch gesteigerte Leukocytose. Nachteile scheinen der Methode nicht anzuhafte.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Über die direkten Todesursachen bei Carcinom und Sarkom,** von KARL SCHWARZ. Aus der Prosektur des Krankenhauses München r. d. I. (Inaugural-Dissertation. München 1905. 97 S.) Bei den an Krebs des uropoetischen Systems Leidenden überwiegen in der Statistik des Verfassers die Todesfälle an Pyelonephritis und Cystitis (83%), und die Todesfälle an entzündlichen Erkrankungen der Lungen (33%); bei den an Krebs der weiblichen Genitalien Erkrankten die Todesfälle an entzündlichen Erkrankungen der Lungen (32%).

*Frits Loeb-München.*

**Über einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?) Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom?),** von A. ВУСНКА. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Beschreibung eines interessanten, diagnostisch nicht ganz klaren Falles von Chlorom an beiden Schläfen mit gutartigem Verlaufe; unter Arsenbehandlung verschwanden die beiden Tumoren, ebenso einige Infiltrate in beiden Wangen.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut,** von JULIUS MOLDOVAN-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29 und 30.) M. hatte Gelegenheit, einen von der linken Warze eines fünf Tage alten Knaben amputierten Tumor zu untersuchen; die Geschwulst war von eiförmiger Gestalt und maß im Längendurchmesser  $6\frac{1}{3}$  cm, die größte Breite betrug 6 cm, die Dicke 4 cm. Die Konsistenz des Tumors war mäsig hart, die Oberfläche unregelmäßig höckrig, stellenweise exulceriert oder mit blutigen Krusten bedeckt. An der einen Seite, der Basis zu, fand sich ein haselnußgroßer Anhang, an der Übergangsstelle in die größere Geschwulst halsartig eingeschnürt. Die Haut über dem Tumor war nirgends verschieblich und besonders an der oberen Fläche äußerst dünn und stellenweise auseinandergewichen. Nur der etwa 4 mm hohe und 5 qcm im Querschnitt einnehmende Hautstiel hatte eine anscheinend normale Haut. Von ihm ging die Haut auf die Geschwulstbasis über, um sofort mit der Tumormasse innig zu verwachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein spindelzelliges Sarkom handelte, bei dem sich in den reichlichen Kernteilungsfiguren und in dem Verhalten der Gefäße eine besonders progressive Wachstumstendenz manifestierte. Anhaltspunkte von ätiologischer Bedeutung waren nicht zu eruieren. Der zweite Fall betraf einen neugeborenen Knaben, dem in der Gegend des rechten Warzenfortsatzes ein hühnereigroßer Tumor aufsafs. Die Obduktion des nach 24 Stunden unter den Symptomen einer Haemorrhagia cerebri verstorbenen Kindes ergab, daß der Tumor von weicher Konsistenz und bläulicher Farbe war; die Haut über demselben ist äußerst dünn, nicht verschieblich. Der Tumor ist über der Unterlage wenig beweglich und mißt in Länge 6 cm, in Breite 4 cm, seine Dicke ist  $2\frac{1}{3}$  cm. Der Durchschnitt des Tumors zeigt Züge faserigen Gewebes, welche reichliche bis stecknadelkopfgroße, zum Teil mit geronnenem Blut gefüllte Hohlräume in sich einschließen. Mikroskopisch besteht die Geschwulst aus weiten, zum Teil mit frisch geronnenem Blute, zum Teil mit intravitalen, stellenweise schon verkalkten thrombenerfüllten Bluträumen, welche

mit flachem Endothel ausgekleidet, durch stellenweise sehr breite Septen eines derbfaserigen, kernarmen, dichten Bindegewebes voneinander getrennt wurden. Die Bluträume entbehren einer selbständigen Wand; gegen die Oberfläche hin hatte die Geschwulst mehr fibromatösen Charakter. Es handelt sich nach M. um ein Fibroma cavernosum. Der dritte Fall betraf ein dreijähriges, sonst gesundes Mädchen, welche am Nasenrücken, dem distalen Ende der Vereinigungslinie der Nasenbeine entsprechend, ein angeborenes, hartes, weißliches Knötchen aufwies, das mit der Haut in innigem Zusammenhange stand. Die Untersuchung ergab, daß es sich um ein reines Fibroma durum von mittlerem Kernreichtum handelte, ausgehend von den tieferen Schichten der Cutis. Fibrilläre, mächtig kernreiche Bindegewebezüge durchkreuzten sich in den verschiedensten Richtungen und enthielten reichliche Blutgefäße zwischen sich, ohne jedoch eine bestimmte Beziehung zu denselben erkennen zu lassen. Dazu kamen teils vereinzelt, teils zu Gruppen vereinigt leukocytaire Elemente in mässiiger Zahl, in der Nähe der Blutgefäße zahlreiche Mastzellen. Die Geschwulst war gegen das subcutane Fettgewebe durch eine Lage verdichteter Bindegewebezüge scharf abgetrennt, ging aber allmählich ohne deutliche Grenze in das Bindegewebe der Cutis über. Der letzte Fall, welchen M. mitteilt, betraf einen sieben Monat alten Knaben, welcher zwei Monate vorher, wegen einer angeborenen Geschwulst des rechten, äußeren Knöchels, die innerhalb fünf Monaten die Größe einer Wallnuß erreichte, operiert worden war. Es hatte sich bereits zwei Monat später ein Rezidiv in gleicher Größe eingestellt. Der Tumor war klein, wallnußgroß, halbkugelig prominent, von stark verdünnter Haut überzogen. Die Konsistenz war hart, auf Druck war die Geschwulst nicht schmerzhaft und auf der Unterlage leicht verschieblich. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors ergab, daß es sich um ein Fibroma recidivans cutis cruris congenitum handelte.

*Putzler-Danzig.*

**Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen, von D. v. HANSEMANN.** (*Zeitschr. f. Krebsforschg.* 3. Band, 2. Heft.) Verfasser macht auf eine Gruppe von Geschwülsten aufmerksam, deren charakteristische, klinische Eigenschaft darin besteht, daß sie sich mit ihren Rezidiven nach der Exstirpation des Primärtumors über viele Jahre hin erstrecken. Sie entwickeln sich besonders häufig an den Fingern oder an den Füßen, gelegentlich auch an den Kiefern, also an Stellen, wo die Haut den Knochen mehr oder weniger dicht aufliegt. Während in der Regel die Entwicklung dieser Geschwülste sich über Jahrzehnte hinzieht, können sie in einzelnen Fällen aber auch sich plötzlich nach Art der bösartigsten Sarkome generalisieren. Diese Geschwülste sind bisher teils zu den gutartigen Angiomen, teils zu den Sarkomen gerechnet, auch als Haemangioendotheliome besonders beschrieben worden. Verfasser gibt eine Reihe von histologischen Bildern solcher Tumoren, auf Grund deren er nachweist, daß von gutartigen Angiomformen allmähliche Übergänge zum Lymphangiom und Haemangiom stattfinden, weiterhin zum Haemangioendotheliom und schließlich zum von den Gefäßzellen ausgehenden Sarkoma angioplasticum. Scharfe histologische Grenzen bestehen zwischen diesen verschiedenen Formen nicht. Verfasser wünscht diese Geschwulstgruppe von den Sarkomen herauszuheben und möchte ihnen als „Angiosarkome“ eine besondere Stelle einräumen.

*A. Loewald-Kolmar.*

#### b. *Benigne.*

**Operationslose Behandlung der Angiome, von M. NEUMANN-Berlin.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) Die Behandlung, die Verfasser seit fünf Jahren in etwa 700 Fällen stets mit Erfolg angewendet zu haben angibt, besteht in der Applikation einer 5–10%igen Emulsion von Zincum chloratum purum in Collodium elasticum. Die Umgebung des Angioms muß sehr sorgfältig durch Heftpflaster ge-

schützt werden; das Fenster in dem Heftpflaster wird zweckmäßig 2—3 mm kleiner geschnitten, als man die Einwirkung des Chlorzinks wünscht. Ist das Chlorzink auf gepinselt, so wird, sobald das Collodium erstarrt ist, ein Gazeverband (gefensterte Gaze für die Umgebung, dann erst Gaze auf die geätzte Partie) angelegt, der mit einigen Heftpflasterstreifen fixiert wird. Nach zwei Tagen ist das Angiom bereits nekrotisiert, der Verband wird gewechselt, die Abstofsung vollzieht sich innerhalb einer Woche. Sind dann noch Angiomreste erkennbar, so werden diese für zwei bis drei Tage mit einer Arsenikpaste (Acid. arsenicos., Sulf., depurat. ca. 4,0, Ungt. Cerei ad 100,0) bedeckt und die Abstofsung wird unter aseptischen Verbänden abgewartet. Blutungen gibt es bei dieser Behandlungsmethode nicht. Das Chlorzink wirkt bei dieser Art der Anwendung nie toxisch, Schmerzen sind nur bei größeren Behandlungsflächen vorhanden. Dagegen macht die Arsenikpaste Schmerzen und ist wegen der Resorptionsgefahr nur an kleinen Flächen anwendbar. An Schleimhäuten macht Verfasser statt der Pinselungen parenchymatöse Injektionen von Chlorzink. — Von zwei Fällen sind die Photographien vor und nach der Behandlung wiedergegeben.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Haemangioma cavernosum venosum capitis**, von TAUBER-Wien. (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 19.) Ausführliche Beschreibung eines Tumors bei einem 28-jährigen Patienten. Die Geschwulst hatte sich seit den Kinderjahren entwickelt und erstreckte sich über die rechte Schläfen- und Wangengegend. Sie nahm an Größe bedeutend zu, wenn der Kranke presfte, beim Neigen des Kopfes nach rechts und links, beim Bücken und in rechter Seitenlage. Ebenso vergrößerte sich der Tumor bei Kompression der inneren Jugularvenen. Es bestand also eine Kommunikation des Tumors mit dem intrakraniellen Sinusgebiete, wofür Verfasser eine entwicklungsgeschichtliche Erklärung gibt.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Lymphangiendothelioma cysticum abdominis**, von ERNST-Zürich. (*Verh. d. Dtsch. pathol. Gesellsch.* Berlin 1904.) Das Abdomen eines 65-jährigen Mannes ist von einer gallertartigen, schleimähnlichen Geschwulstmasse eingenommen. Es sind zahllose Blasen und Beeren von allen erdenklichen Größen, welche Milz, Leber, Magen, Darmschlingen bis zur Unkenntlichkeit dieser Organe umhüllen und das Mesenterium einnehmen. Einerseits erinnern die Bildungen etwas an Traubenmole, andererseits an Echinokokken. Es bestand jedoch keine Kachexie, das Körpergewicht hatte sogar zugenommen; weder klinisch noch anatomisch bestanden Zeichen der Malignität, nie Metastasen, Einwucherung in die Organe, Infiltration von Lymphdrüsen, Einbruch in die Gefäße. Nachdem Myxoma lipomatodes, Gallertcarcinom, der Gedanke einer Abstammung vom Darm oder Enterocystomen, eine Lymphangiectasia cystica z. T. auf Grund chemischer, z. T. auf Grund mikroskopischer Untersuchungen ausgeschlossen worden waren, kam E. nach dem Verhalten und den Eigenschaften der in der Geschwulst sich vorfindenden Eiweißstoffe, eines Pseudoglobulins und eines Albumins, die gallertartige Substanz nur als ein eingedicktes Transsudat bzw. als Lymphe auffassen, deren Eiweißkörper infolge langer Stagnation ihre leichte Löslichkeit im Wasser eingebüßt haben. Dazu kam, daß es gelang, Zusammenhänge der Hohlräume mit Lymphgefäßen zu finden, daß an den Übergangstellen des Darms in die Geschwulstpartien das Serosae epithel über die Geschwulst hinwegzieht, so daß man den Eindruck gewinnt, es verbreite sich der Tumor subepithelial und es sei daher auch das Peritonealepithel an der Geschwulstbildung unbeteiligt, und so blieb nur noch zur Wahl eine dem Lymphgefäßsystem angehörende, aber nicht bloß durch Ektasie, sondern durch aktive Neubildung zustande gekommene, cystische Geschwulst. E. kommt in der Hauptsache auf Grund der chemischen Untersuchung zu der Schluss-

folgerung, daß den verschiedensten Eigentümlichkeiten der Geschwulst am ehesten die Diagnose: Lymphangioendothelioma cysticum abdominis gerecht wird.

*Putzler-Danzig.*

**Zum Studium der essentiellen Teleangiektasien**, von R. LANCEPLAINE. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 286.) Verfasser bespricht nach einer allgemeinen Beschreibung der Teleangiektasien die verschiedenen Formen, ihre pathologische Anatomie, Pathogenese, Behandlung und gibt eine Reihe ausführlicher Krankengeschichten. Die sogenannten essentiellen Teleangiektasien sind selten, wenn man die Nävi ausnimmt. Sie treten bei Frauen häufiger auf als bei Männern. (Von den mitgeteilten Fällen betreffen elf Frauen und sechs Männer.) Vor dem 21. Jahre sind sie seltener als nach demselben. Ernährungsstörungen sind bei solchen Teleangiektasien nicht selten: Alopecie, Nagelveränderungen usw.; auch schwerere Komplikationen kommen vor: Atrophie des Nervus opticus, Hemianopsie, Hämorrhagien. Bei nicht zu großer Ausdehnung ist äußere Behandlung (Skarifikation, Kanterisation) indiziert. Andernfalls mag man Ergotin, Hamamelis usw. versuchen.

*Frits Loeb-München.*

**Über Psammome der Haut und des Unterhautgewebes**, von MAX WINKLER-BERN. (*Virchows Arch.* 1904. 178. Band.) Der klinisch nicht diagnostizierte Fall, welchen W. beobachtete und wobei erst die histologische Untersuchung diesen ganz ungewöhnlichen Befund ergab, betraf ein zehnjähriges Mädchen von frischem Aussehen, das außer einer Skoliose auch anamnestisch nichts Bemerkenswerthes bot. Auf der rechten Seite des Rückens fanden sich drei Gebilde, ziemlich weit voneinander entfernt, flach kugelig erhaben, von etwas ovaler Form und 2—4 cm Längenausdehnung; bei der Palpation ergibt sich, daß es sich um derbe, knoten- und strangförmige Tumoren handelte, welche in Cutis und Subcutis liegen und scharf von der Umgebung abgegrenzt sind. Histologisch bestanden die Neubildungen aus dickeren und dünneren, sich in der mannigfaltigsten Weise verflechtenden Zellsträngen, zwischen denen in den verschiedensten Richtungen durchschnittene Bindegewebsmassen vorhanden waren. Die Zellen hatten bläschenförmige Kerne und außerdem waren hier und da Kalkkugeln eingelagert. W. hält es für zweifellos, daß es sich bei diesen Tumoren um Endotheliome, und zwar um Psammome handelt, deren Vorkommen in der Haut bis jetzt in der Literatur noch nirgends beschrieben ist. Diese Psammomentwicklung sei auf eine Anomalie der Nervenseiden der Unterhautnerven zurückzuführen, welche außergewöhnlich weit mit den Nerven nach außen gewachsen seien; histologisch und pathologisch entsprechen diese Gebilde vollständig den nicht so seltenen Psammomen der Hirnhäute. Abbildungen und Literaturverzeichnis.

*Stern-München.*

**Schaumzellentumor der Haut**, von K. SICK. (*Virchows Arch.* 179. Band.) Verfasser beschreibt einen ca. 5 cm im Durchmesser haltenden Tumor von der Haut des Oberschenkels einer 50jährigen Frau, der nicht mit der Fascie verwachsen war und auch nach UNNAS Mitteilung (dem Verfasser Schnitte zur Begutachtung übersandte) ein Novum darstellte. Der Tumor gehört zu den Bindegewebsgeschwülsten und ist charakterisiert durch große, ovale bis wurstförmige Zellen, deren Protoplasma wabige Struktur zeigt; diese Zellen hat UNNA als Schaumzellen bezeichnet.

*F. Hahn-Bremen.*

**Ein Fall von Makrocholie, verursacht durch Vergrößerung der Schleimdrüsen der Oberlippe**, von IRVIN LINDENBERGER-FRENCH LICK. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 25. März 1905.)

*A. Loewald-Kolmar.*

**Ein Fall von Enchondrom zweier Rippen und Metastasen in der Haut**, von WILHELM OSTERSPÉY. Aus der chirurgischen Klinik zu Kiel. (Inaug.-Dissert. Kiel 1904.) Der Titel sagt, was den Fall bemerken

**Ein Fall von multiplen Hautmyomen (Myomata cutis multiplicia), von FRANCISZEK KRZYŻEŁALOWICZ. (Przeład lekarski. 1905. Nr. 42.)** Der Fall betrifft ein 19jähriges Mädchen, das Verfasser in der dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Krakau (Primarius BORZECKI) beobachtet hat. Die Krankheit dauerte angeblich seit über zehn Jahren und exacerbierte seit einem Jahre. Auf dem Bande des rechten Nasenflügels, auf der häutigen Nasenseidewand und auf dem Bande der Oberlippe waren einige Geschwülstchen von Hirsekorn- bis Bohnengröße bemerkbar, deren Farbe zwischen gelblichroea und bläulich schwankte. Die Haut war darüber gespannt, glänzend; die Geschwülstchen selbst fühlten sich fast knorpelhart an.

Die Diagnose schwankte zwischen Myoma und Adenoma sebaceum und konnte erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden. Der mikroskopische Befund wird vom Verfasser ausführlich mitgeteilt und durch eine Abbildung illustriert.

Was den Ausgangspunkt der Myome anbelangt, kann Verfasser in seinem Falle das Entstehen aus den Gefäßwänden ausschließen, da er keine Verdickung der Muskelschichte in den Gefäßwänden gefunden hat und die Gefäße in den Geschwülsten sehr spärlich und klein waren.

Ebenso konnte Verfasser keinen Zusammenhang zwischen den Myomen und den Schweiß- oder Talgdrüsen nachweisen. Ein gewisser Zusammenhang bestand nur zwischen den Geschwülstchen und den Haarbälgen, die an einzelnen Stellen in den Myomen zu finden waren. Verfasser will aber nicht mit Bestimmtheit den Musculus Arrector pili für den Ausgangspunkt der Myome betrachten; zu diesem Behufe müßte man den Beginn der Entwicklung einer Geschwulst aus dem Muskel konstatieren.

Das Auftreten der Myome an verschiedenen Körperregionen, bald einzeln, bald gruppenweise, ihre Zusammensetzung aus glatten Muskelfasern und ihr Verlauf sprechen nach Verfasser für die Annahme, daß es sich dabei um Neubildungen handelt, die sich als angeborene Bildungsfehler entwickeln.

Wichtig wäre es deshalb, in allen Fällen von Hautmyomen das Alter der Patienten, in dem die Geschwülste zum Vorschein kommen, festzustellen zu trachten.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten, von PELS-LENSDEN-Berlin. (Dtsch. Med. Wochenschr. 1905. Nr. 34.)** Die häßlichen, brückenförmigen Narbenbildungen, die man nach spontaner Anheilung oberflächlicher Hauttuberkulosen mit Zerfall so häufig zu Gesicht bekommt, entstehen, wie man gewöhnlich annimmt, in der Weise, daß nach dem Durchbruch des Eiters an der Fistelöffnung entlang das Epithel nach innen sich umschlägt und allmählich die ganze Innenfläche des Hohlraumes überwuchert. Das Oberflächenepithel ist aber nicht die alleinige Matrix für solche Epithelwucherungen; denn man findet diese auch in Fällen, in denen sich noch gar keine Fistel gebildet hat, wo also noch geschlossene oberflächliche Hauttuberkulosen vorliegen. Für diese Fälle müssen die Anhangsgebilde der Haut, Haarbälge, Talg- und Schweißdrüsen, als die Grundlage der Epithelwucherung angesehen werden. Verfasser hat nun den Versuch gemacht, künstlich solche Epidermisierungen subcutaner Hohlräume von den Anhangsgebilden der Haut aus zu erzeugen. Er unterminierte die Cutis ganz oberflächlich mittels scharfen und spitzen Tenotoms und schob dann kleine, dünne Magnesiumplättchen in die Cutis. Als Versuchsobjekt diente das Kaninchenohr. Die oberflächliche Hautwunde heilte sehr rasch zu. Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben ein durchaus eindeutiges Resultat: In den jüngeren Stadien fand sich teilweise, in den älteren vollständige

Epidermisierung um den Fremdkörper herum, und zwar waren alle Schichten einer normalen Epidermis ausgebildet. Vorbedingung für das Gelingen des Versuches scheint zu sein, daß die Hohlräume im Bereiche der Anhangsgebilde der Haut geschaffen werden und daß sie eine Zeitlang durch einen Fremdkörper erhalten bleiben. In ganz ähnlicher Weise denkt sich Verfasser auch die Epidermisierung der Skrophulodermen und in ganz derselben Weise auch die Entstehung der sogenannten traumatischen Epithelcysten, die bisher stets auf die Verlagerung eines Hautstückchens in die Tiefe zurückgeführt wurden.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans,** von HANS FRANKENSTEIN. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Es handelt sich im beschriebenen Falle um ein 25jähriges Dienstmädchen ohne erbliche Belastung (mit malignen Tumoren, Syphilis oder Tuberkulose). Die Patientin erkrankte im siebenten Jahre an Masern, im achten an Lungenentzündung, die sie elf Wochen ans Bett fesselte. Im Anschluß hieran entwickelte sich eine Hautveränderung, die mit Dunkelfärbung, Felderung und Verdickung der Haut der hinteren Halsregion begann und sich allmählich auf die Achselhöhle, den Rücken, die Brust, den Bauch und die Ellenbeugen fortsetzte. Ein Stillstand dieses Prozesses trat im zwölften Jahre ein. Vor zwei Jahren, also im 23. Lebensjahre, erfahren obige Hautveränderungen, die elf Jahre unverändert bestanden hatten, eine Zunahme in der Weise, daß nun auch Verdickung und Felderung der Haut des Gesichts und der Hand- und Kniegelenke sichtbar wurden. Subjektiv Kopfschmerzen in der Schläfengegend, Flimmern vor den Augen, Schwitzen im Gesicht, Jucken über den affizierten Hautstellen. Aufser der Hautaffektion kein objektiver Befund. Die Haut zeigt eigentümliche Veränderungen verschiedener Art, die sich einerseits als Hyperpigmentation und Papillaryhypertrophie, andererseits als Narbenbildungen darstellen. Die Haut des Halses und des Rückens über den Brustwirbeldornfortsätzen ist bräunlich gefärbt. In der Achselhöhle vertieft sich die Farbe zu einer braunschwarzen, die sich gegen die Brust hin wieder aufhellt. Unterhalb der Mammae zeigt die Haut der Brust eine tiefrotlichbraune Farbe, welche sich nach unten mit gleicher Intensität zu beiden Seiten des Nabels auf die Bauchhaut fortsetzt. Ober- und Unterarm sind bedeckt mit zahlreichen lentigoartigen Pigmentierungen. Über dem Olekranon ist die Haut des Armes dunkler als normal, in der Gelenkbeuge besteht eine ausgesprochene Braunfärbung. An den Beinen zeigt sich nur auf und unterhalb der Patella eine geringe Verfärbung. Hand in Hand mit dieser Pigmentierung, und zwar meist parallel mit ihr geht eine Verdickung und Felderung der Haut. Im Gesicht findet sich unter den unteren Augenlidern eine starke Querverfelderung, ebenso unterhalb der Unterlippe zugleich mit Verdickung der Haut. Die Nasolabialfalte, die Mundwinkel und die Haut über den Kieferwinkeln sind auch durch ein stärkeres Hervortreten der normalen Hautfurchen und durch geringe Verdickung ausgezeichnet. Dieser Zustand der Haut steigert sich beträchtlich nach abwärts, auf Hals und Nacken übergehend. Namentlich sind die seitlichen Partien des Halses stark chagrinlederartig verdickt und quergefeldert. Das gleiche Bild zeigt sich auf dem Rücken, besonders über den Wirbeln nach unten bis in die Höhe des zweiten Lendenwirbels, doch zieht die Richtung der Hautfurchen parallel von innen oben nach außen unten. In der Achselhöhle erreicht die Verdickung ihren Höhepunkt, indem hier quere, hahnenkammähnliche Wülste, Kondylomen ähnlich, die durch förmliche Balken untereinander zusammenhängen, ausgebildet sind und nach unten abnehmend sich in ziemlich regelmässige, kleine, quadratische, vorspringende Felder fortsetzen. Von der Achselhöhle und dem Halse aus geht die Felderung und Verdickung der Haut auf die Mammae bis zu ihren Kuppen und noch intensiver auf die Sternalgegend über. Weiter nach unten besteht wieder ausgesprochene Querstreifung



der Haut. An den Armen sieht man auf der Streckseite über dem Olekranon deutliche Querwülste, auf der Beugeseite von der Mitte des Unterarmes eine starke Verdickung und Querfelderung. Die Haut des Handgelenkes zeigt ringsum Querrinnen, die hinten und seitlich tiefer sind als vorn. Unter den Handknöcheln und zwischen ihnen ist die Haut wieder verdickt und gefeldert, besonders zwischen Daumen und Zeigefinger. An den Beinen finden sich nur an der Kniekehle und auf und unter der Patella Verdickung und Querfalten. Regio genitalis frei; Analgegend andeutungsweise befallen. Außer all diesen Veränderungen trägt die Haut der Patientin zahlreiche Narben, die sich am Hals als eine Reihe etwa erbsengroßer, weicher, unregelmäßig begrenzter Stellen darstellen. Sie sitzen besonders seitlich und vorn, weniger hinten, ohne nach oben die Haargrenze zu überschreiten. Größere schneeweiße, etwas eingezogene Narben sieht man auf dem Rücken. An der rechten Thoraxseite sind sie besonders groß, strahlig, irregulär, teilweise konfluierend. Mehrere talergroße Narben vorn über den Rippenbögen. Es kann sich nach der Art der Narben nur um Absceßnarben handeln; dieselben haben mit dem übrigen Krankheitsbilde nichts zu tun und beziehen sich auf die Erkrankung im 18. Lebensjahr. Kopfhaut, Haare, Nägel frei. Von den Schleimhäuten zeigen nur die Lippen eine besonders deutliche Längsfurchung. Leider gestattete Patient nicht die Entnahme eines Hautstückchens zur mikroskopischen Untersuchung.

In seinen weiteren Ausführungen bespricht Verfasser das klinische Bild der Acanthosis und gibt eine Zusammenstellung der in der Literatur verzeichneten Fälle dieser Erkrankung. Besonders bemerkenswert ist unter den Ergebnissen dieser Zusammenstellung, daß in 18 Fällen = ca. 40% Carcinom vorliegt. Gleichwohl hält Verfasser aus einer Reihe von Gründen keinesfalls die Berechtigung für gegeben, das Carcinom als eine regelmäßige Begleiterscheinung der Acanthosis anzusprechen. Im Schlußkapitel werden die verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Affektion erörtert.

*Fritz Loeb-München.*

**Die generalisierte Neurofibromatose**, von P. SAHUT. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 538.) Alle Organe, die von Ektoderm stammen, können an allgemeiner Neurofibromatose erkranken. Stets ist die Affektion angeboren, häufig hereditär.

Der Arbeit liegt eine Reihe von Fällen aus der Literatur sowie die ausführliche Mitteilung zweier eigener Beobachtungen zugrunde.

*Fritz Loeb-München.*

**Fibroma molluscum der kleinen Schamlippe**, von GEORG DREYFUS. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1903.) Der Tumor ist bemerkenswert wegen seiner Größe, wegen des Fehlens eines Stiels und wegen seiner Lokalisation.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von Fibroma molluscum**, von MAX ZIEGERT. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Der ausführlich mitgeteilte Fall betrifft eine 29jährige Frau. Der Beginn der Krankheit datiert aus der Kindheit, dem neunten Lebensjahre. Bemerkenswert ist die Angabe der Patientin, daß das Leiden infolge eines Sturzes auf die rechte Hüfte entstanden sei und daß nach einer überstandenen Lungenentzündung neue Geschwülste aufgetreten seien. Das Trauma scheint bisweilen ein prädisponierendes Moment bei dieser Krankheit abzugeben. Da bei der Patientin der Prozeß sich, soweit eine Beurteilung möglich ist, ausschließlich auf der Haut abspielt, handelt es sich hier um ein Fibroma molluscum (*Вишнев*) cutis im eigentlichen Sinne.

*Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zur Geschichte und Klinik des Fibroma molluscum**, von J. NEUMANN-Wien. (*Allg. Wien. med. Ztg.* Nr. 1, 2 und 4.) Nachdem N. die bisher veröffentlichten Fälle von Fibroma molluscum kurz rekapituliert und das klinische Bild nochmals eingehend geschildert hat, kommt er am Schlusse der Arbeit zu dem Resultat, daß die an einer im königlichen Berliner Museum für Völkerkunde befindlichen altperuanischen Tonfigur sich vorfindenden Geschwülste, die sich sowohl an der

Stirngegend wie an der Brust und den unteren Extremitäten als sehr zahlreiche, kugel- oder eiförmige Geschwülste von verschiedener Größe präsentieren, nichts anderes sein können als Fibromata mollusca. *Putzler-Dansig.*

Zur Kenntnis des Virus des Epithelioma contagiosum des Menschen, von MAX JULIUSBERG - Bern. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 40.) Verfasser hat Molluscumfiltrat auf drei Personen überimpft. Bei einer entwickelten sich 50 Tage nach der Impfung an der Impfstelle zahlreiche typische Mollusca contagiosa. Damit ist die Filtrierbarkeit des Virus des menschlichen Molluscum contagiosum nachgewiesen.

*A. Loewald-Kolmar.*

Bericht über einen Fall von Epithelioma contagiosum, von A. KEDÄHL - Jowa City. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Juli 1905.) Ein 50-jähriger Landmann hatte etwa einen Monat vor der Aufnahme an der Wange, dicht unterhalb des linken Augenlides das Auftreten eines kleinen Knötchens bemerkt, welches allmählich zu Bohnengröße anwuchs. Die operativ entfernte Geschwulst liefs histologisch die bei Molluscum contagiosum üblichen Erscheinungen erkennen. Es wurden sogenannte Molluscum-Körperchen gefunden, welchen Verfasser aber keinen parasitären Charakter zuschreibt. Vielmehr nimmt er an, daß dieselben aus den Retezellen entstehen durch einen besonderen Entartungsprozess, welcher den Zellinhalt in eine hyaline Masse umwandelt.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

Ein Pseudo- oder Narbenkeloid, von A. RAVOGLI - Cincinnati. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 30. Juli 1904.) Verfasser betont den Unterschied zwischen dem sogenannten Spontankeloid und den Narbenkeloiden. Der hier mitgeteilte Fall von letzterer Art betraf einen 38-jährigen Neger, der sich eine ausgedehnte Verbrennung des Rückens zugezogen hatte. Als bald nach dem Abheilen der Brandwunden schossen hypertrophische Gewächse hervor, und Patient hatte über intensive Schmerzen zu klagen. Es wurde ein Stück der Geschwulst exzidiert und ergab folgende histologische Verhältnisse: Der Hauptmasse nach besteht der Tumor aus harten Lagen von kollagenem Gewebe in horizontaler wellenförmiger Schichtung. Beim Narbenkeloid sind diese Lagen aus einer körnigen Masse entstanden im Gegensatz zu den klaren feinen Fasern des Spontankeloids. Ferner ist das Narbenkeloid gekennzeichnet durch die Vernichtung der Papillen, wiederum im Gegensatz zum Spontankeloid. Die Hornschicht der Epidermis war erheblich verdickt, desgleichen das Rete Malpighi, welches grobkernige, stark pigmentierte, dicht, aber regellos zusammengedrückte Zellen enthält. Vor allen Dingen fiel aber das fast vollständige Fehlen der elastischen Fasern auf, wie dies auch von anderen Autoren konstatiert worden ist. In B.s Präparaten waren nur einige wenige dünne Überreste derselben zu entdecken. Dieser Mangel ist als das Hauptcharakteristikum und der wesentlichste Faktor bei der Entstehung der Keloide zu erachten. Eine Einwirkung von Mikroben hat Verfasser durch nichts begründet gefunden. Die Behandlung bestand in der Applikation einer Resorcin-Salicylalbe und später in Bestrahlung mit Röntgenstrahlen, wie es scheint, mit günstigem Erfolge.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

Über Hautpapillome der Brustwarze, von EUGÈNE SALSAC. (*Thèse de Paris.* 1903.) Hautpapillome der Brustwarze sind seltene, gestielte oder ungestielte, gutartige, meist zwischen Pubertät und Klimakterium vorkommende Tumoren.

*Fritz Loeb-München.*

Cylindrom der Orbita und Lider, von JOHN E. WEEKS - New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 30. Sept. 1905.) Mitteilung zweier Fälle von Cylindrom; der eine ging von der Tränendrüse aus, es erfolgte zwei Monate nach der Operation ein Rezidiv, der andere entwickelte sich aus einem Epitheliom des unteren Lides.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Warzen und Hühneraugen**, von A. EVERSHED · Ohiohester. (*Brit. Med. Journ.* 12. Aug. 1905.) Für diese beiden Affektionen empfiehlt E. als ein unfehlbares Mittel den Gebrauch des Seewassers. Er hat sich selbst bei einem dreiwöchigen Aufenthalt an der See kuriert, indem er täglich zweimal ein Bad von 10 bis 15 Minuten Dauer nahm. Eventuell genügt ein eben so langes Waten im Meerwasser. Als wirksames Surrogat empfiehlt er warme Fuß- resp. Handbäder, in denen eine entsprechende Menge Seesalz aufgelöst ist. Bei Lokalisation der Warzen auf der Kopfhaut legt man über Nacht Kompressen mit Seewasser oder mit Lösung von Seesalz auf.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Die Behandlung der Warzen mittels Kalkwassers**, von J. B. COOPER · Bournemouth. (*Brit. Med. Journ.* 26. Aug. 1905.) Verfasser hält die interne Darreichung von Aqua calcais (ein Weinglas voll mit ein wenig Milch täglich einmal nach der Hauptmahlzeit zu nehmen) für die beste Behandlungsweise bei Warzen. Die Zeit ihres Verschwindens schwankt zwischen vier Tagen und sechs Wochen.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

### c. Pigmentanomalien.

JAKOB HALPERN berichtet in einem an die Zeitschrift *Medycyna* (1905. Nr. 82) gerichteten offenen Schreiben über eine **eigentümliche Hautverfärbung**, die er als russischer Militärarzt während des letzten Krieges bei den in der Amurprovinz (Ostsibirien) kurze Zeit weilenden Europäern bemerkt hat. Sie betrifft die nicht bedeckten Hautpartien und erinnert an das Hautkolorit der einheimischen Mongolen.

Die Hauptursache dieser Verfärbung will Verfasser in den atmosphärischen Momenten gefunden haben. Dank den starken und häufigen Winden, die in der Amurprovinz herrschen, und gleichzeitigem Einflusse der Sonnenstrahlen werden die sensiblen Hautnerven konstant schwankenden Erregungen ausgesetzt; dadurch wird auf reflektorischem Wege auch die Innervation der Hautgefäße und eo ipso die Breite des Gefäßlumens und die Geschwindigkeit der lokalen Blutzirkulation großen Schwankungen unterworfen.

Die Schwankungen in der Geschwindigkeit der Blutzirkulation haben ihrerseits eine Steigerung der willkürlichen Bewegungen der pigmentführenden Wanderzellen in der Haut zur Folge, was wiederum die Vermehrung des Pigments in derselben hervorruft.

Der unmittelbare und erbliche Einfluß dieser Bedingungen auf eine Reihe von Generationen erklärt nach dem Verfasser die Eigentümlichkeit der Hautverfärbung der mongolischen Rasse.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Ein dunkler Fall von Hautpigmentierung und deren erfolgreiche Behandlung mit Arsenik**, von E. БИЮК · Landore. (*Brit. Med. Journ.* 16. Sept. 1905.) Ein sonst vollkommen gesunder Kupferschmied bot auf der Brust eine fleckige Pigmentierung von brauner Farbe dar. Die Affektion hatte angeblich trotz verschiedener Behandlung sieben Jahre lang fortbestanden. Verfasser verschrieb die offizielle Arseniklösung zu acht Tropfen dreimal täglich; daneben eine Salbe mit Hg nitricum. Nach 14 Tagen war die Haut von vollständig normaler Beschaffenheit. (Pityriasis versicolor? Ref.)

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Die kongenitale Melanodermie**, von VARIOT. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 12.) Die sehr selten vorkommende kongenitale Melanodermie, fälschlich auch Nigrities genannt, ist verursacht durch eine Anhäufung von Pigmentkörnchen in den Zellen der Epidermis und des Coriums; außerdem findet man eine Wucherung der fixen Bindegewebszellen mit Verdickung des Coriums. In einem von V. beobachteten Falle zeigte die ganze untere Hälfte des Rumpfes eine gleichmäßige, wachsartig glänzende

schwarze Farbe, außerdem waren punktförmige, schwarze Stellen über den ganzen übrigen Körper zerstreut; in anderen Fällen ist die Haut des Gesichts oder der Extremitäten schwarz gefärbt. Der Volksglaube, daß die Affektion die Folge eines „Versehens“ der Mutter während der Schwangerschaft ist, hat nach V. vielleicht nicht ganz Unrecht; es ist immerhin möglich, daß heftiges Erschrecken einer schwangeren Frau bei der Frucht eine Ernährungsstörung hervorruft, die Hyperpigmentierung zur Folge hat. — Die Erkrankung erwies sich bisher stets als unheilbar; V. will es nun einmal mit der Anwendung von Röntgenstrahlen versuchen. *Göts-München.*

**Ein Fall von Morbus Addisonii**, bei welchem durch Aufenthalt an der Luft und Verabreichung von Nebennierenextrakt erhebliche Besserung eintrat, von B. BRAMWELL-Edinburg. (*Brit. Med. Journ.* 28. Okt. 1905.) Patient war ein 36jähriger Schiffsteward, der seit 1½ Jahren vor der Aufnahme mit zunehmender Schwäche und Gewichtsverlust nebst anderen Symptomen des genannten Leidens erkrankt war. Er erhielt 0,3 g des Extraktes dreimal täglich und wurde nach Art der Lungenkranken in den Sanatorien ständig im Freien gehalten. Die Besserung war so ausgesprochen, daß Patient nach Jahresfrist, allerdings ohne ärztliche Erlaubnis, wieder zur See ging. Nach einigen Monaten trat wieder eine Verschlimmerung des Leidens ein, und Patient starb noch vor der Rückkehr in den Hafen. *Philippi-Bad Salschüpf.*

**Ein Fall von geheilter ADDISONscher Krankheit**, von VARIOT. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) Ein 21jähriger junger Mann, der seit acht Jahren an ADDISONscher Krankheit litt und Jahre hindurch Nebennierensubstanz innerlich und in Form subcutaner Injektionen verabreicht bekommen hatte, erholte sich unter allgemein robrierender Behandlung — Gebrauch von Lebertran und Arsenik — sehr gut, die Pigmentierung verschwand und von allen Krankheitserscheinungen blieben nur Harninkontinenz und eine leichte Schwäche zurück; voraussichtlich aber wird die tonisierende Behandlung auch diese letzten Spuren der Krankheit vollständig zum Verschwinden bringen. *Göts-München.*

**Blutdruckuntersuchungen mit dem GÄRTNERSchen Tonometer**, von WILHELM DRESLER. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1904.) Der Schluß, daß die blutdruckregulierende Wirkung der Nebennieren bei der ADDISONschen Krankheit dem Körper verloren gegangen ist und daher der Blutdruck erheblich vermindert sein muß, wird durch Messungen mit dem GÄRTNERSchen Tonometer bestätigt. In einem Falle des Verfassers zeigte der Blutdruck andauernd eine ganz auffallende Herabsetzung. Verfasser glaubt, daß der Tonometer in den Fällen, wo Zweifel an der Diagnose bestehen, wie z. B. bei Nebennierenerkrankungen ohne typische ADDISON-Symptome, die Diagnose wesentlich stützen wird. *Fritz Loeb-München.*

**Die Funktion der Nebennieren und ihre Beziehungen zum Morbus Addisonii**, von L. MOHR-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 10.) Es zeigt sich in funktioneller Beziehung eine scharfe Differenz zwischen den auch anatomisch und entwicklungsgeschichtlich gesonderten Bestandteilen der Nebennieren, der Rinden- und Marks substanz. Erstere ist unbedingt zum Leben notwendig, die letztere übt spezifische Funktionen aus, die nicht unmittelbar lebenswichtig sind.

Durch Injektionen mit Nebennierenpräparaten kann man nachweisen, daß die Nebennieren Drüsen mit innerer Sekretion sind, die eine für die Funktion einer Reihe von Organsystemen wichtige Substanz bilden und sie in die Blutbahn abgeben.

Die Drüsen entgiften toxische Stoffwechselprodukte anderer Organe (z. B. die Muskelermüdungsstoffe) und bilden eine für die Ernährung und die Innervation des des ganzen motorischen Apparates unentbehrliche Substanz. (LANGLOIS, BOBUTTAU, NEUSSER.)

Während nun die Binde, wie bereits erwähnt, unbedingt lebenswichtigen Funktionen vorsteht, deren inneres Wesen gegenwärtig noch ungeklärt ist, ist das Nebennierenmark eine Bildungstätte der als Suprarenin bezeichneten Substanz. Sie ist es aber nicht ausschliesslich; denn wie man sich überzeugt hat, wirkt das Extrakt der Nebennierenorgane des Sympathikus wie das des Nebennierenmarks: blutdrucksteigernd, pulsverlangsamend, vasokonstriktorisch und tonisierend. Da im Nebennierenmark die Produktion des in dieser Weise wirksamen Stoffes mit dem Gehalte an chromaffinen Zellen in Beziehung steht, diese aber auch den Hauptbestandteil der Nebennierenorgane des Sympathikus bilden, so muss man die bisher dem Nebennierenmark zugesprochene spezifische Sekretion als eine Äusserung der Tätigkeit des „chromaffinen Systems“ betrachten.

So führt auch diese Betrachtung auf jeden Fall zu der Annahme, dass in dem Ausfall der Funktion der Gesamtnebenniere oder eines ihrer Komponenten (das chromaffine System einbegriffen) die Ursache der ADDISONschen Krankheit gelegen ist.

*Arthur Rahn-Berlin.*

Über zwei Fälle von ADDISONscher Krankheit und die Wirkung von Nebennierenextrakt, von A. G. GULLAN-Liverpool. (*Lancet*. 19. Aug. 1905.) Fall I betraf einen 18jährigen Jüngling. Derselbe war wegen Erbrechen, Schmerzen im Epigastrium und Hinfälligkeit zur Aufnahme gekommen. Die charakteristische Verfärbung der Haut war deutlich entwickelt. Etwa fünf Wochen lang wurden dreimalige Dosen von 0,8 bis 0,9 des Extraktes anscheinend mit Erfolg gegeben. Alsdann trat wieder eine Verschlimmerung ein, welche schnell zum Tode führte. Die Autopsie ergab neben verkästen und fibrösen Knoten der Nebenniere ausgedehnte entzündliche Veränderungen an dem Plexus coeliacus, Ganglia semilunaria und den NN. splanchnici.

Fall II betraf eine 82jährige, verheiratete Frau, Mutter von sechs lebenden Kindern. Dieselbe hat das Mittel seit mehr als einem Jahre mit deutlichem Erfolge genommen. Sie erhielt in Tablettenform dreimal täglich 0,6 bis 1,2 des Extraktes. G. betont, dass nur grosse Dosen Aussicht auf Erfolg bieten.

*Philippi-Bad Salschlief.*

## Verschiedenes.

**Röntgenschädigungen und ihre rechtlichen Konsequenzen**, von FRANZ KIRCHBERG - Berlin. (*Fortschritte f. Röntgen*. IX. Heft 3.) In letzter Zeit sind Erfahrungen an Menschen bekannt geworden, welche zeigen, dass bei Leuten, die längere Zeit Röntgenstrahlen ausgesetzt waren, Sterilität eintreten kann. An weiteren Schädigungen sind bekannt akute und subakute Dermatitis, Verbrennungen der Haut, Vernichtung des lymphoiden Gewebes usw. Besonderen Wert hat aber der Einfluss auf die Sterilität. Juristisch können solche Schädigungen durch den Arzt aufgefasst werden als fahrlässige Körperverletzung und können den behandelnden Arzt auch zu Schadenersatz heranziehen, z. B. bei kosmetischen Entstellungen, Haarausfall, Verbrennungen, Sterilisierung. Jedenfalls ergibt sich, dass die rechtlichen Konsequenzen der Anwendung von Röntgenstrahlen unter Umständen schwerwiegender sind, als bislang die Betriebsleiter sich wohl gewöhnlich klar gemacht haben. Es ist daher nötig, die Röntgendiagnose und -Therapie unter allen Umständen nur an Ärzte, und zwar an spezialistisch ausgebildete, zu überlassen und alle durch die Erfahrungstatsachen bedingten Schutzmassregeln anzuwenden für alle jene, die der Wirkung der Röntgenstrahlen ausgesetzt sind oder sein könnten. *Bernhard Schulse-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Ans dem königl. dermopathischen Institut KARL ALBERT  
(St. Ludwig-Hospital in Turin).

## Über einen seltenen Fall von PAGETScher Krankheit.

Histologischer Beitrag

von

C. VIGNOLO-LUTATI.

Mit fünf Abbildungen im Text.

Bekanntlich hatte PAGET (1) einige besondere chronische Dermatosen beobachtet, die ihren Sitz an der Brustwarze hatten, keine eigentlichen Ekzeme waren und sehr häufig das Auftreten eines Carcinoms der Brustdrüse in ihrem Gefolge hatten. Auf Grund dieser Beobachtung veröffentlichte er im Jahre 1874 eine kurze Arbeit unter dem Titel: On disease of the mammary areola preceding cancer of the mammary gland. In Wirklichkeit hatten aber schon vor PAGET LORAIN und ROBIN (1854) eine deutliche Beschreibung der Krankheit gegeben, so daß also die Benennung PAGETSche Krankheit nicht ganz berechtigt ist. Doch wurde durch die Arbeit von PAGET das Studium der Affektion wieder von neuem aufgenommen und erschienen bald eine ganze Reihe weiterer Publikationen über diesen Gegenstand; die Individualität der Dermatose wurde definitiv erkannt, ihre Grenzlinien genau gezeichnet und die Affektion endgültig benannt (PAGETS disease of the nipple). Die histopathologischen Untersuchungen haben ferner dazu beigetragen, die typischen Merkmale der Affektion genau zu präzisieren.

BUTLIN (2) und dann THIN (3) haben diese besondere Dermatose zuerst histologisch untersucht und das Vorkommen bei derselben von besonderen Vakuolenbildungen im Epithel des Rete Malpighii hervorgehoben, wodurch jede Verwandtschaft mit dem Ekzem definitiv ausgeschlossen werden konnte. DUHRING und WILE (4) fanden sodann im Rete Malpighii Erscheinungen von Neubildung und Entartung sowie eine Volumszunahme der zelligen Elemente dieser Epidermisschicht. Die Entartung und der

Proliferationsprozess erstrecken sich vom Deckepithel auf die Milchgänge, die sich mit abgelösten Epithelien anfüllen, sowie auf das Drüsene epithel.

Fünf Jahre später untersuchte DARIER vier weitere Fälle von PAGETScher Krankheit, erklärte die Epithelveränderungen für Coccidien und reihete die Dermato se unter die Klasse der Psorospermosen ein. Sodann baute WICKHAM (6), von den Hypothesen DARIERS ausgehend, seine parasitäre Theorie auf. Am 18. März 1890 machte HUTCHINSON in der Pathologischen Gesellschaft (London) eine Mitteilung „über die PAGETSche Krankheit der Brustwarze mit Psorospermien“. Eine glänzende Abhandlung über den Gegenstand veröffentlichte ferner LINDT (8) in Bern. Im Jahre 1894 kritisierte UNNA (9) die Untersuchungen von DARIER und WICKHAM und bekämpfte die Psorospermosen theorie, indem er sagte: „Da ich selbst einen exquisiten Fall von PAGETScher Erkrankung beobachtet habe und untersuchen konnte, so wäre ich in der Lage auch die einzelnen Punkte, auf welche jene für die Theorie von der Psorospermoseinvasion Wert legen, kritisch zu beleuchten.“ In Übereinstimmung mit KARG sagt er ferner: „Wie dieser Forscher sehe ich die wichtigste Veränderung in einer eigentümlichen Degeneration der Stachelzellen, die man als eine besondere Art von epitheliale m Ödem bezeichnen kann.“ In manchen Punkten stimmt UNNA der Ansicht von DUHRING, WILE und KARG (10) bei und bestreitet die Theorie von der ekzematösen Natur der Dermato se. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen weist er nach, daß die Vakuolenbildungen in den Zellen des Rete Malpighii von der gewöhnlichen Bläschenbildung zwischen den Zellen verschieden ist, da bei der PAGETSchen Krankheit keine dilatierten Lymph räume vorkommen. Im Gegenteile wären die Lymph räume in der Umgebung der aufgetriebenen Epithelzellen verengert oder obliteriert. Das Zellenödem bei der PAGETSchen Krankheit ist vielmehr zu vergleichen mit einer retikulären Degeneration der Epithelien, unterscheidet sich aber auch wieder von dieser dadurch, daß bei der retikulären Degeneration die Vakuolen auch im äußeren Abschnitte des Zellkörpers angetroffen werden. Ferner bleiben bei ersterer die Epithelfasern und die Stachelpanzer der Schleimschichtzellen erhalten, während sie beim Ödem der PAGETSchen Krankheit verschwinden. Mit anderen Worten, es handelt sich, nach UNNA, um eine besondere Zellenmetaplasie, die als Degenerationszustand aufzufassen ist.

Später widerrief dann DARIER (11) seine Psorospermosen theorie und reihete sich den Autoren an, die einen Degenerationsprozess im Epithel annehmen (Pseudococcidien, dyskeratosische Zellen).

BROCQ, VIDAL und HALLOPEAU haben weitere Fälle studiert.

G. MATZENAUER (12) beschreibt in den UNNASchen Monatsheften drei Fälle von PAGETScher Krankheit und schließt aus seinen histologischen Untersuchungen ebenfalls gegen die Annahme eines primären Ekzems, das

sich späterhin in ein Carcinom umgewandelt hätte, betrachtet vielmehr die Dermatose als ein primäres Hautcarcinom.

Im Jahre 1904 veröffentlichten JUNGSMANN und POLLITZER (13) das Resultat ihrer Untersuchungen über einen Fall von PAGETS Disease bei einer 46jährigen Frau, wo die Krankheit bereits 13 Jahre gedauert hatte. Ihr Fall, der sich durch die gewaltige Ausbreitung der Affektion auszeichnete, zeigte alle die typischen histologischen Veränderungen, die bereits von den oben angegebenen Autoren beschrieben worden sind. Dieselben Autoren erwähnen auch das ausgezeichnete Resultat, welches Dr. HAUSKNECHT bei dieser Patientin mit der Röntgentherapie erzielte.

Aus der Literatur geht vor allem die große Seltenheit der Affektion hervor. Als WICKHAM im Jahre 1890 seine Abhandlung publizierte, konnte man die Zahl der bisher bekannten Fälle auf 50 rechnen. Als dann DARIER (11) seine Monographie über die PAGETSche Krankheit für die „Pratique dermatologique“ abfasste, glaubte er, daß die von WICKHAM angegebene Zahl schon verdoppelt werden könnte.

Eine diesbezügliche geographische Übersicht ergab, daß die Krankheit häufiger in England und Amerika als in Frankreich und noch seltener in Italien sei. DARIER meint aber, daß vielleicht eine Anzahl von Fällen stillschweigend übergangen wurden, weil klinisch nicht hinlänglich bekannt (11). So könnte die Dermatose in Wirklichkeit doch nicht ganz so selten sein, wie gewöhnlich angenommen wird; immerhin scheint sie aber doch häufiger in England angetroffen zu werden, wo sie durch die Arbeiten von PAGET rascher bekannt wurde. Von jeher wurde übrigens von dieser Krankheit angenommen, daß sie sich speziell an der Brustwarze oder der Brustdrüse überhaupt lokalisiere und daß sie sozusagen ausschließlich bei Frauen vorkommt. Seither sind aber von DARIER und COUILLAUD (14) drei Fälle von PAGETScher Krankheit beim Manne bekannt gegeben worden. Nur bei einem von diesen Patienten war der Sitz der Affektion an der Brustwarze; beim zweiten war das Scrotum und beim dritten das Perineum befallen.

Ich war nun im Verlaufe des vergangenen Jahres glücklich genug, selbst einen Fall von dieser seltenen Krankheit zu beobachten. Er betraf eine 70jährige Frau, die im Turiner St. Ludwig-Hospital aufgenommen worden war. Nach der beigegebenen Photographie sieht man, welche bedeutende Ausdehnung die interessante Läsion genommen hat.

Die Krankengeschichte ist folgende. Maria B. C., 70 Jahre alt, von Vigevano, Hausfrau. Die Eltern sind in hohem Alter an Marasmus senilis gestorben. Die Patientin hat sieben Geschwister gehabt; eine Schwester starb 68 Jahre alt an Herzfehler, eine zweite, 78 Jahre alt, an Marasmus senilis, und die dritte, 75jährige, an Herzfehler. Von den vier Brüdern starb einer, 58jährig, an Apoplexie, der zweite mit 67 Jahren



nach einer langwierigen, unbekanntem intestinalen Krankheit, der dritte, 48jährige, an Arthropathie, und endlich der vierte, ein Alkoholiker, 39 Jahre alt, an einer Enteritis unbekannter Natur. Unsere Patientin ist die Sechstgeborene ihrer Familie. Ihre Kindheit verlief ohne schwere Krankheiten. Mit 15 Jahren menstruiert; Regeln stets regelmäsig. Verheiratete sich im Alter von 20 Jahren; hatte fünf Kinder, von denen drei ganz klein an unbekanntem Krankheiten starben; drei leben und sind gesund. Im Alter von 29 Jahren wurde sie Witwe. Bis zum 50. Lebensjahre blieb sie gesund, abgesehen von unbedeutendem und nur ganz kurz-dauerndem Unwohlsein. Sie hat vier ihrer Kinder gesäugt und behauptet,



Fig. 1.

während dieser Zeit an Rhagaden der linken Brustwarze gelitten zu haben, die aber je-weilen innerhalb 40 Tagen heilten. Das Puerperium verlief immer normal. Weder Syphilis noch Alkoholismus. Die Menopause trat im 37. Jahre ein und verlief ohne Komplikationen. Als sie 40 Jahre alt war, hatte sie während kurzer Zeit an einer nicht blennorrhischen Metritis zu leiden, die bald ohne andere Folgen heilte.

Vor zwei Jahren bemerkte sie in der Mitte der Stirn eine kleine münzenförmige Erhabenheit, die sich bald in ein Geschwür verwandelte, worüber sich eine Kruste bildete; wenn sich die letztere ablöste, blutete das Geschwür ziemlich stark.

Diese Effloreszenz wurde von dem behandelnden Arzte als Epitheliom diagnostiziert und nach der Methode von CZERNY-TRUNECZEK behandelt; es blieb eine unregelmäßige, glänzende, achromische Narbe zurück. Im Beginne dieses Jahres (1905) wurde sie dann von einer über den ganzen Körper ausgebreiteten Dermatoze befallen, die nach der Beschreibung der Patientin aus kleinen, in Gruppen angeordneten Bläschen bestand. Diese Eruption war sehr unregelmäßig über die Gliedmaßen und den Rumpf verteilt; Gesicht, Hals, Hände und Füße blieben frei. Die Eruption war von Jucken begleitet und heilte unter Anwendung von Lenitiva, ohne Spuren zu hinterlassen.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist zurzeit ein guter. Es besteht Arteriosklerose, der Puls ist hart, aber regelmäÙig. Die Herztöne sind schwach und verlängert. Nichts Besonderes an den Lungen, der Leber und der Milz.

Den Beginn der jetzigen Affektion führt die Patientin auf die ersten Monate des Jahres 1885 zurück; damals bemerkte sie an der linken Brustwarze eine kleine rötliche Plaque, die etwas schmerzte und juckte und sich langsam über den ganzen Warzenhof ausdehnte. Man behandelte sie mit einer ganzen Reihe lokaler Mittel in Gestalt von Salben, bis sie sich schließlich entschloÙ, die erkrankte Stelle operativ entfernen zu lassen.

Bald aber erschien in der Nähe der Narbe eine neue Plaque, die sich nach und nach und trotz der zahlreichen Salben, die ihr verschrieben wurden, zum jetzigen beträchtlichen Umfange ausdehnte. Sie besteht gegenwärtig aus einer Plaque von rötlicher Farbe mit scharfen geschlängelten und etwas erhabenen Rändern. Die umgebende Haut sieht ganz normal aus, ohne die geringsten Spuren eines Erythems. Die Oberfläche der Plaque ist stellenweise ulceriert, mit Borken und Schuppen bedeckt, die sich leicht ablösen lassen und eine blutende Oberfläche bloÙlegen. An anderen Stellen ist die Oberfläche feucht und liefert ein serös-eitriges Exsudat. Unter der Anwendung von 3%igen Borsäureumschlägen erscheint die Ulceration nach 24 Stunden als eine rote, glänzende Fläche.



Fig. 2.

Was die Ausdehnung der Plaque anbelangt, so ist zu bemerken, daß sich diese nach oben bis zum unteren Rande des Schlüsselbeins erstreckt, von da die ganze Haut der Achselhöhle einnimmt; hinten reicht sie nach oben bis zur Spina scapulae sin., zieht dann nach unten dem inneren Rande des Schulterblattes entlang und von da etwas schief nach unten und vorn bis zum unteren Rande des letzten Rippenbogens; dann erreicht sie, dem rechten Sternumrande entlang ziehend, wieder das linke Schlüsselbein. Die Grenzlinien der Plaque sind, wie gesagt, nicht regelmäÙig.

sondern geschlängelt, festoniert und leicht erhaben, wodurch sie von der umgebenden normalen Haut scharf abstechen. In dem erkrankten Bezirke, wo keine Spur von der vor 18 Jahren exstirpierten Brustdrüse zu sehen ist, läßt sich auch nichts von einer Narbe entdecken. Bei genauerer Untersuchung lassen sich auf der geschwürigen Fläche verschiedene Ulcerationsstufen erkennen: kleine, lebhaftröte, fein gekörnte Zonen, welche den ersten Grad der Exkoriation darstellen (DARIER); dann andere, dunkelrote, eitrige, leicht blutende, welche gleichsam ein zweites Stadium, das der Ulceration, bilden (DARIER).

Da und dort sieht man kleine, hellere, glatte, trockene oder leicht schuppene Felder, welche DARIER „surfaces épidermisées“ nennt.

Beim Betasten fühlt sich die Stelle wie eine oberflächlich harte Scheibe an, und diese Härte ist besonders an den Rändern fühlbar.

In der benachbarten Achselhöhle findet man keine geschwollenen Lymphdrüsen. Die Patientin beklagt sich über ein sehr lästiges Jucken, das nicht anhaltend ist, und sich besonders dann bemerkbar macht, wenn die Patientin eine Bewegung macht, wodurch die erkrankte Partie einem wenn auch noch so leichten Drucke ausgesetzt wird. Einige Linderung verspürte die Patientin nach der Applikation von Kaliumpermanganatlösungen (0,25—0,5‰) in Umschlägen. Der Allgemeinzustand ist übrigens verhältnismäßig gut. Sie isst mit Appetit und klagt über keine anderen Beschwerden.

Eine Bestätigung dieser Periode der vollen Ausbildung der Krankheit finden wir aufer in der objektiven Untersuchung auch noch im histopathologischen Befunde und in der mikroskopischen Untersuchung der Schuppen, welches nach DARIER (11) ein entscheidendes Kriterium liefert. Löst man nämlich eine dieser lamellenartigen Schuppen los und untersucht sie, nach den Angaben von DARIER, in 40‰iger Kalilauge oder, nach Entfettung mit Alkohol, in Jod-Glycerin, so konstatiert man zwischen den Hornzellen unregelmäßig rundliche, doppeltkonturierte Elemente, die größer sind als die normalen Epidermiszellen. Diese Elemente sind es, die DARIER für charakteristisch ansieht und die er Pseudococcidien nennt mit Rücksicht auf die irrtümliche Ansicht, in die man hinsichtlich der Ätiologie dieser Krankheit verfallen war (Psorosperrose von DARIER).

Der Fall, der dieser Arbeit zugrunde liegt, ist nicht allein wegen der Seltenheit der Dermatose überhaupt, sondern auch aus folgenden Gründen bemerkenswert:

1. Rasch eintretendes Rezidiv nach der Operation.
2. Die ungeheure Ausdehnung der Erkrankung über die Brust und den Rücken. In dem oben erwähnten Falle von JUNG MANN und POLLITZER (13) war die Ausdehnung auch eine beträchtliche, indem die Plaque einen

guten Teil der Brust, die ganze Achselhöhle, einen Teil der Region unterhalb der Achselhöhle und des Rückens einnahm.

3. Das makroskopisch und mikroskopisch nachweisbare Fortbestehen der sogenannten „Période d'état“ (ekzematoïdes Stadium der alten Autoren) noch mehr denn 20 Jahre nach dem Beginne der Krankheit. Derartiges finden wir nur in einem einzigen anderen Falle wieder, nämlich in dem von JAMIESON mitgeteilten und von DARIER angeführten (11) Falle, wo es sich, wie in dem meinigen, um eine 70jährige Frau handelte, bei der eine derartige Plaque bereits 20 Jahre lang bestand, ohne dafs es zur Bildung irgendwelcher malignen Neubildung gekommen wäre, d. h. ohne dafs eine carcinomatöse Periode eingetreten wäre.

4. Als weniger wichtiges Moment möchte ich noch beifügen, dafs in meinem Falle die Krankheit ihren Sitz links hat, während sie sonst in den meisten Fällen die rechte Brustdrüsengegend einnimmt.

Die Ätiologie der Affektion ist gegenwärtig noch vollständig unbekannt. Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, in meinem Falle auch die Histopathologie der Dermatoze zu studieren und habe gesucht, die Veränderungen des Nervensystems der Haut zu untersuchen, falls solche vorhanden sein sollten. Dank der Bereitwilligkeit der Patientin fehlte es mir nicht an Material zu meinen Untersuchungen. Die technischen Schwierigkeiten bei der Auffindung und Demonstration der Hautnervendigungen sind bekannt; trotzdem möchte ich hier das Ergebnis meiner diesbezüglichen Untersuchungen mitteilen.

Ein aus dem unteren Teile der erkrankten Stelle, mit einem Stücke angrenzender gesunder Haut entferntes Lappchen teilte ich in zwei Abschnitte, wovon das eine, A, in absolutem Alkohol fixiert, das andere, B, mit Goldchlorid, nach der etwas modifizierten Methode von RANVIER-LÖWIT, behandelt wurde. Dieses Stück B wird nämlich in ausgepressten Zitronensaft gelegt, wo es einige Minuten verbleibt, bis es eine eigentümliche Transparenz erhält; dann kommt es auf 15 Minuten in eine 1%ige Lösung von Goldchlorid, wird dann rasch in destilliertem Wasser abgewaschen, worauf es 24 Stunden im Dunkeln in einer 33%igen Ameisensäurelösung gelassen wird. Nach den weiteren üblichen Behandlungen kommen die beiden Stücke A und B in Paraffin.

Untersuchung des Stückes A. Das Stück wird in der Weise geschnitten, dafs jeder Schnitt die erkrankte und die gesunde Partie umfaßt. Es kamen verschiedene Färbemethoden zur Anwendung: Bismarckbraun, Alauncarmin, Safranin, Thionin, Hämalan, Pikrokarmen, Boraxkarmen, Thionin-Eosin, Hämatoxylineosin, UNNASches Methylenblau mit Orange-Tanninlösung. Für das elastische Gewebe verwendete ich das Orcein nach der Methode UNNA-TANZER. Die schönsten Präparate erhielt ich mit dem Hämalan, einer Farbe, die sich leicht manipulieren läßt und welche

ausgezeichnete demonstrative Effekte liefert. Die Schnitte haben nur 20 Minuten in der Farbe zu liegen, werden dann rasch in 90% Alkohol abgewaschen, kommen von da in absoluten Alkohol, Bergamotöl und werden in Balsam aufbewahrt.

Untersucht man bei schwacher Vergrößerung, so fällt vor allem der scharfe Unterschied zwischen der Zone gesunder und derjenigen erkrankter Haut auf. Die ganze Epidermis der erkrankten Partie erscheint hochgradig verdickt, verglichen mit der angrenzenden gesunden Haut. UNNA behauptet, daß die Stachelschicht ungewöhnlich vergrößert erscheint und in diesem Falle die Condylome und Carcinome übertrifft. Die inter-

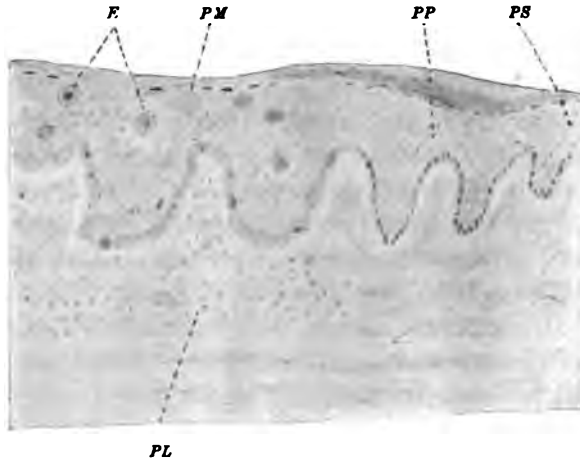


Fig. 3.

- P. S. Gesunde Haut.  
 P. P. Verlängerte und verbreiterte Papille zwischen gesunder (P. S.) und erkrankter Haut (P. M.).  
 P. M. Zone erkrankter Haut.  
 E. Pseudococcidien — dyskeratosische Zellen — Zellenödem — degenerierte Epithelzellen.  
 P. L. Infiltrationszone der Cutis — Plasmazellen.

papillaren Zapfen sind nach der übereinstimmenden Ansicht von UNNA, THIN, DUHRING, WILE, DARIER mehr oder weniger verbreitert und abgerundet, die meisten sogar in sehr beträchtlicher Weise, außerdem findet man, im Rete Malpighii zerstreut, zwischen der Stachel- und Basalschicht, zahlreiche Elemente, die sich deutlich von den normalen Epithelien unterscheiden, indem sie meist viel größer sind als letztere (bei starker Vergrößerung erscheinen sie unter einem Durchmesser von 15—30  $\mu$ ) und zuweilen aussehen wie Vakuolen mit einem rundlichen Körperchen, dessen Ränder lichtbrechend sind und mehrere konzentrische Schichten zeigen. Ab und zu füllt dieses Körperchen die ganze Vakuolenhöhle aus, die somit vollständig verschwindet, so daß das ganze zellige Element wie eine

glänzende Kokarde erscheint, die sich sehr gut mit alkoholischer Eosinlösung färbt. In Übereinstimmung mit UNNA habe ich da und dort gegen die Basis des Rete Malpighii Mitosen gefunden.

In der oberflächlichen papillären und subpapillären Cutis, an der Epidermisgrenze der erkrankten Partie findet man eine beträchtliche Infiltration, die wie ein ununterbrochenes, ziemlich dünnes, der Papillensbasis entlang verlaufendes Band aussieht (Plasmom UNNAS). Es muß jedoch bemerkt werden, daß wenn auch die gesunde von der kranken Zone scharf absticht, so erscheinen doch einzelne Epidermiszapfen des Rete in nächster Nähe der veränderten Zone etwas verbreitert und verlängert, wenn auch lange nicht so wie im affizierten Bezirke. Bei starker Vergrößerung erscheint das Stratum corneum dieser Zapfen etwas aufgetrieben und verdickt, das Stratum granulosum ist stellenweise unterbrochen. Die Elemente der Schleimschicht zeigen keine Vakuolenbildungen oder Ödem; auch findet man keine nennenswerten Veränderungen in der Cutis.

Derartiges finde ich in den drei Fällen meiner Vorgänger nirgends bemerkt. Vielleicht läßt sich daraus ableiten, daß die Vorgänge in der Epidermis denen in der Cutis vorausgehen.

Untersucht man bei starker Vergrößerung, so sieht man, daß in den erkrankten Partien die Hornschicht durchwegs fehlt und daß die Körnerschicht vielfach unterbrochen ist (besonders deutlich zu sehen in den Präparaten, die mit Hämalaun gefärbt wurden). Das Rete Malpighii ist an den erodierten Stellen mehr oder weniger verdünnt. Die interpapillären Zapfen sind hypertrophisch, breiter als normal und erstrecken sich mehr oder weniger tief in die Cutis hinein; die Basalschicht erscheint ziemlich gut abgegrenzt. Die Elemente des Rete Malpighii zeigen sehr auffällige Veränderungen im Vergleiche zu der normalen Haut. An vielen Stellen sind sie aufgetrieben, ödematös (Zellenödem von UNNA) und infolgedessen viel größer als die normalen Elemente, schlecht gefärbt, blafs und desorganisiert. Diese aufgetriebenen Zellen enthalten ein freies, mehr oder weniger unförmliches Körperchen oder sind ausgefüllt mit einer mehr oder weniger homogenen, glänzenden Substanz, die sich zuweilen sehr intensiv und gleichmäßig mit Eosin färbt und in ihrem Zentrum die Überreste eines Kernes enthält.

Untersucht man diese aufgetriebenen Gebilde einzeln und genauer (Lückensystem UNNAS), so sehen wir sie zuweilen aus einer doppeltkonturierten Membran bestehend (DARIER), welcher selten ein Epithelkern eng anliegt, was die intracelluläre Lage des eingekapselten Körperchens beweisen würde. Dieses Körperchen füllt die doppeltkonturierte Membran meist nicht vollständig aus; zuweilen ist es rundlich, zuweilen zeigt es keine bestimmte Gestalt, wahrscheinlich infolge der wiederholten Be-

handlung mit Alkohol, Farb- und anderen Stoffen bei der Färbung. Zuweilen schließt es einen Kern ein oder Bruchteile eines solchen, oder aber es sieht muschelartig aus mit konzentrischen Schichten, die sich mit Eosin sehr schön färben und ein homogenes, glänzendes Aussehen haben. Seltener findet man, statt eines, zwei derartiger Körperchen oder Überreste von Kernen, die in einer körnerartigen Substanz zerstreut liegen. Die irrtümliche Interpretation dieser Körperchen durch die früheren Autoren hatte zur Folge, daß die PAGETSche Krankheit zu den Psorospermosen gezählt wurde.

DARIER, in der Soc. de Biologie (April 1889), betrachtete und beschrieb diese Elemente tatsächlich als Parasiten, als Coccidien oder Psorospermien; seine Ansichten finden sich in der Dissertation von WICKHAM ausführlich entwickelt (1890). Damals waren von DARIER, THIBAUT, BOLLINGER, NEISSER, MOREAU, WICKHAM und anderen unter der Bezeichnung Psorospermosen eine Reihe von Dermatosen zusammengefaßt worden, deren Ursache angeblich auf die Entwicklung gewisser Parasiten zurückgeführt werden sollte, die sich im Inneren der Epidermiselemente lokalisierten und zur Klasse der Sporozoen (Psorospermien oder Coccidien) gehörten. Bereits im Jahre 1892 begann BROcq (15) an seiner Psorospermosentheorie zu zweifeln: „Malheureusement, à peine éclos, la théorie des psorospermoses semble menacée de mort.“ Zögernd stellte er damals folgende Klassifikation auf:

- I. La psorospermo folliculaire végétante.
- II. La maladie de PAGET du mamelon.
- III. Peut-être le molluscum contagiosum.
- IV. Peut-être certaines variétés d'épithélioma superficiel.

Dieser Klassifikation folgten die bedeutsamen Worte: „Toute cette conception n'est rien moins que démontrée.“ Zahlreiche spätere Untersuchungen rüttelten dann ganz gewaltig an diesem morschen Gebäude und brachten es zu Falle. Man muß diese Theorie, erklärt BROcq, als einen jener zahlreichen Irrtümer betrachten, die zur Entwicklung der Wissenschaft mitgeholfen haben.

Die Coccidientheorie der Hautepitheliome läßt sich auf die Arbeit von DARIER über die „Psorospermo folliculaire végétante“ zurückführen, welche Theorie sodann von VINCENT, NACHE, KOROTNEFF unterstützt wurde. Doch ließen die kritischen Stimmen von BORREL, FABRE-DOMERGUE, THIN, DUPLAY und CAZIN, TORÖCK, PULLIET, PETERSEN, METCHNIKOFF und RANVIER (16) nicht lange auf sich warten. Die doppelkonturierten Zellen, die sich unter dem Bilde von Coccidien präsentieren, sind Epidermiszellen ganz gleich wie die anderen und stammen von Elementen aus dem Rete Malpighii ab, nach einer Reihe von Umwandlungen, welche denen identisch sind, die sich bei der normalen Verhornung abspielen.

„La cellule épithéliale“, sagt FABRE, DOMERGUE (16, 17), „peut s'entourer d'une membrane de kératine simulant un kyste, elle peut, comme le fait aussi la cellule malpighienne normale, perdre soit ses filaments d'union, soit ses filaments protoplasmiques internes et présenter alors les caractères assignés par DARIER et WICKHAM à leurs parasites. Enfin dans l'intérieur d'éléments ainsi encapsulés peuvent apparaître des formations endogènes ou des formations de nature cornée qui, portant sur le noyau, sur le protoplasma ou sur ces deux parties à la fois, impriment à la cellule les caractères que l'on a coutume de trouver soit dans les globes épidermiques, soit dans les sphérules cornées intra ou extracellulaires, caractères que l'on veut assimiler à tort à ceux des vraies coccidies. Les cellules kératinisées, à l'inverse des kystes coccidiens, se gonflent par la potasse et l'acide acétique à froid et se dissolvent dans les mêmes substances à chaud.“

Es würde mich zu weit führen und mich von meinem Ziele ableiten, wollte ich die lange Reihe von Autoren aufführen, die sich auf diesem Felde so eifrig betätigt haben und deren Untersuchungsergebnisse von BRAULT (18) in einem Buche einläßlich erörtert worden.

Die alte Theorie von DARIER hat heutzutage nur noch einen geschichtlichen Wert: die PAGETSche Krankheit ist keine Psorosperrose. Beim nochmaligen Durchgehen des Weges, den vor ihm THIN, DUHRING und WILE, KARG gewandert waren, bekämpft UNNA (9) die Theorie von DARIER und WICKHAM und beschreibt die eigentümliche Entartung der Zellen der Schleimschicht, die er Metaplasie der Epithelien nennt und als ein besonderes Ödem der Epithelzellen betrachtet. Infolge der Aufquellung der Epithelien durch dieses Ödem würden die Epithelfasern verschwinden; dadurch würden sie das Aussehen von Bläschen oder runden Höhlen annehmen, die durch ihre Aufquellung die benachbarten Elemente komprimieren. Die Lymphspalten zwischen den Zellen werden dadurch enger oder durch die aufgequollenen Elemente vollständig obliteriert. Damit ist die alte Theorie von der ekzematösen Natur der PAGETSchen Krankheit vernichtet. Auch DARIER (11) betrachtet jetzt die vakuolenartigen Gebilde bei dieser Dermatose als Epithelzellen (Pseudo-coccidien), die ihre Verbindungsfäden verloren und eine besondere schleimige, hyaline (globes épidermiques) oder parakeratosische (dyschromatische Zellen) Degeneration durchgemacht haben. Derselbe Autor fügt bei, daß analoge Formen oder noch verschiedenere bei der Psorospermiosis follicularis und bei den meisten Epitheliomen angetroffen werden. Bei dieser Psorospermiosis follicularis vegetans, die passender DARIERSche Krankheit zu benennen ist, sind nach den neuesten Untersuchungen von SCHWAB (19) die sogenannten „corps ronds“ keine veränderten Epithelzellen, sondern es wären dieselben, nach AUDRY und DALOUS (20), der Ausdruck einer eigentlichen Dystrophie der Epidermis.



Wenn nun aber aus den vorausgeschickten Betrachtungen hervorgeht, daß die PAGETSche Krankheit ihre Ursache nicht den Coccidien verdankt, so bleibt andererseits ihre Ätiologie heutzutage noch dunkel.

Behandelt man die Schnitte mit EHRLICHSchem Anilinwasser-Gentianaviolett nach der Methode von WEIGERT (21), so erkennt man, daß die HERXHEIMERSchen Fasern zum großen Teile verschwunden sind; nur da und dort findet man noch eine, glänzend und kaum gefärbt. Auch UNNA (9) hat dieses Verschwinden der Epithelfasern bemerkt (Jodmethode von KROMAYER) und schreibt die Ursache dieser Erscheinung der eigentümlichen degenerativen Schwellung der Epithelien zu; er erklärt auch, daß diese aufgequollenen Zellen jede Kohäsion mit den benachbarten Epithelien verlieren und sodann wie Lücken oder Bläschen oder scharf abgegrenzte, stark lichtbrechende Höhlen aussehen, wegen des Systems von epithelialen Fasern der benachbarten, stark komprimierten Zellen. Des weiteren beschreibt er eine besondere Form entarteter Elemente (encystierte Zellen) unter der Gestalt von großen Hülssen mit membranösem Überzuge, die einen Kern enthalten und von Reihen durch den Druck deformierter Elemente umgeben sind.

Diese degenerierten Zellen sind etwas zahlreicher an den Stellen, welche den oberflächlichen Ulcerationen entsprechen; hier ist die Epidermis nicht allein durch eine geringere Anzahl von Zellenreihen vertreten, sondern diese Zellen erscheinen auch mehr verändert (encystierte Zellen) und durch von der Cutis aus eingewanderte Elemente desorganisiert.

Zur Cutis übergehend fällt, wie bereits weiter oben bemerkt, bei schwacher Vergrößerung eine Infiltrationszone auf, die als scharf begrenzter Streifen den ganzen subpapillaren Abschnitt der Cutis einnimmt. Bei starker Vergrößerung läßt sich erkennen, daß die Elemente dieser Infiltrationsschicht größtenteils Plasmazellen sind, die bei Färbung mit UNNASchem polychromem Blau deutlich hervorstechen. Diese Serie von Plasmazellen (Plasmom von UNNA) werden von KARG und UNNA als eine wirkliche Barriere gegen die Einwanderung der Epidermiselemente betrachtet. Mastzellen sind keine zu bemerken, wohl aber zwischen den Plasmazellen einige Leukocyten, die am zahlreichsten an den Stellen sind, welche den Ulcerationen entsprechen.

Die Blutgefäße erscheinen erweitert, besonders in den Papillen; stellenweise bemerkt man Spuren von Knäueldrüsen und Follikeln, die in ihrem oberen Teile etwas erweitert sind und da und dort Pseudococcidien enthalten. Das kollagene Gewebe der Cutis ist dichter und sklerosierter im oberen Abschnitte, mit spärlichen fixen Zellen; die Infiltration ist nur im papillaren und subpapillaren Abschnitte bemerkbar.

Was das elastische Gewebe anbelangt, so fällt schon bei schwacher Vergrößerung der gewaltige Unterschied in der quantitativen Verteilung

dieses Gewebes auf, wenn man die gesunden und erkrankten Partien mit einander vergleicht. An vielen Stellen ist es gar nicht verändert, was an der gleichförmigen Färbung mit Orcein erkenntlich ist, die in den erkrankten und den abgrenzenden Partien dieselbe ist. Doch sind in ersteren die sonst normal gefärbten Fasern dünner und spärlicher, sie befinden sich mit anderen Worten in einem Zustande der Atrophie. Sie lassen sich bei starker Vergrößerung bis in die feinsten Verzweigungen in den Cutispapillen verfolgen.

Stück B.



Fig. 4.

- N. Kommunizierender Nervenstamm im Längsschnitt und in Atrophie begriffen.
- n. Kommunizierender Nervenstamm im Querschnitt.
- n. s. Atrophische Nervenfasern des oberflächlichen und subpapillaren Nervenplexus.
- n. a. Querschnitt eines Nervenstammes des tiefen Plexus.

Der interessanteste Teil meiner Untersuchungen bezieht sich jedoch auf das Nervensystem. Ich habe bereits am Anfange mitgeteilt, nach welcher Methode ich hierbei verfahren bin. Die Schnitte wurden nach der Behandlung des Stückes mit Goldchlorid, mit Eosin und Boraxkarmin gefärbt, wobei die Nervenendigungen sehr deutlich in schwarzer Farbe hervortraten. In Anbetracht der Schwierigkeiten, die mit dieser Färbung der Nervenfasern verbunden sind, kann der hier zu beschreibende Befund nicht als vollständig qualifiziert werden. Doch muß ich einige der wichtigsten Veränderungen beschreiben.

Was zunächst den oberflächlichen oder subpapillaren Nervenplexus anbelangt, so habe ich deutliche Atrophie einiger Nervenfasern konstatiert, zuweilen auch ihren gänzlichen Schwund, verbunden mit einer Sklerose des Endoneurium (intrafaszikuläres Bindegewebe); diese Erscheinung muß als ein Folgezustand einer Perineuritis und interstitiellen Neuritis aufgefaßt werden.

Die verbundenen Nervenstämme, die sich nach dem tiefen Plexus hinziehen, sind ebenfalls an einzelnen Stellen verändert. Untersucht man die Nervenfasern auf dem Quer- oder Längsschnitt, so findet man sie ver- dünnt, mit Vorherrschen des interfaszikulären Bindegewebes, oder aber sie haben ein gekörntes Aussehen und erscheinen in ihren Grenzlinien ver- wischt. Stellenweise ist das Perineurium verdickt; auf Querschnitten er- kennt man an demselben verschiedene konzentrische, durch das Eosin ge- färbte Schichten, von denen das schwarze, spärliche, atrophische Nerven- gewebe hervorsticht.

Im tiefen Nervenplexus fand ich an den wenigen Stellen, wo die Schnitte auch das Hypoderma umfaßten, wenige Veränderungen. Diese bestanden in einer interstitiellen Neuritis und Perineuritis mit nachfolgender Sklerose der bindegewebigen Stützsubstanz einiger Nervenstämme, d. h. in einer Verdickung des Epineuriums und Perineuriums, wodurch eine Atrophie der Nervenfasern durch Hypertrophie des Endoneuriums ent- standen war. Es wiederholen sich also im tiefen Nervenplexus die im ober- flächlichen Netze vorgefundenen Läsionen, erscheinen aber weniger diffus. Im oberflächlichen Netze sind die Veränderungen auch ausgesprochener, weil das papillare und subpapillare Derma Sitz einer starken Infiltration und das kollagene Gewebe dieser Cutisschichten dichter und sklerosiert ist, während in den tieferen Cutisschichten und im Unterhautzellgewebe das Bindegewebe kaum weniger locker ist als in den gesunden Partien.

Bei der Beurteilung dieser Nervenläsionen lassen sich folgende Fragen aufwerfen: Sind die Veränderungen im oberflächlichen Plexus sekundär nach dem Prozesse in der Cutis aufgetreten und haben sie sich sukzessiv über das tiefe Netz ausgebreitet? Oder sind die Läsionen des ober- flächlichen Plexus sekundär und diejenigen des tiefen die primären? Sind die ersteren nur deshalb so ausgesprochen, weil sie von dem entzündlichen Prozesse in der Cutis umschlossen sind? Sind die Nervenläsionen sekundäre oder primäre Erscheinungen in dem ganzen krankhaften Prozesse überhaupt?

Vor der Beantwortung dieser Fragen möchte ich noch auf andere nervöse Läsionen hinweisen, die hier von Bedeutung sein dürften: ich meine die Veränderungen in den Endigungen der Hautnerven. Ich möchte mich hierbei an die topographische Klassifikation halten, die mir mein Lehrer, Professor D. MAJOCCHI, zu befolgen angeraten hat. Dieser Forscher

hat sich nämlich unlängst in seiner Arbeit über den Pruritus vulvae mit den Veränderungen des cutanen Nervensystems befaßt (22). Mit meiner Methode läßt es sich nicht leicht erreichen, daß die Epidermis mit der papillären Cutis im Zusammenhange bleibt, so daß ich mich über allfällige Veränderungen der Nervenendigungen innerhalb der Epidermis und des LANGERHANSschen Netzes nicht aussprechen kann, um so mehr, als sich die wenigen adherent gebliebenen Retezapfen so verändert zeigten, daß jedes Urteil darüber unmöglich gemacht wurde.

Über die subepidermalen Nervenendigungen weiß ich wenig zu berichten. Wir wissen, daß dieselben unterhalb der Epidermis in der papillären Cutis liegen und aus kleinen, unregelmäßig gestalteten Körperchen bestehen, deren Verzweigungen mit dem oberflächlichen Nervenetze in Beziehung stehen. Nach den letzten Untersuchungen der beiden HOGGAU (23) sollen sie das sogenannte EIMERSche Ganglion darstellen. Die Goldchloridfärbung dieser Nervenendigungen ist in einigen Schnitten sehr mangelhaft ausgefallen, so daß sie wie zerbröckelt aussehen; daran ist wahrscheinlich nicht sowohl eine mangelhafte Technik schuld, als vielmehr der dermitische Prozess, von dem sie allseitig umringt sind und welcher das subpapillare amyelinische Netz verdeckt.

Ebenso wenig gelang es mir in meinem Falle, die von RUFFINI in der menschlichen Fingerkuppe von SFAMENI in den äußeren weiblichen Genitalien und von MAJOCCHI beim Pruritus vulvae beschriebenen Nervenfasern in den Papillen zu finden. Die spärlichen MEISSNERSchen Körperchen fand ich in ihrer charakteristischen elliptischen, seltener keulenförmigen, meist bilobierten Gestalt vor. Sie lagen in den Cutispapillen mit ihrem großen Durchmesser senkrecht zur Hautoberfläche gestellt. Es war mir unmöglich, die Nervenfasern in ihrem innerhalb des Körperchens gelegenen Abschnitte mit Deutlichkeit zu sehen. Diese Fasern scheinen in einer körnigen Masse aufgelöst zu sein und sind kaum erkennbar infolge der ziemlich ausgesprochenen Sklerose des Bindegewebes der Cutis, welche Sklerose sich offenbar auf die Kapsel ausgedehnt hat; oder aber die Körperchen erscheinen wie aufgetrieben, ödematös, wenigstens an einigen Stellen in den wie ausgezogen erscheinenden Papillen des erkrankten Bezirkes. Die Nervenfasern, welche als Verbindung zwischen den Körperchen und dem oberflächlichen Netze dienen, sind meist atrophisch, sklerosiert.

Was die Nervenendigungen des tiefen Netzes anbelangt, so habe ich in denselben keine wesentlichen Veränderungen zu konstatieren gehabt. Die bekannten Körperchen von RUFFINI vermochte ich in keinem einzigen Schnitte zu entdecken, mag dies nun auf der mangelhaften Technik oder den pathologischen Verhältnissen beruhen. Dasselbe gilt von den wenigen PACINischen Körperchen in der Tiefe der Cutis, die keine erkennbare

Veränderung aufweisen; dies ließe sich allenfalls daraus erklären, daß die tieferen Schichten der Cutis wenig verändert sind, obwohl ich auch hier, wie übrigens an einzelnen Stellen des Unterhautzellgewebes, einige atrophische Nervenfasern gefunden habe.

Mit meiner Methode ließen sich die marklosen Nervenetze der spärlichen Follikel und einiger Knäueldrüsengänge deutlich demonstrieren; nur in dem Abschnitte innerhalb der subpapillaren Cutis, den Infiltrationsherden entsprechend, erschienen sie gekörnt oder verwischt.

Gewiß lassen sich aus diesem Befunde kaum Schlüsse ziehen, die uns zur Beantwortung der oben aufgestellten Fragen berechtigen würden. In Anbetracht der Art und Weise, wie sich die Krankheit im Anfange, d. h. beim Auftreten der ekzematösen Plaques (wovon übrigens auf Grund des histologischen Befundes nicht mehr die Rede sein kann), der subjektiven

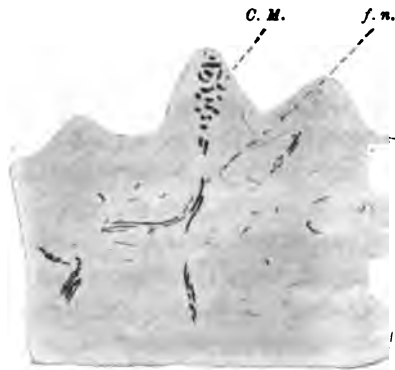


Fig. 5.

C. M. MEISSNER'SCHES Körperchen (atrophisch).

f. n. Atrophische Nervenfasern.

Beschwerden (Pruritus oder mehr oder weniger intensive Schmerzhaftigkeit), in Anbetracht ferner der langsamen Verbreitungsweise der Krankheit, der Dauer derselben, mit anhaltender Schmerzhaftigkeit, in Anbetracht aller dieser Umstände, sagen wir, kann man die PAGETSche Krankheit nicht mehr als einen gewöhnlichen chronischen entzündlichen Prozeß der Cutis betrachten.

Nach DARIER (11) läßt sich vielmehr ihre nahe Verwandtschaft mit den oberflächlichen Epitheliomen nicht verkennen, und zwar in Anbetracht ihres klinischen Bildes, ihres Verlaufes und des histologischen Befundes der Läsionen. „Si l'on répugne“, sagt DARIER, „à admettre qu'un épithélioma puisse pendant dix ou vingt ans se montrer aussi lent, aussi bénin, aussi peu destructeur et peu envahissant, on pourra considérer la lésion de surface comme une maladie précancéreuse spéciale. En tout cas la maladie de PAGET est une dégénérescence dyskératosique de l'épiderme

de revêtement, très voisine de l'épithéliomisation, et donnant lieu, tôt ou tard, à une prolifération épithéliomateuse véritable.“

Auf Grund unseres histologischen Befundes gestatten wir uns drei Theorien über die Pathogenese der PAGETSchen Krankheit aufzustellen.

Die parasitäre Natur der Coccidien ist, wie gesagt, ausgeschlossen. Es ließe sich diese Krankheit vielmehr als der Ausdruck einer Dystrophie der Epidermis betrachten, die ihre Entstehung nervösen Störungen im erkrankten Gebiete verdankt; diese nervösen Störungen ihrerseits könnten dann wieder durch eine Autointoxikation bedingt sein. Von dieser Hypothese ausgehend, könnten wir die Veränderungen in den Nervenstämmen des tiefen Plexus als primäre betrachten, wobei anzunehmen wäre, daß die Ausbreitung dieser Veränderungen deshalb eine so langsame ist, weil die Krankheit selbst eine exquisit chronische. Die ausgedehnteren Störungen im Gebiete des oberflächlichen Plexus dagegen wären zurückzuführen teilweise auf eine Ausbreitung, durch Kontinuität, des neuritischen Prozesses im tieferen Netze und teilweise auf äußere Reize, welche durch ihre Einwirkung auf eine dystrophische und deshalb weniger resistente Epidermis, einen chronischen entzündlichen Zustand in der Cutis hervorgerufen hat. Diese Dystrophie der Epidermis könnte ferner mehr oder weniger ausgebildet sein, je mehr oder weniger die nervösen Veränderungen, von denen sie abhängen, selbst sehr ausgesprochen sind. Dieser mehr oder weniger hohe Grad von Epidermidystrophie würde uns dann eine Erklärung liefern für die verschiedene Resistenz beim Übergange aus dem präcancerösen Stadium zur eigentlichen Epitheliomatose.

Widerstrebt uns diese Autointoxikationstheorie, so könnten wir eventuell an eine besondere kongenitale Dystrophie der Epidermis denken, die in einem latenten Zustande verbleiben würde, bis zu dem Augenblicke, wo sie unter besonders günstigen, uns völlig unbekanntem Verhältnissen ihren Ausbruch verursachen. In diesem Falle würden alle histopathologischen Erscheinungen sekundär nach den Veränderungen in der Epidermis auftreten. Das Vorausgehen der Veränderungen in der Epidermis vor denen in der Cutis scheint übrigens hinlänglich aus dem Resultate unserer Untersuchungen hervorzugehen.

Oder man könnte in Anbetracht des Lieblingssitzes dieser Läsionen (ich erinnere daran, daß unsere Patientin früher an Rhagaden der Brustwarze gelitten hatte) vermuten, daß äußere Reize sukzessive oberflächliche dermatische Erscheinungen hervorgerufen haben, die sich auch dem oberflächlichen Nervenplexus mitgeteilt haben. Auf die atrophierende Perineuritis und Neuritis im oberflächlichen Netze würde dann infolge eines langsamen Vorwärtsschreitens des Prozesses durch Kontinuität eine Perineuritis und Neuritis des tiefen Plexus folgen. Die Entartungserscheinungen in der Epidermis wären dann eine sekundäre Erscheinung nach der lang-

samen Entwicklung des Prozesses in der Cutis. Diese Hypothesen mögen nicht jedermann überzeugen. Die Schwierigkeit der histologischen Untersuchung des Nervengewebes der Haut in einer schon längst erkrankten Körpergegend erlauben vorläufig nicht, uns für die eine oder die andere dieser Hypothesen zu entscheiden, da uns untrügliche Anhaltspunkte fehlen.

Es soll uns vorderhand genügen, einen kleinen Beitrag zu dieser Frage geliefert zu haben, und überlassen wir es weiteren Forschungen, mehr Licht auf jene dunklen Punkte zu werfen, die sich auf die Ätiologie dieser seltenen Krankheit beziehen.

#### Literatur.

1. S. PAGET, JAMES, On disease of mammary areola preceding cancer of the mammary gland. St. Bartholomew's Hospital rep. 1874.
2. BUTLIN, Über die feinere Anatomie von zwei Drüsen, deren Warzenhof der Sitz langdauernden Ekzems gewesen war. *Med. Chirurg. Trans.* Vol. IX. 1876.
3. THIN, Bösartige papilläre Dermatitis der Brust mit dieselbe komplizierenden Geschwülsten. *Brit. med. Journ.* 1881.
4. DUHRING und WILK. *Amer. Journ. of med. sciences.* 1884.
5. DARIER, *Soc. de Biologie.* April 1889.
6. WICKHAM, L., Anatomie pathologique de la maladie de PAGET. Paris 1889. *Arch. de Méd. expériment. 1890. Thèse de Paris.* 1890.
7. HUTCHINSON JUN., PAGETS Krankheit der Brustwarze mit Porospermien. *Path. Soc. London.* März 1890.
8. LINDT, Über PAGETS Krankheit. *Thèse de Berne.* 1895.
9. UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten. S. 737.
10. KARG, Über das Carcinom. *D. Zeitschr. f. Chirurgie.* Bd. 44.
11. BESNIER, BROCC, JAQUET, *Pratique Dermatol.* Paris 1902. Bd. III. S. 627 (DARIER).
12. R. MATZENAUER, PAGETS disease. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXV. Nr. 5.
13. JUNGMANN, A. POLLITZER, Über PAGETS disease. *Derm. Zeitschr.* Juni 1904.
14. DARIER et COUICLAUD, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.* Juni 1893.
15. BROCC, *Traitement des maladies de la peau.* 1892.
16. CORNIL et RANVIER, *Manuel d'histologie pathol.* 1901.
17. FABRE, DOMERGUE, Sue la signification des coccidies dans les néoplasmes Congr. franç. de Chir. 1891.  
Ders., Sur les pseudococcidies des cancers épithéliaux. *Soc. de Biol.* 1892.  
Ders., Les cancoers épithéliaux. Paris 1893.
18. BRAULT, De l'orgine non bactérienne du carcinome etc. *Arch. génér. de Méd.* 1885.
19. SCHWAB, Ein Fall von DARIERScher Krankheit. Freiburg i. B. 1902.
20. AUDRY et DALOUS, Notes et reflexions à propos d'un nouveau cas de maladie de DARIER. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1904.
21. LEDERMANN und RATHOWSKI, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie. *Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd. XXXXVI. S. 422.
22. MAJOCCHI, Intorno alle alterazioni istopatol. delle terminaz. nervose nel Pruritis vulvaris. *Accademia delle Scienze di Bologna.* 1902.
23. HOGGAU, Les terminaisons nerveuses dans la peau. *Journ. de l'Anat. et de la Physiol. normales et pathol. de l'Homme et des Animaux.* 1883.

## Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 18. Februar 1906.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. BLASCHKO demonstriert einen Mann, der seit fünf Jahren an narbigen kahlen Flecken der Kopfhaut leidet. Es bestehen keine sichtbaren Entzündungsherde, und namentlich waren nie Follikulitiden vorhanden. Es handelt sich um einen Fall von Pseudopelade BRÖOQ.

Diskussion: SAALFELD hat auf dem Berliner internationalen Kongress die Erfahrung gemacht, daß ein und derselbe Fall von BRÖOQ als Pseudopelade, von UHNA als Ulerythema ophryogenes bezeichnet wurde, und er ist deshalb geneigt, beide Krankheitsbezeichnungen als Namen für dieselbe Veränderung anzusehen. BLASCHKO zeichnet dagegen als Bild des Ulerythema ophryogenes das der zu Vererbung neigenden Keratosis pilaris rubra von BRÖOQ, welche an Stirn, Augenbrauen, Schläfen, Wangen, Schenkeln lokalisiert ist.

2. BLASCHKO demonstriert Schnittpräparate mit silberimprägnierten SCHAUDINNSCHEN Spirochäten und bespricht die Technik und den mikroskopischen Befund (Lagerung in den Bindegewebsbündeln).

3. BUSCHKE demonstriert gleichfalls Schnittpräparate mit Spirochäten, unter anderen solche von einem hereditär-syphilitischen Kind, dessen Mutter zur Zeit der Niederkunft nur Primäraffekt und Drüsenschwellungen zeigte, noch keine sekundären Erscheinungen, deren Lues also nicht älter als 7 bis 8 Wochen war.

4. BUSCHKE demonstriert mikroskopische Präparate eines Falles von Arteritis syphilitica der Hirnbasis, entstanden  $\frac{3}{4}$  Jahre nach der Infektion, nachdem schon sehr früh Andeutungen von Hirnaffektion bestanden hatten (Kopfschmerzen, psychische Depression mit Selbstmordversuchen). Histologisch fanden sich die ersten Veränderungen zuweilen in der Adventitia, zuweilen in der Intima.

Diskussion: ROSENTHAL berichtet einen Fall seiner Beobachtung, der nach Infektion im Mai 1905, nach Rezidiv Februar 1906 und während der Kalomelinjektionkur (zwei Injektionen) von einer schweren Hemiplegie mit tagelanger Bewußtlosigkeit befallen wurde. BRUNNS hat an der Aorta gefunden, daß sowohl Intima als auch Adventitia primär erkranken kann.

5. ROSENTHAL berichtet die eigene Erkrankung an einer Dermatitis nach feuchtem Verband mit Resorcin, kompliziert durch nachfolgende Urticaria und Herpes. Er hält diese Reaktion für die Folge einer Idiosynkrasie gegen Resorcin.

Diskussion: PINKUS berichtet einen Ekzemfall, in welchem Resorcinumschläge gut vertragen wurden, Resorcinsalbe  $\frac{1}{50}$  aber sehr starke Irritation mit Fieber, Übelbefinden, Karbolharn erzeugte, die dann unter Umschlägen wieder abheilte. LIPPMANN erinnert an den kürzlich beschriebenen Fall von schwerer Resorcinintoxikation nach Anwendung einer Schälpaste.

BLASCHKO hat starke Hautentzündung bei Anwendung stärkerer Konzentrationen (gegen Epheliden) gesehen; nach der Abheilung erschienen auch die Sommersprossen wieder.

LESSER hält eine Idiosynkrasie für leicht möglich, das Resorcin aber für ein wertvolles Mittel.



## Fachzeitschriften.

### Monatsberichte für Urologie.

1905. Band X, Heft 12.

**Ein Fall von Priapismus**, von BERNSTEIN - Cassel. Bei einem jungen Manne von 28 Jahren, seit etwa zwei Jahren mit schwerer Leukämie behaftet, traten plötzlich Erektionen von mehrstündiger Dauer, 14 Tage später wieder solohe und dann drei Wochen lang alle paar Tage von etwa zwölfstündiger Dauer auf; die Urinentleerung ist nicht behindert, Schmerzen besonders an der Wurzel des Gliedes vorhanden. Die Anfälle werden durch starke Narkotika nicht beeinflusst; in der vierten Woche wird die Turgescenz des Gliedes geringer, das Glied kleiner, bis die Erektion in der Mitte der fünften Woche vollständig geschwunden war, ohne wieder zu erscheinen. Bei der Sektion wurde, wie B. erwartete, im Kleinhirn kein Herd gefunden, auf den der Priapismus hätte zurückgeführt werden können; er glaubt, daß der Herd im Lendenmark gelegen war, die Sektion der Wirbelsäule und des Rückenmarks durfte nicht gemacht werden. Bemerkenswert ist die lange Dauer des Priapismus und die seltene Koinzidenz desselben mit Leukämie. *Stern-München.*

### The British Journal of Dermatology.

Januar 1906.

**Ein Beitrag zum Studium der Urticaria pigmentosa**, von E. GRAHAM LITTLE. (Fortsetzung und Schluss.) (Vergl. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 42. Nr. 2, S. 97.) Mit seinen eigenen 13 Beobachtungen hat Verfasser aus der Literatur im ganzen 154 Fälle zusammengestellt. Aus der Gesamtbetrachtung läßt sich folgendes entnehmen: Unter den 154 Fällen entfallen allein 62 auf England, 39 auf Deutschland, 24 auf Frankreich. In 55% fiel der Beginn der Erkrankung in das erste Lebenshalbjahr, 14% waren, als die ersten Erscheinungen auftraten, über 18 Jahre alt. Das männliche Geschlecht ist mit 62% aller Beobachtungen beteiligt. Erblichkeit scheint keine Rolle zu spielen. Während andere Pigmentanomalien brünette Individuen bevorzugen, ist die Mehrzahl der an Urticaria pigmentosa Leidenden, soweit Mitteilungen darüber vorliegen, blond. Die ersten klinischen Erscheinungen sind oft, nicht immer, urticarieller Art, die Pigmentierung kommt vielfach erst später; oft aber treten auch gleich, ohne vorausgegangene Urticariaeruption, die dunklen Flecke auf. Es ist das Auftreten im Anschluß an Impfung, Varicellen, Masern, Schreck usw. gesehen worden, aber in den meisten Fällen läßt sich eine bestimmte Ursache nicht feststellen. Subjektive Erscheinungen fehlen in der Regel, das Jucken kann jedenfalls nicht sehr stark sein. Man kann drei Typen der Erkrankung klinisch unterscheiden: einen rein makulösen, der am häufigsten ist, einen rein knotigen und einen gemischten Typus. Über die Verteilung läßt sich wohl sagen, daß der Stamm, besonders der Rücken, oft, das Gesicht, die Handflächen und Fußsohlen seltener befallen sind, im allgemeinen aber besteht eine gewisse Tendenz zu unregelmäßiger und asymmetrischer Gruppierung. Die Farbe der Effloreszenzen ist braungelb bis tiefbraun; charakteristisch ist das sich Röten auf Reizung. Form, Größe und Zahl der Flecke und Knoten ist ganz regellos; die Oberfläche fühlt sich meist rau an. Die Dauer des Bestehens kann sich über viele Jahre erstrecken, ohne daß die Effloreszenzen ihre Form und Größe ändern; eine Neigung zu neuen Ausbrüchen pflegt in der Regel nur während des ersten Jahres

der Krankheit zu bestehen. Als häufige Begleiterscheinungen nennt Verfasser den Dermographismus und allgemeine Drüenschwellung; letztere hat er fast in keinem seiner Fälle vermisst. Die Prognose des Leidens ist gut, aber ein völliges Verschwinden der Flecke ist sehr selten. Dem histologischen Bilde fügt Verfasser keine neuen Züge hinzu. Seiner Ansicht nach stimmt es durchaus nicht, daß makroskopisch besonders dunkle Flecke auch einen besonders starken Pigmentgehalt haben; wo viele Mastzellen sind, da ist meist auch viel Pigment. Die Färbung der Effloreszenzen glaubt Verfasser weniger dem Pigment als den Mastzellen zuschreiben zu sollen, weil das Zentrum, die am stärksten gefärbte Partie, auch Sitz der bedeutendsten Mastzellenanhäufungen sind. Die Mastzellen findet man zwar nicht immer in tumorartiger Anhäufung, sondern mitunter auch disseminiert, doch ist Verfasser der Meinung, daß dies nur graduelle Verschiedenheiten sind, zwischen denen sich alle möglichen Übergänge beobachten lassen. Jedenfalls hält Verfasser diesen histologischen Unterschied nicht für ausreichend, um, wie dies BLUMER tut, zwei Typen der Krankheit aufzustellen. — Die Ätiologie des Leidens ist unklar, jedenfalls ist es von der Urticaria, von der es auch histologisch ganz verschieden ist, gänzlich zu trennen.

Von Interesse sind die Blutuntersuchungen, die PARAMORE, ein früherer Schüler des Verfassers, angestellt hat. Danach sind die roten Blutkörperchen bei der Urticaria pigmentosa insofern verändert, als ihre Widerstandsfähigkeit zerstörenden Elementen gegenüber erhöht ist. Der Salzgehalt des Blutes ist vermehrt, der Gehalt an Kalksalzen zum wenigsten nicht vermindert. — Die gewöhnliche Urticaria kann in manchen Fällen auf einer Veränderung des Salzgehaltes des Blutes beruhen. In Berücksichtigung der Tatsache aber, daß alle bei der Urticaria pigmentosa gefundenen Charakteristika in gleicher Weise bei Hämophilie, Purpura und anderen Blutkrankheiten gefunden worden sind, scheint es plausibel, die Krankheit als verwandt mit den sog. Blutkrankheiten oder als Zwischenstufe zwischen urticariellen und Purpurazuständen zu betrachten.

Verfasser hat in mehreren seiner Fälle makroskopisch völlig normal aussehende Haut mikroskopisch untersucht und fand auch an solchen Stellen die Mastzellen stark vermehrt. Er schließt daraus auf eine diesen Patienten vielleicht angeborene Neigung zur Überproduktion von Mastzellen. Auch hiernach scheint die Urticaria pigmentosa in Beziehung zu Blutveränderungen zu stehen. Vielleicht sind nach dieser Richtung hin Aufklärungen über die Natur des Leidens zu erwarten.

Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern, und ihre Beziehungen zu Malignität, von WILFRIED S. FOX-Greenwich. (Fortsetzung folgt.)

A. Loewald-Kolmar.

## Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1905. Heft 12.

„Atrophodermie en Plaques“, eine Form des Lupus erythematosus, von G. THIBERGE. Diese Form wurde zuerst von THIBERGE im Jahre 1891 beschrieben; TH. war damals noch zweifelhaft, wohin er diese Hautkrankheit verweisen sollte. Seitdem sind ähnliche Beobachtungen von anderen Forschern mitgeteilt worden (JADASSOHN, NIELSEN, HEUSS und andere). Seitdem hat auch TH. Gelegenheit gehabt, seinen Fall weiter zu beobachten und kommt nun zu dem Schluß, daß es sich bei der fraglichen Erkrankung um eine besondere Form des Lupus erythematosus handle.

Das Leiden beginnt, meistens im Gesicht, mit symmetrisch gelagerten Plaques, die anfangs rot und allmählich zu einem matten Blau verblassen. Ihre Form ist rund oder oval, die Sensibilität nirgends gestört; sie sinken etwas ein, haben eine ganz

glatte, gleichmäßige Oberfläche und die erkrankten Hautteile lassen sich viel leichter falten und nehmen viel langsamer ihre ursprüngliche Form wieder an, als die normale Haut; denn ihr elastisches Gewebe ist zugrunde gegangen. Der Verlauf der Dermato-  
tose ist ein sehr chronischer, er bekundet sich in exzentrischem Wachstum; ein  
etiologisches Moment ließ sich in keinem der beobachteten Fälle ermitteln und keine  
der Patientinnen — es handelt sich bisher nur um solche — wurde durch die Plaques  
belästigt.

TH. weist nun Schritt für Schritt die großen Analogien nach, die zwischen  
dieser Dermato- und dem Lupus erythematosus bestehen und da er in diesem Lupus  
auch ein Hauttuberkulid erblickt, so gilt ihm auch die Tatsache, daß bei allen an  
der Atrophoderma erkrankten auch andere Formen der Tuberkulose oder zum  
mindesten hereditär-tuberkulöse Belastung vorhanden waren, als eine weitere Beweis-  
stütze für seine Ansicht.

Die bullösen Formen der *Hydroa vacciniiformis*, von E. CONSTANTIN. Im  
Anschluß an zwei ähnliche Fälle von JAMES C. WHITE teilt C. folgende Beobachtung  
mit: Ein 12jähriger gesunder Knabe bekam im September 1904 zum erstenmal Blasen  
im Gesicht und an den Händen; Heilung in einem Monat. Der Anfall wiederholte  
sich am 1. Juni 1905; auf dem Gesicht, den Händen und Füßen entstanden rote,  
flohstichähnliche Flecke, die sich innerhalb der nächsten Tage in erbsen- bis zwei-  
francostückgroße Blasen mit klarem Inhalt verwandelten; später wurde der Inhalt  
trübe und eitrig, und trocknete schließlich weg, wobei eine der Impfnarbe ähnliche  
Narbe zurückblieb.

C. schließt sich der Ansicht WHITE an, der diese Fälle als bullöse Form der  
*Hydroa vacciniiformis* bezeichnet. *Türkheim-Hamburg.*

#### Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

1906. Bd. VI, Nr. 1.

Die außerparlamentarische Kommission zur Regelung der Sittenfrage,  
von L. BURRIS-Paris. Diese Kommission ist seit 2½ Jahren in Tätigkeit, und da so-  
wohl Beglementaristen wie Abolutionisten darin vertreten sind, so ist die Frage nach  
allen Seiten hin gründlich diskutiert worden. Im allgemeinen ist zu konstatieren,  
daß die Richtung des Abolutionismus unter den 67 Mitgliedern der Kommission die  
Mehrheit besitzt. Nachdem die These, daß die weibliche Prostitution als Delikt an-  
zusehen sei, glatt verneint worden war, handelte es sich darum, zu entscheiden, ob  
die Prostituierten mit ihrem Gewerbe einer polizei-sanitätlichen Kontrolle, wie andere  
Handeltreibende in bezug auf ihre Ware, zu unterwerfen seien. Man hat dies negiert.  
Dagegen sind Resolutionen gefaßt zur Erweiterung der gesetzlichen Strafen gegen  
unsittliches Benehmen auf der Straße und in öffentlichen Lokalitäten, sowie auch  
gegen die Verführung von minorennen Personen beiderlei Geschlechts unter 15 Jahren  
zur Unsittlichkeit. Des weiteren wurden Resolutionen genehmigt, denen zufolge den  
Gemeinden die Verpflichtung auferlegt wird, ärztliche Hilfe ebenso wie bei Unfällen  
und akuten Erkrankungen gleichfalls bei venerischer Infektion zu leisten; ferner wird  
gefordert, daß die Hospitäler und Polikliniken ebenso den venerischen wie den an-  
deren Kranken freistehen sollen, und daß ausschließliche venerische Abteilungen  
außer für Zwecke des Unterrichts nicht eingerichtet werden sollen. Auch sollen ein  
ärztlicher Sonntagsdienst und Konsultationsstunden außerhalb der allgemeinen täg-  
lichen Arbeitszeit wenigstens einmal wöchentlich in größeren Städten eingerichtet  
werden. (Fortsetzung folgt.) *Philippi-Bad Salschürf.*

**Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche urinarie e della pelle.**

1905. Nr. 11—12.

**Das syphilitische Virus, Biologie und Chronologie bis zu den heutigen Forschungen.** Ein kurz gefasster geschichtlicher Überblick mit Hinblick auf die Ätiologie, Pathogenese, Therapie. Bringt absolut nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

**Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.**

1905. Heft 6.

**Betrachtungen über den Prostataabsceß bei den Blennorrhöikern, von MELIORINI.** Der Verfasser ist der Ansicht, daß ein operativer Eingriff beim Prostataabsceß sozusagen immer umgangen werden kann. Der kleine folliculäre Absceß kommt hierbei nicht in Betracht, da derselbe meist spontan zur Heilung gelangt. Es ist demnach hier nur vom parenchymatösen Absceß die Rede, der größere Dimensionen annimmt. Sobald nach wiederholter Rektaluntersuchung konstatiert worden, daß der entzündliche Prozeß in das parenchymatöse Stadium getreten und Suppuration vorhanden ist, wird der Patient in Knieellenbogenlage disponiert. Sodann wird auf die erweichte Stelle mit dem Zeigefinger ein intermittierender mäßiger Druck ausgeübt zum Zwecke die eitrige Ansammlung nach der Urethra abzuleiten. Gelingt dies bei der ersten Sitzung nicht und erweist sich die Manipulation als zu schmerzhaft, so wird vorläufig abgewartet und von weiteren Versuchen abgesehen; nach einigen Tagen werden sie sodann wieder aufgenommen. Ist der Eiterabfluß bewerkstelligt, so läßt man den Patienten urinieren, zur Ausspülung der Urethra. Kontraindikationen bilden gleichzeitiges Bestehen einer Urethritis posterior, mit oder ohne Cystitis, welche zuerst in der üblichen Weise behandelt werden müssen (Ruhe, Sedativa, Balsamica). 23 Krankengeschichten illustrieren das Gesagte.

**Über die Spirochaeta pallida, von MARZOCCHI und GARRA.** Die Verfasser haben 47 syphilitische Läsionen (20 Schanker, 11 sekundäre Läsionen der anogenitalen Sphäre, 13 der Mundhöhle, 2 tertiäre Läsionen) auf das Vorhandensein von Spirochäten untersucht und 85 positive Resultate erhalten. Sämtliche Untersuchungen von Blut und Lymphdrüsensaft fielen negativ aus. Niemals gelang es ihnen, auch in nichtsyphilitischem Material den Pilz nachzuweisen.

Gestützt auf diesen Befund erklären die Verfasser, daß die Spirochaeta pallida, wenigstens vorläufig als ausschließlich bei Lues vorkommend betrachtet werden muß. Wenn der Pilz nicht konstant nachgewiesen werden kann, so mag dies an der mangelhaften Technik liegen.

**Versuche einer antiluetischen Prophylaxe und Therapie mit mikrobenfreien Filtraten von Syphiliden und mit Hundeserum, das mit solchen Filtraten vorbehandelt worden, von DE LUCA und CASAGRANDI.** Die Verfasser glauben sich auf Grund ihrer Untersuchungen zu folgenden Behauptungen berechtigt: Mikroorganismenfreie Filtrate von primären, sekundären und tertiären spezifischen Läsionen, die zu präventiven Zwecken in die Glutäalgegend inokuliert werden, verleihen eine Immunität gegen syphilitische Infektion, diese Immunität ist aber eine vorübergehende und dauert nur sehr kurze Zeit. Eine therapeutische Bedeutung kommt diesen Inokulationen, auch wenn sie wiederholt bei Syphilitikern angewendet werden, absolut nicht zu. Dasselbe gilt vom Hundeserum. Das Resultat ist dasselbe, ob man frisches oder älteres Serum verwendet. Es kann deshalb kaum angenommen werden, daß die Immunität infolge Übertritts des infizierenden Agens in das Filtrat zustande kommt, zumal nicht nur Produkte von primären und sekundären, sondern auch von tertiären Manifestationen zu demselben Erfolg führen.

**Zur Struktur der Infiltrationsknoten nach intramukulären Kalomelinjektionen,** von TRABUCCI. Der Verfasser hatte derartige Knoten bei drei Syphilitikern, sowie auch bei Tieren in verschiedenen Stadien histologisch untersucht und beschreibt nun die angetroffenen Veränderungen in den verschiedenen Geweben. So hat er in den Muskeln einen atrophischen Zustand der Fasern mit vollständigem Verschwinden des spezifischen Strukturbildes, das graduell verloren geht, um durch ein vollständig neues Gewebe ersetzt zu werden, wobei es zur vielfachen Teilung des Kernes und zur Bildung von riesenzellenartigen Gebilden kommt. Eigentümlicherweise geht das Fettgewebe eine ganz analoge Umwandlung ein. Die Blutgefäße der Wandung sind ebenfalls in mannigfacher Weise verändert, wobei einige dilatiert sind (mit verdünnten Wandungen), andere schwere Veränderungen zeigen in Gestalt von Endothelwucherungen, die bis zum vollständigen Verschluss des Gefäßes führen können. Metallisches Quecksilber wurde bei einer Patientin, die mit Kalomelinjektionen behandelt worden war, noch nach 30 Tagen entdeckt und meint Verfasser, daß der Grund dieser langsamen Resorption in dem hochgradigen Schwächezustande und in dem Umstande gesucht werden muß, daß die Patientin seit langem bettlägerig und fast ganz bewegungslos gewesen war. Bei dieser Gelegenheit wollte sich der Verfasser auch vergewissern, ob die Behauptung von POLLACCI richtig sei, nämlich, daß sich als subcutanes Antiluetikum am besten das Hg-Cyanid eigne, indem alle anderen unlöslichen Quecksilberpräparate zuerst in dieses Salz umgewandelt werden müssen, bevor sie durch kochsalzhaltige Flüssigkeiten aufgelöst werden können. Nun aber hat er auch bei diesem Präparate metallisches Hg in den Injektionsherden gefunden.

**Lymphangiectasien der Vulva,** von LOMBARDO. In allen Fällen von Lymphangiectasie der Haut oder der Schleimbäute ist die Dilatation der Lymphgefäße ein Folgezustand des vermehrten Lymphdruckes in den Kapillaren; dadurch würde eine abnorme Zerrung der Endothelien entstehen, die dadurch zur Proliferation angeregt würden. Die Druckvermehrung steht größtenteils unter dem Einflusse des rückfließenden Lymphstromes, infolge von Insuffizienz der Klappen in den Gefäßstämmen und von Veränderungen der anderen Elemente, welche zur Leitung des Lymphstromes in zentripetaler Richtung beitragen. Diese anatomischen und funktionellen Veränderungen des Lymphsystems würden durch die verschiedensten entzündlichen Prozesse oder noch häufiger durch Mißbildungen verursacht.

**Kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe,** von PASINI. Die Wirkung des Arseniks auf die Gewebe resp. speziell auf die Epithelien ist bereits in dieser Zeitschrift in einer Arbeit von MIBELLI ausführlich behandelt worden. Der Verfasser hat diese Experimente wieder aufgenommen, hat aber ausschließlich wässrige Lösungen verwendet, um eine allfällige Wirkung des Vehikels auszuschalten. Die Resultate sind im wesentlichen dieselben wie die von MIBELLI. Der Arsenik ist bekanntlich ein Epithelgift. Wird aber im Bindegewebe, d. h. in der Cutis, die Blut- und Lymphzirkulation ungenügend, so geht es unter dem Einflusse des Arseniks ähnliche Veränderungen ein wie das Epithelgewebe. Ins Feld der Praxis übertragen bedeutet die letztere Tatsache, daß der Arsenik auch bei solchen Neubildungen mit Vorteil angewendet werden kann, die vom Bindegewebe abstammen.

C. Müller-Genf.

## Bücherbesprechungen.

**Manuel élémentaire de Dermatologie topographique — régionale —**, von R. SABOURAUD - Paris. (Paris, Masson et Cie., 1905.) S. bietet uns in seinem neuen Werke ein wirkliches Novum: ein dermatologisches Handbuch, in dem nicht die Hautkrankheiten im Zusammenhange, sondern die Hautkrankheiten jeder einzelnen Körperregion beschrieben werden. Ein Arzt, der vor einem Falle von Scabies steht, diese aber nicht erkennt, kann sich, wie S. in der Vorrede ausführt, in den vorhandenen Lehrbüchern nicht Rats erholen, wohl aber kann er es in einem Buche, das die Dermatologie topographisch behandelt, das lehrt, welche Hautkrankheiten an jeder Region des Körpers vorkommen, wie sie an den einzelnen Stellen aussehen und wie sie jeweils zu behandeln sind. Ein solches Werk, ein Nachschlagebuch also, einen Helfer in diagnostischen Nöten, hat S. geschaffen, und als solches wird es auch manchem Arzte vorzügliche Dienste tun. Wenn S. in der Vorrede betont, daß sein Buch keinerlei dermatologische Kenntnisse voraussetzt, so ist das kaum richtig; ein Student, der noch völlig Neuling in der Dermatologie ist, würde, glaube ich, mit dem Buche nicht allzuviel anzufangen wissen. Und das ist gut so; denn wollte das Buch mehr sein als ein Nachschlagebuch, wollte es ein Lehrbuch sein, dann müßte man gegen seine ganze Anlage gewichtige Bedenken geltend machen. Vielleicht hat S. selbst solche Bedenken gehabt; wenigstens spricht dafür der Umstand, daß er am Schlusse des stattlichen, mit zahlreichen Abbildungen versehenen Bandes eine zusammenhängende Beschreibung der generalisierten Dermatosen bringt. Daß im übrigen SABOURAUD, der unermüdlich schaffend zu den ganz Großen im Reiche der Dermatologie gehört, die Aufgabe, die er sich gestellt, in glänzender Weise gelöst hat, erscheint beinahe selbstverständlich.

*Göts-München.*

**Die Anwendung des Lichtes in der Medizin, mit besonderer Berücksichtigung von Prof. FINSENS Lebenswerk**, von V. BIR - Kopenhagen. Übersetzt von H. SCHRAMM - Kopenhagen. (Mit 22 Abbildungen.) Auf streng wissenschaftlicher Grundlage, gleichzeitig aber auch in leicht verständlicher Form behandelt das gut übersetzte Buch nach einleitenden physikalischen Bemerkungen die Wirkungen des Lichtes auf die Haut, die incitierende und psychische Wirkung des Lichtes, seinen Einfluß auf den Stoffwechsel und auf das Blut; die Fähigkeit des Lichtes, in den Körper zu dringen; seine Wirkung auf Bakterien, seine hygienische Bedeutung. Den Schluß bildet die Behandlung bakterieller Hautkrankheiten mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen. Die instruktiven Zeichnungen und Photographien erhöhen wesentlich die Verständlichkeit des Inhalts, der in klarer und knapper Form eine Zusammenfassung dieses kleinen, scharf umgrenzten und heute so wichtigen Gebietes der Medizin gibt.

*A. Strauß-Barmen.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Regressive Ernährungsstörungen.

**Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum, von KARL FORSTER-Bern. (Inaug.-Dissert. Bern. 1904.)** Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Bern. Prof. JADASSOHN. Verfasser gibt zunächst die Krankengeschichte seines Falles. Es handelt sich um einen fünfjährigen Knaben, dessen Eltern Geschwisterkinder sind. Erkrankt sind wesentlich das Gesicht, der Nacken, die seitlichen Halspartien, die Dorsalseite der Hände und der unteren Vorderarmpartien. Am hochgradigsten ist die Affektion im Gesicht ausgeprägt; die Veränderung der Gesichtshaut besteht 1. in einer erheblichen Hyperpigmentation, 2. in einer Auflagerung von Schuppen und Krusten, 3. in einer diffusen, unregelmäßigen, oberflächlichen Narbenbildung, 4. in Bildung von Tumoren an den Augen und der rechten Schläfe. Die Tumoren sind erbsengroß und ragen kugelig über die Oberfläche der Haut empor, sind scharf begrenzt, von derber Konsistenz und hellroter Farbe. Ein fernerer Tumor findet sich auf der Innenseite der Oberlippe, nahe dem linken Mundwinkel. An Hals und Händen setzt sich die Veränderung zusammen: 1. aus braunen Flecken, wie im Gesicht, 2. aus einer geringen diffusen, oberflächlichen, narbenähnlichen Veränderung. Die Blutuntersuchung ergab:

Hämoglobin	70—75 %,
Weisse Blutkörperchen	10 800 (rote?),
Multinukleäre Neutrophile	67,0 %,
Eosinophile	7,1 %,
Lymphocyten	19,6 %,
Übergangsformen	6,3 %.

Die Blutverhältnisse waren also, trotzdem stellenweise schon ulcerierte Carcinome bestanden, im wesentlichen normal. Der Knabe überstand verschiedene plastisch-operative und medikamentöse äußerliche therapeutische Maßnahmen und ging im sechsten Jahr der Affektion zugrunde.

Eine Reihe von Punkten wird vom Verfasser einer eingehenden Erörterung unterzogen. Zunächst die Familienanamnese. Was diese angeht, so ist hervorzuheben, daß von vier Kindern einer Familie (drei Knaben, ein Mädchen), nur der Patient FORSTERS die Krankheit hatte. — Obwohl es eine allgemein anerkannte Tatsache ist, daß das Xeroderma pigmentosum als solches eine von den Eltern auf die Kinder vererbte Krankheit nicht ist, ist man nach FORSTER theoretisch gezwungen, einen hereditären Einfluß anzunehmen. Bemerkenswert ist allerdings, daß die Eltern xerodermkranker Individuen nichts von der Krankheit aufwiesen. Von den beiden Hypothesen, welche zur Erklärung des Xeroderma pigmentosum aufgestellt worden sind, ist die eine, fast allgemein akzeptierte, die, daß die Krankheit auf einer angeborenen, eigenartigen Beschaffenheit der Haut beruht. Von dieser eigenartigen Beschaffenheit behauptet eine Gruppe von Autoren, daß sie als eine spezielle Empfindlichkeit gegenüber den chemisch wirksamen Lichtstrahlen, die anderen, daß sie als eine Senilitas praecox speziell der Haut aufzufassen ist. Die Vertreter der zweiten Hypothese denken daran, daß das Xeroderma pigmentosum eine parasitäre Krankheit sei. FORSTER stellt noch eine dritte Hypothese auf: Da es (zwei) Krankheiten gibt, bei welchen eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen Licht auf Grund einer toxischen Einwirkung

entsteht (die Pellagra und die Buchweizenkrankheit der Schafe), gibt er zu bedenken, daß die mit Xeroderma pigmentosum behafteten Individuen eine Stoffwechsellanomalie geerbt haben könnten, welche die Hautkrankheit bedingt (Autointoxikation!). Oder man könnte sogar daran denken, daß die Kinder in utero durch eine Stoffwechsellanomalie der Mutter in dieser Weise beeinflusst werden. — Bei den Xerodermfamilien fand Verfasser eine Konsanguinität in 11,45 %. Verwandtenehen werden sonst im Durchschnitt in Frankreich, Bayern, Preußen, Ungarn 7,24 ‰ geschlossen. „Die Differenz zwischen 7,24 ‰ in der Gesamtbevölkerung und zwischen 114,5 ‰ bei dem Xerodermmaterial beweist mit fast unumstößlicher Sicherheit, daß die Konsanguinität der Eltern eine Bedeutung für das Zustandekommen des Xeroderma pigmentosum haben muß.“ — Des weiteren macht Verfasser bei der Besprechung der Hereditätsverhältnisse eine Reihe interessanter Angaben, über die nicht in extenso referiert werden kann.

Aus der persönlichen Anamnese des kranken Knaben ist hervorzuheben, daß die Erkrankung nach den Angaben der Eltern im Herbst begann, daß aber im Frühjahr neben den Schuppen zahlreiche kleine Papeln auftraten, und daß die Eltern bemerkt haben, daß der Zustand des Kindes durch den Aufenthalt im Freien ungünstig beeinflusst wurde. Die Tatsache, daß die Krankheit erst im Herbst begann, steht im Widerspruch mit einer Anzahl von Mitteilungen aus der Literatur, nach denen der Beginn der Hautaffektion beobachtet wurde, wenn die Kinder im Frühjahr zum erstenmal ins Freie gebracht wurden.

Einen weiteren Hauptpunkt der Erörterungen FOASTERS bilden die Carcinome auf der Schleimhaut. Wann Verfasser auch nicht so weit geht, wie GAHR, der die Augen geradezu als Prädilektionsstelle für die Xerodermcarcinome bezeichnet, so gibt er doch zu, daß Carcinome am Auge sehr häufig vorkommen, und hebt hervor, daß sie dann mit der Hypothese von der Bedeutung der Lichtwirkung für die Entstehung des Symptomenkomplexes des Xeroderma pigmentosum gut vereinbar sind. Viel wichtiger ist das Vorkommen von Veränderungen, welche unzweifelhaft zum Xeroderm gehören, auf der Mundschleimhaut, so zwar, daß sie nicht unmittelbar mit den Veränderungen der Haut in Zusammenhang stehen. Das größte Interesse bieten speziell in Rücksicht auf den beschriebenen Fall die sehr wenigen Fälle von Tumoren auf der Mundschleimhaut. Auch das Vorhandensein von Teleangiektasien und Pigmentierungen auf der Mundschleimhaut gehört nicht zu den Seltenheiten. Das Schlusskapitel behandelt kurz die pathologische Anatomie.

Das Studium der vorzüglichen Arbeit ist zu empfehlen.

*Fritz Loeb-München.*

Ein Fall von Xanthoma diabeticorum, von W. J. PROCTER-Great Borkham. (*Lancet.* 11. Nov. 1905.) Betraf einen 16jährigen Knaben mit typischen Erscheinungen, 5 ‰ Zucker und den sonstigen Symptomen des Leidens. Der Ausschlag trat ziemlich plötzlich auf in Gestalt von bläulich-roten Papeln mit gelbem, nicht eiterhaltigem Köpfchen, und war zuerst an den Knien und Ellenbogen, später diffus und auch an Schleimhäuten lokalisiert. Die histologischen Verhältnisse an den Läsionen sind ziemlich eingehend beschrieben.

*Philippi-Bad Salschlief.*

Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach HOLLÄNDER und eine Erklärung für diese Therapie, von MORITZ OPPENHEIM. (*Wien. klin. Wochenschr.*) 1905. Nr. 3.) Schon längere Zeit wurde bei Lupus erythematosus Chinin intern verwendet (PAYNE, REICHEL, CROCKER, EDDOWES, FREEMAN, NEISSER usw.); Jod extern in Form der Jodtinktur, des Jodglycerin, des Jodoformcollodiums und in Verbindung mit Quecksilber stand seit langem in Gebrauch. (RICHTER, HARDER, LESSER und MANSUROFF, CAZENAVE, VEIEL, NEISSER, NEUMANN,



LAILLER usw.). E. HOLLÄNDER kam nun auf den Gedanken, beide Verfahren mit einander zu kombinieren und berichtete über sehr günstige Resultate. Seit der Publikation seines Verfahrens (Berliner dermat. Gesellschaft, 8. Juli 1902 und Berliner klin. Wochenschrift, Juli 1902) mehren sich die günstigen Berichte über die Behandlungsmethode.

Er modifizierte dabei das Verfahren und glaubt damit eine Verbesserung der Methode erzielt zu haben. Das modifizierte Verfahren, das er anwendete, bestand in folgendem: Zuerst wurde mit 0,5 g Chinin. sulfuric. oder bisulfuric. nach einer eventuell bestehenden Idiosynkrasie gefahndet. Fehlte diese, so bekam Patient die ersten drei Tage früh und abends 0,50 g Chinin, auch mehrmals am Tage. Bevor die Jodeinpinselung vorgenommen wurde, wurden die erkrankten Stellen nach dem von HANS v. HERRA zur Behandlung des Lupus erythematosus angegebenen Verfahren mit Alkohol absolutus und dann mit Äther betupft. Dadurch wurden die Krusten entfernt und jetzt erst die Jodtinktur mit einem Borstenpinsel energisch eingepinselt. Nach je drei Tagen bekamen die Patienten 0,5 g Chinin mehr, und diese Steigerung der Dosis wurde bis eventuell zu acht halben Gramm Chinin pro die fortgesetzt, je nach der Intensität des Falles. Bei dieser höchsten Tagesdosis blieben die Kranken solange, bis eine deutliche Ablassung und Abflachung der Krankheitsherde zu konstatieren war, und dann wurde die Tagesdosis nach je drei Tagen um ein halbes Gramm vermindert bis wieder zweimal täglich 0,5 g Chinin erreicht waren. Eine Pause in der Behandlung wurde nicht gemacht; nur wenn die Kranken sich über Ohrensausen und Schwerhörigkeit beklagten, wurde die Dosis herabgesetzt; sofort nach dem Aufhören dieser Symptome wurde wieder die ursprüngliche Dosis verabreicht, die dann entsprechend vergrößert wurde. Alle behandelten Kranken bekamen über 100 g Chinin in wenigen Wochen, und bei keinem traten unangenehme Nebenwirkungen auf. Im Gegenteil, die Patienten fühlten sich recht wohl, nahmen an Körpergewicht zu, was wohl auf die tonisierende Wirkung des Chinins zurückzuführen ist.

Bis jetzt wurden an der Klinik Prof. FINGERS sechs Fälle von Lupus erythematosus in der eben angegebenen Weise behandelt; alle litten an der chronischen, zur narbigen Atrophie führenden Form, bei allen war die Lokalisation ausschließlich im Gesichte und am Kopfe.

Um diese fast spezifisch zu nennende Therapie des Lupus erythematosus, die HOLLÄNDER sogar differentialdiagnostisch verwerten will, zu erklären, sucht Verfasser durch Tierversuche den Nachweis zu erbringen, daß das Chinin, welches im ganzen Organismus kreist, durch das in die Haut eindringende Jod im krankhaften Gewebe gewissermaßen fixiert wird, indem sich eine Chinin-Jod-Verbindung bildet; es käme da die große Affinität des Jods zum Chinin in Betracht.

Bei vergleichsweiser Applikation von Jodtinktur und dem von den Elberfelder Farbenfabriken neuerdings hergestellten Jothion — einem ca. 80% Jod chemisch gebunden enthaltenden, außerordentlich leicht resorbierbaren Jodpräparat — konnte nachgewiesen werden, daß größeren Jodmengen in der Tat größere Chininmengen entsprechen. Die mit Jothion gepinselte Haut enthielt die größte Menge Chinin, ungefähr doppelt so viel als die unbehandelte und um die Hälfte mehr als die mit Jodtinktur behandelte Haut.

Kurz zusammengefaßt, ergibt sich demnach aus diesen Tierversuchen die Folgerung, daß Jod, auf die Haut appliziert, imstande ist, bei Anwesenheit von Chinin im Organismus den Chiningehalt der Haut zu vermehren, und zwar derart, daß die Zunahme des Chiningehaltes dem Jodgehalte proportional ist.

*A. Strauß-Barmen.*

**Ein seltener Fall von Lupus erythematosus, von J. STEINER-Budapest.** (*Budapesti orv. ujs. Dermat. Beil. Nr. 2.*) Bemerkenswert war die Tiefe der atrophisch geheilten Stellen und die steile Grenze gegenüber dem gesunden, so daß wahre Narben vorgetäuscht wurden.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Ein Fall von Myxoedem ohne Schädigung der Haare, von C. W. CHAPMAN-London.** (*Lancet. 22. Juli 1905.*) Es wird über eine 48jährige, verheiratete Frau berichtet, welche im Anschluß an intensive Metrorrhagien ausgesprochene Erscheinungen von Myxoedem darbot, aber von ihrem ungewöhnlich reichlichen Haarwuchs nichts eingebüßt hatte. Sie erhielt mit bestem Erfolg Thyreoidextrakt. Eine gewisse Beeinträchtigung der Haare machte sich zwei Wochen nach Beginn dieser Behandlung bemerkbar, hörte aber sehr bald wieder auf. C. glaubt, daß ohne die eingeleitete Therapie der offenbar nur etwas später als gewöhnlich einsetzende Haarausfall ein entschieden erheblicherer gewesen sein würde.

*Philippi-Bad Salschlürf.*

**Familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxoedem auf luetischer Grundlage, von P. K. PRL-Amsterdam.** (*Berlin. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 44a, Festnummer für C. A. EWALD.*) Die Bezeichnungen zwischen Entwicklungsanomalien, Mißbildungen und gewissen Formen hereditärer Syphilis sind jetzt allgemein bekannt. Auch P. liefert einen Beitrag zu den Wachstumsstörungen auf hereditär-luetischer Grundlage, wobei es sich um die seltene Koinzidenz eines Myxoedems bei der Tochter und eine Akromegalie bei dem Sohne eines mit Lues behafteten Vaters handelt.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Behandlung der Gangrän, insbesondere der senilen und der Diabetes-gangrän, von ALFR. NEUMANN-Berlin.** (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 15. April 1905.*) Eine Gangrän kann bedingt werden: 1. durch mangelhafte Zufuhr normalen, 2. durch normale Zufuhr abnormen Blutes und 3. durch mangelhafte Zufuhr abnormen Blutes. In letztere Kategorie gehören die Mehrzahl der Fälle von diabetischer Gangrän und der Gangrän bei konstitutioneller Syphilis. N. unterscheidet bei Gangränbehandlung die Prophylaxe der manifesten Gangrän (Prodromalstadium) und die Therapie der letzteren selbst. In jedem Falle gilt es als Hauptaufgabe, die Zufuhr des Blutes zu dem erkrankten Gliedabschnitte möglichst günstig zu gestalten; warme Fußbäder, eventuell kohlensäurehaltige Bäder, Spaziergänge mit entsprechenden Ruhepausen, streng individualisierte Massage sind hierzu geeignete Mittel. Werden die Symptome deutlicher und schwerer (Taubheitsgefühl, abnorme Sensationen oder gar Schmerzen) und stellt sich Blässe oder Cyanose der Zehen ein, dann ist Ruhe und Hochlagerung des Beines angezeigt, daneben feuchte Verbände mit 1—2 %iger Borsalicylsäure, 1—2 %iger essigsaurer Tonerde; Sublimat ist zu vermeiden, ebenso ist Auflegen der Eisblase direkt oder auf den Verband als Kunstfehler zu bezeichnen. Bei unruhigen Patienten muß man wegen der Gefahr der Embolien usw. zum Morphium greifen. Bei Diabetes natürlich entsprechende Allgemeinbehandlung, Sorge für regelmäßige, reichliche Stuhlentleerung; außerdem gibt N. sofort und für längere Zeit zur Verhütung des Coma diabeticum *Natr. bicarbon.* Bei manifester Gangrän sei unser erstes Bestreben, die gangränöse Partie vor Zersetzung zu bewahren, eine trockene Gangrän zu erreichen durch Desinfektion, trockenem aseptischen Verband und Hochlagerung; im Notfalle — bei heftigen Schmerzen — ausgedehnte Inzisionen und feuchte antiseptische, auch Alkoholverbände. Sind Zeichen einer schweren Allgemeininfektion vorhanden, Fieber, Frost, hoher Puls, so darf mit der Amputation nicht gezögert und muß diese je nach Lage des Falles, der Demarkationslinie usw. ausgeführt werden. Als Narkotikum ist bei Diabetikern Äther vorzuziehen, primäre Vernähung der Amputationswunde, selbst bei diabetischer und seniler Gangrän hält N. nicht in allen

Fällen für kontraindiziert. Von den 176 Patienten mit manifester Extremitäten-gangrän, welche im städtischen Krankenhause am Friedrichshain während der letzten zwölf Jahre behandelt wurden, sind 65 geheilt, 16 gebessert, 11 ungeheilt entlassen worden, 84 sind gestorben; von den 176 waren 60 mit diabetischer Gangrän befallen: hiervon verliefen 20 geheilt, 7 gebessert, 4 ungeheilt das Krankenhaus, während 20 gestorben sind. Mit Recht hebt daher N. hervor, daß die Resultate bei der Behandlung der Diabetes- und senilen (arteriosklerotischen) Gangrän nicht gar so schlechte seien, zumal, wenn man bedenkt, daß es sich meist um betagte Patienten handelt.

*Stern-München.*

**Über Diabetes-Gangrän, von HORACE GRANT-Louisville.** (*Louisville Journ.* Juni 1905.) GRANT bespricht auf Grund von sieben beobachteten Fällen (in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft von Louisville, Sitzung vom 7. April 1905) die bei Diabetes vorkommende Gangrän der Extremitäten. In allen Fällen, mit Ausnahme von einem, war das Alter der Patienten über fünfzig, alle bis auf zwei kamen bei Frauen vor und bei allen war der bisherige Gesundheitszustand ein ziemlich guter, und meist ward man auf die Natur des Leidens erst aufmerksam, als chirurgische Hilfe in Anspruch genommen wurde. In jedem der sechs von allen in Betracht kommenden Fälle — bei dem siebenten handelte es sich um eine noch lokalisierte Nekrose — war die zuerst affizierte Stelle der Fuß, welcher der Lieblings-sitz der Diabetes-Gangrän ist, obwohl auch an anderen Stellen dieselbe vorkommen kann, und die ersten Erscheinungen waren Schmerz, Schwellung und Röte; später trat Ulceration ein, und ein widerlicher Geruch machte den Arzt auf die Wahrscheinlichkeit des pathologischen Zustandes aufmerksam. In zweien der Fälle dehnte sich die Gangrän über den Unterschenkel hin aus. Amputation erschien in keinem Falle indiziert, sondern Inzision und Drainage zugleich mit Anwendung geeigneter antiseptischer und desodorierender Mittel und der sehr wichtigen Allgemeinbehandlung (Diät) bildeten die Therapie. Wenn auch in manchen Fällen Amputation angezeigt sein kann, so verspricht sich Gr. sehr wenig davon, während geeignete Ernährung von größtem Nutzen, spezielle Arten von Medikamenten aber, die empfohlen wurden, von sehr zweifelhaftem Werte seien.

In der folgenden Diskussion waren die meisten Bedner mit GRANT darüber einig, daß ausgedehnte chirurgische Eingriffe (Amputation) meist vermieden werden können. BUTLER hält dafür, daß sie nur bei sehr gutem Allgemeinbefinden auszuführen seien und, wenn überhaupt die Amputation in Frage kommt, sie nur oberhalb des Knies zu machen sei (jene von ein oder zwei Zehen, oder auch oberhalb des Fußes sei meist zwecklos.) B. erwähnt auch, daß es nach den neueren Forschungen keine Diabetes-Gangrän gebe, sondern daß dies alles Fälle von Arteriosklerose seien. In demselben Sinne äußert sich ROBERTS, während GRANT in seinem Schlussworte diesen Zustand lokaler Nekrose nicht für Atherom erklären kann, sondern als die Folge irgend eines spezifischen Giftes, und er neigt der von RAMU aufgestellten Theorie zu, daß dasselbe entweder im Pankreas oder in den Nebennieren erzeugt werde.

*Stern-München.*

**Ein Fall von Gangraena scroti bei einem Diabetiker, geheilt durch Sitzbäder und Kompressen mit Borsäurelösung, von SIMONSON-Riga.** (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.)

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd- resp. Leuchtgasvergiftungen (Encephalomalacie und Hautgangrän), von RODERICH KRUMBHOLZ-Wien.** (*Wien. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) Schwere Läsionen der Haut nach Kohlenoxyd- resp. Leuchtgasvergiftungen ohne vorhergegangene lokale Schädigungen sind bisher nur ganz vereinzelt publiziert worden. K. teilt zwei Fälle der-

artiger Verbrennungen mit, die auch wegen des auf die differente Therapie zurückzuführenden verschiedenen Ausgangs bemerkenswert erscheinen. Der erste Fall betraf eine 53jährige Frau, die in selbstmörderischer Absicht Leuchtgas einatmete. Am fünften Tage stellt sich auf der Haut am Unterbauche und am rechten Oberschenkel eine Verfärbung in beträchtlicher Ausdehnung ein, die in den nächsten Tagen rapid zunahm und zur Nekrose führte. Die gangränösen Hautpartien zeigten nach vier Tagen deutliche Demarkierung; in dieser Phase nahm die gangränöse Partie am Bauche den größten Teil des Unterbauches ein, die am rechten Oberschenkel war handtellergrös. Nach Eintritt der Demarkation wurden sofort die nekrotischen Partien nach WUIDENFELD abgetragen und mit Dermatol trocken verbunden. Tadelloser Wundverlauf. Ein zweiter Fall betraf eine 56jährige Frau, die an Kohlenoxydvergiftung einging. Auch hier hatten sich bald nach dem Unfall gangränöse Stellen auf der Haut eingestellt, die von schwarzen, trockenen, festhaftenden, unter dem Hautniveau befindlichen Schorfen bedeckt waren. Diese nekrotischen Partien sind am rechten Oberschenkel, an der Außenseite im oberen Drittel etwa handflächengroß; am rechten Unterschenkel, am linken Oberschenkel, über dem Condylus internus femoris et tibiae kleinere gangränöse Hautpartien, die sich auch noch an anderen Stellen in geringerer Größe vorfinden. Patientin wurde im Wasserbade behandelt und ging an den Erscheinungen einer postgangränösen Sepsis zugrunde. K. glaubt, daß der verschiedenartige Ausgang bei den beiden Fällen nur in der wesentlich anderen Behandlung der Hautgangrän zu suchen sei, da die Dimensionen der Gangrän in Fall I wesentlich größer waren als bei Fall II.

*Putzler-Dansig.*

Beitrag zur Histologie der Sklerodermie, von FR. KRZYŻEŁOWICZ. (*Przeegląd lekarski*. 1905. Nr. 34.) Verfasser untersuchte mikroskopisch zwei Fälle von Sklerodermie in der dermatologischen Klinik in Krakau (Prof. REISS). Der eine Fall betraf einen zehnjährigen Knaben mit sklerodermischen Plaques an der oberen Extremität, Brust und linken Oberschenkel. Die Plaques waren flach, mit Depressionen an einzelnen Stellen, durchwegs härter als die normale Haut, teilweise knorpelhart. Das Tastgefühl war an den frischen Stellen erhalten, an den älteren etwas vermindert; nach Pilocarpindarreichung tritt Schweifsabsonderung nur über den frischen Stellen.

Im zweiten Falle (15jähriges Mädchen) wird als Ursache der Erkrankung eine kleine Wunde am rechten Unterschenkel angegeben, die vor 20 Monaten entstand und nach der sich eine akute Dermatitis in der Umgebung entwickelte, welche allmählich in Sklerodermie überging. Auf der linken unteren Extremität soll die Erkrankung erst fünf Monate später entstanden sein, und zwar nach einer akuten Hautentzündung in der Kniegegend, die zur Bildung kleiner Abscesse und Ulcerationen geführt hat. — Während die Veränderungen rechts über der Extremität zerstreut sind, zeigt beinahe die ganze Hautoberfläche des linken Ober- und Unterschenkels hochgradig entwickelte sklerodermische Veränderungen, zwischen denen die gesunden Hautinseln als pseudofluktierende, ovale, taubeneigroße Geschwülste erscheinen. Außerdem finden sich (an den exponierten Stellen der Extremität) zerstreut bis zu talergroße Ulcerationen und Narben nach geheilten Geschwüren.

Zur histologischen Untersuchung wurden im ersten Falle ein Hautstück aus dem Oberarm, im zweiten eine Ulceration mit erhabenen Rändern exzidiert.

Das Hauptergebnis der Untersuchung betrifft die Veränderungen der Gefäße (Arterien), die zu einer Verengung und im weiteren Verlaufe zum vollkommenen Verschlusse des Gefäßlumens führen. Wichtig erscheinen auch die Veränderungen des Kollagens und der elastischen Fasern.

Diese beiden Hauptprozesse — in der Umgebung der Arterien und im Kollagen — gehen parallel vor sich und scheinen voneinander abhängig zu sein. Ver-

fasser nimmt an, daß nach einer unbedeutenden Ursache ein Entzündungsprozess um ein großes Gefäßnetz an der Grenze des Unterhautfettgewebes und der Cutis entsteht, der zur Bildung von Infiltraten führt. Diese Infiltrate üben einen Druck auf die Gefäße aus, führen zum allmählichen Verschluss des Gefäßlumens und rufen einerseits Fettatrophie und fibröse Degeneration des Unterhautfettgewebes, andererseits Veränderungen des kollagenen und elastischen Gewebes hervor.

Hypertrophie des Kollagens, die von einigen Autoren erwähnt wird, wurde vom Verfasser nicht beobachtet, wohl aber dessen Verdichtung und Degeneration.

Aus dem exzidierten Geschwürstück wird ersichtlich, daß die Ulcerationen nur eine zufällige Komplikation des Krankheitsbildes darstellen.

Die Ätiologie der Sklerodermie ist nicht klar. Man weiß nicht, wodurch die Infiltratbildung hervorgerufen wird. Als die wahrscheinlichste Ursache möchte Verfasser irgend eine Infektion des Organismus annehmen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

In einem Falle von **diffusam Skleroderma** erzielte RICH. MOHR - Mügeln mit Dermatolsalben einen überraschend guten Erfolg. Er wandte zuerst neben warmen Bädern eine 10 %ige Dermatolsalbe an und gab dazu innerlich Arsen; dann ließ er dieses weg und applizierte nur eine 10 %ige Dermatolsalbe (Dermatol. 10,0, Zincoxyd. alb. 10,0, Lanolin. 15,0, Vaseline. 65,0). Unter dieser Behandlung wurde die Haut wieder leidlich weich und elastisch, das Gefühl von Spannung verlor sich, das bereits maskenhafte Gesicht bekam wieder Ausdruck und Beweglichkeit. Ob der Erfolg ein dauernder war, weiß M. allerdings nicht. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 38.)

*Götz-München.*

**Zur Kasuistik der Sklerodermie**, von CONSTANTIN STANISCHEW. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Skleroma neonatorum: Bericht über einen Fall mit vollständiger Heilung**, von SOBEL. (*Arch. of Pediatrics.* April 1905.) Als sechstes Kind gesunder Eltern kam das Kind zur Welt, es war dünn und schwach, litt an starker Verstopfung. Anzeichen von Lues fanden sich bei den Eltern nicht. Die verhärteten Partien saßen symmetrisch auf Schultern, Brust, Nacken, Bauch, Beinen. Unter innerlicher Kalomel-darreichung, heißen Bädern und Massage mit weißer Präzipitatsalbe trat allmählich vollständige Heilung ein.

*F. Hahn-Bremen.*

**Ein Fall von Acrodermatitis atrophicans**, von BRÜNING. (*Berl. klin. Wochenschrift.* 1905. Nr. 32.) Die Affektion betraf die Unterschenkel und Knie und gibt das von HERXHEIMER geschilderte Bild der Acrodermatitis atrophicans. Histologisch auffallend ist hier das vollkommene Verstrichensein des Papillarkörpers, Hornschichte verdickt, Rete Malpighi erheblich verschmälert. Im subepithelialen kollagenen Gewebe und im Stratum reticulare befindet sich eine aus Leukozyten und UMNASCHEN Plasmaszellen bestehende diffuse, zellige Infiltration, die sich mit Vorliebe um die Gefäße und die noch übrig gebliebenen Haarbälge und Drüsen lokalisiert. Das elastische Gewebe ist an den infiltrierten Stellen wesentlich reduziert, weicht aber auch da, wo es vorhanden ist, von normalem Aussehen ab.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über erworbene idiopathische Hautatrophie (Atrophia cutis idiopathica e vitiligine)**, von S. BETHMANN-Heidelberg. (*Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol.* 1906. Siebentes Supplement, Festschrift für Prof. JULIUS ARNOLD.) Der Atrophia cutis propria gegenüber stellen die Fälle, welche als idiopathische, erworbene (progressive) Hautatrophie bezeichnet werden, einen gesonderten Typus dar. In manchen dieser Fälle ist ein besonderes initiales Stadium erythematosum ausgeprägt. Es entwickelt sich diese Form der Hautatrophie im Anschluß an eine akute Dermatitis, auch der als Erythromelie beschriebene Entzündungszustand der Haut führt im

weiteren Verlauf zum Bilde der idiopathischen Hautatrophie, so daß die Störung, welche das klinische Bild der idiopathischen Hautatrophie herbeiführt, sich an der Haut bereits vor Einsetzen der Atrophie bemerkbar machen kann. B. beschreibt nun drei Fälle der akquirierten, idiopathischen Atrophie, die folgendes gemeinsame Bild geben. Bei drei Personen im mittleren Lebensalter tritt eine Hautaffektion auf, die durchaus dem Bilde der erworbenen Hautatrophie entspricht; die positiven Eigentümlichkeiten, die als wesentlich für die Diagnose verlangt werden, sind in klassischer Weise vorhanden, der übereinstimmende Beginn am Handrücken, die Lokalisation an den Extremitäten, die Bevorzugung der Streckseiten, das zentripetale Vorwärtsschreiten, die Symmetrie der Läsionen. Eine Dermatitis war in zwei Fällen sicher nicht vorhergegangen, auch waren nirgends Infiltrationen oder Entzündungsercheinungen nachzuweisen. Aber allen Fällen war gemeinsam, daß stets dem Gewebeschwund eine Pigmentverschiebung resp. Pigmentatrophie vorausging und die Umwandlung vitiliginöser Stellen in atrophische konnte in zwei Fällen direkt beobachtet werden. Zeitliches wie örtliches Verhalten der Erkrankungen lehrt, daß sämtliche atrophische Herde sich aus vitiliginösen Plaques entwickelt haben, so daß man von einem vitiliginösen Stadium der Atrophie sprechen kann. Auch fanden sich bei allen Patienten Nagelveränderungen in so konstanter Form, und zwar vor Eintritt der Atrophie, daß B. die Nagelveränderungen in zeitliche wie auch ätiologische Beziehung zur Vitiligo bringt. Was nun die Ätiologie dieser Hautatrophie anbelangt, so kommen nach B. äußere Einflüsse, Berufs- und Witterungsschädlichkeiten kaum, nervöse Einflüsse ebensowenig in Frage. Dagegen ist auf die Tuberkulose Gewicht zu legen, die in alle drei Beobachtungen deutlich hereinspielt; und das um so mehr, als gerade dem tuberkulösen Virus eine besondere Fähigkeit zugeschrieben worden ist, die elastischen Fasern anzugreifen. Welche Rolle aber die Vitiligo in diesen Fällen spielt, ist nach B. eine offene Frage. Denn die nervöse Natur der Vitiligo darf keineswegs als gesichert gelten; wohl aber scheint es B. am plausibelsten, die ganze Entwicklungsreihe (Vitiligo, Nagelveränderungen, Atrophie) auf toxische Einwirkungen zu beziehen, deren Voraussetzungen noch am ersten in der Tuberkulose zu finden wären. Zum Schluß erörtert B. die Gründe, welche dafür sprechen, daß die dystrophische Form der Epidermolysis bullosa, so wenig geklärt das letztere Krankheitsbild ist, der idiopathischen Hautatrophie sehr nahe steht.

*Putzler-Dansig.*

**Striae bei Typhus**, von SIEGFRIED TAUBER-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 29.) T. teilt die Krankengeschichten zweier jugendlicher Typhuskranken mit, bei welchen im Verlaufe eines schweren Typhus Striae entstanden, und zwar im ersten Fall an den Knien und oberhalb der Ellenbogen, im zweiten über beiden Knien und an der Außenfläche beider Oberschenkel. Im zweiten Fall entstanden diese Striae, als der sehr kachektische Kranke während der Rekonvaleszenz begann, die Beine im Kniegelenk gebeugt zu halten. Dazu trat kurze Zeit später ein Hämatom des Musculus quadriceps femoris der linken Seite, welches sich im weiteren Verlaufe zu einem Tumor organisierte. Ob diese Striae, die übrigens ebensowenig Narben sind wie die Striae gravidarum, auf eine rein mechanische Dehnung der Haut oder eine Trophoneurose zurückzuführen sind, läßt T. dahin gestellt. Histologische Untersuchungen zeigten, daß die elastischen Fasern innerhalb der Striae zerrissen waren; das kollagene Gewebe erleidet durch die Spannung eine Verlagerung, wird parallelfaserig und rarefiziert und unterscheidet sich dadurch vom Narbengewebe.

*Putzler-Dansig.*

**Zur Pathogenese der Dehnungstreifen der Haut (Striae cutis distensae)**, von KARL ZIELEB-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Z. hat eine Anzahl Striae, darunter auch eine ganz frisch entstandene, histologisch untersucht und gleich anderen Forschern konstatiert, daß das wesentlichste Moment bei der Entstehung der

Striae die mechanische Dehnung der Haut und das dadurch verursachte Reißen der elastischen Fasern ist; Zeichen eines Vernarbungsprozesses, einer produktiven Entzündung konnte Z. weder in alten noch in frischen Fällen nachweisen. Dagegen fand er in der ganz frischen Stria dort, wo die elastischen Fasern nicht reißen, sondern nur gedehnt werden, also im Papillarkörper und seiner nächsten Nachbarschaft, in der Umgebung der Gefäße eine deutliche Zellvermehrung, die in der einige Monate alten Stria fast völlig wieder verschwunden war und einer merkbaren Vermehrung der feinen elastischen Fasern Platz gemacht hatte. Es handelt sich dabei um eine erhebliche Regeneration des elastischen Gewebes. — Anstelle der bisher üblichen Benennung „Striae atrophicae“ empfiehlt Z. zufolge der Histologie des Prozesses die Bezeichnungen „Distensio cutis“ (LANGER) oder „Striae cutis distensae“ (KÖBNER) oder „Dehnungstreifen der Haut“ (KALTENBACH).  
Göts-München.

**Verpflanzung von in toto abgelösten Hautlappen zur Behandlung von Narbenkontrakturen**, von R. KENNEDY-Glasgow. (*Brit. med. Journ.* 29. April 1905.) Ein 19jähriger Jüngling erlitt durch Verbrennung eine narbige Ankylose des Daumens in Hyperextensionsstellung. Nach Beseitigung des Narbengewebes wurde direkt auf die Sehenscheiden, welche intakt geblieben waren, ein vom Oberschenkel in voller Dicke entnommenes Stück Haut von elliptischer Form und von 4 Zoll Länge,  $2\frac{1}{2}$  Zoll Breite aufgelegt und mit Nähten an die umgebende Haut befestigt. Beim ersten Verbandwechsel, drei Wochen p. o., war das Stück vollständig angeheilt. Bemerkenswert ist dabei noch, daß 13 Wochen nach der Operation die Sensibilität in dem aufgepflanzten Stück überall mit Ausnahme eines kleinen Gebietes in der Mitte so gut wie völlig normal war nach vorheriger Anästhesie. *Philippi-Bad Salzschrif.*

**Über das Auftreten der Graufärbung der Haare**, von G. L. CHEATLE-London. (*Brit. med. Journ.* 22. Juli 1905.) In dieser Arbeit geht Verfasser im wesentlichen darauf aus, nachzuweisen, daß trophoneurotische Einflüsse eine große Rolle bei der Entstehung und Lokalisierung von Grausein der Haare spielen müssen. So hat er (wie andere) Gelegenheit gehabt, diese Erscheinung nach Verletzungen oder Erkrankungen bestimmter Nerven auftreten zu sehen. Bei den bekannten grauen Büscheln im Kopfhaar mancher Individuen, die infantile oder kongenitale Form des Grauseins, entspricht die Lokalisierung in vielen Fällen den von HEAD angegebenen (nervösen) Maximalpunkten. Daneben gibt es aber auch andere Prädilektionsstellen, z. B. ein Punkt  $1\frac{1}{2}$  Zoll oberhalb der Pinna auris und ferner ein Punkt auf der Oberlippe medialwärts von dem HEADschen Nasolabialpunkt. Beim Ergrauen im Greisenalter kann man auch oft finden, daß dasselbe zunächst herdweise und auch an den Maximalpunkten zuerst eintritt. Namentlich der Occipital- und der Mentalpunkt sind bevorzugt. Daneben gibt es aber Fälle, sogar die Mehrzahl, bei denen zerstreut graue Haare hervortreten, so besonders zunächst an den Schläfen, von wo aus die Vertärbung allmählich sich weiter ausbreitet. Wie C. selbst zugibt, herrscht noch keine völlige Klarheit in bezug auf diese Beobachtungen.

*Philippi-Bad Salzschrif.*

**Die Pseudopelade**, von PAUTRIER-Paris. (*Presse méd.* 1905. Nr. 43.) Der Verfasser betont, wie leicht der Nichtspezialist geneigt ist, jede kahle Stelle auf dem behaarten Kopfe für eine Alopecia areata zu halten. Ja sogar falsche Epidemien dieser Hautkrankheit sind durch solche Verknennung zustande gekommen. Zwar ist die Pelade die häufigste der alopecischen Affektionen, aber neben ihr bestehen noch andere kahlmachende Prozesse der behaarten Kopfhaut. Während die reine Alopecia areata nach mehr oder minder langer Zeit mit vollständiger Restitutio ad integrum endigt, ist dies bei anderen kahlmachenden Krankheiten nicht der Fall. Zu letzteren gehört die von Brocq als Pseudopelade oder Alopecie atrophiante beschriebene Dermatose. Ihr

Beginn ist ebenfalls ein ganz unmerklicher, und der Haarverlust wird vom Kranken erst rein zufällig bemerkt. Die Kopfhaut zeigt dann eine Reihe verschieden großer Herde von Linsen- bis Fünfmaststückgröße, die auch zusammenfließen können. Es bilden sich schon von Beginn an stets multiple Herde, besonders auf dem Scheitel, dann auf dem oberen Hinterhauptsteil. Ihre Ausdehnung erstreckt sich auf Monate und Jahre. Jeder kleinere Fleck ist rund oder oval, größere gewinnen eine serpiginoë Begrenzung. Die Farbe der Plaques ist weiß bis blaßrosa. Die Haut der erkrankten Teile selbst ist leicht eingedrückt, atrophisch, glatt, auch leicht in der Sensibilität beeinträchtigt. Die Alopecie ist eine vollkommene, kein Haarstümpfchen ist auf der erkrankten Zone zu sehen, während dicht daneben völlig gesunde Haare zu finden sind. Zuweilen finden sich auch beim Zusammenstoßen einzelner Plaques in ihrer Mitte kleine Inseln völlig gesunden Haares. Die Therapie hat sich auf die Erhaltung des Bestehenden zu beschränken. Sie ist hauptsächlich eine Schwefelbehandlung. Nachts verordnet Brocq folgende Salbe:

<i>Sulfur. praecip.</i>	2,0
<i>Tinct. Cantharid.</i>	6,25
<i>Balsam Peruv.</i>	0,75
<i>Medull. bov.</i>	15,0
<i>Ol. Ricin.</i>	5,0

Mf. unguentum.

Brocq hat 51 derartige Fälle in der Literatur gesammelt. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von totaler Alopecie nach Anwendung von Canthariden, von P. F. BARTON-London. (*Lancet.* 24. Okt. 1905.) Bei einem jungen Manne mit einer marktstückgroßen kahlen Stelle am Hinterkopfe, welche eher für Trichophytie als für Alopecia areata zu halten war, pinselte Verfasser das erkrankte Gebiet zweimal (in einem Zwischenraum von vier Tagen) mit Liquor vesicatorius (Pharm. britannic.) ein. Etwa acht Tage nach der zweiten Pinselung trat intensives Ödem des Kopfes, des Gesichts und des Halses bis auf die Brust herunter ein. Bald darauf trat ein universelles Exanthem hervor und Hämaturie. Im weiteren Verlauf fielen am ganzen Körper sämtliche Haare aus und alledann die Nägel. Letztere sind zurzeit,  $\frac{3}{4}$  Jahr nach der ersten Konsultation, wieder hervorgetreten. Von Haarbildung fehlt trotz sonstigem vollkommenen Wohlbefinden jede Spur.

*Philippi-Bad Salschirf.*

Über den anatomischen Befund einer durch 30 Jahre getragenen Alopecia totalis, von KIKUCHI ASAHI-Fukuoka (Japan). (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 24 und 25.) Der ausführlich beschriebene Fall betrifft eine 51jährige Frau, bei der sich vor 30 Jahren im Anschluß an eine Entbindung gleichzeitig mit einer Struma eine Alopecia totalis entwickelte. Die wegen der Struma operierte Patientin war wegen Luftembolie ad exitum gekommen. Die vom Verfasser vorgenommenen anatomischen Untersuchungen ergaben einige bemerkenswerte Tatsachen. Die Alopecia totalis betraf die Kopfhaut, an der nur ganz vereinzelte graue Haare sichtbar waren, die Achselhöhlen, die Pubes mit ganz spärlichen blassen Haaren und die Supercilien. Die Haarbälge hatten mit geringen Ausnahmen den Charakter von Lanugohaarbälgen. Alle Haarbälge standen im Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel. Der Haareratz geschah einerseits durch Neubildung von Haarbälgen von dem Oberflächenepithel aus und andererseits durch unvollkommene Haarwechselvorgänge an den bestehenden Haarbälgen. Die an der äußeren Wurzelscheide vorhandenen Auswüchse sind rudimentäre Haarwechselvorgänge. An den Haarbälgen war auffallend die abnorm starke Verhornung an der Follikelmündung, ferner cystische Erweiterung der Bälge selbst und Rückbildung der Papillen. Oft fand sich starke Wucherung der Talgdrüsen. Der Fall unterschied sich nicht nur klinisch, sondern auch mikroskopisch von der Alopecia



congenitalis (BERTMANN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1902. Bd. LX. S. 843) und der Alopecia pityrodes (УРНА). Als wahrscheinliche Ursache nimmt Verfasser in diesem Falle eine trophoneurotische Störung an.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Die ätiologischen Beziehungen der Alopecia areata zum Zahnfleisch,** von E. PATTE. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 202.) Nur in seltenen Fällen scheint ein Einfluß sich in der Nachbarschaft abspielender traumatischer Prozesse ätiologisch in Frage zu kommen; allermeist ist der Einfluß solcher Prozesse gleich Null.

*Frits Loeb-München.*

**Über die bei Erkrankung der Zähne auftretenden Reflexionen der Gesichts- und Kopfhaut,** von ERICH FEILER. (Aus dem zahnärztlichen Institut der Universität Heidelberg. Inaug.-Dissert. Heidelberg. Separatabdruck aus der *Österr. Zeitschr. f. Stomatologie.* Wien 1905.) Zwar wird die Existenz empfindlicher Zonen der äußeren Haut bei Affektionen der Zähne konstatiert, die Untersuchungen über den Zusammenhang der Alopecia areata mit dentalen Reizungen haben aber ein im allgemeinen vollkommen negatives Ergebnis herbeigeführt.

*Frits Loeb-München.*

**Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege nach einer neuen Methode,** von JOHANN HIRSCHKRON-Wien. (*Reichs-Med.-Anz.* 1904. Nr. 26.) Der Verfasser ist bestrebt, durch methodische Rumpfbewegungen, Beckenhebungen, Kletterbewegungen, Rückentrommelung, Vibrationsmassage und Förderungsbewegungen mittels entsprechender Apparate dem venösen Blute der Rektalgegend besseren Abfluß verschaffen, die Venensaugapparate der Leisten und des Foramen ovale in Bewegung zu versetzen und den Rückfluß des Venenblutes in die Vena cava ascendens erleichtern. Bei der Muskelarbeit entströmt auch ferner ein Teil des venösen Blutes in die erweiterten Muskelkapillaren. Außerdem empfiehlt HIRSCHKRON, rhythmische Bewegungen des M. sphincter vorzunehmen, und hat bei genau nach Alter und Konstitution der Kranken angewendeter Dosierung obiger Bewegungen recht gute Erfolge gesehen. Häufig haben Kranke, die lange Zeit an Verstopfung gelitten haben, bei dieser Kur schon in der zweiten Woche ein bis zwei Stühle am Tag, und Hämorrhoidarier mit jahrelangen Diarrhöen verlieren ebenso schnell ihre wässerigen Stühle.

*Hopf-Dresden.*

**Eine neue Methode, die Vena saphena interna und ähnliche Venen im verrückten Zustande zu exstirpieren;** ein vorläufiger Bericht von W. L. KELLER-San Francisco. (*New York med. Journ.* 19. Aug. 1906.) Der Zweck dieser Operation ist, Venen mit wenigen Verzweigungen zu exstirpieren, ohne den Patienten durch eine Narbe, so lang, als der Verlauf des zu entfernenden Gefäßes beträgt, zu verunstalten. Das letztere wird durch eine kurze Inzision nahe der Femoralöffnung der Fascia lata (wenn es sich um die Saphena interna handelt) freigelegt, in der Länge von ca. 2 $\frac{1}{2}$  cm von der Scheide abgelöst und so hoch als möglich unterbunden; ebenso geschieht es mit dem unteren Ende der Vena und dieselbe wird oben und unten dann durchschnitten und ebenfalls unterbrochen. In das obere Ende des abgetrennten Venenstückes wird nun an der Vorderseite ein Einschnitt von ca. 2 cm Länge gemacht, vom unteren zum oberen Ende ein Draht durchgeführt und der oben befindliche Unterbindungsfaden hier durch den Draht gezogen. Durch allmählichen Zug an dem letzteren wird die Ligatur nach unten gebracht, die Vene gleichsam eingestülpt, durch fortgesetzten Zug von ihrer Umgebung abgelöst und exstirpiert. Als Vorteile dieser Methode, mit welcher K. Venenstücke von 3 und 5 Zoll Länge, WEEKS in zwei Fällen die ganze Saphena ohne Schwierigkeit entfernte, führt er an, daß 1. keine langen oder schmerzhaften Narben zurückbleiben, 2. die Gefahr der Infektion und der Blutung eine verringerte ist, und 3. die Dauer der Operation eine kürzere als bei den anderen Methoden ist.

*Stern-München.*

**Neue Pathogenie der Krampfadern**, von RENÉ DE GAULEJAC. (*Presse méd.* 1905. Nr. 50.) Der Verfasser erklärt das Entstehen der Krampfadern für die Folge einer lange fortgesetzten gleichartigen Bewegung der Körperorgane, z. B. der Beine, und verläßt die alte Theorie von der Varice als Stauungserscheinung mit konsekutiver Dilatation der Venenwand. Nach seiner Ansicht sind die Varicen spezifisch für gewisse Berufe — Radfahrer, Maschinisten, welche mit den Füßen Maschinen zu bewegen haben, u. a. Andererseits vermag ein Wechsel in der bisher geübten Tätigkeit die Krampfadern wieder zu beseitigen. *Hopf-Dresden.*

**Über die chirurgische Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre des Unterschenkels**, von HANS GÄDEKE. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Behandlung der varikösen Geschwüre**, von VINCE. (*Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles* 10. Juni. *Polyclinique.* 1905. Nr. 13.) Die varikösen Geschwüre zerfallen in drei Gruppen: die der Saphena interna, die der Saphena externa und die der Communicantes.

Man muß sich bemühen, die Ernährungsgefäße des Geschwüres zu resezierieren. Es ist einleuchtend, daß die Resektion der Saphena interna kein Geschwür der Saphena externa heilen kann usw. Das von VINCE empfohlene Verfahren ist das von MORESCH; es besteht in zwei oder drei peripheren Inzisionen der Hautgewebe bis auf die Aponeurose. Man nimmt die Lippen der Wunde auseinander und reseziert auf eine gewisse Ausdehnung hin alle venösen Gefäße, denen man begegnet. Eine dieser Inzisionen macht man in der Gegend der Wade, eine zweite 1 cm oberhalb der Malleolen. Da, wo die Venen des Schenkels eine beträchtliche variköse Entwicklung erfahren haben, kann eine dritte Inzision oberhalb des Knies am Platz sein.

Um einen Circulus vitiosus an der oberen Partie der Saphena zu vermeiden, fügt VINCE dem MORESCHISCHEN Verfahren die Ligatur und Resektion der Saphena an ihrer Einmündungsstelle in die Vena cruralis bei. *Arthur Bahn-Berlin.*

**Über die chirurgische Behandlung hartnäckiger Handgeschwüre**, von JOSEPH GAUTIME. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 208.) Verfasser gibt zunächst eine kritische Übersicht über die verschiedenen in Anwendung gezogenen therapeutischen Methoden, bespricht dann die Therapie des Epithelioms und des Lupus, die breite Abtragung mit konsekutiver Autoplastik, die Operationsmethode, ihre Vor- und Nachteile, Indikationen und Kontraindikationen und fügt eine Reihe von Beobachtungen bei. Die chirurgische Behandlung wird empfohlen. *Fritz Loeb-München.*

**Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre**, von MOSES-Heilbronn. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 8.) Früher benutzte man immer mit Vorliebe zu Gehverbänden die SOHLLEICHSCHE Peptonpaste, die um die Wundränder herum am ganzen unteren Gebiete des Beines bis zur Zehenspitze aufgepinselt wurde, um dann den darüber gewickelten Cambriebinden (besser wohl Leinenbinden? Ref.) Halt und Steifheit zu geben und somit eine Art Gamasche zu bilden; auf die Wundflächen brachte er Glatolserum oder Xeroform. Da aber das Pinseln und Wickeln doch recht zeitraubend ist, nahm M. seit einem Jahre nun folgendes Verfahren auf: Nach den Vorschriften BAYFONS legte er die 3,75 cm breiten Streifen einer BREMSBOARDSCHEN Leukoplastrolle glatt und unter gleichmäßigem Zuge dachziegelförmig so übereinander an, so daß von unten wie oben ein gleichmäßiger Druck gegen das Ulcus ausgeübt und das Ulcus selbst gewissermaßen festgelegt wurde. Die erste Zeit legte er auf die Geschwürflächen Verbandstücke mit schwach verdünnter essigsaurer Tonerdelösung getränkt auf.

Ein fünfmarkstückgroßes Geschwür bei einer älteren Frau in der Nähe des äußeren Knöchels mit misfarbigem Geschwürsgrunde und jauchigem Sekrete heilte

nach vieljährigem Bestehen so aus, daß sie ihrem Berufe wieder nachgehen konnte; sie brauchte dazu 15 Verbände innerhalb zweier Monate.

Anfänglich ist der Verbandwechsel nach drei bis vier Tagen, später ein- bis zweimal wöchentlich zu wiederholen.

Zur Nachbehandlung bezw. in prophylaktischer Hinsicht empfiehlt M. das dauernde Tragen der HAHNSCHEN Binde oder eines Gummistrumpfes.

*Arthur Rahn-Collm (Sachsen).*

**Über die chirurgische Behandlung der Beingeschwüre, von JEAN MAGIN.** (*Thèse de Paris. 1904. Nr. 16.*) Vor der Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden gibt Verfasser eine Übersicht über die Frage der Ätiologie der varikösen Geschwüre.

*Fritz Loeb-München.*

**Zur Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens), von J. GUSZMAN-Budapest.** (*Ory. Hetilap. 1905. Nr. 37 u. 38.*) Die Affektion ist sehr selten, tritt fast ohne Ausnahme gleich im Anfang des extrauterinen Lebens auf und bleibt unveränderlich bestehen; therapeutisch ist die Krankheit nicht zu beeinflussen. — Bei dem beschriebenen Fall, ein vollständig gesundes Mädchen von 16 Jahren, besteht das Leiden seit der Geburt. Eine ähnliche Erkrankung ist weder bei den Eltern noch bei den fünf Geschwistern vorgekommen. Der größte Teil der Haare der Parietal- und Occipitalgegend zeigt die typische Spindelform, durch ihre Gebrechlichkeit ist an den erkrankten Stellen eine fast vollständige Kahlheit entstanden. Die abgebrochenen Haare sind mit kleinen Hornkegeln umgeben, deren große Zahl einen reibreiähnlichen Zustand der Haut verursacht. Die Haare der Axillargegend zeigen in kleiner Anzahl dieselbe Veränderung. Augenbrauen, Wimpern und die Behaarung der Genitalgegend sind normal. — Mikroskopisch sind zweierlei Haare zu unterscheiden: Haare mit typischer Spindelform und solche, die einfach verdünnt sind, ohne die moniliformen Veränderungen, so daß einzelne Haare zur Diagnose nicht immer genügen. Die moniliformen Haare sind im allgemeinen dünner, selbst die dicksten Stellen der Spindeln erreichen kaum die durchschnittliche normale Dicke, so daß die dünnen Internodien das Pathologische darstellen. An den Stellen der Einschnürung ist die Rinden- und Marksubstanz verdünnt, die Cuticula verdickt. Ist das Haar abgebrochen, dann entsteht das Bild zweier ineinander gesteckten Pinsel, wie bei Trichorrhix nodosa. Die einfach verdünnten Haare enthalten kein Pigment, da die Bindensubstanz stark vermindert ist. — Das Stratum granulosum ist verdickt, hauptsächlich in der Nähe der Follikelöffnungen, das Stratum corneum ebenfalls stark entwickelt, oberhalb der Follikel ganze Hornmassen bildend. Die Blutgefäße des Coriums sind erweitert und ist ein deutliches perivaskuläres und perifollikuläres Rundzelleninfiltrat zu sehen. Die Haare sind innerhalb der Follikel in ihrer ganzen Länge moniliform verändert, an Stellen der Internodien ist die äußere Wurzelscheide verdickt, so daß der äußere Kontur derselben geradlinig verläuft. Die innere Wurzelscheide ist im ganzen verdickt, hauptsächlich den Internodien entsprechend. Die HUXLEY-HUXLEYsche Schicht sowie die Cuticula werden durch Pikrinsäure ganz homogen gefärbt, ihre Grenzen sind nicht zu unterscheiden. Bei Flachschnitten sieht man, daß die Haarfollikel nach der Hautoberfläche konvergieren und noch unterhalb der Ausführungsgänge der Talgdrüsen miteinander verschmelzen. Es entstehen aus zwei bis drei bis fünf Haarbälgen große Follikel, aus welchen die Haare gemeinsam auftreten. Talgdrüsen sind um diese Follikelgruppen nur in geringer Zahl vorhanden, können auch gänzlich fehlen, während die die solitären Haare umgebenden Drüsen intakt sind. Die Monilethrix wird 1. durch die Keratosis pilaris-ähnlichen Veränderungen der Kopfhaut, 2. durch die gleich im Bulbus auftretende partielle und intermittierende (monili-

forme Haare), teils gänzliche (dünne Haare) Aplasie der Haare, und 3. durch die Verschmelzung der Haarfollikel unterhalb der Talgdrüsen charakterisiert.

B. Kollarits-Budapest.

### Idioneurosen.

**Über Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung,** von O. BRUHNS. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbildg.* 1. April 1905.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, bespricht B. die inneren und die äußeren Ursachen des Hautjuckens nach einem im ärztlichen Fortbildungskurse gehaltenen Vortrage. Von einer ersten Gruppe von Ursachen, den inneren, seien außer den allbekannten, wie Diabetes, Ikterus, Gicht, noch genannt Leukämie und Pseudoleukämie, ferner das Jucken nach Morphium-, Kokain- und Gebrauch ähnlicher Stoffe, der Pruritus gravidarum usf. Was die Formen des rein nervösen Juckens betrifft, so glaubt Br., daß der Pruritus senilis vielleicht nicht ganz mit Recht demselben zuzurechnen, sondern auf anatomische, durch das Greisenalter bedingte Veränderungen der feinen Nervenendigungen zurückzuführen sind; ebenso sei der Pruritus hiemalis und aestivalis nicht als rein nervöser aufzufassen. Von den äußeren Ursachen des Juckens kommen neben den bekannten, durch Parasiten verursachten — zuweilen große Schwierigkeit der Scabiesdiagnose! — die durch Reizungen von pflanzlichen Organismen (Brennnesseln, Primeln) und die Reihe von Hauterkrankungen in Betracht, wie Ekzem, Lichen ruber, Prurigo, Pityriasis rosea und versicolor, auch Psoriasis, zuweilen auch das kleinpapulöse Syphilid, wo Jucken zu den Symptomen gehört. Die Therapie des Hautjuckens erfordert natürlich in erster Reihe Beseitigung der ursächlichen Krankheitszustände, bei Scabies empfiehlt Bruhns von allen neueren Mitteln die Schwefelsalbe (Sulfur. praecip. 30,0, Azung. porci 100,0). Die Behandlung des nervösen Pruritus ist oft sehr schwierig, hydropathische Prozeduren sind hierbei nur mit Vorsicht anzuwenden, heiße Umschläge wirken oft jucklindernd, auch Schwitzprozeduren, Schwitzbäder, Glühlichtkasten usw. Bezüglich der inneren Behandlung sind Abführkuren, in hartnäckigen Fällen Schlafmittel und als speziell den Juckreiz lindernde Mittel Atropin. sulfur. (in Pillen zu  $\frac{1}{2}$  mg, abends 1—2 Pillen), auch Salol, Aspirin und Karbolsäure je nach dem Falle zu empfehlen. Von äußeren Mitteln seien das in neuerer Zeit empfohlene Bromocoll in 10- bis 20% iger Salbe, das Anthrasol, Resorcinzink- und Chrysoarbinszinkpasten neben den verschiedenen älteren Mitteln, wie Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Betupfungen mit Thymol- oder Mentholspiritus genannt; schließlich sei der Lichtbehandlung nicht zu vergessen, da manche Fälle von hartnäckigem Pruritus durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflusst worden seien.

*Stern-München.*

Ein weiterer Beitrag zum Studium des Pruritus ani, speziell in bezug auf dessen Therapie, von LEWIS H. ADLER - Philadelphia. (*New York med. Journ.* 29. Juli 1905.) Von allen Krankheiten welche Rektum und Anus betreffen, ist mit Ausnahme der malignen Neubildungen und Tuberkulose nach Verfassers Erfahrung Pruritus ani am schwersten zu behandeln. Die Ätiologie ist entweder eine lokale, konstitutionelle oder reflektorische; ist keine dieser Ursachen vorhanden, so spricht man von einer Neurose. Das Leiden kommt bei aller Art Individuen, mageren und fetten, reichen und armen vor, aber selten im Alter unter 25 und gewöhnlich über 35 Jahre. Diabetes, Gicht, Leberaffektionen, Exzesse im Essen, Trinken, Rauchen geben die häufigsten konstitutionellen Ursachen ab. Das männliche Geschlecht ist nach A.s Erfahrung weitaus häufiger befallen wie das weibliche, in etwa 19 von 20 Fällen. Die Jahreszeit scheint zwar keinen besonderen Einfluß zu haben, es

dünkt jedoch A., daß bei kaltem Wetter der Pruritus ausgeprägter ist. Bezüglich der Behandlung ist es nun wichtig, daß Patient täglich Stuhlgang hat, in der ersten Zeit täglich vom Arzte besucht wird und 4—10 g folgender Lösung in das Rektum eingespritzt wird: Extr. fluid. hamamel. 60,0, Extr. fluid. ergotini —, Hydrast.  $\approx$  7,5, Tinct. benz. compos. 7,5 M. D. S. Gut umschütteln vor dem Gebrauch. Patient muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß als Folge dieses Einlaufes Stuhldrang eintritt, der aber möglichst zurückzuhalten ist. Hat die Haut in der Umgebung des Anus ein sehr trockenes und rauhes Aussehen, so muß sie im weiten Umkreis mit einer konzentrierten Argentum nitricum-Lösung, eventuell ein zweites und drittes Mal nach je viertägigen Pausen, bepinselt werden. Am Tage nach der Argentum-Applikation und die folgenden Tage muß der Anus und die ganze Haut im Umkreise von 5 cm reichlich mit Unguentum hydrargyri nitratis eingerieben und darüber Watte mittels T-Binde befestigt werden. Wird das Juckgefühl einmal sehr heftig, so ist ein Bad, so heiß als möglich, zu empfehlen, aber dringend davor zu warnen, daß der Patient irgendwie an den Teilen reibt, ebenso soll dies vermieden werden, wenn er vor der täglichen Visite beim Arzt mit kastilianischer Seife und heißem Wasser die Reinigung vornimmt. Die ersten zwei bis drei Wochen soll der Patient täglich, dann jeden zweiten Tag ebenso lange Zeit hindurch oder länger (sechs Wochen lang) beim Arzte erscheinen, wonach ein- bis zweimal pro Woche bis zur völligen Heilung genügen; gewöhnlich beansprucht diese Behandlung etwa sechs Monate, worauf man natürlich die Patienten bei Beginn ausdrücklich hinweisen muß. ADLER hat mit dieser Methode eine große Reihe von Fällen behandelt und nur an dreien, welche er des Näheren erläutert, einen Mißerfolg gehabt.

In der (in der amerikanischen proktologischen Gesellschaft, siebente Versammlung, 5.—6. Mai 1905) auf den Vortrag ADLERS folgenden Diskussion erklären MARTIN und GANT, daß sie ebenfalls mit dieser Argentum nitricum- und Salbenbehandlung gute Erfolge gehabt haben; letzterer hebt jedoch hervor, daß zu starke Argentum-Lösung nicht angezeigt sei, ferner, daß er mit der von PENNINGTON so sehr empfohlenen X-Strahlenbehandlung nicht viel Erfolge gesehen habe. JOHN L. JELKS-Memphis hingegen hatte mit Salben und Argentum nitricum nur Mißerfolge; mit verdünnten Formalin-Lösungen, ganz heiß in und um das Rectum appliziert, nur gute Resultate. TUTTLE - New York warnt ebenfalls dringend vor Anwendung der X-Strahlen, die zweifellos Sterilität und dadurch oft in manchen Fällen großes Unglück bewirken könnten. Er hat mit der Hg-Salbe Erfolge, aber glaubt, daß eine sechs Monate währende Behandlung zu lange für die Geduld des Patienten sei, sechs Wochen müßten auch genügen. Karbolsäure hält er neben der Allgemeinbehandlung für das beste Mittel gegen den Pruritus ani. HINSCHMANN erklärt, man müsse oft verschiedene Mittel versuchen, bis dieser Zustand geheilt sei; mit Belladonnasalbe wurden manche Fälle geheilt, als das beste erwies sich ihm reines Ichthyol, bei Tag aufgelegt, während bei Nacht 20% Resorcin in Teersalbe mit etwas Belladonna appliziert wird. Im allgemeinen erforderte diese Behandlung zwei Monate, die Heilung könne zwei und drei Jahre anhalten und dann irgend ein Diätfehler (z. B. ein Glas Champagner) das Leiden wieder zum Vorschein bringen.

*Stern-München.*

**Ursache und Behandlung von Pruritus ani, von F. C. WALLIS - London.** (*Brit. med. Journ.* 18. Mai 1905.) Unter der Bezeichnung Pruritus ani bespricht W. hier nicht die vorübergehenden Fälle, welche durch Ekzem, Diätfehler, Helminthen usw. bedingt werden, sondern die chronischen, jahrelang andauernden Formen. Aus seinen Beobachtungen an 272 Fällen geht hervor, daß bei mehr als 90% dieser Kranken sich ein seichtes Geschwür vorfindet in dem Raum zwischen den Sphinktern,

und daß manchmal mehr oder weniger ausgebreitete Einrisse, welche den ganzen Darm umschließen können, vorhanden sind. Das aus diesen Substanzdefekten hervorquellende Sekret gibt die Hauptursache des Reizzustandes ab. Die umgebende Haut findet man bei diesen Fällen in einem Zustand chronischer Entzündung mit derb fibröser Infiltration, verminderter Elastizität und gequollenem, abgestorbenem Epithel. W.s Behandlung dieser Affektion besteht darin, das Geschwür sowie etwaige Rhagaden und auch die infiltrierte Haut in der Narkose mit dem elektrischen Thermokauter gründlich zu bestreichen. Auf die verschorfte Fläche wird Vaseline gestrichen, ein Morphium-Suppositorium wird eingelegt und ein Watteverband mittels einer T.-Binde angelegt. Nach drei Tagen wird ein Klystier gegeben und zweimal täglich mit warmer Borsäurelösung gebadet. Nach dem Baden wird die Haut gründlich abgetrocknet und mit Zink-Amylumpuder bestreut. Ein kleiner mit solchem Puder imprägnierter Wattausch wird leicht in den Mastdarm eingeschoben. In solchen Fällen, wo die Exkoration den Darm mehr oder weniger vollständig umschließt, empfiehlt es sich, das ganze Stück absuprätieren und die Wundränder mit Katgut zu vereinigen. Zur ambulanten Behandlung genügt es oft, nach Kokainisierung des Ulcus mit Milchsäure oder mit dem Thermokauter zu betupfen, doch ist es besser, die Patienten unter Aufsicht 10—14 Tage im Bette zu halten.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

### Sekretionsanomalien.

Zur Behandlung des Schweißfußes in der Armee, von FISCHER - Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.) F. empfiehlt zur Behandlung des Schweißfußes speziell in der Armee 5—10 %igen Formalinvasenolpuder, dem 1 % Salicylsäure und Zinkoxyd (wieviel, wird nicht angegeben, Ref.) zugesetzt ist. Der Puder wird, nachdem die Füße mit 1 %igem Salicylspiritus abfrottiert worden sind, mit der Hand gut eingerieben, wobei insbesondere auch die Haut unter und zwischen den Zehen zu berücksichtigen ist; auch in die Strümpfe oder Fußlappen und in die Stiefel muß Formalinvasenol eingestreut werden. Die ganze Prozedur wird acht Tage hindurch zweimal täglich wiederholt, während der folgenden drei bis fünf Wochen genügt es, Füße und Fußbekleidung zwei- bis dreimal wöchentlich einzupudern. Während der ganzen Dauer der Behandlung dürfen die Füße nicht gebadet oder gewaschen werden, höchstens unmittelbar vor Beginn der Puderanwendung ist zur mechanischen Reinigung ein kaltes Seifenbad erlaubt. Das Unterlassen der Fußbäder hat nichts Mifliches an sich, da der üble Geruch schon am zweiten Tage der Puderbehandlung verschwunden ist. Erst wenn die Füße unter der Einwirkung des Formalinvasenol trocken geworden sind und auch bei längeren Märschen trocken bleiben, dürfen ab und zu wieder kühle Fußbäder genommen werden. Wie bei jeder Schweißfußbehandlung muß auch bei der Anwendung des Formalinvasenols darauf geachtet werden, daß die Fußbekleidung stets trocken ist; insbesondere dürfen keine Filzsohlen getragen werden, da diese sich mit Feuchtigkeit vollsaugen.

Das neue Verfahren wirkt nach den Beobachtungen F.s vorzüglich; es ist absolut unschädlich, sehr einfach und übertrifft an Sicherheit der Wirkung und auch an Billigkeit jede andere Methode; speziell vor der Behandlung des Schweißfußes mit Formalinpinselungen hat es den für den Gebrauch in der Armee sehr wesentlichen Vorzug, daß der Patient die ganze Prozedur selbst ohne Hilfe vornehmen kann. Zur bequemen Anwendung des Puders hat Köpp - Leipzig-Lindenau 100 g fassende Streudosen aus Weißblech mit sicher abschließendem Überdeckel herstellen lassen; der Inhalt einer Dose reicht bei einigermaßen sparsamem Gebrauch für ungefähr drei Wochen. Tausend solche Dosen kosten 250 Mark, eine Neufüllung 170—180 Mark.

0,5–2%iges Formalinvasenol leistet gute Dienste bei oberflächlichen Haut-  
abschürfungen, wie Wundlauf, Wundreiten usw., bei Intertrigo, Balanitis, Neigung  
zur Furunkelbildung, Miliaria und Sudamina. *Götz-München.*

Zur Behandlung des Schweißfußes in der Armee, von VILLARET - Frank-  
furt a. M. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.) V. wendet sich (in zum Teil  
unnötig scharfer Form, Ref.) gegen die von FISCHER vor kurzem empfohlene Behand-  
lung des Schweißfußes mit Formalin und speziell mit Formalinvasenolpuder. Die  
Austrocknung und Erhärtung der Haut durch Formalin und Formalinpräparate ist  
nichts anderes als eine Zerstörung der Schweißdrüsen, und das herbeizuführen ist  
nach V. ein schwerer Fehler. Es gilt überhaupt nicht, die Schweißabsonderung an  
den Füßen, sondern die Schweißzersetzung zu bekämpfen; das tut, ohne die Schweiß-  
drüsen zu schädigen, die Salicylsäure, die im Gegensatz zur Chromsäure und zum  
giftigen, ätzenden Formalin ein rationelles Mittel für die Schweißfußbehandlung ist.  
Nur für die Desinfektion der Stiefel und Schuhe eines mit Schweißfuß Behafteten  
ist Formalin zu empfehlen. Der Warnung FISCHERS vor dem Waschen der Schweiß-  
füße tritt V. ganz energisch entgegen; häufiges Waschen mit frischem, nicht zu kaltem  
Wasser ist eines der besten Mittel, um den durch vernachlässigte Fußpflege in der  
Jugend entstandenen Schweißfuß zu heilen. Nur warmes Wasser soll nicht verwendet  
werden. *Götz-München.*

Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenicet, von LENGFELD - Berlin.  
(*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Lenicet ist ein neues Aluminiumacetat; es  
hat die Form eines höchst feinen, sehr voluminösen, schneeweißen Pulvers, das sich  
nur schwer und wenig löst und, auch in größten Mengen genossen, vollkommen un-  
giftig ist. Es ist luft- und lichtbeständig, nicht hygroskopisch und hat einen säuer-  
lichen Geruch. Lenicet stellt eine kondensierte, wasserfreie Form des in der essig-  
sauereren Tonerdesolution gelösten Aluminiumacetats dar; mit Wasser gibt es sehr  
feine Suspensionen, es spaltet langsam, aber ununterbrochen, geringe Mengen eines  
sauren Aluminiumacetats ab, welches in Lösung geht und sehr reaktionsfähig ist.

Zur Behandlung kamen vor allem die Hyperhidrosis der Füße, dann die der  
Hände, der Achselhöhlen und der Leistengegend, sowie, allerdings mit negativem Er-  
folge, ein Fall von Dysidrosis manuum. Die austrocknende und zugleich desodori-  
sierende Wirkung des Lenicets machte sich in der Regel sehr rasch bemerkbar. Schon  
nach wenigen Tagen trat eine Besserung ein, und die Patienten gaben ihrer Zufriedenheit  
mit dem Präparat Ausdruck, da es besonders auch den üblen Geruch vollkommen zum  
Verschwinden brachte.

Das Präparat wurde anfangs rein, später aber mit demselben Erfolge mit Talkum  
vermischt, zur Anwendung gebracht, und zwar als 50 bzw. 20%iges Lenicetpuder.

*Arthur Rahn-Berlin.*

Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenicet, von LENGFELD - Berlin. (*Wien.  
klin.-therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Lenicet ist eine kondensierte, wasserfreie Form  
des Aluminiumacetats und enthält 70% Essigsäure, 30% Aluminiumoxyd; es ist ein  
feines, voluminöses, schneeweißes Pulver, in Wasser nur wenig löslich, licht- und  
luftbeständig, nicht hygroskopisch, vollständig ungiftig. Verfasser hat 45 Fälle von  
Hyperhidrosis der Hände, Füße, Achselhöhlen und Leistengegend mit Lenicet zunächst  
rein, später mit Kalk in 20%iger Konzentration vermischt behandelt, und rühmt  
dessen austrocknende und desodorierende Wirkung. *Putzler-Dansig.*

## Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Serie von Fällen von *Icterus neonatorum* in derselben Familie, von J. MURFIELD-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1906.) Eine mit 17 Jahren verheiratete Arbeiterfrau hatte im Laufe von 17 Jahren 10 Kinder geboren. Nr. I, zunächst gesund, starb mit fünf Monaten an Bronchitis. Nr. II, ikterisch, erholte sich. Nr. III, IV, V starben schnell, mehr oder weniger ikterisch. Nr. VI entwickelte am zweiten Tage intensiven Ikterus und starb. Nr. VII und VIII intensiv ikterisch, erholten sich und blieben gesund. Nr. IX starb mit Ikterus am vierten Tage nach der Geburt, desgleichen Nr. X. Für Syphilis konnten keine Anhaltspunkte erhoben werden, und die Ursache dieses ungewöhnlichen Verhaltens scheint schwer zu erklären.

*Philippi-Bad Salzschluf.*

Über das subcutane Emphysem im Verlauf von Pneumonien bei Kindern, von PAUL CAMUS. (*Thèse de Paris.* 1903. Nr. 71.) Die Affektion hat eine sehr schlechte Prognose und führt fast stets ad exitum. Therapeutisch steht man ihr machtlos gegenüber.

*Fritz Loeb-München.*

**Emphysema mediastinale et subcutaneum universale bei einem Keuchhustenanfall,** von AUG. STRAUCH-Chicago. (*New Yorker med. Monatschr.* 1905. Nr. 9.) St. berichtet über einen Fall von Emphysema subcutaneum universale bei einem 6 $\frac{1}{2}$ -jährigen Mädchen, das an Pertussis litt mit sehr heftigen paroxysmenartigen, trockenen Hustenanfällen, sakkadierten Expirationstößen und darauffolgenden jubelnden Inspirationen und Würgen. Das Kind wurde durch die Häufigkeit sowie die Intensität der Hustenattacken in hohem Grade gequält, auch hatte es an Körpergewicht sehr erheblich abgenommen, die Haut war in weiten schlaffen Falten abhebbar. Vier Tage, nachdem St. das Kind zum erstenmal gesehen, fand er folgenden Status: das Gesicht ist bis zur Unkenntlichkeit aufgedunsen, die Augenlider sind durch starke Schwellung geschlossen und sind nur mit Mühe voneinander abzudrängen. Bei leichtem Druck mit dem Hörrohr ist auskultatorisch leichtes Krepitieren wahrzunehmen. Die Schläfengegend ist beiderseits stark vorgebaucht, nach oben hin verliert sich die Schwellung in die unveränderte Kopfhaut. Wangen und Kinn ebenfalls stark aufgebläht, die Lippen verdickt, rüffelartig vorgestreckt. Die emphysematöse Auftreibung des Unterhautzellgewebes zeigt bedeutende Dimensionen am Hals und der Unterkinnengegend. Der ganze Rumpf erscheint luftpolsterartig, enorm aufgebläht. Besonders der Bauch erscheint froschähnlich verbreitert. Eben solche Auftreibungen der Haut finden sich am Mons veneris, den großen Labien, am Rücken; ferner am Oberarm, Vorderarm und Handrücken, sowie an den Phalangen der Finger abgesehen von den Grundphalangen. Auch an den Oberschenkeln findet sich eine starke Zunahme des Umfangs. Was die Entstehung derartiger Hautemphysemen anbelangt, so kommen dieselben wahrscheinlich auf folgende Weise zustande. Durch Zerreißen von geblähten Lungenalveolen bei heftigen Hustenattacken und Dyspnoe entsteht eine intercelluläre, interlobuläre Luftinfiltration des Lungenparenchyms, wonach die Luftbläschen entweder in dem die Bronchien und Lungengefäße umgebenden Bindegewebe bis zum Lungenhilus weiterwandern oder, sich subpleural verbreitend, die Pleura pulmonalis mitunter auf weite Flächendehnung bis zur Lungenwurzel ablösen und schließlich von hier aus in das mediastinale Zellgewebe weiterwandern, um den Weg entlang dem Verlauf der großen Gefäße, der Trachea, dem Ösophagus zum Hals, Gesicht usw. zu nehmen. Im vorliegenden Falle hatte zweifellos die hochgradige, rapide Abmagerung und die Erschlaffung des Gewebes die Prädisposition für die generelle Ausbreitung des subcutanen Emphysems erzeugt.

*Putzler-Dansig.*



**Hautemphysem in einem Falle von Bronchopneumonie**, von FRED S. SPEARMAN-Whiting, Jowa. (*Amer. med. Assoc. Journ.* 2. Sept. 1905.) Bei dem 16 Monate alte Kinde entwickelte sich im Anschluß an einen Keuchhusten eine Bronchopneumonie, in deren Verlauf sich plötzlich Hautemphysem einstellte, zuerst an der linken Halsseite, in den folgenden Tagen sich ausdehnend über die ganze obere Körperhälfte. Der vorher nicht sonderlich günstige Allgemeinzustand des Kindes besserte sich mit dem Entstehen des Emphysems in auffälliger Weise. Der weitere Verlauf war günstig, das Emphysem war nach drei Wochen völlig geschwunden.

A. Loewald-Colmar.

**Über subcutane und periartikuläre Verkalkungen**, von FELIX LEWANDOWSKY-Bern. (*Virchows Archiv.* 1905. Bd. 181.) Der Fall, welchen L. an der Universitätsklinik zu Bern beobachtete, ist der zweite dieser Art und dem ersten von WILDHOLZ vor kurzem beschriebenen (Bildung phosphorsaurer und kohlensaurer Konkreme in Haut und Unterhautgewebe) sehr ähnlich. In dem Falle L.s handelte es sich um eine 57jährige Bäuerin, welche, ohne erwähnenswerte Antezedentien, zwei Jahre vorher zufällig das Vorhandensein kleiner harter Knoten unter der Haut des rechten Vorderarmes unterhalb des Ellenbogens entdeckte; dieselben waren ganz schmerzlos. Objektiv waren die Finger beider Hände beträchtlich und gleichmäßig verdickt, die Haut zeigt einen leicht bläulichen Farbenton und matten Glanz, ihre normalen Falten sind auch über den Gelenken fast vollständig verstrichen; an der Streckseite beider Vorderarme sieht man eine Anzahl rundlicher, ziemlich flacher Prominenzen, am rechten Olekranon zwei etwa haselnußgroße, deutlich prominierende Körper. Am linken Schultergelenk fühlt Patientin bei passiver Bewegung lebhaft Schmerzen, es ist aber palpatorisch nichts Abnormes nachzuweisen. Die Röntgenuntersuchung ergab an den erkrankten Stellen (der Vorderarme) zwischen Haut und Knochen Schatten, die nach ihrer Intensität nur als Kalk- oder Knochenablagerungen gedeutet werden konnten; die Knochen selbst und ihre Gelenkenden sind völlig frei, ihre Konturen überall scharf und nirgends ein Zusammenhang der fremden Körper mit dem Knochen nachzuweisen. In der Gegend des Schultergelenks sieht man das Gebiet der Gelenkkapsel geradexu übersät mit den beschriebenen Einlagerungen; auch hier heben sich die Knochen absolut scharf von diesen ab. Ein kleiner Tumor (am Olekranon) wurde exzidiert, die histologische Untersuchung zeigte harte im Bindegewebe eingelagerte Massen von 3—4 mm Durchmesser und die chemische Untersuchung der letzteren Calciumcarbonat neben Spuren von Calciumphosphat, keine Urate. Ätiologisch hält Verfasser in Anbetracht der Ähnlichkeit dieser Unterhautverkalkungen mit den echten Gichttophi dieselben als die Folge einer Stoffwechselkrankheit, die in Analogie mit der Gicht steht; an letztere erinnert auch die Lieblingslokalisation der abgelagerten Produkte in den Gelenkgegenden und Extremitätenenden. Im weiteren Verlaufe des oben geschilderten Falles zeigten sich die Einlagerungen stärker mit der Haut verwachsen, dieselbe stärker gerötet, von Zeit zu Zeit rheumatische Schmerzen an den Beinen auftretend, palpatorisch weder hier noch in der Schultergegend etwas nachzuweisen. Verfasser führt noch ein paar Fälle von französischen Autoren (MOREL-LAVALLÉ, PROFICHET) an, welche zwar Ähnlichkeit mit dem vorliegenden haben, aber demselben nicht völlig entsprechen, und verwirft die von PROFICHET aufgestellte parasitäre Ätiologie dieser Hautgebilde; eine wohlverständliche Darstellung derselben liefern die der Arbeit beigegebenen Reproduktionen der Röntgenbilder und der histologischen Schnitte.

Stern-München.

**Die Pityriasis versicolor.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 49.) Zusammenstellung der bisher zur Behandlung der Pityriasis versicolor empfohlenen Mittel. Neu ist die Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd, die PAUL GALLOIS rühmt; er gebraucht Wasser-

stoffsuperoxyd von 12 Volumprozent, dem er Borax im Verhältnis von 2 : 100 zusetzt, die Mischung wird mit einem Wattetampon in die erkrankten Hautpartien eingerieben.

*Göts-München.*

**Über Myiasis externa et interna**, von FARR CLUSS. (Inaugural-Dissertation. Tübingen 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Über Ankylostomiasis mit besonderer Berücksichtigung der LOOSSCHEN Lehre über die Einwanderung der Larven durch die Haut**, von A. TERHOLDT-Bochum. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 19.) Entgegen der Ansicht, daß eine Übertragung des Ankylostomas nur per os stattfindet, zeigte Looss, daß auch ein Eindringen in die Haut möglich sei. T. machte dieses Experiment an einem sich freiwillig meldenden Mediziner, dem er die Larven am Arme impfte. Schon nach kurzer Zeit zeigten sich die Würmer im Darm, ein Beweis für die Richtigkeit der Loosschen Lehre.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Die Durchwanderung der Ankylostomalarmen durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit**, von KAYO BRUNS-Gelsenkirchen und WILLY MÜLLER-Baukau. (*Münch. med. Wochenschr* 1905. Nr. 31.) Nachdem Looss 1898 zuerst darauf hingewiesen hat, daß eine Infektion mit Ankylostoma nicht nur durch den Digestionsapparat, sondern auch durch die unverletzte Haut erfolgen könne, wurden mehrfach nach dieser Richtung hin Versuche an Menschen und Tieren vorgenommen, zum Teil mit positivem Erfolge. Auch die von den Verfassern angestellten Tierversuche und zwei von vier Experimenten an Menschen ergaben positive Resultate. Ein Zweifel daran, daß die Ankylostomalarmen auch durch die Haut in den menschlichen und tierischen Körper eindringen könne, erscheint daher nicht mehr gerechtfertigt. Die Infektion kann von jeder Stelle der Hautoberfläche aus erfolgen; Gelegenheit zu dieser Art von Infektion ist überall da gegeben, wo larvenhaltige Fäces liegen. Eine Änderung in der Art der Bekämpfung der Wurmkrankheit erfordert die neu gewonnene Kenntnis dieses Infektionsmodus nicht; die bisherigen Maßregeln — Reinhaltung der Gruben und der Bergleute, Fernhaltung von Ankylostomafäces, geregelte Beseitigung der Fäkalien, mikroskopische Untersuchung der Fäces aller Bergarbeiter, Fernhaltung der Wurmkranken von der Arbeit unter Tage — haben sich durchaus bewährt, unter ihrem Einfluß ist die Zahl der Wurmkranken im rheinisch-westfälischen Kohlenrevier seit dem Sommer 1903 von 14510 auf 2670 zurückgegangen.

*Göts-München.*

**Leptus autumnalis und die dadurch bewirkten Hautläsionen**, von W. MACLENNAN-Glasgow. (*Lancet*. 16. Dez. 1905.) Beim Aufenthalt an der See hatte Verfasser mehrmals an sich selbst und bei anderen das Auftreten eines intensiv juckenden, an Urticaria resp. an Ekzem oder Impetigo erinnernden Ausschlages konstatiert. Genauere Beobachtungen zeigte, daß diese Hautläsionen auf der Einwirkung des Acarinen *Leptus autumnalis*, welcher namentlich im Monat August in größerer Massenhaftigkeit auftritt, beruht. Der Parasit hat bei mikroskopischer Untersuchung große Ähnlichkeit mit einer Krätzmilbe, makroskopisch erscheint er als ein eben erkennbares, rotes Körperchen, das mit erstaunlicher Geschwindigkeit sich in die Haarfollikel und auch an anderen Stellen durch die Epidermis bis in die tieferen Hautschichten einbohrt. Da sein gewöhnlicher Aufenthaltsort Grashalme und niedrige Pflanzen sind, so sind namentlich Personen mit wenig abschließender Fußbekleidung gefährdet, und die Prädilektionsstelle der Affektion ist die Gegend um das Sprunggelenk. Bemerkenswert ist der Umstand, daß das Jucken bei dieser Infektion namentlich des Morgens eintritt, was darauf hindeutet, daß die in der Haut des affizierten Menschen abgelegten Eier durch die Bettwärme zur Ausbrütung gebracht werden.

Die entstehenden Quaddeln heilen mit mehr oder weniger entzündlichen Erscheinungen im Verlauf von etwa einer Woche ab, oft mit Hinterlassung einer längere Zeit verbleibenden bräunlichen Verfärbung. Fußbäder mit Creolin, Einreibung einer Karbolsalbe, Unguentum hydrargyri subchloridi, Salmiakgeist sind zur Linderung des Reizes nützlich, ebenso Salben mit Creosot oder Eukalyptus. *Philippi-Bad Salschlüpf.*

Der Einfluss von Salzsäure auf die im Cyclops eingeschlossenen Larven des Guinea-Wurmes (*Filaria medinensis*), von R. T. LEIPER-London. (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1906.) Für *Filaria medinensis* bildet der Cyclops den wie es scheint unentbehrlichen Zwischenwirt. Wenn man unterm Mikroskop einen eine Filarialarve beherbergenden Cyclops in einem Tropfen Wasser beobachtet, so kann man finden, daß ein Zusatz von HCl im Verhältnis von 0,2% (wie im Magensaft) den Wirt tötet, die Larve dabei aber ganz unverletzt bleibt und sich alsbald lebhaft bewegt. Verfasser nimmt an, daß die Infektion des Menschen durch Aufnahme der Larven mitsamt dem Wirt in den Magen erfolgt, was mit der vorliegenden Beobachtung freilich sehr gut stimmen würde. *Philippi-Bad Salschlüpf.*

### Mißbildungen.

Zur Kasuistik des Naevus vasculosus verrucosus faciei (DARIEB), von KOPF. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 84. MERKEL-Festschrift.) Verfasser beschreibt einen Fall, der viele Jahre nach der Geburt auftrat und den er als analog mit den von DARIEB beschriebenen Bildern ansieht. Im achten Lebensjahre traten im Anschluß an Scharlach bei dem Mädchen kleine Knötchen von wachgelber Färbung, teilweise auch vaskularisiert auf, daneben zahlreiche gewöhnliche Naevi verrucosi. Nach mehreren Jahren trat mit Menorrhagien ein neuer Schub der Erkrankung ein. Die Behandlung, meist chirurgisch, war im allgemeinen unbefriedigend.

*F. Hahn-Bremen.*

### Verschiedenes.

Der II. Kongress der Deutschen Röntgen-Gesellschaft findet beschlußgemäß im Langenbeckhause am 1. und 2. April d. J. in Berlin statt. Vorläufige Tagesordnung: Sonntag, den 1. April, vormittags: Geschäftssitzung des Vorstandes. Montag, den 2. April, vormittags: 1. Generalversammlung, insbesondere Beratung und Annahme der Statuten. 2. Vorträge und Demonstrationen. Nachmittags: Vorträge und Demonstrationen. Abends: Projektionsabend und nachher gesellige Zusammenkunft. — Anmeldungen für Vorträge und Demonstrationen sowie Anfragen werden an den derzeitigen Vorsitzenden, Herrn Prof. Dr. EBERLEIN, Berlin NW. 6, Luisenstraße 56, oder den Schriftführer, Herrn Dr. MAX IMMELMANN, Berlin W. 35, Lützowstraße 72, bis spätestens zum 1. März d. J. erbeten, damit das definitive Programm rechtzeitig fertiggestellt werden kann.

# Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 42.

No. 6.

15. März 1906.

Mitteilung aus der Klinik für Dermatologie und Syphilis der Universität zu Kolozsvár.  
(Leitender Professor: Dr. THOMAS v. MARSCHALKÓ.)

## Über einige Fälle der Urethritis traumatica.

Von

Dr. FRANZ v. VERESS, Spitals-Sekundararzt.

Ein Hindernis des erfolgreichen Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten ist auch heute noch, daß ein großer Teil der Patienten nicht im Bewußtsein jener Gefahr ist, in der er gelegentlich einer derartigen Erkrankung schwebt. Wir können es tagtäglich erfahren, daß einzelne Kranke ziemlich große Geschwüre für „kleine Abschürfungen“, syphilitische Primäraffektionen für unbedeutende „Knötchen“ halten, und ein „kleiner Tripper“ wird nicht einmal in Betracht genommen. Meist werden sie bloß durch die gesteigerten Schmerzen oder durch die gelegentlich des geschlechtlichen Verkehrs auftretenden Schwierigkeiten bewogen, sich an den Arzt zu wenden. Es ist nahezu unglaublich, wie indolent zuweilen Geschlechtskranke sind. Ein Beispiel dafür liefert der Fall, den ich unter anderen vor einigen Wochen beobachtete. Ein sonst intelligent scheinender Geschäftsreisender wandte sich an mich mit der Klage, daß er einige verschlimmerte Abschürfungen am Penis habe, zufolge deren der Coitus mit Unannehmlichkeiten verbunden sei. Obwohl ich es ahnte, daß ich keine einfache Abschürfung finden werde, überraschte es mich dennoch, als ich, den Betreffenden untersuchend, am Penis und Scrotum zwei, am Schamhügel ein drittes talergroßes, phagadänisches Geschwür, am kleinen Finger der linken Hand ein pfenniggroßes weiches Geschwür fand und außerdem einen virulenten, totalen Tripper konstatierte. Noch mehr ward ich aber betroffen, als er sich nach vollendeter Ordination folgendermaßen äußerte: „Nicht wahr, Herr Doktor, ich darf wohl mit dem Condom Beischlaf üben?“

Glücklicherweise ist ein solcher Grad von Nachlässigkeit ziemlich selten, so daß die venerischen und syphilitischen Kranken früher oder später sich doch an den Arzt wenden, wohl zuweilen erst dann, nachdem

sich die häusliche Anwendung von Blaustein, roter Salbe, Jodoform und graues Pflaster als erfolglos erwies. Noch viel schlimmer stehen wir mit dem Tripper, der in den Augen des großen Publikums als eine unbedeutende Krankheit figuriert, die „jeder überstehen muß“. Leider wird sie auch von einem großen Teil der Ärzte für ein sehr leichtes Leiden gehalten; viele untersuchen nicht einmal einen solchen Kranken, verordnen ihm bloß auf Grund der vernommenen Klage Zinkwasser oder Kaliumpermanganat und entlassen ihn damit.

Ein solcherweise behandelter Tripper zieht natürlicherweise nach rückwärts, wird chronisch, kompliziert, erschüttert das Vertrauen des Patienten zum Arzte und gibt zur Verbreitung jener irrigen Anschauung Gelegenheit, daß der Tripper (besonders der chronische) überhaupt nicht zu heilen wäre.

Wir dürfen daher nicht staunen, wenn sowohl die Patienten als die Quacksalber den Ausfluß dadurch zu stillen vermeinen, indem sie immer stärkere Lösungen, ätzende Flüssigkeiten in die Harnröhre spritzen, um damit jeden Keim der Krankheit zu vernichten. Zu diesem Behufe wurden bereits die verschiedensten Mineral- und Pflanzensäuren angewendet, desgleichen die leicht erhältliche Blausteinlösung.

Das Einspritzen von ätzenden Mitteln in die Urethra ist selbstverständlich auch in relativ starker Verdünnung entschieden schädlich; der Kranke erreicht gewöhnlich das Gegenteil des bezweckten Erfolges, indem die zustande gekommene künstliche Irritation eine Hyperämie und seröse Durchtränkung der Harnröhrenwand verursacht, wodurch die Gonokokken sich um so tüppiger vermehren und desto tiefer in die Gewebe eindringen. Je konzentrierter die ätzende Lösung ist, desto mehr kommt auch die gewebserstörende Wirkung zur Geltung.

Die mit derselben in Berührung kommenden Teile der Harnröhrenwand nekrotisieren, um und unter denselben tritt eine Demarkationseiterung auf und da die solcherweise entstandenen Geschwüre mittels Narbenbildungen heilen, entwickelt sich in jedem Falle eine Striktur.

In leichteren Fällen löst sich das Epithel der Harnröhre in Form von Platten oder eventuell zusammenhängender, schlauchartiger Membranstücke ab. Nach stärkerer Ätzung kann sich die ganze Schleimhaut in toto von der Submucosa abstofsen. Dann wird ein schmutziges, grünlich-braunes Sekret entleert, das Eiter, Blut, Epithelzellen und ungemein viele Bakterien enthält. In den auf die Einspritzung folgenden Stunden oder Tagen kann zufolge der entzündlichen Harnröhrenverengung eine akute Harnretention und nachher ein Blasenkatarrh auftreten. Je konzentrierter die ätzende Flüssigkeit war und je tiefer sie in die Harnröhre drang, desto schwerer sind die Folgen ihrer Anwendung. Die Verletzungen selbst können in einigen Wochen heilen, doch kann die allmählich zunehmende

Striktur und der sich etwa dazugesellende Blasenkatarrh dem Kranken zeit lebenslang Unannehmlichkeiten verursachen.

An unserer Klinik beobachteten wir in letzterer Zeit drei solche Fälle, in denen die Betreffenden behufs Aufhebung ihres Trippers ätzende Flüssigkeiten in die Harnröhre spritzten.

1. B. J., 17jähriger Lehrling, suchte am 6. August letzten Jahres unsere Klinik mit der Klage auf, daß ihm wegen seines vor drei Wochen begonnenen Trippers eine Hebamme vor einer Woche drei Tage hindurch drei- bis viermal täglich eine starke Blausteinlösung (cuprum sulfuricum) in die Harnröhre injizierte. Der Penis ist ihm demzufolge angeschwollen, schmerzt sehr und der Harn wurde blutig.

Der schwach entwickelte, mäßig genährte Jüngling macht den Eindruck eines schweren Kranken. Das Gesicht ist blaß, die Augen eingefallen, Körperhaltung kraftlos, der Gang beschwerlich, die Sprache war schwerfällig. Die Temperatur stieg auf  $38^{\circ}$ , der Puls war schwach, frequent.

Der Penis war ödematös und aus der entzündeten Harnröhrenöffnung hängt eingetrocknetes, eiteriges Sekret zapfenartig hervor. Ich wollte ihn mittels Watte abwischen, was jedoch nicht gelang, da der für trockenes Sekret gehaltene Stoff, wie ich mich mittels eines zarten Zuges überzeugen konnte, der untere Teil einer langen, die ganze Harnröhre ausfüllenden, nekrotischen Masse war. Unter steigenden Schmerzen des Patienten extrahierte ich einen zirka 18 bis 20 cm langen und 7 bis 8 mm dicken bleistiftförmigen, massiven Zapfen, nach dessen Entfernung aus der klaffenden Harnröhre eine ziemlich heftige Blutung eintrat. Etwas später entleerte der Kranke unter großer Pein ca. 150 g blutigen, eiterigen, in Zersetzung begriffenen und enorm viel Bakterien enthaltenden Harn.

In den darauf folgenden zwei Tagen verordneten wir Bettruhe, kalte Umschläge und 3 g Salol pro die.

Urinieren konnte Patient bloß gelegentlich des Stuhlganges.

Am 8. VIII. entleert sich aus der Harnröhre ein blutiges, eiteriges Sekret, der Harn ist wieder blutig, eiterig, voll von Bakterien. Gonokokken fanden wir nicht. Wir injizierten durch einen ständigen Katheter zweimal täglich Kalium hypermangan. in einer Verdünnung von 1:20000 in die Blase.

Am 10. VIII. Die Blase wurde mit einer Lösung von 1:10000 durch NÉLATONschen Katheter ausgespült und nachher die Harnröhre mit 10%oigem Bismuth-Ol. vaselini überzogen.

13. VIII. Der ständige Katheter wurde entfernt; die Behandlung ist die nämliche; Patient befindet sich ziemlich wohl, wird kräftiger, der Harn klärt sich.

16. VIII. Die Blasenwaschung wird ohne Katheter, mit JANETscher Spritze unternommen. Der Kaliber der Harnröhre entspricht Nr. 14 Charrière. Es wird eine systematische Dehnung unternommen.

20. VIII. Patient uriniert selbständig, in dünnem Strahle, mit Unterbrechungen. Die Verengung, die sich entlang der ganzen Urethra erstreckt, hat sich bereits auf Nr. 21 Charrière erweitert. Harn in beiden Gläsern rein.

4. IX. Striktur beträgt Nr. 23 Charrière.

18. IX. Patient entfernt sich mit klarem Urin und einer auf 26 Charrière erweiterten Urethra.

Bei histologischer Untersuchung des aus der Harnröhre extrahierten nekrotischen Zapfens erhellt es, daß derselbe den größten Teil der Urethralschleimhaut enthält. Dieselbe hat sich nämlich von der Submucosa abgelöst und ist vollkommen zugrunde gegangen, wie es der Mangel der Kernfärbung bezeugt. Am Querschnitte ist in der Mitte ein enges Lumen zu sehen, das durch die in Längsfalten zusammengelegte Schleimhaut ausgefüllt wird. In diesem Gewebe ist eine Rundzelleninfiltration riesiger Anzahl zu sehen, so daß der größte Teil der Zapfenmasse aus Eiterzellen, Blut und Protoplasmagetrümmer besteht. Gonokokken konnte ich auch hier nicht finden.

2. V. F., 48jähriger Monteur, erhielt vor etwa 7 bis 8 Jahren von einem alten Manne hier in Kolozsvár den Antrag, daß er seinen alten Ausfluß um 5 Gulden heilt. Das Übereinkommen kam zustande und der Alte injizierte reines Scheidewasser in die Harnröhre von F., wodurch sein Penis und Scrotum angeblich „manneskopfgroß“ angeschwollen wurde. In diesem Zustande gelangte er auf unsere Klinik, woher er nach einer Behandlung von einigen Wochen gesund entlassen wurde. Seither fühlte er gar keine Unannehmlichkeiten, bis im Monate Juli l. J. wieder Harnbeschwerden auftraten, weswegen er sich an uns wendete.

Zu dieser Zeit konstatierte ich bei ihm einen Blasenkatarrh und eine bloß mit filiformer Bougie passierbare Harnröhrenverengung, die beim Orificium begann und sich 5—7 cm einwärts erstreckte. Deshalb vollzog ich täglich Lapisausspülungen und eine systematische, graduelle Erweiterung. Als ich Charrière Nr. 17 erreichte, blieb Patient aus und seither weiß ich von seinem Schicksale nichts.

3. N. B., 32jähriger verheirateter Amtsdienner, entschloß sich anfangs August l. J., seinen frisch erworbenen Tripper auf radikale Weise zu heilen. Zu diesem Behufe spritzte er, ohne jemanden zu fragen, konzentrierte Karbolsäure in die Harnröhre. Der plötzliche Schmerz verhinderte glücklicherweise das tiefe Eindringen der Flüssigkeit, so daß die Karbolsäure bloß einige Zentimeter weit in die Urethra drang. Der größte Teil ätzte die Haut des Penis und des Scrotums in langen Streifen und talergroßen Flecken.

An der roten, geschwollenen Wand der äußeren Harnröhrenmündung ist ein geringes, seröses, eiteriges und Gonokokken enthaltendes Sekret zu sehen. Mit dem Speculum weiter schreitend, wird die Wand der Harnröhre auf einem Gebiete von etwa 4—5 cm von oberflächlichen, mit grauem Belage versehenen Ätzungen bedeckt. Die Harnröhre ist ihrer ganzen Länge nach geschwollen, homogen, dunkelrot (gonorrhöisch), die normale Streifung ist verschwunden.

Nach fünfwöchentlicher klinischen Behandlung heilten sowohl die durch Karbolsäure verursachten Verletzungen als die totale Gonorrhoe, ohne daß eine Striktur bedeutenderen Grades entstanden wäre.

Wie es aus den oben geschilderten drei Krankheitsfällen erhellt, bringen die Harnröhrenverletzungen solchen Charakters eine gewisse typische Symptomengruppe zustande. Anfangs treten in Begleitung von Schmerzen entzündliche Erscheinungen auf, die Harnbeschwerden verschiedenen Grades verursachen. Die in der Harnröhre auch sonst anwesende Bakterienflora vermehrt sich beträchtlich, kann in die Blase gelangen und dieselbe infizieren. Schließlich entwickelt sich nach jeder schwereren Ätzung eine Striktur.

Die Ähnlichkeit zwischen den obenerwähnten Verletzungen der Harn- und Speiseröhre ist eine bedeutende, nur sind hier die Verhältnisse insofern günstiger, daß die Ernährung nichts einbüßt und das Leiden der Behandlung leichter zugänglich ist.

Meinem Chef, Herrn Professor VON MARSCHALKÓ, sage ich auch an dieser Stelle Dank für die freundliche Überlassung der einzelnen Fälle.

---



Aus der dermatologisch-syphilitischen Abteilung des St. Lazarus-Hospitals in Krakau (Prim. Dr. BORZECKI) und aus dem Laboratorium der dermatol. Klinik (Prof. REISS).

### Ein Fall von Myoma cutis multiplex.

Von

Dr. FRANZ KRZYSZTALOWICZ,  
Privatdozent der Dermatologie in Krakau.

Mit zwei Abbildungen im Text.

So wie in anderen Organen beobachten wir auch in der Haut maligne und benigne Neubildungen. Die ersteren zeigen weniger, die anderen dagegen viel mehr spezifische, mit der Struktur dieses Organs zusammenhängende Merkmale. Sowohl die einen wie die anderen zeichnen sich häufig durch die Art ihrer Entstehung aus und sind vom pathologischen Standpunkte aus von großem Interesse.

Zunächst ist zu bemerken, daß die Benignität der letzteren keine ganz ausgesprochene ist, besonders in betreff der großen Gruppe der Naevi, welche eine für die Haut charakteristische Gruppe bilden. Andere, wie die wahren Keloide, die verschiedenartigen Xanthome, die spitzen Kondylome, die Mollusca contagiosa, welche der allgemeinen Gruppe der Neubildungen zugezählt werden, entsprechen, streng genommen, diesem Begriffe nicht ganz. Endlich beobachtet man eine Gruppe von bald benignen, bald malignen Neoplasmen, welche einen gewissen, für die Haut charakteristischen Typus zeigen. Zu diesen gehören: der Typus des Xeroderma pigmentosum mit den verschiedenartigen Neoplasmen (Epithelioma, Sarcoma, Fibroma, Angioma, Myxoma) und das Neurofibroma cutis multiplex, welches häufig von Erscheinungen des zentralen Nervensystems begleitet wird.

Die beiden letzteren Krankheitsprozesse haben viele gemeinschaftliche Merkmale. Beide beginnen in den ersten Lebensjahren und manifestieren sich durch das Auftreten von gelblichen bis braunen Flecken, welche in verschiedener Zahl über die ganze Hautoberfläche zerstreut sind. Bei dem Typus der Neurofibrome beginnen in verschiedenem Lebensalter, am häufigsten in der Reifezeit, die bisher kaum sichtbaren Knötchen zu wachsen und erreichen nicht selten eine erhebliche Größe. Daneben findet man hie und da mehr oder weniger zahlreiche kleine Angiome.

Bei Xeroderma pigmentosum treten bei dem mit pigmentösen Veränderungen behafteten Individuum an den entblößten Stellen Entzündungen

der Haut auf, welche zur Atrophie oder zu hypertrophischen Narben führen, und gelangen gewöhnlich schon in dieser Periode neoplastatische Herde von verschiedener Art zur Entwicklung.

Diese beiden Krankheitsprozesse befallen gewöhnlich das jugendliche Alter, nicht selten mehrere Mitglieder derselben Familie, so daß sie den Eindruck von angeborenen Krankheiten machen.

Wenn wir dazu die große Gruppe der verschiedenartigen Naevi und die Adenomata sebacea hinzufügen (welch letztere bei nervös oder psychisch belasteten Individuen auftreten), so müssen wir zum Schlusse gelangen, daß der größte Teil der Hautneoplasmen zu dem Typus der angeborenen Neoplasmen gehört.

Nun kommen aber in der Haut auch Neubildungen von noch weniger bekannter Genese vor, die aus glatten Muskelfasern zusammengesetzt sind und von VIRCHOW Myoma laevicellulare, von ZENKER Leiomyoma genannt wurden, deren VERNEUIL 1858 zuerst Erwähnung tut. BESNIER teilt dieselben in zwei Gruppen ein: erstens solche, die in der Haut selbst auftreten und aus den in derselben befindlichen Muskeln (der Haare, Gefäße oder Drüsen) zusammengesetzt sind; diese nennt er Myomes simples, Dermatomyomes proprement dites; zweitens solche, die sich aus den unter der Haut gelegenen Muskeln entwickeln, meist vereinzelt auftreten, die er mit dem Namen Myomes dartoïques bezeichnet. Diese letzteren treten in der Gegend der Mammae, des Scrotums, der Schamlippen und am Penis auf, sind gewöhnlich ziemlich groß und kommen nur selten in größerer Zahl vor. Auf Grund dieser Merkmale sind diese zwei Typen auseinander zu halten, und sollte der andere eher den Chirurgen als den Dermatologen zugewiesen werden. Dagegen mag der erste Typus sowohl wegen seines seltenen Vorkommens wie auch durch den Verlauf der Krankheit ein großes Interesse beim Dermatologen wachrufen.

Einen derartigen Fall hatte ich Gelegenheit, auf der Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten des St. Lazarus-Spitals in Krakau zu beobachten. Für das gütige Überlassen dieses Falles zur Bearbeitung bin ich dem Primararzt dieser Abteilung, Herrn Dr. BORZECKI, besonderen Dank schuldig.

Magdalene Z., 19 Jahre alt, kann über den Beginn der Krankheit keine genauen Angaben machen. Die Krankheit soll bereits zum mindesten zehn Jahre andauern, und sollen die Knötchen vor etwa einem Jahre angefangen haben, an Größe zuzunehmen.

Die erste Untersuchung im Spital zeigte einige Knötchen am Rande des rechten Nasenflügels, am häutigen Septum und an der Oberlippe. Die Größe der Knötchen war verschieden, von Hirsekorn- bis Bohnegröße (an der Oberlippe). Ihre Farbe schwankte zwischen gelblich-rosa und blau, die Gefäße an der Oberlippe sind erweitert, die Form der Knötchen meist

oval. Die Knötchen fühlen sich knorpelhart an, ihr Hautüberzug ist gespannt und glänzend. Die Krankheit verursachte der Patientin keinerlei Schmerzen, auch ruft die Berührung keine Schmerzen hervor (Fig. 1).

Zur histologischen Untersuchung wurden gleich am Anfang zwei Knötchen am Nasenflügel abgetragen; später wurden auch die übrigen aus therapeutischen Rücksichten ausgeschnitten.

Die erste Exzision wurde wirklich zu diagnostischen Zwecken vorgenommen, da die Diagnose zwischen Myoma und Adenoma sebaceum



Fig. 1.

schwankte. Denn die sämtlichen klinischen Merkmale, wie Form und Aussehen der Knötchen, ihre Konsistenz, die beim Druck oder anfallweise auftretenden Schmerzen, der Verlauf des Krankheitsprozesses sichern noch die Diagnose nicht; erst die histologische Untersuchung der Knötchen gibt, wie JOSEPH richtig bemerkt, sicheren Aufschluß darüber, mit was für einem Krankheitsprozesse wir es zu tun haben.

Makroskopisch stellte die Neubildung in meinem Falle einen kugelförmigen, aus mehreren kleineren Knötchen zusammengesetzten Knoten vor, dessen Konsistenz härter als die Umgebung und dessen Querschnitt grau gefärbt war. Manche von den kleinen Knötchen, aus welchen die größeren zusammengesetzt waren, waren gegen die Umgebung so scharf

abgegrenzt, daß es schien, als ließen sie sich leicht ausschälen; bei anderen war die Abgrenzung weniger scharf.

Die exzidierten Knötchen waren größtenteils aus einer größeren oder kleineren Zahl von kleineren Knötchen zusammengesetzt, welche durch Bindegewebe voneinander und von der Umgebung getrennt waren. Dieses Bindegewebe war zwischen den Knötchen sehr locker und aus feinen Fasern zusammengesetzt, in der Umgebung der Knoten dagegen waren seine Bündel mehr fest gefügt und es bildete eine Art Hülle, welche an manchen Stellen ziemlich deutlich war. Auch von der Umgebung her liefen feine Fasern in den Knoten hinein und sonderten denselben in

kleine, blofs aus Zellen glatter Muskeln bestehende Bündel. Die Neoplasmen nahmen die ganze Dicke der Cutis ein, von den Papillen bis zum subcutanen Bindegewebe, das an der Nase eine schmale, dürftige Schicht bildet. Die meisten Knötchen berührten mit ihrer Basis die Talgdrüsen, welche, wie gewöhnlich in der Haut der Nase, sehr grofs und zu mehreren zusammengedrängt waren. Manche Knötchen reichten bis zu den Bündeln der unter ihnen gelegenen gestreiften Muskeln. Ebenso verschieden verhielten sich die Knötchen zu den Papillen: Einige reichten so hoch hin-



Fig. 2.

auf, dafs sie von der Epidermis nur noch durch einen ganz schmalen Kollagenstreifen getrennt waren; die Epidermis zeigte keine Leisten wie im normalen Zustande, ihre untere Grenze verlief geradlinig. An anderen Stellen waren die Papillen gut erhalten, nur die Epidermisleisten entweder normal (in bezug auf Gröfse und Wachstumsrichtung), oder sie liefen schief, als wenn sie bei ihrem Wachstum in der Richtung des kleineren Widerstandes verdrängt worden wären (Fig. 2).

Die einzelnen Knötchen, welche gleichsam Lappchen zu einem gröfseren Knoten zusammensetzten, bestanden aus Zellen glatter Muskeln, welche zu Bündeln geordnet sind, die in verschiedenen Richtungen verlaufen. So

sieht man auch an den Querschnitten verschieden verlaufende Streifen sowie deren Längs-, Schief- und Querschnitte. Zwischen den Bündeln sieht man feine Kollagenfasern, welche aus den Zwischenräumen der kleinen Knötchen herkommen, deren Durchschnitt verschiedene Formen zeigt. Manche sind groß, fast genau kreisförmig oder oval, andere bilden bandförmige Streifen, wieder andere, besonders die an der Peripherie liegen, erinnern durch ihre Form an die Haarmuskeln (*arrectores pili*), obwohl ich nie einen deutlichen Zusammenhang mit dem Haarbalge beobachten konnte. Auch in der Umgebung der Knötchen fand ich in den Schnitten keine Haarmuskeln, was sich dadurch erklärt, daß die Schnitte vom Nasenflügel herrühren, wo diese Muskeln im normalen Zustande gewöhnlich fehlen.

Auffallend ist in den Knötchen die Gefäßarmut; ein durchschnittenes Gefäß wird kaum hie und da zwischen den Bündeln gefunden. Bemerkenswert ist ferner das Fehlen der elastischen Fasern, die im normalen Zustande an beiden Muskelansätzen so zahlreich sind, sowohl in der Nähe des Haarbalges wie auch in den Papillen. Manche Autoren, wie BESNIER, ARNOZAN und VAILLARD, JADASSOHN, AUDRY, LUKASIEWICZ, MARSHALCO, ROBERTS, erwähnen das Vorhandensein dieser Fasern sogar in großer Zahl. In unserem Falle fanden sich solche Fasern nur in der das Knötchen umgebenden Haut, während sie im Knötchen selbst gar nicht zu finden sind.

Von großer Wichtigkeit ist in diesen Fällen das Verhalten der Haarbalge sowie deren Verhältnis zum Knötchen oder zu dessen einzelnen Teilen. In einzelnen Knötchen sieht man den Haarbalg abgegrenzt durch scharf markierte neoplastische Bündel, aus welchen das ganze Knötchen besteht; andere Haarbalge sieht man in der unmittelbaren Nachbarschaft des Knötchens, von demselben zuweilen nur durch wenige Bindegewebsfasern getrennt. Dieses Verhältnis kann sich auch so gestalten, als wenn der wachsende Knoten auf die Lage des Haarbalges mechanisch wirkte, denn letzterer krümmt sich hart unter der Epidermis, indem er horizontal, parallel zur Hautoberfläche, an der oberen Fläche des Knötchens zu liegen kommt. Die Fortsetzung eines solchen Haarbalges ist neben oder unter dem Knötchen sichtbar, und der Streifen, welcher einen derart veränderten Haarbalg darstellt, ist gewöhnlich sehr schmal, zeigt kleine Zellen, gleichsam verkümmert.

Schweißknäuel fand ich in meinen Schnitten keine und kann ich auch deshalb nichts über das Verhalten derselben aussagen. Die Talgdrüsen scheinen normal zu sein, sie waren, wie gewöhnlich in dieser Hautpartie, groß und zahlreich.

Das größte Interesse wird wohl in diesem Falle der Ausgangsort derartiger Neubildungen erregen. Die meisten Autoren behaupten, daß die myomatösen Knoten aus den in der Haut befindlichen glatten Muskeln

hervorgehen. Während aber JADASSOHN, ROBERTS, NEUMANN, MARSCHALCO, AUDRY die Haarmuskeln (arrectores pilorum) und HESS und CROOKER die Muskelschicht der Gefäße für den Ausgangspunkt dieser Neoplasmen betrachten, sind dagegen LUKASIEWICZ, WOLTER, BRIGIDI und MARCACCI der Ansicht, daß diese Neubildungen aus den glatten Muskeln der Haut überhaupt, sowohl der Haarbälge wie der Gefäße und Drüsen, hervorgehen können. In meinem Falle kann die Entstehung der Knoten aus den Gefäßen ausgeschlossen werden, denn ich fand, ebenso wie HESS und CROOKER, die Muskelschicht der Gefäßwand nicht verdickt, und waren die Gefäße innerhalb der Knoten sehr klein und spärlich. Ich konnte auch keinen Zusammenhang der Knoten mit den Schweifsknäueln oder den Talgdrüsen feststellen. Es existierte nur bis zu einem gewissen Grade ein Zusammenhang mit den Haarbälgen, welche an gewissen Stellen innerhalb des Knotens sich vorfanden. Doch läßt sich auf Grund dieser Bilder nicht mit Sicherheit schließen, daß die Muskeln der Haarbälge den Ausgangspunkt der Knoten bilden. Um dies feststellen zu können, müßte man erst die Entstehung des Knötchens aus einem solchen Muskel vom Anfang an beobachten; erst dann wäre der Beweis seiner Genese mit Sicherheit erbracht. Vorläufig erscheint diese Annahme wahrscheinlich, aber nicht bewiesen.

Betrachtet man den Charakter dieses neoplasmatischen Prozesses und berücksichtigt man alle klinischen und histologischen Tatsachen, so bemerkt man eine gewisse Analogie derselben mit anderen Hautneoplasmen, welche oben erwähnt wurden.

Es wurden zwar bei den bisher beschriebenen Fällen von Myomen keine derart hervorragenden, diesen Prozeß begleitenden Merkmale beobachtet, aus welchen man, wie bei Xeroderma pigmentosum oder den Neurofibromen, schließen könnte, daß wir es mit angeborenen Neoplasmen zu tun haben. Und doch sollte das Auftreten der Myome an verschiedenen Körperstellen, sei es einzeln, wie im Falle HERZOGS oder AUDRYs, sei es — wie öfter — an einer gewissen Körperstelle gehäuft, ferner ihr anatomischer Aufbau aus glatten Muskeln, endlich ihr Verlauf dafür sprechen, daß diese Neubildungen eine Entwicklungsanomalie darstellen. Darauf zeigt zunächst das Alter, in welchem diese Knoten in den bekannten Fällen auftraten; denn in Fällen von angeborenem Charakter müßten derartige Neubildungen schon im Kindesalter oder in den Reifejahren auftreten, oder müßten sie in diesem Alter wenigstens erkennbar angedeutet sein, wie dies z. B. bei Neurofibromatosis der Fall zu sein pflegt. Genaue Beobachtungen in dieser Richtung sind sehr schwierig, und sollte künftighin bei jedem Falle auf diesen Umstand besonders geachtet werden. Die Knoten können fast unbemerkt entstehen, allmählich wachsen und erst dann bemerkt werden, wenn sie aus irgendwelchem Grunde lästig werden; also

entweder dadurch, daß sie, wie in einigen bekannten Fällen, Schmerzen verursachen, oder dadurch, daß sie an einer Hautstelle in großer Zahl entstehen, oder endlich dadurch, daß sie das Gesicht entstellen wie im obigen Falle. In den bisher bekannten Fällen wurde der Anfang der Entstehung der Knötchen größtenteils in das jugendliche Alter (gegen das 20. Lebensjahr) versetzt. In dem von HESS beschriebenen Falle trat die Krankheit zwischen dem dritten und vierten Lebensjahre und bei dem Fall von JARISCH existierten die Knoten schon in dem Kindesalter, obwohl der Patient erst im 56. Lebensjahre sich an den Arzt wandte. Bei dem von mir beobachteten Falle sollen schon im zehnten Lebensjahre gewisse Erscheinungen aufgetreten sein, die aber erst vor einem Jahre deutlicher wurden.

Von den bekannten Fällen unterwarf sich die Hälfte der ärztlichen Behandlung wegen der Schmerzen, welche entweder auf Druck oder spontan anfallsweise auftraten. Die Schmerzen traten in verschiedenen Entwicklungsstadien der Krankheit und verschiedenem Alter auf; in manchen Fällen (MARSCHALCO, LUKASIEWICZ, ROBERTS) schon sehr früh, denn um das 20. Lebensjahr, in anderen viel später; doch sind in der Literatur Fälle bekannt, in welchen trotz der langen Dauer der Krankheit und des hohen Alters die Patienten keine Schmerzen litten (JADASSOHN, NEUMANN, BESNIER, JARISCH). Die Schmerzen können deshalb nicht — wie das JOSEPH meint — als eine zum klinischen Bilde der Krankheit gehörende, sondern als eine zufällige Erscheinung angesehen werden, welche durch besondere Lageverhältnisse der Knoten in der Nähe der Nerven hervorgerufen wird. In meinem Falle war weder spontaner Schmerz, noch waren die Knoten bei Druck schmerzlich, — was ich eben durch den Umstand erkläre, daß die stärkere Ausbildung der Knoten bereits frisch war, so daß es zur Kompression der Nerven noch nicht kommen konnte.

Aus den bisherigen Beobachtungen läßt sich auch nicht schließen, daß es für diese Knoten irgendwelche Prädilektionsstellen gebe. Auffallend ist es aber, daß die Knoten sich zuweilen z. B. auf eine Extremität beschränken, wo sie in großer Zahl auftreten (im Falle von MARSCHALCO 100 Knoten auf dem rechten Unterschenkel, in dem von LUKASIEWICZ 60 auf der linken unteren Extremität). Nur ausnahmsweise wurden bei älteren Kranken neben den auf gewisse Gebiete beschränkten Gruppen auch vereinzelte, voneinander entfernt gelegene Knoten beobachtet — stets an der oberen Körperhälfte (BRIGIDI und MARCACCI, ARNOZAN und VAILLARD, BESNIER). Ziemlich oft kamen diese Neoplasmen am Gesichte vor (CROOCKER, WHITE, HESS, ROBERTS, JARISCH, HERZOG), und in diesen Fällen war das Gesicht der einzige befallene Körperteil.

Der Gedanke, daß die erwähnten Neoplasmen angeboren sind, ist

somit nicht neu; er wurde bereits in bezug auf verschiedene neoplastische Prozesse von UNNA und DARIER mehrmals ausgesprochen. UNNA behauptet nämlich in seiner „Histopathologie der Haut“, daß die Myome zu den angeborenen Neoplasmen gehören, und DARIER erweitert die Erklärung der Entstehung der Neubildungen durch Heterotopie und durch die im embryonalen Zustande stattfindende Trennung von gewissen Zellengruppen oder Teilen differenzierter Gewebe, die sich später an einem geeigneten Lebensmoment weiter zu entwickeln beginnen — auch auf die Entstehung der Lipome und Myome. So kommt man also auf die von COHNHEIM im Jahre 1882 aufgestellte Theorie zurück, nach welcher alle Neubildungen als angeborene Anomalien zu betrachten sind. Ob diese Theorie der Wirklichkeit entspricht, werden weitere Untersuchungen entscheiden; es muß jedoch hervorgehoben werden, daß die neuesten Beobachtungen im Betreff des Verlaufes und des Verhaltens der Neoplasmen sowie deren anatomischer Verhältnisse uns dieser Anschauung immer näher bringen. Diese Theorie erklärt nämlich auf eine sehr einleuchtende Art den Ausgangspunkt einer Neubildung, obwohl sie die Frage ungelöst läßt, warum jenes embryonale Element im Organismus lange Zeit latent bleibt und erst später sich plötzlich zu entwickeln beginnt. In bezug auf die Hautneoplasmen findet diese Theorie besondere Anwendung, denn in Prozessen, wie Adenoma sebaceum, Neurofibromatosis, Myomata, Angiomata, Naevi u. dgl., beginnen die Neoplasmen in einem gewissen Lebensalter, zu wachsen, obwohl sie nicht selten schon im Kindesalter als fremdartige Herde bemerkt worden sind. Der Beginn des Wachstums wird höchstwahrscheinlich in die Reifezeit des jungen Organismus zu versetzen sein, denn sogar in Fällen, welche erst im späteren Alter zur Behandlung gelangen, erfahren wir gewöhnlich, daß die Kranken den Beginn der Entwicklung in ein weit früheres Alter versetzen. Leider sind aber die anamnestischen Angaben nicht immer sicher, und die Kranken wenden sich erst dann an den Arzt, wenn die Neoplasmen ihnen entweder physische Leiden verursachen, oder, wie in meinem Falle, aus kosmetischen Rücksichten.

---

#### Literatur.

1. ARNOZAN u. VAILLARD, *Annal. de dermat. et syph.* 1881.
2. AUDRY, *Annal. d. dermat. et syph.* 1898.
3. BABES, Die Neubildungen der Haut (*Ziemssens Handbuch*).
4. BESNIER, *Annal. de dermat. et syph.* 1880 u. 1885.
5. BRIGIDI u. MARCACCI, *Annal. de dermat. et syph.* 1882.
6. BUSCH, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1903. Bd. 65.
7. CHEVALIER, *Thèse Lyon.* 1900.
8. CROCKER, *Brit. Journ. of Derm.* 1897.
9. DEVIC u. GALLAVARDIN, *Revue d. chir.* 1901.



10. DARIER, Tumeurs de la peau. *La prat. dermat.* 1900—1903.
11. FOX, *Brit. Journ. of Derm.* 1902.
12. HALLOPEAU u. LEBEDE, *Traité de dermat.* 1900.
13. HARDAWAY, *Arch. of med. scient.* 1886.
14. HERZOG, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1898.
15. HESS, *Virchows Arch.* 1890. Bd. 120.
16. HOUG, *Amer. Medic.* 1902.
17. HULDSCHINSKY, Inaug.-Diss. Freiburg 1901.
18. JACOBI, *Münch. med. Wochenschr.* 1900.
19. JADASSOHN, *Virchows Arch.* Bd. 121.
20. JAMIN, *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 70.
21. JARISCH, V. Derm. Kongress.
22. JOSEPH, Gurtartige Neubildungen in *Mraček's Handbuch.* 1904.
23. LEVANDOWSKY, *Centralbl. f. Physiol.* 1900.
24. LUKASIEWICZ, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Bd. 24.
25. MARSCHALKÓ, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. 31.
26. MORRIS, *Brit Journ. of Derm.* 1901, 1902.
27. NEUMANN, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. 39.
28. ROBERTS, *Brit. Journ. of Derm.* 1900.
29. UNNA, *Histopathologie der Haut.*
30. VERNEUIL, *Bull. d. l. soc. anat.* 1858.
31. VIDAL, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1885.
32. VIRCHOW, *Die krankhaften Geschwülste.* Bd. 3.
33. WHITE, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1899.
34. WOLTERS, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893.

## Fachzeitschriften.

### Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 1.

1. Über die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichtes (nach FINSEN) auf die normale Haut, von KARL ZIELER-Bonn. Z. hat die Wirkung des konzentrierten elektrischen Bogenlichtes auf die normale Haut an der inneren Oberfläche des Ohrs von Albinokaninchen und an der Haut seiner eigenen Vorderarme untersucht. Er konstatierte gleich anderen Forschern, daß die durch das Bogenlicht der FINSEN-Lampe hervorgerufenen Veränderungen der normalen Haut als ein entzündlicher Prozeß aufzufassen sind. Makroskopisch äußert sich dieser durch Hyperämie und Verdickung (ödematöse Schwellung), Hauthämorrhagien und leichte Exsudation an die Oberfläche; mikroskopisch findet sich, daß auf die örtliche Gewebeschädigung und die Veränderung der Zirkulationsverhältnisse mit Hyperämie und gesteigerter Exsudation aus den Gefäßen reaktive und hyperplastische Gewebswucherungen folgen. Die örtliche Gewebeschädigung besteht beim Kaninchenohr in einer teilweisen oder völligen Nekrose der Epidermis und ihrer Anhänge, in einer Schädigung der Bindegewebszellen und der oberflächlichen Gefäße (Thrombenbildung) und gelegentlich auch des Knorpels und der nicht bestrahlten Ohrseite; die Schädigung kann sich

bis zu völliger Nekrose ausbilden. Außerdem zeigen sich alle Kriterien der Entzündung: Hyperämie, starke seröse bzw. serofibrinöse Exsudation und gesteigerte Auswanderung von Blutzellen. In den Randbezirken lassen sich sowohl am Epithel wie im Bindegewebe drei bis fünf Tage nach der Bestrahlung, im Zentrum nach fünf bis sieben Tagen reaktive bzw. regenerative Prozesse erkennen. Doch ist die Zellwucherung und Zellneubildung anfangs auf die tieferen Schichten beschränkt; von hier aus wachsen zunächst beweglich gewordene Bindegewebszellen und junge Gefäßsprossen in die oberen Lagen ein. Die entzündliche Wucherung kommt in den oberen Schichten erst später, etwa zehn Tage nach der Bestrahlung, richtig in Gang, wenn der Prozess in der Tiefe sich schon dem Abschluss nähert. An der Zellvermehrung in der Cutis nehmen fast nur Gefäßwandzellen und Zellen des Bindegewebes teil; ausgewanderte Zellen kommen, abgesehen von gelapptkernigen Leukozyten, im Zentrum der Bestrahlung kaum in Frage. Die entzündliche Neubildung ist auch nach vier Wochen noch nicht zu völligem Abschluss gelangt; man findet zu dieser Zeit noch deutliche Hyperämie und ziemlich starke Hyperplasie des Bindegewebes und der Epidermis (mit Keratohyalinbildung). Exsudation an die Oberfläche und Bläschenbildung sah Z. nur in den Randpartien und nur in späteren Stadien; es handelte sich dabei sicher nicht um reine Lichtwirkung, sondern in der Hauptsache um eine sekundäre, erst durch die Nekrose bedingte reaktive Entzündung.

Die Wirkung des konzentrierten elektrischen Lichtes auf normale menschliche Haut ist, was die Ausdehnung der Schädigung betrifft, eine geringere, in ihrem Wesen aber die gleiche. Es kommt ebenfalls zur Nekrose der Epidermis, der Follikelmündungen und Schweißdrüsenausführungsgänge; auch der Papillarkörper und seine Gefäße scheinen zum Teil erheblich geschädigt zu werden. Das sehr erhebliche entzündliche Ödem mit mäfsiger zelliger Exsudation führt auch hier nicht zu erkennbarer Blasenbildung. Drei Tage nach der Bestrahlung ist der Beginn einer Wucherung von Bindegewebszellen und Gefäßen am Rande und in der Tiefe des bestrahlten Bezirkes zu erkennen; nach fünf Tagen ist die Entzündung mit ihren Folgen weiter fortgeschritten, es sind auch schon ausgesprochene regenerative Prozesse am Epithel im Gange, besonders auch reaktive Veränderungen (Blasenbildung durch Exsudation), welche die nekrotischen Teile zur Abstofsung bringt.

Aus den beiden Versuchsreihen Z.s ergibt sich, daß die Wirkung des konzentrierten Bogenlichtes auf die normale Haut des Menschen wie des Tieres spät eintritt und langsam ansteigt und im Vergleich zu den ersten Erscheinungen, zumal der schweren Schädigung bestimmter Elemente eine verhältnismäßig oberflächliche und milde ist; das wird in erster Linie wohl der durch die enorme Hyperämie ermöglichten besseren Ernährung der geschädigten Bezirke zuzuschreiben sein. Das wesentlichste Moment bei der Wirkung des FINSSEN-Lichtes ist, gleichviel ob es sich um die Bestrahlung normaler oder krankhaft veränderter Haut handelt, die akute Entzündung mit ihren Folgen; sie ist auch bei der FINSSEN-Behandlung des Lupus als der hervorragendste Heilfaktor anzusehen. Bei Anwendung größerer Stromstärke (20—21 Ampère) ist die Hyperämie und die Transudation hochgradiger, die Tiefenwirkung bedeutender, dabei aber die Schädigung der Gewebe nicht erheblicher als bei geringerer Stromstärke (15—18 Ampère); daher ist, worauf auch FINSSEN selbst schon hingewiesen hat, die heilende Wirkung einer intensiven und langdauernden Bestrahlung eine ungleich größere als die einer Bestrahlung mit geringerer Stromstärke und kürzerer Dauer.

**2. Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens),** von JOSEF GUSZMAN - Budapest. G. hatte Gelegenheit, in einem Falle von Monilethrix sowohl die Haare wie ein aus der Occipitalregion exzidiertes Hautstück histologisch zu untersuchen. Die Prüfung der Haare ergab im großen und ganzen das

Bild, wie es auch von anderen Autoren beschrieben wird. Doch fand G. nur ganz ausnahmsweise eine wirkliche Gleichmäßigkeit in der Anordnung der spindelförmigen Anschwellungen und der internodialen dünnen Teile; die Länge der einzelnen Spindeln, ihre Zahl und Form war sehr wechselnd, ebenso schwankten auch die Dimensionen der internodialen Verdünnungen. Die Bruchstelle safs stets am schmalsten Punkte der Einschnürungen und war besenartig aufgefasert. Nicht alle Kopfhare wiesen die charakteristischen spindelartigen Veränderungen auf; es fanden sich auch ganz dünne, farblose, mehrere Zentimeter lange Haare ohne Anschwellungen und Einschnürungen, also Haare mit totaler Aplasie, andere Haare wieder liefsen vereinzelte mäfsige Einschnürungen, aber keine Spindelbildungen erkennen.

Die Untersuchung des exzedierten Hautstückes ergab, dafs die Affektion keineswegs nur eine Erkrankung der Haare ist, sondern mit einer Veränderung der Kopfhaut einhergeht. Es fand sich nämlich eine abnorm starke Entwicklung des Stratum granulosum, namentlich an der Mündung der Haarfollikel; das ebenfalls kräftig entwickelte Stratum corneum löste sich stellenweise in kleinen Lamellen ab, im Corpus papillare wie in der Tunica propria der Cutis war eine leichte Entzündung nachweisbar. Wie bei allen bisher beschriebenen Fällen waren an den Follikelmündungen die typischen Gebilde der Keratosis pilaris zu konstatieren. Der Beginn der Monilethrixbildung zeigte sich schon im Bulbus. Die innere Wurzelscheide, die eine vollständig homogene, verhornte, mit Pikrin sich gelbfärbende Masse bildete, stellte einen genauen negativen Abdruck der Spindelhaare dar; sie war an den den Internodien entsprechenden Teilen stark verdickt. Flachschnitte liefsen erkennen, dafs in einem wesentlichen Teile der Haarfollikelgruppen die Follikel nicht nur gegen die Oberfläche der Haut konvergieren, sondern auch dafs vielfach zwei bis fünf Follikel mit einander zu einem grofsen Sammelfollikel verschmolzen, und zwar schon unterhalb der Mündung der Talgdrüsen. Die Haare mit totaler Aplasie ohne Spindelbildung waren stets in dünne, sehr grazile, isoliert verlaufende Follikel eingeschlossen. Die Talgdrüsen an den Sammelfollikeln waren an Zahl und Gröfse wesentlich reduziert, während die Einzelfollikel gröfstenteils mit normalen Talgdrüsen versehen waren.

Die Augenbrauen zeigten in dem beschriebenen Falle keine Monilethrixbildungen, wohl aber vereinzelte Haare der Achselhöhlen. Die Affektion war angeboren; in der Familie der Kranken war niemals die gleiche oder eine ähnliche Anomalie vorgekommen. Dafs die Bildung der Spindelhaare auf neurotischer Basis beruhe oder durch mechanische Hindernisse an der Mündung der Follikel verursacht wäre, hält G. für ausgeschlossen; dagegen besteht nach seiner Ansicht sicher ein Kausalnexus zwischen der Haaranomalie und der in jedem Falle vorhandenen Keratosis pilaris, ohne dafs aber deswegen der Spindelhaartypus als Konsequenz der Keratosis pilaris aufzufassen ist.

3. Zur Übertragung der Alopecia areata, von THEODOR MAYER-Berlin. In einem Polizeirevier der Stadt N. erkrankten in den Jahren 1903—1904 von 35 Polizeibeamten zwölf an Alopecia areata. Bei keinem der Patienten, lauter ausgesucht kräftigen, blühend gesunden Männern, ergab die Anamnese irgendwelche Anhaltspunkte für eine trophische bezw. dystrophische oder trophoneurotische Ursache der Affektion. Nach der ganzen Sachlage erscheint es höchst wahrscheinlich, dafs die Krankheit von Mann zu Mann übertragen wurde; Gelegenheit dazu war durch die gemeinschaftliche Benutzung der im Wachlokal vorhandenen vier bis fünf Betten gegeben. Dafür, dafs die Infektion auf diesem Wege zustande gekommen ist, spricht auch der Umstand, dafs bei den meisten Kranken die Herde an der hinteren und seitlichen Cirkumferenz des Schädels safsen, also an den Stellen, die mit den Bettstücken am meisten in Berührung kamen.

4. Unglückliche Zufälle bei Hg-Injektionen, von HARTUNG - Breslau. Kurze Bemerkungen über das Auftreten von Enteritiden im Verlaufe von Quecksilberinjektionskuren — KOBBER macht in seinen „Intoxikationen“ darauf aufmerksam, daß Opiumesser die enorme Dosis von 1,8 g Sublimat pro Tag ohne jede Schädigung ertragen, zweifellos, weil sich im Darm eine unlösliche Verbindung aus Opium und Sublimat bildet. Seit H. diese Bemerkung gelesen, behandelt er jeden durch Hg bedingten Darmkatarrh mit hohen Opiumdosen und erzielt damit stets rasches Verschwinden der Darmerscheinungen; er gibt jetzt sogar den Patienten gleich bei Beginn einer Hg-Kur Opiumtropfen mit der Weisung, sofort beim Auftreten von Darmstörungen davon zu nehmen.

*Göts-München.*

### Monatsberichte für Urologie.

1906. Band XI. Heft 1.

Die Anatomie und die physiologische Rolle des Ductus ejaculatorius und des Colliculus seminalis, von M. POZOSZ-Budapest.

Auf Grund der gesamten physiologischen und pathologischen Erscheinungen kam Verfasser bei der Behandlung der Pollutionen und der Spermatorrhoe zu dem theoretischen Schlusse, daß die Samenblase, ebenso eine Höhle wie Harnblase und Mastdarm, welche ihren Inhalt nur zeitenweise entleeren, gleich diesen einen Schließmuskel haben muß. In den Werken über Anatomie und Gewebelehre fand P. keinerlei Andeutung über einen solchen Schließapparat; er gewann daher als Mitarbeiter über diese Frage den Prosektor K. MINNION, und nach vieler Mühe und schwerer Arbeit gelang es beiden, auf dem Ausführungskanal der Samenblase, dem Ductus ejaculatorius den gesuchten Schließmuskel festzustellen. Ein sirkulärer glatter Muskelring der Prostata umgibt das Urethralende der Ductus, welche letzterer selbst an glatten Muskelfasern sehr reich sind; diese sind miteinander und auch mit dem Prostata und Ductus umfassenden glatten Muskelringe in organischem Zusammenhange derart, daß die drei Muskelringe zusammen und auf einmal tätig sein können. Ihr Tonus ist konstant, gerade so wie der jedes anderen Sphinkters und diese verhindern die überflüssige Entleerung des Samens aus der Blase; kontrahiert sich die Prostata während des physiologischen Aktes, so schließen auch die Muskelringe besser, sie entfalten einen größeren Widerstand, den die mit großer Energie kontrahierte Samenblase dadurch überwindet, daß sie den Inhalt durchpreßt. In kurzem ist dies das Wesen der von P. über den Schließmuskel der Samenblase gefundenen Tatsachen. Er unternahm aber noch nach verschiedenen Richtungen an 120 Patienten verschiedenen Alters (vier Monate bis 76 Jahre) Untersuchungen, welche dazu dienten, unsere anatomischen Kenntnisse über die Prostata, die Ductus und den Colliculus seminalis zu erweitern. Die Ductusmündung und der letzte Teil derselben scheint im Vergleiche zu der Samenblase von unverhältnismäßig kleinen Dimensionen zu sein, oft dünn wie ein Zwirnsfaden; dies bedeutet für P. die Pünktlichkeit in dem Haushalte des Organismus, indem mit dem wertvollen Stoff gespart wird. Die so häufig erwähnte „Tatsache“, daß das Caput gallinaginis bei Erektionen anschwillt und die Öffnung der Harnröhre gegen die Blase verschließt, fand P. nicht bestätigt, er glaubt vielmehr, daß ihnen diese Eigenschaft wegen ihrer relativ geringen Blutfülle und ihres kleinen Volumens überhaupt fehlt, sondern dem Schließapparat der Harnblase zukommt. P. fand ferner im Colliculus statt Bluthöhlen Prostataadrüsen (mit den charakteristischen Amyloidkörpern), auch die Utriculushöhle sehr oft sehr groß (wie eine Bohne), deren Bestimmung aber auch ihm vorläufig, wie vieles andere in der Funktion des Geschlechtsapparates, ein Geheimnis bleibt.

*Stern-München.*

1. Die Erkrankungen entfernter Drüsen bei den Blasentumoren, von GRANDJEAN-Paris. Man hat lange Zeit geglaubt, daß die Harnblase keine Lymphgefäße besitze und daß infolgedessen Neubildungen der Blase nur dann, wenn bereits das subperitoneale Gewebe ergriffen ist, zu Drüsenmetastasen führen könnten. Es ist aber jetzt nachgewiesen, daß die Blase ein ausgebildetes Lymphgefäßsystem hat, welches, wie MAROLLE zeigte, eine ganz konstante Anordnung aufweist. Die Lymphgefäße der Blase nehmen ihren Ursprung in der Muscularis und ziehen von da an die Oberfläche des Organs, um hier einen subperitonealen Plexus zu bilden. Aus diesem entwickeln sich vier größere Lymphgefäßstämme: ein querer Stamm, der die Lymphe aus den oberen zwei Dritteln der Blase sammelt und zur mittleren und oberen Drüse der mittleren Kette der Glandulae iliacaе externaе führt; ein vorderer Stamm, der die Lymphe aus dem unteren Drittel der vorderen Wand der Blase und aus der vorderen Fläche des Blasenhalses empfängt und zur vordersten Partie der inneren Kette der Glandulae iliacaе externaе zieht; ein hinterer kurzer Stamm, der die Lymphe des unteren Drittels der hinteren Blasenfläche zu den Glandulae hypogastricaе verbringt, endlich ein hinterer langer Stamm, der die Lymphe aus der hinteren Fläche des Blasenhalses aufnimmt und, einen großen Bogen beschreibend, zu den Drüsen am Promontorium verläuft. Sowohl in den subperitonealen Plexus wie in die vier Lymphstämme sind zahlreiche kleine Drüsenknoten eingeschaltet. — Erst seitdem man von dem Lymphgefäßsystem der Blase Kenntnis hat, wurde auf Lymphdrüsenenerkrankungen bei Blasentumoren geachtet. PASTEAU hat solche Drüsenenerkrankungen in 79%, ALBARAN in 72% der Fälle gefunden; aber beide Autoren haben dabei auch Fälle mitgerechnet, in welchen die Neubildungen schon über die Blasenwand hinausgegriffen hatten, und in diesen Fällen könnte immerhin bestritten werden, daß der Ursprung der Drüsenenerkrankungen in den eigentlichen Blasentumoren zu suchen ist. Dagegen hat G. aus der Literatur 41 Fälle von Neubildungen gesammelt, die, auf die Blasenwand beschränkt, zu Drüsenmetastasen geführt hatten; es waren 39 maligne Geschwülste und zwei Papillome. Eine genauere Analyse der Fälle ergibt, daß mit einer einzigen Ausnahme stets die Drüsen ergriffen waren, die nach der oben wiedergegebenen Beschreibung MAROLLES dem Lymphbezirk des Sitzes der Neubildung entsprachen; nur in einem Falle hatte ein Tumor am Blasenscheitel zu einer Erkrankung der hypogastrischen Drüsen geführt. Daß die Geschwulst in der rechten oder linken Seite der Blase, so waren bis auf einen Fall nur Drüsen der gleichen Seite erkrankt. In 14 von den 41 Fällen ist die Drüsenanschwellung bei der klinischen Untersuchung gefunden worden. Es ist kein Zweifel, daß in Zukunft bei Tumoren der Blase eine eingehende und genaue Untersuchung der vier in Frage kommenden Lymphdrüsengruppen viel häufiger als bisher eine Erkrankung der Drüsen erkennen lassen wird; das wird dann eine etwa noch zweifelhafte Diagnose sichern und zu einer sofortigen und vollständigen Operation drängen.

2. Einige Betrachtungen über die Verwendung des Quecksilberoxycyanids in den Harnorganen, von J. M. BARTINA- und B. OLIVER-Barcelona. Die Verfasser haben in drei Fällen nach Spülung der Pars posterior urethrae mit einer Quecksilberoxycyanidlösung 1:3000 heftige akute Cystitis auftreten sehen; alle drei Patienten hatten vorher schon solche Spülungen erhalten und gut vertragen, erst als sie — aus verschiedenen Gründen — Jodkalium nahmen, führten die Spülungen zu den Blasenstörungen. Es mußte demzufolge angenommen werden, daß das Quecksilberoxycyanid mit dem im Urin enthaltenen Jodkalium für die Blase schädliches Quecksilbersalz bildete: wahrscheinlich entstand neben Cyankalium Jodquecksilber, das

zweifellos das reizende Agens war. Andererseits mußte, da ja der Urin vor den Spülungen entleert und auch die Spülflüssigkeit alsbald entfernt wurde, die sich bildende Jodquecksilbermenge so minimal sein, daß sie kaum einen so heftigen Reizstand hervorrufen konnte. Um die Sache zu klären, wurden Versuche an Kaninchen vorgenommen; es zeigte sich bei Tieren, denen nach subcutaner Einverleibung von Jodkalium Quecksilberoxycyanidlösung in die Blase eingespritzt worden war, eine hochgradige Entzündung der ganzen Blasenwand und des perivesikalen Gewebes, renale Retention und eine leichte Entzündung des Nierenbeckens, während Kaninchen, denen Jodquecksilber, in Cyankalium gelöst, in die Blase injiziert worden war, nur leichte, auf die Blaseschleimhaut beschränkte Entzündungserscheinungen aufwiesen. Aus all dem scheint hervorzugehen, daß es sich bei den oben erwähnten drei Krankheitsfällen um Erscheinungen gehandelt hat, die analog sind der Wirkung eines Quecksilbersalzes auf das Auge eines Patienten, der ein Jodpräparat genommen hat; es muß in der Blasenwand und durch ihre Hüllen hindurch zwischen dem in die Blase injizierten Quecksilberoxycyanid und dem in den Körpersäften und speziell im Blutplasma enthaltenen Jodkalium eine starke Reaktion stattgefunden haben.

**3. Bemerkung über die Prostataktomie bei Prostatahypertrophie, von E. LOUMEAU-Bordeaux.** L. hat in 29 Fällen von Prostatahypertrophie die perineale Prostataktomie, in zehn Fällen die suprapubische Prostataktomie nach FAYÈRE ausgeführt. Nach seinen Erfahrungen ist die FAYÈREsche Operation dem perinealen Verfahren entschieden überlegen; sie gibt nicht wie diese Gelegenheit zu Verletzungen des Rektums und führt nicht zur Bildung sekundärer Fisteln, zur Impotenz und zu zeitweiser oder dauernder Inkontinenz, ermöglicht dagegen besser als die perineale Methode eine vollständige Entfernung der hypertrophischen Prostatalappen. Vorbedingung für die Erzielung guter Resultate ist, daß die Technik, wie sie FAYÈRE angegeben hat, sowohl hinsichtlich der Operation selbst wie insbesondere hinsichtlich der Nachbehandlung, strikte eingehalten wird; L. beschreibt diese Technik ausführlich.

**4. Ureteren-Katheterisierung, von L. SUAREZ-Buenos-Aires.** Neben einem in situ befindlichen Ureterenkatheter durch die Harnröhre hindurch einen Katheter in die Blase einzuführen, ist oft recht schwer; außerdem wird, wenn der Katheter aus der Blase entfernt werden muß, der Ureterenkatheter häufig mit herausgezogen. Um diese Übelstände zu vermeiden, verfährt S. in folgender Weise: Er führt das äußere Ende des Ureterenkatheters in das Lumen eines mittelstarken Blasenkatheters ein, dessen inneres Ende abgeschnitten ist, und schiebt diesen über dem Ureterenkatheter in die Blase vor; der Harn der nicht katheterisierten Niere fließt dann durch den Raum, der zwischen der inneren Wand des Blasenkatheters und dem Ureterenkatheter bleibt, ab. Das Gefäß, in welches das äußere Ende des Harnleiterkatheters mündet, muß höher gestellt werden als das Gefäß, das den Urin aus der Blase auffängt. — S. war mit den Ergebnissen seines Verfahrens stets sehr zufrieden.

1906. Heft 1.

**1. Studie über eine eigentümliche Form von primärer Nierentuberkulose: die polycystische tuberkulöse Niere, von F. CURTIS- und V. CARLIER-Lille.**

**2. Primäres Cylinderzellencarcinom der vorderen Scheidenwand, von AUGUSTE POLLOSSON und H. VIOLET-Lyon.** Ausführlicher Bericht über einen Fall von primärem Epitheliom der vorderen Scheidenwand bei einer 56jährigen Frau. Die Neubildung, die etwa zehn Jahre nach Eintritt der Menopause entstand und sich durch leichte Blutungen, besonders nach dem Coitus bemerkbar machte, stellte eine kleine, rötliche, breitaufsitze, unregelmäßig geformte, himbeerartige, auf der Submucosa leicht verschiebliche Geschwulst dar. Die histologische Untersuchung des exzidierten Tumors ergab, daß es sich um ein Cylinderzellenepitheliom handelte, das

sich im Corium der Scheidenschleimhaut entwickelt und die oberflächliche Plattenepithelschicht zerstört hatte. Zwei Monate nach der Operation kam die Frau wieder, es hatte sich in der Zwischenseit auf der Narbe eine mandelförmige, gestielte, glatte, weiche Geschwulst gebildet, die sofort entfernt wurde und sich als einfacher entzündlicher Polyp erwies. Bald darauf begann die Patientin stark abzumagern, auf der Narbe zeigte sich abermals eine Geschwulst, die diesmal wieder ein Cylindersellenepitheliom war; es trat sehr bald Kachexie ein, der die Frau nach wenigen Monaten erlag. — Ein primäres Cylindersellenkarzinom der Scheide ist bisher nur einmal — von PINKA PINTOR — beobachtet und beschrieben worden; die Entstehung dieser Form von Epitheliom in der Scheide ist schwer zu erklären, die Verfasser glauben, daß der Ausgangspunkt, ebenso wie der Ursprung der Vaginalzysten, in den Überresten der GÄRTNERschen Gänge zu suchen ist. Göts-München.

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

#### a. Allgemeines.

**Analyse des Geschlechtstriebes**, von ALBERT MOLL-Berlin. (*Med. Klinik* 1906. Nr. 12/13.) Das Studium des Geschlechtstriebes ist bisher sehr nebensächlich behandelt worden, nebensächlich besonders im Sinne einer physiologischen Entwicklung. Und doch bedarf es auch für die Praxis einer Analyse, da besonders die forensische Begutachtung ein genaues Auseinanderhalten der Komponenten des Geschlechtstriebes verlangt, um sich einerseits des Ursprunges wie der Äußerungen pathologisch-sexueller Erscheinungen klar zu sein. MOLL spricht absichtlich von Komponenten, nicht von Phasen des Geschlechtstriebes, und er unterscheidet den Detumesenztrieb und den Kontraktionstrieb, die beide zeitlich verschieden gefolgert, aber beide von Vorgängen peripherer Natur sowie zentraler Natur hervorgerufen sein können. Das Vorhandensein der Keimdrüsen, das heißt der Hoden beim Manne und der Eierstöcke beim Weib ist eine Vorbedingung für die Entwicklung jeder Komponente.

Wenn auch der periphere Reiz im konkreten Falle nicht immer von den Keimdrüsen auszugehen braucht, so ist die Keimdrüse doch eine Vorbedingung für die Entwicklung des Detumesenztriebes.

Der letztere Trieb ist meist der primäre, braucht es aber nicht immer zu sein.

Die Auslösung des Kontraktionstriebes erfolgt meist zentral und zwar zentripetal, es können aber auch periphere Reize, insbesondere in den Genitalien den Kontraktionstrieb wecken, z. B. Friktion der Genitalien, Samenanhäufung in ihnen. Und wichtig, namentlich in forensischer Beziehung, ist die Tatsache, daß die periphere Empfindung den Kontraktionstrieb wecken kann, ohne vorher zum Detumesenztrieb zu führen.

Besonders psychologisch machen sich beim Weibe die Detumesenzerscheinungen ebenso bemerkbar wie beim Manne. Nur werden nicht wie beim Manne die Keimzellen hinausbefördert, sondern nur indifferenten Schleim. Wahrscheinlich aber spielt dieser als Reiz für die Erweckung des Geschlechtstriebes oft dieselbe Rolle, wie der Samen des Mannes. Wenn nun auch der Schleim für die Zeugung nicht unbedingt

notwendig ist, so liegt dies doch vom psychologischen Standpunkte aus anders. Abgesehen davon wissen wir ja, daß auch beim Manne mitunter indifferente Flüssigkeiten herausbefördert werden, und daß der Samen als solcher auch für die Erweckung des Geschlechtstriebes keine spezifische Wirkung ausübt. Endlich kommt hinzu, daß die sonstigen peripheren Vorgänge bei beiden Geschlechtern ganz analoge sind.

„Für jede derartige Vertiefung des Problems ist die analytische Betrachtung eines solchen komplizierten Vorganges, wie es der Geschlechtstrieb ist, notwendig.“

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Das sexuelle Bedürfnis, von E. L. KEYES-New York.** (*Louisville Journ.* Aug. 1905.) K. protestiert gegen die vielfach auch von Ärzten unterstützte Ansicht, als ob für das männliche Geschlecht die regelmäßige Erfüllung des sexuellen Bedürfnisses unbedingt notwendig sei, und durch Erziehung der Jugend müsse darauf hingewirkt werden, daß sie in dieser Beziehung ebenso Beherrschung lernen müßte, wie in anderen Dingen, z. B. übermäßig zu essen, zu trinken, Sport zu treiben. Ebenso wenig wie es bei ehrbaren Leuten Sitte sei, die Töchter geschlechtlichen Neigungen huldigen zu lassen, ebenso sollte man bei der männlichen Jugend auf Enthaltbarkeit hinwirken, zumal ja (nach Aoton) absolute Enthaltbarkeit nicht Degeneration bewirke, sondern völlige Erhaltung der Geschlechtsfunktion. KEYES gibt zwar zu, daß bei derartigen jungen Leuten nächtliche Ergüsse und bei sehr vielen Onanie sehr häufig vorkomme, aber die besser gearteten (aber nur diese! Ref.) unter ihnen erführen durch diese „gelegentlichen Verirrungen“ keinen dauernden Schaden, wenn sie nur fleißig Körperübungen trieben. Im Gegenteil sei Impotenz viel häufiger die Folge von geschlechtlichen Exzessen als von sexueller Enthaltbarkeit (aber die so häufige schwere Neurasthenie als Folge von lange getriebener Onanie? Ref.) Schließlich steht es für KEYES fest, daß noch so lange währende Enthaltbarkeit niemals Hodenatrophie verursacht habe, sehr oft aber allzu fleißiger sexueller Verkehr und Exzesse, besonders Masturbation. [Individualisieren ist auch in dieser schwierigen Frage nach des Refer. Ansicht am Platze, wenn auch immer der von K. dargelegte exsoterische Einfluß von Vorteil ist!]

*Stern-München.*

**Masturbation im Kindesalter, von AUG. ADRIAN STRASSER.** (*Med. Blätter.* 1906. Nr. 31.) St. teilt einen Fall von Masturbation im Kindesalter mit, der infolge einer sekundären Gruppe von Symptomen die Ursache einer schweren Komplikation und des Exitus wurde. Das Mädchen hatte im Alter von 9 Jahren angefangen zu masturbieren. Alle Versuche, das Kind von seinem Laster abzubringen, waren vergeblich. Sie hatte begonnen durch manuelle Friktionen die sinnlichen Empfindungen zu wecken; schließlich hatte sie die Klitoris durch die Onanie auf 2 cm verlängert und so hyperästhetisch gemacht, daß das Sitzen auf der Schulbank oder einem Stuhl mit oder ohne gekreuzten Beinen genügte, den Orgasmus hervorzurufen. Da es klar war, daß das Kind, welches schließlich 50—60 mal innerhalb 24 Stunden masturbierte, körperlich und geistig zugrunde gehen mußte, schlug St. die Klitoridektomie vor. Indessen war der körperliche wie geistige Zustand derartig desolat geworden, daß von der Operation Abstand genommen werden mußte und eine allgemeine sedative und tonische, hydrotherapeutische Behandlung Platz griff. Die Mutter griff zur konstanten Überwachung und befestigte schließlich, als alles nichts fruchtete, eine Bratpfanne zwischen die Beine des Kindes, wobei dieses stehen mußte. Die Patientin aber, um zu Friktionen zu kommen, presste die Beine so fest an die Pfanne, daß die Haut ödematös wurde und nach Entfernung der Pfanne durch die Störung der Zirkulation an den Zehen gangränöse Stellen auftraten. Zu der progressiven Gangrän trat eine Pyämie, der Patientin in kurzer Zeit erlag. Während der Krankheit bildete sich allmählich eine Dementia senilis aus. Zugleich mit den nachlassenden



Fähigkeiten des Intellekts zeigte sie spastische Kontraktionen in den Beinen, die Gefäße fühlten sich wie bei der Arteriosklerose als dicke Stränge an.

*Putzler-Danzig.*

**Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus**, von HERMANN OTTO GEISS. (Inaug.-Dissert. Leipzig 1904.) Immer war bei allen bisher beobachteten Hermaphroditen in der Ausbildung die Tendenz zur Entwicklung nach einem der beiden Geschlechter zu erkennen und zwar ist in allen beobachteten Fällen die unverkennbare Tendenz der Geschlechtsbildung nach dem männlichen Typus gegeben. Der vom Verfasser geschilderte Fall ist ein weiterer Beleg dafür und auch die Geschlechtsneigung war bei demselben genau so wie bei den bisher beobachteten Individuen, die bis zur Mannbarkeit gelangen konnten, immer auf das weibliche Geschlecht gerichtet.

*Frits Loeb-München.*

**Beitrag zum Studium des Hermaphroditismus der Geschlechtswege**, von G. LOMBARDI-Turin. (*Presse méd.* 1905. Nr. 58.) Als Beitrag zum Studium des Hermaphroditismus veröffentlicht der Verfasser den Fall eines 21-jährigen jungen Mannes. Der dem Äußeren nach ganz normal scheinende und als Mann imponierende Kranke kam zum Arzt, um sich wegen eines rechtsseitigen Skrotalbruches operieren zu lassen. Die Inspektion und Palpation der Genitalien ergab abgesehen von der Hernie nichts Besonderes. Während der Operation stieß man jedoch im Sack des angeborenen Bruches auf ein unbestimmtes Organ, dem auf Zug weitere Gebilde folgten, welche in ihrer Gesamtheit ganz und gar wie im Uterus mit zwei Ligamentis latis und zwei Eierstöcken sich darboten. Eine beigefügte Abbildung gibt diese Organe wieder. Der „Uterus“ ist ein 6 cm langes und 4 cm breites muskulöses Organ mit der Basis nach oben. Histologische Untersuchungen bestätigten den Charakter des Gebildes.

*Hopf-Dresden.*

**Zur Pathologie der Harnorgane**, von H. QUINCKE. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 79. Heft 3 u. 4.) Verfasser beschreibt zwei Fälle von Blasenkrankung, die auf Darreichung von Kalium chlorionum tödlich verliefen. Der eine hatte infolge eines vergrößerten mittleren Prostatalappens Harnstauung, der andere cystisch degenerierte Nieren und chronische Urämie. Sodann beschreibt Verfasser zwei Fälle von cystischer Nierendegeneration bei zwei Geschwistern. Ferner die Geschichte eines Fräuleins, dem wegen Hydronephrose eine Niere entfernt wurde, und die starb, weil die andere Niere cystisch degeneriert war. Endlich teilt er verschiedene Fälle von Fibrinurie bei Schrumpfnieren mit.

*F. Hahn-Bremen.*

**Frühdiagnose chirurgischer Erkrankungen der Harnwege**, von BENJAMIN TENNEY-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 19. Aug. 1905.) Die Arbeit enthält nichts Neues.

*A. Loewald-Köln.*

**Über die Gangrän der männlichen Geschlechtsorgane bei Fehlen jeder Harnaffektion**, von CAMILLE BRIQUET. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 143.) Es gibt eine durchaus nicht immer gutartige Gangrän der männlichen Geschlechtsorgane, deren einzige Ursache eine Streptokokkeninfektion ist.

*Frits Loeb-München.*

**Eine neue Methode der Cystoskopie: Luftcystoskop ohne optischem Apparat mit umgekehrter, von der Kuppe des Katheterteils herabhängenden Lampe**, von F. CATHÉLIN-Paris. (*Polyclinique centrale.*) Über das neue Cystoskop wurde bereits nach einer in den *Ann. génito-urin.* (1905, Nr. 17) erschienenen Beschreibung berichtet.

*Göts-München.*

**Ein neues Elektrocystoskop**, von W. K. OTIS-New York. (*Lancet.* 10. Juni 1905.) Das hier beschriebene Instrument ist offenbar sehr handlich und brauchbar. Die Verbesserungen, welche dasselbe gegenüber dem Original-NITZE-LEITZSCHEN Apparat anszeichnen, sind nach O.s Beschreibung folgende: Die Lampe entwickelt in-

folge eines besonderen Herstellungsverfahrens keine Hitze und kann deshalb unbedeckt am Ende des Instruments angebracht werden, so daß eine viel intensivere Beleuchtung erzielt wird. Indem das Cystoskop aus zwei Teilen gearbeitet ist, einem äußeren, gefensternten, katheterartigen und einem inneren Stück, welches das halbkugelförmige Objektiv trägt, ist man in den Stand gesetzt, Spülungen der Blase durch das erstere und andere Manipulationen vorzunehmen ohne mehrfache Einführung. Auch kann man die Blase mit Luft anfüllen, wo dies indiziert erscheint, und es ist von Bedeutung, daß die Objektivlinse bei der Einführung so gedreht werden kann, daß jegliche Berührung mit Gleitmasse oder sonstigen Trübungen vermindert wird. Auch soll die Einführung leichter von statten gehen und das Sehfeld ein wesentlich größeres sein.

Bei den neuesten NITZSCHEN Instrumenten freilich sind, wie K. SCHALL-London (*Lancet* 24. Juni 1905) ausführt, diese Verbesserungen im wesentlichen auch schon angebracht worden.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Cystoskopie und Lithotripsie in verschiedenen Körperlagen,** von OTTO RINGLEB-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 45 und 46.) Die Endoskopie der Urethra wird gewöhnlich in sitzender Stellung, die Cystoskopie in horizontaler Stellung vorgenommen. In besonderen Fällen kommen für die letztere noch andere Lagen in Betracht. Wenn z. B. bei längerer Beobachtung der Ureterenmündungen keine Entleerung erfolgt, eine solche aber erwünscht ist, so wird der Übergang aus horizontaler in sitzende Position in der Regel die gewünschte Entleerung herbeiführen. Sind die Ureterenmündungen durch Blutgerinnsel oder Steine verlegt, so wird Spülung in seitlicher Lagerung sie mitunter freilegen können. Bei der Lithotripsie wird die Schräglagerung des erhöhten Beckens angewendet, um einen Stein von einer Seite des Blasenbodens nach der anderen zu bewegen. Aber auch diese seitlichen Lagerungen führen nicht immer zum Ziele. Verfasser empfiehlt nun für solche besonderen Fälle in der Cystoskopie und Lithotripsie die Bauchlage als besonders günstig, da durch sie der Blasenboden der Besichtigung viel besser zugänglich wird. Um die Untersuchung in Bauchlage bequem ausführen zu können, hat Verfasser eigens einen Tisch anfertigen lassen, der auch den Patienten eine angenehme Lagerung ermöglicht. Bei dieser Position wird eine besondere Art des Katheterismus („unter dem Bauch“) notwendig. Die einzelnen Akte des Katheterismus und ihre besonderen Schwierigkeiten werden von dem Verfasser eingehend beschrieben.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Die Cystoskopie mit direkter Besichtigung,** von GEORGES LUYB. (*Presse méd.* 1905. Nr. 50.) Verfasser tritt für die von ihm neuerdings empfohlene Beleuchtung und Besichtigung der Blase auf direktem Wege ein. Dieselbe erlaubt, die Teile der Blasenwandung so zu sehen, wie sie in Wirklichkeit sind, während das prismatische Cystoskop die Bilder umdreht und entstellt. Außerdem muß bei der Blasen-spülung mit Prismencystoskop die Blase mit Luft oder Flüssigkeit angefüllt werden, wodurch die Wände gedehnt und leicht blutleer gemacht werden. Stark entzündete Blasen, die sich nicht anfüllen und erweitern lassen, vermag man bei der direkten Cystoskopie wohl der okulären Untersuchung zu unterwerfen. Außerdem vermag man mit dem von LUYB angegebenen neuen Instrumente Medikamente direkt auf die betreffende gewollte Stelle der Blase zu bringen. Vor allem aber wird der Uretherenkatheterismus bei diesem direkten Vorgehen wesentlich erweitert.

*Hopf-Dresden.*

**Experimente über ascendierende Urogenitaltuberkulose,** von v. BAUMGARTEN-Tübingen. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Um den Einfluß der Sekretstauung auf die Ausbreitung der Urogenitaltuberkulose experimentell zu prüfen, machte Verfasser Versuche an Kaninchen. Es wurde bei denselben entweder der Ureter oder das Vas deferens einer Seite in der Nähe des Blasenfundus mit einem in kohliger Perlsucht emulsion getränkten Seidenfaden unterbunden. Der Erfolg war an den Harn

wegen und Nieren ein grofsartiger, während er am Vas deferens ein beschränkter blieb. Es entstand eine Utero-Pyelo-Nephritis tuberculosa oder eine Hydro-Pyonephrosis tuberculosa, und zwar in folgender Weise: Der an der Ligaturstelle in der Wand des Ureters gebildete tuberkulöse Knoten bricht allmählich ulcerativ in das Lumen des Ureters durch, die tuberkulösen Bestandteile kommen so in den stagnierenden Urin. Durch denselben entsteht nun eine katarrhalische Ureteritis und Pyelitis, die bald eitrig wird. Gleichzeitig dringen die Tuberkelbazillen des stagnierenden Urins durch das Epithel in die Wand des Ureters und sammeln sich vorzugsweise in den sub-epithelialen Bindegewebsschichten an, dort ein Lager typischer Tuberkelknötchen hervorruhend. Diese verkäsen, das Epithel wird entfernt, von neuem gelangen nun tuberkulöse Zerfallsprodukte und Tuberkelbazillen in den Ureterinhalt. So schreitet der Prozess aufwärts bis zum Nierenbecken und zur Niere, und es entsteht die Nephritis tuberculosa. Beim Vas deferens war hingegen der tuberkulöse Prozess höchstens eine Strecke hodenwärts aufgestiegen, den Hoden aber hatte er nicht erreicht. Die Versuche beweisen, dafs sich die Tuberkulose im Urogenitalsystem unter besonderen Bedingungen in aufsteigender Richtung ausbreiten kann, sie beweisen aber nicht die Möglichkeit einer Ausbreitung gegen den Strom, denn in den vorliegenden Versuchen war ja der Strom aufgehoben. Jedenfalls bleibt der gewöhnliche Weg der Ausbreitung bei spontaner Tuberkulose im Urogenitalsystem die deszendierende Ausbreitung.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Zur Kasuistik der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane.** von KLEMENT KIRMAIER. (Inaug.-Dissert. München 1902.) *Frits Loeb-München.*

**Die Behandlung der Tuberkulose des uropoetischen Systems mittels Tuberkulins (TB),** von J. G. PARDON - London. (*Lancet.* 16. Dez. 1905.) Bei dem durchaus ungünstigen Resultat der sonstigen Behandlung der Blasentuberkulose hat P. es für gerechtfertigt gehalten, einen Versuch mit Tuberkulininjektionen zu machen, und er kommt dabei zu dem Resultat, dafs dieses Mittel zwar nicht vollkommen ist, dafs es aber das beste und zurzeit zu Gebote stehende Verfahren darstellt. Aus einer gröfseren Reihe von Beobachtungen berichtet er etwas ausführlicher über 21 Fälle, welche er wenigstens ein Jahr lang kontrollieren konnte. Unter diesen fanden sich fünf Patienten, welche geheilt zu sein scheinen: vier sind bedeutend gebessert, sechs boten keine Besserung dar und sechs sind gestorben. Der Behandlung soll eine sorgfältige cystoskopische Untersuchung vorangehen, um möglichst die Beschaffenheit der Ureteren resp. deren Orifizen und, rückschließend, des Lumens zu erkennen. Bei der bekannten Wirkung des Tuberkulins, Schwellungen der affizierten Teile zu bewirken, mufs man natürlich von den Injektionen absehen, falls gleichzeitig beide Ureteren affiziert sind. Man beginnt mit Dosen von  $\frac{1}{1000}$  Milligramm und gibt einen um den anderen Tag eine subcutane Einspritzung am Arm bis zur Erzielung einer definitiven Reaktion. Einen Zusatz von Lysol zum TB hat Verfasser nicht verwendet; dagegen sterilisiert er durch vorsichtiges Erhitzen auf 60°. Weitere Mitteilungen sind in Aussicht gestellt.

*Philippi-Bad Salsachlief.*

**Über essentielle Incontinentia urinae nocturna,** von JOSEPH REVEL. (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 120.) Erwähnenswert ist das gute Literaturverzeichnis.

*Frits Loeb-München.*

**Die Behandlung der nächtlichen Incontinentia urinae auf epiduralem Wege,** von CANTAS-Athen. (*Presse méd.* XII. Jahrgang. Nr. 79.) Von allen Methoden, die zur Heilung der essentiellen Inkontinenz des Harnes empfohlen worden sind, ist die von CATHELIN angegebene die einzige wirklich in Frage kommende. Sie besteht in epiduralen Einspritzungen, die am besten dem im Bett liegenden Kranken in Seitenlage gegeben werden. Das Vorgehen ist einfach und unschädlich bei aller

Wirksamkeit. Letztere erstreckt sich sowohl auf die bei Nacht als die bei Tage auftretende Inkontinenz und die sie begleitende Pollakiurie. Voluminöse Injektionen von 10 ccm sind den weniger voluminösen von 5 ccm vorzuziehen. Bei gleichem Quantum sind Kokaineinspritzungen denen von physiologischem Serum vorzuziehen. Zwischen zwei Einspritzungen lasse man stets einen zeitlichen Zwischenraum. *Hopf-Dresden.*

Zur Therapie der funktionellen Enuresis, von THEODOR ZAUGGER-Zürich. (*Corresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte.* 1905. Nr. 17.) Z. schätzt die Häufigkeit der Enuresis auf 1—2% aller Schulkinder. Ätiologisch kommen bei der funktionellen Enuresis in Betracht: Hereditäre Anlagen zur Neurasthenie und Hysterie; oft ist die Nervosität dieser Kinder aber eine sekundäre Erscheinung, hervorgerufen durch ungünstige Beeinflussung der Psyche der Kranken, als da sind fortgesetzte körperliche Züchtigungen und andere Strafen, die sogar bis zur Nahrungseinschränkung statt der nötigen Flüssigkeitseinschränkung gesteigert wurden; später Häufung von Vorwürfen, Vernachlässigung, Verweisung in kalte, unwirtliche Räume, schmutzige Lagerstätten, Verspottungen seitens der Schulgenossen, der Lehrer, der Behörden. Als sekundär faßt auch Z. die Herabsetzung der Vitalität, Blutarmut und Schwäche auf, die sich einstellen bei Kindern, wo das Leiden 10—15 Jahre besteht; sie sind Folgen einer unrichtigen Ernährung, herabgesetzter Lebenslust mit konsekutiver Appetitlosigkeit, mit Dyspepsien verschiedenen Grades und kombinieren sich oft mit anderen Symptomen, wie hartnäckige Obstipation, Fluor albus, Herzpalpitationen, Kopfschmerzen usw. Der Erfolg der Therapie ist sehr oft abhängig davon, ob die Behandlung konsequent durchgeführt wird oder nicht. Z. bringt dann eine Zusammenstellung der Literatur über therapeutische Maßnahmen; besonders günstige Resultate will GEBBSMANN mit der Massage des Blasenhalsses vom Rektum her erzielt haben; er erzielte bei drei- bis fünfmaliger Anwendung der Massage dauernde Beseitigung des Leidens. Z. bestätigt den günstigen Erfolg der Massagebehandlung und führt einige Krankengeschichten an, welche den günstigen Erfolg illustrieren. Selbst unter sehr ungünstigen Verhältnissen führt bei genügender Ausdauer in der Behandlung seitens des Arztes wie der Patienten die Massage zur definitiven Heilung. Nur in einem Fall konnte Z. zwar Besserung, aber keine definitive Heilung erzielen. Was die Ätiologie anbelangt, so hält Verfasser die Enuresis für eine allgemeine Neurose mit prägnanter Muskelschwäche des Blasen-schließmuskels. Seine therapeutischen Erfahrungen faßt Z. am Schluß der Arbeit dahin zusammen:

1. Instruktion der Eltern und eventuell der Lehrer; ernster Zuspruch, Aufmunterung, Zureden, Weckung des kindlichen Ehrgeizes. Bei Gleichgültigkeit oder drohendem Rückfall kurze, akute Strafe. Spott, Hohn und Verachtung sind zu vermeiden.

2. Diätvorschriften und Verhaltensmaßregeln:

- a) Sorge für täglichen Stuhlgang;
- b) absolutes Flüssigkeitsverbot nach 4 Uhr abends;
- c) genügende reizlose Kost;
- d) hartes Lager, nicht zu warme Bedeckung nachts, Seitenlagerung, eventuell Höherlagerung des Beckens;
- e) Aufnehmen des Kindes zweimal, später einmal nachts.

3. Hydrotherapie; kalte Abreibung morgens aus der Bettwärme, dann Regendusche 20—12° C. zwei bis fünf Minuten länge des Rückens eventuell drei bis vier Rückengüsse.

4. Kombinierte Massage des Blasenhalsses ein- bis zweimal wöchentlich vier bis fünf Minuten lang nach WALKO eventuell nach THURN BRANDT. Prognose selbst in veralteten Fällen günstig. *Putsler-Dansig.*

**Familiäre Enuresis nocturna**, von RICHARD STERN-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 22.) St. beobachtete bei sämtlichen fünf Kindern aus der Familie eines neuroasthenischen Vaters und einer seinerzeit an Enuresis leidenden Mutter Enuresis nocturna. Die beiden Mädchen im Alter von 16 und 13 Jahren zeigen die Erscheinungen der echten Neurose, d. h. Beginn der enuretischen Beschwerden um das zehnte Lebensjahr herum, trotz vollkommener Kontinenz innerhalb der früheren Lebensperiode. Die krankhaften Störungen erscheinen als Vorboten der Pubertätszeit. Alle drei Knaben im Alter von 14, 10 und 6 Jahren zeigen seit der Geburt unablässig enuretische Beschwerden. Sie haben selten längere enuresisfreie Perioden, geschweige denn Jahre ungestörter kontinenter Funktion. Ein Knabe leidet nebenbei an falscher Inkontinenz und ist außerstande, über einen gewissen Grad der Blasenfüllung hinaus den Harn willkürlich anzuhalten. Verfasser glaubt diese Störungen auf eine Unterfunktion oder eine Hypoplasie der nervösen, vielleicht spinalen oder ganglionären Zentren, die den Blasenverschluss regulieren, indem sie den Tonus des quergestreiften und glatten Sphinkters jeweilig aufrecht zu erhalten vermögen, zurückführen zu dürfen. Beachtenswert ist hierbei, daß zwischen den echten Neurosen einerseits und der mutmaßlichen Aplasie andererseits Übergänge sich herstellen; daß ferner unter den Mitgliedern einer Familie, also aus den gleichen hereditären Faktoren resultierend, einerseits die reine Neurose, andererseits die Übergangsformen zur Aplasie sich nebeneinander etablieren können.

*Putzler-Danzig.*

**Zur Symptomatologie und Therapie der Enuresis nocturna**, von BERTHOLD GOLDBERG-Wildungen (Cöln). (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1905. Nr. 49.) Eine recht übersichtliche und gegenüber einem sozial so schwerwiegenden Übel beachtenswerte Arbeit, in welcher G. über seine Bettnässer berichtet, die schon meist über 10, 15 Jahre und darum sehr hartnäckige Fälle waren.

Zunächst ergab die bei allen 23 Fällen vorgenommene Harnuntersuchung, daß die Annahme von REY, bei jeder Enuresis sei allemal eine Lokalorganerkrankung mit im Spiele, nicht zutrefte.

G. hat vielmehr von seinen Fällen den Eindruck, daß die Theorie der essentiellen Enuresis, von GUYON seit alters her vertreten und von ZUCKERKANDL und FRANKL-HOCHWART, auch hier die beste Erklärung durch zu geringen Tonus des Sphincter vesicae internus gibt.

Alle mitgeteilten Fälle konnte G. nicht bis zum Ausgang verfolgen, wohl aber 14 Fälle, über welche er ausführlich berichtet. Von diesen 14 Fällen sind zwölf geheilt und zwei ungeheilt.

Bei einem zehnjährigen Knaben war anderweitig eine Cirkumzision vorgenommen worden, aber ohne Erfolg.

Bei drei Patienten hatte im 10., 12., 20. Lebensjahre die Schwäche von selbst ohne weiteres Zutun aufgehört.

Vier Patienten wurden durch Schrägstellung des Bettes, so zwar, daß das Becken höher liegt als die Brust, und gleichzeitige Verabreichung von Rhus aromat. Extr. zweimal täglich 10—15 Tropfen geheilt. Die Beckenhochlage wirkt, weil sie den Druck des sich sammelnden Harnes auf den Schließmuskel verhindert, also ebenso wie die Trockenfütterung in den Abendstunden.

Letztere allein reichte in einem Falle zur Heilung des Bettnässens aus.

Durch urethrop erineale bzw. urethrovaginale Faradisation wurden drei Fälle geheilt, sämtlich junge Mädchen, die sozial und moralisch schwer durch das Nässen litten.

In einem Falle hat G. die von CHATELIN-Paris eingeführte, von STRAUSS-Barmen in Deutschland propagierte Behandlung mit epiduralen Injektionen erfolgreich vor-

genommen. Über die Technik dieser Einspritzungen findet man ausführliche Belehrung in dem Buch von CHATELIN bezw. der deutschen Übersetzung von STRAUSS (Ferd. Enke, Stuttgart). KAPSAMMER (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903. Nr. 29 und 30), DEJARDIN (*Archiv. provençales de chirurg.* 1904. Nr. 9), PREINDLSBERGER (*Wien. klin. Wochenschr.* 1903), VALENTINE (*Centralbl. f. Harnkr.* 1904. S. 382), jüngst noch einmal KAPSAMMER u. a. haben mit den epiduralen Injektionen nahezu 100% Erfolge, und zwar im ganzen etwa 75% Heilungen, 25% Besserungen erzielt. Sämtliche Autoren, im ganzen sind es mehrere hundert Beobachtungen, über die sie verfügen, erklären die Behandlung bei exakter, streng aseptischer Ausführung für gänzlich ungefährlich.

Doch ist G. der Meinung, man müsse bei Kindern es erst ruhig mit den mechanisch-medikamentösen Maßnahmen versuchen, allenfalls bei Personen über 16, 17 Jahren könne man lieber gleich mit den CHATELINSCHEN Sakralinjektionen vorgehen.

Arthur Rahm-Berlin.

**Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden**, von VIKTOR LANGE-Kopenhagen. (*Wien. med. Presse* 1906. Nr. 52.) Verfasser hat im Laufe der letzten Jahre 39 Fälle von Enuresis beobachtet; bei den daran leidenden Patienten fand er achtmal adenoide Vegetationen, dreimal einen hypertrophischen Retronasalkatarrh und in den übrigen Fällen einen normalen Nasenrachenraum. Die Knaben wurden viermal so oft von der Erkrankung befallen als die Mädchen, das Alter schwankte zwischen drei und zehn Jahren. Die acht Kinder mit adenoiden Vegetationen wurden operiert; nachdem eine genügende Beobachtungszeit verflossen war, zeigte es sich, daß die Beseitigung der Wucherungen absolut keinen Einfluß auf die Enuresis gehabt hatte; Verfasser konnte sich also von der Richtigkeit der neuen Lehre, daß ein Kausalzusammenhang zwischen der Enuresis und den adenoiden Vegetationen bestehe, nicht überzeugen. Dagegen konnte er bei fast allen Patienten mit Sicherheit feststellen, daß dieselben mehr oder minder „nervös“ waren; er hatte daher auch Erfolg, wenn sich die Patienten konsequent einer internen Behandlung mit Arsen, Jod und Eisen unterzogen; Verfasser hält demnach die Enuresis für ein neuropathisches Leiden.

Putzler-Danzig.

#### b. Penis, Urethra, Blase.

**Die accessorischen Gänge am Penis**, von ALEXANDER STIEDA. (*Arch. f. klin. Chirurgie.* 77. Bd. 1. Heft.) Nachdem der Verfasser einen Überblick über die Literatur der accessorischen Gänge am Penis gegeben hat, bringt er die Schilderung eines von ihm beobachteten Falles von zwei accessorischen Gängen an der unteren Fläche des Penis, welche, mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet, den Charakter der Epidermis darboten. Er gruppiert die verschiedenen, bisher als accessorisch bezeichneten Gänge in vier Kategorien: I. Ductus parurethralis — richtiger als parurethralis —, welche mit der Harnröhre und deren Mündung in Verbindung stehen. II. Ductus praeputialis, Gänge zwischen den Blättern des Präputiums. III. Ductus dorsalis, Gänge im Rücken des Penis. IV. Ductus cutanei, Hauptgänge in der Unterfläche des Penis. Der Verfasser betont wiederholt in der eingehenden, mit neun Figuren versehenen Arbeit, daß es wichtig ist, von der Existenz der Ductus parurethralis im Penis als von normalen Gebilden Kenntnis zu haben.

Schourp-Danzig.

**Über die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes**, von ALEXANDER LICHTENBERG-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) L. hält die paraurethralen Gänge des Mannes für Abkömmlinge des Urethraseptums. Werden

nämlich durch das Mesoderm Septumteile, also Teile der Harnröhrenanlage abgeschnürt, so können auch die Anlagen urethraler Drüsen mit abgeschnürt werden, und diese Anlagen entwickeln sich dann zu paraurethralen Gängen. *Göts-München.*

**Konservative Chirurgie des Präputiums bei der Phimosis, von L. LEMAITRE-Dunkerque.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 47.) Das äußere Blatt der Vorhaut ist bei der Bildung einer Präputialstenose unbeteiligt, die Phimosen kommen zustande lediglich durch abnorme Enge des inneren Blattes, der Schleimhaut; es genügt daher auch, diese zu inzidieren, alle operativen Eingriffe am äußeren Blatt sind überflüssig. L. empfiehlt folgendes Verfahren: Nachdem etwaige Verklebungen zwischen Glans und Präputium mit einer Hohlsonde gelöst und einige Tropfen einer 1%igen Kokain- oder Stovainlösung eingeträufelt worden sind, wird das Präputium nach hinten gezogen, so daß das innere Blatt frei liegt; dieses wird gereinigt, mit Kokainlösung angefeuchtet und mit einem kleinen Bistouri oder einer feinen Schere auf der dorsalen Fläche vom Sulcus an in der Längsrichtung bis über die engste Stelle hinaus durchgeschnitten; für gewöhnlich genügt eine 4—5 mm lange Inzision. Die Glans, die infolge der Kompression durch die enge Schleimhaut vorher blutstrotzend, aufgelaufen und blaurot verfärbt war, wird rasch kleiner und blaß, die Wunde klapft in querer Richtung und wird mit zwei oder drei feinen Katgutfäden quer vernäht. Um den Effekt zu verstärken, kann man auf der unteren Fläche an einer Seite des Frenulums eine zweite, am freien Rand der Vorhaut beginnende Schleimhautinzision machen, die dann auch in querer Richtung vernäht wird; doch ist diese zweite Inzision nicht immer nötig. Ist die Phimose so stark, daß die Vorhaut nicht zurückgeschoben werden kann, dann zieht man das Präputium mit einer Pinzette nach vorne, geht nach Lösung der Adhäsionen mit einem feinen Bistouri, einem Tenotom oder einem GRAEFESchen Messer zwischen Penis und Glans ein und durchschneidet von der Corona glandis an die Schleimhaut etwa bis über die Mitte. Das Präputium läßt sich jetzt leicht zurückschieben, man inzidiert dann noch auf der unteren Fläche vom freien Rand aus und vernäht beide Schnitte in querer Richtung. Ein zu kurzes Frenulum muß vor der Operation in der üblichen Weise durchtrennt werden.

Der Eingriff darf nur vorgenommen werden, wenn keine Entzündung besteht. Er gibt vorzügliche Resultate, läßt sich aber nicht in allen Fällen ausführen; bei den durch Schanker bedingten oder durch rezidivierende Balanopostitiden verursachten Phimosen ist er kontraindiziert. *Göts-München.*

**Phimose und Circumcision, von RECLUS.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 17.) Nach einer Schilderung der krankhaften Erscheinungen, zu denen eine Phimose Veranlassung geben kann, beschreibt R. die unter lokaler Anästhesie vorzunehmende Circumcision, die er nach der gewöhnlichen, einfachen Methode ausführt. Zum Verband verwendet er seine antiseptische und analgesierende Salbe, deren Formel lautet:

<i>Antipyrin.</i>	5,0
<i>Acid. boric. pulv.</i>	
<i>Salol.</i>	≙ 3,0
<i>Jodoform. (oder Jodol.)</i>	
<i>Acid. carbolic.</i>	≙ 1,0
<i>Sublimat.</i>	0,1
<i>Vaselin.</i>	200,0

Mf. ung.

*Göts-München.*

**Circumcision, von GEORGE TULLY VAUGHAN-Washington.** (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 24. Juni 1905.) Verfasser zieht nach Abtragung des die Eichel überragenden Vorhautstückes die Vorhaut zurück, spaltet das innere Blatt auf der Dorsalseite, be-

schneidet die Ecken und näht mit fortlaufender Katgutnaht; dann wird die Vorhaut wieder nach vorn gezogen, so daß die Naht gedeckt ist. Verband unnötig.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Circumcision mit MICHÉL'schen Nähklammern**, von ERDÉLY. (*Orosc. Hétylap.* 1905. Nr. 26.) Bei der gewöhnlichen Art der Circumcision ist es schwer, die Heilung per primam zu erreichen. Durch die MICHÉL'schen Nähklammern werden keine Stichkanäle erzeugt, die sich berührenden Flächen nach der Vereinigung sind größer, doch wird, wenn sie längere Zeit liegen bleiben, durch den großen Druck leicht Nekrose verursacht. Deshalb entfernt E. schon am dritten Tag die Klammern und erzielte bei 31 Fällen eine schnelle und schöne Verheilung der Wundflächen. Die Circumcision ist ein größerer Eingriff als die Phimotomie, aber die Resultate sind aus kosmetischen Gründen bei der ersteren schöner. Die mit Hilfe der Nähklammern erreichbare rasche Vereinigung der Wundflächen bei der Circumcision macht die Phimotomie entbehrlich.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Ein Fall von septischer Paraphimose**, von H. A. SMITH-Bromberg. (*Lancet.* 16. Dez. 1905.) Ein 25jähriger Handwerker, dessen Phimose das Zurückstreichen des Praeputiums nie gestattet hatte, akquirierte beim (angeblich) ersten Coitus eine Paraphimose, die in zwei Tagen zu sehr intensiven Erscheinungen geführt hatte. S. präparierte das Frenulum in  $\frac{1}{3}$  seiner Ausdehnung ab und inzidierte den Einschnürungsring. Unter antiseptischer Behandlung verlief die Affektion ohne Reposition der Vorhaut günstig.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Eine einseitige Operation der Hypospadia penis und penoscrotalis mit vorangehendem Perinealschnitte**, von VULLIET. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 31.) Die Herstellung der Harnröhre bei Hypospadia mißlingt oft, weil der Urin die Wunde reizt, oder weil der Dauerkatheter zerzt und reizt. Um diesen Übelstand zu vermeiden, macht Verfasser einen kleinen Perinealschnitt, legt dort einen Dauerkatheter ein und macht dann die plastische Operation, die nun glatt verheilt. Auch die Perinealwunde heilt dann schnell.

*F. Hahn-Bremen.*

**Die Hypospadia peno-scrotalis**, von KIRMISSON. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 42.) Kurze Beschreibung der drei Grade von Hypospadia und der Operationsmethode, die zur Beseitigung der Hypospadien zweiten und dritten Grades (Hypospadia peno-scrotalis und perineo-scrotalis) vorgeschlagen wurden. K. empfiehlt, den Penis mittels einer Hohlsonde subcutan zu durchbohren, aus dem Hodensack einen rechtwinkligen Hautlappen aussuschneiden, diesen um eine Sonde gewickelt in den neugebildeten Gang im Penis einzuführen und an der Eichel zu fixieren. Einen Mißerfolg hat K. bisher mit diesem Verfahren nicht gehabt.

*Göts-München.*

**Verbesserte Operation für Hypospadien der Glans und des Penistells der Urethra**, von J. COPLIN STINSON-San Francisco. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 2. Dez. 1905.) Genaue Beschreibung der Operation, die sich dem Verfasser in einem Falle sehr gut bewährt hat und die er für besser hält als alle bisher beschriebenen Methoden; ohne die beigegebenen Zeichnungen nicht verständlich.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Beitrag zum Studium der Abscesse des Penis**, von JEAN MORÈRE. (*Thèse de Toulouse.* 1904. Nr. 541.) Verfasser berichtet über eine ganze Anzahl primärer Abscesse am Penis. Solche Abscesse seien viel häufiger anzutreffen, als man nach ihrer Vernachlässigung in der Literatur schließen sollte.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Elephantiasis penis et scroti**, von GEORGES CANET. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 294.) Ohne wesentliche Ergebnisse.

*Fritz Loeb-München.*



**Beitrag zur Kenntnis der Elephantiasis penis, von WILLY PULLMANN.**  
(Inaug.-Dissert. Gießen. 1902.)  
*Fritz Loeb-München.*

**Über Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und Scrotums infolge von narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen, von G. NEGROMI und A. ZAFFI.** (*Arch. f. klin. Chirurg.* 77. Bd. 1. Heft.) Ein 23jähriger Mann von gesundem Aussehen hat einen Penis, dessen Volumen zweimal so groß ist als normal. Die Penishaut und das Präputium zeigen eine mit Warzen bedeckte Oberfläche. Die Dicke des Präputiums beträgt über 1 cm. Die oben abgeflachten, unregelmäßig vier-eckig gestalteten Warzen sind durch tiefe Furchen von einander getrennt. Das Skrotum ist dünner als die Haut des Penis und stellenweise mit kleinen, etwa steck-nadelkopfgroßen Geschwülsten besetzt, welche an ihrer Spitze eine durchsichtige Cyste mit serösem Inhalt tragen. Tiefe, ausgedehnte, nahezu symmetrisch angeordnete Inguinalnarben stammen von seinem sechsten Lebensjahre, in welchem seine skrophulösen Inguinaldrüsen verkästet und die Abscesse spontan rupturierten. Danach blieben die Abscesshöhlen zwei Jahre hindurch klaffend unter reichlicher Absonderung eines anfangs eitrigen, dann fast ganz klaren Inhalts. Bald nachdem diese Fisteln unter chirurgischer Behandlung zur Heilung kamen, trat eine mit Rötung und Temperatursteigerung einhergehende Anschwellung des ganzen Penis und des vorderen Scrotums um das Vierfache des Normalvolumens ein. An der Hand histologischer Untersuchungen von Vorhautstückchen und einiger aus dem Hodensack exzidierten Geschwülsten läßt sich der Mechanismus der Lymphorrhagien genau verfolgen. Es handelt sich um ein zum Papillarnetz gehöriges Lymphgefäß, welches unter allmählicher Erweiterung immer näher an die Oberfläche herantritt, bis es die MALPIGHISCHE Schicht erreicht und das Innere einer Papille einnimmt, deren Bindegewebe mit zunehmender Spannung der Lymphhöhle dünner wird. Eine schwache, äußere Einwirkung bezw. eine noch so geringe Zunahme des endovasalen Druckes kann dann ein Einreißen dieser dünnen Wand und Lymphorrhagie zur Folge haben, welche letztere als die für den betroffenen Teil unerläßliche Ausscheidung des nur zum kleinsten Teile durch Vermittlung des Blutkreislaufs abgehenden überflüssigen Lymphes erscheint.

*Schourp-Dansig.*

**Ein Beitrag zur Kasuistik des Carcinoma penis, von PAUL SCHNEIDER.** Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Gießen. (Inaug.-Dissert. Gießen. 1904.) Bericht über zwei operativ behandelte Fälle. Beide zeigen übereinstimmend einen vor-züglichen Heilungsverlauf der Amputationswunde und vorzügliche Funktionsfähigkeit der Urethra. Fall zwei wurde am längsten beobachtet; der Mann konnte 1 $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation in starkem Strahl urinieren und vor allem — er war residivfrei geblieben.

*Fritz Loeb-München.*

**Das Epitheliom des Penis, von GUYON.** (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 23.) Das primäre Epitheliom des Penis entwickelt sich fast ausnahmslos in der Pars anterior urethrae; G. sah nur einmal ein primäres Carcinom des hinteren Harnröhrenabschnittes, die kankroiden Tumoren dieser Partie sind gewöhnlich die direkte Fortsetzung von Prostatacarcinomen. Beim Epitheliom der Pars anterior urethrae fühlt sich der An-fangsteil der Harnröhre durch die Glans hindurch bretterartig hart an. Die gleiche Induration kommt vor als Folge einer einfachen Entzündung, die dadurch verursacht sein kann, daß die Harnröhrenschleimhaut gelegentlich der Einführung von Kathetern wiederholt und längere Zeit hindurch mit reizenden Stoffen, wie Karbolsäure, Sublimat, Forman, in Berührung gebracht wurde. Daher müssen Katheter, die in solchen Lösungen liegen, vor der Einführung mit abgekochtem Wasser abgespült werden. — Am Schluß des kleinen Aufsatzes schildert G. ganz kurz die Amputation des Penis.

*Göts-München.*

**Totalextirpation des Penis wegen Epitheliom bei einem 28jährigen Hawaiianer; Hellung,** von E. H. ARMITAGE-Wailuku, Hawaii. (*Lancet.* 30. Sept. 1905.) Verfasser schildert ausführlich den Verlauf der Operation, welche die Entfernung des ganzen Penis mitsamt dessen Crura, des einen Hodens und der infiltrierten Leistendrüsen der einen Seite und des lymphoiden Gewebes der anderen umfasste. Der Patient hat den schweren Eingriff gut überstanden, und der Erfolg ist nach einer durch Gangränöswerden eines Teils des Operationsgebiets nötig gewordenen Nachoperation ein vollkommen guter. Patient ist arbeitsfähig, die Blase funktioniert ohne alle Störung, und es ist bisher (seit Oktober 1904) kein Anzeichen eines Rezidivs zu bemerken gewesen.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Über plastische Operationen an Penis und Skrotum im Anschluß an einen Fall von Schindung der männlichen Genitalien,** von L. JURKOWSKI. (Inaug.-Dissert. Breslau, 1904.) Verfasser berichtet zunächst über 14 Fälle aus der Literatur und gibt dann die Krankengeschichte eines eigenen Falles, der interessant genug ist, um ausführlicher mitgeteilt zu werden. Der 26jährige Tischler A. G. sah in der Dampfschleerei, daß der Riemen von der Riemenscheibe heruntergeglitten war; er stieß ihn mit einem Stück Holz wieder zurück. Dabei mußte er die rotierende Welle übersteigen. Als er wieder zurücksteigen wollte, glitt der Riemen erneut von der Riemenscheibe und schlug gegen seine äußere rechte Unterschenkelfläche. Unwillkürlich trat er dabei, nach rückwärts ausweichend, mit dem linken Bein über die rotierende Welle hinüber. Diese erfasste den zwischen den Schenkeln befindlichen Hosenteil. G. hielt sich mit beiden Händen zusammengeduckt auf der Welle fest, wurde aber noch etwa 50 mal herumgeschleudert, wobei die Kleider gänzlich zerfetzt wurden. Von Kameraden, die zu Hilfe kamen, wurde die Maschine angehalten. Währenddessen glitt er schon mit dem linken Bein von der Welle herunter, während das rechte, noch auf der Welle befindlich, noch von einigen Stößen derselben getroffen wurde. G. blutete sehr stark. — Befund: Es fehlt gänzlich die Haut des Skrotums; Testikel und Funiculi spermatici liegen beiderseits bloß. Die Haut des Penis fehlt bis auf die oberste Stelle des Präputium. Sofortige Operation. Plastik. Nach einem Jahr kommt Patient zur Vorstellung. Subjektiv hat er keine Beschwerden, weder beim Wasserlassen noch bei Erektionen. Er behauptet nachdrücklich, daß er bei maximaler Erektion dasselbe normale, leichte Spannungsgefühl habe wie vor der Verletzung. Er fühlt sich völlig gesund und arbeitet wie früher als Tischler.

Für die Deckung von Defekten der Penishaut empfiehlt Verfasser in erster Linie die Transplantation nach THIBSSON. Nach dieser käme die Verwendung von doppeltgestielten Lappen aus der Skrotalhaut, und wenn diese fehlt oder nicht verwendbar ist, der Bauchhaut in Betracht. Erst in letzter Linie sollte man gestielte Lappen aus der Oberschenkelhaut verwenden. Die Vorhaut ist in allen Fällen möglichst mit zu verwerten. Bei der Anwendung gestielter Lappen ist, soweit es möglich, ein doppeltgestielter Lappen zu verwenden, für totale Defekte als Brückenlappen nach REICH. Dieser eignet sich auch für manche partielle Defekte, und zwar der aus der Skrotalhaut gebildete Brückenlappen für einen Defekt an der Dorsalseite des Penis, der der Bauchhaut entnommene für einen Defekt an der Ventralseite. Der letztere wird aber besser durch einen doppelt gestielten Skrotallappen nach ELBOGEN geschlossen.

Defekte der Skrotalhaut lassen sich, wenn sie nur geringen Umfang haben, in der Regel durch einfaches Herbeiziehen der Haut aus der Nachbarschaft und Vernähen der Wundränder schließen. Sowohl einfach- wie doppeltgestielte Lappen haben sich hierbei gut bewährt. Auch läßt sich hier, besonders bei granulierender Wundfläche, die Transplantation nach THIBSSON mit gutem Erfolg verwerten.

*Frits Loeb-München.*

**Reflexreizungen, von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes ausgehend,** von BOLTON BANGS-New York. (*New York med. Journ.* 14. Okt. 1905.) Wenn man die Nervenversorgung des Genitourinalsystems übersieht, so ist es leicht begreiflich, daß spastische Zustände der Harnröhre und verschiedene andere Erscheinungen durch Veränderungen (Erkrankungen) in ganz anderen Teilen derselben zustande kommen können. Eine Reizung in der Harnröhre wird leicht auf das Rückenmark übertragen, hier in einen motorischen Impuls verwandelt und sodann auf die Muskelschichten des Penis oder auch auf Blasengrund und -Hals übermittelt. Diese Übertragung findet nach Verfassers Ansicht häufiger statt, als man im allgemeinen glaubt und bewirkt bei manchen Individuen Reflexerscheinungen von großer Intensität; eingehende klinische Beobachtung hat ihn zur Überzeugung gebracht, daß sogar ganz geringfügige Veränderungen in der Urethra auf reflektorischem Wege so hochgradigen Einfluß haben können, daß sie allmählich die Konstitution und Lebenskraft eines Mannes untergraben. In einer Gruppe von Fällen, deren B. einige sehr genau beschreibt, war eine ganz außerordentliche Steigerung des sexuellen Triebes vorhanden, die Patienten hatten trotz entsprechender Lebensweise und trotz ganz geringfügiger Erkrankung der Harnröhre (Entzündungen leichter Art in je verschiedenen Teilen derselben, entweder als Folge abgelaufener Blennorrhoe oder auch ohne eine solche) oft wochen- und monatelang unter allmählichen, schmerzhaften Erektionen zu leiden, wobei es aber nur selten zu Pollutionen kam. In der zweiten Gruppe von Fällen war die Blasenfunktion eine gestörte und führte teils zu schmerzhafter Harnretention, teils im Gegenteil zu häufigem Harndrang (Irritable Bladder). Unter den Patienten BANGS waren sowohl verheiratete wie unverheiratete, ältere und jüngere, und es war auffallend, wie bald sich die Reflexerscheinungen auf die Lokalbehandlung hin, die meist in Arg. nitr.-Instillationen in den vorderen oder hinteren Teil der Harnröhre, auch in Prostatamassage usw., je nach dem Falle bestanden, besserten. Jedenfalls lehren diese Fälle, wie wichtig auch bei der sog. sexuellen Neurasthenie, die in Wirklichkeit oft keine Neurose, sondern nur eine auf tatsächlicher, wenn auch geringfügiger, anatomischer Erkrankung der Harnröhre oder deren Adnexe beruhende Reflexerscheinung ist, eine genaue endo- und cystoskopische Untersuchung ist.

*Stern-München.*

**Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren,** von PAUL ASCH-Straßburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) A. berichtet über fünf Männer, von denen sich vier wegen Blennorrhoe, einer prophylaktisch nach einem Koitus Sublimatlösung in einer Konzentration von 1:1000—500 in die Harnröhre eingespritzt hatten. Die Injektionen führten unter sehr heftigen Reizerscheinungen sehr rasch zur Bildung stark vorspringender, äußerst harter und resistenter Stränge und ausgedehnter flächenhafter Schleimhautinfiltrationen. Die urethroscopische Untersuchung, die bei einem Kranken zwei Tage nach der Einspritzung vorgenommen wurde, ließ außerdem eine ausgebreitete starke Entzündung der LITTSCHEN Drüsen und MORAGENSCHEN Krypten erkennen, die sicherlich auch durch die Sublimatinjektion verursacht war. Eine Sondierung soll bei solchen Patienten während der ersten Tage, solange akute Erscheinungen bestehen, nur im dringendsten Falle und dann nur mit einem ganz weichen Nelatonkatheter vorgenommen werden; für gewöhnlich darf erst nach Abklingen der meist sehr stürmischen akuten Erscheinungen mit dünnen geknüpften Gummibougies untersucht werden. Die vorhandenen Strikturen werden dann zuerst mit Gummisonden, später mit Metallsonden erweitert. Rascher kommt man zum Ziel, wenn man die Stränge, Infiltrationen und Entzündungsherde mit Hilfe des Urethroskops mit Jodtinktur betupft; das hat ein Aufquellen und Erweichen der harten und infiltrierten Gewebsteile und lebhaftes

Abstoßen der oberen Schichten zur Folge, und es stellt sich daher nach der Ätzung ein starker gelblich-rötlicher dicker Ausfluß ein. Fünf Ätzungen genügen gewöhnlich, in hartnäckigen Fällen kann außerdem noch mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden. — Die gemachten Beobachtungen veranlassen A. zu dem Wunsche, daß die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in ihr Merkblatt eine Warnung vor der Einspritzung stark ätzender Flüssigkeiten aufnehmen möge. In der urologischen Praxis soll Sublimat stets durch Hydrargyrum oxycyanatum ersetzt werden.

*Götz-München.*

Eine primäre, nicht blennorrhische Urethritis mit auffallend reichlichen Infuenzabazillen, von PAUL COHN - Frankfurt a. M. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) Mitteilung eines Falles von ursprünglich unkomplizierter, nicht blennorrhischer Urethritis, in deren weiterem Verlauf sich eine Epididymitis und Cystitis einstellte. Die bakteriologische Untersuchung des Sekrets ergab neben Kapselbazillen das Vorhandensein von Infuenzabazillen während mehrerer Wochen. Die Behandlung war erfolglos.

*A. Loewald-Kolmar.*

Über einen Fall von zirkulärem Kondylom der Urethra mit Gefäß-, Drüsen- und Epithelwucherung, von HUGO WOLFF. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

Einkellung einer Hutnadel in der Urethra eines Mannes, von C. H. WHITEFORD-Plymouth. (*Brit. Med. Journ.* 6. Jan. 1906.) Ein 16jähriger Bursche hatte sich eine Hutnadel in die Urethra eingeführt; dieselbe lag nun mit dem Knopf am Perineum, während die Spitze die Urethra perforiert hatte und  $1\frac{1}{2}$  Zoll vom Meatus entfernt im periurethralen Gewebe steckte. In Narkose gelang der bekannte Griff, die Spitze durch Druck von hinten her ganz durch die Haut hindurch zu treiben und nach dem Austritt des Schafts den Knopf umzudrehen und die Nadel dann Kopf voran, zum Meatus externus hinaus zu befördern.

Über einen ähnlichen Fall bei einem 50jährigen Manne berichtet W. F. BROCK-Swansea. (*Brit. med. Journ.* 16. Jan. 1906.) Hierbei war es nicht möglich, die Wendung auszuführen wegen intensiver Schwellung in der Harnröhre und der schrägen Richtung des Durchtritts des Schaftes. Letzterer wurde deshalb kurz abgebrochen; das Ende des Stumpfes wurde glatt gefeilt und dieser dann durch leichten Druck auf den Knopf in die Urethra zurück gebracht. Von hier wurde das Corpus alienum mit einer schmalen Zange durch den Meatus herausgezogen. *Philippi-Bad Salschlörf.*

Ein Fall von Harnröhrenruptur und viertägiger Urinextravasation, von W. G. SURCLIFFE-Margate. (*Lancet.* 19. Aug. 1905.) Ein 85jähriger, kräftiger Matrose erlitt durch Auffallen auf eine vorstehende Kante während eines Sturmes eine Ruptur der Pars membranacea urethrae. Trotzdem er erst vier Tage später in Behandlung kam, konnte doch durch ausgiebige Inzision in das inzwischen gangränös gewordene Perineum, Drainage der Blase sowie Inzisionen in die gangränös gewordene Umgebung und (später) Einführung von Bougies in relativ rascher und ungestörter Weise Heilung erzielt werden.

*Philippi-Bad Salschlörf.*

Zur Lehre von den Divertikeln der Harnröhre, von JOSEF GRÜNFELD-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkrankh.* 1905. Nr. 4 u. 5.) G. faßt seine Erfahrungen über Divertikel der Harnröhre wie folgt zusammen:

Die Divertikel der Harnröhre sind ein seltenes Vorkommnis, doch scheinen sie häufiger vorzukommen, als allgemein angenommen wird. Rationellerweise kann die Diagnose nur auf endoskopischem Wege gestellt werden.

Auf irgendwelche Symptome, die zum Ziele führen, ist für diagnostische Zwecke kaum zu rechnen. Die Beziehungen zwischen den Cowper'schen Drüsen bzw. den Retentionscysten derselben müsse noch weiter studiert werden.

Die Divertikel und Erweiterungen der Harnröhre sind nach Sitz, Form und Ausdehnung sehr verschieden, wenn auch das ätiologische Moment übereinstimmen sollte.

Die Entstehung des Divertikels hängt mit der embryonalen Entwicklung der Urethra zusammen.

*Putsler-Dansig.*

**Kasuistischer Beitrag zur Frage der angeborenen klappenförmigen Verengerung der Pars prostatica urethrae**, von FRAD. P. LINDEMANN. (Inaug.-Dissert. Jena 1904.) Bericht über drei ganz gleichartige Fälle von angeborener klappenförmiger Verengerung der männlichen Harnröhre (Pars prostatica), welche im pathologisch-anatomischen Institut des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf beobachtet wurden. Die Details müssen in der fleißigen Originalarbeit studiert werden.

*Fritz Loeb-München.*

**Veränderungen in der hinteren Harnröhre als Ursache der Neurasthenie**, von A. BAVOGLI-Cincinnati. (*Amer. Journ. of Urology.* Mai 1905.) Der Inhalt der Arbeit ist bekannt.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Über urethroplastische Verlagerung der Harnröhre**, von CARL BECK - New York. (*New York med. Journ.* 13. Mai 1905.) BECK gelang es durch ein sehr ingenüses Verfahren, dessen Einzelheiten nur durch die der Arbeit beigegebenen Zeichnungen verständlich sind, in Fällen von Hypospadie, und zwar auch bei der unglücklichsten Form derselben, der skrotalen, eine bewegliche Harnröhre herzustellen. Wichtig ist, bei starker Spannung seitlich von dem Wundrande angebrachte Entspannungsnähte anzulegen. Auch bei Epispadie kann die Verlagerungsmethode angewandt werden und ist hier ein Lappen aus der Skrotalhaut zum Schutz und zur Stärkung der Nahtlinie des neuen Harnröhrenkanals zuweilen von großem Vorteil. Diese Dislokationsmethode kann auch bei vielen anderen pathologischen Zuständen der Harnröhre ebenso wie beim Weibe zur Anwendung kommen. Da eine derartige Urethroplastik sehr feine Instrumente erfordert, so liefs sich Beck ein eigenes Instrumentarium für diese Zwecke zusammenstellen, es enthält u. a. ein kurzes, schmales Messer für die Abtrennung der Urethra, ein langes Messer zur Bildung der Eichel oder der Penisubstanz, feine stumpfe Scheren zur stumpfen Abtragung, zwei spezielle Halter, die zugleich als Retraktoren dienen, zwei kleine elastische Arterienpinzetten, verschiedene runde Nadeln, einen speziellen Nadelhalter u.s.f.

*Stern-München.*

**Über Doppelbildung der Harnröhre**, von DESIDER RÓNA - Baja. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Mitteilung eines Falles von vollkommener Verdoppelung der Harnröhre. Die Nebenharnröhre begann mit einer offenen Furohe; diese setzte sich in einen Kanal fort, der an der Vorderwand der Blase oberhalb der normalen Mündung in die Blase mündete. Bisher sind nur 15 ähnliche Fälle in der Literatur bekannt. Unvollkommene Verdoppelung ist etwas weniger selten. Während früher die Ansichten über das Wesen des Leidens auseinandergingen, gilt heute allgemein die Auffassung von ENGLISCH, daß, wie lang der Gang auch sein mag, es sich stets um eine rudimentär entwickelte Harnröhre handelt. Die Behandlung kann nur eine chirurgische sein. Verfasser hat in seinem Falle die accessorische Harnröhre mit gutem Resultat exstirpiert.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über Harnröhrenstrikturen**, von OTTO HAMEL. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Über den Wert der linearen Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen**, von FERDINAND MUNIER. (*Thèse de Nancy.* 1904. Nr. 29.) Die Resultate dieser Methode sind nicht besser als die mit anderen.

*Fritz Loeb-München.*

**Klinische Untersuchungen über Harnröhrenstrikturen**, von ROB. DUHOT-Bruxelles. (*Poliklinique centrale.*) Verfasser weist auf die Wichtigkeit einer genauen

instrumentellen Untersuchung der Harnröhre bei Strikturen hin. Er beschreibt die verschiedenen Arten der Ausführung der Sondierung, die Wahl der Instrumente, und der sich dabei ergebenden Schwierigkeiten. Gleichzeitig gibt er kleine Handgriffe an (schon bekannt, D. Ref.), welche die Überwindung derselben bedeutend erleichtern können.

*Albert Niswayer-Berlin.*

**Über Strikturen der Harnröhre: vorläufiger Bericht über höhlen- und rinnenförmige Sonden und Katheter zur Dilatation, von VICTOR COX PEDERSEN-New York. (Med. News. 5. Aug. 1905.)** Bei diesen Sonden, welche P. nach seinen Angaben konstruieren ließ und welche sich ihm als die geeignetsten bewährten, ist der Krümmungsradius derselbe wie bei den gewöhnlich im Gebrauch befindlichen, aber um 1 Zoll (= ca.  $2\frac{1}{2}$  cm) kürzer, hingegen der Stiel um so viel länger; durch diese Konstruktion sei bei sehr engen Strikturen die Gefahr falscher Wege eine viel geringere. Die Spitze der Kurve ist gleichmäßig von der Basis bis zum Ende und wird in sechserlei Größen angefertigt; kann die geringste Größe = 6 F. (was diese amerikanischen Maße in gewöhnlichen Ch. bedeuten, kann Referent nicht angeben) nicht durchpassieren, so muß eine andere Behandlungsmethode Platz greifen. Die Höhlung der Sonde ist um ein Drittel weiter im Umfang als der Umfang einer filiformen Bougie und  $\frac{1}{2}$  Zoll lang; diese Länge der Höhlung bewahrt die Sonden davor, zu brechen und sich zu rollen, was bei den gewöhnlichen Instrumenten nicht selten vorkomme. Die höhlen- und rinnenförmigen Katheter sind auf dieselbe Weise konstruiert: mit einer kurzen Krümmung und der Spitze von sechs verschiedenen Größen, längeren Stielen, gleichmäßig weiten und tiefen Höhlungen. Die Technik der Anwendung ist folgende: Nachdem die filiforme Bougie eingeführt ist, wird der Katheter mit der engsten Spitze darübergeführt, die Blase, wenn nötig, teilweise durch den Silberkatheter entleert oder, wenn sie leer ist, mit einer mäßigen Menge einer milden antiseptischen Lösung (Bor- oder Kalium permang.) angefüllt, der Katheter wieder entfernt und die filiforme Bougie belassen. Über dieser werden nun der Reihe nach immer stärkere Sonden durch die Striktur hindurchgeführt, bis man zu jener gelangt, welche dem Patienten Schmerzen verursacht. Die Sonde wird 10—15 Minuten belassen, dann samt der filiformen entfernt und Patient kann dann seine Blase entleeren. Enthält dieselbe aber Urin (bei Blasenausdehnung), so muß eine Blasenspülung mit heißer antiseptischer Flüssigkeit nachfolgen. Nach vier bis fünf Tagen wird die Dilatation mit stärkeren Sonden wiederholt und gewöhnlich genügen vier bis sechs Wochen, um das Einführen der filiformen Bougies entbehrlich zu machen; nur in seltenen Fällen. — P. erlebte in drei Jahren nur einen solchen Fall — müssen noch längere Zeit stärkere Sonden gebraucht werden, bis das Einführen der filiformen nicht mehr notwendig ist. Die beigegebenen Zeichnungen geben ein anschauliches Bild dieser Sonden- und Katheterkonstruktion.

*Stern-München.*

**Beitrag zur Behandlung der Strikturen der Harnröhre mit Elektrolyse, von WLADISLAW REISS. (Przeglad lekarski, 1905. Nr. 25—26.)** Nach einem Überblick der Geschichte der therapeutischen Verwertung der Elektrolyse, insbesondere bei Harnröhrenstrikturen, berichtet Verfasser über die Ergebnisse eigener Beobachtungen. Er wendete immer die zirkuläre Elektrolyse an. Als aktive Elektrode wurden die modifizierten Elektroden LANGOS (kurze und lange) angewendet, und Verfasser bezeichnet sie als sehr praktisch. Zur Ausspülung der Harnröhre vor der Einführung der Elektrode rät Verfasser nur schwache, nicht reizende, antiseptische Mittel anzuwenden (etwa  $\frac{1}{2}$  ‰ige Lösung von Kalium permanganicum), da sonst reaktive Entzündungen zustande kommen, die den Eingriff erschweren. Die Stromstärke betrug in der Regel 3—5 M. A.; ausnahmsweise wurden Stromstärken über 5—6 M. A. (nie höher

als 10 M. A.) angewendet. Unmittelbar nach jeder Elektrolyse wurden Metallsonden von 22—24 Charrière eingeführt und dann die weitere temporäre Dehnung methodisch fortgesetzt.

Die operierten Fälle teilt Verfasser in drei Gruppen ein. In die erste gehören drei Fälle, die erfolglos geblieben sind, und zwar mußte hier vor Anwendung der Elektrolyse infolge gleichzeitig vorhandenen Harnröhrenkatarrhs Abstand genommen werden; die lokale Reaktion war auf jeden elektrolytischen Eingriff sehr stark und schmerzhaft.

In den zur zweiten Gruppe gehörenden fünf Fällen wurde zwar ein ausgezeichnetes Resultat erzielt, aber die weitere Verfolgung der Fälle wurde unmöglich, so daß Verfasser über ihr weiteres Schicksal nichts zu berichten imstande ist.

In den sieben Fällen der letzten Gruppe wurde ein ausgezeichnetes Resultat erzielt, das bereits mehrere Jahre (drei bis sechs) andauert.

Verfasser berichtet eingehend über die einzelnen Fälle und ist durch die außerordentlich günstigen Resultate berechtigt, das elektrolytische Verfahren in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen auf das wärmste zu empfehlen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von HANS WOSSIDLO. (Med. Klinik. 1905. Nr. 48.)** Die Strikturnranken lassen sich in drei Kategorien teilen: 1. **Komplette Harnverhaltung.** Bei jeder akuten Harnverhaltung müssen alle eventuellen ursächlichen Momente berücksichtigt werden, vor allem die Prostatitis. Handelt es sich um eine akute Schwellung der Striktur selbst, so greife man gleich zum Katheter, eventuell zu filiformen Bougies. Geht wohl das filiforme Bougie, aber weder der an dasselbe anzuschraubende Metallkatheter, noch der Leitstab des Urethroskops durch die Striktur durch, so kann man in nicht sehr dringenden Fällen das filiforme Bougie für 24 Stunden liegen lassen; oft gelingt es dann, den Katheterismus oder die interne Urethrotomie auszuführen. In sehr dringenden Fällen mache man sofort die *Punctio vesicae* und schliesse daran die *Urethrotomia externa* an oder man wiederhole öfters die Blasenpunktion.

2. **Enge Strikturen ohne komplette Harnverhaltung.** Die Behandlung hängt hier von den begleitenden Komplikationen ab. Eine gleichzeitige akute Blennorrhoe muß zuerst beseitigt werden, ehe die instrumentelle Erweiterung der Striktur erlaubt ist; bei sehr engen Strikturen muß hier entweder die *Urethrotomia externa vesicae* mit nachfolgender *Urethrotomia interna* gemacht werden. Bei gleichzeitiger Nephritis, Pyelonephritis oder Diabetes mellitus muß von der Dilatationsbehandlung Abstand genommen und die *Urethrotomia externa* ausgeführt werden. Bei unkomplizierten Strikturen hängt die Behandlung vom Sitz, Weite, Länge und Zahl der Strikturen ab (Knopfsondenuntersuchung!). Bei sehr engen Strikturen lasse man dasjenige filiforme Bougie, welches die Striktur passiert hat, wenigstens 24 Stunden liegen und befestige es wie einen Verweilkatheter. Bei der temporären Dilatation empfiehlt es sich, bis zu Nr. 16 oder 18 mit den elastischen Bougies fortzufahren und sie dann mit Metallsonden zu vertauschen. Die temporäre Dilatation soll nicht öfters als jeden dritten, eventuell zweiten Tag vorgenommen werden. — Für die sehr engen Strikturen ist nach Verfasser die geeignetste Methode die *Urethrotomia interna*, nach der aber (nach acht Tagen) die weitere Sondenbehandlung notwendig ist.

3. **Relativ weite Strikturen** (meist in der vorderen Harnröhre, in der *pars cavernosa*) werden oft übersehen, da hier oft das einzige Symptom ein Wiederauftreten eines Harnröhrenausflusses bildet. Die Urethroskopie lehrt, daß zur Heilung der weiten Strikturen hohe Dehnungsgrade erreicht werden müssen. Man

soll überhaupt in jedem Falle von Striktur eine möglichst hohe Dehnung (bis 26—30 Charrière) anstreben. Bei resorbierbaren Strikturen muß die Dilatation auf weit höhere Grade gesteigert werden, bis die Harnröhre urethroskopisch ihr normales Aussehen bekommt. Der Meatus ist dabei eventuell zu spalten.

Die Dilatationsmethode muß durch antiseptische und adstringierende Irrigationen der Harnröhre unterstützt werden.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Strikturen der Harnröhre; deren Pathologie und Behandlung,** von E. G. BALLENGER-Atlanta, Ga. (*Med. News.* 11. Nov. 1905.) B. macht in erster Linie darauf aufmerksam, wie wichtig allgemein diätetische Maßnahmen und die Behandlung vorhandener Entzündungserscheinungen in der Harnröhre bei Strikturen ist, und er glaubt, daß sowohl bei Dilatation wie Urethrotomie hierdurch viel bessere Resultate erzielt würden, da auch nach der Insision die Resorption rascher sich vollziehen werde, wenn die umgebenden Gewebe gesünder wären. Was nun die verschiedenen Lokalisationen der Strikturen betrifft, so rät B., die nahe am Meatus gelegenen stets zu indizieren, da die Dilatationsversuche hier sehr schmerzhaft seien und wegen der besonderen Beschaffenheit des Gewebes auch selten von Erfolg begleitet sind. Diejenigen Strikturen, welche weiter nach rückwärts liegen und keine Komplikationen, wie Abscesse, Urininfiltration, schwere Form von Cystitis, aufweisen, sollten stets mit gradueller Dilatation behandelt werden, während für die genannten komplizierten Fälle die äußere perineale Urethrotomie in Betracht kommt. Die innere Urethrotomie muß als wertvolles Unterstützungsmittel bei sehr reizbarer oder vorspringender Striktur angesehen werden. Kontinuierliche Dilatation ist in solchen Fällen angezeigt, wo ein filiformes Bougie nur mit großer Schwierigkeit durch eine sehr derbe Striktur oder einen falschen Weg gelangt ist. Bei der allmählichen Dilatation ist es viel besser, langsam vorzugehen, täglich oder jeden zweiten Tag zu behandeln, als weniger oft stärkere Sonden einzuführen; im allgemeinen nimmt man jedesmal eine nach französischer Bezeichnung (Ch.) stärkere Nummer und läßt sie, wohl eingefettet, 3 bis 5 Minuten liegen, in manchen Fällen ist es auch weit besser, mehrere Male mit derselben Sonde zu dilatieren und die Striktur zu massieren, als mit allzu forcierter Dilatation Schmerzen und heftige Reaktion zu verursachen. In vielen Fällen sind tägliche Irrigationen mit heißen, antiseptischen Lösungen (von Borlös., Kalium permang. usf.) vor der Dehnung angezeigt. Wenn 28 bis 30 Ch. erreicht ist, kann die Harnröhre für gewöhnlich als normal angesehen werden, außer wenn noch irgendeine Induration vorhanden ist. Bei Schwierigkeit in der Passage der Sonde sollte man vor weiteren Mitteln versuchen, die Harnröhre mit Olivenöl zu füllen und feine filiforme französische Bougies einzuführen. Die externe perineale Urethrotomie muß ausgeführt werden, wenn die einfachen Methoden nicht zum Ziele führen oder Komplikationen, wie oben erwähnt, bestehen. Sowohl für diese Operation wie die innere Urethrotomie, welche vor allem bei harten Strikturen in den hinteren Teilen der Harnröhre in Betracht kommt, gibt Verfasser einige recht praktische Winke und erwähnt schließlich noch die Exsision der Strikturen, eine Operation, welche er bei blennorrhöischer Striktur höchst selten für angezeigt hält. Die Besprechung der Pathologie und der verschiedenen Einteilungsarten der Strikturen ergänzen, ohne wesentlich Neues zu bringen, die trotzdem sehr lesenswerte Arbeit, welche dem Praktiker eine gute Übersicht über dieses schwierige Kapitel der Harnröhrenaffektionen bietet.

*Stern-München.*

**Über Strikturen der Harnröhre beim Manne,** von NEUHAUS-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 50/51.) Bei den Strikturen der Harnröhre kann man hinsichtlich der Ätiologie mehrere Arten unterscheiden:

1. die eigentlichen, wahren Strikturen, die organischen;



2. die nur temporär bestehenden, funktionellen, welche durch entzündliche Schwellung der Harnröhrenschleimhaut oder durch spastische Zustände der Harnröhrenmuskulatur bedingt sind;

3. die Kompressionsstrikturen, die durch Druck auf die Urethra von außen (Abscesse, Tumoren) hervorgerufen wurden;

4. Strikturen, welche durch von der Harnröhrenwand selbst ausgehenden Neubildungen veranlaßt werden;

5. angeborene, divertikel- oder klappenartigen Strikturen.

Die erste Art, die organischen, unterzieht Verfasser einer eingehenden Betrachtung, besonders auch hinsichtlich der von allen Forschern geübten Therapie. Dem Fachmann wird dabei nicht viel Neues gesagt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über interne Urethrotomie**, von GUSTAV OESTERREICHER-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 47.) Die durch DITTELS Autorität unterdrückte innere Urethrotomie nahm O. nach v. FRISCH in der III. chirurgischen Abteilung des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Wien unter R. FRANK wieder auf, und zwar vermittelst des Urethrotoms nach MAISONNEUVE.

Jede Striktur, durch welche das Bougie filiforme passiert, ist für die interne Urethrotomie geeignet. Bei den behandelten 48 Strikturfällen brauchte kein einziges Mal urethrotomiert zu werden.

Die Urethrotomie kam in Anwendung und gilt als indiziert, wo

1. nach jedesmaliger Bougierung Fieber auftritt;  
2. bei allmählicher, unterbrochener Dilatation, selbst beim zartesten Vorgehen, sich Blutungen einstellen;

3. nach Bougierungen entzündliche Schwellungen im Bereiche der Verengung auftreten, welche längere Zeit eine Einführung von Instrumenten unmöglich machen;

4. der Kallus eine große Retraktivität besitzt, daß man durch allmähliche Dilatation nicht vorwärts kommt;

5. Taschen und falsche Wege in der Harnröhre vorhanden sind oder der Eingang der Striktur exzentrisch liegt, so daß man oft nur einem glücklichen Zufalle es zu verdanken hat, wenn man mit der Filiforme durchgekommen ist;

6. das nachträgliche Bougieren dem Patienten überlassen werden muß.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über die Technik der externen Urethrotomie ohne Leitsonde vom lateralen medianen Wege aus**, von L. MARTEL-Paris. (*Pressé méd.* 1906. Nr. 74.) Die Operation besteht in folgendem Vorgehen: Einschneiden der Haut über der medianen Raphe, sich auf der Seite halten und Eingehen in das Muskeldreieck, welches von den Musculi transversus superficialis, bulbo-cavernosus und ischio-cavernosus gebildet wird. Darauf Freilegen der seitlichen oberen Wand der Urethra unterhalb der mittleren Aponeurose und Einschneiden der Harnröhre aufwärts über der Verengung. Hierauf Einlegung einer Dauersonde nach retrograder Inzision der Strikturmasse.

*Hopf-Dresden.*

**Zum Kapitel der nervösen Blasenstörungen**, von J. VOGEL-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 48.) Es gibt eine Reihe von Blasenstörungen, deren Natur völlig dunkel erscheint, weil sich eine Ursache mit den gebräuchlichen diagnostischen Mitteln nicht feststellen läßt. Man bezeichnet derartige Zustände als nervöse, doch handelt es sich dabei meist nicht um eine Erkrankung der Blase, sondern um Erkrankungen an anderen Organen, und die in der Blase sich äußernden Beschwerden sind nervöse Ausstrahlungen. Teilweise handelt es sich um Frühsymptome der Tabes, auch gibt es eine Reihe von Affektionen, bei denen der Patient den Sitz der Erkrankung in die Blase verlegt, während diese tatsächlich in einem

anderen Abschnitte des Urogenitalsystems oder in einem benachbarten Organ lokalisiert ist (Blasensteine, Nierentuberkulose, Prostataerkrankungen). Auch durch Affektionen der weiblichen Genitalien werden oft Blasenstörungen hervorgerufen (Verwachsungen, akute Parametritis, Gravidität, Uteruscarcinom). Ebenso können auch vom Rektum aus Blasenstörungen ausgelöst werden, z. B. bei Enuresis nocturna der Kinder, Bandwürmern, Hämorrhoiden, Analfissuren. Ferner sind chemische Ischurien, besonders von ENOLISCH beschrieben, wo z. B. nach Vergiftung mit Kohlenoxydgas, Terpentin und gewissen Farben Harnretention auftrat, wie Verfasser Ähnliches bei Bleivergiftung sah. Chirurgen sehen nicht selten eine Harnretention nach Operationen. Die Erklärung liegt in der Beteiligung der drei Abschnitte des Sympathicus, dem Plexus renalis, coeliacus und hypogastricus, wozu noch Plexus pudendalis und bei Frauen Plexus uterinus kommen. Alle stehen im Zusammenhange. Zum Schlusse bespricht Verfasser noch kurz die Neurosen der Blase. *Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde**, von FRITZ VOELCKE- und ALEXANDER LICHTENBERG-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 33.) Die Verfasser haben eine Reihe normaler und anormaler Harnblasen nach Injektion von 120 bis 250 g einer 2%igen körperwarmen Kollargollösung röntgenographisch aufgenommen. Die Aufnahmen wurden an liegenden Individuen in der Richtung von vorne nach hinten gemacht; Aufnahmen an stehenden Menschen oder stereoskopische Aufnahmen konnten wegen Mangels passender Apparate vorläufig noch nicht gemacht werden, Aufnahmen von der Seite mißlangen. Die Bilder, welche die Verfasser erlangten, sind „von aller nur wünschenswerten Klarheit“; sie sind in der vorliegenden Arbeit verkleinert reproduziert. Es zeigte sich, daß die mäÙig gefüllten Blasen gesunder junger Männer stumpfe, birnenförmige Gestalt mit breiter, nach oben gerichteter Basis und schlanker, nach unten stehender Spitze haben — wohl die wahre Gestalt einer normalen menschlichen Blase bei mäÙiger Füllung. Die Blase einer gesunden Frau weist annähernd die gleiche Form auf, nur ist hier der untere Teil weniger verjüngt. Die stark gefüllte Blase eines Weibes erscheint nicht in Kugelform, sondern buchtet sich seitlich ziemlich stark aus. In fünf Fällen von Prostatahypertrophie war die Blase nach unten nicht spitz zulaufend, sondern breit abgerundet. In einem Falle von Balkenblase mit Divertikeln präsentierten sich diese als erbsengroÙe, dem Blasenkörper aufsitzende Appendices. Krampfhaft veränderte, nicht ausdehnungsfähige, tuberkulöse Blasen erschienen breiter als hoch. Auch andere Abnormitäten wurden durch die Aufnahmen deutlich sichtbar gemacht.

Gelegentlich der Versuche beobachteten die Verfasser, daß durch die Kollargolinjektionen einige Fälle von chronischer Cystitis auffallend gebessert wurden. Seitdem verwenden sie Kollargollösung zur Behandlung von Blasenkatarrhen anstelle anderer Antiseptika, vor allem anstelle des Argent. nitric.; so injizieren sie bei chronischer Cystitis infolge von Prostatahypertrophie 100 g einer 1%igen Lösung. Man kann diese stunden- oder tagelang oder auch dauernd in der Blase lassen; sie reizt nicht und äÙt nicht. *Göts-München.*

**Katheterbehandlung von 29jähriger Dauer**, von R. H. Fox-London. (*Lancet.* 22. Juli 1906.) Als ein Beispiel der gelegentlichen Unschädlichkeit des Selbstkatheterisierens ohne ausgiebige antiseptische VorsichtsmaÙregeln berichtet F. hier über einen alten Herrn, der ein Alter von 91 Jahren erreichte, trotzdem er während der letzten 29 Jahre seines Lebens seinen Urin nur mittels Katheters entleeren konnte.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**VorsichtsmaÙregeln beim Gebrauche von Leitsondenkathetern**, von JEAN LAMOUROUX. (*Presse méd.* 1906. Nr. 45.) Allgemeine und besondere Vorsichts-

maßregeln, welche sich auf die Güte der Bougies filiformes, das gute Passen der Schraubenwindungen der Metallsonde in die Schraubenmutter des Bougies u. a. erstrecken; werden vom Verfasser gegeben. Als vorzügliches Gleitmittel empfiehlt der Verfasser 2%ige Resorcinvaseline. Vor der Einführung der Instrumente soll der Kranke sowohl Wasser lassen als auch eine Harnröhrenausspülung empfangen. Bei besonders empfindlichen Kranken kann das die Blase berührende, sich aufrollende Leitbougie — bei leerer Harnblase — zu lebhaften Kontraktionen der Blasenmuskulatur führen, welche die Verbindung zwischen Bougie und Metallsonde zu lockern vermögen. Es empfiehlt sich deshalb, vor der Einführung derartiger Bougies und Leitsonden die Blase zur Hülfe mit Borlösung zu füllen. Außerdem rät der Verfasser, die Sonde schon vor Einführung des Bougies auf letzteres aufzuschrauben.

*Hopf-Dresden.*

**Zwei seltene Blasenaffektionen: Totalinversion der Blase und kongenitales Diverticulum am Blasengrund,** von G. WILKINSON-Sheffield. (*Lancet*. 7. Okt. 1905.) Ein dreijähriges Mädchen wurde wegen einer an der Vulva ziemlich plötzlich hervorgetretenen Geschwulst ins Krankenhaus gebracht. Die Abnormität hatte fast viermal 24 Stunden bestanden. Man fand eine wallnussgroße, dunkelviolett bis schwarz gefärbte, glatte, schlaffe Geschwulst mit einem rabenfederkielartigen Stiel, an dem der untersuchende kleine Finger (in Narkose) in die Blase gelangte. Man diagnostizierte einen Polypen und resezierte nach Unterbindung des Stiels das gangränös gewordene Stück. Genesung erfolgte ohne wesentliche Störungen. Erst bei der Untersuchung nach der Operation stellte sich heraus, daß man es mit einer Umstülpung der Blasenwand zu tun hatte.

Der zweite Fall betraf eine Divertikelbildung bei einem siebenjährigen Mädchen; dasselbe ging an eitriger Cystitis zugrunde, bevor eine geplante Operation (Diagnose intra vitam: Vereiterte Urethralcyste) ausgeführt werden konnte.

*Philippi-Bad Salschlirf.*

**Ein Fall von Blasenzerreißung bei einem Kinde,** von J. CROPPER-Ramallah (Palästina). (*Lancet*. 11. März 1905.) Ein vierjähriger Fellachenknabe fiel aus einer Höhe von 12 Fuß auf seinen Bauch. Außer einigen Hautabwundungen war nichts besonderes zu konstatieren, und Urin wurde angeblich einmal spontan entleert. Die sofort vorgeschlagene Operation wurde zuerst verweigert und erst drei Tage nach dem Unfall gestattet. Trotz verschiedener sehr bedrohlicher Erscheinungen wurde schließlich dazu geschritten. Nach Bloßlegung der Blase durch einen vom Nabel bis fast zum Schambein reichenden Schnitt entdeckte man einen für zwei Finger durchgängigen Riß zur Rechten des Fundus. Es wurde ein Drainrohr eingelegt und die Wunde mit Gaze ausgestopft. Nach 4 bis 5 Wochen konnte Patient in ziemlich guter Verfassung entlassen werden.

*Philippi-Bad Salschlirf.*

**Drei Fälle von extraperitonealer Ruptur der Blase, kompliziert mit Beckenfraktur und von Heilung gefolgt,** von JOSEPH RILUS NASTMAN-Indianapolis. (*New York Med. Journ.* 14. Okt. 1905.) Die Verletzungen entstanden in den drei Fällen durch schwere Gewalteinwirkung; die Behandlung bestand in kurzem darin, den Shock (mit normaler Salzlösung und Adrenalin) zu bekämpfen, alles zerstörte Gewebe zu entfernen; Naht des Blasenrisses, geeignete Drainage der Blase, Ruhe und Anlegung eines Verbandes, welcher eine Bewegung der gebrochenen Knochenteile unmöglich machte.

*Stern-München.*

**Spontanruptur der Blase nach Cystitis,** von KARL SCHAUHMANN. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Sind die Fälle von Spontanruptur der gesunden Blase auch sehr selten, so kann doch an ihrem Vorkommen nicht gezweifelt werden. GUYON will innerhalb 28 Jahren einen einzigen derartigen Fall beobachtet haben. Ein be-

stimmtet Füllungsgrad der Blase ist stets erforderlich, um eine Ruptur zu erzeugen. Bei den Spontanrupturen der Blase nach Cystitis kann die Ätiologie mannigfacher Art sein. Die erste Stelle nehmen die auf Infektion beruhenden Entzündungen ein. Ein weiterer nicht unbeträchtlicher Teil der Ursachen der Cystitis wird durch die auf Steinleiden zurückzuführenden Erkrankungen der Blase gebildet. Von großer praktischer Bedeutung sind die durch Urinretention entstandenen Cystitiden. Ferner sind die Erkrankungen der Blase zu nennen, die auf destruirenden Prozessen der Wandung beruhen und längere Zeit eine anscheinend harmlose Cystitis vortäuschen können: Maligne Tumoren, ulcerative Prozesse auf iustischer oder tuberkulöser Basis. Eine sehr seltene Ursache der Cystitis bildet das Ulcus vesicae. Verfasser beschreibt zwei Fälle ausführlich, die nach vorhergehender Cystitis zur spontanen Ruptur der Blase führten.

In dem einen Falle war die Cystitis durch Urinstauung die Folge einer Prostatahypertrophie, in dem anderen durch eine totale Kompressionsmyelitis verursacht.

*Fritz Leeb-München.*

**Akute ascendente Paralyse bei chronischer Cystitis**, von T. J. WALKER-Peterborough. (*Lancet*. 11. März 1906.) Es wird über folgende drei lehrreiche Beobachtungen berichtet:

I. Ein 40jähriger Bäcker hatte zehn Jahre zuvor eine Striktur der Urethra und chronische Cystitis akquiriert. Letztere hatte, wie von Zeit zu Zeit der Fall war, zu einer akuten Exacerbation geführt, welche bereits vier Wochen angehalten hatte, als Patient eines Morgens über taubes Gefühl in den Füßen und Schwäche in den Beinen klagte. Die Paresse nahm mit erschreckender Rapidität an Intensität und Ausdehnung zu. Durch Übergreifen auf die Respirationsmuskeln trat binnen 18 Stunden der Exitus letalis ein.

II. Ein 69jähriger Mann mit chronischer Cystitis von zirka neunjähriger Dauer war seit vier Tagen wegen akuter Verschlimmerung mit lebhaften Beschwerden und leichtem Fieber behandelt worden, als in gleicher Weise Parästhesien und Paresse an den unteren Extremitäten einsetzten und, aufwärts weiterschreitend, innerhalb 48 Stunden zum Tode führten.

III. Der 67jährige Patient war auch mehrere Jahre an chronischer Cystitis erkrankt gewesen und war in der letzten Zeit wiederholt katheterisiert worden. Beim Versuche aufzustehen, wurde eines Morgens bemerkt, daß der Kranke schwach und unsicher auf den Füßen war. Am Abend schon zeigte sich Paresse der oberen Extremitäten, und der Tod trat 18 Stunden nach Beginn der ersten Lähmungserscheinungen ein.

Eine Autopsie konnte in keinem der Fälle ausgeführt werden.

*Philippi-Bad Saleschürf.*

**Die Behandlung der akuten Cystitis**, von KAUFMANN-Wildungen. (*Medico*. 1905.) KAUFMANN warnt vor einer übertriebenen Therapie bei akuter Cystitis. Er empfiehlt leichte hydratische Prozeduren gegen die subjektiven und objektiven Beschwerden: täglich ein warmes Vollbad von 30—35° steigend und von 20—25 Min. Dauer, zweimal täglich prolongierte warme Sitzbäder bis zu einstündiger Dauer, dann mindestens zwei Stunden Bettruhe in vorher gut durchwärmtem Bett. Wenn möglich sind kohlensäure Bäder vorzuziehen. Gleichzeitig mit den Bädern empfiehlt er Darmeingießungen 1—1½ Liter Wasser bis 40° warm unter geringem Druck. Die übrige Therapie ist die allgemein übliche.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Die Ausschabung der Harnblase beim Manne bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung**, von ARTHUR STRAUSS-Barmen. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 34.) Bei schweren Formen von chronischer Blasenentzündung gibt die Ausschabung

bung der Schleimhaut oft vorzügliche Resultate. Die Einführung des Verfahrens ist der GUYON'schen Schule zu danken. Bei Frauen ist die Ausführung mit der Curette verhältnismäßig einfach, bei Männern war die vorherige Sectio alta notwendig. Verfasser hat nun ein Instrument konstruiert, das die Ausschabung auch ohne Eröffnung der Blase gestattet. Das Instrument, vom Verfasser „Katheterlöffel“ genannt, stellt einen gewöhnlichen Katheter mit MEXICOER-Krümmung dar, durch den statt eines Obturators auch ein scharfer Löffel oder eine Curette hindurchgeführt und mittels einer Schraube festgestellt werden können. Die Ausschabung muß in tiefer Narkose geschehen; der in den Mastdarm eingeführte linke Zeigefinger dient zur Orientierung über die Blasengegend, die man curettiert. Die Indikation zur Anwendung des Katheterlöffels bietet jede hartnäckige chronische Cystitis, besonders die Formen, die jeder anderen örtlichen Behandlung trotzen. Mitbeteiligung der Nieren ist keine unbedingte Kontraindikation, eher wird die Unterdrückung der Cystitis die Weiterentwicklung einer Nierenerkrankung aufhalten. Die günstige Wirkung der Ausschabung beruht teils auf der Entfernung der kranken Schleimhaut, teils auf der Blutentziehung, die auf das entzündete Organ entlastend wirken muß. Über seine Erfahrungen mit dem Instrument wird Verfasser später berichten, vorläufig fordert er die Chirurgen zur Prüfung auf. Verfertigt wird das Instrument von Franz Stamm & Co., Ohligs. A. Loewald-Kolmar.

Das Verhalten bei Cystitis calculosa, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 51.) Der kurze Aufsatz enthält nichts Neues. Göts-München.

Ein Beitrag zu der Lehre von den Fremdkörpern in der Harnblase, von FRIEDRICH BAHR. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1902.) Frits Loeb-München.

Ein Fall von Harnblasenruptur, von WILHELM KUHN. (Inaug.-Dissert. München 1902.) Frits Loeb-München.

Fremdkörper (Fragmente von Kathetern und Sonden) in der Harnblase, von LEGUEU. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 29.) Wenn eine Prostatahypertrophie die Entfernung eines in die Blase gelangten Fremdkörpers auf natürlichem Wege unmöglich macht, dann tut man nach L. am besten, möglichst bald die Prostatektomie auszuführen und so Hindernis und Fremdkörper auf einmal zu beseitigen. Ein Sondenfragment, das im hinteren Teile der Harnröhre zurückgeblieben ist, wird mit einem starken Bougie in die Harnblase hineingeschoben und von da aus mit dem Lithotriptor oder wenn nötig mittels Prostatektomie entfernt. Wenn ein Katheterstück im vorderen Abschnitt der Urethra steckt und mit der COLIN'schen Zange nicht extrahiert werden kann, so wird man versuchen, neben dem Fremdkörper einen dünnen Katheter einzuführen, der als Verweilkatheter liegen bleiben kann; geht das Fragment dann nicht von selbst ab, so muß in den nächsten Tagen die Urethrotomia externa oder, wenn es sich um einen Prostatiker handelt, die Prostatektomie gemacht werden.

Göts-München.

Radioskopie und Radiographie für die Diagnose von Blasenfremdkörpern bei Kindern, von P. DESPOSSÉS. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 99.) Zur Erläuterung der Wichtigkeit der Radiographie bei Verdacht auf Fremdkörper in der Blase führt Verfasser einen entsprechenden Fall an. Ein siebenjähriges Mädchen wurde wegen Unterleibschmerzen und Blasenblutungen in die Poliklinik gebracht. Diese Beschwerden datieren auf mehrere Monate zurück. Von einer Anzahl von Ärzten war das Kind in dieser Zeit untersucht worden. Zwei Spezialisten hatten Blasenstein diagnostiziert. Die Röntgenbestrahlung ergab die Anwesenheit einer Haarnadel; bei ihrer durch das Röntgenbild ersichtlich gewordenen Lage gelang ihre Exaktion beim etherisierten Kinde ohne jede Schwierigkeit. Hopf-Dresden.

**Die latenten Steine der Blase, von GUYON.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 44.) In der Blase können jahrelang Steine enthalten sein, ohne irgendwelche Krankheitserscheinungen oder Schmerzen hervorzurufen; der größte Blasenstein, der bis jetzt bekannt ist, ein Stein von 1596 g, wurde zufällig bei der Autopsie gefunden, sein Träger hatte niemals über irgendwelche Blasenbeschwerden geklagt. Störungen machen die Blasensteine erst, wenn eine Cystitis sich entwickelt. Die Entfernung eines Blasensteines darf niemals vorgenommen werden, solange ein Blasenkatarrh oder eine andere Komplikation irgendwelcher Art besteht. In manchen Fällen werden durch Blasensteine Nierenkrisen verursacht, die durchaus Nierensteinkoliken gleichen, obwohl die Nieren durchaus frei von Konkrementen sind. *Göts-München.*

**Über Blasensteine, von SAMUEL BERNHEIM.** (*Méd. orient.* VIII. Jahrg. Nr. 19.) An klimatische Einflüsse bei der Entstehung des Blasensteins will der Verfasser nicht recht glauben. Wahrscheinlich sind Hygiene, Ernährung und Gewohnheiten in ätiologischer Hinsicht wichtiger als das Klima. Gleichwohl sollen die Blasensteine in Frankreich, England, Holland und Dänemark besonders häufig vorkommen. Von asiatischen Ländern soll Indien das größte Kontingent an dem Leiden aufweisen. Nach COULSON findet sich der Blasenstein bei den Frauen im Verhältnis zu den Männern wie von 5 zu 100, doch glaubt der Verfasser, daß dieses Verhältnis darauf beruht, daß die Frauen mit ihrer weiten Urethra die sich bildenden Steine leichter wieder spontan von sich zu geben in der Lage sind. Nach LE DENTU bilden die alten Leute den Hauptteil der Blasensteinkranken. Nach THOMPSON entfallen die Blasensteine hauptsächlich auf die Jahre 50—70 (zu 65%). 22% kommen auf die Jahre über 70. Bei 210 Lithotrypsien GUYONS wurden 10,47% unter 50 Jahren, 70% zwischen 50 und 70 Jahren, 20% über 70 Jahren. Bei Kindern ist der Blasenstein unter 10 Jahren verhältnismäßig häufig. Und merkwürdigerweise sind die Kinder von Reichen viel weniger dazu disponiert als diejenigen armer Leute. Bei alten Patienten sind die höheren Schichten im Gegenteil mehr gefährdet. — Die übrigen Ausführungen enthalten nichts Bemerkenswertes. *Hofp.-Dresden.*

**Großer Blasenstein, von C. DUEB.** (*Brit. med. Journ.* 15. Juli 1905.) Bericht über erfolgreiche Entfernung eines großen, stellenweise sehr harten Steins von zirka 390 g Gewicht bei einem 87jährigen Eingeborenen in Birma. Die Operation wurde durch hohen Blasenschnitt und Zertrümmerung des Steins mittels des durch die Inzision eingeführten Lithotribs bewerkstelligt. Patient wurde einen Monat p. o. geheilt entlassen. *Philippi-Bad Saalschlurf.*

**Die Gefahren der suprapubischen Blasenpunktion, von CARLIEN.** (*Echo méd. du Nord.* 5. Nov. 1905. Nach *Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 46.) Das Peritoneum reicht bei vielen Menschen, namentlich aber bei alten Harnkranken, bei Leuten mit Prostatahypertrophie oder Harnröhrenstrikturen, bei denen einmal eine Pericystitis vorhanden gewesen war, auch bei starker Füllung der Blase sehr nahe an die Symphyse heran. Unter solchen Umständen kann eine suprapubische Blasenpunktion, auch wenn sie nach allen Regeln der Kunst und mit der größten Vorsicht gemacht wird, zu einer Peritonitis führen; C. selbst hat drei derartige Fälle gesehen und zieht daraus die Lehre, daß der Eingriff nur im äußersten Notfall vorgenommen werden soll. *Göts-München.*

**Sectio alta vesicae unter lokaler Anästhesie, von G. J. ARNOLD - Torbay.** (*Brit. med. Journ.* 6. Jan. 1906.) Patientin, 38 Jahre alt, hatte sich eine Haarnadel in die Blase hineingelassen. Die Sondierung gab keine deutlichen Resultate. Auch nach Erweiterung der Urethra mittels HUGARScher Dilatoren war der Versuch, die Nadel mit Finger und Zange zu erreichen, vergeblich. Nachdem die Nadel zehn Tage in der Blase gelegen hatte, und die Sondenuntersuchung positiv ausgefallen war.

wurde nach vorheriger Abkühlung (nicht Vereisung) der Haut mit Äthylchlorid und Injektion einer sterilen Lösung von Eucainum hydrochloricum, Chlornatrium und Hermin inziert und die (kleine) Haarnadel entfernt. Heilung.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

Zur Blasennaht nach der Sectio alta, von C. HOFMANN - Kalk (Öln). (*Centrabl. f. Chir.* 1905. Nr. 23.) Verfasser tritt für die Weglassung der traditionellen Tamponade des prävesikalen Raumes und des Verweilkatheters nach ausgeführter Blasennaht ein und legt das Hauptgewicht auf die systematische Vorbehandlung der Blase vor der Operation zur Herstellung eines möglichst normalen Urins, damit die Heilung der Naht nicht gestört werde. Ausser absoluter Bettruhe, hydropathischen Umschlägen und Blasenspülungen wird als bestes Nieren-Blasenantiseptikum das Vesipyrin (bei Schöller & Schmitz in Bonn) in Dosen von 1,0—4,0 täglich verabreicht. Dies ist dem Salol vorzuziehen, weil es die Nieren nicht reizt und nach seinem Gebrauch kein Karbolharn auftritt. Auch während der Nachbehandlung sollen 2,0 pro die gegeben werden. Statt des Dauerkatheters soll zweimal täglich katheterisiert werden, da wegen der Fixation der Blase an die Bauchwand eine gewisse Menge Residualharn vorhanden ist, auch wenn spontan uriniert werden kann.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

Bemerkungen über die Nachbehandlung bei Fällen von Sectio alta vesicae nebst Beschreibung eines neuen Verbandes für dieselben, von G. H. COLT-London. (*Lancet.* 4. Nov. 1905.) Um das Überfließen des Urins aus der Operationswunde und die dadurch bedingten Belästigungen zu verhindern, hat Verfasser folgenden einfachen und, wie es scheint, zweckdienlichen Apparat konstruiert: ein kleines Becherglas mit umgebogenem Rande ohne Ausfluskerbe trägt dicht am oberen Rande ein horizontal angebrachtes Abflusrohr. Der Boden des Glases ist durchlocht. Eine runde Scheibe Kautschuk mit entsprechend großem zentralen Ausschnitt wird über den Rand des Becherglases gestülpt und dieses dann über der Inzisionsstelle mit der Mündung nach unten aufgesetzt. Vorher hat man mit Klebstoff (Auflösung von Kautschuk in Naphta) die Bauchhaut in entsprechender Ausdehnung und die Scheibe bestrichen, wodurch ein sofortiges luftdichtes Haften erzielt wird. Das Abflusrohr wird mit einem weiteren Drainagerohr zur Weiterleitung des Urins in Verbindung gesetzt, doch soll dieses nicht zu lang sein und kein großes Gefälle haben. Die Durchlochung des Bodens des Becherglases ist nötig, um ein Ansaugen der Blasen-schleimhaut zu verhüten. Die ganze Installation mit ausführlicher Gebrauchsanweisung ist bei Decon Brothers-London erhältlich.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

Über Blasengeschwülste, von C. POSNER-Berlin. (*Die Deutsche Klinik.* 1905. Urban & Schwarzenberg, Berlin - Wien.) Während früher die Diagnose der Blasengeschwülste eine schwierige und sehr unsichere war, ist dieselbe seit Einführung der Cystoskopie und Verbesserung der Instrumente heutzutage für den geübten Fachmann nicht mehr so schwierig, und findet man somit nicht so selten Blasengeschwülste, wie man früher meinte. Nach POSNERS Erfahrungen ist in der urologischen Praxis etwa jeder hundertste Fall ein Blasentumor. Man denkt jetzt eben leichter an die Möglichkeit eines Tumors schon bei Hämaturie, wobei die Art der Blutung schon charakteristisch ist; die Blutung ist anfangs sehr reichlich, die Färbung ist meist intensiver als bei Steinen und im ganzen Urin gleichmäßig verteilt, nicht nur in den letzten Tropfen. Die Blutung dauert meist einige Tage gleichmäßig und verschwindet dann rasch vollkommen, um später ebenso anfallsweise zu wechseln. Weiteren Aufschluss gibt in diagnostischer Hinsicht die Untersuchung des Urins (Zellen, Geschwulstteile). Man darf aber bei Patienten mit Blasengeschwülsten zu Untersuchungs-zwecke oder zu etwaiger palliativen Behandlung instrumentelle Eingriffe irgendwelcher Art nur

mit zwingender Indikation vornehmen, wegen der Gefahr einer Infektion. Zu beachten ist ferner das Allgemeinbefinden, die eventuellen Metastasen. Die Palpation mit der Hand oder Sonde ist meist von geringerem Werte und seit Einführung des Cystoskops meist überflüssig, über dessen Anwendung Poswan eingehend berichtet; kann man doch mit demselben Sitz, Größe, Beschaffenheit der Geschwulst selbst erkennen; auch ist es möglich mit Hilfe eines Nitzschen Operationscystoskops Tumorstückchen abzutragen.

Der zweite Abschnitt betrifft die Therapie selbst nach Besprechung der ätiologischen Faktoren für die Geschwulstbildungen in der Blase (Ansteckung, entzündliche Reize, Fremdkörper, chemische Reize, Anilin, Naphtol, Parasiten). Nach Erkennen des Tumors ist nur selten ein schleuniges Eingreifen nötig, meist kann man in Ruhe an die Operation herangehen, sei es mittels Schlingen (Operationscystoskop), sei es mit Öffnung der Blase durch Sectio alta. Leider sind auch heute die Erfolge bei den bösartigen Tumoren noch nicht sehr ermutigend, immerhin wird doch manches Leben noch gerettet und manchem große Qualen erspart. Hoffentlich bewirkt die stete Vervollkommnung der Technik und der Instrumente mit der Zeit eine bedeutende Herabsetzung der Sterblichkeit bei der Operation der Blasen Tumoren.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Die Rezidive der Blasenpapillome**, von LæURU. (*Journ. d. pratic.* 1906. Nr. 28.) Blasenpapillome residivieren sehr häufig; von L. und von anderen wurde sogar das Auftreten eines zweiten Rezidivs nach zweimaliger Operation beobachtet. Gegen die Entstehung von Rezidiven an Ort und Stelle schützt bis zu einem gewissen Grade eine radikale Entfernung der Geschwulst samt der zugehörigen Schleimhautpartie. Das Auftreten von Rezidiven an anderen Stellen zu verhüten, sind wir nicht in der Lage.

*Göts-München.*

**Chorionepitheliom der Harnblase**, von W. S. DWITZKI. (*Die med. Woche.* 1906. Nr. 82 u. 83.) Beschreibung eines Falles bei einer 75jährigen alten Jungfer, die wegen Blutungen in die Klinik kam; dabei bestand Atemnot, starker Husten, blutiges Sputum und Schmerzhaftigkeit bei der Harnentleerung. Die Diagnose lautete: Fibromyoma uteri intestinale. Es wurde eine Auskratzung des Uterus vorgenommen. Doch erfolgte bald der Tod an Herzschwäche. Die Sektion ergab Neoplasma vesicae urinae. Cystitis. Neoplasma secundarium pulmonum, lienis et intestini. Es handelte sich um Chorionepitheliom der Harnblase und andere Epitheliome.

Die bei der mikroskopischen Untersuchung erhobenen Befunde gaben ein typisches Bild einer Neubildung sui generis. Der Fall bleibt rätselhaft in bezug auf seine Entstehung, vielleicht ist die Geschwulst aus dem Blasenepithel entstanden.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Primäre Blasen tuberkulose**, von S. WILLIAM SCHAPIRA-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 20. Mai 1906.) Kurze Mitteilung eines Falles, in dem nach zweijährigem Bestehen von mehr oder minder starkem Harndrang eine Epididymitis und Orchitis auftrat. Die Untersuchung ergab tuberkulöse Geschwüre in der Blase, Tuberkulose von Hoden, Nebenhoden und Prostata, während durch den Ureterenkatheterismus die normale Beschaffenheit der oberen Harnwege erwiesen wurde. Verfasser nimmt primäre Erkrankung der Blase an, da die Blasenbeschwerden allen anderen Symptomen lange Zeit vorangingen.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über den Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre**, von ADOLF HILBER. (Inaug.-Dissert. Greifswald, 1908.) Die Tuberkulose der Harnblase beginnt mit der Bildung der bekannten grauweißen Knötchen, die sich langsam vergrößern, durch käsigen Zerfall kleine, linsenförmige Geschwüre mit flachem, käsigem Grunde und scharfen, zackigen Rändern bilden. Durch Konfluenz mit benachbarten



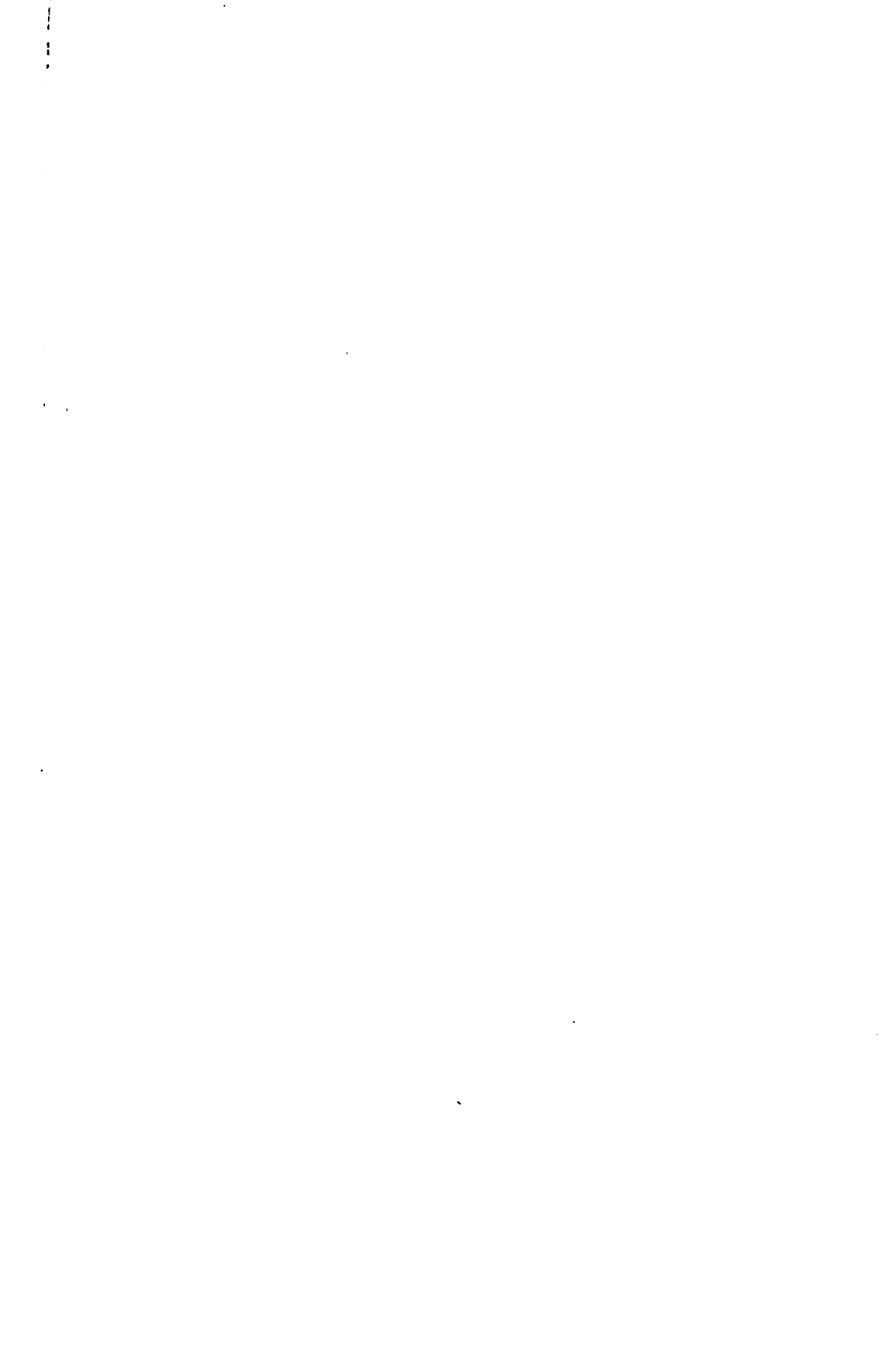
Ulcerationen und fortschreitenden Zerfall der Geschwürsränder wachsen die linsenförmigen Geschwüre zu größeren käsigen Plaques an, um die herum immer wieder kleinere Tuberkel eingestreut sind. Diese Ulcerationen können sich stark ausbreiten, so daß ein großer Teil der Mucosa und Submucosa zerstört wird und ein starker Substanzverlust des Blaseninneren entsteht. Nur in ganz vereinzelt Fällen greift die Tuberkulose weiter in die Tiefe, und es muß als eine ganz besondere Seltenheit angesehen werden, daß schließlich die Harnblase vollständig zerstört wird und bei der Sektion nur mit Mühe durch Präparation zur Anschauung gebracht werden kann. Zwei solche Fälle extremer Zerstörung gelangten in einem Zeitraume von 14 Tagen im pathologischen Institut in Greifswald zur Sektion. Verfasser berichtet darüber ausführlich und führt eine Reihe weiterer analoger Fälle an. *Frits Loeb-München.*

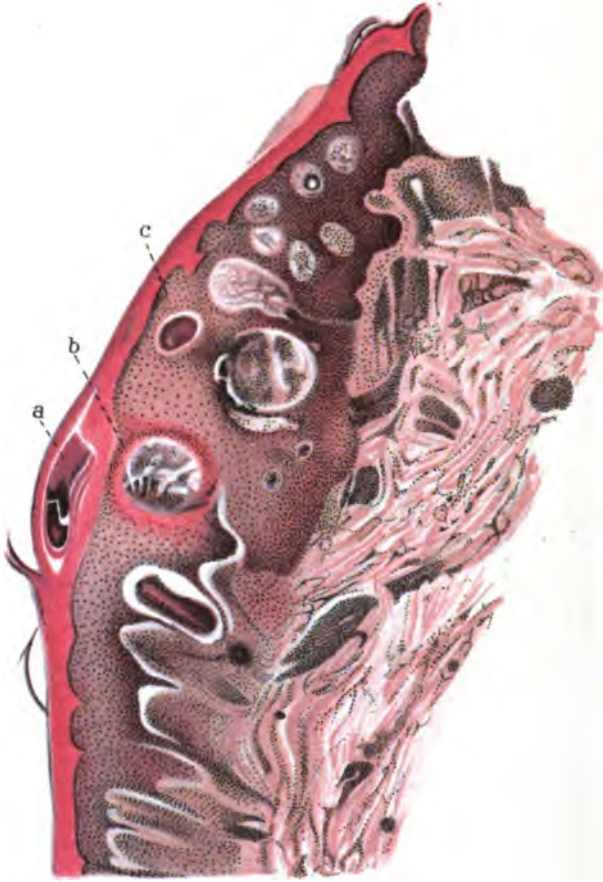
### Verschiedenes.

Über den plötzlichen Tod bei Tabetikern, von S. GOLDFLAM. (*Medycyna*. 1906. Nr. 47.) Die Tabetiker sterben in der Regel nach langdauernder Erkrankung infolge von Kachexie, verschiedener Komplikationen (Decubitus, Pyelonephritis u. dgl.) oder zufälliger Erkrankungen. Nach der Statistik von PINNEN MANN und MOQUER ist die Lebensdauer der Tabetiker ebenso lange wie die der Gesunden in demselben Alter. Verfasser ist aber mit anderen Autoren der Meinung, daß die Tabetiker in der Regel die Lebenslänglichkeit der Gesunden nicht erreichen, obwohl die Verkürzung derselben unbedeutend zu sein scheint. — Die Abweichung von dieser Regel bilden in erster Linie die Fälle von der sog. Tabes acuta, wobei sich das paralytische Stadium rasch einstellt und die Kranken im Laufe von paar Jahren zu sterben pflegen. Außerdem aber kann der vorzeitige Exitus manchmal durch seltene, direkt tabetische Symptome verursacht werden, von denen die laryngealen Krisen am gefährlichsten zu sein scheinen. — Verfasser hat in der letzten Zeit mehrere Fälle von plötzlichem, teilweise ganz unerwartetem Tode bei Tabetikern gesehen, die in voller Manneskraft standen. Aus äußeren Gründen konnte leider in keinem dieser Fälle eine Obduktion stattfinden. Zwei Fälle sind im Alter von 45 resp. 49 Jahren nach einer kurzdauernden Erkrankung unter Symptomen eines schweren Gehirnschlags mit Hemiplegie gestorben. Der plötzliche Tod drei anderer Patienten war von Herzsymptomen begleitet; alle drei litten an stenokardischen Anfällen, einer außerdem auch an Aortenklappeninsuffizienz. Die Todesursache im sechsten Falle war Berstung eines Aortenaneurysmas. In zwei weiteren Fällen von plötzlichem Tode (im Alter von ca. 45 Jahren, im Stadium der beginnenden Ataxie) kann Verfasser nicht einmal eine Vermutungsg Diagnose aussprechen.

Alle diese Tabetiker waren Syphilitiker; auffallend erscheint es dabei, daß bei allen die Todesursache — insofern sie nachweisbar war — eine mit Syphilis in engem Zusammenhange stehende Erkrankung war. Solche Fälle mahnen jedenfalls bei der Prognosenstellung *quoad vitam* der Tabetiker zu einer gewissen Vorsicht.

*Leon Feuerstein - Lemberg-Bad Hall.*





Aus der Königl. Universitätsklinik für Hautkrankheiten in Kiel.

## Zur Angiokeratomfrage.

Von

Dr. FROHWEIN,  
II. Assistent der Klinik.

Mit drei Zeichnungen im Text und einer Tafel.

Nachdem zuerst von MIBELLI (1) im Jahre 1889 der Symptomenkomplex des Angiokeratoms eingehend gewürdigt und mit dem die beiden Hauptcharakteristika treffend bezeichnenden Namen belegt war, sind sowohl ein im Jahre 1881 von BRED A (2) unter dem Titel „Dermatite de congelazione“ beschriebener Fall, wie auch mehrere Veröffentlichungen von COLCOTT FOX (3) im Jahre 1886 und 1889 und endlich eine von DUBREUILH (4) als „Verrues téléangiectasiques“ mitgeteilte Beobachtung rückschließend unter den Begriff Angiokeratom fallend bezeichnet. Das Verdienst, auf die Identität obiger Fälle mit dem MIBELLI-schen zuerst aufmerksam gemacht zu haben, gebührt PRINGLE (5), der dieselben, mit Ausnahme des BREDAschen, im Jahre 1891 im Anschluss an zwei eigene gleichartige Beobachtungen zusammenstellte und eine genaue histologische Beschreibung hinzufügte, die im wesentlichen heute noch als gültig anzusehen ist. Sein Name verdient daher neben dem MIBELLIS besonders genannt zu werden, der übrigens in demselben Jahre in einer zweiten Arbeit L'angiokeratoma (6) auf seine erste Veröffentlichung zurückkommt und weitere von BERTARELLI, BUZZI und BARDUZZI beobachtete Fälle mitteilt.

Es folgen dann eine Reihe Publikationen von CROCKER (7) und BROCC (8), THIEBIERGE (9), TOMMASOLI (10), AUDRY (11), DUBREUILH (12), PIFFAULT (13), ESCAUDE (14), also ausschließlich von englischen, italienischen und französischen Autoren, während in Deutschland zuerst JOSEPH (15 u. 16) im Jahre 1893 sechs in seiner Poliklinik behandelte Fälle beschreibt, die in einer Dissertation von GOTTFRIED FREY (17) noch ausführlicher be-

handelt werden. Darauf folgt WISNIEWSKI (18) mit einer Arbeit über das Angiokeratom und teilt zwei Krankengeschichten aus der Privatpraxis von EHRMANN in Wien mit, und endlich finde ich die jüngste Veröffentlichung von RAU (19) aus KREIBICH'S Universitätsklinik in Graz. Das klinische Bild obiger Fälle ist im allgemeinen sehr charakteristisch und die Fälle sind einander ähnlich.

Auf dem Boden jahrelang vorhergegangener Frostbeulen entwickeln sich bei meist schwächlichen anämischen Personen etwa im zwölften bis dreizehnten Lebensjahre an den Streckseiten der Hände und Füße, seltener an anderen Stellen, kleine blaurote Flecke, die im Zentrum einen besonders intensiv gefärbten Punkt aufweisen. Derselbe ist auf Druck mit dem Glasspatel nicht zum Verschwinden zu bringen, tritt vielmehr durch Erblässen der cyanotischen Umgebung noch deutlicher hervor. Beim Größerwerden erheben sich im Zentrum deutliche Gefäßschlingen, die bedeckende Hautoberfläche nimmt eine feste halbdurchsichtige nicht schuppene Beschaffenheit an und wird leicht prominent, so daß die Effloreszenzen in diesem Stadium hirse- bis hanfkorngroße glatte Knötchen darstellen.

Diese wandeln sich bei längerem Bestehen zu warzigen hornartigen, oft stacheligen blauroten bis schmutzig grauen Gebilden um, die teilweise konfluieren und dann scheibenartige warzige Erhebungen bilden. In der Tiefe kann man zumeist die erweiterten Gefäße noch als schwarzrote Blutstippen erkennen. Häufig zeigt die Erkrankung eine symmetrische Anordnung, bleibt entweder eine Reihe von Jahren bestehen oder kommt und verschwindet zu den verschiedenen Jahreszeiten. Zwischen dem 20. bis 30. Jahre sollen meist keine neuen Nachschübe mehr auftreten, doch pflegen die warzigen Erhebungen noch lange Zeit zu bestehen, und es ist nicht erwiesen, ob spontan eine völlige Rückbildung stattfinden kann (MIBELLI). Nur COLCOTT FOX berichtet von einem phthisischen Mädchen, bei dem kurz vor dem Tode sämtliche Effloreszenzen verschwunden waren.

Beim Anstechen der Gefäßschlingen entleeren sich je nach dem Alter derselben entweder flüssiges Blut oder krümelige, schwärzlich-rote Massen.

Außer geringem Jucken klagen die von der Krankheit Betroffenen meist nicht über subjektive Symptome, vielmehr sind es gewöhnlich kosmetische Rücksichten, die die Patienten zum Arzt führen. Aus diesem Grunde ist auch vielleicht ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei der Erkrankungsziffer zu erklären, denn die 31 von FREY mitgeteilten Fälle betrafen 18 Mädchen und 13 Jünglinge. Ob die Erkrankung mit der oft beobachteten Anämie oder mit tuberkulösen Prozessen zusammenhängt, ist nicht sichergestellt, dagegen muß als hauptsächlichstes ätiologisches Moment wohl das frühere Bestehen von Frostbeulen gelten, wo-

durch auch im zweiten Fall PRINGLES der ungewöhnliche Sitz eines Angiokeratoms am Helix des rechten Ohres erklärlich erscheint. Immerhin gibt es auch Publikationen, bei denen die von einigen Autoren als wichtigstes anamnestisches Postulat aufgestellten Pernionen vermist werden, so in dem ANDERSONSchen (20) Falle, der allerdings wegen Fehlens der Hyperkeratose und Freilassung der typischen Lokalisationsstellen auch in anderer Hinsicht zweifelhaft erscheint.

Dasselbe gilt von einem als seltene Form der Purpura haemorrhagica beschriebenen Fall FABRYS (21), den WOLFF, BLASCHKO und TOUTON (22) bei der Demonstration auf dem VI. Dermatologenkongress in Straßburg als ein „außergewöhnlich ausgedehntes und abnorm lokalisiertes Angiokeratom“ bezeichneten mit der Begründung, daß das Blut sich in präformierten kavernösen Hohlräumen befände und nirgends die für Purpura charakteristischen Blutextravasate oder durch solche hervorgerufene Verfärbungen sichtbar wären. Aus denselben Erwägungen wurden auch im FORDYCESchen Falle (23) trotz der ungewöhnlichen Lokalisation am Skrotum die Diagnose Angiokeratom gestellt.

Andere Autoren, JARISCH (24), wollen allerdings diese letzten Erkrankungen wegen zu großen Abweichungen abseits gestellt wissen, dagegen kann das Fehlen vorhergegangener Pernionen allein kein Grund sein, die sowohl klinisch wie histologisch sicher beobachteten Fälle von EHRMANN<sup>1</sup> und RAU anzuzweifeln.

Diesen Mitteilungen möchte ich einen in der hiesigen Universitäts-poliklinik behandelten Fall anschließen, der sowohl durch Anamnese und Befund wie durch mikroskopische Untersuchung als sicheres Angiokeratom festgestellt wurde.

Hubertine B., Hausmädchen, 17 Jahre, suchte im Juli dieses Jahres wegen eigentümlicher warzenartiger Gebilde an den Händen, Füßen, Ellenbogen und Knien die poliklinische Sprechstunde auf. Als ältestes von neuen noch lebenden und angeblich gesunden Kindern geboren, gibt sie an, abgesehen von leicht verlaufenen Masern und Diphtherie nie ernstlich krank gewesen zu sein. Seit einigen Jahren ist sie etwas bleichsüchtig, hatte vor zehn Monaten ihre ersten Menses, die seitdem stets regelmäßig und beschwerdefrei verlaufen sind.

Patientin leidet ständig an kalten und feuchten Händen und Füßen, und bei Eintritt der kälteren Jahreszeit sollen die Finger anschwellen, sich blaurot verfärben und heftig jucken.<sup>2</sup> Während eines solchen Zustandes sind angeblich zuerst vor sieben Jahren auf dem Handrücken ohne

<sup>1</sup> Der zweite berichtet von WISNIEWSKI (18).

<sup>2</sup> Diese Angaben konnten im Verlauf der Beobachtung im Oktober bestätigt werden.

subjektive Empfindung bläulich livide Flecke aufgetreten, die nach einiger Zeit zu linsengroßen, in der Mitte blauschwarz gefärbten erhabenen Gebilden heranwuchsen, über denen sich die Haut runzelig verdickte. Diese blieben eine Zeitlang bestehen und gingen zum Teil von selbst ohne Hinterlassung von Narben zurück, pflegten aber seitdem in längeren oder kürzeren Zwischenräumen ohne Rücksicht auf die Jahreszeit zu rezidivieren.

Dasselbe Verhalten zeigten ähnliche Affektionen, die sich in den folgenden Jahren an den Streckseiten der Ellenbogen und Knien, sowie an den äußeren Knöcheln bildeten. An den Unterarmen und Unterschenkeln hat Patientin nur blaurote Flecke bemerkt, die ohne Umwandlung in warzige Erhebungen wieder verschwanden.

Jucken oder Schmerzen waren nie vorhanden, nur wurden an den Füßen die Warzen manchmal durch Stiefeldruck lästig, während an den Händen, die in der Mitte der Knoten vorhandenen Gefäßschlingen zuweilen infolge geringer mechanischer Insulte aufplatzten und dann nicht unerheblich bluteten.

Status: Über mittelgroßes schlankes Mädchen mit langen, dünnen Gliedmaßen. Thorax flach, Lungenbefund normal. Über dem Herzen unreine Töne, über der rechten Vena jugularis deutliches Nonnensausen.

Hände und Füße fühlen sich feucht und kühl an.

Auf der Dorsalseite beider Hände über dem Metakarpophalangealgelenk des zweiten bis fünften Fingers, etwas auf das untere Drittel der ersten Phalangen übergreifend, ist die Haut blaurot verfärbt, verdickt und weist mehrere einzeln stehende linsengroße Erhebungen auf. Dieselben stellen derbe, mit einer glatten transparenten hornartigen Hautschicht bedeckte Papeln dar, deren Peripherie durch einen schmalen, weißlich glänzenden Saum gebildet wird, während die Mitte durch scheinbar maximal dilatierte, geschlängelte Blutgefäße blaurot verfärbt und unregelmäßig höckerig ist.

An den Streckseiten beider Kniee direkt vor den Kniescheiben erscheint die Haut blaugrau verfärbt, derb, trocken, mit deutlich ausgesprochener Hautfelderung. In diesem Bezirk liegen sowohl mehrere hanfkorngroße Einzeleffloreszenzen obiger Art wie auch durch Konfluenz entstandene, pfennigstückgroße, kreisrunde, scheibenartige Plaques, deren erhabener Rand durch kleine Knötchen gebildet wird, die im Zentrum einen intensiv rot gefärbten Punkt aufweisen. Am linken Knie findet sich eine derartige Scheibe, die durch einen guirlandenartig gestalteten, nach einer Seite offenen Rand begrenzt wird.

Ganz ähnliche Affektionen bestehen an den äußeren Malleolen und an beiden Ellenbogen direkt über dem Oberarm.

An der Vorderfläche der Unterschenkel ist eine Anzahl einzeln stehender, bläulicher, runder Flecke von Hanfkorn- bis Linsengröße, die

durch Druck mit dem Glasspatel zwar blasser werden, aber nicht vollständig verschwinden, wobei im Zentrum ein noch deutlicher gefärbter Punkt hervortritt. Nach Angabe der Patientin sollen diese Flecke von selbst wieder vergehen, ohne jemals warzige Beschaffenheit anzunehmen. Es ist noch zu bemerken, daß sich sämtliche Affektionen in ausgesprochen symmetrischer Anordnung vorfinden.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde von dem rechten Handrücken eine warzenförmige Erhebung exzediert und in Serienschnitte zerlegt. Dabei ergaben sich folgende Veränderungen: Indem das Stratum corneum, das im wesentlichen normale Zellstruktur zeigt von den Seiten her an Dicke zunimmt, wird sein Gefüge scheinbar in den tieferen Schichten lockerer, es fasert auf und bildet in der Richtung der Fasern längliche mit geronnenem Blut und Detritus gefüllte Hohlräume, cf. Tafel (a), deren bohnenförmige Gestalt mit konkaver Ausbuchtung nach unten, durch eine aus der Papillarschicht heraufdringende Lakune bestimmt zu werden scheint. Eine Kommunikation der beiden Höhlen, wie sie JOSEPH (l. c.) beschreibt, konnte in unseren Präparaten nicht nachgewiesen werden, sondern es fand sich zwischen ihnen eine mehrfache Lage stark komprimierter Zellen (b). Diese stellen offenbar Abkömmlinge der Keimschicht dar, während die sonst sehr deutlich ausgeprägte verbreiterte Körnerschicht (c) an diesen Stellen fehlt.

PRINGLE (l. c.) dagegen konnte sie über den ganzen Tumor verfolgen.

Das Stratum lucidum ist verbreitert, weist aber über den am stärksten veränderten Partien etwas verwaschene Grenzen auf.

Die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen sind in den seitlichen Teilen der Geschwulst wohl erhalten und unverändert, fehlen dagegen im Zentrum völlig. Befunde, die sich mit denen von JOSEPH decken, während MIBELLI überall normale, PRINGLE stellenweise komprimierte und obliterierte Schweißsporen sah.

Haare und Talgdrüsen waren übereinstimmend mit den meisten anderen Beobachtern (MIBELLI, PRINGLE, JOSEPH) in keinem Schnitt nachweisbar. WISNIEWSKI dagegen hat sie in flachen Effloreszenzen gesehen, aber nicht in den verrukösen Formen.

Eine starke Veränderung zeigt das zu massiger Ausdehnung angeschwollene Stratum germinativum, das in die Länge gezogene, verschmälerte, oft gabelig geteilte Fortsätze tief in das Corium hineinsendet. Diese sind an den Seiten der Geschwulst noch scharf konturiert, während sie sich im Zentrum, wo eine Anzahl unten näher zu beschreibender Lakunen ihren Einfluss geltend macht, nur an den Stellen scharf abgrenzen lassen, wo zwei Lakunen sich nähern und die Zellen zu einer schmalen Brücke komprimieren. Fällt diese Kompressionswirkung fort,



so machen die Zellen des Stratum germinativum im Gegenteil einen gequollenen blasig aufgetriebenen Eindruck und sind von einer vermehrten, strukturlosen Intercellularsubstanz umgeben. Die Intercellularfortsätze zwischen den einzelnen Zellen sind außergewöhnlich deutlich sichtbar, was wohl auf die ödematöse Durchtränkung des Gewebes zurückzuführen ist.

Dieser Befund wird von anderer Seite nicht erwähnt, vielmehr sah JOSEPH das Stratum dentatum überall normal und nur das Stratum cylindricum in lebhafter Zellwucherung begriffen, was ich gleichfalls bestätigen kann. Alle bisher beschriebenen Veränderungen sind aber sicher erst sekundärer Natur, denn die Hauptabweichungen von der Norm wurden



Fig. 1.

von sämtlichen Autoren übereinstimmend in das Stratum papillare verlegt, von dem der Prozess offenbar seinen Ursprung nimmt. In den ersten Stadien sieht man in den Papillen die Gefäße sich spindelförmig erweitern und teils kolbige Auftreibungen, teils Abschnürungen bilden. (Fig. 1.) Danach finden sich einige seitliche Abzweigungen und endlich ein Konglomerat von Quer- und Längsschnitten kapillarer Verzweigungen (Fig. 2), wobei man zuweilen das ursprüngliche Gefäß, nachdem es ein solches Knäuel von Verzweigungen gebildet hat, sich unverändert nach oben fortsetzen sieht, um in der Spitze sich zu einem zweiten Gefäßknäuel aufzulösen.

Das nächstfolgende Stadium stellen offenbar Bilder dar, in denen die Papille eine Anzahl deutlich durch Septen getrennter Hohlräume einschließt, die in den Schnitten meist leer erscheinen. (Fig. 3a.) Auf dem Wandschnitt einer solchen Kavernenanlage sieht man die Septen als schmale verzweigte Leisten, die ebenso wie die Wandungen der kleinen Kavernen, offenbar aus platten, schmalen, länglichen Endothelzellen bestehen. Diese Septen gehen in der Folge scheinbar durch Druck zugrunde, denn den Übergang zu den einkammerigen Lakunen bilden mehrkammerige, noch durch Überreste von Septen mehr oder weniger ausgebuchtete Höhlen, aus denen schliesslich als Endprodukt eine große mit

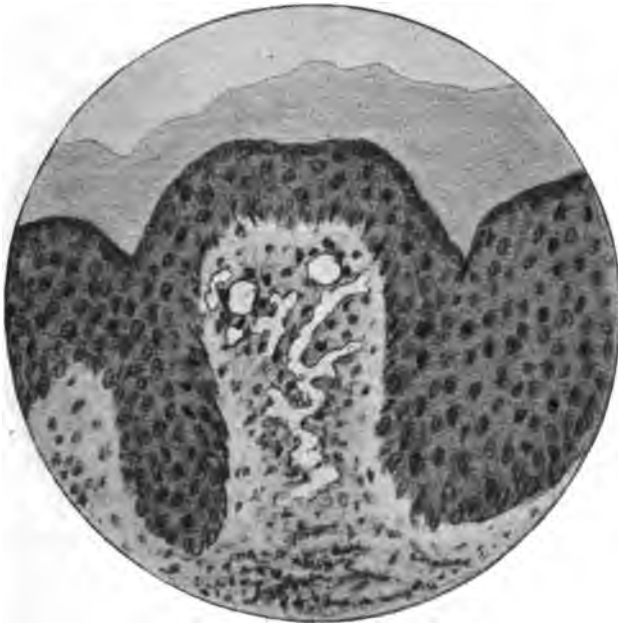


Fig. 2.

geronnenem Blut und Detritus gefüllte Kaverne (Fig. 3b) hervorgeht. Diese liegt anfangs ganz in der Papille, überschreitet später die Grenzen derselben und liegt dann direkt von Zellen des Stratum germinativum umgeben, da die ursprüngliche Endothelauskleidung bei der Volumszunahme nicht mehr ausreicht. Die Form der Lakunen variiert zwischen rund und länglich oval, ihr größter Durchmesser liegt fast stets in der Richtung der Papillen. Diese Befunde stimmen überein mit denen PRINGLES und JOSEPHS, während RAU auch die größten Höhlen von Endothelzellen ausgekleidet sah, und WISNIEWSKI in den Wandungen ausdrücklich das Vorhandensein von Resten des Papillargewebes betont. In meinen Präparaten

sind namentlich die oberen und seitlichen Grenzen aus einer mehrfachen Lage komprimierter Zellen des Stratum germinativum gebildet, während sich nach unten zu absolut keine Kompressionserscheinungen geltend machen, vielmehr sich meist der geschrumpfte Inhalt der Lakune unmittelbar in ein lockeres von unregelmäßig erweiterten Gefäßen reichlich durchzogenes Gewebe fortsetzt. In der Umgebung dieser Gefäße bemerkte ich fast ausnahmslos nicht unerhebliche Zeichen von Entzündung, die sich bis in die tiefsten Schichten des Corium verfolgen lassen, und auch die oben erwähnten ersten Veränderungen der Gefäße in der noch intakten Papille gehen mit einer kleinzelligen Infiltration einher. Diese Befunde

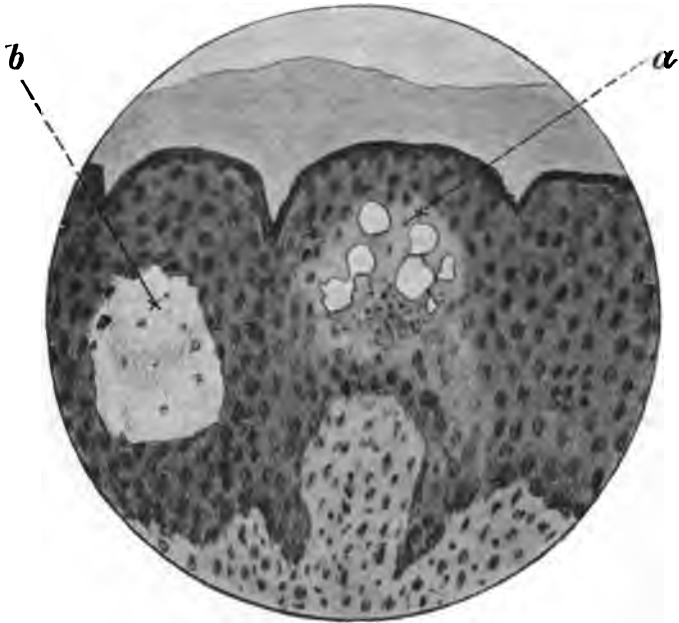


Fig. 3.

stehen in direktem Gegensatz zu den Beschreibungen von WISNIEWSKI und RAU, die keinerlei Rundzellenanhäufung in der Umgebung der Gefäße beobachtet haben. MIBELLI dagegen erwähnt eine „entzündliche Ausschwitzung“ und PRINGLE will ebenfalls die schon in den Anfangsstadien konstatierten Entzündungserscheinungen mehr in den Vordergrund gestellt wissen. Meines Erachtens sind auch in meinem Fall darin die ersten Schädigungen der Gefäßwänden zu suchen, aus denen dann die späteren hochgradigen Veränderungen resultieren, denn in den Übergängen von der einfachen Ausbuchtung der Gefäßwandung bis zu der die Grenzen der Papille überschreitenden, von Zellen das Stratum germinativum um-

gebenen Kaverne fehlt kein Glied der Kette. Alle anderen Veränderungen sind sekundärer Natur, auch die Hyperkeratose, die als reaktiver Schutz der Epidermis gegen die aus den kavernen Gefäßschlingen drohenden Blutungen fast als physiologisch anzusehen ist.

Diese Ansicht vertreten fast sämtliche Beobachter, nur DUBREUILH hielt in seinem Falle die warzigen Gebilde für eine Art Papillome und meinte, daß sie primär entständen und erst sekundär eine Abschnürung und Erweiterung der Gefäße im Gefolge hätten. Aus diesen Erwägungen stammt auch seine Bezeichnung „Verrue téléangiectasique“.

Worauf die primären Gefäßveränderungen zurückzuführen sind, ist allerdings noch nicht hinlänglich geklärt. Die vorausgegangenen Pernionen scheinen in manchen Fällen eine bedeutsame Rolle zu spielen, in anderen sind Anämie und Phthiae resp. Tuberkulotoxine damit in ätiologischen Zusammenhang gebracht.

Da MIBELLI in seinen Präparaten erweiterte Lymphräume fand, was bisher allerdings nur AUDRY bestätigen konnte, so scheint auch eine gewisse Verwandtschaft mit dem Lymphangiom zu bestehen, und PRINGLE macht darauf aufmerksam, daß damit auf dem Umwege über den Lupus lymphaticus HUTCHINSONS und den teleangiektatischen Lupus erythematosus sich sogar Beziehungen zur Lupusgruppe konstruieren lassen. Und auch wohl mit Recht, denn wie einerseits nach Ansicht der meisten Autoren eine Verwandtschaft zwischen Lupus vulgaris und Lupus pernio anerkannt wird, so bestehen auch zweifellos klinische Fälle, die einen Übergang zwischen Lupus pernio und Angiokeratom bilden. Dafür ein Beispiel. In der Breslauer Sammlung befindet sich eine auch mir zurzeit vorliegende Moulage mit der Bezeichnung Angiokeratom. Lediglich nach dem äußeren Bilde, ohne Kenntnis der Krankengeschichte, bezeichnete DÜRING gelegentlich einer Diskussion auf der Naturforscherversammlung 1904 diesen Fall als Lupus pernio, dem JADASSOHN zustimmte. Erst die Krankengeschichte entschied die Frage zugunsten der Diagnose Angiokeratom.

Ferner teilt DÜRING einen Fall aus seiner Privatpraxis mit, in dem ein junges Mädchen an jahrelang rezidivierendem Angiokeratom an Händen und Fingern auf Grund von Pernionen litt. Schließlich persistierten die Knötchen auch im Sommer und das Aussehen der Effloreszenzen näherte sich immer mehr dem Bilde des Lupus. Ein hinzugezogener französischer Kollege stellte die Diagnose Lupus pernio. Das junge Mädchen ging nach kurzer Zeit an florider Lungenphthise zugrunde.

Aus alledem geht hervor, wie schwierig oft das Krankheitsbild unterzubringen ist. Auch die mikroskopische Untersuchung schafft uns bis jetzt nicht die gewünschte Aufklärung.

Zeichen einer lokalen Tuberkulose sind beim Angiokeratom noch nie nachgewiesen, aber auch beim Lupus pernio sind niemals Tuberkelbazillen

und nur selten Riesenzellen beobachtet worden, und trotzdem geht die Meinung der meisten Autoren dahin, das noch wenig geklärte Krankheitsbild in den weiten Rahmen der Tuberkulide aufzunehmen. Dieselbe Ansicht ist auch in bezug auf das Angiokeratom aufgestellt, und namentlich LEREDDE und MILIAN (25) haben es für eine durch die Toxine des KOCHSchen Bacillus erzeugte Hautkrankheit erklärt und mit dem Namen „Tuberculide angiomatose“ belegt. Das häufige Zusammentreffen des Angiokeratoms mit sicherer Tuberkulose innerer Organe scheint dafür zu sprechen, und auch die Ähnlichkeit der mikroskopischen Blutgefäßveränderungen mit denen der Aconitis, des Erythema induratum BAZIN und des Lupus erythematosus weisen mit großer Wahrscheinlichkeit auf einen Zusammenhang mit den Tuberkuliden hin.

#### Literatur.

1. MIBELLI, Di unna nuova forma di cheratosi, Angiokeratoma. *Giornal. ital. delle mal. veneree e della pelle.* Sept. 1889.
2. BREA, Dermatitis de congelazione. *Giornal. ital. delle mal. veneree e della pelle.* 1881.
3. COLCOTT FOX, Lymphangiectasis of the hands and feet. *Report of the departement for diseases of the skin at the Westminster Hospital for 1886.*
4. DUBREUILH, *Annales de la Polyclinique de Bordeaux.* Januar 1889.
5. PRINGLE, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1891. Bd. XIII. Nr. 11 u. 12. (Dr. PHILIPPI-NIEHRM.)
6. MIBELLI, L'angiokeratoma. *Giornal. ital. delle mal. veneree e della pelle.* 1851.
7. R. CROCKER, *Brit. Journ. of Derm.* 1891.
8. BROcq, *Traitement des maladies de la peau.* 1890.  
— Un cas d'angiokeratome. *Annales de dermat.* 1892.
9. THIEBIEGE, Angiokeratome des mains. *Annales de dermat.* 1892.
10. TOMMASOLI, Cont. allo studio dell' angiokeratome. *Commentario clinico d. mal. cut.* 1893.
11. AUDRY II, *Société de dermatologie.* April 1892.
12. DUBREUILH, l. c.
13. PIFFAULT, *Thèses de Paris.* 1892/1893.
14. EXAUDE, *Thèse de Toulouse.* 1892/1893.
15. JOSEPH, *Berl. klin. Wochenschr.* 1892.
16. — *Dermatol. Zeitschr.* 1894. I. S. 16.
17. GOTTFR. FREY, Inaug.-Dissert. Berlin 1893.
18. WISNIEWSKI, *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1893. Bd. 45.
19. RICHARD RAU, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1905. Bd. 40. 8. Nov.
20. ANDERSON, A case of Angiokeratoma. *Brit. Journ.* 1898.
21. FABRY, Beitrag zur Kenntnis der Purpura haemorrhagica. *Virchows Archiv.* 1898. Bd. 43.
22. — VI. Kongress 1898. S. 374.
23. FORDYCE, Angiokeratoma of the skrotum. *Journ. of cut. and genito-urin. dis.* 1896
24. JARISCH, S. 716.
25. LEREDDE und MILIAN, Ref. in *Dermatolog. Zeitschr.* 1899. Bd. VI. S. 98.

## Versammlungen.

### Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. März 1906.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS.

1. HOFFMANN demonstriert einen Mann mit **Lupus follicularis disseminatus** des Gesichts. Zwischen den lupusartigen Knötchen, die mit flacher Narbe abheilen, bestehen, vornehmlich an der Stirn, erbsen- bis kirschgroße abzedierende Knoten, links anscheinend dem Hautvenenverlauf folgend.<sup>1</sup>

Diskussion: SAALFELD schließt sich der Diagnose an und berichtet zugleich, daß die histologische Untersuchung seines zweiten Falles (Bd. 41, S. 53) Tuberkulose ergeben habe.

2. WECHSELMANN demonstriert einen Mann mit **Favus** des Kopfes und Nägelveränderungen.

3. WECHSELMANN demonstriert einen Mann, der im Verlaufe einer Hg-Kur heftige, mit außerordentlicher Hautabschälung ablaufende **Erytheme** erlitten.

Diskussion: BUSCHKE hat mehrere derartige Fälle einmal bei Salicylinjektionen, zweimal bei Schmierkuren gesehen, in denen ganz besonders die Rezidive nach bereits beginnender Heilung besorgniserregend waren. WECHSELMANN glaubt die Behandlung mit unlöslichen Injektionen als Ursache der Rezidive ansehen zu sollen; möglicherweise ist eine bestehende Albuminurie der Anlaß, daß die Hg-Ausscheidung in verstärktem Maße auf der Haut zustande kommt und diesen Anschauungen schließt sich ROSENTHAL, der diese Rezidive des Hg-Erythems nicht selten sah, an.

4. WECHSELMANN demonstriert einen jungen Mann mit **Lichen syphiliticus**.

5. WECHSELMANN demonstriert ein junges Mädchen (Krankenwärterin) mit z. T. abzedierenden Knoten an Armen und Beinen, die einem Tuberkulid ähnlich sind. Es handelt sich aber vermutlich um **Artefakte**, Folgen von Morphiuminjektionen.

Diskussion: LESSER hat die gleichen Veränderungen bei einem alten Herrn gesehen, der statt Reinigung die Spritzenkanüle einfach ausblasen ließ.

6. HERBST demonstriert einen Studenten mit blasiger, z. T. serpiginös angeordneter ulceröser Entzündung der Mundschleimhaut und denkt an einen gutartig verlaufenden **Pemphigus**.

7. BUSCHKE demonstriert einen 1899 mit Lues infizierten Mann, welcher 1901 ein anscheinend ulceröses Exanthem gehabt hat und seit 1903 an epileptiformen Krämpfen leidet, die 1905 durch eine Schmierkur für einige Monate zum Schwinden gebracht wurden, vor einigen Wochen aber erneuert auftraten. Vermutlich bildet die Grundlage dieser in der linken Körperhälfte beginnenden Krampfanfälle eine ausgedehnte **meningitische Schwiele**. Sollte eine energische Hg-Kur keine Heilung erzielen, so wäre an einen operativen Eingriff zu denken.

8. BUSCHKE zeigt die Moulage eines Primäraffektes (**Oedema indurativum**) an der Schamlippe eines einjährigen Mädchens.

Diskussion: LESSER berichtet über einen Fall, in welchem eine mehr als ein Jahr bestehende Trigeminusneuralgie (nach Zoster) durch antisiphilitische Behandlung

<sup>1</sup> Der Fall entspricht völlig dem von mir am 4. Dezember 1900 in der Gesellschaft demonstrierten Fall, der später durch Finsenbestrahlung geheilt wurde.

geheilt wurde. Trotz des langen Bestandes handelte es sich nicht um einen abgelaufenen (schwierigen) Prozess, sondern um verschiebbare Veränderungen.

9. LEDERMANN demonstriert einen 51jährigen Mann, der seit 1888 an schweren Blutungen aus dem Darm, in die Haut, retrobulär, in der Kehlkopfgegend, in die Zunge leidet als **Morbus maculosus Werlhofii**.

10. PINKUS berichtet über eine **circumskripte Cutis anserina** am Gesäß und Oberschenkel, die reflektorisch einseitig durch Berührung des Afters zu erzeugen ist (in drei Fällen beobachtet).

11. MOSES berichtet über die Erfolge der **Bubonenbehandlung mit Stauung**. Dauer  $\frac{3}{4}$ —1 Stunde mit besonders geformten, geschweiften Glasglocken. Sehr frühe Inzision (auch vor dem sicheren Nachweis der Fluktuation). Fast ausnahmslos Heilung mit kleiner Inzision, so daß die Methode als Unterstützung der LANGSchen Methode sehr empfehlenswert ist.

Diskussion: ROSENTHAL saugt mit dem einfachen Trichter. Er ist mit den Resultaten sehr zufrieden, wenn er auch nicht gerade eine Abkürzung der Behandlungszeit gesehen hat.

HELLER hat außer sehr guten Erfolgen auch Mißerfolge erlebt. WECHSELMANN hat die einfache LANGSche Methode nicht sicher gefunden, sieht in der Kombination von Stauung und einer Inzision aber ein sicheres Behandlungsverfahren.

## *Sachzeitschriften.*

### Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 1.

Über die **rationelle Aufbewahrung der Sonden und Katheter, insbesondere der elastischen und weichen**, von DUFAY. Verfasser schildert in diesem ersten Teil der Arbeit (Fortsetzung folgt) sämtliche zur Kathetersterilisation, Aufbewahrung und Transport von den verschiedenen Autoren angegebenen Methoden und Instrumente.

Über den **Einfluß des Verweilkatheters auf den spontanen Abgang eines größeren Blasenkonkrements**, von F. FUCHS. Verfasser hatte dem 73jährigen Patienten, der an Blasenkatarrh infolge von Prostatahypertrophie litt, einen Verweilkatheter für drei Tage eingelegt. Als dieser entfernt war, trat komplette Harnretention ein dadurch, daß sich ein kirschgroßer Stein in der Harnröhre eingeklemmt hatte. Verfasser nimmt eine dilatierende und erweichende Wirkung des Katheters an und empfiehlt dies Verfahren therapeutisch bei kleinen Solitärsteinen.

*F. Hahn-Bremen.*

### Dermatologisches Centralblatt.

Jahrgang 9. Heft 4. Januar 1906.

I. **Über Dermasanpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten**, von LENGEFELD-Brandenburg a. H. An JOSEPHS Poliklinik in Berlin wandte Verfasser Dermasanpräparate mit gutem Erfolge bei verschiedenen Affektionen an, besonders Rheumasan und Ester Dermasan bei rheumatischen Formen, und Chrysarobin-Dermasan. Das Ester Dermasan bewährt sich bei Perniones, Pityriasis versicolor und Ekzema seborrhoicum capitis und bei Furunkeln, während die Erfolge bei Ekzema tylof. et

rhagadif. sehr verschieden ausfielen. Das Teerdermasan wurde in 30 Fällen, meist chronischen, squamösen, juckenden Ekzemen, angewandt. Das Jucken liefs beim zweimaligen täglichen Gebrauche bald nach, das Leiden heilte. In 28 Fällen wurde Chrysarobin-Dermasan einmal täglich fünf bis zehn Minuten lang eingerieben, besonders bei Psoriasis vulgaris, Ekzema chronic. tylofif., Herpes tonsurans, Alopecia, Lichen ruber planus. Das Präparat wurde meist gut vertragen, auch auf dem Kopfe; auch wirkte es oft rascher als Chrysarobintraumaticin. Es empfiehlt sich nach L.s Beobachtungen bei Psoriasis besonders da, wo Chrysarobintraumaticin versagt, und bei Psoriasis vulgaris capitis. Auch wird man in manchen Fällen Erfolge sehen beim Ekzema tylofif. et rhagadif. und beim hartnäckigen Ekzema papulosum und Herpes tonsurans.

II. Zur Technik der FINSEN-Behandlung, von ESCHWEILER - Düsseldorf. Verfasser verwendet zur Befestigung des Druckglases einen einfachen Halter, welcher an jeder Tischkante befestigt werden kann und neben einer Fixation des Druckglases eine gleichmäfsige und regulierbare Kompression gestattet. Der Apparat wird mit einigen Zeichnungen erklärt, er ist bei Lütgenau & Co. in Düsseldorf zu beziehen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

### The British Journal of Dermatology.

Januar 1906.

Untersuchungen über den Ursprung und die Struktur der Naevi und ihr Zusammenhang mit maligner Degeneration, von WILFRID S. FOX-Greenwich. Die umfangreiche Arbeit, welche, mit photographischen Abbildungen verschiedener Fälle illustriert, Verfasser über die Naevi hier bietet, bezieht sich nicht auf das ganze grosse Gebiet, welches wir unter diesem Ausdruck verstehen, sondern nur auf die von ihm genannten „Molen“ oder Pigmentmäler. Er definiert sie klinisch als umschriebene Herde auf der Haut, welche an Gröfse sehr wechselnd sein können, gewöhnlich bald nach der Geburt auftreten, während der Kinderjahre gröfser werden und dann für die übrige Lebenszeit stationär bleiben. Sie können mit Haaren bedeckt sein oder nicht und sind beinahe stets mehr oder weniger stark pigmentiert; gelegentlich können Zustände ausgedehntester Verhornung in der über ihnen gelegenen Epidermis vorkommen und ein mehr warzenartiges Aussehen bedingen. Was nun die embryologische und histologische Natur dieser Naevi betrifft, so kommt F. nach Betrachtung und Besprechung der umfangreichen Literatur (55 Nummern) und seinen eigenen Untersuchungen zu dem Resultate, dafs im allgemeinen die Zellbildungen in den weichen Molen für den epidermalen Ursprung derselben sprechen, dafs es aber eine seltenere Abart derselben zu geben scheint, die klinisch den eben genannten gleichen, deren Zellbildung aller Wahrscheinlichkeit nach die Abstammung vom Mesoblast annehmen läfst. (Fortsetzung folgt.)

*Stern-München.*

### La Syphilis.

Band IV, Heft 1. Januar 1906.

I. Über Allgemeinparalyse und Syphilis bei den Arabern, von A. MARIE-Kairo. Verfasser untersuchte die kranken Araber im Asyl Abbassih in Kairo, er fand, dafs im Gegensatz zu der bisher herrschenden Anschauung sich oft bei den Arabern Allgemeinparalyse feststellen liefs, und zwar hatte ein grosser Prozentsatz dieser Paralytiker Syphilis, wenn auch der Prozentsatz der Christen und Juden an Erkrankten gröfser war. Die Syphilis ist bei den Arabern sehr verbreitet, etwa 12%



haben Lues nach Ansicht des Verfassers. Von den 25 Paralytikern des letzten Jahres waren 22 sicher luetisch, also 79%. Jedenfalls ist die Paralyse bei den Arabern in Ägypten also keineswegs selten und ist der Prozentsatz der Luetiker unter den paralytischen Arabern in Ägypten also gröfser als unter den anderen Arabern des Landes. Von den Paralytikern starb ein Teil im Asyl, ein anderer wurde in die Heimat entlassen. Die Gestorbenen wurden sämtlich sezirt. Die Kranken gehörten meist den niederen Ständen an, meist hatten Alkohol, Haschisch und Pellagra üble Einflüsse ausgeübt, auch Heredität spielte eine Rolle. Das Durchschnittsalter der Kranken war 38 Jahre bei Männern, 36 bei Frauen. Syphilitisch waren 75%, und zwar war die Infektion fünf bis zehn Jahre etwa vor dem Ausbruch der Paralyse erfolgt, die anti-luetische Behandlung war entweder ungenügend gewesen oder hatte überhaupt nie stattgefunden, die gewöhnliche Form der Paralyse war eine Dementia, seltener eine Mania congestiva. Die 18 Sektionen zeigten die klassischen makroskopischen Zeichen der allgemeinen Paralyse ohne spezifische Lokalläsionen. Jedenfalls steht es fest, daß die Paralyse bei der arabischen Bevölkerung keineswegs selten ist und besonders bei Syphilitikern oft in Verbindung mit Alkoholikern und besonders mit in den Städten lebenden Lebemännern vorkommt.

**II. Über Allgemeinparalyse in Form von Dementia, von A. MARIE-Kairo.** Verfasser stellt einen Fall von Paralyse in Form von Dementia vor, Patient sowohl wie dessen Umgebung haben keine Ahnung von einer früheren Syphilis. Dabei hat der Kranke eine Perforation des Gaumensegels. Unter spezifischer Behandlung wich die diffuse Meningo-Encephalitis schnell.

**III. Über den ätiologischen Einflufs der Syphilis bei den Psychosen, von L. MARCHAND.** Durch die Untersuchungen M.s steht es fest, daß die Syphilis durch ihr Toxin bei prädisponierten Individuen das Auftreten von Psychosen bestimmen kann, doch ist diese Ätiologie selten. Die Geisteskrankheit erscheint fast immer in den Monaten kurz nach der Infektion, oft noch gleichzeitig mit den Erscheinungen auf der Haut. Jede schwere oder leichte Syphilis kann mit Nervenstörungen auftreten; von diesen sind die häufigsten Melancholie, Manie, Delirium mit Hallucinationen und Stupor. Fast alle diese Psychosen gehen in Heilung über, und zwar kürzt eine spezifische Behandlung wesentlich die Krankheitsdauer ab. Die Syphilis kann auch nervöse Störungen bewirken durch Hypochondrie, die naturgemäfs leicht bei dem Nervensystem der Luetischen auftritt.

**IV. Bakteriologie der Syphilis.** Berichte über die Spirochätenbefunde von SCHAUDINN und HOFFMANN, SCHOLTZ, SALMON und MACÉ, BURNET und VINCENT, LEVADITI und SALMON. Diese Berichte sind bereits anderweitig veröffentlicht und besprochen. Es handelt sich mehr um ein Sammelreferat über den gegenwärtigen Stand der Frage der Spirochaeta pallida.

**V. Über Tabes cephalica, von LÉVY-BING.** Die Diagnose der Tabes ist leicht, wenn sich alle typischen Symptome nachweisen lassen. Als solche sind zu betrachten Schmerzen, Verlust der Sehnenreflexe, Ataxie, Okularparalyse, Störungen der Blase und des Darms, Ungleichheit der Pupillen. Leider sind diese Symptome nicht immer sämtlich vorhanden und erschweren so die Diagnose. Einen solchen schwierigen Fall beobachtete RAYMOND z. B. bei einem 49jährigen, nicht luetischen Manne, dessen Krankheit mit gastrischen Störungen, Erbrechen, begann, welche fünf Wochen anhielten und plötzlich aufhörten, ebenso ging es mit Kopfschmerzen. Zwei Jahre darauf stellten sich Störungen im Munde ein, Schwellungen am Zahnfleisch und Gefühllosigkeit, selbst die Lippen wurden anästhetisch, es traten Störungen beim Schlucken und Sprechen auf, Atemnot und neue gastrische Störungen, Ataxie und Blasenstörungen bestanden nicht. Später folgte Doppelsehen und Ungleichheit der

Papillen, Sensibilitätsstörung besonders im Trigeminus. Es handelt sich um einen Fall von *Tabes cephalica*.

Einen weiteren Fall von ungewöhnlicher *Tabes* beobachteten **BABINSKI** und **NAGBOTTE**, welcher Lungentuberkulose bei einem Luetiker gleichzeitig feststellte. Außer einigen klinischen Besonderheiten (Erhaltung der Sehnenreflexe trotz lebhafter Schmerzen, gastrischen Störungen) boten sich anatomische Abnormitäten bei der Sektion an den Längsbahnen der Hinterstränge.

In einer weiteren Arbeit von **ROBERT BING** über die Pathogenese der *Tabes* kommt Verfasser zu der Ansicht, daß die Pathogenese der *Tabes* nach wie vor dunkel bleibt und daß Widersprüche bestehen zwischen den klinischen und autopsischen Erscheinungen.

**VI. Über Verrücktheit und Syphilis (*Syphilis acquisita, hereditaria*), von BARTHÉLEMY.** Es besteht ein großer Unterschied zwischen wirklicher hereditärer Syphilis und syphilitischer dystrophischer Heredität. Im letzteren Falle können die Menschen die Syphilis selbst verschulden, im ersteren sind sie immun gegen jede neue Ansteckung, da sie bereits infiziert sind. Gewöhnlich zeigt sich die *Lues hereditaria* mit mehreren Symptomen, sie kann aber auch bestehen ohne ein einziges Zeichen. Die Fälle von erworbener Syphilis, welche mit Verrücktheit vergesellschaftet sind, können jahrelang dauern und sind nicht so selten, besonders bei Frauen. Meist zeigt sich diese Geistesstörung bei vernachlässigter *Lues* etwa am Schlusse des dritten Jahres der Sekundärperiode. Verfasser berichtet dann über einen Vater mit wahrer Verrücktheit durch erworbene Syphilis und dessen Sohn mit parasymphilitischer Verrücktheit; bei letzterem war die Geisteskrankheit aufgetreten, bevor er sich Syphilis erworben hatte. Es folgen noch ähnliche Fälle. Ein weiterer Abschnitt handelt über syphilitische Heredität und Psychopathien. Die Nachkommenschaft von syphilitischen Tabetikern und Paralytikern ist oft auch nicht gesund; so beobachtete B. vier Brüder, welche alle nervöse Störungen hatten und daneben schwache Augen, luetische Zähne und sonstige Anomalien zeigten, die auf luetische Heredität basierten.

**VII. Über die Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft.** Sammelreferat. **GAUCHER** und **BERNARD** sind der Ansicht, bei der Schwangerschaft von Syphilitischen möglichst bald und regelmäßig antiluetische Kuren anzuwenden, und zwar lösliche Salze, besonders Sublimat intern oder Hydrarg. benzoatum in alkalischer Lösung subcutan, daneben empfehlen sie unterstützend Jodkalium. **BARTHÉLEMY** empfiehlt Jodkalium und Merkur, besonders graues Öl, sofort nach Feststellung der Schwangerschaft. **PINARD** empfiehlt die Behandlung des Mannes sechs Monate vor der Zeugung jedes Kindes. Ist die Mutter aber schon infiziert, so empfiehlt er für die Gravidität täglich ein bis zwei Suppenlöffel von folgendem: Syrup. simpl. 300, Hydrarg. bijodat. 0,1, Kal. jod. 10,0 oder Hydrarg. bijodat. 0,1, Jodkalium 10, Aq. menth. 20, Aq. dest. 250. Diese Lösung vereinigt Jod und Merkur, wirkt besser als der Syrupus **GIBERT** und wird besser vertragen. Hierbei erhält die schwangere Frau 5 mg Merkur und 50 cg Jod per Suppenlöffel.

Band IV, Heft 2. Februar 1906.

**I. Chronik, von BARTHÉLEMY.** Vertasser berichtet über die wichtigsten wissenschaftlichen Ereignisse des letzten Jahres im Gebiete der Syphilisforschung, über **NEISSER'S** Rückkehr und über die Debatten über hereditäre wahre *Lues* und *Dystrophien* durch Heredität; über die Arbeiten **BÉOLÈRES** und die Untersuchungen **FINGERS** an niederen Affenarten.

**II. Über Syphilis der Arterien oder Arteritis luetica, von JEAN DARIER.** Nach einer historischen Abhandlung über die bisher veröffentlichten Arbeiten über die arterielle Syphilis gibt Verfasser selbst ein anziehendes Bild dieses Leidens, er

schildert Ätiologie und die Erscheinungen der Arteriitis, die Aneurysmen, die pathologische Anatomie mit besonderer Berücksichtigung der Histologie, um sich dann der Symptomatologie zuzuwenden. Ein weiterer Abschnitt betrifft Diagnose und Differentialdiagnose, Prognose und schließlich die Therapie, welche oft eine vollständige Heilung erzielen kann, wengleich die Hauptsache natürlich bleibt, prophylaktisch dem Auftreten einer luetischen Arteriitis vorzubeugen. Es empfiehlt sich also jede syphilitische Infektion besonders am Anfang sehr energisch und lange spezifisch zu behandeln, selbst wenn sie anfangs einen gutartigen Eindruck macht, denn man kann nie wissen, welche spätere Konsequenzen sich zeigen werden.

**III. Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen mit gewundenem Körper,** von R. BLANCHARD. Bereits an anderer Stelle referiert.

Über *Spirochaeta pallida* SCHAUDINN, von ETIENNE BURNET.

Über Syphilis und *Spirochaeta pallida*, von BUSCHKE.

Über *Spirochaeta pallida* bei hereditärer Syphilis, von MONCAVO.

Über *Spirochaeta* in den syphilitischen Roseolaeflecken, von VEILLON und GIRARD.

Spirochätenbefund bei einem Neugeborenen, von MENETRIER und RUBENS-DUVAL.

*Spirochaeta pallida* im Blute Syphilitischer, von L. NATTAN-LARRIERE und ANDRÉ BERGEBON.

Über Syphilisübertragung auf Affen durch Injektion von Blut oder Ganglionflüssigkeit, von HOFFMANN.

Alle diese Arbeiten beschäftigen sich mit der Nachprüfung und Fortsetzung der Veröffentlichungen von SCHAUDINN und HOFFMANN und zeigen immer mehr den Wert der *Spirochaeta* für die Diagnose der Syphilis. Über sie einzeln zu referieren, würde nur eine Wiederholung sein.

**IV. Über Tabes und Orthopädie,** von ROMME. Zwei amerikanische Autoren, SCHWAB und ALLISON, regten an, ob es nicht möglich sei, den Gang der Tabiker mittels orthopädischer besonderer Schuhe zu verbessern oder auszugleichen und entwarfen sie daher geeignete Apparate, die Verfasser beschreibt. Es handelt sich um einen breiten Stiefel, dessen Spanne verlängert ist und über den inneren Rand der Sohle herüberraagt. Der Stiefel wurde bei 15 Tabikern im Anfang versucht, welche sämtlich einen sicheren Gang hatten und lange gehen konnten ohne zu ermüden, auch vorher empfundene Schmerzen schwanden bei Gebrauch des Stiefels.

**V. Über Arteritis cerebralis tertiaria generalisata,** von BARTHÉLEMY. Die Affektion entwickelt sich sehr langsam innerhalb sechs bis zwölf Jahren bei Syphilitikern, die sonst keine Erscheinungen mehr aufweisen und im Anfangsstadium nicht spezifisch behandelt wurden, oder wenigstens nicht genügend behandelt sind. Sie kann zur Heilung kommen, wenn man lange und energisch Quecksilber in Anwendung bringt. Bei erfolgloser Behandlung führt sie zum Tode, entweder durch Hemiplegie oder durch völligen Hirnschwund. Verfasser berichtet über einige von ihm beobachtete Fälle.

**VI. Über Herzgumma bei einer 25jährigen Frau.** Die Frau hatte vor acht Jahren Syphilis erworben und starb plötzlich ohne bei Lebzeiten Herzbeschwerden gehabt zu haben. Bei der Sektion fand man die Wand des linken Ventrikels von Gummum durchsetzt, ebenso waren Gummata in der einen Niere vorhanden.

**VII. Über einen Fall von hereditärer Syphilis,** von SAUVAGE. Es handelt sich um ein Kind von einer Mutter, welche bereits dreimal vorher luetische Kinder hatte und sich während der vierten Schwangerschaft mit Merkur behandeln liefs. Das Kind schien anfangs gesund und nahm an Gewicht zu. Nach zwei Monaten trat

**Exanthem auf und das Kind starb trotz Behandlung.** In den Papeln fanden sich Spirochäten, ebenso in Leber, Milz, Lunge, Herz. Die Lues stammte hier sicher vom Vater.

**VIII. Über Syphilis hereditaria tarda,** von WALLICH. Es handelt sich um einen Fall von hereditärer Lues, der zwei Monate nach der Geburt begann, während die Mutter, welche während der Schwangerschaft mit Merkur behandelt wurde, keine Zeichen von Syphilis bot, doch hatte der Vater vor neun Jahren Syphilis gehabt und war nur anfangs behandelt worden.

**IX. Über die Häufigkeit hereditärer Syphilis,** von J. NEUMANN und L. OBERWARTH-Wien. Statistik über 60226 Kinder von denen 1% kongenitale Syphilis hatten.  
*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Bücherbesprechungen.

**Repetitorium der Haut- und Geschlechtskrankheiten,** von E. KROMEYER-Berlin. (Gustav Fischer, Jena 1906.) Nach 8½ Jahren ist die zweite Auflage dieses kleinen trefflichen Büchleins erschienen, sicher ein Beweis, welcher Beliebtheit sich dasselbe erfreut. Es handelt sich um ein Buch für Klinikisten und praktische Ärzte, worin sie vom praktischen Gesichtspunkte aus das Notwendigste über Haut- und Geschlechtskrankheiten nachlesen können. Dabei ist trotz aller Knappheit das Bild der einzelnen Krankheiten klar veranschaulicht. Die systematische übersichtliche Anordnung des Stoffes ist dieselbe wie in der ersten Auflage, doch ist an vielen Stellen eine Ergänzung, bezugnehmend auf neuere Forschungen, zu bemerken; auch einige neue Figuren sind dem Texte einverleibt. Auch diese Auflage wird sicher bald vergriffen sein und kann als Ergänzung für Lehrbücher und Kompendien und bequemes Nachschlagebuch warm empfohlen werden.  
*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

#### b. Penis, Urethra, Blase.

**Die Malakoplakie der Harnblase,** von LEONOR MICHAELIS-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 14.) Die klinische Seite dieser Erkrankung dürfte durchhaus als noch ungeklärt bezeichnet werden, und es dürfte für Urologen eine dankbare Aufgabe sein, auf diese Dinge zu achten und womöglich ihre Anfangsstadien festzustellen.

Ob die mikroskopische Untersuchung des Harnsediments für die Diagnose zu verwerten sein wird, kann man nicht voraussagen. Denn ob es möglich sein wird, die etwa durch Ulceration aus den Knötchen in den Harn gelangten charakteristischen Zellen noch an ihrer Form zu erkennen, scheint nicht sicher. Die beste Stütze für die Diagnose wäre der Befund jener eisenhaltigen Schollen. Diese Probe würde sich

im Sedimentpräparat einfach derart gestalten, daß man zu dem frischen Sedimentpräparat einen Tropfen einer gesättigten Lösung von reinem Hämatoxylin in destilliertem Wasser zusetzt. Nach etwa einer Viertelstunde wären dann die Einschlüsse mit Sicherheit blauschwarz gefärbt, während die nicht eisenhaltigen Gebilde eine kaum merkliche Färbung annehmen und ganz ungefärbt bleiben. Zur Erleichterung der Erkennung dieser Schollen kann noch der Umstand dienen, daß sie ein starkes Lichtbrechungsvermögen haben und mitunter eine konzentrische Schichtung zeigen. Inwieweit wiederum auf Grund dieser Eigentümlichkeit die Möglichkeit vorliegt, sie mit dem Corpora amylacea der Prostata zu verwechseln, wird auch erst die Erfahrung lehren müssen.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Über Malakoplakie der Harnblase,** von EDGAR GIERKE-Freiburg i. B. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 29.) G. gibt das wesentliche aus den bisherigen spärlichen Mitteilungen über Malakoplakie der Harnblase wieder und beschreibt dann kurz zwei neue Fälle, die ebenso wie die sieben bis jetzt bekannten nicht intra vitam, sondern erst am anatomischen Präparat festgestellt worden sind und die gleichen Erscheinungen aufwiesen wie diese. Die Affektion als Tumorenbildung anzusprechen, wie MICHAELIS und GUTMANN es tun, ist nicht berechtigt; sie scheint vielmehr ein lokaler Entzündungsprozess zu sein, der aber weniger durch Einwirkung spezifischer Bakterien als durch Art, Ort und besondere Umstände sein charakteristisches Aussehen gewinnt. Mit LANDSTEINER und STOECK glaubt G., daß die großen Zellen, aus welchen die Plaques bestehen, nicht unvermittelt auftreten, sondern Abkömmlinge fixer oder mobiler Gewebelemente sind; möglicherweise stammen sie von den Elementen der Membrana propria mucosae. Der Umstand, daß auf der Kuppe der Herde das Epithel stets defekt ist, und nach dieser Stelle zu die Zellen ihre große aufgedunsene Gestalt gewinnen, läßt G. vermuten, daß die Infiltration mit vielleicht schon primär cystitischem Urin eine Rolle bei der Entstehung der Veränderungen spielt. Aus diesem cystitischem Urin, der möglicherweise leicht bluthaltig ist, können sich Gewebetrümmer mit Eisen und Kalk beladen und so zur Bildung der eigentümlichen Einschlüsse führen. Der Vorgang könnte also so gedacht werden, daß nach primären Epithelläsionen der Haare durch chemische und bakterielle Reizung Degeneration, Proliferation, Aufquellung der Zellen und Imprägnation mit Mineralien bewirkt. Daß in den jetzt bekannten neun Fällen viermal Tuberkulose vorhanden war, erklärt sich einerseits aus der Häufigkeit dieser Erkrankung, andererseits aber auch aus den durch diese bedingten oberflächlichen Gewebläsionen. — Mittels cystoskopischer Untersuchung könnte die Malakoplakie der Harnblase wohl intra vitam erkannt werden; vielleicht führt der Nachweis der charakteristischen großen Zellen im Harn künftighin dazu, auf die Affektion zu fahnden.

*Göts-München.*

#### c. Hoden und Samenbläschen.

**Die Therapie der Impotenz,** von TEREPSON-Dorpat. (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Bei der Therapie der Impotenz kommt es darauf an, alle organischen Läsionen fortzuschaffen, dadurch die Reizzustände im Urogenitalsystem zu beseitigen und durch Ruhe den Organen Zeit zu geben, zu ihrer Naturintention zurückzukehren. Verfasser empfiehlt vor allem die Anwendung des WINTERITZschen Psychrophors, bei knotigen Verdickungen in der Prostata unter Anwendung von heißem Wasser, und die Prostatamassage, daneben Spülungen mit 1—3% Lösungen von Argentum nitr. oder Zinc. sulfur. und Instillationen von 10% Ratanhiatinktur; schwache faradische Ströme und kühle Sitzbäder morgens unterstützen die Behandlung. Von der Anwendung innerer Mittel ist erst Gebrauch zu machen, wenn die lokale Therapie ihren

Zweck erfüllt hat. Verfasser hält die Prognose der durch organische Veränderungen an den Geschlechtswerkzeugen bedingten Impotenzformen nicht für schlecht.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Zur Therapie der Impotentia coeundi**, von STRINER-Altenburg i. S. (*Deutsch. Med.-Ztg.* 1904. Nr. 90.) In vier Fällen von neurasthenischen Erschöpfungszuständen, die sich besonders in Impotentia coeundi kundgaben, und bei denen eine suggestive Wirkung ausgeschlossen war, wandte S. das Yohimbin „RIEDEL“ mit schnellen symptomatischen Erfolgen an, und dort, wo eine hochgradige Depression eingetreten war, erschien das Yohimbinum hydrochloricum geeignet, Selbstbewußtsein und Lebensfreude zu heben und wiederzugeben.

Es handelte sich um funktionelle Störungen, die auf den physiologischen Einfluß des stärkeren Blutzufusses zu den Genitalorganen reagierten. S. gab das Yohimbin in Originaltabletten 0,005 g dreimal täglich.

Irgendwelche Nachteile wurden nicht empfunden. Die Erektion trat meist schon nach wenigen Stunden ein und ermöglichte eine vollkommene Kohabitation.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Das Muiracitin bei der Behandlung der sexuellen Impotenz**, von MARA-MALDI. Das Mittel stammt bekanntlich vom Holze der *Liriosma ovata* Miers oder *Muiru Puama Brasiliens* und wird von der Firma Zahn in Berlin fabriziert. Der Verfasser bezeichnet dasselbe als ein äußerst mächtiges Anaphrodisiakum, das ihm bei Impotenz ausgezeichnete Dienste geleistet haben soll. Seine Wirkung schreibt er dem Einflusse auf das Rückenmark einerseits und der Hyperämie der Genitalorgane andererseits nebst der Suggestion zu.

*C. Müller-Genf.*

**Blennorrhoe und Syphilis in der Lehre von der Ursache der Sterilität beim Manne**, von M. L. HUIDINGSVELD-Cincinnati. (*Lancet-Chronic.* 15. Juli 1905.) Die Aufstellung der Thesen bringt manches Überraschende und ergibt folgendes:

Syphilis und Blennorrhoe spielen eine verhältnismäßig unwichtige und meistens überschätzte Rolle unter den Ursachen der Sterilität beim Manne, die wir unter dem Ausdrucke *impotentia generandi* zusammenfassen. Die ursächliche Wirkung der Syphilis beschränkt sich auf lokalisierte Verletzungen und zeichnet sich durch Lumensverlegung aus.

Die ursächliche Wirkung der Blennorrhoe ist wahrscheinlich gleichfalls auf verstopfende Verletzungen beschränkt; man trifft sie am meisten, aber doch noch weniger häufig, als die vielen Berichte glauben lassen, bei doppelseitiger Hodenentzündung. Einseitige Hodenentzündung verursacht eine vorübergehende Samenlosigkeit, und zweifellos müssen viele der berichteten Fälle von doppelter Hodenentzündung vorzeitiger Beobachtung zugeschrieben werden. Chronische blennorrhöische Prostatitis ändert nicht notwendigerweise die Reaktion der Prostataflüssigkeit von und ins alkalische, und weder Eiter noch alkalische Eigenschaft führt zu Nekrospermia oder schwächt die befruchtende Kraft des Spermas.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Die interstitielle Zelle des Hodens**, von A. BRANCA-Paris. (*Presse méd.* 1905. Nr. 64.) Die interstitielle Zelle des Hodens ist durch ihr Aussehen wie durch ihre Topographie charakterisiert. Sie ist eine epitheloide Zelle und gruppiert sich in Inseln, welche durch die ganze Ausdehnung der Drüse versprengt sind. Die interstitielle Zelle hat den Wert einer in hohem Maße differenzierten Bindegewebszelle, welche verschiedene Produkte hervorbringen kann. Sie ist aber nicht nur eine sezernierende, sondern sie tritt auch ihre Erzeugnisse an den Organismus ab. Man kann sie also auch gewissermaßen als eine Drüsenzelle ansehen. Ob die interstitielle Zelle an der Ernährung der *Canaliculi seminipari* teilnimmt, ist zweifelhaft. Tut sie es nicht, so

im Sedimentpräparat einfach derart präparat einen Tropfen einer gesättigten Wasser zusetzt. Nach etwa einer Sicherheit blauschwarz gefärbt, merkliche Färbung annehmen und Erkennung dieser Schollen kann Brechungsvermögen haben und weit wiederum auf Grund der dem Corpora amylacea der Lehren müssen.

### Über Malakoplakia

med. Wochenschr. 1906  
lichen Mitteilungen  
kurz zwei neue Fälle  
sondern erst am a  
scheinungen aufw  
wie MICHAELIS  
lokaler Entzündung  
Bakterien als  
gewinnt. M  
die Plaque  
mobiler C

### Membra

stets d  
gewir  
cyt  
cyt  
wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Befriedigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend.  
Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Incision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Incisionen verschlossen werden.

Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen, von B. LEDERMANN-Berlin. (Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts.) Eine kleine Reihe überaus gediegener Vorträge, in denen hauptsächlich die Hautkrankheiten des Skrotums und die blennorrhoeischen und syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankungen behandelt werden; andere Erkrankungen sind nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Diagnostik eine gewisse Rolle spielen oder als Komplikation und Begleiterscheinung anderer, namentlich innerer Krankheiten, von Bedeutung sind. In dem Vortrag über die Erkrankungen der Skrotalhaut nimmt naturgemäß die Besprechung der Therapie einen großen Raum ein; namentlich für die Behandlung der verschiedenen Ekzemformen wird eine große Anzahl von Mitteln angegeben und je nach ihrer speziellen Brauchbarkeit und Wirksamkeit empfohlen. Die Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens teilt L. mit KOCHER ein in eine trau-

interstitielle Zelle des Hodens hat nach und Grad der sexuellen Faktoren.

Hopf-Dresden.

### Epithels des Nebenhodens

(V. Nr. 23 und 24.) Das

fferentia und Cor

ise absondern, v

sich auch d

Flimm

E

osomen

in oberen Zelle

ganz verschieden v

retorischen Tätigkeit der N.

der Zellen und eine Neubildung j.

Hopf-Dresden.

von ROMANOWSKY und WINIWARTEK. (Anat. Anz.)

Verfasser fanden bei der Sektion eines 61jährigen

in Skrotalhälfte innerhalb eines serösen Sackes beide Hoden

zu Moment für den fehlerhaften Descensus ist nicht auffindbar.

F. Hahn-Bremen.

ende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel, von C. B.

n. (Lancet, 22. Juli. 1905.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen

an, welche er mit dieser Methode wegen Kryptorchismus erfolgreich be-

hat. Diese Zahl umfaßt nur die Fälle, welche in der Zeit bis vor vier Jahren

cyt wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Befriedigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend.

Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Incision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Incisionen verschlossen werden.

Philippi-Bad-Salschlief.

363  
 matische, eine urethrale und eine metastatische  
 teils als idiopathische, teils als epidem-  
 krankheitserreger noch nicht bekannt  
 Hodenaffektionen urethralen U  
 spezifische Urethritis ne  
 dern auch zu typisch  
 kann. Ansführ  
 ologische  
 merkt

366  
 te mit polychromem Methylenblau  
 von E. FRÄNKEL angegebenen Zu-  
 Pikro-Indigo-Karmin. Nament-  
 are und vielseitige Übersichts-  
 er verschiedenen Farben er-  
 elastische Fasern schwarz-  
 sehen, daß nur ein einziges  
 einziges Mal als Sektions-  
 lerartige Veränderungen  
 hilis angesehen werden,  
 jede anamnestiche  
 oder überstandene  
 die Syphilis nicht  
 eine interstitielle



**agnostische Hodenpunktion,**

368  
 (r. 1905. Nr. 85.) Zur Entscheidung der Pa.  
 produziert werden, kann man sich der diagnostis-  
 avasspritze bedienen, was einen völlig gefahrlosen leic-  
 dann am Platze ist, wenn es sich um einen Aufschluß im  
 handelt. Natürlich muß man die oberflächlichen Venen vermeid-  
 produkt ist gering. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fast s-  
 heit einiger roter Blutkörperchen, großer fetthaltiger Zellen, polynukleä.  
 undefinierbaren Detritus. Die Hauptsache ist, Spermatozoen zu finden. B-  
 von früherer Epididymitis fand POSNER zehnmal Spermatozoen, sechsmal kei-  
 einem waren sie zweifelhaft. Die Anwesenheit der Spermatozoen stand im gera-  
 Verhältnis zur Dauer der Erkrankung. Anatomisch bestand keine Abweichung der  
 Spermatozoen, die Fäden sind bewegungslos, nur in einem Falle zeigten sich massen-  
 hafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Die Untersuchungen zeigen, daß jedenfalls  
 noch jahrelang nach Abschluss der Samenwege die Produktion lebenskräftiger  
 Spermatozoen fort dauern kann, so daß man die Fortsetzung therapeutischer Versuche  
 empfehlen muß, um nach Epididymitis mit Verschluss der Samenwege wieder Zeugungs-  
 fähigkeit zu erreichen.  
 Bernhard Schulze-Kiel.

**Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges,** von  
 JOHANN SAWADE. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Die Arbeit liefert eine Be-  
 trachtung der im Skrotum, in und am Hoden, Nebenhoden und Samenstrang mit  
 seinen Hüllen vorkommenden serösen Cysten hinsichtlich ihres klinischen Interesses,  
 ferner pathologisch-anatomische Bemerkungen und schließlich einen Bericht über  
 einen besonderen Fall von selbständiger seröser Cyste des Samenstranges. Die Cyste  
 war nach der Meinung des Verfassers bereits fötal angelegt, hat sich aber erst in  
 späteren Jahren infolge mechanischer Einwirkung weiter entwickelt.

Frits Loeb-München.

**Der ektopische Testikel,** von LANZ. (Centralbl. f. Chir. 1905. Nr. 16.) Als  
 Normalverfahren empfiehlt Verfasser die Resektion zur Entfernung des atrophischen  
 Hodens und Anschluß der Radikaloperation des begleitenden Leistenbruches. In der  
 ersten Lebensdekade rät er, nicht zu operieren, sondern zu massieren, unter Aus-  
 streichen des Leistenkanals mit allmählichem Herunterziehen des Testikels; in einigen  
 Fällen wandte er mit gutem Erfolge eine eigne Operationsmethode an, die er als  
 elastische Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens bezeichnet. Der Leisten-  
 kanal wird gespalten, der Processus vaginalis vom Samenstrang gelöst und als Bruch-



wäre dies nur von sekundärem Interesse. Die interstitielle Zelle des Hodens hat nach Ansicht des Verfassers Einfluß auf Auslösung und Grad der sexuellen Faktoren.

*Hopf-Dresden.*

**Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens,** von ZENON JELENIEWSKY-Warschau. (*Anat. Anzgr.* XXIV. Nr. 23 und 24.) Das Epithel des Anfangsteiles der Epididymis, nämlich der Vasa efferentia und Coni vasculosi setzt sich aus fast typischen Flimmerzellen, die zeitweise absondern, während dieser Zeit aber ihren Flimmerapparat aufgeben und demnach sich auch dem Aussehen nach ändern. Später, wenn die Sekretion beendet ist, tritt die Flimmerung wieder hinzu. Die in den sezernierenden Zellen der Vasa efferentia und im Epithel des Nebenhodens vorhandenen Diplosome haben mit den an den Polen der achromatischen Spindel der sich fortpflanzenden Zelle sichtbaren Körperchen (Centrosomen) nichts gemein. Die Härchen des Nebenhodenepithels gehen von der freien oberen Zellenfläche ab. Die sekretorische Tätigkeit des Nebenhodenepithels ist ganz verschieden von derjenigen anderer Drüsenzellen. Der physiologischen sekretorischen Tätigkeit der Nebenhodenzellen folgt ein allmähliches Zugrundegehen der Zellen und eine Neubildung junger Zellen.

*Hopf-Dresden.*

**Dystopia testis transversa,** von ROMANOWSKY und WINWARTER. (*Anat. Anzeiger.* 1905. Nr. 22 und 23.) Verfasser fanden bei der Sektion eines 61jährigen Mannes zufällig in der linken Skrotalhälfte innerhalb eines serösen Sackes beide Hoden liegen. Ein ätiologisches Moment für den fehlerhaften Descensus ist nicht auffindbar.

*F. Hahn-Bremen.*

**Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel,** von C. B. KETLEY-London. (*Lancet*, 22. Juli. 1905.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen bei 25 Fällen, welche er mit dieser Methode wegen Kryptorchismus erfolgreich behandelt hat. Diese Zahl umfaßt nur die Fälle, welche in der Zeit bis vor vier Jahren operiert wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Bestätigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend. Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Inzision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Inzisionen verschlossen werden.

*Philippi-Bad-Salzschiefer.*

**Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen,** von R. LEDERMANN-Berlin. (*Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts.*) Eine kleine Reihe überaus gediegener Vorträge, in denen hauptsächlich die Hautkrankheiten des Skrotums und die blennorrhöischen und syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankungen behandelt werden; andere Erkrankungen sind nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Diagnostik eine gewisse Rolle spielen oder als Komplikation und Begleiterscheinung anderer, namentlich innerer Krankheiten, von Bedeutung sind. In dem Vortrag über die Erkrankungen der Skrotalhaut nimmt naturgemäß die Besprechung der Therapie einen großen Raum ein; namentlich für die Behandlung der verschiedenen Ekzemformen wird eine große Anzahl von Mitteln angegeben und je nach ihrer speziellen Brauchbarkeit und Wirksamkeit empfohlen. Die Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens teilt L. mit KOCHER ein in eine tra-

matische, eine urethrale und eine metastatische Form; dazu kommt als vierte Gruppe die teils als idiopathische, teils als epidemische bezeichnete Form, deren Ursachen und Krankheitserreger noch nicht bekannt sind. Bei der Besprechung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen urethralen Ursprungs erwähnt L., daß die sogenannte primäre, nicht spezifische Urethritis nach seinen Erfahrungen nicht nur zu Cystitis und Prostatitis, sondern auch zu typischer, ähnlich wie die blennorrhöische verlaufender Epididymitis führen kann. Ausführlich berichtet L. über die neueren Arbeiten über Pathogenese und pathologische Anatomie der blennorrhöischen Epididymitis und Orchitis; zur Therapie bemerkt er, daß er von der Eisbehandlung sehr oft außerordentlich günstige Wirkung ohne die vielfach befürchteten unangenehmen Folgen gesehen hat, dagegen fehlen ihm persönliche Erfahrungen über die Einreibungen von Ung. Crédé und die frühzeitigen Punktionen.

Die Vorträge L.s, die in knapper Form eine Fülle von Belehrung bieten, sind des großen Werkes, in dem sie Platz gefunden haben, durchaus würdig.

*Göts-München.*

**Die diagnostische Hodenpunktion**, von C. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 85.) Zur Entscheidung der Frage, ob im Hoden noch Spermatozoen produziert werden, kann man sich der diagnostischen Hodenpunktion mittels der Pravasspritze bedienen, was einen völlig gefahrlosen leichten Eingriff vorstellt und dann am Platze ist, wenn es sich um einen Aufschluß im Interesse des Kranken handelt. Natürlich muß man die oberflächlichen Venen vermeiden. Das Aspirationsprodukt ist gering. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fast stets die Anwesenheit einiger roter Blutkörperchen, großer fetthaltiger Zellen, polynukleäre Leukocyten, undefinierbaren Detritus. Die Hauptsache ist, Spermatozoen zu finden. Bei 17 Fällen von früherer Epididymitis fand POSNER zehnmal Spermatozoen, sechsmal keine, bei einem waren sie zweifelhaft. Die Anwesenheit der Spermatozoen stand im geraden Verhältnis zur Dauer der Erkrankung. Anatomisch bestand keine Abweichung der Spermatozoen, die Fäden sind bewegungslos, nur in einem Falle zeigten sich massenhafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Die Untersuchungen zeigen, daß jedenfalls noch jahrelang nach Abschluß der Samenwege die Produktion lebenskräftiger Spermatozoen fortauern kann, so daß man die Fortsetzung therapeutischer Versuche empfehlen muß, um nach Epididymitis mit Verschluss der Samenwege wieder Zeugungsfähigkeit zu erreichen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges**, von JOHANN SAWADE. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Die Arbeit liefert eine Betrachtung der im Skrotum, in und am Hoden, Nebenhoden und Samenstrang mit seinen Hüllen vorkommenden serösen Cysten hinsichtlich ihres klinischen Interesses, ferner pathologisch-anatomische Bemerkungen und schließlich einen Bericht über einen besonderen Fall von selbständiger seröser Cyste des Samenstranges. Die Cyste war nach der Meinung des Verfassers bereits fötal angelegt, hat sich aber erst in späteren Jahren infolge mechanischer Einwirkung weiter entwickelt.

*Fritz Loeb-München.*

**Der ektopische Testikel**, von LANZ. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 16.) Als Normalverfahren empfiehlt Verfasser die Resektion zur Entfernung des atrophischen Hodens und Anschluß der Radikaloperation des begleitenden Leistenbruchs. In der ersten Lebensdekade rät er, nicht zu operieren, sondern zu massieren, unter Anstreichen des Leistenkanals mit allmählichem Herunterziehen des Testikels; in einigen Fällen wandte er mit gutem Erfolge eine eigne Operationsmethode an, die er als elastische Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens bezeichnet. Der Leistenkanal wird gespalten, der Processus vaginalis vom Samenstrang gelöst und als Bruch-

wäre dies nur von sekundärem Interesse. Die interstitielle Zelle des Hodens hat nach Ansicht des Verfassers Einfluss auf Auslösung und Grad der sexuellen Faktoren.

*Hopf-Dresden.*

**Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens,** von ZENON JELENIEWSKY-Warschau. (*Anat. Anzgr.* XXIV. Nr. 23 und 24.) Das Epithel des Anfangsteiles der Epididymis, nämlich der Vasa efferentia und Coni vasculosi setzt sich aus fast typischen Flimmerzellen, die zeitweise absondern, während dieser Zeit aber ihren Flimmerapparat aufgeben und demnach sich auch dem Aussehen nach ändern. Später, wenn die Sekretion beendet ist, tritt die Flimmerung wieder hinzu. Die in den sezernierenden Zellen der Vasa efferentia und im Epithel des Nebenhodens vorhandenen Diplosome haben mit den an den Polen der achromatischen Spindel der sich fortpflanzenden Zelle sichtbaren Körperchen (Centrosomen) nichts gemein. Die Härchen des Nebenhodenepithels gehen von der freien oberen Zellenfläche ab. Die sekretorische Tätigkeit des Nebenhodenepithels ist ganz verschieden von derjenigen anderer Drüsenzellen. Der physiologischen sekretorischen Tätigkeit der Nebenhodenzellen folgt ein allmähliches Zugrundegehen der Zellen und eine Neubildung junger Zellen.

*Hopf-Dresden.*

**Dystopia testis transversa,** von ROMANOWSKY und WINIWARTER. (*Anat. Anzeiger.* 1905. Nr. 22 und 23.) Verfasser fanden bei der Sektion eines 61jährigen Mannes zufällig in der linken Skrotalhälfte innerhalb eines serösen Sackes beide Hoden liegen. Ein ätiologisches Moment für den fehlerhaften Descensus ist nicht auffindbar.

*F. Hahn-Bremen.*

**Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel,** von C. B. KRETLEY-London. (*Lancet*, 22. Juli. 1905.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen bei 25 Fällen, welche er mit dieser Methode wegen Kryptorchismus erfolgreich behandelt hat. Diese Zahl umfasst nur die Fälle, welche in der Zeit bis vor vier Jahren operiert wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Bestätigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend. Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Inzision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Inzisionen verschlossen werden.

*Philippi-Bad-Salschürf.*

**Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen,** von R. LEDERMAN-Berlin. (*Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts.*) Eine kleine Reihe überaus gediegener Vorträge, in denen hauptsächlich die Hautkrankheiten des Skrotums und die blennorrhöischen und syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankungen behandelt werden; andere Erkrankungen sind nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Diagnostik eine gewisse Rolle spielen oder als Komplikation und Begleiterscheinung anderer, namentlich innerer Krankheiten, von Bedeutung sind. In dem Vortrag über die Erkrankungen der Skrotalhaut nimmt naturgemäß die Besprechung der Therapie einen großen Raum ein; namentlich für die Behandlung der verschiedenen Ekzemformen wird eine große Anzahl von Mitteln angegeben und je nach ihrer speziellen Brauchbarkeit und Wirksamkeit empfohlen. Die Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens teilt L. mit KOCHER ein in eine trau-

matische, eine urethrale und eine metastatische Form; dazu kommt als vierte Gruppe die teils als idiopathische, teils als epidemische bezeichnete Form, deren Ursachen und Krankheitserreger noch nicht bekannt sind. Bei der Besprechung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen urethralen Ursprungs erwähnt L., daß die sogenannte primäre, nicht spezifische Urethritis nach seinen Erfahrungen nicht nur zu Cystitis und Prostatitis, sondern auch zu typischer, ähnlich wie die blennorrhöische verlaufender Epididymitis führen kann. Ausführlich berichtet L. über die neueren Arbeiten über Pathogenese und pathologische Anatomie der blennorrhöischen Epididymitis und Orchitis; zur Therapie bemerkt er, daß er von der Eisbehandlung sehr oft außerordentlich günstige Wirkung ohne die vielfach befürchteten unangenehmen Folgen gesehen hat, dagegen fehlen ihm persönliche Erfahrungen über die Einreibungen von Ung. Crédé und die frühzeitigen Punktionen.

Die Vorträge L.s, die in knapper Form eine Fülle von Belehrung bieten, sind des großen Wertes, in dem sie Platz gefunden haben, durchaus würdig.

*G  ts-München.*

**Die diagnostische Hodenpunktion**, von C. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 85.) Zur Entscheidung der Frage, ob im Hoden noch Spermatozoen produziert werden, kann man sich der diagnostischen Hodenpunktion mittels der Pravazspritze bedienen, was einen völlig gefahrlosen leichten Eingriff vorstellt und dann am Platze ist, wenn es sich um einen Aufschluß im Interesse des Kranken handelt. Natürlich muß man die oberflächlichen Venen vermeiden. Das Aspirationsprodukt ist gering. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fast stets die Anwesenheit einiger roter Blutkörperchen, großer fetthaltiger Zellen, polynukleäre Leukocyten, undefinierbaren Detritus. Die Hauptsache ist, Spermatozoen zu finden. Bei 17 Fällen von früherer Epididymitis fand POSNER zehnmal Spermatozoen, sechsmal keine, bei einem waren sie zweifelhaft. Die Anwesenheit der Spermatozoen stand im geraden Verhältnis zur Dauer der Erkrankung. Anatomisch bestand keine Abweichung der Spermatozoen, die Fäden sind bewegungslos, nur in einem Falle zeigten sich massenhafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Die Untersuchungen zeigen, daß jedenfalls noch jahrelang nach Abschluß der Samenwege die Produktion lebenskräftiger Spermatozoen fortauern kann, so daß man die Fortsetzung therapeutischer Versuche empfehlen muß, um nach Epididymitis mit Verschluf   der Samenwege wieder Zeugungsfähigkeit zu erreichen.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges**, von JOHANN SAWADE. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Die Arbeit liefert eine Betrachtung der im Skrotum, in und am Hoden, Nebenhoden und Samenstrang mit seinen Hüllen vorkommenden serösen Cysten hinsichtlich ihres klinischen Interesses, ferner pathologisch-anatomische Bemerkungen und schließlich einen Bericht über einen besonderen Fall von selbständiger seröser Cyste des Samenstranges. Die Cyste war nach der Meinung des Verfassers bereits f  tal angelegt, hat sich aber erst in späteren Jahren infolge mechanischer Einwirkung weiter entwickelt.

*Fritz Loeb-München.*

**Der ektopische Testikel**, von LANZ. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 16.) Als Normalverfahren empfiehlt Verfasser die Resektion zur Entfernung des atrophischen Hodens und Anschluß der Radikaloperation des begleitenden Leistenbruchs. In der ersten Lebensdekade r  t er, nicht zu operieren, sondern zu massieren, unter Anstreichen des Leistenkanals mit allmählichem Herunterziehen des Testikels; in einigen Fällen wandte er mit gutem Erfolge eine eigne Operationsmethode an, die er als elastische Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens bezeichnet. Der Leistenkanal wird gespalten, der Processus vaginalis vom Samenstrang gelöst und als Bruch-

wäre dies nur von sekundärem Interesse. Die interstitielle Zelle des Hodens hat nach Ansicht des Verfassers Einfluß auf Auslösung und Grad der sexuellen Faktoren.

*Hopf-Dresden.*

**Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens,** von ZENON JELENIEWSKY-Warschau. (*Anat. Anzgr.* XXIV. Nr. 23 und 24.) Das Epithel des Anfangsteiles der Epididymis, nämlich der Vasa efferentia und Coni vasculosi setzt sich aus fast typischen Flimmerzellen, die zeitweise absondern, während dieser Zeit aber ihren Flimmerapparat aufgeben und demnach sich auch dem Aussehen nach ändern. Später, wenn die Sekretion beendet ist, tritt die Flimmerung wieder hinzu. Die in den sezernierenden Zellen der Vasa efferentia und im Epithel des Nebenhodens vorhandenen Diplosome haben mit den an den Polen der achromatischen Spindel der sich fortpflanzenden Zelle sichtbaren Körperchen (Centrosomen) nichts gemein. Die Härchen des Nebenhodenepithels gehen von der freien oberen Zellenfläche ab. Die sekretorische Tätigkeit des Nebenhodenepithels ist ganz verschieden von derjenigen anderer Drüsenzellen. Der physiologischen sekretorischen Tätigkeit der Nebenhodenzellen folgt ein allmähliches Zugrundegehen der Zellen und eine Neubildung junger Zellen.

*Hopf-Dresden.*

**Dystopia testis transversa,** von ROMANOWSKY und WINIWARTEK. (*Anat. Anzeiger.* 1905. Nr. 22 und 23.) Verfasser fanden bei der Sektion eines 61jährigen Mannes zufällig in der linken Skrotalhälfte innerhalb eines serösen Sackes beide Hoden liegen. Ein ätiologisches Moment für den fehlerhaften Descensus ist nicht auffindbar.

*F. Hahn-Bremen.*

**Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel,** von C. B. KERTLEY-London. (*Lancet*, 22. Juli. 1905.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen bei 25 Fällen, welche er mit dieser Methode wegen Kryptorchismus erfolgreich behandelt hat. Diese Zahl umfaßt nur die Fälle, welche in der Zeit bis vor vier Jahren operiert wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Bestätigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend. Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Inzision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Inzisionen verschlossen werden.

*Philippi-Bad-Salschüpf.*

**Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen,** von R. LEDERMANN-Berlin. (*Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts.*) Eine kleine Reihe überaus gediegener Vorträge, in denen hauptsächlich die Hautkrankheiten des Skrotums und die blennorrhöischen und syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankungen behandelt werden; andere Erkrankungen sind nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Diagnostik eine gewisse Rolle spielen oder als Komplikation und Begleiterscheinung anderer, namentlich innerer Krankheiten, von Bedeutung sind. In dem Vortrag über die Erkrankungen der Skrotalhaut nimmt naturgemäß die Besprechung der Therapie einen großen Raum ein; namentlich für die Behandlung der verschiedenen Ekzemformen wird eine große Anzahl von Mitteln angegeben und je nach ihrer speziellen Brauchbarkeit und Wirksamkeit empfohlen. Die Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens teilt L. mit KOCHER ein in eine trau-

matische, eine urethrale und eine metastatische Form; dazu kommt als vierte Gruppe die teils als idiopathische, teils als epidemische bezeichnete Form, deren Ursachen und Krankheitserreger noch nicht bekannt sind. Bei der Besprechung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen urethralen Ursprungs erwähnt L., daß die sogenannte primäre, nicht spezifische Urethritis nach seinen Erfahrungen nicht nur zu Cystitis und Prostatitis, sondern auch zu typischer, ähnlich wie die blennorrhische verlaufender Epididymitis führen kann. Ausführlich berichtet L. über die neueren Arbeiten über Pathogenese und pathologische Anatomie der blennorrhischen Epididymitis und Orchitis; zur Therapie bemerkt er, daß er von der Eisbehandlung sehr oft außerordentlich günstige Wirkung ohne die vielfach befürchteten unangenehmen Folgen gesehen hat, dagegen fehlen ihm persönliche Erfahrungen über die Einreibungen von Ung. Crédé und die frühzeitigen Funktionen.

Die Vorträge L.s, die in knapper Form eine Fülle von Belehrung bieten, sind des großen Werkes, in dem sie Platz gefunden haben, durchaus würdig.

*Götz-München.*

**Die diagnostische Hodenpunktion**, von C. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.) Zur Entscheidung der Frage, ob im Hoden noch Spermatozoen produziert werden, kann man sich der diagnostischen Hodenpunktion mittels der Pravaspitze bedienen, was einen völlig gefahrlosen leichten Eingriff vorstellt und dann am Platze ist, wenn es sich um einen Aufschluß im Interesse des Kranken handelt. Natürlich muß man die oberflächlichen Venen vermeiden. Das Aspirationsprodukt ist gering. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fast stets die Anwesenheit einiger roter Blutkörperchen, großer fetthaltiger Zellen, polynukleäre Leukocyten, undefinierbaren Detritus. Die Hauptsache ist, Spermatozoen zu finden. Bei 17 Fällen von früherer Epididymitis fand POSNER zehnmal Spermatozoen, sechsmal keine, bei einem waren sie zweifelhaft. Die Anwesenheit der Spermatozoen stand im geraden Verhältnis zur Dauer der Erkrankung. Anatomisch bestand keine Abweichung der Spermatozoen, die Fäden sind bewegungslos, nur in einem Falle zeigten sich massenhafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Die Untersuchungen zeigen, daß jedenfalls noch jahrelang nach Abschluß der Samenwege die Produktion lebenskräftiger Spermatozoen fortauern kann, so daß man die Fortsetzung therapeutischer Versuche empfehlen muß, um nach Epididymitis mit Verschluss der Samenwege wieder Zeugungsfähigkeit zu erreichen.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges**, von JOHANN SAWADE. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Die Arbeit liefert eine Betrachtung der im Skrotum, in und am Hoden, Nebenhoden und Samenstrang mit seinen Hüllen vorkommenden serösen Cysten hinsichtlich ihres klinischen Interesses, ferner pathologisch-anatomische Bemerkungen und schließlich einen Bericht über einen besonderen Fall von selbständiger seröser Cyste des Samenstranges. Die Cyste war nach der Meinung des Verfassers bereits fötal angelegt, hat sich aber erst in späteren Jahren infolge mechanischer Einwirkung weiter entwickelt.

*Frits Loeb-München.*

**Der ektopische Testikel**, von LANZ. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 16.) Als Normalverfahren empfiehlt Verfasser die Resektion zur Entfernung des atrophischen Hodens und Anschluß der Radikaloperation des begleitenden Leistenbruchs. In der ersten Lebensdekade rät er, nicht zu operieren, sondern zu massieren, unter Ausstreichen des Leistenkanals mit allmählichem Herunterziehen des Testikels; in einigen Fällen wandte er mit gutem Erfolge eine eigne Operationsmethode an, die er als elastische Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens bezeichnet. Der Leistenkanal wird gespalten, der Processus vaginalis vom Samenstrang gelöst und als Bruch-

wäre dies nur von sekundärem Interesse. Die interstitielle Zelle des Hodens hat nach Ansicht des Verfassers Einfluß auf Auslösung und Grad der sexuellen Faktoren.

*Hopf-Dresden.*

**Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens, von ZENON JELENIEWSKY-Warschau.** (*Anat. Anzgr.* XXIV. Nr. 23 und 24.) Das Epithel des Anfangsteiles der Epididymis, nämlich der Vasa efferentia und Coni vasculosi setzt sich aus fast typischen Flimmerzellen, die zeitweise absondern, während dieser Zeit aber ihren Flimmerapparat aufgeben und demnach sich auch dem Aussehen nach ändern. Später, wenn die Sekretion beendet ist, tritt die Flimmerung wieder hinzu. Die in den sezernierenden Zellen der Vasa efferentia und im Epithel des Nebenhodens vorhandenen Diplosome haben mit den an den Polen der achromatischen Spindel der sich fortpflanzenden Zelle sichtbaren Körperchen (Centrosomen) nichts gemein. Die Härchen des Nebenhodenepithels gehen von der freien oberen Zellenfläche ab. Die sekretorische Tätigkeit des Nebenhodenepithels ist ganz verschieden von derjenigen anderer Drüsenzellen. Der physiologischen sekretorischen Tätigkeit der Nebenhodenzellen folgt ein allmähliches Zugrundegehen der Zellen und eine Neubildung junger Zellen.

*Hopf-Dresden.*

**Dystopia testis transversa, von ROMANOWSKY und WINWARTER.** (*Anat. Anzeiger.* 1905. Nr. 22 und 23.) Verfasser fanden bei der Sektion eines 61jährigen Mannes zufällig in der linken Skrotalhälfte innerhalb eines serösen Sackes beide Hoden liegen. Ein ätiologisches Moment für den fehlerhaften Descensus ist nicht auffindbar.

*F. Hahn-Bremen.*

**Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel, von C. B. KRETLEY-London.** (*Lancet*, 22. Juli. 1905.) Verfasser berichtet über seine Erfahrungen bei 25 Fällen, welche er mit dieser Methode wegen Kryptorchismus erfolgreich behandelt hat. Diese Zahl umfaßt nur die Fälle, welche in der Zeit bis vor vier Jahren operiert wurden. Seine seitherigen Beobachtungen haben ihm aber nur eine Bestätigung seiner damaligen Ansichten gebracht. Bei allen war der Erfolg befriedigend. Abgesehen von der Bedeutung der Operation zur Erhaltung der normalen Entwicklung des Organs ist dieselbe durch die Beseitigung der ganz gewöhnlich gleichzeitig bestehenden Hernie von Wichtigkeit. Die einzelnen Phasen der Operation können hier nicht geschildert werden. Im ganzen ist der Vorgang der, daß auf den Leistenkanal eingegangen wird, und der freigelegte Hoden heruntergezogen wird; ferner wird eine Inzision am unteren Ende des Skrotums ausgeführt und eine entsprechende auf der Innenfläche des Oberschenkels. Alsdann wird der Hoden mit dem Skrotum am Oberschenkel befestigt. Nach der Verheilung bleiben die Teile meistens fünf Monate in dieser Lage, worauf dann das Skrotum wieder abgelöst wird und die Inzisionen verschlossen werden.

*Philippi-Bad-Salschürf.*

**Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen, von R. LEDERMANN-Berlin.** (*Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts.*) Eine kleine Reihe überaus gediegener Vorträge, in denen hauptsächlich die Hautkrankheiten des Skrotums und die blennorrhöischen und syphilitischen Hoden- und Nebenhodenerkrankungen behandelt werden; andere Erkrankungen sind nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Diagnostik eine gewisse Rolle spielen oder als Komplikation und Begleiterscheinung anderer, namentlich innerer Krankheiten, von Bedeutung sind. In dem Vortrag über die Erkrankungen der Skrotalhaut nimmt naturgemäß die Besprechung der Therapie einen großen Raum ein; namentlich für die Behandlung der verschiedenen Ekzemformen wird eine große Anzahl von Mitteln angegeben und je nach ihrer speziellen Brauchbarkeit und Wirksamkeit empfohlen. Die Erkrankungen des Hodens und Nebenhodens teilt L. mit KOCHER ein in eine trau-

matische, eine urethrale und eine metastatische Form; dazu kommt als vierte Gruppe die teils als idiopathische, teils als epidemische bezeichnete Form, deren Ursachen und Krankheitserreger noch nicht bekannt sind. Bei der Besprechung der Hoden- und Nebenhodenaffektionen urethralen Ursprungs erwähnt L., daß die sogenannte primäre, nicht spezifische Urethritis nach seinen Erfahrungen nicht nur zu Cystitis und Prostatitis, sondern auch zu typischer, ähnlich wie die blennorrhöische verlaufender Epididymitis führen kann. Ausführlich berichtet L. über die neueren Arbeiten über Pathogenese und pathologische Anatomie der blennorrhöischen Epididymitis und Orchitis; zur Therapie bemerkt er, daß er von der Eisbehandlung sehr oft außerordentlich günstige Wirkung ohne die vielfach befürchteten unangenehmen Folgen gesehen hat, dagegen fehlen ihm persönliche Erfahrungen über die Einreibungen von Ung. Crédé und die frühzeitigen Punktionen.

Die Vorträge L.s, die in knapper Form eine Fülle von Belehrung bieten, sind des großen Werkes, in dem sie Platz gefunden haben, durchaus würdig.

*Götz-München.*

**Die diagnostische Hodenpunktion**, von C. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.) Zur Entscheidung der Frage, ob im Hoden noch Spermatozoen produziert werden, kann man sich der diagnostischen Hodenpunktion mittels der Pravasspritze bedienen, was einen völlig gefahrlosen leichten Eingriff vorstellt und dann am Platze ist, wenn es sich um einen Aufschluß im Interesse des Kranken handelt. Natürlich muß man die oberflächlichen Venen vermeiden. Das Aspirationsprodukt ist gering. Die mikroskopische Untersuchung ergibt fast stets die Anwesenheit einiger roter Blutkörperchen, großer fetthaltiger Zellen, polynukleäre Leukocyten, undefinierbaren Detritus. Die Hauptsache ist, Spermatozoen zu finden. Bei 17 Fällen von früherer Epididymitis fand POSNER zehnmal Spermatozoen, sechsmal keine, bei einem waren sie zweifelhaft. Die Anwesenheit der Spermatozoen stand im geraden Verhältnis zur Dauer der Erkrankung. Anatomisch bestand keine Abweichung der Spermatozoen, die Fäden sind bewegungslos, nur in einem Falle zeigten sich massenhafte, lebhaft bewegliche Samenfäden. Die Untersuchungen zeigen, da  s jedenfalls noch jahrelang nach Abschluß der Samenwege die Produktion lebenskräftiger Spermatozoen fortauern kann, so da  s man die Fortsetzung therapeutischer Versuche empfehlen muſs, um nach Epididymitis mit Verschluf   der Samenwege wieder Zeugungsfähigkeit zu erreichen.

*Bernhard Schultze-Kiel.*

**Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges**, von JOHANN SAWADE. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1904.) Die Arbeit liefert eine Betrachtung der im Skrotum, in und am Hoden, Nebenhoden und Samenstrang mit seinen Hüllen vorkommenden serösen Cysten hinsichtlich ihres klinischen Interesses, ferner pathologisch-anatomische Bemerkungen und schließlich einen Bericht über einen besonderen Fall von selbständiger seröser Cyste des Samenstranges. Die Cyste war nach der Meinung des Verfassers bereits f  tal angelegt, hat sich aber erst in späteren Jahren infolge mechanischer Einwirkung weiter entwickelt.

*Frits Loeb-München.*

**Der ektopische Testikel**, von LANZ. (*Centrabl. f. Chir.* 1905. Nr. 16.) Als Normalverfahren empfiehlt Verfasser die Resektion zur Entfernung des atrophischen Hodens und Anschluß der Radikaloperation des begleitenden Leistenbruchs. In der ersten Lebensdekade r  t er, nicht zu operieren, sondern zu massieren, unter Ausstreichen des Leistenkanals mit allmählichem Herunterziehen des Testikels; in einigen Fällen wandte er mit gutem Erfolge eine eigne Operationsmethode an, die er als elastische Extensionsbehandlung des ektopischen Hodens bezeichnet. Der Leistenkanal wird gespalten, der Processus vaginalis vom Samenstrang gelöst und als Bruch-



sack behandelt; hierauf wird die Skrotalhälfte erweitert und am Grunde ein minimales Knopfloch durch Haut und Tunica dartos angelegt. Eine am untern Hodenpol befestigte Fadenschlinge wird hier durchgeleitet und befestigt. *F. Hahn-Bremen.*

**Ectopia testis, kompliziert durch Hydrocele, von KIRMISSON.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) Ausgehend von einem Fall von Retentio testis inguinalis mit Hydrocele zählt K. die verschiedenen Arten von Hodenektomie auf, schildert die Störungen und krankhaften Erscheinungen, die als Folge einer angeborenen Hodenverlagerung auftreten können, und beschreibt zum Schluss ganz kurz das Verfahren der Orchidopexie. *Göts-München.*

**Ein Fall von Ectopia testis, von E. O. THURSTON-Calcutta.** (*Lancet.* 4. Nov. 1905.) Bei dem fünfjährigen Hinduknaben fand man den rechten Hoden an der Basis des Penis liegend. Der Testikel ließ sich leicht verschieben, kehrte aber immer an diese Stelle zurück. Durch Operation wurde derselbe in normaler Weise im Skrotum befestigt. *Philippi-Bad Salschürf.*

**Zur Frage der Orchidopexie, von W. TOMASHEWSKY-Petersburg.** (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 21.) Verfasser hat sechs Fälle von Kryptorchismus mit gutem Erfolge nach LOHNHARDS Methode operiert. In der Nachbehandlung verfährt er insofern anders, als er die Fäden der unteren Wunde nicht mittels Heftpflaster an der Innenfläche des Oberschenkels befestigt, sondern sie mit einem langen Steigbügel verbindet, der um die entsprechende Schle geführt wird, wo er nach Belieben, ohne den Verband oder die Wunde zu berühren, fest oder locker gemacht werden kann. Becken und Bein kommen für mehrere Wochen, bis die Nähte der unteren Wunde von selbst durchschneiden, in einen festen Verband, bei dem das Bein in Abduktionsstellung gehalten wird. *A. Loewald-Kolmar.*

**Ein Hoden aus Paraffin, von J. CANTLIE-London.** (*Brit. Med. Journ.* 26. Aug. 1905.) Auf dringenden Wunsch eines 24jährigen Mannes mit einseitigem Kryptorchismus injizierte C. ein Quantum Paraffin ins Skrotum in einer solchen Weise, daß sowohl ein Testikel wie ein Samenstrang vorgetäuscht wurden. Bis jetzt war der Erfolg durchaus befriedigend. *Philippi-Bad Salschürf.*

**Orchitis rheumatica, von AUGUSTE REULOS.** (*Thèse de Paris.* Nr. 518. 1904.) Die rheumatische Orchitis ist eine seltene Affektion, die am besten von Natrium salicylicum beeinflusst wird. Meist kommt es in sehr kurzer Zeit bei dieser Behandlung zur Restitutio.

Der Arbeit liegen ausführlich mitgeteilte Fälle zugrunde.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Orchitis fibrosa, von MAX FRÄNKEL-Hamburg.** (Inaug.-Dissert. Kiel 1905.) Zu der Frage, ob die fibröse Orchitis charakteristisch für konstitutionelle Syphilis ist, haben sich erst in neuester Zeit eine Reihe von Forschern geäußert, und zwar meist in negierendem Sinn. Nach CHIARI handelt es sich bei vielen Fällen von fibröser Orchitis augenscheinlich um primäre Affektionen der Samenkanälchen. Letztere Tatsache, die Verfasser auch schon beobachtete, und die noch immer nicht sicher entschiedene Frage, ob fibröse Orchitis ein Zeichen für Syphilis sei oder nicht, veranlaßten ihn, eine Reihe von Testikeln zu untersuchen, welche fibröse indurative Veränderungen zeigten. Es kamen insgesamt 15 Fälle aus dem Jahre 1904 zur Untersuchung. Die mikroskopischen Präparate wurden nach den allgemein üblichen Methoden angefertigt. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin-Eosin, nach VAN GIESON oder mit polychromem Methylenblau gefärbt. Außerdem kamen zur Darstellung der elastischen Fasern die WEIGERTsche Methode und das saure Orcein nach UNNA-TAENZER in Anwendung, letzteres besonders in der von E. FRÄNKEL angegebenen Modifikation,

bei welcher die mit Orcein behandelten Präparate mit polychromem Methylenblau nachgefärbt wurden, oder in der anderen ebenfalls von E. FRÄNKEL angegebenen Zusammenstellung des Lithioncarmins und Orceins mit Pikro-Indigo-Karmin. Namentlich die letztgenannte Färbung gibt ausgezeichnete klare und vielseitige Übersichtsbilder, da bei ihr die verschiedenen Gewebsteile in vier verschiedenen Farben erscheinen, glatte Muskulatur gelb, Bindegewebe lichtgrün, elastische Fasern schwarzbraun, Kerne rot. Aus den beschriebenen Fällen ist zu ersehen, daß nur ein einziges Mal sich Syphilis in der Anamnese, desgleichen nur ein einziges Mal als Sektionsbefund fand. „Wenn trotzdem bei allen Präparaten sich derartige Veränderungen zeigen, wie sie von vielen Autoren als charakteristisch für Syphilis angesehen werden, so ist wohl schon allein durch die Zahl dieser Fälle, in denen jede anamnestische Angabe und jedes anatomische Merkmal für eine bestehende oder überstandene syphilitische Allgemeininfektion fehlt, der Beweis erbracht, daß die Syphilis nicht immer, auch nicht einmal in der Mehrzahl der Fälle die Ursache für eine interstitielle Orchitis sein kann.“

Dreimal findet sich in den beschriebenen Fällen die Angabe einer überstandenen Blennorrhoe. In den übrigen Fällen liegt die Annahme nahe, daß die Schädlichkeiten welche das Hodenparenchym trafen, auf dem Blutwege an die Hodenkanälchen herangeführt wurden. So verhält es sich mit den beiden Fällen von Lues und wahrscheinlich auch bei vielen Infektionskrankheiten. Bezüglich der Tuberkulose scheint es sich um Schädigungen des Hodenepithels durch das mit Stoffwechselprodukten, Toxinen der Tuberkelbasillen beladene Blut zu handeln. Dasselbe ist von den Toxinen anderer Bakterien zu vermuten, doch lassen sich bei akuten Infektionskrankheiten die Schädigungen auch auf direkte Einwirkung der Bakterien selbst zurückführen. Ebenso wie bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten muß von den malignen Tumoren eine Schädigung des Hodenepithels angenommen werden. Für eine letzte Klasse von Fällen schwieriger Orchitis ist der Einfluß des höheren Lebensalters einzig und allein verantwortlich zu machen.

Die Untersuchungen des Verfassers bestätigen die Annahme von CHIARI. Denn in den meisten Präparaten fanden sich vorwiegend, in manchen sogar ausschließlich Veränderungen der Hodenkanälchen. Wo sich reichlichere Bindegewebsentwicklung zeigt, läßt sich nie eine Beziehung zwischen interstitiellen und parenchymatösen Vorgängen feststellen. Die Untersuchungen zeigen ferner, daß von einem Vorherrschen der interstitiellen Veränderungen, welche erst sekundär eine Atrophie der Kanälchen hervorrufen sollen, wie VIRCHOW und ORTH es annahmen, in keinem einzigen Präparate etwas zu sehen war. Wichtig ist der Befund, daß die elastischen Fasern nicht, wie KAUFMANN meint, teilweise erhalten bleiben, sondern man findet sie alle an den obliterierten Kanälchen wieder. Über die Dauer des Krankheitsprozesses fehlt jedes Urteil. Subjektive Beschwerden wurden nur in einem einzigen Fall geklagt. Es handelt sich bei der fibrösen Orchitis nicht um Wucherung, Verbreiterung des interstitiellen Gewebes, sondern um primäre Vorgänge in den Samenkanälchen. Die Vermehrung des interstitiellen Gewebes spielt eine ganz untergeordnete Rolle.

*Fritz Loeb-München.*

**Carcinom des Hodens**, von A. G. R. FOULETTON-London. (*Lancet*. 28. Dez. 1905.) Verfasser berichtet ausführlich über den histologischen Befund an einem durch Operation gewonnenen Präparate. Das Objekt stammte von einem 58jährigen Fuhrmann, welcher etwa acht Monate vor der Aufnahme eine Schwellung im Hodensack bemerkt hatte. Kompliziert war die Affektion noch durch eine Hydrocele. F. demonstriert in ausführlicher Darlegung, daß es sich hierbei tatsächlich um Carcinom handelte, und nicht etwa um Sarkom. Letztere Affektion ist seiner Meinung nach

wahrscheinlich öfters diagnostiziert worden bei Hodentumoren, welche in Wirklichkeit carcinomatös gewesen sein dürften. Die Einzelheiten der sorgfältigen Arbeit entsiehen sich der Wiedergabe im Referate.

*Phléppi-Bad Salschürf.*

**Chirurgische Behandlung der Hoden-Nebenhodentuberkulose.** Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 19.) Die Abtragung eines tuberkulösen Hodens und Nebenhodens hat nicht immer den gewünschten Erfolg; es kann sich eine tuberkulöse Fistel, vom Vas deferens ausgehend, ausbilden, außerdem läßt die Operation die niemals fehlenden Veränderungen der Prostata und der Samenblasen unbeeinflusst und verhindert die Erkrankung des anderen Hodens durchaus nicht. Sie soll daher nur im Notfalle gemacht werden. In der letzten Zeit hat MAUCLAIRE, wie DUMESNIL in seiner *Thèse* (Paris 1905) mitteilt, eine mehr konservative Behandlung empfohlen; sie besteht darin, daß alle Bestandteile des Samenstrangs einzeln oder zusammen unterbunden und eventuell durchschnitten werden. Es soll dadurch Atrophie des Nebenhodens herbeigeführt werden; der Erfolg tritt in Fällen, in denen kein Eiter vorhanden ist, rascher ein als bei vereiterter Tuberkulose. Gangrän ist bei streng durchgeführter Asepsis nicht zu befürchten. Die einfache Operation bewirkt manchmal auch, daß die bestehenden tuberkulösen Veränderungen der Prostata und der Samenblasen sich zurückbilden.

*Göts-München.*

**Behandlung der Tuberkulose des Hodens. Kastration und Epididymektomie,** von PAUL RECLUS. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 29.) R. rät im allgemeinen zu konservativer Behandlung der Hodentuberkulose; er operiert nur, wenn Eiterung besteht, und begnügt sich mit der Epididymektomie, wenn der Nebenhoden allein ergriffen ist. Sowohl die Epididymektomie wie die Kastration macht er unter Lokalanästhesie (mit Stovain).

*Göts-München.*

**Beitrag zum Studium der galoppierenden Hodentuberkulose,** von E. A. J. A. JAVELLY. (*Thèse de Bordeaux.* 1904. Nr. 77.) Nach einem historischen einleitenden Überblick bespricht Verfasser die Ätiologie, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der galoppierenden Hodentuberkulose, um mit der Wiedergabe von zehn Krankheitsfällen seine Ausführungen zu schließen. Er empfiehlt frühzeitige Kastration.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Beitrag zur Histogenese der Nebenhodentuberkulose,** von KARL ERNST GROSCHOFF. (Inaug.-Dissert. Tübingen 1903.) Die Ergebnisse der Arbeit sprechen gegen die frühere Anschauung von der deszendierenden Tuberkulose.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Epididymektomie in der Therapie der Genitaltuberkulose,** von PAUL EMILE MATHÉY. (*Thèse de Nancy.* Nr. 21. 1904.) Nach einem historischen Überblick bespricht Verfasser Pathogenese, pathologische Anatomie, Symptomatologie, Entwicklung, Dauer und Diagnostik der Affektion. Das fünfte Kapitel ist der Besprechung der Therapie, die nicht zur Epididymektomie greift, gewidmet. In weiteren Kapiteln bespricht Verfasser die verschiedenen Methoden, Dauerresultate, Indikationen und Kontraindikationen der Epididymektomie, um im Anschluß daran über sieben Fälle zu berichten. Ein gutes Literaturverzeichnis ist der Arbeit beigegeben, die den Verfasser zu der Schlußfolgerung gebracht hat, man solle, wenn irgend möglich, sich in Fällen von Genitaltuberkulose der Epididymektomie bedienen.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein kasuistischer Beitrag zur Torsion des Leistenhodens,** von LUDWIG SAUERBREY. (Inaug.-Dissert. Jena 1904.) Aus seiner Beweisführung der physiologischen Drehung des Hodens wie des Ovariums beim Descensus zieht Verfasser folgende Schlüsse:

1. Der im Leistenkanal liegegebliebene Hoden erfährt, sobald er versucht, durch denselben hindurch- und in das Skrotum herabzutreten, eine selbsttätige Drehung, die durch eine entweder direkt von außen zu gleicher Zeit einwirkende Gewalt oder durch Muskelkontraktionen bei Anspannung der Bauchpresse so verstärkt werden kann, daß es zur Torsion des Samenstranges kommt.

2. Wirken die äußeren Faktoren nicht zugleich mit dem im Hoden selbst liegenden Faktor zusammen, so tritt keine Torsion ein, und die Versuche des Leistenhodens, den Descensus zu vollenden, verlaufen dann entweder ganz symptomlos oder nur unter ganz geringfügigen Schmerzen.

3. In dem später herabgestiegenen, noch freibeweglichen Skrotalhoden kann das in ihm liegende Bestreben, sich zu drehen, durch die sub 1. genannten Ursachen so stark wieder angeregt werden, daß die Samenstranggefäße dadurch vollständig zugekehrt werden.

4. Die Drehung des rechten Hodens ist stets eine linksspiralige, die des linken eine rechtsspiralige. Ein Fall von PAGE macht eine Ausnahme.

*Frits Loeb-München.*

**Klinischer und experimenteller Beitrag zur radikalen Behandlung der Varicocele nach der Methode von DURANTE, von SCHIFONE. (*R. Policlinico*. Nr. II. 1905.)** An der Hand von Experimenten an Tieren und gestützt auf seine Erfahrungen an Patienten erklärt der Verfasser, daß die Methode von DURANTE trotz aller gegenteiliger Behauptungen als die sicherste, erfolgreichste und rationalste zu betrachten ist. Dieselbe besteht bekanntlich in einer mehrfachen Unterbindung der ektatischen Venen, wobei jedoch darauf zu achten ist, daß die am wenigsten dilatierten Venen nicht mit in die Ligatur begriffen werden zur Vermeidung einer Atrophie resp. Nekrose des Hodens.

*C. Müller-Genf.*

**Ein Fall von Fehlen des Vas deferens und Samenbläschens der rechten Seite mit gut entwickeltem Hoden und vollkommener Samenbildung bei einem 25jährigen Mann, von PIETRO GUIZZI-Cagliari. (*Centralbl. f. allg. Path. und pathol. Anat.* 1905. Nr. 10.)** Bei einem 25jährigen Mann, welcher an croupöser Pneumonie gestorben war, fehlte das Vas deferens in seiner ganzen Länge vollständig, ebenso bestand keine Spur weder vom Samenbläschen, noch vom Ductus ejaculatorius. G. stellte fest, daß sich in diesem Falle die Hodenentwicklung trotz des Fehlens des Vas deferens regelmäßig vollzogen hatte, sowohl hinsichtlich des Auftretens des elastischen Gewebes und der Differenzierung der Kanälchenwand, wie auch hinsichtlich der samenbildenden Entwicklung des Samenepithels. Auch bestanden keinerlei Unterschiede zwischen der Seite, wo das Deferens vorhanden war und jener, wo es fehlte. Nur war beiderseitig die Spermatogenese nicht sehr rege, und die Prostata hatte im Einklang damit ihre volle Reife nicht erreicht. Vermutlich hängt das zusammen mit der nicht stattgefundenen Entwicklung eines WOLFFSchen Kanals, und es handelt sich somit wahrscheinlich um eine Entwicklungsstörung. An der Seite, wo das Deferens fehlte, hatte die Samenflüssigkeit das Rete testis, die Gefäßkegel und jene Strecke, welche vom Nebenhodenkanal noch existierte, etwas erweitert. Die Zerstörung von Spermatozoen, welche sich vorfand, zeigte ferner, daß dieselben zum größten Teil infolge ihrer direkten Auflösung und im übrigen Teil infolge von Phagocytose zustande kam. Die bei einigen Coni vasculosi wahrgenommenen Veränderungen, bestehend in Epithelverlust und entzündlicher Lymphocyteninfiltration, mußten von der Samenstauung abhängig sein und sind insofern für den Hoden von besonderer Bedeutung, als dieselben sich infolge des Fortbestehens der Ursache sich allmählich auf den ganzen Hoden erstrecken würden, indem sie zu einem Atrophie- und Sklerosezustand desselben geführt hätten.

*Putzler-Dansig.*

**Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Funiculus spermaticus, von ERNST BUFE.** (Inaug.-Dissert. Bonn 1904.) Im beschriebenen Fall ist interessant das ätiologische Moment des Übereinanderschlagens der Beine, auffallend das Fehlen jeden Ergusses im Cavum der Tunica vaginalis, bemerkenswert der Umstand, daß nach Beseitigung der Torsion anscheinend eine gewisse Zirkulation in dem abgeschnürt gewesenen Organe sich wieder herstellte. *Fritz Loeb-München.*

**Über residivierende Torsion des Funiculus spermaticus nebst einem Bericht über fünf Fälle, von J. W. DOWDEN-Edinburgh.** (*Brit. med. Journ.* 29. April 1905.) Die Ursachen dieser Erscheinung sieht D. (wie auch andere Autoren) in einer abnormen Abplattung des Samenstranges nebst abnormem Verlauf der Gefäße. Es besteht eine „intermesorchiale Trennung des Stranges“, indem die Hauptgefäße zwischen den visuralen Schichten der Tunica vaginalis nach dem Globus major hinziehen, während das Vas deferens auf der entgegengesetzten Seite nach dem Globus minor verläuft. Dabei findet man den Hoden in der Tunica vaginalis in einer ziemlich erheblichen Menge seröser Flüssigkeit (zirka einen Teelöffel voll) beweglich eingelagert. Die klinischen Erscheinungen sind plötzlich einsetzender, intensiver Schmerz, Schwindel, Übelkeit, Erbrechen und Bettlägerigkeit, begreifliche Folgen einer Drehung des Samenstranges, welche unter Umständen bis zu einer zweimaligen vollständigen Umdrehung des Hodens um seine Achse führen kann. Gelegentlich gleicht sich die Drehung unter Ruhe und Hochlagerung aus. Bei öfters eintretenden Rückfällen empfiehlt es sich aber, den Hoden frei zu legen und denselben unter mehr oder minder ausgedehnter Ablösung der Tunica vaginalis parietalis mit der inneren Scrotalwand zu verankern. Bei den fünf hier mitgeteilten Fällen brachte die Operation, soweit sich nachweisen ließ, dauernde Heilung. *Philippi-Bad Salschirf.*

**Über die Torsion des Samenstranges, von JOSEF BOGDANIK-Krakau.** (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 47—51.) B. schildert im Eingang seiner Arbeit ausführlich die Anatomie des Hodens und des Samenstranges und bespricht dann den Mechanismus der Torsion, wobei er folgende Tatsachen feststellt:

1. Daß ein verspäteter Descensus testiculi das Zustandekommen der Torsion begünstigt.
2. Die unmittelbare Ursache der Torsion kann ein Trauma, Sprung, Fall, Heben von Lasten, die Bauchpresse sein.
3. Das klinische Bild der Torsion tritt gewöhnlich unter den Erscheinungen eines eingeklemmten Bruches auf.
4. Folgen der Torsion sind Hyperämie mit nachfolgender Nekrose oder Atrophie des Hodens.

B. läßt dann 50 Krankengeschichten folgen und stellt fest, daß die Torsion in jedem Alter auftreten kann, denn der jüngste Patient war ein neugeborenes Kind, der älteste ein 70jähriger Greis. Die größte Ziffer weist das zweite Jahrzehnt auf; zwischen dem 5. und 18. Lebensjahre ist kein Kranker verzeichnet, dafür vom 13. bis zum 30. Jahre 34 Fälle, am häufigsten ist daher die Torsion in der Blüte der geschlechtlichen Entwicklung. Fast gleichmäßig ist die rechte wie die linke Seite befallen; in vier Fällen war der Samenstrang in zwei Bündel geteilt, von denen das eine den Samenleiter, das andere die Gefäßgruppe enthielt. Die Prognose bei der Torsion des Samenstranges ist gut, was das Leben anbelangt, die Genesung beträgt 100%. Schlecht ist sie in bezug auf den Hoden, den Verlust des Gesamthodens beklagen 39 Patienten (78%); bei anderen sind Teile des Hodens verloren gegangen, oder es ist Atrophie eingetreten. Am Schlusse zieht B. folgende therapeutische Schlüsse:

1. Torsion des Samenstranges erheischt eine sofortige chirurgische Intervention;

die Anwendung von Antiphlogose verschlimmert wegen Zeitvergeudung die Aussicht auf Erhaltung des Hodens.

2. Wenn sich der Hoden im Hodensack befindet und kaum einige Stunden seit dem Auftreten des Anfalls verstrichen sind, kann eine subcutane Detorsion in der Richtung von innen nach außen versucht werden (beim rechten Hoden nach rechts, beim linken nach links).

3. Ist die subcutane Detorsion erfolglos, so muß sofort operiert werden. Schnitt wie beim eingeklemmten Leistenbruch; nach Eröffnung der Tunica vaginalis entleert sich eine blutig-seröse Flüssigkeit, mitunter Blutgerinnsel, und es zeigt sich eine Geschwulst, welche einer gangränösen Darmschlinge ähnlich, bei genauerer Betrachtung als der Hoden erkannt wird. In den ersten 24 Stunden nach dem Anfall kann der Samenstrang zurückgedreht eventuell angeheftet werden.

4. Nach dem Verlauf von 24 Stunden ist die Kastration zu empfehlen. Ist eine ausgesprochene Nekrose nicht vorhanden und nimmt der Hoden nach der Detorsion eine hellere Farbe an, so ist die Belassung des Hodens, auch wenn eine Atrophie eintreten sollte, geboten aus Trostgründen.

5. Etwa vorgefundenes Netz ist zu resezierien.

6. Der offene Scheidenfortsatz ist gegen die Bauchhöhle zu schließen.

*Putzler-Danzig.*

**Ein Fall von Haematocoele des Funiculus spermaticus,** von W. D. HARTLEY. London. (*Lancet*. 6. Jan. 1906.) Ein 20jähriger Jüngling wurde beim Kricketspiel von dem Balle mit einiger Vehemenz gerade über dem Os pubis getroffen. Erst nach etwa einer Stunde traten lebhaftere Schmerzen auf, und im Anschluß daran entwickelte sich an dieser Stelle eine Anschwellung, welche aber bald verging. Dagegen trat alsbald eine ziemlich erhebliche wurstförmige Verdickung am linken Funiculus spermaticus bis zum Hoden hinabreichend hervor, offenbar eine Haematocoele.

*Philippi-Bad Salschlörf.*

**Zur physiologisch-mechanischen Therapie der Spermatorrhoe,** von E. TERREMPSON-Dorpat. (*St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) „Als Exkret des menschlichen Organismus hat das Sperma in der Physiologie sein Recht verloren.“ Das „moralische Recht der Ausscheidung“ hat es nur bei bewußtem oder unbewußtem Impulse (Nachtpollution) zur Kohabitation. Verfasser hält es demgegenüber für durchaus wahrscheinlich, daß es auch eine physiologische Form der Spermatorrhoe gibt. Was die pathologischen Formen der Spermatorrhoe betrifft (Verfasser unterscheidet außer der Miktions- und Defäkationsspermatorrhoe noch eine Erektionsspermatorrhoe, die nach starken, ungelösten Erektionen zustande kommt), so ist vor allem die Beseitigung etwaiger entzündlicher Zustände im prostatichen Teil notwendig. Ferner ist die Darmtätigkeit zu berücksichtigen, es sind hyperämische Zustände der Prostata und der Samenausführungsgänge zu vermeiden und es ist nach Möglichkeit die Bauchpresse auszuschalten. Verfasser empfiehlt also seinen Patienten, den Stuhl auf den Abend zu verlegen, die Hockstellung zu vermeiden, und bei der Defäkation frei zu atmen und die Gedanken auf den Anus zu konzentrieren, um eine reflektorische Reizung des Ejakulationszentrums zu verhüten.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Zur Untersuchung menschlicher Samenflecke für gerichtliche Zwecke,** von WEDERHAKE-Elberfeld. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Angabe eines Färbeverfahrens für Spermatozoen: der auf Sperma verdächtige Fleck wird mit Brunnenwasser oder Kochsalzlösung abgelöst, das Gelöste mittels Zentrifuge sedimentiert. Abgießen der über dem Sediment befindlichen Flüssigkeit bis auf 1 ccm, Zusetzen eines Tropfens Jodtinktur, Durchschütteln, Hinzufügen von 1 ccm einer konzentrierten Croceïn-Scharlachlösung (in 70%igem Spiritus), wiederholtes Durch-

schütteln; Auffüllung des Zentrifugenröhrchens mit Wasser, nochmaliges Zentrifugieren. Das Sediment ist zur Untersuchung fertig. Die Spermatozoenköpfe sind intensiv rot gefärbt.

*A. Loewald-Kotmar.*

**Über die Ätiologie der Spermatoceleen, von FRANZ KREBS.** (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg. 1903.) Bericht über 15 Fälle. Es standen:

im Alter von	30 Jahren und früher	4 Fälle,
" " "	30—40	" " " 2 "
" " "	40—50	" " " 3 "
" " "	50—60	" " " 3 "
" " "	60—70	" " " 3 "

In 10 Fällen safs die Geschwulst rechts, in 4 Fällen links; einmal war sie doppelseitig. Die Gröfse variierte zwischen „Kleinbirngröfse“ und „Kindskopfgröfse“.

Nach der Ätiologie gruppieren sich die 15 Fälle folgendermaßen:

Unbekannte Ursache.....	in 6 Fällen,
Trauma .....	" 8 "
Epididymitis blennorrhoeica(?)	" 1 Falle.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane, von O. TEUTSCHLAENDER-Zürich.** (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose.* Bd. III. Heft 4.) (Fortsetzung.) Bei dem ihm zur Verfügung stehenden Material von 57 Fällen fand T. chronische Tuberkulose in folgenden Verhältnissen: an den Nieren 44 mal, an der Harnblase 35 mal, an den Samenbläschen 31 mal, der Prostata 26 mal und den Hoden (Nebenhoden) 24 mal. Die Frage, wie diese relativ sehr große Beteiligung der Samenblasen zu erklären ist, läfst sich nicht ganz leicht beantworten. Eine Infektion von außen nach innen aufsteigend, wie dies von anderer Seite verfochten ist, nach Analogie der Blennorrhoe, weist T. als unbegründet zurück. Die wenigen Fälle von Penisinfektion durch Kohabitation mit einem an Genitaltuberkulose leidenden Weibe sind zu spärlich beobachtet, um die hohe Ziffer von 72% seiner Fälle zu erklären. Auch sieht man gar zu häufig Genitaltuberkulose schon im Kindesalter und bei jugendlichen Personen, welche niemals kointiert haben, auftreten. Nach allem, was Verfasser aus der ausführlich besprochenen Literatur und seinen eigenen Beobachtungen entnehmen konnte, entsteht die Samenblasentuberkulose durch Inokulation von im Blute kreisenden Bazillen, entweder direkt, auf rein hämatogenem Wege, oder direkt, nachdem die Bazillen aus der Blutbahn in das Lumen eines Organes des Urogenitaltraktes ausgeschieden wurden, oder indem sie von einem anderen Urogenitalherd in die Samenblasen gelangten.

*Philippi-Bad Salschlörf.*

#### d. Prostata.

**Beiträge zur Kenntnis des mikroskopischen Baues der menschlichen Prostata, von OSKAR WESKI.** (Inaug.-Dissert. Greifswald 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Notiz zur Reaktion des normalen Prostatasekrets, von FRANK SCHULTZ-Bern.** (*Wien. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 43.) Das alkalische Prostatasekret war als hauptsächlichste Folgeerscheinung chronischer Katarrhe der Prostata und des hinteren Teiles der Harnröhre hingestellt und sogar von FINGER für die Nekropermie und damit für die *Potentia generandi* chronischer Prostatiker verantwortlich gemacht worden. Aber die alkalische Reaktion findet sich doch auch bei solchen Fällen, in denen nur wenig Eiterkörperchen nachzuweisen waren.

SCHULTZ hat nun 15 Fälle von klinischen Patienten mit gesunden Urogenitalorganen untersucht und 1 mal amphotere, 5 mal amphotere Reaktion mit Neigung zu

alkalischer und 9 mal rein alkalische Reaktion gesehen, indem er am Orificium externum mit „Centotest“-Lakmuspapier die Reaktion des Prostatasekrets prüfte.

Die alkalische Reaktion war zu konstatieren, gleichviel ob die Expression der Prostata stattfand gleich nach dem Urinieren oder später; da also das Prostatasekret sehr häufig schon normalerweise alkalisch reagiert, so kann die Beimengung von Eiter mit Prostatasekret keine weitere Folgerung zulassen.

Alkalische Reaktion des Prostatasekretes an sich, am Orificium externum konstatiert, kann also auch für die Beurteilung der Lebens- bzw. Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen und damit für die der Potentia generandi keinen Maßstab abgeben.

Damit soll nun nicht gerade die Möglichkeit geleugnet werden, daß pathologische Änderungen der Reaktion eine Bedeutung haben können; um das festzustellen, müßte man eine Reihe normaler mit einer Reihe katarrhalischer Sekrete in bezug auf den Grad der Alkaleszenz durch Titration vergleichen.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Prostata und Trauma**, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 31 u. 32.) Über die Wechselbeziehungen, welche zwischen Traumen und Erkrankungen der Prostata herrschen, ist so gut wie nichts bekannt, denn die Prostata ist relativ geschützt und gilt daher vor direkten Insulten einigermaßen gesichert. Das schließt aber nicht aus, sagt H. LOHNSTEIN, daß die Prostata hier und da doch mitteilnimmt an den Folgeerscheinungen, welche sich im Anschluß an Traumen ihrer Umgebung entwickeln, ohne daß sie ursprünglich selbst vom Trauma betroffen wurde.

Sogar von idiopathischen Prostatasabscessen ist berichtet worden (SCHLOTH, SÖHNGEN, TUFFIER, BERG).

Um so leichter verständlich ist es, daß die Prostata gelegentlich erkranken kann, wenn Organe, mit denen sie mehr oder weniger innige Beziehungen unterhält, von einem Trauma befallen werden, auch wenn sie selbst hiervon scheinbar nicht betroffen worden ist.

Die Gewalteinwirkung ist denkbar vom Damme aus oder bei gegen das Becken gerichteten Kompressionsgewalten in sagittaler Richtung; über erstere Verletzungsart der Prostata liegen allenfalls einige Mitteilungen (OBERLÄNDER) vor, aber über die Kontusionsverletzungen bei Beckenkompression ist vor LOHNSTEIN noch nicht berichtet.

Daher gibt LOHNSTEIN die Krankengeschichte von zwei Fällen wieder, wo durch indirekte Gewalteinwirkung (Pufferquetschung des Beckens) eine Quetschung und konsekutive Blutsuffusion der hinter der Symphyse gelegenen Gewebsteile eintrat. Letztere, die Ligamenta pubo-prostatica und die ihr benachbarten, im wesentlichen muskulösen Abschnitte der Prostata geraten infolgedessen in einen Zustand reaktiver, entzündlicher Schwellung. In dem zweiten indirekt eintretenden Falle der Prostatasentzündung war die Gewalteinwirkung nicht einmal gegen die Umgebung der Prostata gerichtet gewesen. Man kann mit LOHNSTEIN das Zustandekommen der Prostatitis nur so erklären, daß man annimmt, durch die seitliche Zusammenpressung des Beckens seien die beiden absteigenden Äste der Ossa pubis gegeneinandergedrückt und so die Ligamenta pubo-prostatica gequetscht worden. Infolgedessen, so ist anzunehmen, kam es zu einer reaktiven Schwellung des periprostaticischen Gewebes mit sekundärer Beteiligung des Prostatagewebes selbst.

Andererseits berichtet L. über drei Beobachtungen, wo Prostatitis nach Insulten der Dammgegend auftrat. In einem Falle kam es infolge von Infektion von der Harnröhre aus zur Abziedierung und nach Entleerung des Eiters zu schneller Heilung, in einem anderen Falle kam es infolge der Quetschung der Pars posterior und der um-



gebenden Weichteile zu einer ausgedehnten Narbenbildung der Schleimhautoberfläche. Die Folge davon war Obliteration der Ductus ejaculatorii, Atrophie der Prostata und Neurasthenia sexualis, kurz zu einem Symptomenkomplex, wie er nach Blennorrhoe häufig sich ergibt, nur daß hier die Ursache der Entzündung eine andere war. Hier trat völlige Impotenz ein, die sich auch nicht wieder heben ließ. Im dritten hierher gehörigen Falle wurde eine oberflächliche Quetschung in der Dammgegend und doppel-seitige Hodenschwellung konstatiert, der rechte Prostatalappen erwies sich als deutlich verkleinert. Hier brachte eine systematische Massagebehandlung der Prostata, verbunden mit Faradisation der Lenden- und Oberschenkelgegend der rechten Seite die Wiederherstellung der anfangs zunächst sehr herabgesetzten Potenz wieder. Die Atrophie der Prostata, sekundär im zweiten Falle sich anschließend, hatte das völlige Ausbleiben der Potenz in diesem Falle zur Folge, wie dies auch ENGLISCH schon betont.

Sonst ist auch hier die Prognose der traumatischen Prostatitis nicht ungünstig und die Behandlung entsprechend der sonst üblichen. *Arthur Bahn-Berlin.*

**Beitrag zur Chirurgie der Prostata**, von R. BARBER-Chicago. (*New York med. Journ.* 16. Dez. 1905.) In erster Linie verwirft B. die Anwendung des Katheters von Seite der Patienten das von manchen Seiten so sehr gerühmte „Katheterleben“, und rät, möglichst bald, ehe Komplikationen von Seite der Blase usw. auftreten, die Entfernung der Drüse vorzunehmen. Sein operatives Verfahren besteht in kurzem darin, nach Einführung eines ausgehöhlten Metallkatheters in die Blase einen Einschnitt in Form eines umgekehrten U in das Perineum zu machen, die Arteriae pudentae internae seitwärts zu ziehen — wodurch die Blutung auf ein Minimum beschränkt wird — den Sphinkter ani externus nahe der zentralen Sehne einzuschneiden, dessen Fasern zurückzuschlagen und dann auf die Pars membranacea, welche durch den Katheter in das Schfeld gebracht wird, zu insidieren; letzterer wird nun zurückgezogen und der Prostata-Attraktor eingeführt, die Prostata vermittels zweier seitlicher, halbmondförmiger Einschnitte freigelegt und mit einem stumpfen Messer die Kapsel so weit von der Drüse abgehoben, um dieselbe mit dem Finger auszuschälen; zur Trennung von etwa vorhandenen Verwachungen dient ein speziell zu diesem Zwecke von B. angegebenes (ebenso wie der Prostata-Attraktor) Instrument. Beide Instrumente sowie die einzelnen Phasen der Operation sind in einer Anzahl Zeichnungen veranschaulicht. Die Nachbehandlung erfordert außer Drainage und Verband der Wunde Einführung eines weiten Katheters, durch welchen die Blase ausszuwaschen, und welcher täglich zu wechseln ist; Bettruhe bis zum vierten Tag, wo der Patient für kurze Zeit aufstehen soll. Nach drei Wochen kann er gewöhnlich entlassen werden. B. hat nun 30 Fälle nach dieser Methode behandelt und dabei nur einen Patienten verloren, welcher, 78 Jahr alt, sechs Jahre lang mit dem Katheter gelebt und schon vor der Operation septische Erscheinungen gezeigt hatte. Die häufig aufgeworfene Frage, wie sich die Zeugungsfähigkeit des Mannes nach der Operation verhält, beantwortet Verfasser, daß zwar Erektionen, Kohabitationsfähigkeit und Ejakulationen noch vorhanden sein können, aber in keinem Falle eine Kindererzeugung noch stattgefunden hat und man auch bei der Art der Operation kaum jemals damit rechnen dürfe. *Stern-München.*

**Ein neuer Prostata-Attraktor**, von M. B. BARBER-Chicago. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 17. Juni 1905.) Beschreibung und Abbildung des Instruments, das vor anderen Prostata-Attraktoren den Vorzug der leichten Anwendbarkeit und Gefährlosigkeit haben soll. *A. Loewald-Kolmar.*

**Über die Orchitis der Prostatiker (Pathologische Anatomie)**, von M. FORGEOR. (*Thèse de Paris.* Nr. 497. 1904.) Die Arbeit bringt nichts Neues. *Fritz Loeb-München.*

**Über bösartige Neubildungen der Vorsteherdrüse**, von MARTIN RIEDL. (Inaug.-Dissert. München. 1903.) Verfasser berichtet über zehn Fälle, die innerhalb der Jahre 1898—1903 im Münchener pathologischen Institut zur Untersuchung kamen. Es befinden sich darunter sieben Carcinome und drei Sarkome. Drei Fälle werden eingehend geschildert.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Cystadenom der Prostata**, von FRIEDRICH TOPHOVEN. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1902.)

**Tuberkulose der Prostata**, von T. R. CROWDER-Chicago. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Juni 1905.) Es werden folgende zwei Fälle mitgeteilt: I. Ein 32jähriger Verkäufer, Alkoholiker, welcher zweimal akute Blennorrhoe durchgemacht hatte, kam mit Fieber, Erbrechen, Husten, großer Hinfälligkeit, Atemnot und häufigem schmerzhaften Urindrang zur Aufnahme. Die Diagnose lautete auf Tuberkulose der Lungen und Genitalorgane. Die Prostata war etwas vergrößert und druckempfindlich. Das auf Massieren entleerte Sekret derselben enthielt viele Streptokokken, einige Bazillen und wenige Gonokokken. Eine Tuberkulininjektion ergab ein positives Resultat. Patient starb nach etwa zehnwöchigem Krankenlager. Die Autopsie ergab: käsige Tuberkulose der Prostata, der Blase, rechten Niere, Samenbläschen, Nebenhoden, der an der Aorta liegenden Lymphdrüsen und der linken Lunge; akute Miliartuberkulose der Lungen, Milz und Leber, chronische parenchymatöse Nephritis und verschiedene minder bedeutende Abnormitäten. Die Prostata war in eine Anhäufung von eiterhaltigen, kommunizierenden Cysten verwandelt, mit geringen Überresten von Drüsenschläuchen und größeren Ansammlungen von älterem Bindegewebe, welches verkäste nekrotische Herde, zum Teil mit Verkalkungen im Zentrum, enthielt.

Fall II, ein 56jähriger russischer Arbeiter war nur zwei Tage unter Beobachtung. Die Autopsie ergab ebenfalls tuberkulöse Verkäsung der Prostata und ausgedehnte Tuberkulose in verschiedenen Stadien an den wichtigsten Organen. In beiden Fällen deutete der weit vorgeschrittene Zustand des Leidens an der Prostata darauf hin, daß an diesem Organ der erste Sitz der Affektion zu suchen war. — Die einschlägige Literatur ist ausführlich besprochen.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Das Sarkom der Prostata**, von GUYON. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 37.) Das Sarkom der Prostata ist eine seltene Affektion; bisher sind nur 40 Fälle beobachtet worden, und davon wurden nur 27 mikroskopisch untersucht. Die Krankheit kommt in jedem Lebensalter vor; mit Vorliebe befällt sie Kinder und jugendliche Individuen, bei denen dann gewöhnlich sehr heftige Blasenstörungen vorhanden sind. Bei älteren Leuten dagegen ruft ein Prostatasarkom besonders hartnäckige Verstopfung hervor, während bei ihnen Erscheinungen von Seite der Blase, insbesondere Harnretention, häufig fehlen. Da das Bild des Prostatasarkomes oft von hereditär-syphilitischen Erkrankungen der Prostata vorgetäuscht wird, empfiehlt es sich, in allen derartigen Fällen eine intensive Quecksilberkur einzuleiten. Das ist um so mehr zu empfehlen, als chirurgische Eingriffe bei Prostatasarkomen regelmäÙig versagen.

*Göts-München.*

**Beitrag zum Studium der Prostatasteine**, von VICTOR DELAUNAY. (*Thèse de Paris.* Nr. 307. 1904.) Die Prostatasteine gehören entweder der Urethra prostatica oder der Prostata selbst an. Letztere sind viel seltener. Therapeutisch kommt nur der chirurgische Eingriff in Betracht. In den meisten Fällen ist auf perinealem Wege vorzugehen.

*Fritz Loeb-München.*

**Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis**, von C. POSNER-Berlin. (*Amer. Journ. of Urology*). Bereits nach einem Aufsatz gleichen Inhalts in der *Dtsch. med. Wochenschr.* referiert.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Die Prostatahypertrophie.** (Neuere Anschauungen über ihre Ätiologie und Behandlung), von O. MANKIEWICZ-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. I. Jahrg. Nr. 8.) Nach anatomischen Bemerkungen über die Lageverhältnisse der Prostata gibt Verfasser eine Übersicht über die in der Literatur angegebenen Ursachen der Prostatahypertrophie. Unter diesen ist seiner Meinung nach den chronischen Entzündungsprozessen der Drüse eine große Bedeutung für das spätere Zustandekommen der Hypertrophie beizumessen. Übergehend zu der Therapie, werden die einzelnen Behandlungsmethoden, von der palliativen Methode bis zur Prostatektomie kurz besprochen.

*Heinrich Rausch-Darmstadt.*

**Prostatahypertrophie und Diabetes,** von C. POSNER-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 8. November 1905 bemerkt POSNER, daß schon oft darauf aufmerksam gemacht sei, daß mitunter nach Verschwinden des Zuckers aus dem Harn, Polyurie fortbestehen könne, was verschieden erklärt worden ist. P. weist darauf hin, daß von dieser postdiabetischen Polyurie mehrfach gerade ältere Männer betroffen wurden, so daß man an eine Prostatahypertrophie denken muß. Solche Fälle beobachtete P. selbst. Er fordert, daß man einerseits bei älteren Diabetikern über die Harnanalyse nicht die Untersuchung der Harnorgane vernachlässigen soll und andererseits bei jeder Harnkrankheit die Zuckeruntersuchung vornehmen muß. Jedenfalls besteht nicht selten eine Doppelerkrankung von Diabetes und Prostatahypertrophie, was ja betreffs der Therapie von Wichtigkeit ist.

In der Diskussion bestätigt SENATOR die Ausführungen POSNERS.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Therapie der Prostatahypertrophie,** von F. M. OBERLÄNDER-Dresden. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* 1905, Nr. 29.) In einem klinischen Vortrag bespricht Verfasser die Symptome der Prostatahypertrophie in ihren verschiedenen Stadien und die Therapie. Im ersten Stadium der periodisch erschwerten Miktion und Abnahme der Blasenkraft ohne eigentliche Harnverhaltung, sind milde Abführmittel, Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr, Behandlung der Pars prostatica urethrae durch Einlegen von Schrotbougies oder Dilatatorien und durch endourethrale Waschungen, sowie Prostatamassage und Sitzbäder angezeigt. Von rektaler medikamentöser Behandlung ist nicht viel zu erwarten. In den späteren Stadien der inkompletten und kompletten Harnverhaltung steht Verfasser auf durchaus konservativem Standpunkt. Ausgiebige Anwendung des Katheters und Blasenspülungen mittels einer 80—100 g fassenden Spritze sind das wichtigste in der Behandlung der Prostatiker. Beides muß der Patient selbst ausführen lernen. Bei richtiger Anwendung dieser Therapie wird die absolute Notwendigkeit chirurgischer Eingriffe nur sehr selten an den behandelnden Arzt herantreten.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Moderne Behandlung der Prostatahypertrophie,** von HILDEBRAND-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 86.) H. bespricht die bekannten Methoden, Kastration, Thermokauterisation BOTTINI, Exstirpation der Prostata durch Sectio alta und stellt Fälle von erfolgreich von ihm Operierten vor. Bei jüngeren Leuten empfiehlt sich die Exstirpation von der Sectio alta aus, bei alten oder schwachen entweder nur Katheterismus oder Kastration. In der Diskussion betont KRAUSE, daß öfter bei jungen Leuten nach Exstirpation der Prostata Ausfallserscheinungen auftreten, z. B. auch eine Störung des Herzens. HILDEBRAND betont, daß er meist Teile der Prostata zurücklasse, und daß er nie solche Störungen gesehen habe.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie,** von HENRICH MOHR-Bielefeld. (*D. medis. Woche.* 1905. Nr. 30 und 31.) M. schildert die gebräuchlichsten Methoden der Operationen bei Prostatahypertrophie ausführlich, die teilweise Entfernung der Prostata, die Kastration, Resektion der Vasa deferentia, die BOTTINISCHE Operation, die perineale Prostataktomie, die transvesikale, suprapubische Prostataktomie. Er ist der Ansicht, daß alle indirekten Operationen unsicher im Erfolg sind, die BOTTINISCHE Operation gibt gute Resultate in der Hand einzelner besonders Erfahrenen, dagegen zweifelhafte in der allgemeinen chirurgischen Praxis. Die Prostataktomie als die am meisten typische Operation bringt in der großen Mehrzahl der Fälle Heilungen oder Besserungen, wenn sie unter günstigen Umständen vorgenommen werden kann.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Indikationen und Kontraindikationen Bad-Gasteins bei Prostatahypertrophie,** von ALTMANN-Gastein. (*Wien. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 18.) Die Wirkung der Gasteiner Kur auf die Prostatahypertrophie erklärt sich aus einer glücklichen Kombination verschiedener Heilfaktoren, so namentlich aus dem Höhenklima, dem elektrischen Potentialgefälle der Atmosphäre (?), der elektrodynamischen Eigenart der Thermen und der Radioemanation der Thermalwässer. Es findet eine auffallend günstige Beeinflussung der nutritiven Verhältnisse des Prostataparenchyms sowie eine rasche Dekongestionierung desselben statt. Verfasser stellt die Indikation 1. nach der Lokalisation, 2. nach dem anatomisch-histologischen Charakter, 3. nach den klinischen Stadien im Verlaufe der Prostatahypertrophie. Ad 1 sind die Resultate am günstigsten bei Hypertrophie eines oder beider Seitenlappen, weniger günstig, wenn auch der Mittellappen mit-ergriffen ist, da es hier bekanntlich zu mechanischen Störungen in der Miktion kommt. Ad 2 unterscheidet Verfasser eine harte und weiche Prostata, je nachdem die Hypertrophie eine fibromuskuläre oder adenoide ist. Bei der harten Form kann ein günstiges Resultat erzielt werden, solange es noch nicht zu scirrhösen, steinharten, durch Schwund des Drüsengewebes atrophischen Veränderungen des Parenchyms gekommen ist. Bei der adenoiden oder glandulären Form der Hypertrophie sind die Erfolge noch eklatanter, da es sich hier nicht um eine Hyperplasie, sondern um eine passive Dilatation und Vergrößerung der Drüsenschläuche handelt. Hier bewirken die Thermen eine Kräftigung und Hebung des Tonus der Tubuli und der kontraktilen Elemente und so eine Abschwellung der Prostata. Auch bei Prostataneurosen und Prostatitiden hat Verfasser günstige Erfahrungen gemacht. Ad 3 sind die weichen Hypertrophien im sog. ersten Stadium, selbst wenn sie schon mit nächtlichem Harn-drang, mit reflektorischen Schmerzen und Parästhesien der Glans und Pars prostatica verbunden sind, für die Kur in Gastein sehr geeignet. Auch im zweiten Stadium, dem der chronischen Harnretention, bei dem es zu einer Dehnung und Erlahmung der Blasenmuskulatur kommt, vermögen die Thermen noch viel zu leisten, indem der Tonus und die Kontraktibilität der Muskulatur entschieden gekräftigt werden. Die spontanen Miktionen werden ausgiebiger, die Menge des Residualharns geringer, das Allgemeinbefinden besser. Aber auch bei anatomischen Veränderungen der Blase (Trabekel-, Divertikelbildung), bei schwerer prostatitischer Cystitis, ja selbst im dritten Stadium der Hypertrophie kann Gastein durch Stärkung und Entgiftung des Gesamtorganismus, durch Hebung des Stoffwechsels noch wesentlich zur Verlängerung des Lebens beitragen. — Als Kontraindikationen bezeichnet Verfasser 1. den Status septicus prostatitis, d. h. Infektion durch Urämie, Prostataverletzungen, Katheterismus. 2. Profuse Blutungen aus den oberen Harnwegen. 3. Prostatahypertrophie kompliziert mit Schrumpfnieren. 4. „Regorgement“, d. i. Überlaufen der gedehnten Blase; hier können die Thermen erst nach zweckmäßiger urologischer Behandlung etwas aus-

richten. 5. Komplikation mit Neoplasmen und Konkrementen, die vor dem Gebrauch der Thermen zu entfernen sind.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen**, von L. MOSZKOWICZ u. R. STREGMANN-Wien-Döbling. (*Munch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Von der Erwägung ausgehend, daß die Röntgenstrahlen bei ihrer stark elektiven Wirkung auf epitheliale Gewebe wohl auch die hypertrophische Prostata in günstigem Sinne beeinflussen müssen, haben die Verfasser bei sechs Prostatikern Röntgenbestrahlungen vorgenommen. Sie benutzten dazu ein KELLYsches, etwa 9 cm langes Protoskop und GUNDELACHSche Röhren; der Abstand des Röhrenfokus von der äußeren Öffnung des Protoskops betrug 40 cm, die Expositionszeit durchschnittlich 15 Minuten. Bestrahlt wurde in jedem Falle zwei-, höchstens dreimal in 2—3 wöchentlichen Zwischenräumen. Der Erfolg war ein sehr ermutigender: in allen sechs Fällen wurde die Prostata sehr rasch wesentlich kleiner, während die von den Strahlen auf dem Wege zur Prostata passierte Rektalschleimhaut keine wahrnehmbaren Veränderungen zeigte. Mit der Verkleinerung der Prostata stellte sich bei fünf von den sechs Kranken eine wesentliche Besserung der Blasenfunktion ein; die in zwei Fällen bestehende komplette Retention verschwand rasch und vollständig, bei einem Kranken mit Ischuria paradoxa stellte sich die Kontinenz wieder her, wenn auch eine inkomplette Retention bestehen blieb, und bei den anderen beiden Patienten wurde eine seit langem bestehende inkomplette Retention nach den Bestrahlungen wesentlich geringer. Der funktionelle Mißerfolg in einem der sechs Fälle war vielleicht die Folge einer früheren galvanokaustischen Behandlung, welche derbe Narbenzüge im Prostataeil der Urethra hinterlassen hat. Bei fast allen Patienten bewirkte die Bestrahlung Beschwerden, namentlich vermehrten Harndrang und Gefühl von Schwere und Völle im Perineum; bei einigen Kranken schien eine bestehende Cystitis nach der Bestrahlung vorübergehend schlimmer zu werden, ein Patient bekam eine kurzdauernde Epididymitis. Die in drei Fällen auftretenden stenokardischen Anfälle waren wohl kaum Folge der Bestrahlung. — Die starke Reaktion der hypertrophischen Prostata auf die Bestrahlung mit Röntgenstrahlen hat ihren Grund einmal in der Empfindlichkeit der Prostata-drüsenzellen überhaupt, außerdem aber wohl auch in dem Gehalt der Prostata von Lecithin, das bei den chemischen Vorgängen, welche die Einwirkung des Radiums und der Röntgenstrahlen in den Körpergeweben begleiten, eine wichtige, wenn auch noch nicht völlig klargestellte Rolle spielt. Die erzielten Erfolge und die Gefahrllosigkeit des Verfahrens rechtfertigen nach Ansicht der Verfasser seine ausgedehnte Anwendung. Intensive Bestrahlung ist bei der Verschiedenheit der Reaktion jedenfalls zu widerraten; dagegen gelingt es vielleicht, durch häufigere, kürzere Bestrahlungen die Beschwerden zu mindern oder ganz zu vermeiden.

*Götz-München.*

**Die Behandlung der Prostatahypertrophie nach BOTTINI**, von ENGELMANN-Riga. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 32 und 33.) Beschreibung des Verfahrens, nach welchem Verfasser sechs Patienten, meist mit Erfolg, operiert hat.

*A. Loewald-Kolmar.*

**{ Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge Prostatahypertrophie mit Helmitol**, von FRANZ HALBHUBER-Wien. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 27.) H. gab einem Kranken mit Prostatahypertrophie und kontinuierlich quälendem Harndrang andauernd zwei bis drei Helmitoltabletten und erreichte dadurch, daß Patient fünf bis sechs Stunden schlafen, den Urin bis zu drei Stunden halten konnte. Der Zustand wird jedoch jedesmal schlechter, wenn Helmitol ausgesetzt wird. H. empfiehlt daher das Helmitol als ein ganz vorzügliches, sehr brauchbares, unschädliches, wirksames Mittel zur Behandlung der Beschwerden bei Prostatavergrößerung.

*Putzler-Dansig.*

Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittels Prostatectomia suprapubica totalis, von REBERTSON-Offenbach a. M. (*Munch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 31.) Nach einer kurzen Kritik der Operationsmethoden, die auf indirektem Wege eine Verkleinerung der hypertrophischen Prostata anstreben, sowie der BOTTINI-FREUDENBERG'schen Operation und der perinealen Prostatektomien berichtet R. über vier Fälle von Prostatahypertrophie, in denen er suprapubische Prostatektomie nach der von FREYER empfohlenen Methode mit vorzüglichem Erfolge ausgeführt hat. Das von ihm geübte Verfahren unterscheidet sich von dem FREYER im wesentlichen nur durch die Verwendung eines Dauerkatheters, von dem FREYER grundsätzlich Abstand nimmt. Nach vollendeter Anschälung der Prostata und vollständiger Blutstillung durch Spülungen mit heisser Kochsalzlösung näht R. einen möglichst dicken Gummischlauch an das Blasenende des vor Beginn der Operation eingeführten Nelatonkatheters und führt ihn mittels des Katheters durch Blase und Urethra hindurch. Der Schlauch wird dem Blasengrund entsprechend an drei Stellen gelocht, an der äußeren Urethralöffnung fixiert und in dem oberen Wundwinkel der Blasenwunde wasserdicht eingenäht; Blase, Recti und Haut werden um ihn herum durch Nähte verschlossen. Sobald und so oft der Gummischlauch sich verstopft, wird durchgespült. Wenn die Blutung aufgehört hat, wird der gelockerte Schlauch durch einen starken Nelatonkatheter ersetzt, der alle fünf bis acht Tage erneuert wird und erst dann fortbleibt, wenn die Blase sich bei den jetzt ein- bis zweimal täglich vorgenommenen Spülungen als schlussfähig erweist; das war bei den vier Patienten meist Ende der dritten Woche der Fall. — Die nach suprapubischen Prostatektomien beobachteten Todesfälle waren meist durch Shock, Urämie, Sepsis oder Lungenkomplikationen verursacht. Die Gefahr der Urämie besteht nur bei Kranken mit schweren Nierenschädigungen, bei denen jedoch auf die suprapubische Prostatektomie wie auf jedes andere radikale Verfahren von vornherein verzichtet werden soll. Zur Vermeidung der Sepsis ist es wichtig, daß die Anschälung in der Schicht zwischen der äußeren Kapsel und dem glatten Überzug der Prostata vorgenommen und daß die äußere Kapsel nicht durchbohrt wird. Das gelingt bei den großen und den weichen Tumoren der glandulären oder gemischten Form leicht, bei den kleinen, harten, fibrösen Tumoren dagegen macht es große Schwierigkeiten; bei diesen ist daher, ebenso wie bei Balkenblase, das perineale Verfahren vorzuziehen. Als ungefährlicher Eingriff ist weder die suprapubische noch die perineale Prostatektomie anzusehen; doch kann die suprapubische Methode für viele Fälle, in denen eine Radikaloperation überhaupt indiziert ist, wegen ihrer unverkennbaren Vorzüge jedenfalls warm empfohlen werden.

*Göts-München.*

Die Indikationen der Prostatektomie, von E. DESROS. (*Presse méd.* XII. Jahrg. Nr. 99.) Über 15 Jahre übte Verfasser partielle Prostatektomien aus, und zwar mit guten Allgemeinergebnissen, doch ist diese Operation auf jene Fälle beschränkt, in denen hypertrophische Fortsätze der Prostata in die Blase vorgerückt sind. Doch kommen dabei nur Fälle ohne oder mit geringer Infektion des Urins in Betracht. Die perineale Prostatektomie, wie sie GOSSET, PROUST und ALBARRAN angegeben bzw. verbessert haben, ist für die Mehrzahl der Fälle angezeigt und verbürgt die besten Erfolge, doch ist der Eingriff zu schwer, als daß er von allen Greisen ertragen würde. Die Prostatectomia perinealis transvesicalis ist komplizierter und schwieriger, auch riskanter als die einfache perineale. Die Zukunft wird bezüglich der Indikation der drei Methoden noch Aufschlüsse zu geben haben.

*Hopf-Dresden.*

Über Prostatektomie, von CZERNY. (*Arch. f. klin. Chir.* Bd. 37. Heft 1.) Der Verfasser wendet fast ausschließlich die perineale Prostatektomie an. Nach einem prärektalen Bogenschnitt wird der M. bulbo-cavernosus vom Sphincter ani getrennt,

dann die Fascia perinei profunda, das Rektum durch ein Halbrinnenspekulum nach abwärts gedrängt, die Prostatakapsel gespalten und jede Prostatahälfte enukleiert. Die Oberwand der Pars prostatica urethrae soll intakt bleiben, die untere Wand geht meist mit der Prostata verloren. Mit dem Finger wird in der Blase nachgefühlt, ob ein intravesikaler Prostatalappen die Entfernung erfordert, und dann ein dickes Gummirohr in der Blase mit einer Katgutnaht befestigt. Nach einigen Tagen wird dasselbe durch den Katheter ersetzt. Als Anästhetikum hat sich die BRÄSCHE Lumbalanästhesie mit Anwendung von Stovain bewährt. Von 18 perinealen Prostatektomien des Verfassers starben zwei Fälle nach der Operation, sechs Fälle wurden vollständig geheilt, die übrigen gebessert. *Schowp-Dansig.*

**Über totale Prostatektomie unter Lachgas, von WIENER - New York.** (*New York med. Wochenschr.* 1905. Nr. 2.) Die Hauptgefahren der Prostatektomie, die 1896 noch eine Mortalität von 25% aufwies, eine Ziffer, die jetzt auf 4% gesunken ist, bestehen nach W. in Blutung, Shock und Anwendung der Chloroform- und Äthernarkose. Die Indikation für die Operation waren in den sechs von W. beschriebenen Fällen vollkommene Harnverhaltung, wiederholte Anfälle von Cystitis und Epididymitis, erschwerter Katheterismus. Schweres Allgemeinbefinden und Diabetes bilden keine Kontraindikation. Die Diagnose wird gestellt durch Anamnese und Rektalpalpation. Cystoskopie wird wegen der Infektionsgefahr verworfen. Operationstechnik: Eröffnung der vollen Blase in TRENDLENBURGSCHER Lage, Ausschälen der Prostata mit dem Finger, Einlegen eines Gazestreifens, der nach 24 Stunden entfernt wird, Drainage und tägliche Spülung der Blase. Nach zwei bis drei Wochen Entfernung des Drainrohres, Spülung mittels Katheters. Zur Vermeidung der genannten Schädlichkeit wird die Lachgasnarkose empfohlen. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 58 und 88 Jahren, Durchschnitt 69 Jahre. Dauer der Operation 6—19 Minuten, Durchschnitt zwölf Minuten. Von den mitgeteilten sechs Krankengeschichten von operierten Prostatikern waren zwei mit Diabetes und zwei in bedrohlichem Allgemeinzustand. Von den sechs Fällen wurden fünf geheilt, beim sechsten, bei dem kein Katheter eingeführt worden war, wurde wegen Striktur die Sectio perinealis ausgeführt.

Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Prostatectomia suprapubica kann rasch und ohne große Gefahr ausgeführt werden.
2. Jeder Patient, dessen Allgemeinbefinden eine Lachgasnarkose von zehn bis zwölf Minuten erlaubt, kann operiert werden.
3. Hohes Alter, Diabetes, Cystitis sind keine Kontraindikationen gegen die Operation.
4. Alle gewöhnlich vorgebrachten Kontraindikationen beziehen sich nicht auf die Operation, sondern auf die Chloroform- oder Äthernarkose.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Über Prostatektomie, von ARTHUR SCHLESINGER-Berlin.** (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Die in Deutschland bisher wenig ausgeführte Prostatektomie findet jetzt auch bei unseren Chirurgen mehr und mehr Anklang. Verfasser berichtet über zwölf von ISRAEL operierte Fälle. In drei Fällen war die Entfernung der Prostata eine partielle; der Erfolg war zweimal ein vollständiger, in einem dritten, mit Blasenstein kombinierten Fall ist das Resultat wegen der noch vorhandenen Retention schlecht. Bei den übrigen neun Fällen wurde überall die totale Prostatektomie mit suprapubischem Schnitt ausgeführt. Zwei mit Blasensteinen kombinierte Fälle sind noch in Behandlung; in dem einen ist der Verlauf bisher glatt, in dem anderen besteht noch Inkontinenz. Ein Fall, ein Diabetiker, ist im Anschluß an die Operation

gestorben, ein anderer starb drei Monate nach der Operation an Pyelitis. Über einen Fall konnten nach der Entlassung weitere Mitteilungen nicht erhalten werden. Die übrigen vier Fälle lassen in normalen Zwischenräumen Urin, haben keine Retention oder Inkontinenz; Katheterismus ist nicht nötig. *A. Loewald-Kolmar.*

**Über Prostatectomia suprapubica**, von J. McKINNON - Lincoln. (*Med. News.* 19. Aug. 1905.) Verfasser protestiert in erster Linie dagegen, daß die Aspiration durch die Blase zuweilen als ein Behandlungsmittel gegen die Prostatahypertrophie und deren Folgen (Residualharn, Cystitis, komplette Harnretention, Pyelonephritis) ausgeführt werde, und hält für die beste Methode den oberen Blasenschnitt und Drainage der Blase; diese Operation sei einfach, könne unter Lokalanästhesie ausgeführt, die Knukleation der Prostata angeschlossen oder auch verschoben werden, bis der Allgemeinzustand die Anwendung eines Anästhetikums zuläßt. Der Streit, ob oberer Blasenschnitt oder Operation vom Perineum aus, wird zwar nach Verfassers Ansicht noch lange fort dauern und auch oft je nach dem Falle zu entscheiden sein, aber immerhin hat ersterer den Vorteil, eine einfachere Operation und von weniger unangenehmen Folgen (raschere Konvaleszenz, geringere Lebensgefahr) begleitet zu sein. Die einzige Folgeerscheinung der Prostatectomia suprapubica sei vielleicht eine Dauerfistel, die aber durch eine einfache plastische Operation Heilung fände. Nach ausgeführter Prostatektomie empfiehlt McKINNON dringend, die Blase mit heisser Kochsalzlösung auszuspülen, dann mit Jodoformgaze auszutampfen und den Tampon vier bis fünf Tage zu belassen; nach der Entfernung desselben werden die Wundränder mit Heftpflasterstreifen zusammengesügt, wodurch die Wunde in zwei bis drei Wochen sich schliesse und der Patient wieder auf dem natürlichen Wege urinieren und auch nach zwei bis drei Tagen (sic! Ref.) schon das Bett verlassen kann.

*Stern-München.*

**Eine neuerliche Serie von 60 Fällen von Totalausschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben**, von P. J. FREYER - London. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1905.) Diese letzte Serie bestätigt die früheren Angaben F.s über den Wert des Verfahrens. Die Operationen sind ausgeführt worden in dem Zeitraum zwischen dem 1. Juni 1904 und dem 8. März 1905. Von den Patienten sind fünf gestorben, doch war in keinem dieser Fälle der chirurgische Eingriff an sich allein als Ursache des Todes verantwortlich zu machen.

*Philippi-Bad Salschüpf.*

**Bemerkungen über totale Prostatektomie auf Grund von 15 Fällen**, von J. LYNN THOMAS - Cardiff. (*Brit. med. Journ.* 20. Mai 1905.) Verfasser betrachtet die FREYERsche Operation als einen wertvollen Fortschritt in der Behandlung dieses unheilvollen Leidens. Er hat dieselbe 15mal ausgeführt und dabei zwei Todesfälle erlebt. Bei 13 Patienten wurde von der Bauchwand aus eingegangen, und zwar mit einem parallel zum Os pubis die Haut und das subcutane Gewebe durchtrennenden Schnitt, während die Muskelscheide und die Blase wie sonst mit einem Sagittalschnitt eröffnet wurden. Auf diese Weise erhält man beim Einsetzen der Retraktoren eine rautenförmige Öffnung, welche ein leichteres Manipulieren gestattet. Bei zwei Patienten wurde vom Perineum aus eingegangen. Gestorben sind zwei Patienten, der eine neun Tage p. o. an doppelseitiger Pneumonie, der andere an Shock zwei Tage p. o. Bei diesem war unglücklicherweise mit der sehr harten, knorpeligen Drüse das eine Samenbläschen zugleich herausgezogen worden. *Philippi-Bad Salschüpf.*

**Beitrag zum Studium der perinealen Prostatektomie**, von J. VOISELLE. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 408.) Die augenblicklichen Erfolge sind gute, die Dauererfolge ausgezeichnet. *Frits Loeb-München.*



**Zur Frage der perinealen Prostataktomie, von HEINRICH ZOEPPFRTZ.** (Inaug.-Dissert. Gießen 1904.) Die Arbeit stammt aus der chirurgischen Klinik zu Gießen; sie zeigt, daß die radikale Behandlungsweise bezüglich der Erfolge an der Spitze der verschiedenen Operationsverfahren steht. Bei 78 Fällen von perinealer Radikaloperation (zwei eigene Fälle) wurde 66 mal = in 90,4% Erfolg erzielt. Demnach:

Radikaloperation 78 Fälle, 90,4% Erfolge,

BOTTINISCHE Operation 1500 Fälle (FREUDENBERG, HORWITZ, SCHLAGINTWEIT), 80,2% Erfolge,

Kastration 610 Fälle (WHITE, RAMM, BRUNS, FLÖRSHEIM), 84—85% Erfolge,

Vasektomie 111 Fälle (KÖHLER, HAMMONIE, SEUMANN, CARLIER, LOUMBAU, NOVÉ-JOSSEBRAND), 57,48% Erfolge.

Der erste Fall des Verfassers betrifft einen jungen Mann von 34 Jahren. Da die durch Prostatahypertrophie bedingten Beschwerden erst jenseits des 50. Lebensjahres aufzutreten pflegen, wurde die Möglichkeit eines Tumors des Organs angenommen und dem Kranken die Operation vorgeschlagen. Die mikroskopische Untersuchung der entfernten Drüse ergab eine allgemeine Hypertrophie. Patient ist vollkommen geheilt und beschwerdefrei. Der zweite Fall betrifft einen 51jährigen Mann. Auch bei ihm wurde Heilung im Sinne FREUDENBERGS (*Sammlung Volkmann*. 1902. Nr. 828) erzielt.

*Frits Loeb-München.*

**Über einen Fall von perinealer Prostataktomie, von BONANOME.** (*Il Polí-clínico*. 1905. Nr. 8.) An der Hand dieses Falles will der Verfasser die Vorteile der totalen Ablation der Prostata in Fällen von Hypertrophie dieses Organs mit allen ihren üblichen Symptomen hervor und zieht dieselbe allen anderen Methoden vor.

*C. Müller-Genf.*

**Zur Prostatactomia perinealis subsapularis, von JOSEF PREINDLSBERGER-Sarajevo.** (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 32 und 33.) ZUCKERKANDL empfiehlt, die Prostataktomie in folgender Weise vorzunehmen: Man geht zwischen Bulbus und Anus in den bindegewebigen Raum zwischen häutigem Teil und der vorderen Mastdarmwand ein und drängt diese stumpf von der Hinterfläche der Prostata ab. Durch einen prärektalen Bogenschnitt wird die Verbindung zwischen dem Musculus bulbocavernosus und dem Sphincter ani bloßgelegt und mit einem Scherenschlage quer durchtrennt. Man kann nun die vordere Mastdarmwand stumpf vom häutigen Teil der Harnröhre loslösen. Wird der Mastdarm hierbei stark sakralwärts verzogen, so spannen sich rechts und links die vom vorderen Beckenringe kommenden Schenkel des Levator ani, zwischen welchen die hintere Wand der Prostata sichtbar wird. Durch stumpfes Präparieren kann man diese im ganzen Umfange bloßlegen; man verbreitert sich den Zugang beträchtlich, wenn man die erwähnten Schenkel des Levator ani rechts und links einkerbt. — P. hat diese perineale Methode in sechs Fällen von Prostatahypertrophie mit sekundärer Cystitis und mit Harnverhaltung zur Anwendung gebracht. In zwei Fällen trat der Exitus ein; vier Fälle wurden dauernd geheilt innerhalb 30—52 Tagen. Die Indikationen zur Operation treten dann ein, wenn die kongestiven Vergrößerungen der Drüsen in bleibende, mechanische Störungen der Harnentleerung übergegangen sind. Die akute Retention bildet nur dann eine Indikation, wenn sie sich oft wiederholt oder sich nur sehr langsam zurückbildet. Als Indikation zur Operation bei chronischer Retention gilt der Moment, wo der Katheterismus aus irgend einem Grunde nicht gelingt oder aus äußeren Gründen nicht aseptisch durchführbar ist. Vergrößerung der Prostata ohne Retention soll nur bei eintretenden Blutungen, Schmerzen oder schwerer Cystitis Gegenstand einer operativen Behandlung sein. Bei nicht wesentlich vergrößerter, aber cystoskopisch nachgewiesener Prominenz der Vorsteherdrüsen kann auch die Entfernung der kleinen Prostata gute Erfolge bringen.

In allen Fällen von Retention, welche von Symptomen der Infektion oder der Intoxikation begleitet sind, besteht eine direkte Indikation zum Eingriff. Hohes Alter, schlechter Allgemeinzustand, Erkrankungen der Blase und der Nieren gelten nicht als Kontraindikation, da die Operation allein die Möglichkeit der Heilung bringt.

*Putsler-Danzig.*

#### e. Nieren, Ureteren, Harn.

**Über Anurie,** von JOHANN MITTAG. (Inaug.-Dissert. Halle-Wittenberg, 1904.) Verfasser behandelt im ersten Teil seiner fleißigen Arbeit die Anurien, die auf reflektorischem Wege hervorgerufen werden; das sind entweder Anurien, die entstehen durch Reize, welche andere Organe treffen und auf nervösen Bahnen zu den Nieren fortgeleitet, hier Stillstand der Sekretion erzeugen (das wären die hysterische Anurie, reflektorisch vom Genitalapparat aus, und die toxische Anurie, vom Intestinaltractus aus), oder aber es sind Anurien, die entstehen durch Reize, die eine Niere treffen und sowohl die Harnabsonderung der betroffenen als auch der gesunden Niere — und zwar wiederum durch Vermittlung nervöser Bahnen — hemmen. Nach COHNHEIM wäre auch die Anurie bei der Schwangerschaftsnierne als eine reflektorische anzusehen, auf einen Krampf der Nierenarterien zurückzuführen. Einen Übergang zu dem zweiten Teil, in dem die Anurien behandelt werden, die durch Unwegsamkeit oder Verstopfung der Harnkanälchen entstehen, bildet die Anurie bei Cholera. Hier sistiert wohl die Zirkulation in der Niere zumeist schon infolge der Herzschwäche und infolge der Eindickung des Blutes, doch sind auch die Harnkanälchen der Niere dabei zumeist angefüllt mit cylindrischen Pfröpfen. Der zweite Teil umfaßt die Anurie bei der Nephritis, die Anuria calculosa und die Anurie bei Verlegung des Ureters durch Coagula oder bei Kompression desselben — Anurien, wo der Abfluß des in den Glomerulis sezernierten Harnes durch die Harnkanälchen ein Hindernis erfährt.

*Frits Loeb-München.*

**Ein Fall von Anuria calculosa,** von W. H. CLAYTON-GREENE-London. (*Lancet*. 13. Jan. 1906.) Patient, ein 56jähriger Mann mit einem Körpergewicht von 119 kg, erkrankte plötzlich mit kolikartigen Schmerzen in der rechten Seite, häufigem Urindrang und blutigem Urin. Etwa vier Monate zuvor hatte er ähnliche Schmerzen in der linken Seite gehabt, doch waren diese nach Verabreichung von Abführmitteln verschwunden. Es stellte sich alsbald Anurie ein. Als dieselbe fünf Tage lang bestanden hatte, entschloß man sich zur Operation. Die cystoskopische Untersuchung zeigte rechts am Orificium des Ureters nichts Abnormes; dagegen war das linke Orificium erweitert, und man sah eine weiße Masse, die ein injiziertes Phosphatkonkrement sein konnte, darin stecken. Es wurde aber wegen der Anamnese und wegen einer ausgesprochenen Rigidität des Abdomens auf der rechten Seite das Vorhandensein eines Calculus hoch oben im rechten Ureter angenommen, was sich auch bei der Nephrotomie bestätigte. Genesung.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Die Oberflächenspannung des Urins in gesunden und kranken Tagen mit spezieller Beziehung zum Icterus,** von W. D. DONNAN-HOLZWOOD und F. G. DONNAN-Liverpool. (*Brit. Med. Journ.* 23. Dez. 1906.) Untersuchungen über die Bedeutung der Oberflächenspannung sind von M. HAY, welcher mit seiner Schwefelprobe erhebliche Abweichungen bei Vorhandensein von Galle im Urin nachwies, und von AMANN angestellt worden. In der vorliegenden Arbeit schildern Verfasser ihre diesbezüglichen Beobachtungen, bei denen sie namentlich auf die quantitativen Verhältnisse Bedacht nahmen. Sie haben zu diesem Zwecke zwei Pipettenapparate konstruiert, den einen für genauere Zahlenbestimmungen, den anderen für schnelle klinische Benutzung. Das zugrunde liegende Prinzip ist folgendes: Der hängende Tropfen wird gegen die

Einwirkung der Schwerkraft festgehalten durch die in der Oberfläche der Flüssigkeit wirksame Spannung. Bei einem gewissen Durchmesser der Mündung des Rohres steht die Oberflächenspannung im direkten Verhältnis zum Gewicht des Tropfens. Wenn  $v$  das konstante Volumen der von der Pipette gelieferten Flüssigkeitsmenge bezeichnet,  $d$  die Dichtigkeit der Flüssigkeit und  $n$  die Anzahl Tropfen, dann ist das Gewicht eines Tropfens gleich  $\frac{vd}{n}$ . Wenn man nun für eine bestimmte Flüssigkeit diese Verhältniszahl hergestellt hat, so kann man daraus das Verhältnis für die Spannung  $T$  jeder weiteren Flüssigkeit bestimmen, sobald man  $d$  und  $n$  bei derselben kennt. Der Prozentsatz berechnet sich nach der Formel:  $\frac{T}{T_1} \times 100 = \frac{n_1}{d_1} \cdot \frac{d}{n} \cdot 100$ . Nach dieser Methode haben nun Verfasser den Urin bei künstlicher und bei klinischer Anwesenheit von Gallensalzen (auf die Spannung von Wasser bezogen) bestimmt und ganz erhebliche Verminderung der Spannung festgestellt. Anwesenheit von Hühner-eiweiß und auch von Aceton scheinen einen geringeren Einfluss auszuüben, doch war auch in einem Falle von Albuminurie eine Verminderung erkennbar.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Klinische Untersuchung des Urins. Eine kritische Studie der gewöhnlichen Methoden,** von RICHARD C. CABOT-Boston. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 18. u. 25. März 1905.) Der Verfasser kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Es gibt viele Fälle von akuter Glomerularnephritis, die durch keine der uns bekannten Untersuchungsmethoden diagnostiziert werden können.

2. In manchen Fällen von subakuter und chronischer Glomerularnephritis lassen uns unsere diagnostischen Hilfsmittel gleichfalls im Stich, aber in der großen Mehrzahl der von uns untersuchten Fälle setzte uns der Zustand des Urins zusammen mit anderen klinischen Symptomen in den Stand, den Befund bei der Autopsie voraussehen.

3. Berücksichtigen wir die Gruppe der chronisch interstitiellen Fälle, so halten wir unsere diagnostischen Hilfsmittel nicht für so befriedigend wie bei der chronischen Glomerularnephritis, aber auch nicht für so unzuverlässig wie bei den akuten Fällen. — In etwa einem Drittel der Fälle konnte die richtige Diagnose vor dem Tode gestellt werden.

4. Wir finden, daß besonders häufig senile und arteriosklerotische Degenerationszustände im blinden Vertrauen auf den Urinbefund irrtümlich als chronische Nephritis angesehen werden, während besonders bei Zuständen passiver Kongestion oder akuter Degeneration der Niere der Urin eine akute Nephritis vortäuscht. Selbst in Fällen, wo bei der Autopsie gar keine Veränderungen gefunden werden, ist der Urin gelegentlich sehr eiweißhaltig und reich an Cylindern.

5. Bei unseren üblichen Urinuntersuchungen sind gewöhnliche Irrtümer: a) der Versuch, den Harnstoffgehalt zu bestimmen ohne genaue Kenntnis von des Patienten Stoffwechsel; b) die Feststellung von Nierenzellen, während alles, was wir gesehen haben, kleine mononukleäre Zellen sind, die vielleicht aus den Harnkanälen stammen, vielleicht aber auch nicht.

6. Kryoskopie und andere Versuche, auf direkterem Wege die Durchlässigkeit der Nieren zu prüfen, sind noch nicht imstande, die älteren Untersuchungsmethoden bei der Diagnose Nephritis zu ergänzen.

Unserer Ansicht sind die allermeisten Bestimmungen der festen Harbestandteile, den Harnstoff eingeschlossen, verlorene Zeit, solange sie nicht ein Teil einer allgemeinen Stoffwechseluntersuchung sind.

Der Versuch, den anatomischen Zustand der Niere nach dem Eiweißgehalt und

auf Grund des Cylinderbefundes abzuschätzen, kann nur ein höchst trügerisches Resultat geben.

Die verlässlichsten Anhaltspunkte der Urinuntersuchung sind die einfachsten und am schnellsten erhältlichen, nämlich die 24stündige Menge, das spezifische Gewicht und die Farbe.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Zur Färbung der Sedimente des Harns und der Exsudate, von WEDERHACKER-Elberfeld.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) W. empfiehlt zur Sedimentfärbung in neutralreagierenden und sauren Harnen das Neutralrot. Man zentrifugiert den Harn, gießt das über dem Sediment stehende Harnwasser bis auf ca. 1 cm ab, läßt einen Tropfen einer 1%igen wässrigen Neutralrotlösung zu dem Sedimente fallen, schüttelt gut durch, füllt dann das Zentrifugenröhrchen mit Wasser oder Kochsalzlösung, zentrifugiert von neuem, gießt die über dem Sediment stehende Flüssigkeit wieder ab, pipettiert auf einen Objektträger und bedeckt mit einem Deckglas. Die einzelnen Formelemente sind bei diesem Verfahren leicht aufzufinden und gut voneinander zu unterscheiden. Zu einer verschiedenen Färbung der Wachscylinder und der hyalinen Cylinder dient eine Kombination von Neutralrot und Methylviolett. Man setzt zu 20 ccm der 1%igen wässrigen Neutralrotlösung 10 Tropfen einer konzentrierten alkoholischen Methylviolettlösung und verwendet zwei bis drei Tropfen dieser Mischung in der gleichen Weise, wie oben angegeben wurde, zur Färbung; die Epithelien, die hyalinen und die granulierten Cylinder und die Leukocyten werden dann rot bis braunrot, die Wachscylinder tiefblau. — Eine andere, auch bei alkalischem Urin brauchbare Methode der Sedimentfärbung ist folgende: man zentrifugiert und gießt, wie oben beschrieben, ab, setzt einen Tropfen Jodtinktur zu und schüttelt gut durch, mischt dann die Sedimentflüssigkeit mit dem gleichen Volumen einer konzentrierten Lösung von Croceinscharlach 7 B in 10%igem Alkohol und schüttelt abermals gut durch; dann verdünnt man mit Wasser oder Kochsalzlösung, zentrifugiert von neuem, gießt die über dem Sediment stehende Flüssigkeit ab und pipettiert auf einen Objektträger, und zwar in einen großen Tropfen Glycerin oder FARRANTSche Flüssigkeit, wenn man die Präparate konservieren will. Die Leukocyten, die Kerne, das Protoplasma der Nierenepithelien und die Harnzylinder färben sich bei dieser Methode rot, die Wachscylinder blau, das Protoplasma der Blasenepithelien je nach seiner Reaktion gelb, gelbbraun oder rot. Die oberflächlichen Blasenepithelien färben sich im allgemeinen schwächer als die tieferen Schichten. Die verschiedene Reaktion des Protoplasmas der Epithelien gestattet bei Cystitiden einen diagnostischen und prognostischen Schluss; denn nach der Zahl der Zellen, deren Protoplasma gelb gefärbt ist, läßt sich bestimmen, wie weit z. B. die Therapie von Erfolg war. — Die Jod-Croceinscharlachfärbung, die niemals Niederschläge macht und sehr instructive Bilder liefert, ist auch zur Darstellung der Exsudatsedimente sehr gut brauchbar. — Zu den Färbungen verwendet man mit Vorliebe mehrteilige Zentrifugenröhrchen, wie die von KLIENBERGER, SCHÜLLER oder NAPP.

*Göts-München.*

**Vergleichende Untersuchungen über den diagnostischen Wert der Urinseparation und des Ureterenkatheterismus, von M. KOUCHEFF.** (*Thèse de Montpellier.* 1903. Nr. 3.)

**Beitrag zum klinischen Studium der endovesikalen Separation des Urins beider Nieren, von P. LOUP.** (*Thèse de Lyon.* 1904. Nr. 127.)

Die Arbeiten enthalten nichts Neues.

*Fritz Loeb-München.*

**Über den Einfluß von Diät und Hefekuren auf im Urin erscheinende enterogene Fäulnisprodukte, von E. v. KOZICKOWSKY-Kisingen.** (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 57. Heft 5 u. 6.) Der Verfasser zieht aus seinen Versuchen bezüglich des Einflusses alimentärer Momente auf die Indikan- und Ätherschwefelsäureausscheidung

den Schluss, daß eine eiweißreiche Diät eine Steigerung der ausgeschiedenen Indikan- und Ätherschwefelsäuremengen im Gegensatz zu einer eiweißarmen und kohlehydratreichen Diät von gleichem bzw. ähnlichem Kaloriengehalte bewirkte, welche allerdings gewisse Grenzen nicht überschritt. Erheblich größer war aber die Steigerung der Menge der genannten Fäulnisprodukte dann, wenn bei der Diätänderung statt des gekochten Fleisches ein solches Fleisch benutzt wurde, dessen Blutfarbstoff nicht zerstört war. Eine Herabsetzung der untersuchten Fäulnisprodukte durch Hefedarreichung trat nicht ein; nicht selten war sogar eine Erhöhung der Indikan- oder Ätherschwefelmengen oder eine Erhöhung beider zu beobachten, vielleicht, weil die Hefe zur schnelleren Verpuffung der Kohlehydrate beiträgt, womit die Schutzwirkung der Kohlehydrate gegenüber der Eiweißfäulnis vermindert wird. Auf das klinische Verhalten der Patienten hatte die Hefedarreichung folgenden Einfluß: bestehende Verstopfung wurde durch Hefe nicht gebessert; bei sonst vorhandener Darmfunktion wurde eine weichere Beschaffenheit des Stuhles in der Hefeperiode beobachtet; alle Versuchspersonen betonten, in der Hefeperiode einen erheblich leichteren Abgang von Gasen gehabt zu haben; einzelne Personen stellten einen reichlicheren Urinabgang an einigen Tagen der Hefeperiode fest. — Wenn auch diese Untersuchungen in keinem Falle eine Herabsetzung der ausgeschiedenen Zersetzungsprodukte des Darmes erkennen lassen, so will der Verfasser doch daraufhin keinen Einspruch gegen die bisherige therapeutische Anwendung von Hefe, speziell in der Dermatologie, erheben, da ja die Wirkung derselben auf anderem als auf dem von ihm untersuchten Wege stattfinden kann.

*Schourp-Danzig.*

**Der heutige Stand der Kryoskopie,** von WEDERHAKE. (*Reichs-Med.-Anz.* 1905. Nr. 22.) Nach Besprechung des Wesens und der Technik der Kryoskopie, wendet sich Verfasser zur Frage der Bedeutung der Kryoskopie des Harns und des Blutes für die praktische Medizin. Die innere Medizin habe von ihr kaum einen Nutzen gezogen, die sei aber von großem Werte für die Chirurgie, besonders für die Nierenchirurgie. Unter den Untersuchungsmethoden, die uns über das Schicksal eines Kranken, der sich der Nephrotomie unterziehen muß, Aufschluß gibt, nimmt die regelrecht ausgeführte Kryoskopie die erste Stelle ein.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Einige chirurgische Momente bei Nierentuberkulose,** von H. A. KELLY-Baltimore. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1905.) Verfasser legt zunächst dar, daß die tuberkulöse Infektion der Niere in der großen Mehrzahl der Fälle hämatogenen Ursprungs ist und nicht durch Aufsteigen von der Blase und den Ureteren her oder durch Übergreifen von benachbarten Teilen stattfindet, obgleich auch solche Fälle möglich sind, wie durch genaue Beobachtungen (PATOIS) konstatiert worden ist. In sehr vielen Fällen (KELYNACK gibt 70 % an) sind gleichzeitig die Lungen auch affiziert. Trotzdem lohnt es sich, die tuberkulös erkrankte Niere chirurgisch zu behandeln, denn die Erfahrungen mit der allgemeinen Behandlung sind hierbei entschieden ungünstige gewesen. Die Versuche mit der Nephrotomie sind nicht von einem vollen Erfolg begleitet gewesen; diese Operation kommt nur als eine vorläufige Maßregel in gewissen Fällen zur Linderung bedrohlicher Erscheinungen durch Drainieren der erkrankten Niere in Betracht. Am häufigsten wird die Nephrektomie das einzige richtige Verfahren sein. Ob sich die Entfernung eines größeren oder kleineren Stückes des Ureters oder auch die Exzision eines Teiles der Blase dem anschließen soll, richtet sich natürlich nach dem einzelnen Falle, doch hat K. gefunden, daß diese weitergehenden Eingriffe bereits nicht ganz selten unnötigerweise ausgeführt worden sind. K.s Statistik umfaßt 35 Fälle von Nierentuberkulose. Es wurden ausgeführt: Nephrotomien 4 (1 Exitus letalis nach 11 Wochen), 9 Nephrektomien (1 Tod

6 Wochen p. o.), 9 Nephrektomien mit partieller Resektion des Ureters ohne Todesfall, 13 Nephroureterektomien ohne Todesfall und 3 Nephroureterocystektomien, von denen einer am sechsten und ein anderer am fünfzehnten Tage p. o. starb. — Verfasser gibt auch nützliche Anleitungen für die Stellung der Diagnose.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Ein Fall von Hydronephrose und Nierensteinbildung, bei welchem 16 kleine Konkremeente mittels der Röntgenstrahlen entdeckt wurden, und wobei die Hydronephrose durch Abschnürung des Nierenbeckens durch eine über den unteren Teil des Organs hinwegziehende Arterie und Vene bedingt war,** von H. MORRIS-London. (*Lancet*. 15. Juli 1905.) Betraf eine 29jährige verheiratete Frau, welche seit ca. zehn Jahren an Schmerzen im Abdomen, Übelkeit und gelegentlichem Erbrechen gelitten hatte. Es war vier Jahre vor der vorliegenden Beobachtung die Nephropexie der linken Niere ausgeführt worden und hatte Aufhören der Beschwerden bis nach der Geburt eines Kindes zur Folge gehabt. Nach der operativen Entfernung der Konkremeente und der Unterbindung und Durchschneidung der abnormen Gefäße unter Erhaltung der Niere scheint Heilung eingetreten zu sein.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Über die Diagnose der Nierensteine,** von JULIUS SCHAICH. (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Das Diagnostizieren von Nierensteinen mittels der Röntgenstrahlen,** von M. SMART-London. (*Brit. med. Journ.* 18. Sept. 1905.) Verfasser teilt die Nierensteine in drei Gruppen, die saure (Konkremente von Harnsäure und von oxalsaurem Kalk), die alkalische (phosphorsaure Kalk) und die bakterielle mit den Ammoniak-Magnesiaphosphatsteinen. Von diesen sind die reinen Harnsäuresteine sowie die reinen Phosphate am schwersten im Röntgenbilde zu erkennen, während die Konkremeente aus oxalsaurem Kalk den dunkelsten Schatten geben. Im ganzen bietet der Aufsatz nichts Neues.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Über die Verletzungen des Ureters,** von A. MAUBERT. (*Thèse de Paris*. 1902.) 59 Krankengeschichten über Verletzungen des Ureters bei gynäkologischen Operationen. Beschreibung des klinischen Bildes, der Ätiologie, Prognose und Therapie.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Beitrag zu den Mißbildungen des Ureters,** von FRITZ LOGEMANN. (Inaug.-Diss. Gießen 1902.)

**Über ein Ureterdivertikel,** von HUGO EBERSEACH. (Inaug.-Diss. Leipzig 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Ureteritis und Pyelitis,** von A. LOUMAIGNE. (*Thèse de Paris*. 1905.) Beide Affektionen sind häufig, besonders beim weiblichen Geschlecht. Die ersten Erscheinungen der Uretero-Pyelitis bestehen in Harnbeschwerden, Schmerzhaftigkeit und besonders in der Entzündung und Induration des Ureters. Unter den Harnbeschwerden kommt der Pollakiurie, namentlich der nächtlichen, eine Hauptrolle zu. Paraumbilikalischer Schmerz ist nicht minder charakteristisch. Der entzündete und indurierte Ureter ist entweder von außen oder vaginal palpabel. Von großer Bedeutung für die Diagnose der Pyelitis ist der bei vaginaler Untersuchung auftretende ureterovesikale Reflex, das heißt Eintreten von Schmerz und Harndrang.

Nächtliche Pollakiurie, paraumbilikalischer Schmerz und dieser Reflex erlauben die Diagnose: Uretero-Pyelitis.

*Fritz Loeb-München.*

**Die doppelseitige Implantation der Ureteren in die Blase und ihre Methodik,** von M. HÄRTER. (Inaug.-Diss. Jena 1904.) Ohne erhebliches Interesse.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Implantation des Ureters in die Harnblase**, von OTTO STREITBERGER. (Inaug.-Diss. Jena 1904.) Im Anschluß an einen Bericht über sechs Fälle erörtert Verfasser die Literatur des Titelthemas. Am häufigsten kommt die Operation bei Ureterfisteln in Frage. In den Schlufskapiteln werden Operationstechnik und Operationsresultate besprochen.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein seltener Fall von Uretercyste**, von RUDOLF JUNGE. (Inaug.-Diss. Berlin 1904.) Verfasser gibt die Krankengeschichte und den Obduktionsbefund eines selbstbeobachteten Falles und von sieben Fällen aus der Literatur. In nur dreien von diesen Fällen tritt die Anomalie beim männlichen Geschlecht auf, fünfmal beim weiblichen. In zwei Fällen wird dieselbe im Alter von unter  $\frac{1}{2}$  Jahr, in drei Fällen zwischen 20 und 30 Jahren, in zwei Fällen zwischen 30 und 40 Jahren und in einem Fall mit 65 Jahren beobachtet. Die Details der interessanten Arbeit müssen im Original studiert werden.

*Fritz Loeb-München.*

**Über einen Fall von Ureteritis cystica**, von SIMKLEW. (*Il Polichin.* 1895, Nr. 8.) Die Affektion kann infolge einer chronischen Entzündung der Ureterschleimhaut entstehen und bildet eine Krankheit sui generis. Spezifische Mikroorganismen spielen bei ihrer Entstehung keine Rolle. Die Cysten entstehen aus den sog. v. BRUNNENschen Nestern, die selbst Faltenbildungen im Deckepithel des Ureterkanals ihre Entstehung verdanken. Elastische Fasern findet man in den Wandungen der Cysten keine, weil sich normalerweise keine elastischen Fasern in den oberflächlichen Schichten der Ureterschleimhaut finden. Andererseits konstatiert man bei der Ureteritis cystica bedeutende Veränderungen im elastischen Gewebe der übrigen Schleimhaut der Kanäle, welche Erweiterungen, Varicenbildungen usw. des Ureterkanals zur Folge haben.

*C. Müller-Genf.*

**Der Wert der Verwendung eines skiagraphischen Ureterenbougies zur Präzisierung chirurgischer Maßregeln bei Nierenkonkrementen**, von E. H. FENWICK-London. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1905.) An einer kleinen Serie von vortrefflichen Skiagrammen demonstriert F. den Wert eines schattengebenden Ureterenbougies zur Differentialdiagnose zwischen einem im Ureter festgekeilten Steine und anderen schattengebenden Körpern in der Bauchhöhle, z. B. verkalkte Mesenterialdrüsen. In verschiedenen Fällen konnte er durch das mittels des CASPERSchen Ureter-Cystoskops eingeführte Bougie nachweisen, daß vermeintliche Steine nicht im Ureter gelegen waren. Aufser den verkalkten Mesenterialdrüsen können auch Kalkablagerungen Atherom einer größeren Arterie im Spiele sein.

*Philippi-Bad Saalschlurf.*

**Stenosierung der Ureteren**, von K. W. MONSARRAT-Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 17. Juni 1905.) Verengerungen des Lumens der Ureteren können naturgemäß entstehen einmal als Kongenitale Anomalien, ferner durch Kompression von außen und drittens durch krankhafte Veränderungen im Inneren des Kanals, Entzündung namentlich tuberkulösen Ursprungs, Trauma, Konkremeente. Aus der Literatur hat M. 30 Fälle zusammengestellt, welche durch chirurgische Eingriffe sichergestellt und meistens geheilt wurden. Diesen fügt er drei eigene Beobachtungen hinzu. Dieselben verliefen günstig. Lehrreich ist namentlich der eine, ein 20jähriges Mädchen betreffende Fall, welcher zuerst als Appendicitis diagnostiziert wurde und nach Entfernung des Proc. vermiformis eine Zeitlang Besserung zeigte. Das entfernte Stück bot nur ein mäßiges Gebiet von erodierter Schleimhaut dar. Die wahre Krankheitsursache war eine abnorme Verengung des Ureterlumens, welche ohne erkennbare Ursache entstanden war. Bei dem zweiten Falle war eine traumatische Ursache beteiligt; bei dem dritten Patienten, einem 27jährigen Burschen, waren wiederum die sehr intensiven Erscheinungen ohne erkennbare Veranlassung entstanden.

*Philippi-Bad Saalschlurf.*

**Über die Methoden, den Harn jeder Niere getrennt aufzufangen, von ALKMAR VON ALVENSLEBEN.** (Inaug.-Diss. Freiburg i. B. 1904.) Von den in Rede stehenden Methoden kommen eigentlich nur zwei: der Ureterenkatheterismus und die intravesikale Urinsegregation in Betracht, da die übrigen alle zu umständlich, eingreifend und unsicher sind, um eine allgemeine Anwendung zu finden. In Fällen, wo der Ureterenkatheterismus aus technischen Gründen, wie Unauffindbarkeit und Unzugänglichkeit der Uretermündung, nicht zu beseitigende Trübung des Blaseninhaltes durch Blut oder Eiter oder aus sonstigen Gründen nicht ausführbar ist, sind die Segregatoren anzuwenden. Anders liegt es in Fällen, wo beide Methoden die gleichen Chancen haben, ein gutes Resultat zu geben. Es kann nicht geleugnet werden, daß der Ureterenkatheterismus die absolut sichere Gewähr dafür leistet, daß der gesammelte Urin ein unvermischtes Produkt der einen Niere ist, während die Segregatoren, wenn auch annähernd, diesen Grad von Sicherheit nicht gewähren. Sobald es sich aber darum handelt, die Quantität des in der Zeiteinheit von jeder Niere ausgeschiedenen Harns, wie es für die Berechnung der „Functional capacity“ einer Niere nötig wird, zu bestimmen, hat der Segregator vor dem Ureterenkatheterismus den Vorzug, daß er den ganzen Urin der einen Seite ohne jeden Verlust liefert, während beim Ureterenkatheterismus der größte Teil zwar durch den Ureter geht, sehr häufig aber ein Teil neben dem Katheter entlang, in die Blase gespritzt wird. Beim Ureterenkatheterismus wird das Untersuchungsergebnis in 50% der Fälle durch artificielle Beimischungen von Blut und Epithelzellen gestört. Beim Segregator ist eine Blutung zwar auch möglich, doch bei gesunder Blase eine Ausnahme und bei entzündeter Blase durch Einführen von Nebennierenextrakt gut zu vermeiden. Auch in diesem Punkte ist der Segregator dem Ureterenkatheterismus überlegen. Der größte und wichtigste Vorteil aber, den die Anwendung des Segregators vor der des Ureterencystoskops gewährt, ist, daß man mit dem ersteren die Gefahr der Infektion einer Niere oder eines Ureters umgehen kann. Mag man diese Gefahr im Interesse des Ureterenkatheterismus auch noch so leicht darzustellen versuchen, so muß doch die Möglichkeit einer Infektion immer zugegeben und bei der großen Gefahr und den schweren Folgen derselben für den Patienten auf jede nur mögliche Weise zu vermeiden gesucht werden. In allen den Fällen, wo der spontan gelassene Urin eine septische Beschaffenheit zeigt, sollte der Ureterenkatheterismus möglichst eingeschränkt und durch den Gebrauch des Segregators ersetzt werden. (Diese ganzen Ausführungen berücksichtigen nur den Wert des Ureterenkatheterismus, soweit er der getrennten Aufsammlung der Urine dienen soll.) Zunächst soll die Segregation versucht werden. Erscheint das hierdurch gewonnene Resultat unbefriedigend oder zweifelhaft, so kann dasselbe immerhin noch leicht durch eine cystoskopische Blasenuntersuchung bestätigt, ergänzt oder berichtigt werden. Wird auch so kein befriedigendes Resultat erzielt, so käme schließlich im äußersten Fall der Ureterenkatheterismus in Betracht.

Nun gibt es aber auch eine Reihe von Fällen, in denen die Segregatoren nicht anwendbar sind, besonders wenn der anatomische Charakter des Blasenbodens durch Geschwülste, Ulcerationen und Verzerrungen verändert ist. Leider läßt in diesen Fällen auch meist der Ureterenkatheterismus im Stich. Sollte es aber in einem solchen Falle durchaus notwendig erscheinen, eine getrennte Uringewinnung zu bewirken, so bliebe als einzige Zuflucht nur eine der übrigen Methoden, aus denen je nach der Individualität des Falles und nach dem Geschlecht der Kranken die passendste auszuwählen wäre.

*Fritz Loeb-München.*

**Über eine bisher noch nicht beschriebene Veränderung am Urin von Nephritikern, von M. A. RUFFER und G. CALVOCORESSI-Alexandria.** (*Brit. med.*



*Journ.* 25. Nov. 1905.) Vor einiger Zeit haben Verfasser gefunden, daß man bei Kaninchen durch Injektion von menschlichem oder tierischem Urin eine derartige Veränderung des Bluteserums bewirkt, daß dieses auf das Blut des Menschen resp. Tieres, von welchem der Urin stammte, hämolytisch wirkt. Als wirksame Substanz in dieser Beziehung bezeichnen sie gewisse als Lysogene benannte Körper, welche durch Sättigung des Urins mit Ammoniumsulfat oder Bleiacetat gefällt werden, durch Säuren und Alkalien leicht vernichtet werden, dagegen für Hitze sehr widerstandsfähig sind. In der vorliegenden Mitteilung berichten sie, daß im Urin von Nephritikern diese Lysogene zu fehlen scheinen, denn von 16 Fällen zeigte die Injektion des Urins bei 11 Patienten gar keine hämolytischen Eigenschaften, bei 4 nur eine schwache und nur bei einem einzigen Patienten eine kräftige Wirkung.

*Philippi-Bad Salzschrif.*

## Verschiedenes.

**Personalia.** Ende vorigen Monats starb nach längerem Leiden unser langjähriger treuer Mitarbeiter Herr Dr. med. ARNOLD LOEWALD in Kolmar i. E. — Seine überaus rege Tätigkeit für unsere Zeitschrift, seine strenge Pflichterfüllung und Pünktlichkeit, sowie seine Unparteilichkeit in seinen Kritiken wird ihm bei den Lesern der Monatshefte wie bei der Redaktion stets ein ehrenvolles Andenken bewahren. —

Die Moskauer Dermatologische und Venereologische Gesellschaft hat in der Sitzung vom 24. Februar (9. März) 1906 Herrn Dr. P. G. UNWA zu ihrem Ehrenmitgliede ernannt.

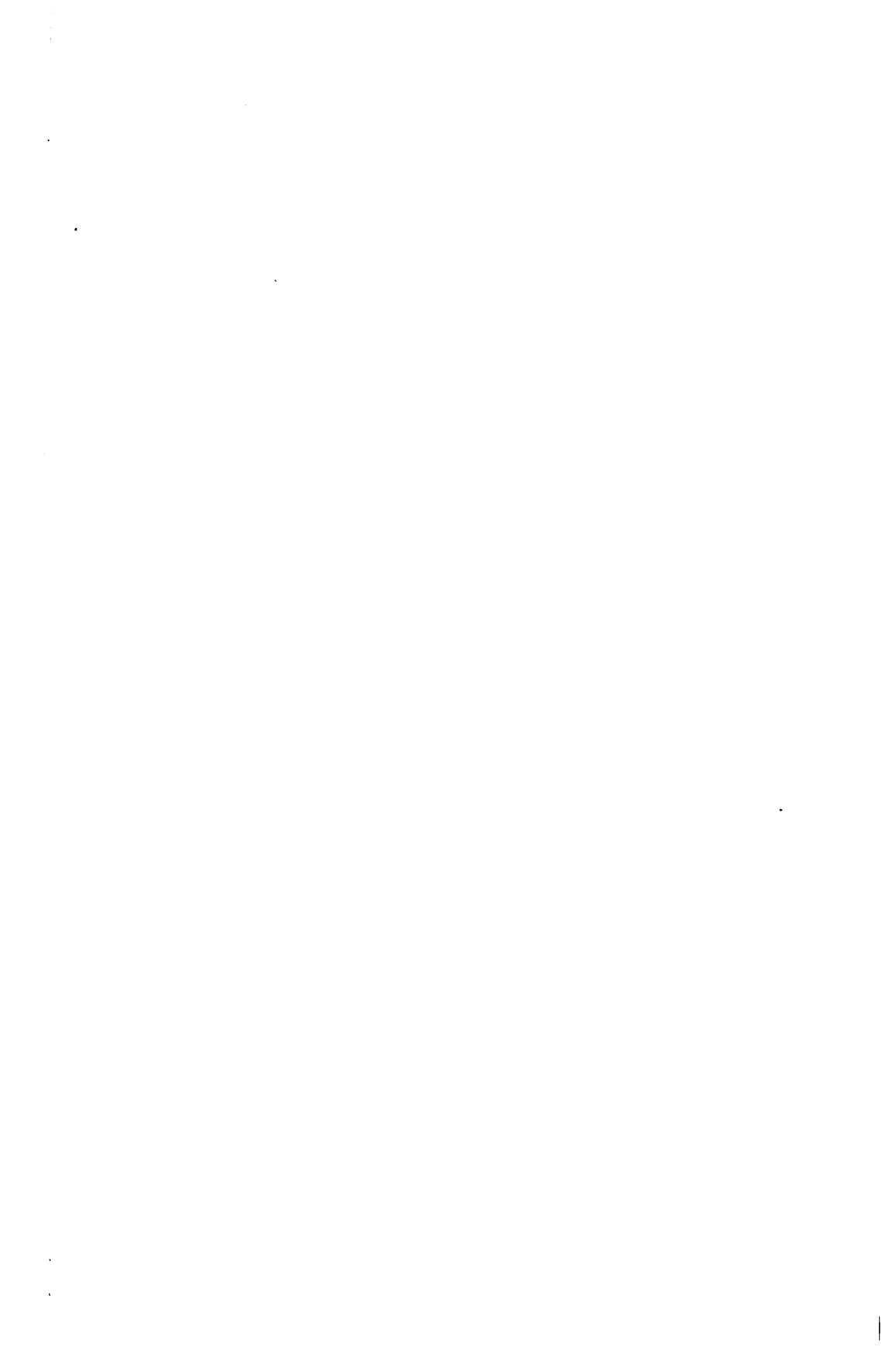
**Bemerkungen über einige Hauterkrankungen bei Kindern,** von GORTHEIL. *Arch. of Pediatrics.* Juni 1904.) Der Artikel bringt Bilder von Impetigo contagiosa, Ekzem und Psoriasis und Notizen über die Behandlung, aber nichts Neues oder Bemerkenswertes.

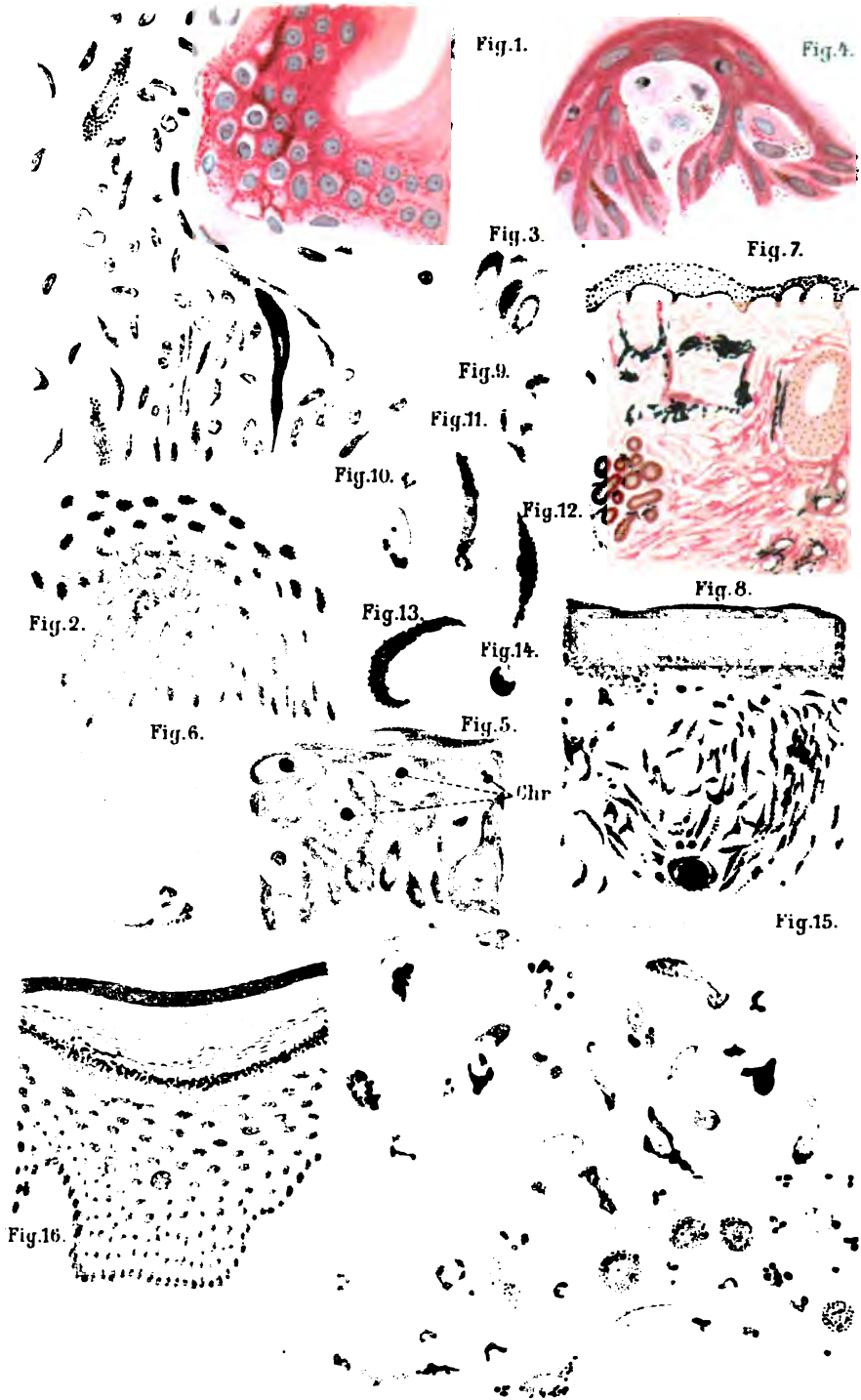
*F. Hahn-Bremen.*

**Ärztliche Diskretion,** von E. S. Mc KEE - Cincinnati. (*Gaillards Southern med.*) Verfasser bringt eine Anzahl recht interessanter Beispiele aus seiner 25jährigen Praxis, welche lehren, wie schwierig sich oft in Fragen der Geschlechtskrankheiten die ärztliche Pflicht der Verschwiegenheit gestaltet. Besonders die Behandlung der Blennorrhoe und deren Folgen haben zuweilen ein wahres Wirrsal von Unannehmlichkeiten nach sich gezogen und Mc KEE hat oft den Ehemann im Hinterraum und die Ehefrau im Vorderraum zur Behandlung gehabt, beide waren mit Blennorrhoe behaftet und versuchten es, ihr Leiden vor einander zu verbergen; auch die Blennorrhoe im Kindesalter und die dabei anzuwendenden Vorsichts- und Behandlungsmitteln können endlose Komplikationen unter den Eltern oder Verwandten, bei welchen die Ansteckung erfolgt ist, hervorrufen. Man kann Verfasser nur beipflichten, wenn er in dem Versuche, die ärztliche Verschwiegenheit bis zu dem Äußersten zu bewahren, sogar den Gerichten Widerstand entgegensetzt, und ihm die Anerkennung nicht versagen, wenn er sich in diesem Pflichtgeföhle auch durch Zwangshaft, die ihm einmal auferlegt wurde, nicht irremachen liefs. Auf die einzelnen Fälle und die poetischen Schlussätze über die Liebe und deren Verherrlichung kann hier nicht eingegangen werden.

*Stern-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.





Aus Dr. UNNAS Dermatologicum.

## Untersuchungen über die Wirkungen des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut des Menschen.

Von

Dr. MBIROWSKY-Grudenz,  
Spezialarzt für Hautkrankheiten.

Mit einer Tafel.

Die Wirkung des Finsenlichtes auf die normale Menschenhaut ist bisher nur von MAGNUS MÖLLER (1) studiert worden. Andere Forscher benutzten zu ihren Versuchen entweder die Haut von Lupuskranken (GLEBOWSKI, PILNOW, McLEOD, WANSCHER) oder von verschiedenen Tieren (FINSEN, DREYER und JANSEN, VERRÉS usw.). LEREDDE und PAUTRIER (2) haben zwar einen Teil ihrer Versuche ebenfalls an der normalen Haut des Menschen ausgeführt, jedoch nicht mit der Finsenlampe, sondern mit der von LORTET und GENOUD. Es ist daher nicht angängig, die von ihnen gefundenen Ergebnisse ohne weiteres auf diejenigen zu beziehen, die nach einer Bestrahlung mit der Finsenlampe zur Beobachtung kommen.

MAGNUS MÖLLER fand bei Belichtung normaler Haut mit der Finsenlampe während einer halben Stunde fünf Tage nach der Bestrahlung die Hauptveränderungen im Epithel, und zwar seröse Infiltration, Mitosenbildung in der ganzen Stachelschicht und vereinzelte Leukocyten. Die basalen Zellen enthalten im Gegensatz zur normalen Haut kein oder nur sehr wenig Pigment. „Bald in unmittelbarer Kontinuität mit der Körnerschicht, bald getrennt davon durch Hornzellen von gewöhnlichem Aussehen läuft durch die Hornschicht ein in seiner Breite wechselnder Streifen von kernführenden Zellen oder Zellschollen.“

Bei  $1\frac{1}{2}$ stündiger Belichtung und Exzision nach fünf Tagen fand MÖLLER Blasenbildung in der Epidermis, Ödem, Gefäßerweiterung und Blutung im Corium. Er schließt aus diesen beiden Untersuchungen und aus ähnlichen Versuchen an Kaninchen folgendes: Die zuerst eintretende Veränderung auf der belichteten Hauptpartie zeigen die Gefäße, welche

makroskopisch mehr oder weniger dilatiert werden. Im Zusammenhang damit tritt eine Durchfeuchtung der Epithelien mit einer abnormen Hornbildung (Parakeratose) und veränderter dunklerer Hornfarbe ein. „Bei intensiverer oder langdauernder Einwirkung des Irritaments kommt es zu einer Exsudation, welche serofibrinös und zellenreich ist, meist auch mit einem Zusatz von roten Blutkörperchen versehen sein kann. Je nach der Beleuchtungsintensität und verschiedenartigen Beschaffenheit der bestrahlten Haut sind die Veränderungen mehr oder weniger tiefgehend. Abhängig von der Intensität des Exsudationsprozesses können dann mehr oder weniger in die Augen fallende Störungen entstehen; das kollagene Gewebe schwillt an und wird homogenisiert. Das Epithel schwillt, wird locker infiltriert und blasig abgehoben. Die Kontinuitätstrennung geschieht bei verschiedenen Gelegenheiten an verschiedenen Stellen. Bei intensiverer Belichtung tritt Thrombenbildung in den Gefäßen der Cutis ein.“

LEREDDE und PAUTRIER bestrahlten normale Menschenhaut mit dem Apparate von LORTET und GENOUD 17 Minuten und exstirpierten nach einer Viertelstunde, nach einem, nach vier und nach 17 Tagen.

Nach einer Viertelstunde fanden sie nur mäßige Gefäßerweiterung, nach 24 Stunden Erscheinungen akuter Entzündung, in geringem Malse diffuse Akanthose, mäßige Zellansammlung, schlecht färbbare Kerne, UNNAS spongoide Degeneration und die LELOIRSche *Altération cavitaire*, Blasen unter der Hornschicht, die mit Fibrin angefüllt sind. Die Haare waren angeblich unverändert. Am vierten Tage fanden sie alle Veränderungen noch stärker ausgeprägt, das Epithel stellenweise abgehoben und mit Vakuolen angefüllt, in den unter dem Epithel befindlichen Blasen polynukleäre Zellen und solche mit großem Kern, die sie wahrscheinlich für mononukleäre Leukozyten hielten. Die Epithelien hatten teilweise ihren Kern verloren. Acht Tage nach der Behandlung war die Oberhaut verdickt; es fanden sich Mitosen in den Endothelien und in den basalen Stachelzellen; letztere zeigten keine Spur mehr von Pigmentation, trotzdem die normale Haut reichlich pigmentiert war.

An belichtetem Lupus wurden ähnliche Befunde festgestellt. Hier möchte ich nur hervorheben, daß WANSCHER (3) außer starken Entzündungserscheinungen auch Blutextravasationen beobachtet hat, welche VERRÉS (4) auf die Vulnerabilität des Lupusgewebes und auf den Druck der Kühllinse zurückführt. DREYER und JANSSEN (5) machten ihre Versuche unter möglichster Ausschließung der Wärmestrahlen an der Zunge und an der Schwimmbhaut des Frosches und an der Kaulquappe und kamen zu folgendem Ergebnis:

„Erst entsteht Gefäßdilatation und hierauf Hyperämie, danach reichliche seröse Infiltration sowie Thrombosierung der oberflächlichen Kapillaren und kleinen Gefäße. Erst später beginnt eine relativ geringe Emigration

weißer Blutkörperchen von den etwas tiefer liegenden, nicht thrombosierten Gefäßen. Gleichzeitig hiermit nimmt die Reparationsarbeit ihren Anfang und wird insgesamt innerhalb zirka einer Woche beendet sein. Die Haupteigenschaften der Lichtwirkung sind also deren oberflächlicher Sitz und deren außerordentlich milder Verlauf.“ So wichtig und interessant diese Versuche auch sind, so sagen sie doch nichts aus über die Veränderungen, welche die Stachelschicht durch die Bestrahlung erleidet.

Die letzte Untersuchung über die Wirkung des Finsenlichtes stammt aus Dr. UNNAS Dermatologicum und Professor VON MARSCHALKOS Klinik; sie wurde von VERRÉS am Kaninchenohr ausgeführt. VERRÉS faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen unter Berücksichtigung der von den anderen Autoren gefundenen Resultate in folgenden Worten zusammen:

„Es entsteht eine von verschiedenen Gewebsschädigungen begleitete oberflächliche Entzündung, die aber auch eine Erweiterung der tieferen Gefäße und hauptsächlich Leukocytenemigration aus denselben hervorruft. Darauf folgt eine Abnahme der Entzündung parallel mit der Zunahme und Generalisierung der Reaktionssymptome, deren Endprodukt stets eine Hypertrophie oder Proliferation der fixen Gewebszellen ist.“

Während wir nun verschiedene Arbeiten über die Wirkung des Finsenlichtes auf den Lupus und auf die Haut verschiedener Tiere besitzen, liegen nur zwei Versuche MÖLLERS über seine Wirkung auf die normale Menschenhaut vor. Eine hier bestehende Lücke auszufüllen, ist der Zweck der folgenden Arbeit. Da mir in meiner Praxis Gelegenheit geboten wurde, einigen meiner Patienten kleine Hautstückchen zu exzidieren, so machte ich von dieser Erlaubnis ausgedehnten Gebrauch und habe über 30 verschiedene Präparate gewonnen, welche zu verschiedenen Zeiten nach der Bestrahlung, und zwar stets ohne Anwendung von Chloräthyl, exzidiert, in absolutem Alkohol gehärtet und in Celloidin eingebettet wurden. Zur Belichtung verwendete ich meine Finsen-Reynlampe und wählte hauptsächlich den Vorder- oder Oberarm. Die gewählte Stelle wurde in einem solchen Abstände von der unteren Linse eingestellt, daß ein scharfbegrenzter Lichtkegel von etwa 20 mm Durchmesser entstand.

Die Sitzung dauerte in der Regel fünfviertel Stunden, wurde jedoch in einzelnen Fällen bis auf zwei Stunden ausgedehnt.

Eine Ausschließung der Wärmestrahlen, wie sie nahezu vollkommen von DREYER und JANSEN bei ihren Versuchen erreicht wurde, habe ich so weit durchgeführt, wie sie überhaupt möglich ist. Die bestrahlte Haut fühlte sich jedesmal nach der Bestrahlung kühl an, und ich habe auch bei einem Versuch an meinem eigenen Unterarm kaum jemals ein Wärmegefühl gehabt. Da es jedoch nach den Untersuchungen von SCHOLZ (6) wahrscheinlich ist, daß auch den Wärmestrahlen ein Anteil an der Wirkung des Finsenlichtes zukommt, habe ich von einer exakten thermometrischen

Kontrolle Abstand genommen. Die in folgendem geschilderten Wirkungen sind also diejenigen, welche durch eine von der geübten Hand eines Wärters vorgenommene Bestrahlung mit der Finsen-Reynlampe hervorgerufen werden.

Unmittelbar nach der Bestrahlung herausgeschnittene Hautstückchen zeigen in der Cutis keine Veränderungen, im Epithel gut erhaltene Zellgrenzen, Kernteilungsfiguren, Ausschwemmung von Granoplasma, auf die ich weiter unten eingehen werde, und vor allem reichliche Neubildung von Pigment. Dieses massenhafte Auftreten von Pigment genau innerhalb der Zellgrenzen nach vollständigem Wegdrucke des Blutes durch das Druckglas scheint mir ein exakter Beweis für die Entstehung des Oberhautpigments in der Oberhaut selbst zu sein. Wegen der Wichtigkeit des Gegenstandes werde ich ihn in einer besonderen Arbeit behandeln.

Drei Stunden nach der Bestrahlung fand ich eine leichte Schädigung des Protoplasmas. Dieses färbt sich nämlich mit polychromer Methylenblaulösung nicht mehr so saftig wie das normale Protoplasma. Die Zellgrenzen sind undeutlich, die Kerne liegen, infolge einer beginnenden Lockerung und Ausschwemmung des Granoplasmas loser in den Zellen (Fig. 1). Das Hautpigment ist deutlich vermehrt und auch in den oberen Zellagern der Stachelschicht zu finden. Kernteilungsfiguren sind nirgends mehr zu sehen. Im Bindegewebe findet man die oberflächlichen und tiefen Gefäße deutlich erweitert, die Bindegewebszellen dagegen nicht vermehrt. Kollagen und Elastin sind gut erhalten.

Nach sieben Stunden sind die Veränderungen der Stachelschicht sehr viel ausgeprägter. Man sieht anstatt des gewöhnlichen Zelleninhalts ein feinkörniges Protoplasma die Kerne umgeben; diese feinkörnige Masse besteht zum Teil aus aufgelöstem Granoplasma, zum Teil aus neugebildetem Pigment. Man sieht ferner um den geschädigten Kern deutlich braune Körnelungen auftreten, die nach der Vernichtung des Kerns diesen ersetzen; auch in den basalen Stachelzellen ist die ganze Kernhöhle nach dem Untergang des Kerns mit Pigment ausgefüllt. Die Pigmentanhäufung hat ihre größte Dichte um den Rand des Kerns; ist dieser an einzelnen Stellen durch den Schnitt verloren gegangen, und findet man an seiner Stelle eine Höhlung, so ist in diesem Falle die Zelle genau bis zum Rande der Höhlung mit Pigment angefüllt. Dieser Ersatz des Protoplasmas in Pigmentkörnelungen ist in den oberen Zellagern der Epidermis ebenso zu finden wie in den unteren. Dabei konnte ich eine auffallende Vermehrung der sogenannten Chromatophoren in der Stachelschicht nicht feststellen, und die Pigmentbildung war genau innerhalb der Zellgrenzen zu finden (s. Abbild. 3).

Die Kerne sind nur teilweise gut erhalten; da, wo die Bestrahlung am intensivsten gewirkt hat, sind sie in einzelne Bröckel zerrieben (Fig. 2); das Epithel ist bereits an einzelnen Stellen nekrotisch und hier mit

dichten Anhäufungen natürlichen Pigments gefüllt. Blasenbildung ist nirgends nachweisbar.

Das Granoplasma ist in Form von Bröckeln und in Lösung in weit stärkerem Maße als vorher in das Kollagen übergegangen; dieses färbt sich bei Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA rot. In der Cutis findet man verschiedene Arten von Mastzellen (Fig. 1). Einige haben neben ihrer dunkelbraunen Körnelung in einem mehr oder minder großen Teil ihres Zellleibes eine homogene rote Färbung; ebenso finden sich Spindelzellen, die rot und homogen sind und überhaupt keine Körnelung aufweisen. Offenbar haben sich sowohl die letzteren wie die Mastzellen mit dem ausgeschwemmten Granoplasma beladen und sich dadurch bei Anwendung der Methode von PAPPENHEIM-UNNA rot gefärbt; man findet hier also dieselben Erscheinungen der Ausschwemmung des Granoplasmas, die UNNA (7) experimentell durch Einlegen der Schnitte in Kochsalzlösung und Serum erzeugt und in Heft 6/7 seines Histopathologischen Atlas zur Histopathologie der Haut abgebildet hat. Die oberflächlichen und tiefen Gefäße sind deutlich erweitert; und die Kollagenbündel stark geschwollen; das Elastin ist unverändert. Das ganze Bindegewebe ist mit einer geringen Aussaat von Leukocyten durchsetzt, die Bindegewebszellen sind noch nicht deutlich vermehrt. Auch im Bindegewebe findet man eine Vermehrung der pigment führenden Zellen. Die Epithelzellen der Anhangsgebilde sind zweifellos in ihren oberen Schichten nach der Richtung geschädigt, daß das Granoplasma zum Teil aufgelöst und daß das Pigment vermehrt ist. In den tieferen Schichten sind jedoch keine nennenswerten Veränderungen wahrnehmbar.

In den Präparaten, welche nun folgen und ein bis sieben Tage nach der Bestrahlung exzidiert sind, steigern sich die Veränderungen im Epithel bis zur Nekrose desselben auf großen Strecken. Nachdem das Granoplasma in Lösung und in Bröckeln aus dem Zellprotoplasma ausgetreten ist, beginnt eine eigentümliche Chromatolyse des Kerns (Fig. 4 und 5): das Chromatin des Kerns sammelt sich zu einem Tropfen an. Um diesen Tropfen entsteht dadurch eine helle Zone, und es bleiben nur einige rotgefärbte Stückchen zurück, welche wahrscheinlich die gut erhaltenen Kernkörperchen, vielleicht auch zusammengeballtes Granoplasma darstellen. Dadurch entstehen in der Zelle Hohlräume. Durch Zusammenfließen solcher Komplexe entstehen Bilder, wie sie die genannten Abbildungen zeigen. Durch das bestehende Ödem sind die Zellgrenzen verschwommen und die ganze Stachelschicht verbreitert. Bei der Weiterentwicklung der geschilderten Veränderungen finden wir die Zellen massenhaft mit Pigment angefüllt und die Kerne in einen Körnerhaufen aufgelöst; sind letztere durch das bestehende Ödem ausgelaugt, so findet man Hohlräume, in denen eine nicht mehr differenzierbare Masse liegt. Nachdem auch diese Bilder



verschwunden sind, zeigen sich an Stelle der früheren Kerne nur noch Hohlräume, welche sich plastisch aus dem umgebenden Stützgerüst herausheben (Fig. 6). Dieses Stützgerüst scheint der Vernichtung durch das Licht am längsten zu widerstehen. Ganz besonders gut ist es in den in FLEMINGE fixierten und mit Safranin gefärbten Präparaten darstellbar. Schliesslich bildet das Epithel nur noch einen einzigen, nicht differenzierbaren, grangefärbten Streifen. Sind die Veränderungen soweit gediehen, dann wird die nekrotische Epidermis durch eine neugebildete Blase von ihrer Unterlage abgehoben. Die Abhebung der Stachelschicht findet jedoch nicht immer nur dann statt, wenn sie nekrotisch ist, da sich häufig in den abgehobenen Partien noch relativ gutgefärbte Kerne vorfinden. Ein Unterschied in den Veränderungen der basalen und oberen Zellen der Stachelschicht in bezug auf den Ablauf der Schädigungen ist nicht sicher konstatierbar. Hin und wieder habe ich da, wo die basalen Zellen bereits nekrotisch und nur noch mit Pigment angefüllt sind, die oberen Schichten relativ gut erhalten gesehen; mitunter aber war es gerade umgekehrt. Die Blasenbildung ist entweder eine subkorneale oder tritt innerhalb der Stachelschicht oder mitunter auch unterhalb derselben auf, je nach der Stärke der erzielten Reaktionen. Die Blasen selber enthalten ein serofibrinöses Exsudat, das zahlreiche Leukocyten und eine Zellgattung einschliesst, deren grosser Kern sich bei Anwendung der PAPPENHEIM-UNNASchen Lösung blafsblau, deren Protoplasma sich rot färbt. Die Form der Zellen ist entweder rund oder langgestreckt. Sie führen auffallenderweise viel Hautpigment mit sich. Ihrem Aussehen und ihrer Färbbarkeit nach können sie nur für Lymphocyten oder gewöhnliche Spindenzellen gehalten werden; diese letzteren nehmen, wenn sie mobil geworden sind, in einem flüssigen Medium theils Kugelform an, theils Spindelform. Dauerte die Bestrahlung fünfviertel Stunden, dann enthielt das Exsudat keine roten Blutkörperchen, es sei denn, dass sie bei der Exzision des Hautstückchens in die Blase hineingekommen sind; dagegen fanden sich im Blaseninhalt häufig Blutbeimengungen, wenn die Bestrahlung zwei Stunden gedauert hatte. In diesem Falle muss das Vorhandensein des Blutes im Blaseninhalt als eine sichere Folge der Bestrahlung aufgefasst werden, da es schon makroskopisch erkennbar war, ohne dass eine Exzision vorgenommen wurde.

In das nekrotische Epithel dringen nun mit grosser Lebhaftigkeit Leukocyten ein, die alle möglichen sternförmigen Figuren annehmen, ferner die eben beschriebenen mobil gewordenen Bindegewebszellen. Um diese Zeit treten auch um die Gefässe Zellen mit grossem, stark chromatinhaltigem Kern auf, die ihrem Aussehen und ihrer Färbbarkeit nach für Plasmazellen gehalten werden müssen. Auffallend ist das häufige Vorhandensein von Blutungen im Corium in Präparaten von verschiedenen Tagen nach der Bestrahlung. Oberflächliche und tiefe Blut-

gefäße sind beträchtlich erweitert; das ganze kollagene Gewebe ist mit zahlreichen, nach der Oberfläche wandernden Leukoocyten durchsetzt, die Bindegewebszellen in lebhaftester Proliferation und bedeutend vermehrt. Die Kollagenbündel sind mächtig geschwollen und auseinandergedrängt, das Elastin dagegen unverändert. Die in die Cutis hineinragenden epithelialen Anhangsgebilde sind nur in ihren oberflächlichen Schichten geschädigt; jedoch sind die Veränderungen kaum stärker als die vorher beschriebenen. Hervorzuheben ist, daß auch in diesem Stadium das Pigment massenhaft vermehrt ist.

Reparationserscheinungen habe ich nicht vor dem vierten Tage gesehen; um diese Zeit schiebt sich unter das nekrotische Epithel von der Seite her eine in lebhafter Zellwucherung befindliche neue Stachelschicht, deren Zellen Mitosen aufweisen, jedoch anfangs noch kein Pigment besitzen. Dies neue Epithel wuchert, nachdem die nekrotische Stachelschicht sich zu einem Schorf verdichtet hat, so lebhaft, daß es anfangs nur an den Rändern, später aber auf der ganzen Strecke zu einer mächtigen Verdickung der Stachelschicht führt. Am auffälligsten ist jetzt das Auftreten von neuem Pigment nicht nur in den basalen Zellen, sondern in der gesamten Stachelschicht. Man findet es meist genau innerhalb der Zellen liegen; in den unteren Zellagen füllt es auch die Lymphspalten aus und scheint hier nicht immer an Zellen gebunden zu sein; sehr viel seltener sieht man zwischen den Epithelzellen fein gehörnerte Gebilde mit großem, blauem Kern, welche am Kopf und am Schwanz desselben einen braunen Pigmentbüschel tragen; sogar in den feinen, gewundenen Lamellen der Hornschicht findet man Pigment. In auffälliger Menge aber liegt es zwischen Stratum corneum und dem darüberliegenden Schorf.

Im Bindegewebe, in welchem man ebenfalls eine geringe Vermehrung des Pigments feststellen kann, verschwindet allmählich das Ödem und macht folgenden Veränderungen Platz: Die oberflächlichen und tiefen Blutgefäße sind nicht übermäßig erweitert; das Kollagen ist stärker gefärbt als normal und an mehrfach bestrahlten Stellen so verdickt und vermehrt, daß alle Organe eingezwängt und zusammengedrängt werden; Lymphspalten sind kaum als solche mit Sicherheit erkennbar; das Elastin erscheint unverändert. Eine Umwandlung in basophiles Kollagen oder in hyaline Entartung ist nicht nachweisbar. In die Augen springt ferner eine enorme Anzahl von sauren Kernen in der Stachelschicht und in den Knäueldrüsen.

Das Licht übt also auf die Epithelzelle zuerst eine anregende Wirkung aus, welche sich durch Kernteilungsfiguren und Pigmentneubildung dokumentiert, erst bei länger dauernder Einwirkung hat es eine enorme Schädigung der

Epidermis zur Folge, welche eine Reihe von degenerativen Veränderungen durchmacht, schliesslich nekrotisiert und durch Blasenbildung abgehoben wird; ungefähr gleichzeitig mit den Schädigungen der Stachelschicht tritt eine Erweiterung der oberflächlichen und tiefen Gefässe auf, welche eine starke Leukocytenemigration und Blutungen ins Gewebe zur Folge hat; das Licht ruft ferner eine Vermehrung der Bindegewebszellen und eine Schwellung des Kollagens hervor. Nachdem die Entzündungserscheinungen den Höhepunkt erreicht haben, setzen die Reparationserscheinungen mit einer starken Verdickung der Stachelschicht ein, deren Zellen anfangs pigmentlos sind, später aber eine Neubildung und Vermehrung des Pigments in allen Schichten des Epithels aufweisen. Im Bindegewebe verschwindet das Ödem, und es bleiben schliesslich folgende Veränderungen zurück: Hyperpigmentation in der Stachelschicht und starke Verdickung und Vermehrung des Kollagens.

Die hier gefundenen Ergebnisse stimmen nicht in allen Punkten mit denen der früheren Untersucher überein. Die Veränderungen, die MÖLLER in seinem ersten Versuch beschreibt (halbstündige Bestrahlung, Exzision nach fünf Tagen) sind zweifellos nicht unmittelbare Wirkungen des Lichtes; der von ihm geschilderte, in der Hornschicht liegende Streifen von kernführenden Zellen mit Zellschollen stellt, wie ich bei meinen Versuchen immer wieder gesehen habe, die Trümmer der durch die Lichtwirkung nekrotisierten Epidermis dar, und die darunterliegende Parakeratose das erste Stadium der Neubildung der Stachelschicht. Deren erste Veränderungen mußten MÖLLER überhaupt entgehen, da er erst am fünften Tage nach der Bestrahlung untersucht hat. Ich konnte ferner weder UNNAS spongoide Degeneration noch die Altération cavitaire LELOIR, noch hyaline Degeneration nachweisen (LEREDDE und PAUTRIER). Die Blutung war in meinen Präparaten von verschiedener Intensität, jedoch eine regelmäßige Erscheinung, so daß ich sie als eine Folge der Lichtwirkung auffasse und nicht als durch den Druck der Kühllinse hervorgerufen (VERRES), zumal ich sie niemals in den unmittelbar oder einige Stunden nach der Bestrahlung exzidierten Hautstückchen gefunden habe, sondern gewöhnlich erst in 24 Stunden nach der Bestrahlung. Die Blutgefässe waren überall erweitert, jedoch nirgends verschwunden (LEREDDE und PAUTRIER). Einer besonderen Erörterung bedarf hier noch die Pigmentfrage. Wenn die Hyperpigmentation als eine langanhaltende Folge der Lichtwirkung nach der Bestrahlung mit der Finsenlampe zur Beobachtung kommt, ist es sehr auffallend, daß fast alle Untersucher hierfür kein anatomisches Äquivalent gefunden haben. LEREDDE und PAUTRIER haben z. B. acht Tage nach

der Belichtung keine Spur von Pigment in der Stachelschicht nachweisen können, und auch VERRES fand sieben Tage nach der Bestrahlung weniger Pigment als zwei Tage nach der Bestrahlung; auch MÖLLER hebt hervor, daß er nur wenig Pigment gefunden hat. Im Gegensatz hierzu fand ich, nachdem die Stachelschicht nach ihrer Neubildung sich anfangs tatsächlich pigmentfrei zeigte, eine Neubildung von Pigment nicht nur in den basalen, sondern auch in allen anderen Zellagern der Stachelschicht; selbst die Hornschicht war stets mit feinkörnigen, ihren welligen Zügen folgenden Pigmentationen versehen.

Auffallend ist der von VERRES am Kaninchenohr erhobene Befund: „Es sei nur die Aufmerksamkeit auf die interessante Erscheinung gerichtet, die wir 48 Stunden nach der Belichtung beobachtet haben, nämlich die bedeutende Infiltration des Epithels mit Pigment. Wir sahen bei dieser Gelegenheit im Epithel und im Schorf zahlreiche dichtpigmentierte Zellen, die ihrer Form nach den Stachelzellen täuschend ähnlich waren und auch einen ähnlichen Kern besaßen.“ Meine Versuche ergaben das Auftreten von Pigment überhaupt als eine der frühesten Reaktionen der Zelle auf die schädigende Wirkung des Lichtes. Ich konnte mit Sicherheit feststellen, daß es sich tatsächlich um eine auf die einzelne Zelle beschränkte Pigmentkörnelung handelt, die ihre größte Dichte um den Kern hatte, zu einer Zeit, wo die Blutgefäße der Cutis überhaupt nicht (unmittelbar nach der Bestrahlung) oder nur mäßig (drei Stunden nach der Bestrahlung) erweitert waren und von einer Beteiligung des Blutes an der Pigmentbildung nicht die Rede sein kann. Dieser Befund bildet eine Ergänzung zu den Untersuchungen von POST (8), SCHWALBE (9), RABL (10), CASPARY (11), BLASCHKO (12), KAPOSI (13), JARISCH (14) und neuerdings von GRUND (15) und beweist die Fähigkeit der einzelnen Epithelzelle zur Pigmentbildung im Gegensatz zu den Anschauungen von RIEHL (16), AEBY (17), EHRMANN (18), NOTHNAGEL (19), KÖLLIKER (20), die das Oberhautpigment nicht in der Oberhaut selbst entstehen lassen, sondern annehmen, daß es aus der Cutis dorthin transportiert wird.

Man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß diese Fähigkeit zur Pigmentbildung eine Schutzvorrichtung der Zelle gegen ihre völlige Vernichtung durch die Lichtstrahlen darstellt. Die Hypothese, daß das Pigment die Haut vor Verbrennung schützt, wurde zuerst von UNNA (21) aufgestellt und von FINSSEN (22) experimentell bewiesen. Ich glaube, daß derselbe Schluss auch für die einzelne Zelle zulässig ist, da meine Befunde beweisen, daß der Vernichtung der Zelle durch das Licht eine Pigmentbildung in derselben vorangeht. Man braucht nicht, wie es von POST geschieht, die Fähigkeit der Pigmentbildung nur den basalen Zellen zuzuschreiben und anzunehmen, daß die oberen Zellager als Abkömmlinge der basalen Zellen von diesen ihr Pigment erhalten haben. Meine Unter-

suchungen beweisen, daß in der einzelnen Zelle eine Pigmentbildung stattfinden kann, wenn das Protoplasma durch das Licht verändert resp. geschädigt wird.

Aus dem Umstande, daß eine Pigmentneubildung in Epithelzellen auftritt, ist es erklärlich, daß man in dem aus der nekrotischen Epidermis und dem Exsudat gebildeten Schorf das Pigment in erheblichem Maße findet. In welcher Weise es in diesem angeordnet ist, darauf werde ich, um Wiederholungen zu vermeiden, im zweiten Teil meiner Arbeit eingehen.

Die geschilderten Veränderungen laufen niemals in derselben Reihenfolge und in derselben Zeit ab. Man kann in keinem Falle bestimmen, nach welcher Zeit die eine oder die andere Veränderung eintritt. Das hängt nicht nur von der Intensität und der Anwendungsdauer der Lichtquelle ab, sondern auch von der Individualität der Haut. Bei durchsichtiger zarter Haut treten die Reaktionen schneller ein und laufen anscheinend auch schneller ab als bei der Haut von kräftigen, dunkelpigmentierten Menschen. Gerade bei diesen beobachtet man häufig, daß die Blasenbildung makroskopisch erst am fünften bis sechsten Tage beginnt, während man gewohnt ist, sie bei Lupuskranken viel früher auftreten zu sehen. Ich habe bei 100 Beobachtungen von Lupösen den allerersten Anfang der Blasenbildung genau gebucht und festgestellt, daß der allererste Beginn in die dritte bis achtzehnte Stunde nach der Bestrahlung fällt. Diese auffallende Differenz mit der Haut von gesunden, kräftig pigmentierten Menschen läßt sich nur durch die geringere Widerstandsfähigkeit des kranken Gewebes erklären.

## II.

Wie bereits aus einer kurzen Mitteilung hervorging, hatte ich beobachtet, daß Tätowierungen nach wiederholten, energischen Bestrahlungen mit der Finsenlampe zum Abblassen gebracht werden können. Ich ging bei meinen Versuchen von der in der allgemeinen Pathologie wohlbekannten Tatsache aus, daß Entzündungen imstande sind, das von ihnen getroffene Gewebe von fremden Einlagerungen zu befreien. In der unbehandelten Tätowierungsmarke liegt bekanntlich das künstliche aus Kohle oder Zinnober bestehende Pigment stets im Corium, teils frei, teils in Spindelzellen, jedoch niemals im Epithel, und zwar liegt es bei frischen Tätowierungen völlig regellos im Gewebe verteilt. Untersucht man dagegen Tätowierungsmarken, welche mehrere Jahre alt sind, so findet man die Farbstoffmassen festen Punkten anliegen und zwar den Gefäßen, deren Perithelien vermehrt sind, den Knäueldrüsen, Fettzellen und der äußeren Wurzel-scheide der Haare (s. Fig. 7). Man geht also nicht fehl, wenn man annimmt, daß ein Teil des hineingebrachten Farbstoffes seinen Ort verlassen hat, und daß die anfangs formlose Masse allmählich an festen Punkten hängen

bleibt. Wieviel Jahre dazu im einzelnen Falle notwendig sind, und ob in bezug auf diesen Punkt ein Unterschied zwischen Kohle und Zinnober besteht, kann ich nicht sagen.

Abgesehen von der Verdickung der Gefäße, sind keinerlei Veränderungen an der tätowierten Haut wahrnehmbar, und die Bestrahlung mit der Finsenlampe wirkt auf die tätowierte Haut ebenso wie auf die normale. Ich werde daher die bereits geschilderten Veränderungen nicht noch einmal berühren.

Hat die entzündliche Reaktion durch die Bestrahlung ihren Höhepunkt erreicht und zu einer Blasenbildung geführt, so finden wir folgende Veränderungen: Das Epithel ist zum Teil nekrotisch und abgehoben, färbt sich nach PAPPENHEIM-UNNA in einer unbestimmten, blaugrauen Farbe und enthält folgende Zellen (s. Fig. 8): 1. Leukocyten, welche in der abgehobenen nekrotischen Epidermis durch mehrere Kerne kenntlich sind; an den Stellen, an denen die Stachelschicht nekrotisch und nicht abgehoben ist, findet man sie in verschiedenen sternförmigen Figuren, jedoch immer als Leukocyten durch das Vorhandensein mehrerer Kerne erkennbar. 2. Runde oder Spindelzellen mit großem, blafsblauem Kern und rotem Protoplasma. Man findet sie entweder rein oder mit normalem Hautpigment beladen oder mit Farbstoffkörnern und Hautpigment. Man findet 3. langgestreckte, schmalleibige, rotgefärbte Zellen mit großem, blafsblauem Kern ohne oder mit langen Ausläufern; das Zellprotoplasma ist entweder rein oder mit normalem Hautpigment beladen oder mit Farbstoffkörnern oder mit normalem Hautpigment und mit Farbstoffkörnern. Man findet 4. Pigmentfiguren ohne erkennbaren Zusammenhang mit Zellen entweder als solche oder mit Tätowierungskörnern beladen. Die hier beschriebenen Formelemente finden sich neben freiliegenden Farbstoffkörnern auch in dem unter der nekrotischen Stachelschicht liegenden Exsudat.

Von größtem Interesse sind die Veränderungen im Bindegewebe. Schon bei schwacher Vergrößerung sieht man kommaförmige Gebilde, welche in der Mitte blau gefärbt sind und am Kopf und am Schwanz eine schwarze Masse tragen. Man kann ferner erkennen, daß sie zum größten Teil sich mit dem vorderen Ende nach der Oberfläche hin richten. Bei starker Vergrößerung ergibt sich, daß es sich um Gebilde handelt, welche in ihrem protoplasmatischen Teil Tätowierungsmasse tragen, während der blafsblaugefärbte Kern meist frei bleibt und gut erkennbar ist. Man findet sie aber auch bis zum Platzen vollgepackt und vollständig mit dem Farbstoffkörnern angefüllt. Sie häufen sich besonders an den Stellen an, an denen die Tätowierungsmasse sehr dicht ist, und man erkennt, daß dieser Transport des Farbstoffes auch von den ganz tiefgelegenen Depots stattfindet. Außer den eben genannten Zellen findet man auch noch ganz runde Zellen, die mitunter völlig mit Tätowierungs-

masse beladen sind, mitunter aber einen deutlichen Kern erkennen lassen und wahrscheinlich als mobil gewordene Bindegewebszellen aufzufassen sind. Ob sich auch die Leukocyten mit der Tätowierungsmasse beladen, habe ich nicht mit Sicherheit entscheiden können. Man findet zwar runde Zellen, in denen sich die Farbstoffmassen in zwei Punkten konzentrieren und von denen man vielleicht annehmen kann, daß es sich um mehrkernige Leukocyten handelt. Völlig einwandfreie Bilder habe ich jedoch nicht gesehen. Dieser Befund ist sehr auffallend, da man gewohnt ist, die Leukocyten als die Träger von Fremdkörpern bei Entzündungen zu finden.

Bei der durch die Bestrahlung mit der Finsenlampe hervorgerufenen Entzündung der Haut wird also der Forttransport der Tätowierungsmasse von den festliegenden Depots hauptsächlich durch Zellen besorgt, die den oben beschriebenen Charakter tragen; sie sammeln sich besonders unterhalb der Stachelschicht an, durchdringen diese und werden im Blaseninhalt und in der nekrotischen Epidermis gefunden. Es entsteht nun die Frage, welcher Natur diese Zellen sind. Ihrer Gestalt und Färbbarkeit nach muß man sie als Spindelzellen ansehen; man könnte ja vielleicht vermuten, daß es sich um Lymphocyten handelt. Wenn auch die Pathologen annehmen, daß diese Eigenbewegung besitzen und ihre Gestalt verändern können, so liegen doch keine Anhaltspunkte dafür vor, daß bei ihnen die Möglichkeit der Gestaltsveränderung eine so große ist, daß sie zu den oben geschilderten Veränderungen führt. Daß es sich aber tatsächlich um Spindelzellen handelt, geht mit unzweifelhafter Sicherheit aus den Präparaten hervor, die aus der Zeit der Regeneration gewonnen wurden. Hier findet man nämlich dieselben Zellen mit denselben Farbstoffkörnchen beladen, wie sie weitverzweigte zarte Ausläufer entsenden, die ebenfalls mit Farbstoffkörnchen wie gespickt sind. Diese Ausläufer können ihrem Aussehen und ihrer Färbbarkeit nach nur Ausläufer von Spindelzellen sein, auf die man durch die Farbstoffkörnchen geradezu aufmerksam wird. Aus dem eben geschilderten Befunde geht zweifellos hervor, daß durch die Finsenbestrahlung ein Transport von im Corium völlig festliegender Tätowierungsmasse durch die nekrotische Epidermis nach außen stattfindet; wahrscheinlich findet auch ein lebhafterer Transport nach den Lymphdrüsen statt, denn hier und da liegen Farbstoffkörnchen, ohne an Zellen gebunden zu sein, anscheinend frei in Lymphspalten.

Es ist nun interessant, zu erfahren, daß das künstliche Pigment sich nicht nur bei der durch die Finsenbestrahlung hervorgerufenen Neubildung von Bindegewebszellen diesen mitteilt, sondern auch dann, wenn der Zinnober in die Zirkulation eingeführt wird. Aus der zahlreichen, über diesen Gegenstand vorhandenen Literatur führe ich nur aus der Arbeit von F. A. HOFFMANN und P. LANGERHANS (23) folgende Stelle an: „An

die Cornea reihen wir das lockere Bindegewebe an. Sehr in den Vordergrund tritt hier die Narbe an der Operationsstelle. Die Wunde vernarbt stets so vollkommen, daß man ausschliesslich an den deutlich zinnoberroten Bindegewebszügen des subcutanen Gewebes die Stelle der Operation erkennen kann. In diesen Zügen sind fast alle Bindegewebskörperchen reichlich mit Zinnober angefüllt, zum Teil so reichlich, daß sie die Grösse mässiger Fettzellen erreichen. Ausserdem findet man in den Bindegewebszellen der neugebildeten Haut mehr oder minder reichlich Zinnober. Es sind jedoch nicht nur diese offenbar neugebildeten Bindegewebszüge, welche den roten Farbstoff enthalten, man trifft vielmehr weithin im lockeren Gewebe, sozusagen in einem weiteren Reizungsbezirk, eine sehr bedeutende Zahl der Bindegewebskörper zinnoberhaltig.“

Wenn nun die nekrotische Epidermis und die Blase zu einem Schorf eingetrocknet sind, findet man in diesem ausser nekrotischen und schlecht gefärbten Kernmassen normales Hautpigment und Tätowierungsmasse unter dem Schorf liegen (Fig. 11). Stösst sich der Schorf ab, so findet man in der Stachelschicht die vorher geschilderten Veränderungen einer viele Monate anhaltenden Hyperpigmentation und in der Cutis eine diffuse Ausaat von Farbstoffkörnern auf den Ausläufern der Spindelzellen.

Aus diesen Versuchen geht mit Sicherheit hervor, daß die bisher als unbeweglich geltenden Tätowierungsmassen durch das Finsenlicht mobil gemacht werden können. Es entsteht nun natürlich die Frage, ob wir jetzt schon so weit sind, mit der Finsenlampe Tätowierungen zu beseitigen. Es ist mir zwar gelungen, aus einer schwachen Tätowierung kleine, erbsengroße Stellen durch sehr häufige Bestrahlungen fortzubringen; sehr kräftige Tätowierungen sind jedoch so hartnäckig, daß ihre Beseitigung auf diesem Wege nicht zu gelingen scheint; wahrscheinlich aber wird man durch eine Änderung der Methode zum Ziele kommen.

Das Finsenlicht wirkt also auf die tätowierte Haut in der Weise, daß es die Haut nekrotisch macht und erst dadurch den tief im Corium liegenden Farbstoffkörnern den Austritt durch die Oberfläche ermöglicht.

Hier möchte ich nun auf eine Erscheinung aufmerksam machen, die ein gewisses Interesse hat, nämlich darauf, daß das normale Hautpigment in denselben Zellen liegt, in denen auch die Farbstoffkörner der Tätowierungsmasse gefunden werden, daß, allgemein gesagt, das Hautpigment denselben Weg geht wie die Farbstoffkörner. Diese Beobachtung habe ich so häufig gemacht, daß ich sie als eine regelmässige Erscheinung bezeichnen kann. Da ich es aus den vorher angeführten Gründen als erwiesen halte, daß sich hauptsächlich Spindelzellen mit der Tätowierungsmasse beladen, muß ich meine Ergebnisse als einen experimentellen Beweis dafür ansehen, daß die Zellen, die man im Corium



als Chromatophoren zu bezeichnen pflegt, echte Spindelzellen sind. Welcher Natur die Chromatophoren der Stachelschicht sind, darüber sagen meine Befunde nichts aus, auch nichts darüber, ob diese Bindegewebszellen das Pigment in sich bilden oder von aussen in sich aufnehmen; es wäre zwar verlockend, Analogien mit den Farbstoffkörnchen zu machen, jedoch käme man nicht über eine theoretische Betrachtung hinaus. Auffallend aber ist, daß die Farbstoffkörnchen und Hautpigment führenden Spindelzellen eine den Chromatophoren der Stachelschicht völlig ähnliche Gestalt in der nekrotischen Stachelschicht annehmen. Ob beide identisch sind, wage ich nicht zu entscheiden.

Wie ich bereits geschildert habe, haben die mit Tätowierungsmasse beladenen Spindelzellen eine Richtung nach der Oberfläche genommen. Man könnte ja annehmen, daß sie nur durch den Saftstrom diese Richtung bekommen haben. Dieses ist aber unwahrscheinlich, denn der Saftstrom ist nicht nur nach der Oberfläche gerichtet, sondern nach allen Seiten. Es scheint, daß das Licht auf die Spindelzellen ebenso eine phototaktische Wirkung ausübt wie auf die Leukocyten. Anscheinend dafür spricht auch, daß man in der nekrotischen Epidermis die geschilderten Zellen nicht kreuz und quer liegen sieht, wie es sein müßte, wenn sie als bewegungsunfähige Massen durch den Saftstrom fortgerissen werden; man findet fast immer, daß sie in fast senkrechter Richtung durch die Epidermis durchgehen. Es scheint aber eine bei den Pathologen feststehende Tatsache zu sein, daß neugebildete Bindegewebszellen wandern können. Ich bin daher geneigt, anzunehmen, daß die den Farbstoff und das Pigment tragenden Bindegewebszellen selbständig nach der Oberfläche wandern.

Eine zweite Frage ist die, ob sich diese Zellen aktiv mit den Farbstoffkörnchen beladen oder ob sich diese, durch den Saftstrom von den festliegenden Depots fortgespült, auf sie als feste Punkte niederschlagen. Wollte man das letztere annehmen, so müßte man die Farbstoffkörnchen auch auf anderen festen Punkten, wie Haaren, Drüsenzellen, Epithelzellen usw., finden. Das ist nicht der Fall. Wie soll man es auch erklären, daß der in die Zirkulation eingeführte Zinnober gerade in die Bindegewebskörperchen der meisten Organe übergeht, da bei diesen Versuchen kein besonders vermehrter Saftstrom besteht? Andererseits habe ich die betreffenden Zellen nicht solche Gestaltsveränderungen durchmachen sehen, welche die sichere Deutung einer aktiven Aufnahme des Farbstoffes zulassen. Ich muß also diese Frage offen lassen.

Ein Unterschied zwischen Kohle- und Zinnobertätowierungen gegenüber dem Licht besteht nicht. An den Zinnobertätowierungen ist mir nur aufgefallen, daß sich während der ersten halben Stunde der Bestrahlung ihre schön rote Farbe in eine blauschwarze verwandelt. Nach Ablauf von

24 Stunden hat sich die rote Farbe wieder hergestellt. Jedoch nur solche Tätowierungsmarken zeigen diese Veränderungen, die noch relativ jung sind. Mein Material an roten Tätowierungen war zu klein, um die Zeit zu bestimmen, nach welcher die Zinnober Tätowierungen diese Eigenschaft verlieren. Dafs es sich bei diesen Veränderungen um einen Vorgang handelt, bei dem das lebende Gewebe in einer unbekanntem Weise mit-spricht, geht daraus hervor, dafs Zinnober rot bleibt, wenn man ihn auf einer toten Fläche bestrahlt. Die Veränderung blieb auch aus, sobald man zwischen Tätowierung und Lichtquelle ein rotes Filter schaltete; also kann es sich nur um eine Wirkung der chemischen Strahlen handeln, und da die rote Farbe wiederkommt, um eine Umwandlung des roten Zinnobers in seine schwarze Modifikation. Dafs Verunreinigungen mit Mennige mit im Spiele sind, glaube ich nicht, da ein unmittelbar nach dem Schwarzwerden exzidiertes Hautstückchen reinen Zinnober enthielt.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Dr. UNNA für die gütige Erlaubnis, den histologischen Teil dieser Untersuchung im Dermatologicum ausführen zu dürfen, und für seine liebenswürdige Unterstützung meinen ehrerbietigen Dank aus.

#### Literatur.

1. MAGNUS MÖLLER, Der Einfluss des Lichtes auf die Haut im gesunden und krankhaften Zustande. *Bibl. med. D.* Heft 8. Stuttgart 1900.
2. LEREDDE und PAUTRIER, Photothérapie et Photobiologie. Paris 1903.
4. WANSCHER, Bei Lichtbehandlung des Lupus hervorgerufene histologische Veränderungen. *Mitteil. aus Finsens Lichtinstitut.* 1904. 7. Heft.
4. v. VERRES, Über die Wirkungen des Finsenlichtes auf normale Haut. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. 40. Nr. 8.
5. DRBYER und JANSEN, Über den Einfluss des Lichtes auf tierisches Gewebe. *Mitteil. aus Finsens med. Lichtinstitut.* 1905. 9. Heft.
6. SCHOLZ, Über die Bedeutung der Wärmestrahlen bei der Behandlung mit konzentriertem Licht nach FINSEN. *Berl. klin. Wochenschr.* 1904. Nr. 18.
7. UNNA, *Histolog. Atlas zur Patholog. der Haut.* Heft 6/7. Leopold Voss. 1903.
8. POST, Über normale und pathologische Pigmentierung der Oberhautgewebe. J. D., Königsberg 1893.
9. SCHWALBE, Über die Hautfarbe der Menschen und Säugetiere. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1892. Nr. 11.
10. RABL, Pigment und Pigmentzellen in der Haut der Wirbeltiere. *Erg. f. Anat. u. Entwicklungsgesch.* VI. 493. Zit. nach GRUND.
11. CASPARY, )
12. BLASCHKO, ) Verhandlungen auf dem X. internationalen medizinischen Kongress
13. KAPOSÍ, ) in Berlin. 4. Band.
14. JARISCH, )
15. GRUND, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigments. *Beitr. zur patholog., anatom. und allg. Pathologie.* 7. Supplement.
16. RIEHL, Zur Kenntnis des Pigments im menschlichen Haar. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1884.

17. AEBY, Die Herkunft des Pigments im Epithel. *Med. Centralbl.* 1885. Nr. 16.  
 18. EHMANN, Physiologie und Pathologie des Hautpigments. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1885/1886.  
 19. NOTHNAGEL, Zur Pathologie des Morbus Addisonii. *Zeitschr. f. klin. Med.* 1885. IX.  
 20. KÖLLIKER, Über die Entstehung des Pigments in den Oberhautgebilden. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie.* 1883. XLV.  
 21. UNNA, Über das Pigment der menschlichen Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1895. Bd. 4. Nr. 9. S. 287.  
 22. FINSEN, Om Lysets Indvirkninger paa Huden. *Hospitaltid.* 5. Juli 1893.  
 23. HOFFMANN und LANGERHANS. *Virchows Archiv.* Bd. 48. Heft 2.

### Erklärung der Tafeln.

*Fig. 1.* ZEISS, Okular I, Ölimmersion. Die Grenzen der Stachelzellen sind verschwommen; das bei Anwendung der PALPENHEIM-UNNASchen Methode rot gefärbte Granoplasma ist zum Teil ausgeschwemmt; eine neben einer Kapillare liegende Mastzelle hat sich mit dem ausgeschwemmten Granoplasma beladen und dadurch rot gefärbt.

*Fig. 2.* ZEISS, Okular II, Objektiv D. Färbung nach PAPPENHEIM-UNNA. Die Zellgrenzen sind völlig verschwommen, die Kernkörperchen nicht mehr darstellbar; an einzelnen Stellen ist der Kern wie zerrieben. Um die Kerne herum tritt auch in den oberen Zellagen Pigment auf.

*Fig. 3.* Homogene Ölimmersion  $\frac{1}{12}$  ZEISS. Okular III. Einige einzelne Zellen aus demselben Präparat, von dem Fig. 2 stammt, lassen erkennen, daß das neugebildete Pigment innerhalb der Zelle um den Kern herum auftritt und auch die Kernhöhle ausfüllen kann.

*Figg. 4 und 5.* ZEISS, Okular I, Ölimmersion. Degeneration des Protoplasmas durch die Lichtwirkung. Das Chromatin des Kerns (Chr.) sammelt sich zu einem Tropfen an, um den eine helle Zone entsteht; man sieht außerdem rotgefärbte Punkte, welche entweder Kernkörperchenreste oder zusammengeballtes Granoplasma darstellen.

*Fig. 6.* ZEISS, Okular I, Ölimmersion. Das Stützgerüst der Epithelzellen und die Kerne sind als schlecht färbare Massen erhalten.

*Fig. 7.* ZEISS, Okular I, Objektiv A. Typus einer normalen, zehn Jahre alten Tätowierung mit Kohle. Die Tätowierungsmasse liegt Kapillaren auf und führt zu einer Verdickung ihrer Wand; sie findet sich neben der äußeren Wurzelscheide der Haare, zwischen Fettzellen und den Knäueldrüsen.

*Fig. 8.* ZEISS, Okular III, Objektiv A. Von einem festliegenden Depot von Tätowierungsmasse findet durch Spindelzellen ein Transport des Farbstoffes nach der Oberfläche zu statt. Die Stachelschicht wird an dieser Stelle nicht von den Zellen durchdrungen.

*Figg. 9, 10, 11, 12 und 13* (ZEISS, Okular I, Ölimmersion) zeigen die erwähnten Zellen unter Ölimmersion; die Farbstoffkörnchen liegen meist um den Kern, können aber auch die ganze Zelle ausfüllen (*Figg. 12, 13*).

*Fig. 14* zeigt eine einkernige Zelle mit Farbstoff beladen.

*Fig. 15.* ZEISS, Okular I, Objekt, Ölimmersion. Diese Abbildung zeigt etwas schematisch die Zellen der nekrotischen Stachelschicht und des darunter befindlichen Blaseninhaltes. Man findet 1. Leukocyten, 2. runde Zellen mit blauem Kern und rotem Protoplasma entweder rein oder mit Pigment oder mit Farbstoffkörnchen oder mit Farbstoffkörnchen und Pigment beladen, 3. langgestreckte Zellen mit blauem Kern und rotem Protoplasma genau in derselben Anordnung wie 2. und 4., Pigmentfiguren mit oder ohne Farbstoffkörnchen.

*Fig. 16.* ZEISS, Okular II, Objektiv D. Regenerierte, fast pigmentfreie Stachelschicht mit darüberliegendem Schorf, der aus einer zellenfreien Schicht besteht und einer Schicht, die außer Pigment und Farbstoffkörnchen noch Kernschollen und Kerne führt.

## Ver samml un gen.

### Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 24. Januar 1906.

**EHRMANN** stellt eine eigenartige Depigmentation bei einem 22jährigen Mann vor, die er für ein einer intensiven Insolation folgendes *Chloasma solare* hält. Man sieht am Rücken und den angrenzenden Teilen der Schultern und Oberarme auf dunkelgefärbter Haut zahlreiche linsen- bis hellergröÙe, weiÙe, feinst schuppende Flecken wie helle Lücken in einem bräunlichen Netze, das nach unten zu ziemlich scharf absetzt. Die braune Verfärbung entstand diffus im Sommer nach einem in einem Seebade hervorgerufenen Erythema solare; die weiÙen Flecken traten erst in den letzten Wochen auf und breiteten sich sehr rasch aus.

**Diskussion:** **FREUND** bespricht die Bedeutung dieses Erythema solare für die Pathogenese des Xeroderma pigmentosum, dessen Pigmentationen aber auch an Stellen entstehen, wo die ultravioletten Strahlen nicht hingelangen können.

**NEUMANN** führt die ganz ähnlichen, nur konträren Pigmentierungen an, die durch Tragen netzförmiger Schleier und Leibohen entstehen; an Stelle der Lücken treten braune Flecke auf, entsprechend dem Netze bleibt die Haut weiÙ.

**RIEHL** hält den vorliegenden Fall für eine kleinfleckige Vitiligo auf einer durch das vorausgehende Sonnenerythem gebräunten Haut.

**SCHWARZ** demonstriert (aus dem Röntgeninstitut, Dozent **HOLZKNECHT**) ein durch Behandlung mit Röntgenstrahlen geheiltes *Scrophuloderma*. Die in Form papillomatöser Läppchen überhängenden Ränder der Narbe zeigen, daÙ die Wirkung der Strahlen auf das unter den unterminierten und erhalten gebliebenen Geschwürsrändern liegende tuberkulöse Granulationsgewebe eine elektive ist.

**Diskussion:** **RIEHL:** Die therapeutische Wirkung der Radiotherapie auf tuberkulöses Gewebe, besonders das *Scrophuloderma*, ist vielfach hervorgehoben. Der vorgestellte Fall ist aber keineswegs als geheilt zu betrachten.

**R. L. GRÜNFELD** zeigt eine *Lues papillomatosa*. Bei einem 89jährigen Kondukteur breiten sich beiderseits von den Mundwinkeln im Bereiche des Bartes gegen Oberlippe und Wange derbe, braunrote Infiltrate aus, deren Oberfläche von zahlreichen, spitzwarzigen, reibeisenartig dichtstehenden Exkreszenzen bedeckt sind. Der Mann akquirierte 1897 Lues und hatte schon 1903 eine der jetzigen ähnliche lokale Rezidive. Die Wärczchen reichen zum Teil auf die Schleimhaut der Oberlippe über.

**Diskussion:** **NOBL**, der den Patient 1903 wegen einer ähnlichen Rezidive vorstellte, hebt die differentialdiagnostische Abgrenzung gegen manche Formen von Blastomykose, wie sie **GILCHRIST** und **MONTGOMERY** abgebildet haben, hervor.

**OPPENHEIM** betont dem gegenüber, daÙ bei der Blastomykose neben den papillären Herden auch frische Blätschen mit ihren typischen, viziden Inhalt vorhanden sind.

**RIEHL** schließt daran die Demonstration eines hierher gehörigen Falles von framboesiformer Syphilis bei einer 56jährigen Frau. Neben alten Narben im Gesichte und an den Armen findet sich am rechten Vorderarm ein handtellergrößer, distal serpiginös fortschreitender Herd, im Zentrum narbig abgeflacht, am Rande aber mit braunroten, zum Teil zerfallenen und eitrig belegten Knoten besetzt. Einzelne dieser Stellen, noch mehr aber ein angrenzender Streifen sind mit meist ver-

hornten grobwarzigen Papillomen dicht besetzt. Es handelt sich also um eine Papillombildung, welche auf gummösem Boden entstanden, für diesen ebensowenig Charakteristisches hat wie für ein anderes Stadium, da sie eigentlich nur als sekundäre Komplikation auf den Granulationen entsteht.

Diskussion: NEUMANN: Während der Fall GRÜNFELDS keinen Zweifel läßt, sieht der RIEHLS einem Lupus hypertrophicus papillaris sehr ähnlich.

NOEL demonstriert 1. eine Osteoperichondritis luetica im unteren Drittel der spindelförmig aufgetriebenen, rechten Humerusdiaphyse. Dieselbe, sehr schmerzhaft, besteht seit zwei Jahren bei einem 29jährigen Manne, neun Jahre nach der Infektion. Das Röntgenbild zeigt eine rarefizierende Aufhellung der Spongiosa und von Covernen durchsetzte Corticalis, also eine mit hyperplastischer Periostitis einhergehende gummöse Osteomyelitis, die im allgemeinen nur wenig durch die antiluetische Therapie beeinflusst wird.

Diskussion: FINGER möchte bestätigen, daß solche Periostitiden oft als Reaktionen auf kleine entzündliche Herde im Knochen verlaufen und ähnliche Röntgenbefunde darbieten. Da solche Fälle gewöhnlich gar nicht oder schlecht auf Hg reagieren, wurde chirurgisch vorgegangen; nach Entfernung eines zentralen Caput mortuum ging die reaktive Periostitis dann zurück.

NEUMANN hebt als die wichtigsten Lokalisationen dieser Periostitiden Humerus, Clavicula und Tibia an, an denen dann durch Usurierung des Knochens oft Spontanfrakturen vorkommen.

2. Einen taubeneigroßen, gummösen Knoten, scharf abgesetzt in der linken Zungenhälfte. Infektion 1898. Besserung auf Allgemeinthherapie.

EHEMANN zeigt:

1. Einen *Macacus rhesus* mit einem serpiginösen Syphilid. Am 6. Oktober 1905 an den Augenbrauen Impfung mit Papelsaft. Nach vier Wochen typische Sklerosen. Im Dezember nach deren Abheilung Auftreten einer serpiginösen Papel, jetzt neuerliche ähnliche Rezidive an der linken Augenbraue; außerdem linksseitige Iritis und seit einer Woche eine areoläre Alopecie an der Kopf-, Rücken- und Brusthaut, teilweise bläueroten Infiltraten entsprechend. Da so allgemeine Rezidive bei niedrigstehenden Affen noch nicht beobachtet sind, ist Vorsicht in der Diagnose, immerhin aber auch weitere Beobachtung angezeigt.

Diskussion: FINGER, der lokale serpiginöse Rezidivsyphilide wiederholt demonstriert, möchte bezüglich der unscharfen, lebhaft roten Verfärbung der Iris, besonders aber der Alopecie keine spezifische Diagnose stellen, da die Alopecie bei Tieren in der Gefangenschaft, auch wenn sie nicht geimpft sind, fast immer auftritt, besonders wenn sie an Diarrhoen erkranken. Iritis wurde bei 20 Impfungen an der Cornea nie beobachtet.

2. Eine *Psoriasis testacea rupoides* numulär an den Extremitäten eines 16jährigen Mädchens.

3. Eine 44jährige Frau mit dem typischen Bilde der RAYNAUDSchen Asphyxie, basierend auf einer hochgradigen Arteriosklerose der größeren und wohl auch kleinsten Gefäße. Lues nicht nachweisbar. Ein zentraler, trophoneurotischer Ursprung ist wohl abzuweisen.

Diskussion: NÖCKER hat in einer Publikation diese endarteritischen Veränderungen der kleinsten Gefäße nachgewiesen.

4. Eine *Keratosis suprafollicularis* bei einem 24jährigen Mädchen seit Kindheit bestehend.

MUCHA (Klinik Prof. FINGER) demonstriert:

1. Spirochäten im Gewebe einer Gefäßwand in einer nach LEVADITI gefärbten Placenta (Abortus im achten Monate einer vor vier Jahren infizierten, derzeit anscheinend gesunden, nur Leukoderma zeigenden Frau).

2. Einen 89jährigen Mann mit einem seit 25 Jahren bestehenden Pemphigus vulgaris, allerdings eigener Art. An der Haut, besonders am Rücken einzelne und gruppierte Bläschen, die bald eitrig werden, sich mit Krusten bedecken und seichte Ulcerationen bilden. An der Mund- und Rachenschleimhaut wasserhelle, bald platzende Bläschen, die dann diphtheroid belegte Geschwüre hinterlassen. Daneben zahlreiche Narben.

Diskussion: RIEHL fragt nach der Ursache der Narbenbildungen.

NEUMANN. Diese Narbenbildung gehört nicht zum gewöhnlichen Bilde des Pemphigus, ebensowenig die Lokalisation am Stamme. Beides spricht auch gegen Erythema bullosum.

FINGER. Die Erkrankung wurde früher für Lues gehalten; eine antiluetische Therapie blieb aber erfolglos. Die Entstehung von reinen Bläschen, die dem Begriffe Impetigo nicht entsprechen, die Beteiligung der Mundschleimhaut und der chronische Verlauf lassen nur die Diagnose Pemphigus zu, wenn der Ausgang mit Narbenbildung auch ungewöhnlich ist.

3. Eine Neurofibromatosis (RECKLINGHAUSEN) bei einem jungen, skoliotischen Manne.

4. Eine Sklerose der Unterlippe mit kleinpapulösem Exanthem.

5. Ein gruppiertes, circinäres, zum Teil corymbiformes Rezidivsyphild. Infektion vor einem halben Jahre.

LEINER stellt vor eine Bromakne bei einem dreijährigen Kinde, das nach achttägigem Gebrauch von je einer Messerspitze Brom im Gesichte, am behaarten Kopf und den oberen Extremitäten zahlreiche Pusteln mit rotem Hof bekam, von denen jetzt viele mit Borken bedeckt sind.

Im Anschluss zeigt der Autor noch das Aquarell eines drei Monate alten Kindes mit Bromakne, durch Brom hervorgerufen, das die an Epilepsie leidende und das Kind stillende Mutter nahm.

KALTENBRUNNER stellt (aus der Klinik RIEHL) einen Lichen ruber planus vor: 1. wegen der starken Beteiligung der Mundschleimhaut; 2. wegen des akuten, mit starken Reizerscheinungen einhergehenden Verlaufes, so daß nach sieben Wochen die ganze Haut ergriffen und neben den typischen Planusknötchen mit zahlreichen, großen Exkorationen bedeckt ist. Stark ist auch das Genitale ergriffen, wo ebenso wie im Munde neben plaqueförmigen Herden schöne Ringformen zu sehen sind.

Diskussion: RIEHL: Deutlicher als letzthin im Falle WEIDENFELDS sind hier an der Schleimhaut Gemmenformen zu sehen. Ob bei der ganzen Erkrankung eine Kombination von Urticaria und Lichen ruber vorliegt oder ob die Planuseffloreszenzen so lebhaft jucken, ist nicht bestimmt zu entscheiden.

EHRMANN hebt noch hervor, daß der Patient auch weiße, vitiliginöse Stellen am Genitale zeigt; da bei Vitiligo Dermographie häufig ist, könnten diese Juokerscheinungen auch darauf zu beziehen sein.

REINES zeigt histologische, nach LEVADITI gefärbte Schnitte eines pustulösen Syphilds. Die Spirochäten finden sich reichlicher in den unteren Papillarschichten und nicht immer in der typischen Form, sondern auch flach gestreckt, ja zwischen den Epithelzellen passen sie sich den Interzellularräumen an. Im Strichpräparate kann er die von RÓNA empfohlene Methode sehr empfehlen, das Deckglas mit fünf-fach verdünnter GRIEMSA-Lösung zu betropfen, zu erhitzen und dann einzuschließen.

**Diskussion:** EHRMANN hebt hervor, daß er auch im Innern der Pustel nur die Spirochäte, keine anderen Kokken fand, so daß man zur Erklärung des pustulösen Syphilids nicht auf eine Mischinfektion zurückgreifen muß.

PROK demonstriert eine gummöse, zur Nekrose und Perforation führende Osteoperiostitis am Hinterhaupte. Auf antiluetische Therapie keine Besserung; daher operative Entfernung des nekrotischen Knochens.

ZUMBACH zeigt einen circa 30jährigen Mann aus Bulgarien mit einer *Lepra maculopapulosa, anaesthetica* mit zahlreichen flachen Knoten und pigmentierten Flecken am Stamm und den Extremitäten. Bemerkenswert ist, daß bei dem Patienten vor einigen Wochen unter Fieber zahlreiche urticarielle Knötchen an den Beinen auftraten, die nach zwei bis drei Wochen wieder abheilten.

Der rechte N. ulnaris ist deutlich verdickt; an der Peripherie der Extremität ist die oberflächliche Sensibilität stellenweise gestört. Die Knötchen zeigen histologisch die typischen Lepraellen, aber keine Bazillen. Auch die Untersuchung des Nasenschleimes ist negativ; dagegen sind im abgetragenen Stück einer ulcerierten Nasenmuschel reichlich Bazillen.

**Diskussion:** RIEHL: Der Bazillenbefund in den Hauteffloreszenzen ist nicht konstant, so bei einem Falle von Lepra, wo KAPOSÍ und das hiesige pathologische Institut wiederholt vergeblich nach Bazillen suchten, während der spätere Befund in einer russischen Leproserie reichliche ergab. Diese Differenz in der Färbbarkeit dürfte vielleicht mit verschiedenen Verhältnissen im Generationswechsel zusammenhängen.

SPIEGLER demonstriert:

1. Eine Frau, die vor drei Jahren einen Lupus erythematosus im Gesicht hatte. Jetzt traten im Gesicht Flecken auf, die wie *Erythema multiforme* aussehen, aber mit Atrophie, auf der behaarten Kopfhaut sogar mit narbiger Atrophie ausheilen.

2. Ein Kind mit *Tuberculosis pulmon.*, das Morbilen durchgemacht und nun am ganzen Körper eine schmutzige, kleienförmige Schuppung nach Art der *Pityriasis tabescentium* zeigt.

RIEHL stellt vor:

1. Eine Kombination von Vitiligo, Naevus vasculosus und Ekzem.

2. Einen Patienten, der vor zwei Jahren als universelle Erythrodermie, von anderer Seite als Lichen ruber accuminatus vorgestellt wurde. Ich nahm eine *Psoriasis universalis* an; sie heilte auch unter Pyrogallol ganz ab. Zweimal bekam der Patient Rezidive gewöhnlicher Psoriasis. Jetzt wieder ein ausgebreitetes Rezidiv, vielfach in Form gruppiertter Knötchen mit feinen, spitzen Schuppen, daneben auch typische Psoriasisherde.

3. Ein intensives urticarielles Erythem an den Handrücken und der oberen Brustapertur, sowie dem Gesicht, ähnlich einem Raupenerythem, wahrscheinlich durch Staub bei Wohnungsräumung entetanden. KAPOSÍ bekam ein ähnliches Erythem im Winter durch den Inhalt einer Schachtel, die alte Prozessioneruppen enthielt.

4. Den von ULLMANN als Kombination von Ichthyosis und Pemphigus vorgestellten Fall. Die Beobachtung ergab zweifelsohne das Auftreten frischer keimfreier Bläschen auf geröteter Haut, die erst später eitrig wurden und Staphylokokken enthielten. Es handelt sich also um eine ungewöhnliche Form von Pemphigus. Die Lokalisation und mikroskopische Untersuchung der schuppigen Auflagerungen spricht nicht für Ichthyosis, sondern für jene Fälle von Pemphigus, bei denen nach Ablauf der Blasen so schmierige Epithelschichten, ähnlich wie bei der DARIEBSCHEN Erkrankung, zurückbleiben. Ein zweiter ähnlicher, zur Demonstration bestimmter Fall, mußte wegen dringender Darmoperation auf die chirurgische Klinik transferiert werden.

Auch die Moulage eines analogen Falles im Gesichte aus der Leipziger Klinik wird gezeigt.

**Diskussion:** ULLMANN nimmt an, daß die auch von LASSAR und LEHRMANN in Berlin diagnostizierte Ichthyosis sicher vor Eruption des Pemphigus bestanden, jetzt bei der universellen Ausbreitung des letzteren aber nur schwer zu erkennen ist.

SPINGLER glaubt, daß ähnlich wie bei Kindern mit Prurigo oft Bläschen urticariellen Charakters auftreten, auch hier eine Prurigo mit Nachschüben urticarieller Blasen anzunehmen ist, wofür auch der chronische Verlauf und die inguinalen Drüsen sprechen.

Sitzung vom 7. Februar 1906.

NOBL demonstriert bei einem 87jährigen Manne eine seit einem Jahre bestehende knorpelharte Induration im Corpus cavernosum penis. Laes wohl vorausgegangen, die antiluetische Therapie aber erfolglos; seit drei Monaten 15% Thiosinaminpflaster mit kleiner Besserung. Subjektiv keine Beschwerden, bei Erektion keine Deviation.

BRANDWEINER stellt zwei Fälle von Psoriasis wegen ihrer besonderen Lokalisation vor; bei einem siebenjährigen Knaben eine akute Psoriasis guttata im Bereiche des Genitales und eine mit starken Schuppen bedeckte Psoriasis numularis im Gesichte eines Mädchens.

NOBL zeigt ein seit einem Jahr bestehendes, braunrotes, am Rande eleviertes luetisches Infiltrat bei einer 26jährigen Frau.

EHRMANN stellt vor:

1. Zwei Geschwister mit zwei und sechs Jahren mit Ichthyosis. Die Eltern sind frei.

**Diskussion:** SPINGLER: Oft zeigen die Eltern solcher Kinder nur partielle Ichthyosisformen, wie Hyperkeratosen der Palmae oder Plantae.

RUEHL macht auf die mangelhafte Behaarung des kleinen Mädchens aufmerksam, ein Symptom, das bei Ichthyosis der Kinder oft vorkommt, bisweilen auch in der Form, daß das Wachstum immer mangelhaft entwickelt bleibt wie z. B. bei zwei Mädchen, deren Haar nie über die Schulter wächst.

2. Ein Lupus erythematosus an beiden Wangen in Form größerer Scheiben und kleinerer Knötchen. Vor elf Jahren bestand die gleiche Affektion, die von H. HERBA mit Ätherwaschungen behandelt, ohne Narbenbildung ausheilte.

3. Ein Lupus vulgaris am linken Nasenflügel, sehr flach ulceriert und einem Erythema ähnlich. Diagnose histologisch festgestellt.

OPFERHEIM stellt aus der Klinik Prof. FINGER vor:

1. Den im Sommer 1905 demonstrierten Fall von Urticaria chronica recidivans. Benge- und Streckseiten der Extremitäten, Genitale, Gesicht in gleicher Weise jetzt mit frischen Knötchen besetzt. Die verfärbte, spröde Haut dazwischen vielfach ekkoriert. Leisten- und Ellenheugedrüsen geschwollen. Die Affektion besteht erst vier Jahre und erleidet durch Genuß gewisser Speisen (Wein, saurer Salate) Nachschübe.

**Diskussion:** NEUMANN würde Prurigo diagnostizieren.

FINGER hält die bestehende Verdickung und Lichenifikation für sekundär. Patient war Soldat und als solcher sicher gesund, ist also erst vier Jahre krank. Die Urticariachübe auf fast gesunder Haut konnten auf der Klinik wiederholt beobachtet werden. Eine ähnliche, rezidivierende Urticaria sah er bei einer 40jährigen Frau jedesmal nach Anfällen von Appendicitis.

RUEHL hält die Affektion für eine ganz eigenartige Urticaria, die eigentlich als besonderes Krankheitsbild einer Sonderstellung bedürfte.

2. Einen Lichen ruber planus am Genitale und der Mundschleimhaut.



3. Ein prämykotisches Exanthem, das vor vier Jahren unter starkem Jucken mit einem urticariaartigem Erythem einsetzte. Dann bildeten sich die auch jetzt bestehenden Effloreszenzen in den Axillen und seitlichen Brustteilen, guldengroße, flach erhabene, braunrote Infiltrate, daneben hellrote, schuppige Stellen, von depigmentierten Zonen umgeben. Auch jetzt starkes Jucken. Es dürfte das erste und zweite Stadium der Mykosis fungoides vorliegen.

4. Eine *Roseola annularis* als Rezidivexanthem neben einem serpiginösen Syphilid.

5. Einen *Lupus erythematosus* nach HOLLÄNDERS Methode (Chinin + Jodtinktur) behandelt und gebessert.

KOHN zeigt aus der Abteilung Prof. MRAČEK:

1. Eine *Osteoperiostitis luetica* des Stirnbeins, die unter den Erscheinungen eines Stirnhöhlenempyems einsetzte, unter Jodnatrium und Buzow-Umschläge sich bald besserte. Infektion 1896.

2. Eine ausgebreitete *Tuberculosis verrucosa cutis* am linken Fuhrücken und der Malleolargegend, mit einer tiefreichenden Narbe in der Tiefe an den Knochen fixiert. Von hier aus Ausbreitung der tuberkulösen Infektion längs der Lymphbahn nach oben, durch die es zur Bildung erweichter und ulcerierter Knoten in der *Fossa opplitea* und am Oberschenkel kam. Narben am rechten Ellenbogen und am Halse.

3. Ein *Erythema multiforme bullosum* mit eigenartiger Lokalisation. Am Fuhrücken und den Zehen rote Flecken mit Bläschenbildung, ebenso am Penis. An den Lippen mit hämorrhagischen Krusten bedeckte, kreisrunde Substanzverluste.

RIEHL demonstriert eine *Sklerodermie*, die mit einer Sklerodaktylie einsetzte und sich dann über die Arme und Schultern ausbreitete. Jetzt ist auch das Gesicht ergriffen. Dieser und mehrere andere Fälle von Sklerodermie wurden nun genau bezüglich ihres Stoffwechsels untersucht, um die immer wiederkehrende, aber bisher ungenau begründete Theorie der Autointoxikation als Ätiologie der Krankheit zu prüfen. Darüber berichtet nun vorläufig als Endergebnis

BLOCH (aus der Klinik Prof. RIEHL), daß bei konstanter Kost selbst diese schweren Sklerodermiekranken, was die Ausscheidung von Indol und Ätherschwefelsäuren anlangt, normale Verhältnisse ergaben.

Diskussion: GROSS: Wenn man eine Autozinkation als Ursache einer so chronischen Krankheit betrachtet, ist dies nur möglich, wenn man sie als auslösenden Anlaß wenigstens immer am Beginne nachweist.

EHRMANN glaubt auch, daß solche Untersuchungen in dem von ihm wiederholt vorgestellten Stadium des Erythems und der Urticaria gemacht werden müßten.

RIEHL: Solche Stoffwechselveränderungen müßten bei diesen schweren Alterationen länger andauern oder sich oft wiederholen. Die angeregten und mitgeteilten Untersuchungen werden daher die unsicheren bisherigen Ansichten berichtigen.

KALTENBRUNNER zeigt bei einem 80jährigen Manne eine dem vielbeschriebenen Bilde der *Pityriasis lichenoides* ähnliche Affektion.

RIEHL demonstriert den auch letzthin gezeigten Fall ULLMANNs, bei dem durch Behandlung mit Teerzinkpasta bis auf vereinzelte Stellen auch die Blasen geschwunden sind.

KREME demonstriert die mikroskopischen Präparate einer *Acne cachecti-corum*. Das Präparat stammt von einem 26jährigen, mit skrophulösen *Lymphomata colli* behafteten Manne. Die Hautaffektion besteht seit einem Jahre und besteht aus zahlreichen follikulären Knötchen und Pusteln, die am Stamm, besonders aber den Extremitäten ausgebreitet, nirgends Komedonen zeigen und ohne Ulcerationen mit Pigmentierungen abheilen. Histologisch stellt sich die Affektion als eine mit Nekrose

einhergehende, eitrige Entzündung des Follikels und seiner Umgebung ohne jede Ähnlichkeit mit Tuberkulose dar. Die Untersuchung auf Tuberkelnbazillen, die Impfung auf Meerschweinchen blieben negativ. Es kann daher die Acne cachecti-corum HERBAS nicht zu den Tuberkuliden gezählt werden.

### Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Februar/9. März 1906.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. LICHAREW (Gast) stellte eine Kranke mit **Tuberculosis papulo-necrotica cutis** vor.

2. SOKOLOW demonstrierte eine Kranke mit **Trichoma** (Weichselzopf), welches sich infolge von Hyperästhesie des Kopfes bei einem Hysterischen entwickelt hat.

Diskussion: BOGROW ist der Ansicht, daß der Weichselzopf nicht immer Folge von Nachlässigkeit zu sein braucht, da er einen Fall gesehen hat, der sich infolge von **Impetigo capillitii** entwickelte. ■

FIWISKI glaubt, daß der Weichselzopf nur bei unfreiwilligem oder absichtlichem Nichtkämmen der Haare entsteht.

3. BRYTSCHEW (Gast) zeigte einen **Lupusfall**, den er erfolgreich mit Kompressen von 1—3% **Kalium permanganicum** behandelt hat. Diese Kompressen werden täglich, im Verlauf von 15—20 Minuten, angewandt und der Schmerzhaftigkeit wegen mit Borkompressen vertauscht.

Diskussion: BOGROW fragt, wodurch diese günstige Wirkung zustande kommt?

BRYTSCHEW erwidert, anscheinend durch Sauerstoff in statu nascendi.

BOGROW rät in dem Fall zu Parallelversuchen mit **Hydrogenium peroxydatum**.

MITSCHERSKI hat gleichfalls das **Kalium permanganicum**, und zwar sogar in 5%iger Lösung bei **Lupus vulgaris** mit Erfolg angewandt, und gefunden, daß durch dasselbe ein **Lupus exulcerans** in einen **Lupus exfoliatus** verwandelt wird, die Knötchen des **Lupus tumidus** abflachen und ein **Lupus exsudans** zur Vernarbung kommt.

4. BOGROW führte einen Fall von **Lupus vulgaris faciei**, kombiniert mit **Tumor albus** und **Scrophuloderma**, vor.

5. SOKOLOW demonstrierte einen Fall von **Lepra tuberosa**.

6. MITSCHERSKI stellte eine 24jährige Kranke mit **Acrodermatitis continua (HALLOPEAU)** vor, welche sich vor sieben Jahren zu entwickeln begonnen hat und in symmetrischer Weise beide Hände, vorzüglich die Volae derselben und die Nägel, betrifft.

Diskussion: BOGROW fragt nach der Ätiologie dieses Leidens.

MITSCHERSKI erwidert, die HALLOPEAUSche Annahme eines infektiösen Ursprungs erscheint sehr wahrscheinlich.

7. TOMASCHEWITSCH (Gast) zeigte einen Kranken mit **Acroangioma haemorrhagicum multiplex cutis**. Bei dem 46jährigen Manne findet sich auf dem rechten Fußrücken eine dunkelblaue, an der Oberfläche glatte Geschwulst mit Pigmentationen in der Umgebung und verrukösen Wucherungen auf der zweiten und dritten Zehe desselben Fußes. Mikroskopisch wird der Prozeß gekennzeichnet durch Gefäßneubildungen und reichliche Pigmentablagerungen längs den Gefäßen. Das Krankheitsbild erinnert sowohl hierdurch wie auch durch die unter Arsenikinjektionen eingetretene Besserung an den von KRAOCHT am 27. März 1898 in der Gesellschaft vorgestellten Fall von **Sarcoma cutis idiopathicum pigmentosum multiplex**, den Prof. POSPELOW als Acro-

angioma haemorrhagicum bezeichnete. Hinsichtlich der Behandlung des vorgestellten Falles bemerkte T. noch, daß derselbe augenblicklich röntgenisiert wird.

**Diskussion:** BOGROW erkundigt sich näher nach der Art der Röntgenbestrahlung.

TOMASCHWITSCH erwidert, dieselbe geschieht in der Klinik des Prof. DJAKONOW und, soviel er weiß, vermittels weicher Röhren bei 15 cm Abstand, drei Minuten Dauer und dreimal wöchentlich.

POSPKLOW bestätigt, daß der Fall sehr an den KRACHTSchen Fall erinnert, den er Acroangioma haemorrhagicum zu nennen vorschlug, weil es sich nicht um ein eigentliches Sarkom, sondern um eine Neubildung von Gefäßen mit Blutaustritten handelt. Insofern ist daher auch die bei einem ähnlichen Fall, der auf einem PIZOCOWSchen Kongress zur Vorstellung kam, vorgeschlagene Behandlung mit Massage zur Verkleinerung der Infiltration nicht so irrational.

8. BOGROW referierte die Arbeit von Prof. NEISSER: **Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen.**

In der außerordentlichen Sitzung der Gesellschaft wurden die Herren Prof. PAWLOW, Prof. NEISSER und Dr. UNNA zu Ehrenmitgliedern gewählt.

## Fachzeitschriften.

### Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Bd. 78. Heft 2 und 3. Februar 1906.

**I. Über Hautepitheliome und deren Behandlung mit Finzenlicht,** von H. J. SCHLASBERG-Stockholm. Nach einer längeren Besprechung der Ansichten von Chirurgen und Dermatologen über die Behandlung der Hautepitheliome berichtet Verfasser über 19 Fälle, welche am Krankenhaus St. Göran-Stockholm bisher mit FINZEN behandelt wurden. Alle Fälle betreffen ältere Personen von 44—72 Jahren. Die Dauer der Krankheit bis zum Anfang der Lichtbehandlung betrug  $\frac{1}{2}$ —25 Jahre, die Ausbreitung war im allgemeinen langsam vor sich gegangen, meist waren die Epitheliome solitär, nur in drei Fällen multipel. 16 von ihnen hatten ihren Platz im Gesicht, zwei am Rumpf, einer am Fuß. Drei Fälle waren vorher nicht behandelt, sieben nur mit Salben, zwei mit Höllenstein, zwei mit Auskratzungen und Salben, zwei mit Thermokauter und Salben, zwei mit Thermokauter, Salben, Exzision und Transplantation, ein Fall nur mit Keroform. Die Resultate der Lichtbehandlung waren folgende: In zwei Fällen mußte die Behandlung unterbrochen werden, weil sie nicht den gewünschten Effekt hatte. Bei einem Fall wurde die Ulceration geheilt, außer in der Mitte, letztere Stelle heilte erst nach Exzision. In den übrigen Fällen erzielte die Finzenbehandlung vollständige Heilung, bei zweien traten Rezidive ein. Die Beobachtungen zeigen, daß die Lichtbehandlung nach FINZEN von Hautepitheliomen gute Aussichten auf Erfolg zu haben scheint, wenn eine vorausgehende gründliche Auskratzung gemacht wird und wenn die Epitheliome nicht zu ausgebreitet sind, gut begrenzt und einigermaßen oberflächlich sind. Sind die regionären Drüsen angeschwollen, so hat die epitheliomatöse Neubildung mutmaßlich Ausläufer so tief in das Gewebe hineingesandt, daß diese von den Strahlen nicht erreicht werden können. Der verschiedene histologische Bau der Epitheliome scheint das Resultat der Behandlung nicht zu beeinflussen. Möglicherweise können Naevusepitheliome eine Ausnahme von dieser Regel bilden. Es bleiben also neben der Exzision jedenfalls FINZEN und RÖNTGEN zwei wertvolle Methoden zur Beseitigung der so hartnäckigen Hautepitheliome.

**II. Über die Einschlüsse im Lupusgewebe, von WALTER PICK-Wien.** An RIEHL'S Klinik untersuchte PICK die Einschlüsse im Lupusgewebe, welche PELAGARI als Blastomycceten auffasste, eine Ansicht, die Verfasser nach seinen Beobachtungen nicht teilen kann; er glaubt vielmehr, daß diese Einschlüsse mit irgendwelchen Parasiten, also auch Blastomycceten, absolut nichts zu tun haben, sondern daß sie bedingt werden durch die Ablagerung von Eisen und Kalk in und um resistenterer Gewebs-elemente wahrscheinlich verschiedener Art. Im vorliegenden Falle waren es besonders Lanugo-haare, welche in dieser Weise als Fremdkörper wirkten.

**III. Über Hydroa vacciniformis, von FELIX MALINOWSKI-Warschau.** Verfasser berichtet über einen Fall jener zuerst von BAZIN beschriebenen Krankheit. Die charakteristischen Merkmale bei demselben waren: Eruption unmittelbar nach Einwirkung der Sonnenstrahlen auf unbedeckte Körperteile, typischer Verlauf des Ausschlages papulo-vesicula, vesicula mit Delle und Blatergüssen, Kruste, pockenähnliche Narbe. Diese Merkmale sind identisch mit denjenigen, die BAZIN und mehrere andere Autoren hervorheben. Der Fall ist der einzige bisher in Polen beobachtete. Die Therapie der Hydroa vacciniformis muß vor allem eine prophylaktische sein, um Rückfällen vorzubeugen, Schutz vor Sonnenstrahlen und Abhärtung der Haut, rote oder safrangelbe Schleier, Salben.

**IV. Ein Fall von Oidomycosis der Haut und des Unterhautzellgewebes, von S. SAKURANE-Osaka.** Die Oidiumarten stehen zu manchen pathologischen Prozessen in ursächlichen Beziehungen; die von ihnen verursachten Erkrankungen beim Menschen sind, wenn man von denen an der Oberfläche der äußeren Haut oder der Schleimhaut (SOOR) absieht, immerhin ziemlich selten. Verfasser beobachtete nun in Japan einen Fall bei einem neunjährigen Bauernmädchen. Es handelte sich dabei einerseits um eine kalte Abscessbildung unter der Haut, andererseits um eine Gewebsneubildung, besonders der Cutis, mit Geschwürbildung und um eine schmerzlose Lymphdrüsenvergrößerung. Mikroskopisch handelt es sich um eine Granulationsgeschwulst, welche eine große Menge Pilze enthält. Letztere sind einerseits rundliche, ovale oder keulenförmige Zellen, andererseits längere oder kürzere, einigermaßen angegliederte Stäbchen und wachsen am besten auf zuckerhaltigem Nährboden und auf Kartoffeln in der Brutwärme. Die Pilze gehören zu den Oidiumarten. Die Krankheit scheint in das Bild der Dermatitis blastomycotica zu passen.

**V. Über die Einwirkung von Röntgenstrahlen auf tierische Gewebe, von RUDOLF WITTERNITZ-Prag.** Verfasser machte Versuche mit Bestrahlung überlebender Gewebe (Hoden und Leber), dann Fermentversuche und solche an lebenden Tieren, erstere mißlingen. Er kam zu dem Resultate, daß unter Einwirkung der Röntgenstrahlen sich eine chemische Änderung am Gewebe vollzieht, welche sich als ein in Lösunggehen von Stickstoffkörpern nachweisen läßt. Selbst Eingriffe, welche das Gewebe so tief schädigen, wie die Abbindung sämtlicher Gefäße, lassen noch immer die gleichseitige Einwirkung der Röntgenstrahlen nachweisen.

**VI. Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation, von BEYER-Greifswald.** Die als Vesicles aberrantes bezeichneten Fälle sind bisher in einer ziemlich kleinen Anzahl, besonders von französischen Autoren, beschrieben worden und als eine Abnormität des Zoster anerkannt; einen solchen Fall beschreibt nun auch BEYER. Die Abweichungen vom Verlauf des typischen Zoster waren in der Hauptsache: die im Gebiet anderer als des primär und hauptsächlich affinierten Interkostalnerven gelegenen Bläschen stehen im allgemeinen vereinzelt, höchstens zu zwei oder drei zusammen, unregelmäßig über den ganzen Körper zerstreut, so daß man berechtigt ist, die Diagnose auf Herpes zoster intercostalis gangraenosus mit Vesicles aberrantes

zu stellen. Die Entstehung der Bläschen erfolgte hier nicht schubweise und wurden später gangränös, sie heilten mit Narbenbildung ab.

**VII. Über Haarausfall bei hereditärer Lues, von CARL LEINER-Wien.** Während der Haarausfall der akquirierten Syphilis genügend bekannt ist, findet man in den Beschreibungen über hereditäre Syphilis wenig über diesen Punkt bezeichnet. Diese Alopecie bei Hereditären führt oft zu bandförmigen, lichten Stellen auf der Kopfhaut, hauptsächlich lokalisiert an den posterolateralen und den frontoparietalen Schädelpartien, die dann mit kurzen, lanuginösen, depigmentierten Haaren bedeckt sind. Als Ursache nimmt man diffuse Infiltrationsprozesse an diesen Stellen an, die sich auf dem Boden einer normalerweise vorhandenen, durch die Syphilis gesteigerten Seborrhoe entwickeln. Drei besonders prägnante Fälle beobachtete LEINER, die er ausführlich beschreibt; sie zeigen gleichzeitig diffuse und circumscribed Alopecie.

**VIII. Ein Fall von nekrotisierendem, polymorphem Erythem bei akuter Nephritis, von RUDOLF POLLARD-Graz.** Die Beziehungen zwischen Nierenkrankheiten und den mannigfaltigsten Hautaffektionen sind bereits Gegenstand einer Reihe von Arbeiten geworden. Dagegen ist der Punkt der Tendenz zur Nekrose, den Verfasser in einigen Fällen bei Nierenkranken sah, noch wenig betont worden. Diese Tendenz zeigt sich einerseits im Nekrotischwerden von nicht durch Bakterien verursachten und nicht infizierten Effloreszenzen toxischer Natur, andererseits in der Leichtigkeit, mit der bereits bestehende Substanzverluste und der Epidermis beraubte Effloreszenzen von Gangrän erzeugenden Bakterien befallen werden können. Verfasser schildert dann einen Fall von nekrotisierendem, polymorphem Erythem bei einem Patienten mit beiderseitiger akuter, parenchymatöser Nephritis. Es kam zu Hämorrhagien und Bildung hämorrhagischer Blasen. Bei einem Teil dieser Blasen ist es ohne Verletzung der Decke und ohne Bakterieneinflüsse zu einer Nekrose der Basis gekommen. Gleichzeitig fand eine Infektion der bestehenden Ulcera cruris mit dem Gangränbacillus statt, und von dort aus wurde auch eine Anzahl eröffneter Erythemblasen infiziert und in größere Geschwüre verwandelt, während die nicht eröffneten, nicht infizierten Effloreszenzen ohne größeren Substanzverlust abheilten. Der Grund sowohl für die spontane Gangrän der nicht infizierten Effloreszenzen sowie für das üppige Wachstum der Gangränbazillen liegt in der durch die Nephritis veränderten Beschaffenheit der Gewebssäfte.

**IX. Zwei Fälle von spontanem Keloid, von H. KIRSCH.** Die beiden, eingehend mit histologischem Befunde geschilderten Fälle sind zu den benignen Neoplasmen zu rechnen, und zwar der oberen Cutis; es sind echte Neubildungen. Der zweite Fall stellt infolge des exzessiven Wachstums der Tumoren am Gefäß eine Seltenheit dar und zeichnet sich durch das Auftreten der sich stets wiederholenden, von den Follikeln ausgehenden Abszedierungen aus.

**X. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Mykosis fungoides, von LEO RITTER v. ZUMBUSCH - Wien.** (Schluß.) Es folgt der histologische Befund der Fälle und die Zusammenstellung. Von den fünf Fällen endeten drei tödlich, zwei wurden nicht bis zum Ablauf des Prozesses verfolgt. Die Untersuchung der Haut (Infiltrate, Tumoren) ergab keine besonderen Resultate. Die Veränderungen bestehen in Einlage wenig verschiedenartiger, zelliger Elemente in der Cutis. Die Lymphdrüsen waren hochgradig verändert. Das Gewebe ist hyperplastisch; die Struktur ist verschwunden, Markstränge und Randfollikel sind nicht zu unterscheiden. Man sieht lymphatisches Gewebe, viele Mastzellen; das Bild ist dem beim Lymphosarkom sehr ähnlich. Bei allen Fällen wiesen die roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt keine bemerkenswerten Veränderungen auf. Die Mykosis fungoides ist eine Krankheit, die der Leukämie und Pseudoleukämie bis zu einem gewissen Grade verwandt scheint,

denn man beobachtet bei ihr Veränderungen des Blutes, besonders die Zahlenverhältnisse der verschiedenen Leukocytenarten betreffend. Diese Blutveränderung ist jedoch eine andere als bei jenen, besser bekannten Blutkrankheiten; es treten Elemente hervor, die dort keine Rolle spielen. Die Mykosis fungoides ist auch fähig, sich ihrer Natur nach ähnlich einem Sarkom zu gestalten; es können dann Blutveränderungen ausbleiben. Sie kann sich also einerseits einer Blutkrankheit, andererseits einem echten Tumor ähnlich verhalten. Therapeutisch sind Arsenik und RÖNTGEN empfohlen worden; letztere sind jedenfalls ein sehr wertvolles Mittel dabei und bewirken wenigstens Besserung, Rückbildung der Tumoren und Infiltrate, Abnehmen des Juckreizes und Überhäutung der Geschwüre.

**XI. Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie,** von LEO HAUCK-Erlangen. Es wurde nachgewiesen, daß die bei der Syphilis beobachtete Vermehrung der großen mononukleären Leukocyten keine nur für diese Krankheit charakteristische Erscheinung ist. Ebensovienig bietet auch das Verhalten der übrigen Leukocytenarten besondere Merkmale. Es kann somit gegenüber anderen Erkrankungen von einem für die Syphilis speziell typischen Blutbild nicht gesprochen werden. Was das Verhalten der einzelnen Leukocytenformen betrifft, so bemerkt HAUCK etwa folgendes: Wie bei den Leukocytenzahlen bestehen auch hinsichtlich des prozentualen Verhältnisses der einzelnen Leukocytenformen bei der Syphilis nur ganz geringe Schwankungen. Zwischen frischer und rezidivierender Syphilis bestehen nur deutliche Unterschiede in dem prozentualen Verhältnis der Lymphocyten: Zeitdauer, Schwere der Erkrankung sowie Veränderungen des Lymphgefäßsystems beeinflussen nicht den Prozentgehalt der verschiedenen Zellarten. Die neutrophilen Leukocyten weisen eine Abnahme mäßigen Grades auf, die Lymphocytenzahl ist in den Fällen frischer Lues meist deutlich herabgesetzt, bei rezidivierender bewegt sie sich in normalen Grenzen. Die großen mononukleären Leukocyten und Übergangsformen sind meist stark vermehrt, die eosinophilen Zellen zeigen normale Verhältnisse. Bei den Mastzellen besteht Neigung zu geringer Vermehrung. Von pathologischen Leukocytenformen wurden nur ganz vereinzelt neutrophile Myelocyten gefunden. Unter der Einwirkung des Quecksilbers verändern sich die neutrophilen Leukocyten kaum merklich, die Lymphocyten erleiden eine weitere Herabsetzung ihrer Zahl, die meist um so deutlicher ausgeprägt ist, je höher der Prozentgehalt vor Einleitung der Behandlung war. Die Zahl der großen mononukleären Leukocyten und Übergangsformen erfährt zuweilen eine Vermehrung. Bei den osinophilen und Mastzellen findet eine geringe Vermehrung statt.

**XII. Beitrag zur Kenntnis der Lungensyphilis der Neugeborenen und Erwachsenen,** von IOHJIRO KOKAWA-Tokushima. (Schluß.) Es folgen Fälle von Lungengummata bei Neugeborenen und Erwachsenen.

**XIII. Untersuchungen über Syphilis an Affen.** Erste Mitteilung von ERNEST FINGER und K. LANDSTEINER-Wien. Die Arbeit beschäftigt sich mit Untersuchungen über die experimentelle Übertragung der Syphilis auf Affen im Anschlusse an die Arbeiten von METSCHNIKOFF und ROUX und deren Nachfolger. Verfasser bemüht sich, zu ermitteln, ob es nicht durch entsprechendes Vorgehen gelingen könnte, die Erfolge der Syphilisimpfung auch an den niederen Affen zu regelmäßigen zu gestalten; die Tiere verwandten sie dann auch zu Versuchen über einen eventuellen Einfluß des Bluteserums Syphilitischer verschiedener Stadien auf das syphilitische Virus in vitro. Die besten Erfolge gab die Anlegung von Taschen und tiefen Skarifikationen. Die Impfungen wurden gemacht 1. am Cynocephalus Hamadryas, 2. am Macacus cynomolgus, 3. Macacus sinicus, 4. Macacus Rhesus. Ferner wurden Impfungen von Tier zu Tier vorgenommen. Weitere Versuche beziehen sich auf Infektionen nach vor-

heriger Infektion von lebendem oder abgetötetem Virus, auf Impfung mit Gummamaterial. Die Resultate waren durchaus ermutigend, die Häufigkeit, mit der positive Impfergebnisse auch bei den niederen Affen erzielt wurden, war groß.

Eine Zusammenstellung der Impfungen sowohl mit menschlichem als vom Affen stammenden Virus ergaben die folgenden Resultate:

Von dem mit menschlichem Virus geimpften Hamadryas zeigten zwölf ein positives, einer ein negatives Resultat, bei *Macacus cynomolgus* und *Macacus Rhesus* waren alle Resultate positiv, bei *Macacus sinicus* vier positiv, zwei negativ. Die Impfung mit Affenvirus war nur einmal beim Rhesus negativ, dagegen bei elf Hamadryas, einem Sinicus, neun Rhesus positiv. Sehr leichte Skarifikationen blieben zuweilen erfolglos, während an demselben Tiere in Taschen und tiefere Skarifikationen eingebrachtes Virus Erscheinungen hervorrief. Jedenfalls sind auch die niederen Affenarten sehr brauchbare Testobjekte für den Nachweis des Syphilisvirus. Eines der wichtigsten Argumente ist das Auftreten der Erscheinungen nach längerer Inkubationszeit. Die erzielten Lokalaefekte decken sich mit denen von METSCHNIKOFF und ROUX. Sekundäre allgemeine Erscheinungen, sofern man darunter hämatogen entstandene versteht, beobachteten Verfasser bei keinem Tier. Die sich an die Narbenbildung anschließenden serpiginösen Infiltrate hielten Verfasser wohl für Syphilisprodukte, doch können sie sie nicht als streng genommen sekundäre Symptome ansprechen, da sie nicht auf hämatogenem Wege, sondern durch regionäre Wanderung des Virus entstanden sind; doch erinnern deren serpiginöser Charakter und deren Auftreten in Form eines Nachschubs in gewissem Sinne an manche spätsyphilitische Formen. In einem Falle (Hamadryas) trat ein, durch regionäre Wanderung des Virus zu erklärendes Rezidiv drei Monate nach der Infektion in eigenartiger, für Syphilis charakteristischer Form und Verlaufsweise auf, so daß man wohl von regionären sekundären Erscheinungen sprechen darf. Die histologische Untersuchung ergab Resultate, die die Auffassung der Prozesse als syphilitische zu stützen geeignet sind.

Die Impfung von Tier zu Tier (*Rhesus* zu *Rhesus*) zeigt zunächst, daß *Rhesusvirus* immerhin noch gut entwickelte Initialaefekte zu liefern vermag; es besteht daher auch wenig Hoffnung, daß eine einmalige Passage durch den *Rhesuskörper* eine brauchbare Vaccine liefern könnte. Die Untersuchungen über Immunität mißglückten. Die Frage der Kontagiosität der sogenannten tertiären Erscheinungen der Syphilis wurde ebenfalls untersucht, und zwar mit positivem Resultate. Verfasser impften einem Hamadryas gummöse Massen ein von einer Frau; das Virus erwies sich als haltbar. Verfasser werden ihre höchst interessanten Versuche fortsetzen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Jahrg. II, Heft 12.

Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie, von M. P. MANNSSON-St. Petersburg. Nachdem Verfasser den Gang der Untersuchung der Prostituierten auf der städtischen Inspektion unter der Leitung von KÖRBITZ geschildert und derselben einige bemerkende Bemerkungen gespendet hat, wendet er sich zur Besprechung der Leipziger Klinik und Poliklinik, von der er vor allem die hygienische Einrichtung und das Streben nach Antiseptik in der Behandlung der Dermatosen hervorhebt. Bei dieser Gelegenheit ergeht er sich etwas ausführlich über den Wert der Institution der Famuli und wünscht eine ausgedehntere Einführung derselben in Rufeland. Als Leipziger Besonderheit in bezug auf die Prostituierten erwähnt M., daß es diesen nicht gestattet ist, sich dort vor 8 Uhr abends auf der StraÙe zu zeigen.

## Jahrg. III, Heft 1.

**Beiträge zur Geschichte der Dermato- und Venerologie**, von M. P. MANNASSEIN-St. Petersburg. In Halle findet M. die Kliniken ganz besonders rühmend; nur ist es als ein Übelstand zu bezeichnen, daß die Frauenabteilung für Hautkranke eigentlich im Erdgeschoss untergebracht ist, wo die Zimmer etwas dunkel und nicht sehr hoch sind. Besondere Kritik übt Verfasser an dem Umstand, daß das Fach der Dermatologie und Syphilis als eine Nebensache behandelt wird, und die Leitung der Klinik und Poliklinik sowie die betreffenden Vorlesungen sozusagen im Nebenamt einem Privatdozenten der inneren Medizin übertragen sind. Man kann nicht sagen, daß die Ironie, mit welcher M. diesen Umstand bespricht, ganz unbegründet wäre.

**Zur funktionellen Störung der Harnentleerung**, von R. KUTNER-Berlin. Bei sonst völlig gesunden jungen Leuten im Alter von 25—35 Jahren hat K. mehrfach eine Abnormität in der Harnentleerung konstatiert, indem von den Betroffenen angegeben wurde, daß sie einestheils oft lange „pressen“ müßten, ehe der Ausfluß erfolgte, daß ferner der Strahl entschieden an Kraft eingebüßt habe, und namentlich, daß das Gefühl der Befriedigung und der vollständigen Entleerung der Blase ausbleibe. In der Tat fand sich dann auch Residualurin vor. Verfasser führt diese Störung einfach auf eine gewohnheitsmäßig ausgeübte Unterdrückung des normalen Dranges zum Urinieren zurück. Die stets erfolgreiche Behandlung besteht in der Einführung eines Katheters, zunächst täglich, dann seltener und in der Anweisung, mindestens alle drei Stunden zu urinieren, wobei nach einer Viertelstunde etwa zum zweiten Male der Versuch wiederholt wird, die Blase vollständig zu entleeren. Eine ähnliche Ermüdungslähmung, wie K. diesen Zustand nennt, besteht zweifellos bei vielen Fällen von Enuresis nocturna.

**Die blennorrhoeische Erkrankung der Vorsteherdrüse**, von E. R. W. FRANK-Berlin. Daß die Prostata sehr viel häufiger bei der Blennorrhoe erkrankt ist, als im allgemeinen von den Ärzten angenommen wird, hat jeder Urologe wiederholt erfahren. Bei einem im Laufe von drei Jahren beobachteten poliklinischen Material von 651 Fällen fand sich 210 mal eine innerhalb der ersten acht Tage entstandene Urethritis posterior und zugleich damit eine Prostatitis vor. Bei 179 Patienten wurden im Prostatasekret Gonokokken nachgewiesen, 20 mal fanden sich andere Bakterien und bei 11 Patienten erhob sich das Sekret bakterienfrei. Um einwandfreie Befunde zu erhalten, hat F. nach gründlicher Auswaschung der Urethra mit Albargiallösung einen sterilen Tubus bis zum Ende der Pars membranacea eingeführt, das Gesichtsfeld mit steriler Watte gründlich getrocknet und dann das durch Massage exprimierte Sekret im Tubus aufgefangen. Bei anderen Fällen hat er nur die Vorrichtung beobachtet, nicht etwa durch Druck auf die Pars pendula das Prostatasekret nach außen befördern zu wollen, was auch fast niemals zur Weiterbeförderung desselben nötig ist. Das größte Vertrauen hat Verfasser zu Spülungen mit Albarginallösung (1 : 1000), welche im Verein mit der frühzeitigen digitalen Massage resp. Elektromassage der Prostata geradezu abortive Wirkung gehabt haben. Ferner hat F. sein Augenmerk darauf gerichtet, ob der binnen einigen oder mehreren Stunden mehrfach mit einer infizierten Person ausgeübte Coitus einen Einfluß auf die Entstehung der Urethritis posterior auszuüben imstande sei. Er fand, daß bei 98 % der Patienten mit einer derartigen Anamnese in den ersten drei bis fünf Tagen post coitum die hintere Harnröhre und die drüsigen Adnexa schon infiziert waren. Experimente an der Leiche scheinen diese Möglichkeit ganz begreiflich zu machen.

**Welche Vorteile bietet eine Penisklemme bei der Behandlung der Blennorrhoe?** von A. STRAUSS-Barmen. Verfasser findet, daß der Grund, weshalb Penisklemmen nicht allgemeiner verwendet werden, in dem Mangel an geeigneten Apparaten



zu suchen sei. Sein im vorigen Jahre beschriebenes, einfaches und billiges Instrument hat ihn zum Verschluss des Orificium externum urethrae vorzügliche Dienste geleistet, wenn es darauf ankam, eine anästhesierende Lösung in der Harnröhre zurückzuhalten oder eine prolongierte Injektion, sei es in der Sprechstunde auszuführen oder zu Hause durch den Patienten selbst ausüben zu lassen. Der Fortfall der mühsamen und oft unzureichenden Fingerkompression bei den Einspritzungen war den meisten Patienten eine wahre Wohltat.

**Über blennorrhische Epididymitis**, von A. HENNIG-Königsberg i. Pr. Der Prozentsatz der mit Epididymitis komplizierten Blennorrhöen wird von den verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben. Die Zahlen schwanken von 1,2% (GASSMANN) bis 29,9 (FINGER), und v. WINIWARTEK schätzt das Verhältnis im ganzen auf 20—25% aller Tripperkranken. H. hat unter 2009 Blennorrhöikern nur 152 (= 7,5%) Epididymitiden beobachtet. Viel häufiger beobachtete er Prostatitis (1143 mal) als Komplikation. Dafs die Erkrankung des Nebenhodens per contiguitatem von der Pars posterior urethrae und dem Vas deferens aus bewerkstelligt wird, ist durch exakte Beobachtungen wiederholt festgestellt. (Fortsetzung folgt.)

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

### Mitteilungen

#### der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

1906. Band III. Heft 5/6.

**1. Eingabe des Vorstandes der D. G. B. G. an den Herrn Reichskanzler.** Der Inhalt der Eingabe verlangt eine Ausdehnung der Schweigepflicht und beantragt Abänderung des § 300 des Reichsstrafgesetzbuches. Es soll eingefügt werden nach den Worten „Apotheker“: „Verwaltungsbeamte der Krankenhäuser, der für die Verwaltung der öffentlichen Invaliden-, Unfall- und Krankenversicherung getroffenen Organisationen sowie der Armenverwaltung.“

**2. Die Aufgaben der Zweigvereine**, von FELIX BLOCH-Hannover. Zuvörderst haben dieselben dafür zu sorgen, dafs die Krankenhäuser ihrer Stadt auch Venerische aufnehmen und in hygienisch befriedigender Weise unterbringen. Es genügt nicht, dafs nur ein Krankenhaus jedes Ortes Geschlechtskranke aufnimmt, da dieser Umstand nicht zur Entdeckung des Leidens der dorthin Geschickten führt. Die Abteilungen, welche geschlechtlich Erkrankte aufnehmen, müssen auch hygienisch vollkommen auf der Höhe stehen, dasselbe gilt für die Pflege und Abwartung der Kranken. Hier können die Ortsgruppen der Gesellschaft kontrollierend wirken. Auch sollen sie für Schaffung von Ambulatorien eintreten, die mit den vorerwähnten Abteilungen in Verbindung zu stehen hätten. Auch auf die Krankenkassen wäre, wenn nötig, in dem Sinne einzuwirken, dafs genügend Spezialärzte Anstellung finden, eine Statistik der Geschlechtskrankheiten erhoben wird und dafs man den Mitgliedern aufklärende Merkblätter und Vorträge unentgeltlich bietet. Ebenso gehört in das Programm der Ortsgruppen der Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten der Kampf gegen das Kurpfuscherunwesen. Dazu bedarf es einer weitgehenden Aufklärung des Publikums. Anzustreben ist daneben Untersagung des Heilbetriebes bei Unzuverlässigkeit, Verbot brieflicher Behandlung und Untersagung der Zeitungsreklame. Auch sind durch die Ortsgruppen die einzelnen flagranten Fälle von Kurpfuscherei zur Anzeige zu bringen. Vorträge zur Belehrung über Gefahren und Verbreitung der Geschlechtskrankheiten stehen natürlich unter den Aufgaben vornan. Dazu gehören grofse öffentliche Versammlungen, systematische Versendung der Veröffentlichungen der Gesellschaft an Vereine, Behörden und andere Instanzen. Auch sind die Schulbehörden um Ein-

führung von Unterricht in der sexuellen Hygiene, zunächst im Rahmen der allgemeinen Gesundheitslehre, zu ersuchen. Ferner sollten die Zweigvereine Unterlagen zur Schaffung eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zusammentragen. Auch ist seitens der Ortgruppe dafür zu sorgen, daß in ihrer Stadt bei der Beglementierung der Prostitution, die beim heutigen Zustand mehr schadet als nützt, der ärztlich-hygienische Standpunkt gegenüber dem polizeilichen mehr in den Vordergrund gerückt wird und tunlichst Polikliniken eingerichtet werden, in denen alle, nicht nur die eingeschriebenen Prostituierten, sich freiwillig untersuchen und behandeln lassen könnten. Nicht die geringste Aufgabe der Zweigvereine sind schließlicb neben der Werbung neuer Mitglieder die größten Anstrengungen, die örtlichen sozialen Verhältnisse zu heben, um die Quellen der Prostitution und damit der Geschlechtskrankheiten zu verstopfen. BLOCH denkt da an die Fürsorge für verwahrloste Kinder, für unverheiratete Wöchnerinnen und deren Kinder, an den Kampf gegen die Verwilderung der schulentlassenen Jugend, gegen den Alkoholmißbrauch. Auch faßt er die Errichtung von Wohnhäusern für Unverheiratete seitens der Gemeindebehörden ins Auge.

**8. Unser Genußleben und die Geschlechtskrankheiten, von WILLY HELLFACH.** Die Geschlechtskrankheiten zum großen Teil als Folgen unseres Genußlebens zu bezeichnen, erscheint völlig berechtigt. Die Überleitung zu den Gefahren des außer-ehehlichen Sexuallebens — und darum handelt es sich ätiologisch in überwiegendem Maße — bildet der Alkoholgenuß, unter dem die heutige Gesellschaft mehr oder minder steht. Vom Branntweingenuß und Weintrinken hat sich die Allgemeinheit dem Biere zugewendet, das uns das Gift des Weingeistes in einer verhältnismäßig dünnen und unschuldig aussehenden Lösung bietet. Der Alkoholgenuß verbannt aus den Gesprächen den Ernst, fördert die banale Unterhaltung und damit die Zote. Die Folge ist eine Reizung der erotischen Triebe. Ihrer Unterdrückung fehlt nunmehr auch der in alkoholfreiem Zustand hemmende Einfluß des Verstandes, des Willens. Gleichzeitig fallen alle ästhetischen Hemmungen. Der Angeheiterte wird infolgedessen auch zur Befriedigung seiner Begierde nicht gerade sehr wählerisch vorgehen. Damit wächst die Gefahr einer Ansteckung bedeutend. Die in unberauschtem Zustande beim Beischlaf angewendeten Vorsichtsmaßregeln bleiben dazu völlig außer acht. Und dabei wirkt der Alkohol auch lähmend auf die Potenz, so daß die Zeit der Ausübung des Coitus verlängert, vielleicht verdoppelt und die Gefahr der Erkrankung bei weitem erhöht wird. Ist ein Mann nun etwa an einem Tripper erkrankt, so verhindert der gesellschaftliche Trinkzwang den Kranken nur zu oft, sich des Biergenusses zu enthalten. Der Krankheitsprozeß wird damit erneut angeregt. Im übrigen schwächt der Alkohol das Nervensystem, was sich bei der Syphilis, besonders des dritten Stadiums, aufs schwerste rächt. Zudem stumpft das alkoholische Genußleben die Kranken gegen die Sorge um ihre Erkrankung ab. Auch das Hinausschieben der Verehelichung geschieht seitens der Männer vielfach nur, um den zügellosen Geschlechtsverkehr des Junggesellen möglichst lange zu genießen. Besonders ausgebildet ist dieses sexuelle Genußleben, bei dem die Mehrzahl der Männer gar nichts Böses findet, in den großen Städten. Stadtleben ist ein Leben der Aufregung, der Sinneserregung, dazu ein Nachtleben mit tausend Verführungen und Gelegenheiten zum Verkehr. Daneben dauernder Sinnenkitzel in Tingeltangels, Kabaretts, Variététheatern und Nachtcafés.

*Hopf-Dresden.*

Reichen die bisherigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes zur Heilung von Geschlechtskrankheiten aus? von REINHOLD LEDERMANN-Berlin.

Das Krankenversicherungsgesetz enthält zum Teil Bestimmungen, welche nicht nur Widersprüche in sich enthalten, sondern auch, zumal bei geschlechtlichen Erkrankungen, wie der sehr chronisch verlaufenden Syphilis, unzweckmäßig genannt werden müssen. Ist es nicht merkwürdig, daß ein arbeitsfähiger Kranker nach 26 Wochen seinen Unterstützungsanspruch verliert, während der Patient, sobald er innerhalb dieser 26 Wochen, und sei es am letzten Tage, noch erwerbsunfähig wird, die Krankenunterstützung auf weitere 26 Wochen erhält? Diese Humanität des Gesetzgebers trägt den Anforderungen des praktischen Lebens nicht Rechnung. Denn der Fall ist häufig, daß Geschlechtskranke zwar erwerbsfähig bleiben, aber nach einem halben Jahre noch keineswegs geheilt sind. Auch jene Bestimmung ist ungerecht, welche die Gemeinden ermächtigt, falls Kranke im ersten Krankheitsjahre 26 Wochen lang Krankenunterstützung genossen haben, die Unterstützungsdauer im zweiten Jahre bei gleichbleibender Krankheitsursache auf 13 Wochen herabzusetzen. Bei schweren, rückfälligen Erkrankungen an Syphilis kann diese Bestimmung oft direkt schädlich für das spätere Befinden des Erkrankten sein, insofern als bei einer nicht genügend lange durchführbaren Kur im zweiten Jahre der Erkrankung das dritte Jahr die schönsten Rezidivprozesse zu zeitigen vermag. In diesem dritten Jahre kann der Kranke allerdings wieder auf 26 Wochen Krankenunterstützung Anspruch erheben. Könnte letztere im zweiten Jahre gewährt werden, so würde die Kasse im dritten Jahre vielleicht einen ganz gesunden Patienten vor sich haben. Beim Tripper genügen die ersten 26 Wochen mit Erwerbsfähigkeit vergesellschafteter Behandlung häufig nicht zur Heilung. Wäre eine pausenfreie Weiterbehandlung angängig, so würde sich mancher der späteren komplizierenden Prozesse, die wiederum Behandlung, Erwerbsunfähigkeit oder Invalidisierung nötig machen, vermeiden lassen. Besonders in die Augen springen die Übelstände des Krankenversicherungsgesetzes bei der Syphilis, deren erfolgreiche Behandlung ja stets Jahre umfaßt und bei der die Ansteckungsgefahr besonders bei engem Zusammenleben vieler Personen eine außerordentlich große ist. Hier tut demnach erweiterte ärztliche Überwachung beziehentlich Behandlung unbedingt not. Die Beobachtung möchte sogar eine ständige sein, wenn es auch nicht die Behandlung zu sein braucht. Kommt doch hinzu, daß viele syphilitische Prozesse ohne jeden Schmerz verlaufen und überhaupt der Beobachtung ihres Trägers entgehen, gleichwohl ansteckend zu wirken vermögen. Allerdings hat man in der Richtung der Behandlung Geschlechtskranke und überhaupt der Kranken auch im Krankenversicherungsgesetz gegenüber früher große, segensreiche Fortschritte gemacht. Für nicht besonders schwere Fälle von Syphilis und Tripper dürften die Bestimmungen von heute auch im Durchschnitt genügen. Gleichwohl aber kann man hinsichtlich besonders der Lase nicht energisch und lange genug im Anfang behandeln, um die gefürchteten tertiären Hirn- und Medullärkrankheiten zu verhindern, welche meist oder jedenfalls häufig Invalidisierung zur Folge haben. Aus diesen Erwägungen heraus ist von der Berliner Landesversicherung das bekannte eigene Krankenhaus für Venerische errichtet worden. LEDERMANN verlangt als wünschenswert folgende Abänderung im § 6 II des Krankenversicherungsgesetzes: „Die Krankenunterstützung endet bei einem Falle der Erwerbsunfähigkeit mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezuges. Erwerbsfähige Kranke haben von Beginn der Krankheit ab bis zur vollendeten Heilung Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arznei sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel.“

*Hopf-Dresden.*

## The British Journal of Dermatology.

Februar 1906.

Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern und ihre Beziehungen zu maligner Entartung, von WILFRID S. FOX-Greenwich. (Schluss folgt.)

Schleimhautveränderungen bei Lupus erythematosus, von THOMAS SMITH-London. Während im allgemeinen Komplikationen von Seite der Schleimhaut bei Lupus erythematosus als sehr selten gelten, fand sie Verfasser unter seinen Patienten im London-Hospital relativ häufig, nämlich unter 56 Fällen 16 mal, d. i. in 28%. Der gewöhnlichste Sitz dieser Schleimhautplaques waren (in zehn Fällen) die Wangenschleimhaut gegenüber den Kronen der oberen und unteren Molarröhren, fünf Patienten zeigten solche Flecken am harten Gaumen, drei an den Lippen, drei an der Nasenschleimhaut und einer an der Conjunctiva der unteren Augenlider. Relativ häufiger sind die Schleimhautplaques beim disseminierten Typus des Hautleidens. Zuweilen bilden sie ein wichtiges Hilfsmittel zur Diagnose, wie einer der von F. beobachteten Fälle lehrte. Der Verlauf des Gesamtleidens wird durch die Schleimhautkomplikationen nicht beeinflusst, dieselben erfordern auch keinerlei spezielle Lokalbehandlung.

Über gewisse Erscheinungen von mit X-Strahlen behandelten Haaren, von A. WINKELRIED WILLIAMS. Die merkwürdig zugespitzte Form von Haaren, welche durch Röntgenstrahlen depiliert wurden, ist bekannt; W. hat nun bei einigen seiner Patienten Variationen dieser Erscheinung beobachtet, welche ihm von Interesse zu sein scheinen. Bei einer Art war durch die Einwirkung der Röntgenstrahlen (zwei bis zehn Minuten Dauer mit mäßig harter Röhre in täglichen Sitzungen) völliger Haarausfall erzielt worden: das Ende der Haare war in ausgeprägter Weise zugespitzt, in diesen verdünnten Teilen kein Pigment und auch keine Haarpapille zu konstatieren. In Fällen, wo keine völlige Depilation beabsichtigt war (drei Sitzungen von je zehn Minuten Dauer), erschienen die nicht ausgefallenen, aber leicht ausziehbaren Haare an einer Stelle verdünnt, wie eine Glaspipette (Kapillare). Diese Beispiele, welche durch Zeichnungen illustriert sind, lehren nach Verfassers Ansicht die Art, wie die X-Strahlen auf die vegetative Funktion von Haarwurzel und -Papille einwirken; die Fähigkeit, Hornzellen zu produzieren, wird geschwächt bis zur schließlichen völligen Aufhebung derselben. Bei weniger langer Einwirkung (wenigen Sitzungen) kommt es nicht zu letzterem Grade und kann allmähliche Restitutio wieder eintreten. Die Ähnlichkeit dieses leichteren Grades von Haarverdünnung mit dem sog. moniliformen Haar und das Vorkommen des letzteren bei Alopecia areata läßt W. vermuten, daß zeitweise Störung der trophischen Funktionen der Papille eine Ursache der moniliformen Haare und die Keratosis der Follikelmündung indirekt auf die Papille (und nicht durch bloßen Druck, wie F. BERING annimmt) einwirken dürfte. *Stern-München.*

## Annales de Dermatologie et de Syphillographie.

1906. Heft 1.

Die Pathogenese des Bromexanthems, von A. PASINI-Parma. P. füllt eine Lücke aus, indem er den Wegen nachspürt, auf denen das Bromexanthem zustande kommt. Anlaß dazu gab ihm eine Patientin, die an Achlorhydrie und Hypoacidität des Magens litt und die wegen nervöser Beschwerden täglich 1—2,0 Bromkalium und Bromnatrium erhielt. Nach einigen Tagen stellte sich der bekannte Bromausschlag ein, daneben auch Blässe und Abmagerung, allgemeines Schwächegefühl und leichte Bewußtseinshemmung, lauter Symptome, die nach Aussetzen des Broms bald wieder schwanden. — Die histologische Untersuchung der Brompapeln und -pusteln lieferte

den gewöhnlichen Befund: Anhäufung von Leukocyten in der Epidermis und Cutis, Proliferation in der Epidermis, Ödem in der Cutis, ferner Veränderung an den Gefäßen, Neubildung von Bindegewebezellen, Zerstörung des leimgebenden und des elastischen Gewebes usw.

P. hat aber, bei gründlicherer Untersuchung mit verschiedenen Färbemitteln, noch etwas anderes gefunden. nämlich eine Umwandlung der Bindegewebezellen erst in UNNASche Schaumzellen und alsdann in phagozytäre Zellen, mit der Fähigkeit, weiße Blutkörperchen zu verschlucken. Er bezeichnet sie deshalb als *Ecumophagocytes* oder Schaumphagocyten und weist ihnen die wichtigste Rolle beim Zustandekommen des Bromexanthems zu. Seine weiteren Untersuchungen haben ihm nämlich gezeigt, daß das Brom bei der Berührung mit den Albuminoiden der Gewebe derartig chemisch verändert wird, daß es sich mit Hilfe der gewöhnlichen Reaktionen nicht mehr nachweisen läßt. Daß es doch darin vorhanden ist, erkennt man mittels eines von P. angegebenen Verfahrens (S. 15, Zusatz von Höllensteinlösung). Er hat ferner gefunden, daß das freie Brom ein starkes chemotaktisches Vermögen besitzt und nimmt an, daß im Fall seiner Kranken infolge der Subacidität des Magens das Bromsalz sich zersetzte (wobei er sich auf die Ergebnisse anderer Forscher beruft) und freies Brom in den Organismus gelangte. Alle beobachteten Symptome, führt er weiter aus, seien Wirkungen des freien Broms, insonderheit die Entstehung der Schaumphagocyten führt er auf dieses zurück; in Berührung mit ihm degenerieren die Bindegewebezellen und wandeln sich eben in Schaumphagocyten um.

**Das akute umschriebene Ödem der Haut und der Schleimhäute, von R. MORICHAU-BEAUCHAUT.** Es werden drei Formen dieses Ödems beschrieben, das arthritische, das Oedème péliossique und das QUINCKESche Ödem.

Die erste Form wird am meisten bei arthritisch veranlagten Menschen beobachtet und erscheint häufig als Oedema album fugax; es sitzt fast immer im Gesicht — Augenlider — kommt und vergeht plötzlich, ist nicht schmerzhaft; zuweilen tritt es auch in Form kleiner, linsen- bis mandelgroßer, beweglicher, subcutaner Knötchen auf. Daß es sich bei diesen Knötchen wirklich nur um ein flüchtiges Ödem handelt, dafür spricht eine Beobachtung von M.-B. Bei einem polyarthritisch erkrankten Kinde, das Träger vieler solcher Knötchen war, wollte er nämlich die Biopsie vornehmen; das gelang ihm aber nicht, denn beim Einschneiden auf das deutlich fühlbare Knötchen verschwand dieses unter dem Finger. (Zweimaliger Versuch.) Das arthritische Ödem ist eine häufige Begleiterscheinung der Gicht und des Gelenkrheumatismus.

Unter „Oedème péliossique“ werden die Fälle zusammengefaßt, die bislang als Purpura myelopathica oder exanthematica gingen. Auch hier erscheint und verschwindet das Ödem plötzlich; es bevorzugt die unteren Extremitäten, an denen es oft symmetrische Stellen einnimmt, springt dann aber auch auf Hände und Gesicht über; es ist, wie das arthritische Ödem, elastisch, unterscheidet sich von ihm aber durch das gleichzeitige Auftreten von Ekchymosen und Petechien in der Haut der Unterextremitäten. Das ganze Krankheitsbild wird durch Fieber, Brechen, Durchfall, Gelenkschmerzen eingeleitet; befallen werden meistens junge, neuroarthritisch veranlagte Menschen; Ausgang immer in Heilung.

Beim QUINCKESchen Ödem handelt es sich um kleine, umschriebene, gleichfalls elastische Tumoren, die im Gesicht und auf der Mund- und Rachenschleimhaut am häufigsten vorkommen. Sie machen im allgemeinen keine subjektiven Beschwerden, doch können sie, wenn sie in den Kehlkopf hinabsteigen, durch Glottisödem den Tod herbeiführen. Sehr häufig sind daneben Störungen abseits des Magendarmkanals, gastrische Krisen wie bei der Tabes von stundenlanger Dauer, Durchfälle, Meteorismus.

Die Krankheit hat einen chronischen Verlauf und befällt meistens das Alter von 20 bis 30 Jahren; einige Male wurde eine gewisse Vererblichkeit beobachtet.

Der Verfasser bespricht nun die Nosologie dieser drei Formen und betont ihre innere Verwandtschaft und Zusammengehörigkeit; besonderes Gewicht legt er auf die Tatsache, daß der Neuroarthritismus in ihrer Ätiologie eine große Rolle spielt; durch ihn wird, wie er des weiteren erörtert, eine Toxiinfektion herbeigeführt, indem die Keime, die normalerweise den Verdauungskanal bewohnen, dadurch veranlaßt werden, die Darmwände zu durchdringen und sich im gesamten Organismus auszubreiten. Auf dieser, von anderen Forschern aufgestellten Theorie baut M.-B. weiter. Es handelt sich beim akuten Ödem nicht um eine Angioneurose, wie man bislang annahm, sondern ihm liegt in erster Linie ein gestörter Chemismus des Magens, eine anormale Fermentation zugrunde; dadurch bilden sich giftige Peptone und Albumine, die in den Kreislauf gelangen und eine „lymphagoge“ Wirkung ausüben.

Von dieser geistreichen Theorie aus, deren ausführliche Begründung im Original nachzulesen sich lohnt, wird ein kurzer Blick auf die Therapie des akuten, umschriebenen Ödems geworfen: Milch- und Mehlspeisen, Abführmittel, Aspirin werden empfohlen.

1906. Heft 2.

**Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda der Leber,** von E. DAVIC und J. FROMENT. Der Fall gehört zu den wenigen bis jetzt sichergestellten Beobachtungen von später Heredosyphilis der Leber. Er betraf einen schwächlichen 16jährigen Knaben, der vom Juni bis zu seinem Tode (30. Dez.) im Krankenhaus lag. Seine Hauptbeschwerden waren neben allgemeiner Mattigkeit anfallsweise auftretende Schmerzen im Leib und Durchfälle. Die Leber erwies sich stark geschwollen und höckerig. Da eigentliche Stigmata fehlten und die Anamnese im vollen Umfang erst später aufgenommen werden konnte, so dachte man nicht an Lues hereditaria tarda der Leber und neigte mehr zur Annahme einer Bauchfelltuberkulose. Erst die Sektion und die Feststellung einer zweifellos syphilitischen Vergangenheit der Mutter führten auf den richtigen Weg.— Die Leber wog 1140 g und war von zahlreichen Gummata durchsetzt. Auch an den übrigen Organen war die mütterliche Erbschaft in mannigfachen Spuren bemerkbar.

An diesen Krankenbericht knüpfen die Verfasser eine kritische Analyse der bisher veröffentlichten Fälle von erbter Spätsyphilis der Leber und bringen eine Symptomatologie der Krankheit. Über ihre Häufigkeit wissen sie nichts Bestimmtes auszusagen. Das Alter der Befallenen schwankt im allgemeinen zwischen 10 bis 21 Jahren, doch ist die Krankheit auch in späteren Lebensjahren (34 bzw. 41 Jahre) beobachtet worden. Die pathologische Anatomie ist die gleiche, wie bei der Lebersyphilis auf dem Boden einer Lues acquisita. Die Spirochaeta pallida ist schon mehrfach in solchen Lebern nachgewiesen. (In ihrem Fall erwähnen die Verfasser nichts in betreff dieses Punktes). Die erkrankten Personen sind meistens schlecht entwickelt und ernährt und weisen häufig deutliche Stigmata ihrer verhängnisvollen Belastung auf. Das Leiden beginnt schleichend, allmählich vergrößert sich die Leber, wird aber nicht immer höckerig. Auch der Ascites ist kein regelmäßiges Symptom, ebenso vermag das Fieber zu fehlen. Die Krankheit läuft in Monaten bis Jahren ab; die Prognose ist, wenn die spezifische Behandlung frühzeitig einsetzt und das Individuum nicht allzu kachektisch ist, keineswegs ungünstig.

Interessant ist die Eingangsbemerkung des Verfassers, daß man im 16. bis 17. Jahrhundert in der Leber den Hauptherd und ursprünglichen Sitz der Syphilis suchte.

**Die Histologie des Lichen planus der Schleimhäute,** von W. DUBREUILH. Veranlaßt durch eine Arbeit von v. POOR „Zur Anatomie der Schleimhautaffektionen bei

Lichen planus“ hat D. bei zwei Fällen von Lichen planus der Zunge und einem solchen der Wangenschleimhaut die Biopsie vorgenommen und die Präparate unter dem Mikroskop untersucht. Der Befund entsprach in allen wesentlichen Punkten dem vom Lichen planus der Haut her bekannten Bilde.

Die Hauptveränderung besteht in einer Zellinfiltration der papillären und subpapillären Schicht. Dieses Infiltrat besteht im Wesentlichen aus mononukleären Lymphoidzellen, denen nur wenige polynukleäre beigemischt sind; noch seltener stößt man auf Plasmazellen. Bei den von der Zunge herrührenden Präparaten beginnt die Infiltration und ist am ausgesprochensten auf der Höhe der interpapillären Epithelleisten. Dem entspricht klinisch der weißliche Belag, der sich anfangs nur in den interpapillären Zwischenräumen zeigt, der aber bei fortschreitender Krankheit die filiformen Papillen überzieht und nunmehr eine glatte weiße Plaque bildet.

Von einem Ödem, das v. POOR in seiner Arbeit sehr betont, hat D. nicht viel wahrgenommen; die Zellinfiltration erscheint in der Umgebung der Gefäße eher geringer. Diese sind nur etwas erweitert, doch hat ihr Endothel keinen Schaden gelitten. Gerade in der Nachbarschaft der Papillargefäße findet man noch etwas Bindegewebe, das überall anders unter dem Druck des Infiltrats geschwunden ist. Also bilden die Gefäße sicher nicht den Ursprungsherd der Erkrankung.

Die Papillen sind etwas breiter und länger. Die Stachelschicht der Epidermis ist leicht ödematös; die Hornschicht ist nicht verdickt, eher etwas dünner. Einmal fand D. auch einige keratohyaline Körner. *Türkheim-Hamburg.*

#### **Annales de thérapeutique dermatologique et syphilitigraphique.**

1906. Band VI, Nr. 2.

**Die außerparlamentarische Kommission zur Regelung der Sittenfrage**, von L. BURTE-Paris. (Fortsetzung.) Um der Kuppelei möglichst entgegenzutreten, hat die Kommission nach längerer Diskussion folgende von BULOT und FEUILLOLET vorgeschlagene Resolution mit geringer Majorität gutgeheißen:

Wer um den Lüsten eines anderen Vorschub zu leisten und in gewinnsüchtiger Absicht ein Individuum weiblichen oder männlichen Geschlechts in unmündigem oder in mündigem Alter und ohne oder auch mit dessen Einwilligung zu unzüchtigen Handlungen verleitet oder dessen Prostituierung gewohnheitsmäßig erleichtert oder begünstigt, wird mit einer Gefängnisstrafe von drei Monaten bis zu zwei Jahren und einer Geldbusse von 50—2000 Francs bestraft. Diese Verfügung findet keine Anwendung bei solchen, welche nur die Prostituierung von Erwachsenen bei ihrem gesetzlich geregelten Gewerbe begünstigt haben. — Ursprünglich hatte BULOT einen Vorschlag formuliert, welcher die Bordelle gänzlich beseitigen sollte, doch begnügte man sich schließlich damit, die Beseitigung der sog. Absteigequartiere nach Kräften anzustreben.

Band VI, Nr. 3.

**Die außerparlamentarische Kommission zur Regelung der Sittenfrage**, von L. BURTE-Paris. (Schluß.) Nachdem ein Vorschlag, die venerischen Krankheiten ebenso für meldepflichtig zu erklären wie andere ansteckende Krankheiten, abgelehnt worden war, wandte man sich der Frage von der Prophylaxe zu. Es wurde fast einstimmig eine Resolution angenommen, daß nur solche Kandidaten zum Doktorexamen zugelassen werden sollen, welche nachweisen können, daß sie mit Erfolg einen Kurs auf einer speziell für venerische Erkrankungen reservierten Abteilung besucht haben. Ferner sollen für die Regierungsbeamten, für die Rekruten im Heer und in der Marine und auch für die oberste Klasse der Schulen von speziell auf diesem Gebiete erfahrenen

Ärzten Vorträge über die Gefahren der venerischen Infektion gehalten werden Eine andere Resolution bestimmt, daß es für die Hilfskassen nicht statthaft sein soll, den venerisch Erkrankten die Unterstützung zu versagen. Um den Nachteilen der Kurpfuscherei bei solchen Kranken entgegen zu arbeiten, ist der Beschluß gefaßt, daß jegliche Anpreisung von Behandlungsarten oder von behandelnden Personen durch Plakate an öffentlichen Plätzen, Straßen oder in Lokalen gerichtlich strafbar sein soll, und zwar im Wiederholungsfalle mit einer Geldbuße bis zu 200 Francs und Gefängnis von sechs Tagen bis zu zwei Monaten. Auch kann das Urteil durch Anbringung an der Tür der Wohnung des betreffenden veröffentlicht werden. Nach lebhafter Diskussion genehmigte man ferner die Bestimmung, daß jede wegen Aufreizung zur Unzucht polizeilich eingelieferte venerisch erkrankte Person, welche nicht den Nachweis bringen kann, daß sie ärztlich behandelt werde, durch Anordnung des Richters einem Krankenhause zur zwangsweisen Behandlung bis zu ihrer Gesundung überwiesen werden soll. Ferner sollen gewohnheitsmäßige Prostituierte unter 18 Jahren durch richterliche Entscheidung einem Erziehungsheim überwiesen werden. Zum Schluß wurde die Resolution gefaßt, daß wer bewußt eine andere Person mit einer venerischen Krankheit infiziert, mit Gefängnis von einem Monat bis zu fünf Jahren und einer Geldstrafe von 16—3000 Francs belegt werden soll.

Band VI, Nr. 4.

**Über die Behandlung des Favus capitis der Trichophytia capitis und der Mikrosporie in den Schulen, von T. A. VAN DER WLJK - Amsterdam.** Diese Affektionen sind in Holland sehr verbreitet. Im Jahre 1902 konnte Verfasser Statistiken über 1000 Fälle aufstellen. Dabei waren die therapeutischen Resultate höchst unerfreulich, indem nur 6—7% Heilungen erzielt wurden. Als der Schulbesuch durch Gesetz obligatorisch gemacht worden war, richtete man speziell zur Behandlung der an den genannten Affektionen erkrankten Kinder eine Poliklinik ein, in welcher während der Stunden von 9 bis 5 Uhr täglich die affizierten Teile durch geschultes Personal epiliert und in sonstiger geeigneten Weise behandelt wurden. Darauf wurde es den Kindern gestattet, mit wohl verbundenem Kopfe die Schule zu besuchen. Auf diese Weise erzielte man Heilungen des Favus bei 60—80% der Fälle in acht bis zehn Monaten, aber bei Trichophytie stieg der Prozentsatz nicht über 20% in dieser Zeitdauer. (Nach *Nederlandsch Tijdschr. v. Geneeskunde*. 1904. 19.)

**Über ein wertvolles Hilfsmittel zur klinischen Diagnose, von JULLEN - Paris.** Um die genaue Form und Begrenzung der verschiedenen Erosionen und Ulcerationen sowohl an der Epidermis wie auf Schleimhäuten festzustellen, hat sich das Betupfen mit einer schwachen Chromsäurelösung (1:50) mittels eines Wattebausches dem Verfasser sehr bewährt. Das Mittel hat in dieser Konzentration gar keine schädliche Wirkung, scheidet sogar den Effekt einer etwaigen nachherigen Ätzung mit Arg. nitric. wesentlich zu erhöhen. Da nur die der Epitheldecke beraubten Teile die Färbung annehmen, so erhält man auf diese Weise bei Herpes, Aphthen bei Plaques muqueuses, bei den diagnostisch oft so schwer zu beurteilenden syphilitischen Läsionen am Scrotum, bei Intertrigo und bei Schankern ungemein charakteristische Bilder, welche die Diagnose ohne weiteres sichern. Während aber dies an den Schleimhäuten im allgemeinen also in außerordentlich präziser Weise hervortritt, macht nur die Zunge eine Ausnahme, wenn bei erhaltenem Epithel die Papillen gelitten haben. (Nach *Rev. des Maladies de la nutrition*. 1. Jan. 1906.)

*Philippi-Bad Salzschlurf.*



## Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1905. Heft 12.

Die Krankenhausbehandlung der Syphilitiker mit Einspritzungen von Hydrarg. bijodatum, von L. BATUT, Militärarzt in Bordeaux. Die BATUTSchen Erfahrungen stützen sich auf ein Material von 31 Soldaten, bei denen im ganzen 500 Einspritzungen vorgenommen wurden. Als Mittel diente folgende Lösung:

<i>Hydrarg. bijod.</i>	
<i>Natr. jodat.</i>	■ 0,4
<i>Aq. dest.</i>	20,0.

Von dieser Lösung wurde in ununterbrochener Folge 20 Tage lang täglich 1,0 eingespritzt; in mehreren Fällen wurde es erforderlich nach einer Pause von 14 Tagen weitere 10—20 Einspritzungen folgen zu lassen. B. erklärt mit Befriedigung, bei dieser Behandlung nicht ein einziges Mal Abscesse oder Knotenbildung oder Stomatitis beobachtet zu haben, trotzdem es sich bei mindestens 20 der behandelten Soldaten um sehr schlechte Zähne handelte. Er hebt ferner rühmend hervor, daß die meisten seiner Patienten nur über mäßige Schmerzen abseits der Einspritzungen klagten. Dabei handelte es sich, wie seine eingehenden Schilderungen klar legen, um zum Teil recht schwere Syphilisformen, die durch das Hg. bijod. in wässriger Lösung in verhältnismäßig kurzer Zeit geheilt wurden. Das Einzige, was gegen dieses Verfahren spricht, ist der Mißstand, daß die Einspritzungen täglich vorgenommen werden müssen, ein Umstand, der aber bei der Krankenhausbehandlung nicht in Betracht kommt.

Türkheim-Hamburg.

## Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 2.

I. Die pathogenen Haarpilze (*Trichophyton*, *Mikrosporon*, *Favus*), von FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ. (Fortsetzung.) In der Fortsetzung der Schilderung der *Trichophyton*-Gruppe beschreibt Verfasser die Verteilung der Pilze in der Oberhaut und in den Exsudaten der Haut und geht zu den Veränderungen über, die durch die Pilzinvasion an den Nägeln hervorgerufen werden. Die Diagnose der *Onychomykosis trichophytica* kann nach Verfasser nur auf Grund der mikroskopischen Untersuchung festgestellt werden. Weiter schildert Verfasser die histologischen Bilder der durch *Trichophyton* hervorgerufenen Veränderungen und empfiehlt die verschiedenen, zu den Untersuchungen am besten geeigneten Methoden. — Das weitere Kapitel widmet Verfasser der Gruppe des *Mikrosporon Audouini* (GRUBY-SABOURAUD). Verfasser ist in den selbst untersuchten Fällen nie diesen Pilzarten begegnet, zweifelt aber nicht an deren Existenz, wenn sie auch in Polen nicht vorzukommen scheinen. Die Beschreibung dieser Gruppe entspricht den Befunden französischer und deutscher Autoren. — Die Besprechung der dritten Gruppe der pathogenen Haarpilze — der des *Achorion Schönleini* — beginnt mit den klinischen Symptomen der Favuskrankheit. Außer typischen Favusfällen unterscheidet Verfasser drei atypische Krankheitsformen: den *Favus psoriasisiformis*, den *Favus impetiginiformis* und drittens die Fälle, die am schwierigsten zu diagnostizieren sind und in Bildung von kahlen, glatten, scheinbar atrophischen Stellen bestehen, ohne daß man einzelnen — wenn auch spärlichen und atrophischen (wie es in Favusnarben die Regel bildet) — begegnet; in der Umgebung dieser Stellen sieht man Haarbalgentzündung; das Haar erscheint verändert, glanzlos und ist leicht ausziehbar. — Neben der typischen, skutulösen Form scheint in Polen der *Favus psoriasisiformis* am häufigsten vorzu-

kommen. Die Pilzkulturen, die den verschiedenen Krankheitsformen entsprechen, weisen keine deutlichen Differenzen untereinander auf. — Bezüglich des Favus der haarlosen Haut und der Schleimhäute zitiert Verfasser den in der Krakauer dermatologischen Klinik von LEWARTOWICZ beobachteten Fall von Favus, lokalisiert nur an der Haut der Nasenspitze, und den im Krakauer anatomischen Institute (BROWICZ) beobachteten Fall, der dem bekannten Falle von KUNDRAT (favöse Exulcerationen im Magen und Darm) ähnlich war. — Was die Verbreitung der Favuskrankheit anbelangt, entsprechen die Beobachtungen Verfassers der bereits allgemein angenommenen Tatsache, daß die in schlechten hygienischen Verhältnissen lebenden Leute am meisten an Favus leiden. — Die Verteilung der Favuspilze in den Haaren und in der Epidermis sind an der Hand gelungener photographischer Abbildungen besprochen.

Das letzte Kapitel der Arbeit ist den Kulturen der pathogenen Haarpilze gewidmet. Es beginnt mit der Besprechung der allgemeinen Eigenschaften der Schimmelpilze, nach der Verfasser zur Schilderung der bekannten Formen der Kulturen der Trichophyton- und Mikrosporongruppen an der Hand zahlreicher Photographie übergeht. (Schluß folgt.)

**II. Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs (*Gangraena spontanea syphilitica*), von KAROL SZADEK. (Schluß.)** Der zweite Fall der spontanen syphilitischen Gangrän betrifft einen Rechtsanwalt, der im Jahre 1888 Syphilis akquiriert hat, die dann lange Zeit mit Quecksilber und Jodkalium behandelt wurde. Nach sechsjähriger Pause erkrankte Patient an einer spontanen syphilitischen Gangrän der linken großen Zehe. Bereits nach vier Injektionen von 8%igem Salicylquecksilber (neben 2,0 KJ pro die) trat bedeutende Besserung und im weiteren Verlaufe der Behandlung vollkommene Heilung ein. Zwei Jahre später treten neben Erscheinungen von Angina pectoris Schmerzen in der linken großen Zehe auf, die vom Hausarzte durch lange Zeit erfolglos mit Elektrizität behandelt werden; erst nach Zustandekommen einer Gangrän wurde Verfasser konsultiert und eine energische Jodquecksilberkur eingeleitet, die nach zwei Monaten zur vollkommenen Heilung führte. — Nach Besprechung dieser Fälle kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Die unmittelbare Ursache der spontanen luetischen Gangrän bildet die allmähliche Obturation des Lumens der Arterien, die die betreffende Körperregion ernähren; dieselbe kommt durch spezifische Veränderungen in den Gefäßwänden (Hyperplasie, Sklerose) zustande, welche nach und nach zu Endoperiarteriitis obliterans führen; sowohl die großen als die kleineren Arterien werden von dem Prozesse befallen. 2. Die spontane Gangrän betrifft immer die peripheren Körperteile, am häufigsten die unteren Extremitäten. Selten ist sie einseitig, gewöhnlich beiderseitig, und in diesem Falle tritt sie in der Regel nicht auf beiden Seiten zu gleicher Zeit auf und befällt die eine Extremität stärker als die andere. 3. Die deutlichen klinischen Symptome der syphilitischen Gangrän treten gewöhnlich in der späteren Periode der spezifischen Degeneration der Arterien auf und bedeuten in der Regel ausgebreitete resp. hoch entwickelte krankhafte Veränderungen der Gefäßwände. 4. Durch frühzeitige Diagnose kann man leicht die Gangrän der Extremität verhindern, indem man der weiteren Entwicklung des Degenerationsprozesses in den Gefäßwänden durch energische spezifische Behandlung entgegentritt. Bei der differentiellen Diagnose müssen besonders die RAYNAUDSCHE Krankheit und die senile Gangrän in Betracht gezogen werden. 5. In jedem Falle von Gangrän bei einem gewissen Syphilitiker muß sofort eine energische syphilitische Behandlung eingeleitet werden. 6. Die Amputation der von luetischer Gangrän betroffenen Extremität wird vom Verfasser als *Ultimum refugium* betrachtet, zu dem man erst nach Erfolglosigkeit einer langdauernden energischen Injektionskur greifen darf.

III. Die **DARIEBSche Erkrankung** (*Psorospermia follicularis vegetans*), von **FELIX MALINOWSKI**. Die Arbeit beginnt mit der Schilderung der Geschichte der **DARIEBSchen Erkrankung** und Beschreibung der bekannten klinischen Symptome derselben in der Haut, Schleimhaut und den Nägeln, sowie der entsprechenden anatomisch-pathologischen Befunde. (Schluß folgt.) *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

### Bücherbesprechungen.

**Studium über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen**, nach eigenen Versuchen und Beobachtungen von Prof. **ERICH HARNACK**-Halle. Mit acht Figuren im Text. (Gust. Fischer, Jena 1905.) **HARNACK** hat seine früheren Untersuchungen über „physiologische Elektrizität“ fortgesetzt und es gelang ihm, bei seinen Beobachtungen an der menschlichen Fingerspitze als Elektrizitätsquelle durch einfache Berührung des Kompassdeckels ohne Reibung mit dem Fingernagel die Magnetnadel abzulenken; in der abgelenkten Stellung kann die Nadel nach Entfernung der Fingerspitze bis zur Dauer von einer Stunde und darüber verharren. Diese Fähigkeit in den Fingerspitzen besitzen zahlreiche Individuen gar nicht, und auch bei Verfasser selbst fehlte sie zeitweise fast ganz, während sie zu anderen Zeiten ungemein augenfällig ist; besonders stark war sie im ermüdeten, abgespannten Zustande, sowie nach reichlicher Aufnahme von Speise und Trank, während sie z. B. Wochen nach einer Erholungsreise ganz ausblieb. Trockenheit der Fingerspitze war eine stete Voraussetzung für das Gelingen des Experiments, ferner ein gut gearbeiteter, möglichst flacher und nicht allzu kleiner Kompass (der Abstand der Glasdecke von der Nadel darf kein zu großer sein). H. ist überzeugt, daß diese Leistung der Fingerspitze sich nicht physikalisch, sondern nur physiologisch deuten läßt, daß sie zu der angewendeten Kraft außer jedem Verhältnis steht und die geringfügige Reibebewegung eben nur als auflösendes Moment betrachtet werden kann. Vermittelt eines feinen Elektrometers — die nähere Beschreibung der Versuche und der Instrumente muß im Original nachgelesen werden — gelang es H., die elektrische Kraft seiner Fingerspitze in Volts direkt abzulesen und er fand als höchstes, an sich selbst beobachteten Ausschlag infolge einer einzigen Streichbewegung mit der Zeigefingerspitze ca. 1300 Volts, worauf das Elektrometer einen dauernden Stand von etwa 1100 Volts einnahm. Diese Spannung genügte bereits, um kleine Funken erkennbar zu machen. Bei anderen Personen wurden durch wiederholte Streichungen höchstens 200 bis 300 Volts erzielt und noch andere konnten streichen, so viel sie wollten, ohne daß der Elektrometerpendel sich vom Platze rührte. Die elektrische Leistungsfähigkeit der Fingerspitze erschöpft sich übrigens rasch, ohne daß letztere sich erkennbar weder in der Feuchtigkeit noch übrigen Beschaffenheit verändert. Durch die Ergebnisse dieser unmittelbaren Messungsversuche sind die am Taschenkompass gemachten Beobachtungen in allen Einzelheiten bestätigt worden und bestärken H. in der Überzeugung, daß eine rein physikalische Deutung der Tatsachen — der eine Mensch leistete bei dem Versuche das Zehnfache als der andere, und H. konnte nach wenigen Minuten nicht mehr leisten, was ihm in einem Augenblick spielend gelang — unzureichend sei. Als weiteren, ganz einwandfreien Beleg führt er eine Dame an, der es ohne jede Berührung, durch einfache Annäherung der Fingerspitze an die Magnetnadel gelang, dieselbe um 20—25° abzulenken. **HARNACK** gibt

sodann auch die Angaben verschiedener anderer, mehr oder minder zuverlässiger Beobachter wieder, die nicht nur Ablenkung der Magnetsadel, sondern auch Strahlungen an den Fingerspitzen, Ausblasen von Kerzenflammen mittels der den Fingern entströmenden Elektrizität beobachtet haben wollen. In überzeugender, ernstwissenschaftlicher Weise wendet er sich in einem weiteren Abschnitt gegen seine Kritiker und auch dagegen, daß seine Funde für das Tun und Treiben der sogenannten Magnetiseure ausgenützt werden könnten. Es handle sich einfach um Tatsachen, die die Physiologie nicht mehr umgehen könne, aber mit dem Vorhandensein einer gewissen magnetischen oder elektrischen Kraft im menschlichen Körper — bei einzelnen Individuen und unter bestimmten Bedingungen — würden nicht im Entferntesten die angeblichen Kräfte der Magnetiseure erklärt; dazu sei jene viel zu schwach, und andererseits könnten die gleichen Erfolge ohne magnetische Kraft hervorgerufen werden. Was die Magnetopathen betrifft, so erscheint auch der höchste Grad von Hautelektrizität und -Magnetismus nicht bedeutend und anhaltend genug, um damit direkte Heilerfolge erzielen zu können. Nachdem aber auch von Seiten anderer ernster Forscher, wie KÜHN, SOMMER, MURANI, FEHREN, ähnliche Beobachtungen wie vom Verfasser vorliegen, ist dessen Schluß wohl berechtigt, daß in der Haut normalerweise eine Art elektrischer Spannung vorhanden ist, dieselbe jedoch in individuell verschiedenem Grade und je nach besonderen Umständen auftritt. Eine Erklärung für diese Erscheinungen weiß er, obwohl er alle wissenschaftlichen Möglichkeiten bespricht, nicht zu geben. Seitdem man sogar im Pflanzenreiche analoge Tatsachen kennen gelernt hat, dürfte die Frage nach den durch die Haut vermittelten Beziehungen unseres Nervensystems zur atmosphärischen Elektrizität und dem Erdmagnetismus von hohem Interesse sein und, wie Verfasser zum Schluß seiner interessanten Arbeit hervorhebt, die Physiologie sich nicht mehr ganz ablehnend Beobachtungen gegenüber, die vielleicht unerwartete Bahnen erschließen, verhalten.

*Stern-München.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

#### e. Nieren, Ureteren, Harn.

**Nephritis und Hämaturie**, von HARRY ATWOOD FOWLER-Washington. (*New York med. Journ.* 25. Nov. und 2. Dez. 1905.) Nach eingehender Besprechung der bezüglichen Literatur und der verschiedenen Ansichten, welche bezüglich der Koincidenz von Nephritis und Hämaturie sich gebildet haben, kommt Verfasser zur Unterscheidung von zwei Hauptgruppen: 1. diffuse Nephritis und 2. partielle (fleckweise) Nephritis, verbunden mit Hämaturie. Nur in Fällen der zweiten Gruppe können Schwierigkeiten bei der Frage entstehen, ob eine Nierenveränderung vorhanden ist oder nicht. Vermittels der Cystoskopie können wir sodann bestimmen, von welcher Niere die Blutung stammt. Im allgemeinen ist die Hämaturie bei Nephritis spontan entstehend, einseitig und ziemlich abundant, sie kann tage-, monate- und selbst jahrelang anhalten; sehr häufig ist sie das erste Symptom der Krankheit und kann lange Zeit vorhanden sein, bevor andere Erscheinungen auftreten. Nierenstein, Tuberkulose, Tumoren können gleichzeitig mit Nephritis und Hämaturie be-

gleitet sein; das Studium der Nieren-Durchgängigkeit und der Katheterismus der Ureteren können hierbei ein diagnostischer Behelf sein; die vergleichsweise Untersuchung des von beiden Nieren entnommenen Urins kann oft die Bestimmung erleichtern, bis zu welchem Grade die sezernierenden Gebilde der betroffenen Niere geschädigt sind. Die Behandlung der Hämaturie kann entweder eine medikamentöse oder chirurgische sein, erstere (Bettruhe, verschiedene innere Mittel) scheint aber wenig Erfolg zu geben, von den operativen Verfahren ist die Nephrotomie die Operation der Wahl und wurde am häufigsten ausgeführt; in den meisten Fällen verschwand auf die Operation die Hämaturie, bei Mißerfolg mußte Nephrektomie angeschlossen werden, aber nach Verfassers Ansicht nur in jenen Fällen, wenn die Blutung das Leben des Patienten bedroht und die andere Niere gesund befunden wurde. Auch andere Methoden, wie die Dekapsulation, einfache Bloßlegung und Bloßlegung mit Naht haben die Hämaturie zum Stillstand gebracht. Da dieselbe übrigens nur ein Symptom der Nierenaffektion ist und dieselbe durch die Operation oft nur im Verlaufe für einige Zeit einen Stillstand nimmt, so können Rückfälle vorkommen, wenn dies auch nicht so häufig ist, als man annehmen sollte. Die Frage, warum der Nierenschnitt so günstig bei Hämorrhagie infolge von chronischer Nephritis wirkt, hängt innig mit jener zusammen, warum dieselbe zu Blutung zuweilen neigt und beide bedürfen ebenso noch eingehender Untersuchungen wie die Natur der von uns „chronische Nephritis“ benannten Affektion. Das von FOWLER angegebene Literaturverzeichnis umfaßt 66 Nummern.

*Stern-München.*

**Über Cylindrurie und Nephritis**, von MAX GERTZEN-Königsberg i. Pr. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) Im normalen, eiweißfreien Urin ist der Befund von Cylindern etwas durchaus Ungewöhnliches. Anders jedoch, wenn man nach dem Vorgange von KLIENEBERGER und OXENIUS nicht das Zentrifugat des frisch entleerten Harnes, sondern das seiner Nubecula. Wie die genannten Autoren, fand auch Verfasser bei der Untersuchung von 100 gesunden Personen verhältnismäßig häufig Cylinder, und zwar in 36,14% granuliert, in 22,9% hyaline Cylinder. Praktisch ist diese Feststellung nicht von zu wesentlicher Bedeutung. Für die Sicherung der Diagnose Nephritis genügt die Untersuchung des nicht weiter vorbereiteten Harnes mit den üblichen Methoden vollständig.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Fibrinöse Harnzylinder**, von PADOA. (*Riv. crit. di Clinica med.* 1905. Nr. 23.) Der Verfasser hat diese ziemlich diskutierte Frage von den sog. fibrinösen Harnzylindern wieder aufgenommen und kommt zum Resultate, daß es im Harn fadenförmige fibrinöse Cylinder gibt; dieselben entstehen aus dem körnigen Verfall von roten Blutkörperchen in den Harnkanälen. Ihr Vorhandensein läßt auf einen Blutaustritt in die Glomeruluskapsel und in die Nierenkanäle schließen.

*C. Müller-Genf.*

**Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie**, von OTTO NIEDNER-Berlin. (*Medizin. Klinik.* 1905. I. Jahrg. Nr. 11.) Bei einem 23jährigen Patienten, der wegen Darmblutungen behandelt wurde, zeigten sich Knöchelödeme. Der mit mehreren Eiweißproben sorgfältig untersuchte Urin war frei von Albumen, dagegen bestand andauernd reichliche Abstoßung von Epithelien mit mehr oder weniger fettiger Degeneration, ferner fanden sich zahlreiche hyaline und epitheliale Cylinder, die anfangs mit roten Blutkörperchen vergesellschaftet waren. Dieser Befund läßt nach der Ansicht des Verfassers mit großer Wahrscheinlichkeit auf eine pathologische Veränderung der Nieren schließen, obwohl keine Albuminurie nachzuweisen war. In einem zweiten Falle beobachtete N. gleichfalls Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie, und zwar bei einem Patienten, der kurz vorher eine Nephritis mit durchgemacht.

Nach diesen Erfahrungen rät Verfasser, der Sedimentuntersuchung auch albumin-freier Urine größere Berücksichtigung zuzuwenden. Namentlich ist es von Interesse, bei scheinbar abgeheilten Nephritiden daraufhin zu untersuchen, ob trotz fehlender Albuminurie nicht noch pathologische Bestandteile im Sediment nachweisbar sind.

*Heinrich Rausch-Darmstadt.*

**Über die MÜLLERSche Modifikation der DONNÉSchen Eiterprobe,** von GOLDBERG-Wildungen. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1905. Nr. 20.) Die DONNÉSche Probe auf Eiter im Harn besteht darin, daß man dem Harn im Reagenzglas Kalilauge tropfenweise zusetzt und nach jedem Tropfen schüttelt (nach JOHANNES MÜLLER sofort schüttelt, da das Phänomen nach kurzer Zeit vergehe). Bei Anwesenheit von selbst nur geringen Eitermengen quellen die Eiterzellen zu glasig durchscheinenden Gallertmassen auf, und die Luftblasen bleiben innerhalb der Flüssigkeit stehen oder steigen wenigstens nur mühsam auf. Verfasser hat 42 Harn untersucht, von denen 27 die DONNÉ-MÜLLERSche Probe gaben, also Eiter enthielten. Von den anderen 15 Harnen waren neun eiterhaltig, wie mikroskopisch festgestellt wurde, sechs enthielten keinen Eiter. Der negative Ausfall der Probe beweist also nicht das Fehlen von Eiter im Harn und ist zuweilen verursacht durch die alkalische Reaktion des Urins. In sauren Harnen beweist der negative Ausfall der Probe die Abwesenheit größerer Eitermengen. Verfasser betont zum Schluss die Minderwertigkeit der chemischen Harnuntersuchung auf Eiter gegenüber der mikroskopischen.

*Katsenellenbogen-Düsseldorf.*

**Das Gär-Saccharoskop, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung,** von H. CITRON - Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Das Gär-Saccharoskop des Verfassers beruht auf dem Prinzip des Gewichtsverlustes, den ein zuckerhaltiger Harn durch vollständige Vergärung erleidet. Bezüglich der Zusammensetzung und Anwendung des Apparates muß auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Die Resultate stimmten mit den durch LOHNSTEINS großes Saccharometer erhaltenen genau überein; polarimetrische und jodometrische Bestimmungen ergaben in der Mehrzahl gut übereinstimmende Zahlen. Vor der optischen und der chemischen Methode hat die des Verfassers den Vorzug, daß bei ihr nicht die Möglichkeit vorliegt, im Harn Stoffe mitzubestimmen, die nicht Zucker sind. Handhabung und Reinigung des Apparates sollen nicht umständlich sein. *A. Loewald-Kolmar.*

**Ein neuer Apparat zur Zuckerbestimmung im Urin für die Praxis,** von MAX PICKARDT. (*Die ärztl. Prax.* 1905. Nr. 20.) Beschreibung des von Dr. H. CITRON in Berlin konstruierten, aber noch nicht publizierten „Gär-Saccharoskops“ (D. R. G. M., hergestellt bei Kallmeyer & Co., Berlin). Verfasser hatte Gelegenheit, den neuen Apparat kennen und schätzen zu lernen und empfiehlt ihn auf das wärmste. Das Gär-Saccharoskop soll mit aller Genauigkeit, die ein auf Gärprinzip beruhendes Instrument gewährleistet, den Vorzug der denkbar größten Einfachheit seiner Bedienung, großer Stabilität des Baues, kurzer Dauer der Analysen (zwei Stunden) vereinigen. Die Beschreibung wird durch eine Abbildung des Instrumentes illustriert. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über die Gärungsprobe zum Nachweis von Zucker im Harn,** von E. SALKOWSKI-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 44a.) Die Gärungsprobe gilt seit langer Zeit als das sicherste Verfahren zum Nachweise von Zucker im Harn. Jedenfalls ist man imstande, durch die Gärungsprobe einen normalen Harn von dem gleichen mit  $\frac{1}{10}\%$  Traubenzucker versetzten zu unterscheiden, wie die Versuche des Verfassers zeigen. Das Verfahren muß, wenn es brauchbar sein soll, noch zwei Forderungen genügen: 1. Bei einem Zuckergehalt von  $\frac{1}{10}\%$  muß der positive Effekt mit Sicherheit eintreten. 2. Es darf kein scheinbar positiver Effekt bei einem zuckerfreien

Harn eintreten. Inbezug auf den ersten Punkt kann die Gärung verhindert werden durch die Gegenwart größerer Mengen von antiseptisch wirkenden Substanzen. Zu Punkt 2 bemerkt Verfasser in Rücksicht auf die Veröffentlichungen PFLÜGERS und SCHÖNDORFS, daß jeder Gärungsversuch, bei dessen Abschluß der Harn ammoniakalisch geworden ist, als Mißlungen zu verwerfen ist und keine Beweiskraft hat und nichts gegen die Methode im Prinzip beweist. Ammoniakalische Harns sind vorher zu kochen. Dabei tritt meistens saure Reaktion ein, geschieht das nicht, so säuert man ganz schwach an. Auf ein negatives Resultat ist aber kein Wert zu legen, da der Zucker bei der ammoniakalischen Gärung sehr schnell verschwindet. Nicht anzuraten ist die Gärungsprobe mit Harn, der Blut, Eiter, Eiweiß oder Albumosen enthält.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin (nach W. S. HAINES), von JULIUS STRASBURGER. (Med. Klinik. 1905. I. Jahrg. Nr. 6.)** Die HAINESsche Lösung, die in den gebräuchlichen Lehrbüchern meist nicht angegeben ist, wird in folgender Weise hergestellt: 2 g reines schwefelsaures Kupfer werden in 15 ccm destillierten Wassers gelöst und dazu 15 ccm reines Glycerin hinzugefügt. Das Ganze wird mit 150 ccm einer 5%igen Lösung von Kaliumhydrat gemischt. Zum Gebrauche erhitzt man 4 ccm der Lösung in einem Reagenzglas zum Kochen, fügt einige Tropfen des zu untersuchenden Harns hinzu und kocht wieder. Enthält der Urin reichliche Mengen von Zucker, so entsteht jetzt rasch der bekannte rote oder gelbe Niederschlag von Kupferoxydul resp. Kupferoxydulhydrat. Bei geringen Mengen Zuckers darf man in maximo 10 Tropfen Urin verwenden und 2 Minuten kochen.

Die HAINESsche Lösung hat gegenüber der FÄHLINGschen den Vorzug der großen Haltbarkeit des Reagens, das in einer Flasche aufbewahrt wird. Verfasser fand eine vier Monate alte Lösung unverändert. Ein weiterer Vorzug besteht in dem Verbrauch sehr geringer Urinmengen; durch die starke Verdünnung des Urins werden viele Substanzen, welche die Reaktion zu stören vermögen, unschädlich gemacht.

*Heinrich Rausch-Darmstadt.*

**Über den Einfluß der Außentemperatur auf die Größe der Zuckerausscheidung, von H. LÜTHER-Tübingen. (Ther. d. Gegenw. 1905. Nr. 5.)** Bei schon seit längerem schwebender Untersuchung an zwecks Diabetiserzeugung pankreaslos gemachten Hunden war L. auf den Gedanken gekommen, daß die Schwankungen der Eigentemperatur die Zuckerausscheidung zu variieren geeignet seien. Es ergab sich in der Tat, daß die künstlich diabetisch gemachten Versuchshunde, die jeden Tag dasselbe Quantum (500 ccm) Rinderserum erhielten, bei kalter und warmer Außentemperatur Urin von verschiedenem Zuckergehalt lieferten.

L. prüfte dieses experimentelle Ergebnis an vier Diabetikern nach und fand auch hier, daß die Zuckerausscheidung, namentlich wenn man nach oben die Zimmertemperatur steigerte — was sich ja leicht erträglich machen ließe — geringer wurde.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Über den Nachweis der Pentosen im Harn, von H. JOLLES-Wien. (Zentralbl. f. d. ges. Med. 1905. Nr. 43.)** Die relativ geringe Zahl von Pentosurien, welche seit 1892 in der Literatur beschrieben wurden, dürfte sich damit erklären lassen, daß manche Fälle wegen des Fehlens schwerer Krankheitserscheinungen übersehen, andere infolge ungenügender Harnuntersuchung mit Diabetikern verwechselt werden. Auf Grund seiner Versuche bringt der Verfasser zum sicheren Nachweis der Pentosen im Harn folgendes Verfahren in Vorschlag: 10—20 ccm Harn werden mit entsprechenden Mengen essigsaurem Natrium und Phenylhydrazin versetzt, zirka eine Stunde im Wasserbade gekocht, dann durch zwei Stunden in kaltem Wasser stehen gelassen. Der entstandene Niederschlag wird auf einem Asbestfilter mit kaltem Wasser ausge-

waschen und in ein Destillierkölbchen gebracht. Hierauf fügt man 20 ccm destilliertes Wasser und 5 ccm konzentrierte Salzsäure hinzu und destilliert ca. 5 ccm in eine in kaltem Wasser befindliche Epruvette ab, welche vorher mit ca. 5 ccm destilliertem Wasser beschickt wurde. Bei Gegenwart von Pentosen gibt 1 ccm des Gemenges beim Kochen mit 4 ccm BIALSchem Reagens eine intensive Grünfärbung. Die Probe ist auch bei Anwesenheit größerer Zuckermengen anwendbar, da Dextrosephenylhydrazin unter den angegebenen Bedingungen keinen furfurohlähnlichen Körper liefert.

*Schourp-Dansig.*

**Studien über die Pentosurie**, von K. J. OTTO AF KLERCKER - Lund. (*Nord. med. Arkiv.* 1905. Heft 1. Nr. 1.) Nach einer längeren Übersicht der Entwicklung der Chemie der Pentosen und der Lehre von der Pentosurie beschreibt Verfasser die bisher beschriebenen einwandfreien Fälle von Pentosurie, denen er zwei eigene anreicht. Im Anschluß daran wird die Symptomatologie und Diagnostik der Krankheit besprochen. Außer einer öfters bemerkten Neuraethenie gibt es für die Pentosurie keine anderen Symptome als diejenigen der abnormen Harnbeschaffenheit, wobei weder Polydipsie noch Polyurie besteht, während das spezifische Gewicht des Harns ziemlich groß ist. Erst eine Reduktionsfähigkeit des Harns, die bei der Gärung nicht verschwindet, leitet die Aufmerksamkeit auf das mögliche Vorhandensein von Pentosurie hin.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Studien über die Pentosurie**, von K. J. OTTO AF KLERCKER - Lund. (*Nord. med. Arkiv.* 1905. Abt. II. Heft 2. Nr. 6.) In einem breiten Artikel bespricht Verfasser die Ätiologie und das Wesen der Pentosurie, worüber bisher wenig bekannt ist, da ja überhaupt erst 16 Fälle von Pentosurie veröffentlicht sind, und zwar sieben familiäre Fälle, die sich auf drei Familien verteilen lassen. Aus der ganzen Darstellung geht hervor, daß unser Wissen von der Pentosurie sehr lückenhaft ist, und daß es wünschenswert ist, die Aufmerksamkeit auch mehr auf die rein klinische Seite hinzuwenden. Man weiß nicht, ob außer der abnormen Harnbeschaffenheit einige andere krankhafte Symptome charakteristisch sind, besonders sind die oft konstatierten neuraethenischen Symptome hierbei verdächtig. Auch über die Prognose kann man nichts aussagen, obwohl sie allem Anscheine nach keineswegs eine so schlechte wie beim Diabetes mellitus sein kann. Von einer spezifischen, bei Pentosurie angewendeten Therapie kann keine Rede sein, nur ist hervorzuheben, daß ein antidiabetisches Regime bei reinen Pentosurien keinen Zweck hat. Ein bestimmter Gegensatz zwischen diesen reinen Pentosurien und den mit Glykosurie kombinierten sind indessen, da wahrscheinlich alle möglichen Übergänge existieren können, kaum aufrecht zu halten. Die zuweilen bei Fällen von Diabetes mellitus konstatierte geringe Pentosenausscheidung bedarf einer erneuten Prüfung. Vorläufig müssen wir diese Fälle von der echten Pentosurie getrennt halten. Ob wir der Pentosurie jeden Zusammenhang mit dem Diabetes absprechen können, ist jedoch nicht bestimmt zu sagen. Speziell muß hier ertorscht werden, inwieweit eine familiäre Diabetesdisposition auf das Entstehen der Pentosurie von Einfluß sein kann. Das einzige, was bisher in ätiologischer Beziehung als sicher festgestellt gelten kann, ist das familiäre Auftreten der pentosurischen Stoffwechselstörung. Die Nahrung scheint nicht ganz ohne Bedeutung für die Pentosenausscheidung zu sein, Hunger oder Unterernährung bewirken offenbar eine Verminderung derselben. Der nachgewiesene Parallelismus zwischen den stündlichen Harnstickstoff- und Harnpentosenausscheidungen ist wahrscheinlich auch in dieser Hinsicht zu deuten. Die Muttersubstanz der Harnpentose ist sicherlich nicht in den Kohlehydraten der Nahrung zu suchen. Ob die Galaktose dagegen, wie die NUBERGSche Hypothese es voraussetzt, als eine solche wirklich herangezogen werden kann, muß



weiter geprüft werden, und ebenso muß die NEUBERGSCHE Bestimmung der Harnpentose als r. Arabinose an weiteren Pentosuriefällen nachgeprüft werden.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Eine genaue Probe auf Eiweiß im Urin,** von AMAND N. RAVOLD - St. Louis. (*St. Louis Courier*. 1905.) R. hatte die SPIEGLER-JOLLESSCHE Lösung zum Nachweise ganz geringer Mengen (0,002 g pro l) Eiweiß im Urin angewandt und fand dabei, daß es zuweilen wegen des geringen spezifischen Gewichtes (1050) der Reaktionsflüssigkeit nicht gelingt, die unmittelbare Mischung derselben mit dem Urin zu verhüten. Er suchte daher nach einer Substanz, welche das spezifische Gewicht erhöht, ohne die Feinheit der Reaktion zu beeinträchtigen, und kam auf das Mg. sulfur. Die Reaktionsflüssigkeit wird nun in folgender Weise hergestellt:

*Sublimat. corros.* 2,0

*Acid. succinic.* 4,0

*Na. chlorat.* 4,0

*Aqu.* 50,0

D. S. coque, filtra, adde.

*Solut. Magnes. sulfur. saturat. filtrat.* 50,0

Mit dieser Lösung, welche ein spezifisches Gewicht von 1150 hat, wird die Eiweißprobe auf dieselbe Weise wie mit der SPIEGLER-JOLLESSCHEN gemacht, und R. demonstriert an zwei Fällen, bei denen weder mit Erhitzen und Essigsäure, noch mit Salpetersäure oder der Tropfmethode mit Ferrumcyanalium Eiweiß nachzuweisen war, die Feinheit der Reaktion; am Berührungspunkt des Urins mit, mittels Pipette aufgetropfter, Lösung zeigt sich sofort der weiße Eiweißring (von Serum-Albumin, wie R. durch weitere negative Untersuchung auf Globulin, Mucin und Albumose nachweist); auch ergab die mikroskopische Untersuchung in einem der Fälle eine Anzahl von hyalinen Cylindern und Epithelzellen (chronische interstitielle Nephritis im ersten Stadium). Obwohl RAVOLD sich bewußt ist, daß es eine Art physiologischer Albuminurie gibt und manche Beobachter erklären, daß etwa 30% gesunder Leute Spuren von Eiweiß im Urin zeigen, so hält er es doch für wenig wahrscheinlich, daß Serum-Albumin durch gesundes Nierenepithel hindurchgehen kann. Mit seiner Probe wenigstens hat er noch kein Serum-Albumin im Harn gesunder Individuen gefunden, und er kann dieselbe als sehr zuverlässig, billig und leicht herzustellende und einfach in der Anwendung empfehlen.

*Stern-München.*

**Über essentielle Albuminurie,** von NEUKIRCH. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 84. Bd. MERKEL-Festschrift.) Verfasser schildert die Krankengeschichte seiner eigenen Tochter, die er sehr sorgfältig beobachtete, und deren Urin er dreimal täglich kontrollierte, die im Alter von 9 Jahren im Anschluß an Diphtherie erkrankte. Nach fünfjährigem Bestande der essentiellen Albuminurie trat völlige Heilung ein.

*F. Hahn-Bremen.*

**Über essentielle Albuminurie,** von C. POSNER-Berlin. (*Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. 53.) P. beweist auf Grund eines neuen Falles, was er schon vor 20 Jahren festgestellt hat, daß im Harn gesunder Menschen geringe Mengen von Eiweiß vorkommen können und steht damit auf dem Standpunkte SENATORS, LEUBES und vieler andere, während HAUSER behauptet, es handle sich dabei fast stets um entzündliche Vorgänge in den Nieren, zu deren Diagnose unsere Hilfsmittel nicht ausreichten, die daher eine andere Prognose und Behandlung erforderten, als wir bis jetzt angenommen haben. P. gibt zwar gerne zu, daß wir solche Fälle wiederholt sorgsam prüfen müssen, daß wir aber, wenn bei längerer Beobachtung alle anderweitigen Symptome einer Nierenerkrankung fehlen und ausschließlich Eiweißabsonderung als einzige Abweichung von der „Norm“ vorliegt, berechtigt sind, den Fall unter der Rubrik „Albu-

minurie sonst Gesunder“ einreihen dürfen. Der Fall, welchen Verfasser als besonders charakteristisch beschreibt, betrifft einen nun 43jährigen Mann, bei dem seit nahezu 17 Jahren zeitenweise Eiweiß in geringen Mengen auftrat, und zwar war dies stets morgens nach dem Aufstehen bei mäßiger Bewegung der Fall, während bei Bettruhe das Eiweiß völlig verschwand; keine Cylinder, keine Zellelemente, wie auch von anderen bedeutenden Untersuchern im Laufe der Jahre konstatiert wurde. Die Hypothesen, welche das Auftreten dieser Albuminurie zu erklären versuchen (Veränderung des Blutdrucks, Spannung der Kapsel, Störungen der Innervation u. a. m.) sind für P. nicht genügend, und er möchte, bis es gelingt, ein wirkliches Substrat für diese bei sonst Gesunden vorkommende Eiweißausscheidung zu finden, die Bezeichnung „essentielle Albuminurie“ beibehalten.

*Stern-München.*

**Über Albuminurie im Kindesalter**, von WILHELM HOLZER. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Verfasser nimmt für viele intermittierende Albuminurien einen nephritischen Charakter an. Meist handle es sich um verschleppte Infektionsnephritiden. Die Zahl der Fälle, bei denen durch eine funktionelle Störung das Bild der intermittierenden Albuminurie hervorgerufen wird, hält Verfasser für sehr beschränkt, wenn er auch die Möglichkeit dieses Vorkommens nicht bestreitet. Er gibt eine gute Übersicht über die verschiedenen Deutungen des Krankheitsbildes.

*Fritz Loeb-München.*

**Über funktionelle Albuminurie**, von MARTIN SCHÜLER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1908.) Es ist fraglich, ob die „funktionelle“ Albuminurie als ein physiologischer oder pathologischer Zustand zu betrachten ist. Am wahrscheinlichsten ist nach SCHÜLER nicht nur eine funktionelle Störung oder größere Durchlässigkeit des Nierenfilters, sondern vielmehr eine, wenn auch geringe, anatomische Schädigung des Nierenepithels, welche den durch den täglichen Stoffwechsel oder die Lebensweise überhaupt bedingten Zirkulationsschwankungen nicht gewachsen ist.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Wirkung von aufrechter Körperhaltung und Muskeltätigkeit auf die cyclische Albuminurie**, von KLARA BENDER. (Inaug.-Dissert. Breslau 1904.) Aus den zahlreichen Untersuchungen geht hervor, daß ein günstiger Einfluß der Bewegungstherapie fehlt. Damit will Verfasserin aber nicht behaupten, daß die ENGELsche Übungstherapie überhaupt zur Erzielung dauernder günstiger Effekte ungeeignet sei. Es sei wohl möglich, daß den Zirkulationsstörungen, die eine der Ursachen der cyclischen Albuminurie bilden, nicht nur eine Innervationsstörung zugrunde liege, sondern, daß bei ihrem Zustandekommen gerade im Kindes- und Pubertätsalter mehr als ein Faktor mitspreche, der durch eine Hebung der Herzkraft nicht beeinflusst werden kann.

*Fritz Loeb-München.*

**Klinische Beobachtungen über die febrile Albuminurie**, von ARTHUR WEBER. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1904.) Wie die mitgeteilten Untersuchungsprotokolle (88 Fälle) zeigen, findet man fast in allen Fällen von febriler Albuminurie diejenigen Formbestandteile, die nach der Ansicht der Verfassers für entzündliche und degenerative Prozesse in den Nieren beweisend sind: epitheliale, granulierten und hyaline Cylinder, Nierenepithelien, rote und weiße Blutkörperchen. Diese Tatsachen widerlegen die oft aufgestellte Behauptung, daß sich bei der febrilen Albuminurie keine anderen Formbestandteile als höchstens einige Cylinder und Leukocyten finden. Verfasser rät, den Ausdruck „febrile Albuminurie“ ganz fallen zu lassen und von „infektiöser (sei es bakterieller, sei es toxischer) Nephritis“, oder von einer „infektiösen, nephritischen Reizung“ zu sprechen.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Pubertätsalbuminurie**, von WILLY MEINER. (Inaug.-Dissert. Erlangen 1904.) Verfasser hat bei 151 Schülern seine Untersuchungen angestellt, indem er nach längerem Stehen (Gesangstunde) oder nach Turnübungen den Urin sammelte

und prüfte. Sein Resultat deckt sich fast vollkommen mit dem von LOMMEL bei Untersuchungen an 587 jungen Leuten erzielten: MEINER 19,21 %; LOMMEL 19 %.

*Fritz Loeb-München.*

**Zur Pathogenese der orthostatischen Albuminurie**, von FELNAR. (*Zentralbl. f. inn. Med.* 1906. Nr. 42.) Orthostatische Albuminurie (d. h. Albuminurie, die bei Übergang aus der horizontalen Lage des Patienten in die vertikale auftritt und beim Niederlegen schwindet) beobachtete Verfasser an einer Reihe von Patienten, die sämtlich blaß, schwach, gracil waren. Sie zeigten beim Aufstehen Tachykardie und dikroten Puls. Verfasser nimmt an, daß eine Schädigung des Nierenparenchyms vorliegt, die leichter Natur ist und zur Entstehung der Albuminurie genügt, sobald in der vertikalen Lage eine Überfüllung im Bereiche des Splanchnicus auftritt.

*F. Hahn-Bremen.*

**Zur Methodik der Bestimmung des Ammoniaks im Harn**, von OTTO REICH. (Inaug.-Dissert. Breslau 1902.)

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von Chylurie**, von HEUCK. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.) Es handelt sich um einen Fall von echter Chylurie bei einem 17jährigen Manne. Der Urin ist von milchigem bis schokoladefarbenem Aussehen, schwachsauer, Menge normal, spezifisches Gewicht 1021. Der Urin hat einen Gehalt von phosphorhaltigem Fett 0,1 %, Eiweißgehalt 0,69—1,14 %, kein Zucker. Allgemeinzustand gut.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über einen Fall von Chylurie**, von VINCENZO. (*Rif. med.* 1905. Nr. 47.) Es handelte sich um einen Mann mit tuberkulöser Heredität, bei dem sich eine typische Chylurie einstellte, während gleichzeitig ein Tumor des Hodens konstatiert wurde, dessen tuberkulöse Natur erkannt wurde; außerdem bestand eine interstitielle Nephritis, die wahrscheinlich von einem tuberkulösen Prozesse abhängig war. Damit glaubt der Verfasser nachgewiesen zu haben, daß eine Nierentuberkulose die Chylurie verursachen kann. Es haben sich offenbar im Bereiche der tuberkulösen Herde Lymphektasien gebildet, begünstigt durch die beträchtliche Zunahme der Kapillaren infolge des interstitiellen Prozesses in den Nieren.

*C. Müller-Genf.*

**Über die RIEGLERsche Methode zum Nachweis von Gallenfarbstoff im Harn**, von FR. H. SCHILDBACH. (*Zentralbl. f. d. ges. Med.* 1905. Nr. 45.) Die von RIEGLER angegebene Methode, um Gallenfarbstoff im Harn nachzuweisen, beruht im wesentlichen darauf, daß das Paradiazobenzan eine alkoholische Chloroformlösung der Gallenpigmente rot färbt. Nach den Nachprüfungen SCHILDBACHS ist die Methode hinsichtlich ihrer Empfindlichkeit der HUPPERTschen Probe etwa gleich, doch bedeutend empfindlicher als die GMELINSche Reaktion. Dagegen ist der Farbenunterschied bei geringen Mengen von Gallenfarbstoffen zu undeutlich, so daß ihre Anwendung und Verwertung für die Praxis überflüssig erscheint.

*Schourp-Danzig.*

**Zur Kenntnis des Gonosanharns**, von J. VARGES. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 45.) Die großen klinischen Erfolge des Gonosans veranlaßten den Verfasser, zu prüfen, ob der Gonosanharn pathologische Veränderungen zeigt, und ob und in welcher Form das Santelöl und Kawaharz im Harn zur Ausscheidung gelangen. Die Untersuchungen begannen 24 Stunden nach dem Gonosangenuß und wurden 8—14 Tage bei demselben Kranken fortgesetzt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf die Bestimmung des spezifischen Gewichts, Reaktion, Kryoskopie, Zählung der Kolonien auf Agarplatten nach 4—6tägigem Bebrüten und auf die Prüfung auf Eiweiß, Zucker, Indikan und Gallenfarbstoff. Das Ergebnis beweist, daß der Genuß des Gonosans pathologische Änderungen in der Zusammensetzung des Harnes nicht hervorruft. Schädigende Einflüsse auf den Organismus sind völlig ausgeschlossen. Der Gonosar-

harn enthält Stoffe, die starke Desinfektionsmittel sind. Von den beiden Komponenten des Gonococci wird das Santalöl fast vollständig verbraucht; der nicht verbrauchte Rest löst sich mit den bekannten Reagentien (Einwirkung der Mineralsäure) nachweisen.

Vom Kawaharz finden sich Harazuren im Harn, die durch Ausziehen mit Alkohol und Äther gewonnen und durch die schöne Rotfärbung mit konzentrierter Schwefelsäure erkannt werden können. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämaturie im Kindesalter**, von LEO LANGSTEIN. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 45 und *Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 84.) Beschreibung dreier Krankheitsfälle, die in der Universitätskinderpoliklinik der Charité in Berlin zur Beobachtung kamen. Zwei Fälle litten an paroxysmaler Hämoglobinurie, der dritte — an paroxysmaler Hämaturie. Die Fälle der paroxysmalen Hämoglobinurie werden wegen des Zusammenhanges mit Kälteeinwirkungen zu der Gruppe der „psychrogenen“ gerechnet. Als ätiologisches Moment ist für den ersten der beiden Fälle Lues hereditaria erwiesen; die Natur der Geschlechtskrankheit, an der die Mutter der anderen Patientin gelitten hatte, wurde nicht sichergestellt. Der Verlauf des ersten Falles ist insofern von Interesse, als er eine längere Periode darbot, in der der Patient dem schädigenden Einfluß der Kälte ausgesetzt werden konnte, ohne daß ein Anfall ausgelöst wurde. Die Untersuchung eines abortiven Anfalls (vorwiegend vasomotorische Erscheinungen, auffallende Blässe und Kühle der Extremitäten, im Urin nur Derivate des Hämoglobins, Urobilin und Urobilinogen) bestätigt die bereits früher vom Verfasser ausgesprochene Vermutung, daß man mit dem EHRLICH'schen Reagens (Dimethylamidobenzaldehyd) imstande ist, auch abortive Anfälle zu diagnostizieren.

Zur Erklärung des Wesens der paroxysmalen Hämoglobinurie hat Verfasser den grundlegenden Versuch von DONATH und LANDSTEINER nachgeprüft; die Nachprüfung ergab vollkommene Bestätigung der Resultate dieser Autoren.

In dem Falle von paroxysmaler Hämaturie erscheint die Diagnose ebenso gesichert, als nach dem Harnbefund die Niere als Quelle der Blutung sichergestellt ist. Was die Ursache der Hämaturie anbelangt, konnten Neubildung, Tuberkulose und Steinbildung ausgeschlossen werden; mit größter Wahrscheinlichkeit war die Nierenblutung in diesem Falle der Ausdruck einer hämophilen Diathese.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Malaria-Hämoglobinurie**, von LOREN A. GREENE-Greenville. (*Med. News*. 12. August 1905.) Verfasser bezeichnet die Malaria-Hämoglobinurie einfach als Anwesenheit freien Hämoglobins im Urin, entstanden durch die Zersetzung der roten Blutkörperchen durch das Malaria-plasmodium oder ein durch oder ohne dasselbe entwickeltes Toxin. Er hält es für zweifellos, daß in jedem Falle von Malaria Hämoglobin frei wird, in den milderen oder kürzer dauernden Fällen wird es aber von der relativ gesunden Leber in Bilirubin verwandelt. Was nun den Gebrauch von Chinin betrifft, so glauben manche, daß es Hämoglobinurie verursache und daher zu verwerfen sei. Nach der sehr geistreich auseinandergesetzten Theorie von GREENE kann dies in der Tat zuweilen der Fall sein, und zwar je nach dem Entwicklungsstadium des Malaria-parasiten. Die unmittelbare hypodermatische Chinininjektion ist demnach angezeigt, wenn wir die Sporenformen im Blut finden oder durch vorherige Untersuchung wissen, daß sie erst vor kurzem daraus verschwunden sind; oft jedoch beginnen die rasch entstandenen Toxine die Blutzersetzung, und dann erregt die unmittelbar nach der Chinindarreichung aufgetretene Hämoglobinurie die falsche Ansicht, als ob das Chinin die Ursache derselben sei. GREENE empfiehlt daher, in jedem Falle von

Sommer-Herbst-Malaria vor dem Auftreten von Hämoglobinurie die hypodermatische Chinindarreichung und auch nach dem ersten Auftreten derselben, in der Hoffnung, die wenigen Sporen möchten in ihrer Entwicklung gehemmt und die Quellen der Toxaemie quantitativ verringert werden. Hört aber auch dann das Blutbarren nicht auf, dann muß mit dem Chinin ausgesetzt und die Behandlung nach der bei allen Allgemeininfektionen üblichen Methode geführt werden. GEMME beginnt dann bald mit der hypodermatischen Injektion von Sublimat, welches er als Anregungsmittel der Leber für sehr vorteilhaft hält, unterstützend wirken große, oft wiederholte Dosen von Kalomel und auch intravenöse Injektionen von normaler Salzlösung; kurz die Behandlung soll eine exspektative und die Eliminationsvorgänge befördernde sein.

*Stern-München.*

Zur Frage der paroxysmalen Hämoglobinurie, von CONR. SCHIEDLER-BERN. (*Theor. Monatsh.* 1905. Nr. 10.) Die Frage von paroxysmaler Hämoglobinurie ist bereits von J. CANEUS beleuchtet worden, welcher die Quelle des in den Harn übergehenden Hämoglobins in den Muskeln sieht. Der Farbstoff der roten Muskeln tritt mit größter Leichtigkeit in den Harn über, einerlei, ob er in die Blutbahn injiziert oder im Körper selbst durch Schädigung der Muskelfasern ausgelaugt wird. Beim Durchgang durch die Nieren erfährt das Hämoglobin eine Konzentration; das Hämoglobintitre des Harns ist weit höher als das des Plasmas, höher selbst als das der eingeführten Lösung. Trotzdem bleibt auch hier ein gewisser Teil des injizierten Hgb im Körper zurück, der experimentellen Hämoglobinurie geht meist eine Albuminurie voraus. Den Beweis dafür, daß wirklich das Muskelhämoglobin die Niere passiert und ausgeschieden wird, erblickt CANEUS darin, daß sich ein durch Tierkohle entfärbtes Extrakt von Muskelsubstanz den Harn nicht verändert, selbst nicht, wenn ihm globuläres Hämoglobin zugefügt wird. Bei gleichzeitiger Injektion von muskulärem und globulärem Hgb gelangt nicht mehr Hämoglobin zur Ausscheidung im Harn, als wenn ersteres allein eingeführt wird. Die Versuche setzte SOH. fort. Bei der Injektion von destilliertem Wasser oder Glycerin in die Muskulatur traten regelmäßig Kontrakturen und fibrilläre Zuckungen auf. Hierin erblickt man das Bindeglied zwischen der experimentellen und der klinischen, der Kältehämoglobinurie. Nicht die direkte Einwirkung niedriger Temperatur ist es, was den Muskel in seinem Gefüge schädigt und seinen Farbstoff ins Blut übertreten läßt, sondern die von der Hautoberfläche aus reflektorisch ausgelöste heftige und die Muskelfaser erschöpfende Zitterbewegung beim persönlich zur Hämoglobinurie veranlagten Individuum. Der Schüttelfrost gehört denn ja auch zu den typischen Symptomen des Anfalls. Die Kältehämoglobinurie gehört sonach mit den Hämoglobinurien nach übermäßiger Anstrengung grundsätzlich zusammen.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie, von L. LEVY. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 81. Band. 3. u. 4. Heft.) Von den intravenösen oder intraperitoneal eingeführten Blutbestandteilen hat das Hämoglobin eine ihm eigene Nierenwirkung; diese beruht auf einer Läsion des Epithels der gewundenen Kanälchen, welche dann zur Bildung des Hämoglobincylinders führt. Die Nierenschädigungen, welche bei Transfusion fremden Blutes, bei Injektion lackfarbenen Blutes und bei den Blutgiften auftreten, haben ihren Ursprung in der Ausscheidung des Hämoglobins.

*F. Hahn-Bremen.*

Zur Methodik des Indikannachweises im Harn, von A. GÜRBER-WÜRZBURG. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 33.) Die JAFFÉsche Indikanreaktion gibt nur bei ganz sorgfältiger Ausführung sichere Resultate; die OBERMAYERsche Probe ist zwar zuverlässiger, aber auch umständlicher. G. empfiehlt nun als Oxydationsmittel für die

Indikanprobe Osmiumsäure, das dem Eisenchlorid an Zuverlässigkeit gleichkommt, dabei aber die Ausführung der Reaktion in der einfachen JAFFÉ'schen Form gestattet. Das Verfahren ist folgendes: Man versetzt etwa  $\frac{1}{2}$  Reagenzglas Harn mit der doppelten Menge konzentrierter Salzsäure, gibt 2—3 Tropfen einer 1%igen Osmiumsäure dazu und mischt gut. Schon nach wenigen Sekunden färbt sich der Harn, je nach seinem Indikangehalt violett, blaviolett oder fast rein blau. Da die Osmiumsäure bei längerem Stehen der Probe auch auf das gebildete Indigoblau wirkt, empfiehlt es sich, dieses mit Chloroform (4—5 ccm) durch einfaches, leichtes Schwenken des Reagenzglases auszuschütteln. Bei stark gefärbtem und sehr konzentriertem Harn, oder wenn auch Spuren von Indikan sicher nachgewiesen werden sollen, muß der Harn mit Bleiessig vorbehandelt werden; man vermischt den Harn mit  $\frac{1}{2}$  Volum des Liqueur Plumbi subacetici, filtriert nach kurzem Stehen und untersucht dann das Filtrat auf Indikan. — Zu Demonstrationszwecken und in der täglichen Praxis ist die neue Indikanreaktion der OBERMAYER'schen entschieden vorzuziehen; für quantitative Untersuchungen ist dagegen die letztere mehr zu empfehlen, da das Eisenchlorid nicht wie die Osmiumsäure das Indigoblau rasch weiter oxydiert. *Göts-München.*

Über Vorkommen, Nachweis und Bestimmung der Oxalsäure im Harn, von HANS BARTH. (Inaug.-Dissert. Freiburg i. Br. 1903.) Die Oxalsäure ist ein normaler, sehr wahrscheinlich ein konstanter Bestandteil des menschlichen Harns. Wenigstens hat Verfasser in all den untersuchten Harnen von Gesunden und Kranken Oxalsäure nachgewiesen. Unter pathologischen Verhältnissen scheint bei Lungentuberkulose, tuberkulöser Peritonitis und pernicioöser Anämie die Oxalsäurebildung im Organismus gesteigert zu sein, während bei Diabetes mellitus eine Steigerung nicht nachgewiesen werden konnte. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Kenntnis der Phosphaturie, von MORACZEWSKI. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1905. Nr. 16.) Die chronische Phosphaturie, die nicht die Symptome der neurasthenischen oder der kindlichen Phosphaturie zeigt, charakterisiert sich durch eine Verminderung der Kalksalze und eine, wenn auch geringe, Vermehrung der Phosphorsäure. Diese Form zeichnet sich durch eine Retention der anorganischen Zonen aus, wodurch sie an gewisse Stadien der Gicht erinnert. Durch Darreichung von Alkalien wird die Ausscheidung der Metalloidionen (Cl. S. P.) mehr gefördert, wodurch die Ausscheidungsverhältnisse zur Norm zurückkehren. *F. Hahn-Bremen.*

Über Phosphaturie, von E. von DÜRING. (*Med. Klinik* 1905. Nr. 21.) Bei der Phosphaturie handelt es sich nicht um eine vermehrte Phosphorausscheidung, sondern vielmehr um eine Verminderung oder Fehlen der sauren Phosphate und Zunahme der basischen oder alkalischen Phosphate. — Verfasser macht auf die Phosphaturien aufmerksam, die bei Erkrankungen der peripheren Harnwege und der mit ihnen in Verbindung stehenden Geschlechtsorgane auftreten. Sie wären ein bis jetzt in seiner Häufigkeit, diagnostischer und prognostischer Bedeutung unterschätztes Symptom.

Die eigenen systematischen Beobachtungen über 60 Fälle von Phosphaturie teilt Verfasser in drei Gruppen. Aus allen scheint ihm mit Bestimmtheit hervorzugehen, daß die Erkrankungen der betreffenden Harnwege und Geschlechtsorgane „ohne Umwege über Neurasthenie oder über „allgemeine Ursachen“ unmittelbar die lokale Ursache der Phosphaturie sind“, und zwar durch einen chemischen, die osmotische Energie ändernden Einfluß auf die Epithelien der Nierenkanälchen.

Zu der ersten Gruppe gehören die akuten Blennorrhöen. Sehr häufig tritt mit der Urethralblennorrhöe Phosphaturie auf, und sie verschwindet von selbst mit dem Aufhören des Trippers.

In die zweite Gruppe gehören die Fälle von chronischen Blennorrhöen und

Strikturen; nach Heilung der Striktur oder Beseitigung der Infiltrate verschwindet oft eine vorhandene Phosphaturie.

Die wichtigste ist die dritte Gruppe — Phosphaturie bei Prostatitis. Hier sehen wir sehr oft gleichzeitig mit der Phosphaturie und im absoluten Parallelismus zu derselben Albuminurie auftreten. Auch zwischen dem Zustande der Prostatitis und dem Grade oder Verschwinden der Phosphaturie besteht ein zweifelloser Zusammenhang.

Was die Therapie anbelangt, so deckt sie sich mit der Behandlung des lokalen Leidens. Gelingt es, die lokale Ursache zu beseitigen, so ist damit auch die Phosphaturie geheilt. Gleichseitig wird die Psyche des durch das hartnäckige Leiden neurasthenisch gewordenen Patienten gut beeinflusst, also gleichzeitig mit der Phosphaturie heilt auch die Neurasthenie, keinesfalls aber sei die Heilung der Neurasthenie Ursache des Verschwindens der Phosphaturie.

Die Diät habe auf die Phosphaturie in vielen Fällen einen sehr geringen Einfluss, Verfasser möchte aber bei der Prostatitis nicht auf Allgemeinbehandlung, Hydrotherapie und strenge Diät verzichten. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Haß.*

**Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calciaturie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter, von LEOPOLD MOLL-Prag.** (*Prager Med. Wochenschr.* 1906. Nr. 42.) Verfasser teilt die Krankengeschichte eines 5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>jährigen Mädchens mit, das mit den Erscheinungen einer schweren Hysterie und den Zeichen schwerer chronischer Verdauungsstörungen, sowie einer starken Absonderung von Kalkphosphaten im Harn zur Aufnahme kam. In der Klinik verschlimmerte sich der körperliche wie der psychische Zustand in bedenklicher Weise. Erst eine Änderung der Kost, bestehend in der Vermeidung kalkreicher Nahrungsmittel (Milch, Eier), beeinflusste in kurzer Zeit den Gesamtzustand sehr günstig; der Harn nahm dabei normale Beschaffenheit an. Übergang zur gewöhnlichen Kost brachte alsbald wieder das vorherige Krankheitsbild zum Vorschein; durch quantitative Harnuntersuchungen wurde festgestellt, dass mit der Steigerung der Krankheitssymptome eine bedeutende Zunahme des Kalkgehaltes und in geringerem Grade des Phosphors im Harn parallel ging. Abermalige Ausschließung kalkreicher Nahrungsmittel besserte den Zustand bald wieder. Auf Grund der Annahme, dass bei fettreicher Milchnahrung die Resorption des Milchkalkes eine geringere sein würde, wurde der Versuch des Überganges zu normaler Kost mit fetter Milch gemacht und mit Erfolg durchgeführt.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Beitrag zur Kasuistik der Nebennierentumoren im Kindesalter. Ein Fall von primärem Nebennierensarkom bei einem zweijährigen Kinde, von S. M. АЛЕКСАНДРИ.** Aus dem Kinderspital Zürich. (Inaug.-Dissert. Zürich 1906.) Der beschriebene Fall ist wegen seiner Seltenheit und wegen des Fehlens der von einigen Autoren als Hauptsymptom der Nebennierenerkrankung angesehenen Bronzefärbung der Haut (Melasma suprarenale) bemerkenswert.

*Fritz Loeb-München.*

**Über die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären Nebennierentuberkulose, von ORTO ELSÄSSER.** (Inaug.-Dissert. Tübingen 1904.) Aus den Ausführungen und Zusammenstellungen des Verfassers geht hervor, dass es sichere Fälle gibt, wo bei sorgfältiger Untersuchung der einzige tuberkulöse Herd im Körper in den Nebennieren gefunden wird. In einer auffallend grossen Zahl der Fälle wurde eine anderweitige Tuberkulose nicht konstatiert. In 60% der Fälle bestand Tuberkulose in keinem anderen Organ als in Nebenniere und Lunge. Nebennierentuberkulose kommt auffallend oft doppelseitig vor.

*Fritz Loeb-München.*

## f. Labien, Vagina usw.

**Gerichtsarztliche Untersuchung des Hymen**, von BREDA. (Offener Brief an Prof. TAMMASSIA; *Riv. veneta di Scienze med.* 1906. Heft 5.) Zur genauen Untersuchung des Hymen, wozu sich dem Gerichtsarzte nicht seltene Gelegenheiten bieten, verfährt der Verfasser in der Weise, daß er in die Vaginalhöhle durch die natürliche Öffnung der Membran mittels einer Spritze oder einer Kanüle eine klare, lauwarme Flüssigkeit (einfaches Wasser oder Borlösung) unter mäßigem Drucke einfließen läßt, so daß sich die Membran nach vorn hervorwölbt und eine Untersuchung der ganzen Fläche derselben erlaubt.

C. Müller-Genf.

**Die Formen des Hymens bei Erwachsenen und Neugeborenen**, von EUGEN GOETZFRIED. (Inaug.-Dissert. München 1905.) Die Untersuchungen des Verfassers, die sich sowohl mit den Formen des Hymens als auch mit seinen Verletzungen befassen, geschahen zum Teil an Neugeborenen, zum Teil an Patientinnen des Ambulatoriums der Münchener Frauenklinik und an Gravidis; außerdem an Präparaten.

A. Der Hymen der Neugeborenen. Zahl der Beobachtungen: 84. Der kindliche Hymen läßt hauptsächlich drei Formen unterscheiden: 1. Der Saum verläuft abgerundet unter der Harnröhre hinweg nach beiden Seiten und hinten (also eigentlich ringförmig). 2. Vorne unter der Harnröhre ist er gekerbt oder auf geringe Entfernung unterbrochen. 3. Er ist wie ein Diaphragma (DONNA) als ungemein zarte, von feinsten Gefäßen durchzogene, blasförmige Membran über dem Introitus vaginae ausgespannt, so daß nur nach vorne eine kleine, für den Sondenknopf eben durchgängige Öffnung bleibt. Der unter der Harnröhre liegende Saum kann gekerbt sein oder nicht. Es ist diese Form also lediglich durch die Höhe von den beiden anderen unterschieden. Der erste Typus fand sich 37mal = 45,2%; der zweite Typus fand sich 44mal = 52,3%, den Hymen der Diaphragmaform mit eingeschlossen, der im ganzen sechsmal zur Beobachtung kam = 9,5%.

B. Der Hymen bei Erwachsenen. 111 Beobachtungen, darunter 31 Präparate.

Form	Zahl	%
Hymen annularis.....	62	55,8
Hymen falciformis.....	25	22,5
Hymen semilunaris.....	4	3,6
Hymen labiiformis.....	7	6,3
Seltene Formen usw. zusammen.....	13	11,7

C. Im dritten Abschnitt bespricht Verfasser die Coitusverletzungen des Hymens.

D. Im Schlußkapitel werden besprochen: Hymen post partum persistens; der Hymen nach vaginalen Operationen. — (Mehr kann im Rahmen eines Referates an dieser Stelle über die in mehrfacher Beziehung interessante Arbeit nicht gebracht werden.)

Frits Loeb-München.

**Epithelioma vulvae**, von GEORGES MAUXION. (*Thèse de Paris*. 1906.) Kasuistik.

**Ätiologie der Tuberculosis vulvae**, von BONNIN. (*Thèse de Paris*. 1904.) Vulvatuberkulose kann primär oder sekundär sein. Ein Trauma scheint in beiden Fällen zur Genese notwendig zu sein. Dasselbe kann auch eine latente Tuberkulose zur Entwicklung bringen und durch Schaffung eines Locus minoris resistentiae zur Lokalisation des Prozesses in der Vulva führen.

Frits Loeb-München.

**Über die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien**, von WLADIMIR ILJINSKY. (Inaug.-Dissert. Berlin 1902.)

Frits Loeb-München.



**Über die Genese der Genitaltuberkulose des Weibes**, von HERMANN MERKEL. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 84. Bd., MERKEL-Festschrift.) Verfasser betont, daß die Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane nicht immer hämatogenen Ursprungs zu sein braucht, sondern oft auch durch direkte Infektion von aufsen entsteht, entweder durch die tuberkulösen Geschlechtsorgane des Mannes oder durch sonstiges tuberkulöses Material (Speichel, Finger usw.).

F. Hahn-Bremen.

**Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose des Genitalapparates beim Weibe**, von ALBERT J. MOSENTHAL. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1908.) Ohne Besonderheiten.

Frits Loeb-München.

**Über Bilharziakrankheit der weiblichen Genitalien**, von C. GORBEL-Breslau. (*Centrabll. f. d. ges. Med.* 1905. Nr. 45.) Unter Bilharziakrankheit versteht man die Infarzierung der Schleimhaut der Blase, in schwereren Fällen auch der Ureteren, Nierenbecken, Urethra usw. mit den Eiern des Schistosomum haematobium Bilharzia von SIEB genannten Trematoden, der in den Venen des Unterleibes, speziell des Plexus haemorrhoidalis, lebt. Sehr selten tritt diese Krankheit auch in den weiblichen Genitalien, besonders der Vagina, in Form von Infarzierungen und polypoiden Wucherungen auf. Gewöhnlich sind die Labia majora ergriffen, an denen warzige Massen, Büscheln von Korinthen ähnlich, gebildet werden. Die Bilharziosis vaginae kommt zustande dadurch, daß die Bilharziakranke unglaubliche Mengen Warmeier mit ihrem Urin entleert, und aus diesem kriecht fast sofort nach Entleerung der Embryo aus. Auch mit dem Sperma dürften bei derlei Kranken Eier entleert werden; jedoch ist nach den jetzigen Kenntnissen von der Übertragbarkeit und der pathologischen Anatomie der Bilharziakrankheit die direkte Infektion der weiblichen Genitalien durch den Coitus unannehmbar. — Die Behandlung besteht in ausgiebiger Exzision des polypösen Gewebes. Die Prognose ist bei primärer Bilharziosis vaginae gut, bei sekundärer Infektion hängt sie von der Allgemeinerkrankung ab, welche bei Vermeidung von Reinfektionen eine nicht schlechte Vorhersage erlaubt. Schourp-Dansig.

**Ein Fall von Pseudo-Elephantiasis der Vulva**, von D. E. FINLAY - London. (*Brit. med. Journ.* 13. Jan. 1906.) Eine 22jährige Wäscherin, welche sechs Jahre vor der Aufnahme an Syphilis behandelt worden war, kam wegen enormer Schwellung beider großer Labien zur Aufnahme. Das linke Labium war bereits bei dem vorigen Aufenthalt im Krankenhause ödematös geschwollen gewesen, war aber jetzt fibrös verhärtet und enorm vergrößert, wie auch das rechte. Nachdem spezifische Behandlung zwar einige andere Symptome beseitigt, aber keine Wirkungen auf die Schwellungen ausgeübt hatte, wurden dieselben operativ entfernt. Philippi-Bad Salschlief.

**Beiträge zur Pathologie der Vulvitis**, von OTTO SACHS - Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 23.) Die Vulvitis des Weibes entspricht der Balanitis des Mannes und wird eingeteilt in die Gruppe der idiopathischen und diejenige der symptomatischen Formen. Zur ersteren Form gehören die durch mechanische, chemische Irritation, Unreinlichkeit u. a. entstandenen Vulvitiden, die blennorrhische Vulvitis, die wenigstens bei Kindern als eine wahre primäre Form sich halten kann, ferner die Fälle von primärer Tuberkulose und primärer Diphtherie der Vulva und auch Noma und primäre Gangrän, doch sind alle diese Erscheinungen sehr selten und bisher wenig in der Literatur berichtet; nur einen Fall von primärer Vulvagangrän, der einen Typhus abdominalis vortäuschte, vermag S. dem J. O'HAGANSOHN anzureihen.

Bei den symptomatischen Vulvitiden hat man zunächst zwischen den Begleiterscheinungen lokaler Prozesse und ebensolcher von Allgemeinerkrankungen zu unterscheiden. An lokale Veränderungen schließt die Vulvitis bei Blennorrhoe und bei Ulcus molle, Syphilis, Ekrzem, Herpes zoster und Aphthen an, ebenso gibt es eine Vulvitis im Anschluß an Entzündungen oder Stauungen im kleinen Becken.

Andererseits auch bei allgemeinen Erkrankungen treten Vulvitiden anschliessend an akute Infektionskrankheiten oder an inkompenzierte Klappenfehler des Herzens oder nicht selten auch an Nephritis, Diabetes und Arthritis auf.

Das klinische örtliche Bild entspricht der erythematösen Form der oberflächlichen Entzündung oder einer akuten bzw. chronischen papillären Auflockerung.

Aus dieser letzteren geht häufig eine Geschwulstbildung hervor, und zwar unterscheidet man eine folliculäre und eine sphthöse (Bläschenbildung, Ulceration und Gangrän) Ulceration. Eine solche Ulceration kann leicht zu Verwechselungen und Variationen (Pseudotuberculosis) Anlaß geben; jedenfalls verbinden sich mit einem solchen örtlichen Befunde bisweilen weitgehende Allgemeinstörungen; auch bei Diabetes kommen oft sphthöse Vulvitiden vor.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Zur Kenntnis der Kraurosis vulvae**, von WILHELM DABBER. (Inaug.-Dissert. Kiel 1908.) Ödem des Papillarkörpers, Elastinschwund und Gefässerkrankung sind die drei mikroskopischen Charakteristika. Der primäre Sitz der Affektion scheint in dem Gefäßnetz der Cutis zu liegen, Ödem und daran anschliessende Atrophie sind Folgeerscheinungen.

*Fritz Loeb-München.*

**Beiträge zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien**, von RICHARD LEVY. (Inaug.-Dissert. München 1904.) Die Form einer Überzahl der äusseren Genitalien kommt weniger häufig vor als die Vergrößerung derselben und betrifft vor allem die kleinen Schamlippen. Die Vergrößerung ist auch häufiger als mangelhaftes Wachstum der kleinen Labien, und hier ist es oft sehr schwer, die Grenze festzuhalten, bis wie weit dieselben ohne entzündliche Erscheinungen, also bloß durch Hypertrophie, entstanden aufzufassen ist. Als besondere Form der Hypertrophie wird die Elephantiasis erwähnt. Weiter berichtet Verfasser über die Perforation der kleinen Labien und über den Einfluß, welchen krankhafte Zustände an den übrigen weiblichen Genitalien auf die kleinen Schamlippen ausüben.

Das Literaturverzeichnis umfaßt „nur“ 10 $\frac{1}{2}$  Seiten. *Fritz Loeb-München.*

**Über Entzündung der BARTHOLINISCHEN DRÜSEN**, von CHARLES C. MILLER-Chicago. (*New York med. Journ.* 15. April bis 6. Mai 1905.) Verfasser bringt hier in vier längeren Artikeln eine Art Monographie über dieses Kapitel, welches ihm viel zu wenig gewürdigt scheint, da besonders die infolge von Blennorrhoe entstandene chronische Entzündung der BARTHOLINISCHEN Drüse eine ständige und recht hartnäckige Quelle stets erneuerter Leiden und Infektionen ist. Bei der erstmaligen Gonokokkeninfektion entsteht in nicht wenigen Fällen ausser der akuten Entzündung von Vulva, Vagina und Urethra auch eine solche der BARTHOLINISCHEN Drüsen. Eine Palpation derselben hält M. meist nur unter allgemeiner Anästhesie für möglich; erst wenn die Entzündung etwas nachgelassen hat, kann die vergrößerte Drüse bei weniger Empfindlichen demonstriert werden; im normalen, gesunden Zustande glaubt M. im Gegensatz zu vielen Anatomen, ist die BARTHOLINISCHE Drüse überhaupt nicht palpabel. Auf die akute folgt die chronische Entzündung der Drüse und des Drüsenganges, ein Zustand, welcher von Seite der Gynäkologen besondere Beachtung verdient. In einem gewissen Prozentsatz der Fälle kommt die Affektion der Drüse selbst zur Heilung, die Infektion des Ductus bleibt aber noch bestehen. Dabei zeigt sich die äussere Öffnung desselben als purpurrot gefleckter Punkt. Die chronische Entzündung des Ductus wird immer von mehr oder weniger Ausfluß begleitet sein; gelingt es nicht, einen Tropfen Eiter mit dem Finger auszupressen, so benutzt M. zur Auswaschung ein kleines Spritzchen, ähnlich wie das zur Durchspülung des Tränenkanals bei Dacryocystitis gebräuchliche. M. verbreitet sich weiterhin sehr eingehend über die Anatomie des Ductus, welcher im Durchmesser meist nicht weiter wie ein hundertstel Zoll und dessen Öffnung im normalen Zustand nicht sichtbar ist; seine Länge beträgt

ca.  $\frac{3}{4}$  Zoll (= 2 cm). Wenn das bei der ersten Untersuchung gebrachte Spritzchen in den Gang hineingelangt, so kann die Entzündung mit täglichen Ausspülungen vermittels antiseptischer Lösung (Arg. nitr.  $\frac{1}{4}$  — 1 % helft) behandelt werden, wahrscheinlich ist es aber in allen Fällen zweckmäßig, vor Beginn der Behandlung, die äußere Öffnung des Ganges etwas zu erweitern. Als Folge der chronischen Entzündung stellt sich in den meisten Fällen eine Striktur ein. Zur Behandlung der Strikturen wendet M. feine Sonden mit spitzem Ende (nach THEOBALD) an, nach jeder Dilatation, die womöglich jeden zweiten Tag vorzunehmen ist, sollte stets Ausspülung mit antiseptischer Lösung folgen. Wenn nach zwei- bis dreiwöchentlicher Behandlung mit stark adstringierenden und nachfolgenden schwach antiseptischen Lösungen der Ausfluß noch anhält, so müssen erstere noch stärker genommen oder die Exzision der Drüse vorgenommen werden. Ist dieselbe nur mäßig vergrößert und nicht von entzündlichem Gewebe umgeben, so kann die Exzision relativ leicht mit Kokaininfiltration (sogar 4 %ige Lösung verwendet M.) ausgeführt werden, nach richtig angelegter Naht ist die Narbe kaum sichtbar. Eine Abart der akuten Entzündung ist jene, wo sich eine Retentioncyste bildet und häufig Fistelbildung eine weitere Folge ist. Überläßt man im allgemeinen die Affektion sich selbst, so erfolgt nach verschiedener Zeitdauer Spontandurchbruch des Abscesses in die Vagina oder unterhalb des Labium majus, in anderen Fällen kann aber auch Durchbruch in das Rectum und Fistelbildung erfolgen; meist treten bei dieser Spontanöffnung der Abscesses sehr bald Rezidive, Verstopfung des Ductus usw. ein. In den Fällen, wo die radikale Behandlung (Eröffnung oder Exzision) verweigert wird, muß der Versuch gemacht werden, durch allmähliche Dilatation des Ganges dem Eiter Abfluß zu verschaffen; wenn man mit einer sehr feinen Sonde nicht in die Cyste hineingelangt, so ist ein gutes Mittel gewaltsamer Dehnung, mit einer, eine feine Spitze tragenden, Stempelspritze Glycerin einzuspritzen, wonach dann wieder mit der Dilatation fortgesetzt wird. Zuweilen kommen dabei sehr heftige Blutungen vor, gegen welche Nebennierenpräparate (Injektion von 1 : 5000 Suprarenin- oder Adrenalinlösungen) anzuwenden sind. Wenn In- oder Exzision der Drüse ausgeführt wird, so sollte dieselbe an der Haut- (nicht Schleimhaut) Fläche des Labium majus, möglichst entfernt von der Genitalöffnung, gemacht werden. Eine weitere Behandlungsmethode der Bartholinitis purulenta ist, nach ausgiebiger Inzision noch den Thermokauter anzuwenden, dann die Höhle mit (steriler oder Jodoform-) Gaze auszustopfen und die Tamponade die nächsten (drei) Tage täglich zu wiederholen; zur Ausspülung der Wundhöhle empfiehlt M. in diesen Fällen besonders Formalinlösung (1 : 5000). In allen Fällen, wo eine eiterige Entzündung der BARTHOLINISCHEN Drüse auf der einen Seite vorhanden, die Drüse der anderen Seite aber auch zu fühlen (etwas vergrößert) ist, sollte letztere erst exzidiert werden, bevor der Abscess eröffnet wird, die Wunde zugenäht oder bei vorhandenem Eiter tamponiert werden. Das Schlußkapitel von MILLERS Arbeit behandelt die „Exstirpation der akut entzündeten Drüse, wenn kompliziert mit Striktur des Ductus und Eiter- und Sekretverhaltung“. Allgemeinnarkose ist hier angezeigt. Die Patientin wird nach sorgfältiger Reinigung in Steinschnittlage gebracht; wenn der Operateur den ganzen Tumor, ohne die Cyste zu verletzen, entfernen will, so kann folgendes Verfahren angewandt werden: Eiter und Sekret werden sorgfältig aspiriert, die Abscesshöhle mit geschmolzenem Paraffin ausgefüllt (nach POZZI) und schließlich die ganze Drüse nebst der darin enthaltenen Paraffinmenge und dem erweiterten Ductus entfernt. Bei dem Versuche, die Drüse ohne Verletzung der Cyste zu entfernen, wird dieselbe meist platzen, die Wunde muß dann sorgfältig von Eiter gereinigt werden; die Drüse selbst erscheint als ein unregelmäßig, rötlicher Körper, der oft noch Hühnereigröße nach abgelassenem Eiter hat. Ein wichtiger

Punkt bei dieser Radikaloperation ist die Kontrolle der Blutung. Blutergüssen kann diese dadurch vermieden werden; daß man sich sehr nahe an die Drüse und gegen das Schambein hält und so das erektilen Gefäßbündel der Scheide vermeidet. Bei starker Blutung ist das wirksamste Mittel Matratzennaht mit Katgut, welche unter die blutende Fläche gelegt wird. Ist die Blutung während der Operation nicht sorgsam kontrolliert worden, so muß die Wärterin instruiert werden, wenigstens alle halbe Stunde nachzusehen. In verinschlüssigten Fällen von Bartholinitis entstehen häufig Fisteln; und zwar viel häufiger in die Scheide als in den Mastdarm hinein; gefährliche Eiziken und Naht mit Chromsäure, Drainage nach außen sind dann die Behandlungsweg. Bezüglich vieler Einzelheiten und für die tägliche Praxis recht beachtenswerter Winke, welche Verfasser gibt, muß Referent auf das Original verweisen.

*Stern-München.*

**Schleimhautprolaps der Urethra bei kleinen Mädchen,** von PAUL LAMBLIN. (*Thèse de Paris*. 1903.) Die meisten Fälle (213) von Urethraschleimhautprolapsen finden sich bei Mädchen im Alter von 1 bis 15 Jahren. Sie beruhen auf Gewebeschwäche im Gefolge chronischer konsumierender Affektionen, auf Entzündungen der Vulva oder Urethra, blennorrhöischer oder nichtblennorrhöischer Natur, abdomineller Druckvermehrung bei Anstrengungen, wie Husten, starke Anwendung der Bauchpresse.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von Epispadie beim Weibe,** von HERMANN ANACKER. (Inaug.-Dissert. Straßburg 1903.) Kasuistische Arbeit.

*Fritz Loeb-München.*

**Zur Kenntnis der Epispadie beim Weibe,** von OTTO GÜTSCHOW. (Inaug.-Dissert. Rostock 1904.) Das Alter der Patientinnen in den veröffentlichten Fällen betrug:

Alter in Jahren	Unter 1 Jahr	1	2	3	6	10	14	15	17	18	19	21	22	26	27	43	Un- bestimmt
Zahl der Fälle	2	2	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2

*Fritz Loeb-München.*

## Verschiedenes.

**Kongenitale Mißbildung des linken Ohres und des äußeren Gehörganges,** von EMIL AMBERG-Detroit. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 9. Dez. 1905.) Bei dem Patienten, einem 32jährigen Russen, war das linke Ohr in der Entwicklung zurückgeblieben, der Rücken der Muschel ist 4,6 cm lang; die Weite war 11—7 mm; vier verschiedene enge Blindgänge sind vorhanden, zwei an der vorderen Falte zwischen Knorpel und Haut, 5 resp. 7 mm lang, zwei andere in der Mitte und an der hinteren Seite der rudimentären Maschel. Der knöcherne Kanal schien mit fibrösem und knorpeligem Gewebe gefüllt zu sein, der Processus mastoideus ist gut entwickelt. Die Prüfung des Gehörvermögens ergab, daß dasselbe am linken Ohr noch auf kurze Entfernungen vorhanden war und zwar nur durch Knochenleitung zu stande kam. Das rechte Ohr scheint normal zu sein. Patient hat drei Kinder, welche keinerlei Mißbildung seiner Angabe gemäß zeigten.

*Stern-München.*

**Über die Berechtigung der Kosmetik als Teil der wissenschaftlichen Dermatologie,** von EDMUND SAALFELD-Berlin. (*Med. Klinik* 1906. Nr. 2.) Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilis auf der 77. Naturforscherversammlung zu Meran, in dem Verfasser darauf aufmerksam macht, daß in der Behandlung kosmetischer Leiden ebenso wie in der gesamten Medizin die Individualisierung notwendig ist und daß hier nur der Arzt über eine Kur und die zu benutzenden Mittel entscheiden kann. Das Überlassen der Behandlung der kosmetischen Leiden an die Kurpfuscher hat oft bedeutende Gesundheitsschädigung der Patienten zur Folge, und schon aus dem Grunde sollte man dem bestehenden Unfug schwindelhafter Anpreisungen kosmetischer Mittel energisch entgegenreten. Erstens sollten diesbezügliche sanitätpolizeiliche Verordnungen eingeführt und durchgeführt werden; das große ärztliche Publikum sollte den kleinen Leiden der Kosmetik mehr Interesse entgegenbringen, für eine geeignete, zweckmäßige ärztliche Behandlung und für die Aufklärung des Publikums sorgen.

Leon Feuerstein - Lemberg-Bad Hall.

Frankfurt a. M., 12. März 1906.

An die Redaktion

der Monatshefte für praktische Dermatologie.

Vielleicht interessiert einem Ihrer Herren Mitarbeiter die folgende Beobachtung, in diesem Falle bitte ich sie beliebig zu verwenden.

Am 21. Oktober zerbrach ich, 46jährig, gesund, Schreibe-arbeiter, Linkshänder, die Mittelhandknochen rechter Hand Nr. 2, 3 und 4.

Am 18. November maß ich das relative Wachstum der Nägel aller Finger linker und rechter Hand mit Zuhilfenahme von Kennzeichen.

Es ergab sich beim Linkshänder:

(Wachstum in Millimetern)

	Nr. 1 (Daumen)	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Linke gesunde Hand.....	4,27 mm	8,30 mm	8,55 mm	4,40 mm	8,60 mm
Rechte Hand im Kleisterverbande	3,10 mm	2,00 mm	2,10 mm	3,30 mm	3,10 mm
		zerbrochene Mittelhand			

Sonach in Prozenten:

	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5
Linke gesunde Hand.....	100%	100%	100%	100%	100%
Rechte Hand im Kleisterverbande	72 $\frac{1}{2}$ %	60 $\frac{1}{2}$ %	59%	75%	86%
		zerbrochene Mittelhand			

Hochachtungsvoll

H. WENZEL, Ingenieur.

Aus der dermatologischen Abteilung des kaiserl. Marinehospitals Konstantinopel.

## Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen.

Von

Dr. MENAHEM HODARA.

Bereits vor zehn Jahren habe ich eine Mitteilung veröffentlicht über die künstliche Erfrierung mittels Ätherzerstäubungen auf das Ohr des Kaninchens, sowie über die Erfrierung beim Menschen nach akzidenteller Einwirkung intensiver Kälte auf gesunde Körperstellen, d. h. auf solche, die nicht schon zuvor mit Frostbeulen behaftet waren (*diese Zeitschrift*, 1896, Band XXII, „Beitrag zur Pathologie der Erfrierung“). In dieser Arbeit bestätigte ich die bereits von RECKLINGHAUSEN und KRIEGE geäußerten Behauptungen. Heute gedenke ich den Befund meiner histologischen Untersuchungen über die Frostbeulen mitzuteilen, um so die Resultate meiner früheren Studien über die künstliche Erfrierung bei Tieren und der akzidentellen Erfrierung beim Menschen einerseits mit denen bei der Frostbeule oder dem sogenannten Erythema pernio von BAZIN vergleichen zu können. Das Material zu meinen Untersuchungen lieferten mir drei seit Jahren mit Perniones an Händen und Füßen behaftete Mädchen. Bevor ich zur Beschreibung der histologischen Veränderungen bei diesen drei Fällen übergehe, will ich zunächst noch eine kurze Rekapitulation meiner oben erwähnten Arbeit geben. Es handelt sich nämlich bei jener Erfrierung um eine heftige Entzündung mit enormer Erweiterung der Blutgefäße und Kapillaren, sehr ausgesprochenem Ödem im ganzen betroffenen Gebiete, beträchtlicher perivaskulärer Infiltration, bestehend aus großen Haufen von Lymphocyten und mononukleären Leukoocyten, starker Proliferation und Hypertrophie des Spongioplasmas und der Kerne der Bindegewebszellen im ganzen Gewebe; stellenweise findet man auch Koagulation des fibrillären und granulösen Fibrins, wodurch die kollagenen Fasern auseinandergetrieben und zum Teil zerrissen werden; gewaltige Hypertrophie der elastischen Fasern. Diese entzündliche Reaktion begleiten verschiedene Veränderungen im Blute und Thrombosenbildungen in den meisten Gefäßen: weiße und hyaline Thrombus mit

Leukocyten und Erythrocyten, fibrinöse und fibröse Thrombus. Außerdem bestehen verschiedene regressive Veränderungen: Degeneration der hypertrophierten elastischen Fasern, die ein homogenes Aussehen annehmen, Vakuolen bilden, in Fasern sich auflösen und schliesslich zerfallen, farblos und gänzlich unsichtbar werden. Bei der Erfrierung mit Schorfbildung verwandeln sich stellenweise die kollagenen Fasern in homogene, glänzende hyaline Lamellen, worin alle zelligen Elemente fehlen. Dieselben Veränderungen gehen mit den Leukocytenagglomeraten und den Gefäßwandungen vor sich, welche sich ebenfalls in hyaline Massen und Streifen umwandeln mit vollständigem Verschwinden der Zellen. Die Thrombosierung in den Gefäßen ist offenbar die Ursache dieser hyalinen Degeneration des kollagenen Gewebes und der Schorfbildung. In den schwereren Fällen erstrecken sich diese Schorfe bedeutend nach der Tiefe; in leichteren dagegen lösen sie sich vollständig ab und es erfolgt gänzliche Vernarbung.

Die Lymphocyten und mononukleären Leukocyten, die sich zu großen Massen anhäufen, spielen eine hervorragende Rolle in der entzündlichen Periode der erythematösen Erfrierung, besonders beim Menschen; die polynukleären Leukocyten dagegen sind verhältnismäßig spärlich vorhanden und liegen zerstreut. Eine wirkliche polynukleäre Leukocytose in reichlicherem Maße wird nur nach der Nekrose der Oberfläche des Geschwürs beobachtet, wobei sich die Leukocyten in beträchtlicher Menge nach der Oberfläche zu wenden und dort zur Bildung und Elimination des Schorfes beitragen.

Bei der künstlichen Erfrierung (Kaninchen) hat KRIEGER nach 20 Stunden in der Epidermis die Bildung von kleinen Bläschen beobachtet, in denen sich koaguliertes Fibrin und zahlreiche Leukozyten vorfanden. In einem Kaninchenohr, das im Verlaufe von 14 Tagen 18 mal der Gefrierung ausgesetzt worden war, fand KRIEGER außerdem in den tieferen Epidermisschichten und den Follikularscheiden hyaline Degeneration und Bläschen, die mit koaguliertem Fibrin und in hyaline Massen umgewandelten Ansammlungen von rundlichen Zellen angefüllt waren.

Bei der künstlichen Gefrierung eines Kaninchenohrs habe ich selbst nach 24 Stunden ein ausgesprochenes Ödem zwischen dem Papillarkörper und der Epidermis konstatiert, wobei letztere stellenweise blasenförmig emporgehoben erscheint. Die Epidermis erscheint ungleichförmig gefärbt, indem das Ödem gleichsam das Chromatin aus den Zellkernen der Epidermis fortgewaschen und nach der Cutis geschwemmt hat. Drei Tage nach dem Gefrieren hatten sich am Ohre Schorfe von verschiedener Tiefe ausgebildet. Die oberflächlicheren dieser Schorfe bestanden aus einem Teile der nekrotischen, homogen gewordenen Epidermis und Haufen von polynukleären Leukocyten; an anderen Stellen ist die ganze Epidermis nekrotisch geworden, während die tiefer reichenden Schorfe aus nekrotischer

Cutis bestehen, deren kollagene Fasern in homogene hyaline Lamellen umgewandelt sind. Die Schorfe sind von einer Schicht polynukleärer Leukocyten bedeckt. Für weitere Einzelheiten verweisen wir auf unsere frühere Arbeit.

### Histologische Untersuchung der drei Fälle.

I. Fall. 14jähriges Mädchen mit Perniones an allen Fingern, besonders an den Fingerrücken sämtlicher Phalangen, in Gestalt von erythematösen, roten oder bläulichen, ödematösen, hoch aufgetriebenen Plaques auf denen man stellenweise perlengraue Partien wie beim polymorphen Erythem erkennt. An diesen Perniones leidet das Mädchen seit Jahren, wobei sie zuweilen auch im Sommer, wenn auch bedeutend weniger ausgesprochen, auftreten. Die Hände sind bläulich verfärbt und fühlen sich kalt an. Der Bruder der kleinen Patientin leidet an derselben Affektion. Aus dem erkrankten Bezirke wurden zwei Stücke exstirpiert.

1. Stück. Unter dem Mikroskop erkennt man eine Verdickung der Hornschicht (Hyperkeratose), eine etwas dickere Körnerschicht, eine Hypertrophie und Hyperplasie der Stachelzellen; das Protoplasma und die Zellkerne sind verdickt und man findet zahlreiche Mitosen in der Basalschicht nebst leichtem intra- und interzellulärem Ödem. In der Cutis bestehen intensive entzündliche Erscheinungen: hochgradige Erweiterung sämtlicher Gefäße und Kapillaren, sowie der Lymphspalten, bedeutendes Ödem, Hypertrophie der Endothelien und Proliferation der perithelialen Zellen; beträchtliche Hypertrophie und Hyperplasie der Bindegewebszellen in der ganzen Cutis, Lymphzelleninfiltration in dicken Agglomeraten in der Umgebung der Cutisgefäße und der Knäueldrüsen. Im Kapillargebiete ist die kleinzellige Infiltration weniger ausgesprochen. Die elastischen Fasern sind bedeutend hypertrophiert und nehmen Farbstoffe intensiv an; stellenweise sind diese hypertrophierten elastischen Fasern auf dem Wege der Entartung, haben ein homogenes Aussehen, lassen sich weniger gut färben, zerfallen in Fibrillen und gehen schliesslich ganz auseinander. Blutveränderungen, Thrombosen irgendwelcher Art sind in diesem Stücke gar keine zu finden.

2. Stück. Auf dieser erythematösen Plaque waren von den oben beschriebenen perlgrauen Bläschen sichtbar. In den erythematösen Partien waren hier dieselben Veränderungen in der Epidermis zu erkennen wie beim ersten Stück. Im vesikulösen Abschnitte dagegen ist das inter- und intracelluläre Ödem viel ausgesprochen, die Körnerschicht ist stellenweise vollständig verschwunden und an deren Stellen haben sich parakeratosische Lamellen ausgebildet. Wieder an anderen Orten ist das Ödem noch stärker ausgesprochen, wobei sich die seröse Flüssigkeit unterhalb der Hornschicht ansammelt und abgeflachte Bläschen bildet. Die sehr ver-



dicke Hornschicht ist ebenfalls stark mit seröser Flüssigkeit durchtränkt, welche sich auch stellenweise zwischen den auseinandergetriebenen Hornlamellen ansammelt. Polynukleäre Leukocyten sind nirgends zu sehen. Das Protoplasma der Stachelzellen in den ödematösen Partien ist vakuolisiert und findet man die Veränderungen, die LÉLOIR „altérations cavitaires“ genannt hat. Stellenweise sind die Zellen infolge des Ödems vollständig homogen geworden und lassen sich nur schwer färben, resp. gar nicht. Da und dort konstatiert man Reparationsvorgänge, indem sich unter den parakeratosischen Hornlamellen oder unter den Bläschen eine neue Stachel- und Körnerschicht gebildet hat. In der Cutis sind die Veränderungen identisch mit denen im ersten Stücke.

II. Fall. 16jähriges Mädchen leidet von ihrer Kindheit an jeden Winter an Frostbeulen. Gegenwärtig hat sie deren an Händen und Füßen. An den Handrücken sind etwa zehn Plaques, von denen einige erythematös, andere vesikulös sind; einzelne sind mit dünnen Borken bedeckt. Die Hände fühlen sich kalt an, sind aufgetrieben, rot und bläulich. Hier konnte ich nur eine kleine, seit zirka vier Wochen bestehende und nach Angabe des Mädchens etwas gebesserte erythematöse Plaque extirpieren. Eine kleine in Elimination begriffene Borke überzog die Oberfläche. Unter dem Mikroskop sieht man oberflächlich eine stellenweise ziemlich dicke Schuppe, die aus mehrfachen Schichten von verhornten Zellen bestehen, mit Reihen von rundlichen oder ovalären Kernen. Im Zentrum liegt eine Borke, die sich aus Haufen von polynukleären Leukocyten zusammensetzt. Nur im Bereiche der letzteren findet man Kokken, die in den peripheren Abschnitten der Schuppe fehlen. Es scheint somit, daß jene Ansammlungen von Kokken auf die Leukozyten eine Attraktion ausgeübt und dieselben nach dem Zentrum der Schuppe angezogen hätten. Unter der Borke und der Schuppe überhaupt liegt eine neu gebildete, normale Hornschicht von ziemlicher Dicke, eine neue, sehr voluminöse Körnerschicht und stark hypertrophierte Stachelschicht, deren Elemente, und zwar sowohl was das Protoplasma als die Kerne anbelangt, vergrößert sind. Proliferation der Epithelzapfen. Mitosen kommen nur in der Basalschicht vor. Die Veränderungen in der Cutis stimmen mit denen im ersten Falle überein, sind aber hier weniger ausgesprochen und auf dem Wege der Abheilung begriffen. Trotz des Vorhandenseins der zentralen Borke sieht man, wie im anderen Stücke, keine Herde von polynukleären Wanderzellen in der Cutis. Die polynukleäre Leukocytose auf der Oberfläche war also nur ein vorübergehender Vorgang und wahrscheinlich bloß durch die von den vorhandenen Kokken verursachte Infektion bedingt.

III. Fall. 13jähriges Mädchen, das, wie ihre ältere Schwester, seit einigen Jahren an Perniones leidet. Hier treten die Frostbeulen zuweilen

auch im Sommer auf, jedoch in weit unbeträchtlicherem Maße. Die Hände sind kalt, bläulich-rot; auf den Fingerrücken befinden sich neben einfachen roten, ödematösen, etwas erhabenen Plaques solche mit perlgrauer Färbung. Eine dieser Plaques ist ulceriert und von einem erythematösen Ringe umgeben. Im Zentrum der Ulceration liegt eine dicke Borke, die der Effloreszenz ein ekthymaartiges Aussehen verleiht. Dieses letztere Stück habe ich behufs mikroskopischer Untersuchung exodiert. An den Füßen bestanden ebenfalls Perniones von livid roter Farbe, mit zum Teil großen Blasen und ulcerierten Stellen. In dem erythematösen Ringe, welcher die Ulkeration umkreist, konstatiert man eine stark hypertrophierte Epidermis. Die normal verhornte Hornschicht ist stark verdickt. Die bedeutend verdickte Körnerschicht besteht aus acht bis zehn Reihen sehr großer Elemente mit zahlreichen dicken Keratohyalinkörnern. Die Stachelschicht ist enorm hypertrophiert, wie bei Condylomen, besonders die Epithelzapfen erstrecken sich tief und in unregelmäßiger Weise in die Cutis, etwa wie bei Karzinomen im Beginne. Die Stachelzellen und ihre Kerne sind hochgradig vergrößert und enthalten viel Chromatin. Weiter von der zentralen Ulceration entfernt ist das Ödem in den erythematösen Partien weniger ausgesprochen, die Zellenproliferation dagegen stark entwickelt. Je näher man dem zentralen Geschwüre zurückt, wird das parenchymatöse und interzelluläre Ödem immer deutlicher, die Zwischenzellenräume erweitern sich, das Protoplasma ist ödematös, färbt sich schwerer und zeigt Vakuolenbildungen. Die „alterations cavitaires“ von LÉLOIR sind deutlich erkennbar. Das Chromatin der Kerne ist durch das Ödem wie ausgewaschen und nach außen gespült; das Keratohyalin der Körnerschicht ist fast vollständig verschwunden; die Verhornung der Oberfläche geht in anormaler Weise vor sich, wobei sich eine dicke parakeratosische Schuppe mit zahlreichen Reihen abgeplatteter Kerne bildet. Unmittelbar an der Peripherie der Ulceration ist die Epidermis von seröser Flüssigkeit und zahlreichen ausgewanderten polynukleären Leukocyten infiltriert, welche die Epidermis zerklüften und zerstören. Von den Stachelzellen sind einige teilweise oder gänzlich vakuolisiert infolge des Ödems, andere haben sich in eine homogene, schwer färbbare Masse umgewandelt; einzelne Zellen sind vollständig zerstört und zersplittert durch die Menge der serösen Flüssigkeit und die kleinzellige Infiltration; es entstehen auf diese Weise zwischen den einzelnen Zellschichten unregelmäßige Kanäle. In der Peripherie der Ulceration ist die Epidermis vollständig abgestorben, die Stachelzellen haben ein homogenes Aussehen. Aus einem Gemenge von Bruchstücken von Zellkernen, von Stachelzellen, von Leukozytenhaufen und von parakeratosischen Zellen hat sich eine Masse gebildet, aus welcher sich die eitrige Kruste der Oberfläche des Ulcus bildet. Stellenweise sieht

man unmittelbar unter der parakeratosischen Schuppe der Oberfläche mehr oder weniger zahlreiche serös-eitrige Bläschen. In der Nähe der Ulceration ist es zur Bildung von kleinen Abscessen gekommen und an anderen Orten sieht man Ansammlungen von fibrinösen, fibrillären und körnigen Massen, welche die Epithelzellen auseinander treiben und sie zu homogenen, die Farbstoffe nicht mehr aufnehmende Gebilde umwandeln, deren Kerne im Begriffe sind, zu verschwinden. Hie und da findet man in der Umgebung der Ulceration oder selbst an entfernteren Stellen mitten in der gesunden Epidermis in den tieferen, mittleren und (wenn auch weniger) in den oberflächlichen Schichten derselben kleine Inseln von Stachelzellen, die mit samt ihren Kernen in homogene, glänzende, hyaline Kugeln umgebildet worden sind; in denselben sind stellenweise noch Chromatinkörner erhalten geblieben. In der Nähe des Geschwürs haben sich im Epithel Bläschen gebildet von verschiedenem Durchmesser mit koaguliertem Fibrin und körnigem Detritus als Inhalt. Die weissen Blutkörperchen innerhalb dieser Bläschen sind zum Teil ganz normal, während andere in hyaline glänzende, isolierte oder zu Haufen und Streifen gruppierte Massen umgewandelt sind.

In dieser erythematösen Partie der Frostbeule, an der Peripherie des Geschwürs, findet man keine Kokkennester an der Oberfläche der Hornschicht, wohl aber sehr umfangreiche auf der Oberfläche der zentralen Borke. In der Cutis sieht man in diesem erythematösen Abschnitte des Hautstückes, wenn man von der Peripherie nach dem Zentrum vorgeht, zuerst dilatierte Kapillaren und Gefäße der Cutis, stark hypertrophierte Endothelien, proliferierte und hypertrophierte Perithelien, die in parallelen Reihen angeordnet sind. Die Bindegewebszellen sind ebenfalls hypertrophiert, und zwar sowohl in der eigentlichen Cutis als in der Papillarschicht. Je mehr man sich der Ulceration nähert, konstatiert man unter der Epidermis enorm dilatierte und mit Blut angefüllte Gefäße, die zum Teil weisse leukocytaire, zum Teil ausschließlich aus roten Blutkörperchen bestehende Thromben enthalten; andere Thromben bestehen grösstenteils aus Erythrocyten und füllen das Gefäßlumen ganz oder teilweise aus; wieder andere Gefäße enthalten fibrinöse oder körnige Gerinsel. In der Cutis dieses Abschnittes bestehen in der Umgebung der Gefäßwandungen grosse Infiltrate, die sich aus einkernigen Leukocyten, proliferierten Bindegewebszellen und Lymphocyten zusammensetzen und das ganze Gewebe ausfüllen. Mehrkernige Leukocyten sind hier seltener. In der Nähe der Ulceration dagegen sind die letzteren in Mengen vorhanden und bilden eine dicke eitrige Schicht unterhalb der zerstörten und in eine Borke umgewandelten Epidermis.

In der zentralen Partie dieser ulcerierten Frostbeule liegt eine in Elimination begriffene Borke, die aus zwei Schichten besteht. In der

oberflächlichen Schicht ist die alte Epidermis zerstört und besteht aus einer dicken homogenen Masse mit abgeplatteten oder zertrümmerten Epithelzellkernen und gewaltigen Haufen von Kokken, dagegen sind keine großen Leukocytenansammlungen zu finden. Der mittlere und untere Abschnitt der Borke setzt sich zusammen aus einer mächtigen Lage von Eiterzellen. In der Peripherie der Ulceration fehlen die Kokkenansammlungen. Unter der Borke liegt eine dicke Eiterschicht, welche einen bedeutenden Teil der Cutis einnimmt und von einer Lage mehrkerniger Leukocyten vollständig überzogen ist; in dieser Eiterschicht fehlen einkernige Leukocyten vollständig; ebenso Bindegewebszellen. Das kollagene Gewebe ist fast gänzlich verschwunden und unterhalb der Eiterschicht führen die unteren Cutisabschnitte weniger mehrkernige Leukocyten, dagegen zahlreiche hypertrophierte Bindegewebszellen, Lymphocyten und einkernige Leukocyten. Die genannte Eiterschicht führt ferner große hyaline Klumpen, die sich aus degenerierten Leukocyten gebildet haben; statt Klumpen bilden diese hyalinen Agglomerate auch netzartige oder ganz unregelmäßig geformte Gebilde; des weiteren enthält die Schicht auch fibrinöse oder körnige Gerinsel. In den unteren und mittleren Partien der Cutis unterhalb der Eiterschicht sind die Epithelzapfen stark proliferiert, wie es bei den Nävis und Carcinomen angetroffen wird. Das kollagene Gewebe ist infolge der hochgradigen Zellinfiltration rarefiziert und zu dünnen, unregelmäßigen Fäden reduziert. Die Gefäße sind sehr zahlreich und varizenartig dilatiert; die einen sind mit weißen, die anderen mit roten Blutkörperchen vollgefropft. An einzelnen Stellen bestehen die Thrombus aus hyalinen Leukocyten, andere aus Erythrocyten mit fibrinösen Beimischungen, welche das Gefäßlumen mehr oder weniger vollständig ausfüllen. Die Endothelien der Gefäße sind stark hypertrophiert, desgleichen die Perithelien, welche lange, parallele Reihen bilden. In der Peripherie der Ulceration sind die elastischen Fasern stark hypertrophiert, einzelne hochgradig, bis zum zehnfachen ihrer normalen Dicke, wobei sie das Aussehen von kollagenen Fasern erhalten. Sodann tritt eine Degeneration dieser hypertrophierten Fasern ein, sie färben sich weniger gut, zerfallen in Fibrillen und gehen schließlich ganz zu Grunde. Die Hypertrophie der elastischen Fasern ist ausgesprochener in den untersten Partien der Cutis als in den mittleren. In der Papillarschicht dagegen ist sie wieder ganz bedeutend entwickelt. Unmittelbar unter der zentralen Borke ist das elastische Gewebe vollständig verschwunden; unterhalb den peripheren Abschnitten der Ulceration dagegen ist es an vielen Stellen noch erhalten und besteht aus dicken Fasern.

Schlussfolgerungen. Vergleicht man nun die histologischen Veränderungen in den Experimenten beim Tiere und bei der akzidentellen Congelatio beim Menschen mit denen in den beschriebenen drei Fällen

von Perniones, so erkennt man, daß die Gefäß- und entzündlichen Erscheinungen in der Cutis, die Veränderungen des elastischen Gewebes und in der Epidermis sozusagen identisch sind. Dagegen fehlen in den drei genannten Fällen die Blutveränderungen und die Bildung der verschiedenartigen Thrombus, welche man schon im Beginne der erythematösen Stadiums bei der künstlichen Gefrierung, sowie bei der akzidentellen beim Menschen beobachtet.

In einem weiteren Stücke (vom dritten Falle) einer bereits sehr vorgeschrittene Frostbeule mit erythematöser Peripherie und ulceriertem Zentrum konstatiert man folgendes: in dem peripheren, erythematös-vesikulösen Abschnitte, außer den entzündlichen Veränderungen in der Cutis, eine hochgradige Hypertrophie mit nachfolgender Entartung des elastischen Gewebes, außerordentliche Hypertrophie und Hyperplasie der Stachel-schicht, Veränderungen des Blutes und Thrombenbildungen verschiedener Art, kurz ein Bild, wie man es bei der künstlichen Gefrierung des Kaninchenohres oder bei der akzidentellen Gefrierung beim Menschen beobachtet. In demselben Präparate sieht man auch in der ulcerierten Partie Ansammlungen von weißen Blutkörperchen, die sich zu hyalinen Massen verwandelt haben, ferner fibrinöse, fibrilläre oder körnige Gerinsel. In den peripheren, erythematös-ulcerösen Partien der Frostbeule sieht man in der Epidermis Bläschen, die mit Fibrin und in hyaline Klumpen transformierte weiße Blutkörperchen angefüllt sind, wie dies KRIGER bei der künstlichen Gefrierung des Kaninchenohres beobachtet hat. Dagegen fehlen in diesem Stücke fibrinöse Thrombusbildungen, ebenso die hyalin entarteten kollagenen Lamellen, wie wir sie bei anderer Gelegenheit gesehen haben.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

## Ver samml ungen.

### Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 17./30. März 1906.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. MARZINOWSKI (Gast) und BOGROW berichteten über zwei Fälle von **Blastomycetenbefund bei einer Hautkrankheit** und demonstrierten den einen Fall nebst dazugehörigen mikroskopischen Präparaten. Der erste der beiden Fälle war am 31. Januar d. J. in das Paulhospital hierselbst einer fieberhaften Krankheit wegen aufgenommen und zunächst als Typhus diagnostiziert worden, da sich Milzvergrößerung, Durchfälle, Erbrechen und ein Ausschlag einstellten. Das Ausbleiben der WIDALSchen Reaktion, wie der Typus des Fiebers machten aber die Diagnose Typhus

unwahrscheinlich und die von M. versuchsweise angestellte mikroskopische Untersuchung der Haut ergab reichlichen Blastomycetenbefund. Weitere mikroskopische Untersuchungen zeigten, daß sich in allen papulo-vesikulösen Hautveränderungen dieselben rundlichen Blastomyceten fanden und daß dieselben auch in den Haarwurzelscheiden und in den Ausführungsgängen der Talgdrüsen reichlich nachgewiesen waren. Unter einer 10<sup>o</sup>/igen Ichthyolsalbe schwanden die Hautveränderungen. Vor zwei Wochen stellte sich eine Schwellung des einen Unterkieferwinkels ein, die in einen Abscess überging und wieder haben sich Blastomyceten an dieser Stelle nachweisen lassen. Gleichzeitig mit diesem Fall befand sich im Hospital eine Kranke wegen Coxitis, die ähnliche Hautveränderungen aufwies, welche daher auch zur mikroskopischen Untersuchung anregten. In der Tat wurden auch hier rundliche Blastomyceten in reichlicher Menge gefunden. Diese Kranke kam zur Demonstration und zeigt auf dem Rücken wie auf den Oberschenkeln kleinere und größere akneartige Knötchen bei trockener Haut. Wenn man mit der Hand über den Rücken hinüberfährt, erhält man den Eindruck eines Reibeisens. Wenn die Knötchen schwinden, hinterlassen sie eine schwache Pigmentierung. Die Knötchen rezidivieren leicht. Kultur- und Tierversuche fielen bisher in diesem, wie in dem ersten Fall negativ aus.

Diskussion: TSCHLENOW erkundigt sich, ob das Erbrochene, wie der Stuhl von der ersten Patientin auf Blastomyceten untersucht wurden?

MARZINOWSKI erwidert ja, doch mit negativem Resultat.

TSCHLENOW kann den Fall nicht für Blastomykose halten, weil im Gegensatz zu den in der Literatur beschriebenen, schweren Fällen hier der Verlauf ein leichter war und weil, soweit er sich der Abbildungen von Blastomyceten erinnert, die demonstrierten Blastomyceten nicht völlig diesen Bildern entsprechen. Er hält daher den Blastomycetenbefund für zufällig.

MARZINOWSKI entgegnet, daß die von ihm gefundenen Blastomyceten den Abbildungen entsprechen, daß er seine Fälle nicht als Blastomykose bezeichnet hat, wohl aber die Hautveränderungen in Abhängigkeit von den Blastomyceten bringt, wobei seine Fälle eine besondere Art bilden würden.

METSCHERSKI hält Kontrolluntersuchungen bei Acne vulgaris wünschenswert, da klinisch die Hautveränderungen sehr an Akne erinnern.

MARZINOWSKI entgegnet, er habe solche bereits angestellt, jedoch mit negativem Resultat.

SPERANSKI findet, daß das Fehlen eines entzündlichen Hofes um die Knötchen diese von gewöhnlicher Akne zu unterscheiden erlaubt.

An der Diskussion beteiligten sich noch BOGROW und RESCHETILLO.

POSPELOW sagt im Schlußwort, die unter dem Mikroskop gezeigten Gebilde sind als Blastomyceten anzusehen, das klinische Bild erinnert zwar bei künstlicher Abendbeleuchtung an Akne, am Tage unterscheiden sich diese Knötchen jedoch entschieden von gewöhnlicher Akne, sowohl durch das Aussehen, als auch durch die Lokalisation auf den Oberschenkeln. Wir haben es mit einem besonderen Krankheitsfall zu tun, den wir vorläufig am besten so bezeichnen, wie es die Vortragenden selbst tun, nämlich als Blastomycetenfund bei einer Hauterkrankung.

2. SOKOLOW führte einen 35jährigen Mann mit **Rhinophyma** vor.

3. RESCHETILLO stellte vier Kranke vor, die erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt worden sind. Es handelte sich um

- a) eine 45jährige Frau mit Lupus vulgaris der rechten Wange, welcher seit 40 Jahren besteht,
- b) eine ältere Frau mit Epithelioma der Partie um das rechte Auge, welches 28 Jahre besteht,

c) einen Mann mit Tuberculosis verrucosa der Oberlippe von 13jähriger Dauer und

d) eine Dame mit Acne vulgaris des Gesichts von gleichfalls jahrelanger Dauer.

Zu der Demonstration machte R. einzelne Bemerkungen, welche die Schwierigkeit der Dosierung der Röntgenstrahlen betrafen, wodurch man bei Anwendung der maximalen Dosis unglückliche Zufälle erleben kann, die aber trotz unheimlichen Aussehens in den ersten Tagen schnell wieder schwinden und doch verhältnismäßig selten sind, etwa ein Mal unter 1000 Bestrahlungen.

Diskussion: BOGROW findet es riskant, eine derartige, immerhin gefährliche Behandlung bei einem solchen Leiden anzuwenden, wie es die Akne ist; etwas anderes ist es mit Lupus und Epitheliom.

RESCHETILLO entgegnet, auch die Acne vulgaris des Gesichts bringt manche Menschen in Verzweiflung.

WYSCHINSKAJA ist gleichfalls der Ansicht, daß man bei Akne andere Mittel versuchen soll.

4. SOKOLOW referierte über die Arbeit von METSCHNIKOW und ROUX: **Experimentelle Untersuchungen über die Syphilis.**

5. POSPELOW (Autoreferat) machte Mitteilung über das Resultat seiner **Behandlung der Verruca juvenilis mit Arsenik**, welches seinerzeit von HERXHEIMER und MARX empfohlen wurde, unter Demonstration von Moulagen.

Der erste seiner Fälle betraf einen 7jährigen Knaben, bei dem auf beiden Handrücken über 100 Warzen (107) gezählt wurden. Der Knabe stammt von einer nervösen Familie ab: der Vater lebt, ist aber stark neurasthenisch, die Mutter starb früh an Arteriosklerose. Der Kranke selbst ist blaß, schläft unruhig, indem er in der Nacht aufspringt und planlos mit geschlossenen Augen in den Zimmern umher geht, ist sehr heftig und reizbar und leidet an choreatischen Bewegungen des ganzen Körpers. Seine ältere Schwester, von neun Jahren, ist gleichfalls nervös, blutarm und hat auch einige erhabene Warzen auf den Fingern, ebenso ein sechsjähriger Bruder seit dem vierten Lebensjahr. Bei dem Kranken sind, nach Angabe des Vaters, die Warzen fast gleichzeitig mit den choreatischen Bewegungen und einer Steigerung der Nervosität vor drei Jahren aufgetreten. Der Kranke ist bereits mit verschiedenen lokalen und inneren Mitteln, aber vergeblich, behandelt worden. Seit fünf Monaten wird der Kranke einer inneren Arsenikbehandlung bei gleichzeitigem Gebrauch von KBr unterworfen. Im Laufe dieser Zeit sind die Warzen, wie der Vergleich der beiden Moulagen vor und nach der Behandlung ergibt, vollständig geschwunden, gleichzeitig schwanden auch die choreatischen Bewegungen; der Allgemeinzustand besserte sich bedeutend, der Kranke wurde ruhiger und hörte auf, in der Nacht aufzuspringen. Die Behandlung bestand im inneren Gebrauch von Sol. natrii arsenicosi (1%) 10,0: Aq. menthae p. p. 30,0, wovon Patient anfangs zweimal täglich je zwei Tropfen nach der Mahlzeit bekam. Jeden zweiten Tag wurde diese Dosis um einen Tropfen gesteigert. KBr erhielt er eventuell in 3%iger wässriger Lösung zweimal täglich zwei Dessertlöffel. Zwei Monate nach Beginn der Arsenikbehandlung wurden die Warzen flacher, trockneten ab und begannen stellenweise abzufallen. Jetzt nach fünf Monaten seit Beginn der Behandlung sind sie völlig geschwunden. Intoxicationserscheinungen wurden nicht beobachtet.

Der zweite Fall von Verruca juvenilis betrifft ein fünfjähriges, nervöses Mädchen (eklamptische Anfälle beim Durchbruch der Zähne, Migräne seit dem dritten Lebensjahr, Schwindel mit Erbrechen, welk, reizbar, schläft schlecht). Die Warzen traten vor zwei Jahren auf und zwar auf dem Mittelfinger der linken Hand, dem Zeigefinger der rechten Hand, später auf dem Daumen derselben Hand und zuletzt auf dem

**Daumen der linken.** Die Warzen auf den Daumen hatten die Form von Hörnern von  $\frac{3}{4}$  cm Länge, waren schwarz verfärbt und nahmen ihren Ausgang unterhalb der Nägel. Die Warzen auf dem Mittel- und Zeigefinger hatten das Aussehen einer Maulbeere von schwarzer Farbe. Die Arsenikbehandlung in steigender Dosis hatte auch in diesem Falle vollen Erfolg, indem die Warzen, welche zwei Jahre bestanden hatten, in drei Monaten verschwanden.

Der dritte Fall betrifft einen 19jährigen Ziegelarbeiter bäuerischer Herkunft, der außer Abmagerung infolge Überarbeitung keine Besonderheiten darbot. Er erinnert sich genau, daß gleichzeitig mit der Abnahme der Kräfte eine Menge Warzen auf den Händen, besonders den Rückenflächen, auftraten. Bei der Untersuchung des Kranken erwiesen sich beide Handrücken fast ganz bedeckt mit Warzen von verschiedener Größe und Form, und zwar *Verrucae juveniles s. planae*, wie auch *Verrucae simplices s. vulgares*. Unter dem Einfluß der Arsenotherapie nahmen die Kräfte des Patienten sehr bald zu und gleichzeitig wurden die Warzen überall flacher, trockener und fielen ab. In den Fällen von HERXHEIMER und MARX war die Arsenbehandlung, ihrer Angabe gemäß, nur bei *Verruca juvenilis* wirksam und bei den *Verrucae simplices* unwirksam. Vortragender glaubt, daß die Entstehung der Warzen vom Nervensystem abhängt, wofür nicht nur seine Fälle als Bestätigung dienen, sondern auch der Umstand, daß die Warzen nach PITRES, BOUJOM, RUSSEL u. a. unter Beeinflussung oder Hypnose verschwinden. (E. BESNIER, L. BROCC ET JACQUET. *La pratique dermatologique*. 1904. Bd. 4. S. 227—228.)

## Sachzeitschriften.

### Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 79, Heft 1. März 1906.

I. Größe und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren, von EMIL BÜRGI-Bern. Um ein Urteil darüber zu erhalten, mit welcher Behandlungsweise und mit welchem Präparat man anti-syphilitische Kuren mit Quecksilber vorzunehmen habe, stellte Verfasser Versuche an, in welcher Quantität der therapeutisch wirksame Stoff bei den verschiedenen Behandlungsmethoden in den Organismus gelangt. Zu diesem Zwecke kann man entweder die in die verschiedenen Organe gelangten Mengen desselben direkt bestimmen oder untersuchen, wieviel von dem Eingeführten durch Nieren und Darm, eventuell auch durch Menstrualblut, Speichel, Schweiß und Expirationsluft ausgeschieden wird. Doch empfiehlt es sich, nur bei der Ermittlung der Quecksilberelimination aus dem Organismus lediglich Kot und Urin zu untersuchen, wobei die Ausscheidung durch die Nieren als die wesentlichste anzusehen ist. Verfasser bestimmte daher bei einer jeden der gebräuchlichsten Merkurialkuren den Quecksilbergehalt in sämtlichen Tagesmengen des während einer vollständigen Behandlung gelassenen Urins, und zwar wandte er das FABRISCHE Verfahren an. Das Metall wird nach dieser Methode aus dem angesäuerten Urin mit Zinkpulver ausgeschüttelt, das Amalgam löst man in Salzsäure und zerstört die ihm noch anhaftende organische Substanz durch Chlor (Zusatz von chlorsaurem Kalium); aus der Lösung fällt man das Quecksilber mit Zinnchlorür und filtriert durch Goldasbest, der die kleinen Quecksilberkügelchen teils chemisch, teils mechanisch zurückhält. Nach diesem Verfahren hat BÜRGI die Quecksilberausscheidung



durch den Harn bei der Schmierkur, der WELANDERSchen Säckchenbehandlung, der internen Verabreichung von Quecksilber und den Injektionen von leicht- und schwerlöslichen Quecksilbersalzen geprüft, und zwar untersuchte er die Urine jedesmal während der ganzen Dauer der Behandlung. Bei der Schmierkur zeigte sich eine von Woche zu Woche zunehmende Urinmenge. Das Resultat bei der Schmierkur war, daß bei Einreibungen und grauer Salbe das Quecksilber gewöhnlich schon vom ersten Tage der Kur an sich während der ganzen Behandlung im Urin nachweisen liefs. Anfänglich findet man Spuren, allmählich aber wägbare Mengen, die sehr gleichmäfsig zunehmen und bei den gewöhnlichen Kuren selten mehr als 2 Milligramm in der fünften Woche betragen. Nach WELANDERScher Methode wurden zwei Fälle behandelt; es zeigte sich, daß bei der Kur das Quecksilber ebenfalls wie bei der Schmierkur in kleinen, allmählich steigenden Quantitäten durch die Nieren ausgeschieden wird; die täglichen Mengen im Harn sind aber gröfseren Schwankungen unterworfen und gegen das Ende der Kur macht sich eine leichte Abnahme der Hydrargyrumabscheidung bemerkbar. Bei der internen Quecksilberbehandlung wird ungleich mehr von dem eingegebenen Metall durch die Nieren ausgeschieden als bei der Schmierkur und dem WELANDERSchen Verfahren. Die Ausscheidung des Metalles durch den Urin beginnt rasch und steigt rasch an; sie ist im ganzen eine sehr beträchtliche, aber täglichen erheblichen Schwankungen unterworfen. Bei dieser Behandlung scheinen sich die einzelnen Individuen sehr verschieden zu verhalten. (Fortsetzung folgt.)

II. *Myomatosis cutis disseminata*, von G. NOBL-Wien. Es handelt sich bei dieser Krankheit um das multiple Auftreten kleinster, in die Cutis eingestreuter, reiner, glattfaseriger Myome. Einen solchen Fall beobachtete NOBL mehrere Monate hindurch, den er genau schildert. Aus dem histologischen Bilde ist ersichtlich, daß den erbsen- bis bohngrofsen, rötlichbraunen, knorpelhaften Knötchen ein aus der retikulierten Cutisschicht emporsteigender, vorzüglich nur aus dicht verwebten Faserzügen glatter Muskelfibrillen geformter umschriebener Einschluss entspricht, der ohne nennenswerte entzündliche Begleiterscheinung eine reaktive Verdichtung der angrenzenden kollagenen Gewebzone bedingt und deutlich verfolgbare Beziehungen zu den Haarbalgmuskeln aufweist. Das Bindegewebe hat an dem Aufbau der Geschwulst nicht mehr Anteil, als es seiner normalen Bestimmung als interstitielles Stützgewebe entspricht, so daß die Neubildung als reines Leiomyoma cutis angesprochen werden kann. Die leichte Depression der braunpigmentierten Residualstellen, spontan zum Schwunde gelangter Bildungen, läfst es bei dieser Zusammensetzung der Tumoren um so plausibler erscheinen, daß nicht zu selten ein fettiger Zerfall und völlige Resorption der Detritismassen zustande kommt.

III. Zur Kenntnis der Topographie des Plattenepithels der männlichen Urethra im normalen und pathologischen Zustande, von AXEL CEDERCREUTZ-Helsingfors. C. untersuchte im ganzen 23 männliche Harnröhren, von denen er einige Fälle mitteilt, und zwar sowohl blennorrhöisch infizierte als auch nicht infizierte Fälle. Es zeigte sich dabei, daß die aus der Embryonalzeit persistierenden Plattenepithelinseln mit Vorliebe in dem hintersten Teile der Pars cavernosa und in der Pars bulbosa ihren Sitz haben. Hiermit verbindet man unfreiwillig die Tatsache, daß die Strikturen für dieselben Stellen eine Prädisposition zeigen. Das Wesen der Epithelumwandlung und die Beständigkeit des einmal gebildeten Plattenepithels machen es erklärlich, wenn Inseln von ausgesprochenem epidermoidalem Epithel auf völlig unveränderter Submucosa vorhanden sein können, und daß FINGERS Satz vom Parallelismus zwischen den Veränderungen im Epithel und in dem subepithelialen Bindegewebe recht oft keine Bestätigung findet. Die durch Blennorrhöen hervorgerufenen Epithelmetaplasien scheinen sich immer aus von der Embryonalzeit her persistierenden

Plattenepithelinseln zu entwickeln. Ob es Blennorrhöen gibt, die ganz ohne bleibende Epithelveränderungen abheilen, und ob es Individuen gibt, deren Urethralepithel einen so durchaus cylinderepithelialen Charakter angenommen hat, daß es trotz Reizen gar nicht metaplasieren kann, wird durch die Untersuchungen nicht aufgeklärt; auch läßt sich nicht daraus ersehen, wie oft angeborene Epithelanomalien in der Urethra den Ausgangspunkt nicht infektiöser Urethritiden bilden können; daß es sich aber in einigen Fällen so verhalten kann, erscheint recht plausibel.

**IV. Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis, von A. RISSO und A. CIPOLLINA-Genau.** Fast alle Autoren, die mit Serum von Tieren Versuche machten welchen syphilitisches Material einverleibt wurde, konnten einen gewissen Einfluß auf syphilitische Erscheinungen wahrnehmen; einige hatten sogar da Erfolge zu verzeichnen, wo die Behandlung mit Quecksilber einen negativen Erfolg hatte. Die Untersuchungen der Verfasser nahmen Mai 1904 ihren Anfang. Mittels vergleichender Forschungen konnten sie sich überzeugen, daß das antisymphilitische Serum, vermehrt um eine kleine Dosis der Substanzen, die das Auflösungsresultat dieser Elemente sind, eine größere Wirkung auf die sekundärsyphilitischen Erscheinungen ausübt. Die Zahl der mit Serum behandelten Kranken, über die genau berichtet wird, beträgt bis jetzt 34; 16 Kranke, worunter zwei Tertiäre, welche ausschließlich mit Hundeserum behandelt wurden, das durch Hinzufügung von Blutkörperchen in emulsiertes Auflösungsbereitete wurde, 18 Fälle, welche der Sekundär-, Tertiär- und parasymphilitischen Form angehören. Bei ihnen wurden Einspritzungen mit Serum von Hunden, Eseln und Ziegen gemacht, das ohne Hinzugabe von Blutkörperchen bereitete war. Dieses Serum wurde fast immer in kleineren Dosen angewendet als jenes, womit man den ersten 16 Kranken Einspritzungen gemacht hatte. Die Versuche zeigten, daß man nur durch andauernde und verlängerte Behandlung gute und anhaltende Resultate von der Serumtherapie erhalten kann. Unter fünf klinisch geheilten Sekundärsyphilitischen haben drei, welche die Kur nach Verschwinden der Krankheitserscheinungen fortgesetzt haben, keinen Rückfall gehabt, während die anderen zwei einen teilweisen Rückfall hatten, da sie nur eine unvollständige Kur gemacht haben. Bei den Sekundärluetischen kann sich die Besserung schon von den ersten Einspritzungen an zeigen, manchmal aber kann sie später kommen. Es gelang Verfassern, einen papulösen, verbreiteten Ausschlag mittels Einspritzungen von je  $\frac{1}{2}$  ccm Eselsserum verschwinden zu machen; aber wenn die Reizbarkeit des Serums es erlaubt, ist es besser, eine stärkere Dosis (2—3 ccm per Injektion) zu nehmen. In der Tat war bei Sekundärkranken der zweiten Serie, die mit kleinen Serumdosen behandelt wurden, die Dauer der Kur länger und der Ausgang weniger glänzend als bei den Kranken der ersten Serie. Bei Tertiärsyphilitischen zeigten sich ebenfalls Erfolge, besonders die gummösen Erscheinungen wurden bald vom Serum beeinflusst. Aus den Untersuchungen läßt sich jedenfalls ableiten, daß das antisymphilitische Serum eine effektive therapeutische Wirkung auf Sekundär- und Tertiärformen ausübt und wahrscheinlich auch eine wohltuende Wirkung auf parasymphilitische Formen im Anfangstadium hat, daß es ferner wohlthätig wirken kann bei syphilitischen Ulcerationen, welche sich den gewöhnlichen spezifischen Medikamenten gegenüber als rebellisch erwiesen haben. Nebenbei hat das Serum einen guten Einfluß auf den Organismus, welcher sich in der Zunahme des Appetits und des Gewichtes äußert. Das Serum wirkt also auch auf solche Kranke nützlich ein, die zwar keine bestimmten syphilitischen Symptome haben, sich aber doch in einem Zustande des Siechtums befinden, das aus der vorher durchgemachten Krankheit herührt. Das Serum muß aber vom Organismus gut vertragen werden.

**V. Ein Beitrag zur Klinik und Anatomie der nodösen Syphilide, von RUDOLF WINTERNITZ-Prag.** Verfasser beobachtete einen interessanten Fall von seltenen

luetischen Erscheinungen bei gleichzeitiger Tuberkulose und schliesslich auch noch erscheinendem Cervixcarcinom. Es zeigten sich nämlich zuerst am Rücken und den Armen nicht juckende, aber schmerzende diskrete Effloreszenzen; diese waren rötlich, schimmerten namentlich an den Armen gelb durch und flossen später zusammen. Sie nahmen stetig zu. Es entwickelte sich so ein Exanthem allmählich zu voller Höhe es trat starke Hautreizung nach grauer Salbe mit Exfoliation und eine Augenaffektion ein. Im subcutanen Gewebe der oberen Extremitäten entwickelten sich angeblich nach Einreibung mit grauer Salbe einzelne Knoten, und zwar waren diese Knoten spindelförmig oder glatt rundlich. Ihre Grösse wechselt von  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  cm Durchmesser, ihre Konsistenz ist derb, stärkerer Druck auf dieselben erzeugt etwas Schmerz. Sie liegen teils unter völlig normaler oder auch pathologisch veränderter Haut. Ähnliche Knoten finden sich unter einer Narbe am linken Kieferwinkel. Inguinal- und Cruraldrüsen sind etwas geschwollen, mässig konsistent, schmerzlos. Auf Jodkalium schwanden die Knoten schnell. Ein Überblick über die klinischen und anatomischen Details des Falles liefs trotz einzelner Momente der Anamnese, des makro- und mikroskopischen Befundes, welche sich zugunsten eines Lichen scrophulosorum anfangs anführen liessen, nur die Diagnose Lues zu. Das Fehlen einer versuchten örtlichen Tuberkulinreaktion um die Exanthem- und Unterhautherde, der Mangel an Tuberkelbazillen, einer Verkäsung innerhalb der Knotenpräparate, namentlich aber der prompte Erfolg der Jodkaliumtherapie stellten die Diagnose bald richtig. Die Sektion hat gleichwohl eine gleichzeitige absolute Tuberkulose klargelegt.

VI. **Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna**, von ERNST VALLENTIN-Berlin. Verfasser beobachtete an MAX JOSEPHS Poliklinik einen interessanten Fall, eine totale Verwachsung des weichen Gaumens mit der hinteren Rachenwand bei einer 20jährigen Arbeiterin mit Lues. Die lokale Entstehungsgeschichte des Verschlusses der Nasenhöhle war folgende: Die Sekundärperiode setzte schon mit Halsschmerzen ein. Die Halsaffektion war zusammen mit dem Exanthem gleich die erste Manifestation der konstitutionellen Syphilis und blieb nun dauernd das Hauptleiden unter den Erscheinungen. Dann schwellen die Tonsillen, die medialen Flächen waren in ausgedehntem Umfange ulceriert, graugrünlischer Belag daselbst. Eine Halstherapie war ständig nötig. Es handelte sich nicht nur um diese langdauernden Tonsillengeschwüre, sondern auch um Neueruption, z. B. an der hinteren Rachenwand. Also die Lues maligna der Patientin etablierte sich gleich von Anfang an als gummöse Ulceration im Halse und behielt diese Lokalisation unter immer neuen periodischen Nachschüben am weichen Gaumen und der hinteren Rachenwand während einer ununterbrochenen Andauer von 1 Jahr und  $8\frac{1}{2}$  Monaten, um mit dem Erlöschen dieser akuten Periode der Krankheit — deren bösartige Manifestation sie darstellte — den totalen Rachenverschluss nach sich zu ziehen 1 Jahr und 10 Monate, nachdem sie Eingang in den Körper gefunden. (Fortsetzung folgt.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

## Dermatologisches Centralblatt.

Februar 1906.

I. **Ein Fall von Ulcus venereum des Fingers mit Cubitaldrüsenbubo**, von DIETRICH AMENDE-Berlin. Verfasser sah zwei Fälle an JOSEPHS Poliklinik von Fingerschanker mit ausgedehntem, dunkelviolettrottem Entzündungshof, in einem dritten Falle von Ulcera mollia fehlte dieser Hof. Bei dem ersten Fall kam es ferner zur Bildung eines Cubitaldrüsenbubo, in welchem DUCREYSche Bazillen nachgewiesen wurden.

II. **Seltene Lokalisation eines luetischen Primäraffektes**, von A. HEEZFELD-New York. Der Primäraffekt in typischer Form sass ungefähr  $1\frac{1}{2}$  cm hinter der

oberen Zahnreihe in der Mittellinie nach links sich ausdehnend, fast kreisrund am harten Gaumen. Das Geschwür selbst war speckig belegt, mit deutlich indurierten Rändern, und schien den Patienten wenig zu belästigen. Die Drüsen auf beiden Seiten des Halses waren geschwollen, besonders links, und konnten deutlich bis zur Submaxillargegend verfolgt werden. Andere Drüsen waren nicht fühlbar.

III. **Eine neue Pflanzendermatitis**, von DREYER-Köln. Die Dermatitisen durch *Primula obconica*, Vanille, *Oleum lauri*, *Chrysanthemum*, Tujablattes, Atlasholz sind bekannt. Verfasser beobachtete eine solche Dermatitis bei einem Mädchen, wobei besonders die Hände und das Gesicht befallen waren. Ebenso waren andere Insassen des Hauses befallen. Es ergab sich, daß sich die Patientinnen die Krankheit beim Aussuchen der Früchte von Sonnenblumen erworben hatten. Nachdem die Beschäftigung mit den Sonnenblumenfrüchten aufgegeben wurde, trat Heilung ein.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

---

### Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 2.

1. **Beitrag zur Klinik des Favus**, von FRITZ PAULUS-Bonn. In der Bonner Universitätsklinik für Hautkrankheiten sind in den Jahren 1890—1905 im ganzen 201 Favusfälle behandelt worden. Davon betrafen 122 den behaarten Kopf allein, sechsmal fanden sich Herde auf dem Kopf und gleichzeitig am Körper. Bei 73 Patienten, d. i. in 36,3% aller Fälle, also ungewöhnlich oft, war ausschließlich der unbehaarte Körper erkrankt. Die Form, in der sich der Favus der unbehaarten Haut zeigte, war meistens die des *Favus herpeticus*; in neun Fällen handelte es sich um den sogenannten *Favus squamosus*. In allen Fällen, in denen Kulturversuche vorgenommen wurden, fand sich nur eine Pilzspezies, die wohl mit dem QUINCKESchen  $\gamma$ -Pilz identisch war.

Im Anschluß an diese Mitteilungen bringt P. eine Zusammenstellung zahlreicher in der Literatur veröffentlichter Favusfälle, die sich durch irgendwelche Besonderheiten auszeichneten; insbesondere erwähnt er die Fälle von *Favus universalis*, von denen zwei, ein von DOUBRELEPONT im Jahre 1899 und ein von KAPOSI im Jahre 1884 beobachteter, letal endigten. Zum Schluß werden die Ansichten über leichtere oder schwere Übertragbarkeit des Favus besprochen und Beobachtungen angeführt, die für jede der beiden Anschauungen als Stütze dienen können. — Der Arbeit ist eine 42 Nummern umfassende Literaturangabe beigegeben.

2. **Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut**, von HANS VÖRNER-Leipzig. V. weist darauf hin, daß auch bei den Effloreszenzen des Lichen ruber planus auf der Schleimhaut Dellenbildung und scharfe polygonale Umgrenzung zu beobachten ist; in der Literatur wird das nicht erwähnt. In einem von V. behandelten Falle verschwand die Dellenbildung an den Effloreszenzen der Mundschleimhaut im Laufe von 14 Tagen. Als sie makroskopisch nicht mehr nachweisbar war, wurde ein Schleimhautstück mit einem stark perlmutterartig glänzenden Knötchen exzidiert; es fand sich im Zentrum des Knötchens zwischen Epithel und Infiltrat eine nicht sehr große Spalte, über welcher die Epithelzellen sich abhoben; darunter mitten im Infiltrat eine zweite, längere Spalte, und die Mitte der Epitheldecke in Gestalt einer kleinen Grube eingesunken. Den gleichen Befund erhob V. in einigen Schnitten, die von einem anderen Falle von Lichen ruber der Schleimhaut stammten. V. schließt daraus daß mikroskopisch nachweisbare Dellenbildung bei den Schleimhautknötchen des Lichen ruber planus gar nicht so selten ist; makroskopisch wird sie offenbar nicht häufig gefunden.

*Göts-München.*

## Monatsberichte für Urologie.

1906. Band XI, Heft 2.

### 1. Nekrolog auf Prof. Dr. MAX NITZE.

2. **Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe**, von H. LOHNSTEIN. Gelegentlich der Anwendung eines Kürettements bei gewissen Formen chronischer Blennorrhoe gelangte L. in den Besitz von Schleimhautfragmenten, welche es ermöglichten, chronische Blennorrhoen in rezenteren Stadien einer genauen histologischen Untersuchung zu unterziehen, als dies von früheren Autoren geschah, die ihre Präparate von Personen gewannen, welche zur Zeit ihres Todes meist in höherem Alter standen. Die Methode besteht darin, daß die Harnröhre durch zwei breite, stumpfe Küretten gespreizt und vorsichtig in Längsrichtung an ihnen vorübergeführt wird. Ihr Zweck war ursprünglich, die verstopften Ausführungsgänge und Lakunen der Schleimhaut in wirksamerer Weise frei zu machen, als es mittels der Dehner möglich ist. Später stellte sich im Laufe der histologischen Untersuchungen heraus, daß die Methode es gestattet, kolossale gewucherte Epithelmassen zu entfernen und auf diese Weise die Beeinflussung der angefrischten Urethraloberfläche durch die üblichen Medikamente durchzusetzen. Die bei 16 Patienten im Alter von 20 bis 45 Jahren entnommenen Gewebsfragmente stammten meist von der Pars bulbosa, sowie den weiter nach vorn gelegenen Harnröhrenabschnitten. Sie lassen sich in drei Gruppen scheiden: 1. Gewebstücke, die sich nach Fertigstellung des histologischen Präparates als Querschnitte der Schleimhaut herausstellen und zum Teil eine relativ gute Übersicht über relativ tiefe Schichten des subepithelialen Gewebes boten. 2. Fragmente der Epithelialschicht selbst, denen teilweise die obersten Schichten des Subepithelials adhären waren. 3. Solitäre Schleimhautzotten, teilweise mit angrenzender Schleimhautfläche. (Fortsetzung folgt.)

3. **Über zwei besonders seltene Fälle von Harnblasenaffektion**, von A. HAGEMANN-Moskau. In dem ersten Falle handelt es sich um eine wirklich doppelte Harnblase — vesica bipartita s. bilocularis — bei einem 50jährigen Manne, welcher seit seiner Jugend an Störungen der Harnentleerung leidet. Kystoskopisch wurde festgestellt, daß die Blase durch eine zwischen ihre obere, vordere und hintere Wand sich lagernde Scheidewand in zwei symmetrische Hälften geteilt ist, daß die untere Kante dieser Scheidewand dicht an Orificium internum urethrae liegt, dieses bei einer gewissen Entleerung der Blase klappenartig verschließen und daher eine Harnverhaltung bedingen muß.

In dem zweiten Falle bot ein 28jähriger Mann das Bild von Harnbeschwerden mit blutigem Urin. Der cystoskopische Befund zeigte eine Leukoplakie der Harnblase: zarte, weisse, scharf abgegrenzte Auflagerungen, die teilweise an diphtherischen Belag erinnerten, und hirsekorngroße, warzenförmige Gebilde von tiefer ziegelroter Farbe am hinteren und linken Teil des Blasenbodens. Die mikroskopische Untersuchung der Beläge ergab, daß dieselben aus verhornten Epithelzellen mit verwaschenen Kernen bestanden. Therapeutisch wurden nach Sectio alta die affizierten Stellen mit dem Thermokauter oberflächlich abgebrannt. Nach der Heilung urinierte der Patient spontan ohne Beschwerden. Der Blasenschnitt schien dem Verfasser gerechtfertigt, da der neurasthenische Kranke eine radikale Behandlung wünschte, und die Leukoplakie in einer gewissen Wechselbeziehung zum Epitheliom und Carcinom steht.

4. **Ein neuer Harnröhrenspüler**, von BERNSTEIN-Kassel. Eine ideale Kanüle zur Ausführung JANETScher Irrigationen muß gleichzeitigen Zu- und Rückflufs, zeitweise Unterbrechung des Zuflusses, zeitweise Unterbrechung des Rückflusses und zeitweise Unterbrechung des Zu- und Rückflusses gestatten in der Art, daß alle vier

Spülarten hintereinander in beliebiger Reihenfolge, ohne Entfernung der Kanüle aus dem Harnröhreneingang und unter Benutzung von nur zwei Händen ausführbar sind. Die von **BERNSTEIN** angegebene Kanüle entspricht diesen Anforderungen. Sie besteht aus dem Irrigatoreil, aus einer gebogenen Glasröhre, aus dem vertikalen Mittelstück und aus dem Harnröhrenteil. Das Mittelstück steht vertikal zu den beiden anderen Teilen und stellt einen Hahn dar, bestehend aus einem oben in einer Scheibe endenden Stopfen und dem unten in einer offenen Schlaucholive endigenden Stopfmantel. Aufschriften auf der Stopfenscheibe geben die verschiedenen Benutzungsmöglichkeiten an.

*Schourp-Dansig.*

## Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene.

Bd. III. Heft 2.

**Kombinations-Cystoskop für Irrigations-Cystoskopie, Evacuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren**, von A. **FREUDENBERG**-Berlin. Als eine Verbesserung gegenüber anderen Cystoskopen hat F. schon früher empfohlen, das Lampfenster, Prisma (resp. Objektivlinse) und Austrittsstelle für die Ureterenkatheter auf der der Konvexität des Schnabelwinkels entsprechenden Seite des Schaftes anzubringen und zweitens statt eines besonderen in das Instrument eingebauten Kanals für die Ureterenkatheter eine herausziehbare Wand zur Trennung der letzteren von dem für die Optik bestimmten Raum einzuffügen. Bei seinem neuesten Instrument hat F. noch einige weitere Änderungen angebracht, welche folgende Vorteile gewähren sollen: Ohne Entfernung des äußeren (nur 23 Charrière messenden) Rohres kann man bequemer als mit anderen Apparaten die Cystoskopie und den Ureterenkatheterismus ausführen, die Blase irrigieren und schließlich den oder die in die Ureteren eingeführten Katheter liegen lassen. Man kann auch eine wirklich wirksame Spülung und eventuell Drainage des Nierenbeckens vornehmen, und, als ein sehr wichtiges Moment, die Sterilisierung des Instruments ist erleichtert. Ähnliche Vorzüge werden allerdings für andere Apparate auch vindiziert.

**Ein Fall von schwarzer Haarzunge bei Syphilis**, von **SCHOURP**-Danzig. Im Laufe einer frisch akquirierten Syphilis zeigte ein 28jähriger Landwirt diese immerhin nicht häufige Affektion, welche bekanntlich in einer Hyperkeratose der Hornschichten der Papillae filiformes besteht. Vielleicht hatte das Tabakrauchen hierbei eine ätiologische Bedeutung. Unter kräftiger Abreibung der Zunge zweimal wöchentlich und Betupfen mit einer Sublimatlösung (1,0) in Ätheralkohol (à 100), sowie stündlicher Mundspülung mit verdünntem Liquor aluminii acetici verging allmählich die Affektion.

**Die sittlichen Zustände in den hamburgischen Wäschereien**, von M. **FÜRST**-Hamburg. Es war dem Verfasser als Assistent auf der Abteilung für Hautkranke und Syphilis des Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg aufgefallen, daß ein sehr großer Prozentsatz der venerischen Patientinnen aus dem Stande der Wäscherinnen und Plätterinnen herstammte. Zusammenstellungen aus dem statistischen Bureau der Steuerdeputation ergaben dementsprechend, daß das Wäschereigewerbe eine abnorm hohe Zahl von unehelichen Geburten liefert. Verfasser hat für die zehn Jahre 1894 bis 1903 die Zahl der unehelichen Geburten bei Mitgliedern des Wäschereigewerbes, des häuslichen Dienstpersonals und des Schneideregewerbes, soweit sich die Zahlen feststellen lassen, berechnet. Es ergab sich folgendes: uneheliche Geburten lieferte das Wäschereigewerbe 52,08, das Hauspersonal 33,45, und der Schneiderei- und Näherinberuf 24,39 auf je 1000 Mitglieder. In den zehn Jahren lieferte das Wäschereigewerbe 2172 lebende und 118 totgeborene Kinder. Ein Hauptfaktor dieses un-

erquicklichen Ergebnisses ist in den ungeeigneten Wohnungsverhältnissen und dem Mangel an Disziplin zu suchen.

**Über blennorrhische Epididymitis**, von A. HEKNIK-Königsberg. Als ein Sympton, welches auf eine bald nachfolgende Epididymitis schliessen läßt, nennt H. die Schwellung und Druckempfindlichkeit des einen oder des anderen Prostatalappens und meint, daß man diese Erscheinung und ihre Bedeutung bisher vollständig übersehen habe. Ferner meint er, daß im Allgemeinen die Ansichten über die Prognose in bezug auf völlige Gesundung und Zeugungsfähigkeit meistens viel zu optimistisch gestellt werde. Andererseits will H. bei seiner seit 27 Jahren nach ungefähr den gleichen Prinzipien durchgeführten Behandlungsmethode sogar bessere Resultate als andere Therapeuten erzielt haben. Als erstes verordnet er, sobald die geringste Empfindlichkeit oder irgendwelche Abnormitäten die Gefahr einer Nebenhoden-Entzündung als wahrscheinlich erscheinen lassen, die Umhüllung des ganzen Scrotums mit einem Salbenverband von Ungt. cinereum messerrückendick auf Weifaleder gestrichen.

**Tagebuch eines Erziehungshäftlings**. Selbstbekenntnisse eines sinnlichen Mädchens über ihre erste Mannesliebe, und über ihre weibliche Liebesempfindung, von W. HAMMER-Berlin. Wer sich für diesen Gegenstand interessiert, sei auf das Original verwiesen; in einem Referat läßt sich dieses Schriftstück nicht wiedergeben, da die kleinen Details gerade die Hauptsache hierbei ausmachen. Mann kann H. allerdings zustimmen, wenn er aus diesen Aufzeichnungen entnimmt, daß ein weibliches Wesen nicht aller edleren Regungen bar sein müsse, wenn der Geschlechtstrieb ungebührlich stark entwickelt ist. Andererseits erhält man hier eine weitere Bestätigung für die Auffassung, daß die allermeisten Dirnen von Haus aus geistig resp. moralisch minderwertige Individuen sind.

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

## **Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.**

Band III. Heft 11.

1. **Welchen Schutz können Bordellstrafen gewähren?** von ANNA PAPPRITZ-Berlin. Die Verfasserin sieht die Gefahren des Bordells in der Begünstigung des Mädchenhandels, in der Versklavung der Mädchen und darin, daß die öffentlichen Häuser die Nährquellen der geheimen Prostitution und der Geschlechtskrankheiten werden, weil die vielfach wegen venerischer Leiden aus den Bordellen entlassenen Insassinnen der Winkelprostitution anheimfallen. Die Bordellstrafen sollen nach Angabe ihrer Befürworter von diesen Nachteilen frei sein. Einige Vorteile gibt auch die Verfasserin zu; so dürfen die Mädchen ihren Verdienst für sich verwenden und brauchen nicht jeden Besucher zu empfangen, wenn sie nicht wollen. Auch ist ihre Rückkehr ins ordentliche Leben leichter möglich. Doch ist auch ihr Dasein nicht rosig. So müssen sie für Wohnung, Beköstigung und Bedienung täglich 16 Mark bezahlen. Kleidung und andere Ausgaben kommen noch dazu. Die Polizei bestraft die Wirtinnen nicht nur nicht wegen Kuppelei, sondern gibt ihnen sogar die Erlaubnis, weingeisthaltige Getränke zu verschänken. Die Wirtin läßt sich für eine Flasche einfaches Bier eine Mark, für eine Flasche deutschen Schaumwein zehn Mark bezahlen. Sehr oft kommt es vor, daß die Prostituierten dieser Bordellstrafen, welche ihre Klienten selber zu untersuchen pflegen, erkrankte Besucher zurückweisen. Entsteht darob ein Skandal, so sorgt zwar die Polizei dafür, daß sich der Besucher entfernt, daß er jedoch krank ist, bekümmert sie keineswegs. Sie läßt ihn ruhig laufen, obwohl er doch sicher das nächstbeste Mädchen voraussichtlich anstecken dürfte. Bemerkt aber einmal eine der Bordelldirnen aus den Bordellstrafen die bei

einem ihrer Besucher bestehende Erkrankung nicht, so wird sie eben krank und infiziert dann ebenso ihre Besucher, wie die frei wohnende Dirne. Die Bordellstrafe bietet also dem Besucher keineswegs steten Schutz. Aber auch der öffentliche Anstand findet keine Sicherung durch die vielgelobte Bordellstrafe. Auf dem Wege an die frische Luft und zu Besorgungen werden sich auch diese Bordellmädchen Kundschaft suchen. Die Männerwelt zieht zudem, zumal bei irgendwelchen Festlichkeiten, truppweise in die Bordellstraßen, oft begleitet von neugieriger Jugend. Jugendliche Angestellte müssen die Häuser dieser Straßen besuchen, wenn sie Backwaren, Fleisch, Milch, Zeitungen, Wäsche usw. austragen, sie treten also mit der Prostitution ebenfalls in gefährliche Berührung. Auch werden die Aufwärterinnen vielfach, zum Teil ständig, von ihren unerwachsenen Kindern an dem Ort des Lasters besucht. ANNA PAPPITZ berichtet ferner aus ihren Erfahrungen, wie typisch der Hergang sei, daß die Dirnen zwar ihren Beruf als einen berechtigten, wenn auch unschönen ansehen, dagegen ihre Besucher verachten und ekelhaft finden. Daß sie ihren Beruf als berechtigt betrachten, ist ja kein Wunder bei der Handhabung der einschlagenden Gesetze durch die Polizei. Haben sich doch schon viele Bordelldirnen darüber beklagt, daß der Staat ihnen als „Staatsbeamtinnen“ keine Pension bezahle. Des weiteren weist die Verfasserin auf den Glauben an Gott hin, den viele Dirnen sich erhalten haben und auf ihr gutes Herz, das mancher armen, erstmalig Gefallenen Geld zum Aufsuchen eines Rettungshauses verschafft. Die wilde Prostituierte hat im Gegensatz zum Bordellmädchen das Bewußtsein ihres schlechten Treibens in sich. Man biete diesen schwankenden Existenzen nicht noch das öffentliche Haus der Bordellstrafe als Unterkunft und Schutz gegen allerlei Behelligungen durch die Polizei an.

2. Die Reglementierung der Prostitution, von FRIEDRICH HAMMER-Stuttgart. (Fortsetzung und Schluß.) In weiterem weist der Verfasser auf die venerischen Erkrankungen in den europäischen Armeen hin. Das deutsche Heer steht hierbei am besten da, während die Erkrankungen in der französischen Armee bedeutend zahlreicher, in der österreichischen doppelt, in der italienischen dreimal und in der englischen siebenmal so viel Fälle für 1000 Mann Corpstärke betragen. Seit 25 Jahren zeigt sich aber gemeinsam bei allen Heeren ein Abfall dieser Ziffern. Man darf also den Abfall in England, wie HAMMER sagt, nicht auf Konto der Aufhebung der Reglementierung setzen. Zudem war die letztere eine rein papierne Institution, was man z. B. daraus ersehen kann, daß für London mit seinen sechs Millionen Einwohnern nur 150 Betten für Geschlechtskranke zur Verfügung gestanden haben. In Norwegen ist der allgemeine Zustand der geschlechtlichen Gesundheit seit der 1888 erfolgten staatlichen Aufhebung der Reglementierung keineswegs schlechter geworden. In diesem Lande machen sich die Dirnen nur durch Übertretung der allgemeinen Polizeianordnungen unter Umständen schuldig. Allerdings macht sich z. B. in Christiania die Straßenprostitution recht breit. Für die Ärzte besteht eine Anzeigepflicht der venerischen Erkrankungen, tunlichst müssen sie auch die Person erforschen, welche den Kranken infiziert hat. Eine Sanitätskommission untersucht dann die betreffende beschuldigte weibliche oder männliche Person. Kranke Befunde müssen zur Kur ins Krankenhaus. Eine Frage ist es für den Verfasser, ob dieses Vorgehen nicht bei gewissen Kreisen Halt macht. Die Krankenhausbehandlung Geschlechtskranker wird in Norwegen unentgeltlich gewährt. Es sind in diesem Lande alle Wünsche des Abolutismus erfüllt. Allein „man“ — wer, sagt der Verfasser nicht — strebt daselbst die Wiedereinführung der Reglementierung an. — HAMMER streift hierauf die Gesundheitsverhältnisse Stuttgarts und nennt es eine der geschlechtlich gesundensten deutschen Städte mit über 100000 Einwohnern. Zum Schluß geht der Verfasser die



bisher gemachten vielfachen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Regelung der Prostitutionsfrage durch. Er glaubt nicht daran, daß beim Fehlen polizeilichen Zwanges sich die Dirnen freiwillig einer ärztlichen Untersuchung und Behandlung unterziehen werden. Die Einreihung aller Personen mit Einkommen unter 2000 Mark und der Prostituierten in die allgemeine Krankenversicherung, wie es neben allgemeiner Wohnungsaufsicht KAMFFMEYER vorschlägt, scheint undurchführbar. Der Pariser Polizeipräfekt LÉPINE hat neuerdings ein neues System aufgestellt, das die Bekämpfung der Venerie überhaupt durch ein besonderes Gesundheitsamt durchführen will. Bestraft sollen nur solche großjährige Prostituierte werden, welche öffentliches Ärgernis erregen oder das regelmäßig neu auszustellende Gesundheitszeugnis nicht aufweisen können. Zur Behandlung im großen schlägt LÉPINE die Errichtung zahlreicher Polikliniken vor. Minderjährige Dirnen sollen durchgehends zur Zwangserziehung in eine Gewerbeschule geschickt werden. Auch mit diesem System möchte sich der Verfasser nicht befreunden. Was er verlangt, sind vor allem Maßnahmen, welche geeignet erscheinen, das Angebot der Prostitution herabzusetzen: Rettungshäuser, Einführung eines Zwangs fürsorgengesetzes für ganz Deutschland, Hebung der sozialen Lage der Arbeiterinnen; ferner Anstellung von Polizeimatronen nach dem Vorschlag von Frau HANNA BIEBER-BÖHM. Den größten Vorteil der Reglementierung sieht HAMMER darin, daß sie uns Ärzte stets in Fühlung mit dem Feinde, mit der Prostitution hält. Auch liegen, besonders in Deutschland, die allgemeinen Verhältnisse nicht so, daß man an eine Abschaffung der Reglementierung ernstlich denken dürfte.

*Hopf-Dresden.*

### The British Journal of Dermatology.

März 1906.

**Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern und ihre Beziehungen zu maligner Entartung,** von WILFRIED FOX-Greenwich. (Fortsetzung und Schluss.) In Fortsetzung seiner Arbeit beschreibt F. die im Ganzen aus 17 Fällen entnommenen Präparate, welche auf dem gewöhnlichen Wege in Paraffin eingebettet und nach verschiedenen Methoden (Borax-Methylenblau, DELAFIELDS Haematoxylin, PAPPENHEIMS, VAN GIESONS Methode u. A. m.) gefärbt worden sind. Die Hauptfolgerungen, welche sich aus diesen Untersuchungen ergeben, sind folgende: 1. In jenen Mälern, welche die typischen Säulen von Naevus-Zellen zeigen, sind die letzteren epidermalen Ursprungs. 2. Es gibt eine seltenere Abart von weichen Mälern, welche keine typischen Naevuszellen-Anordnung zeigen und deren Ursprung ungewiß ist; wahrscheinlich stammen sie vom Mesoblast ab. 3. In der Mehrzahl der Fälle sind Naevomelanome eigentlich Naevocarcinome. 4. Melanome können in der Haut völlig getrennt von Mälern entstehen. 5. COHNHEIMS Theorie über den Ursprung der malignen Neubildungen wird durch die vorgehenden Beobachtungen über die Histologie des Naevomelanoms nicht bestätigt. 6. Das Pigment scheint mit der primären Ursache im nahen Zusammenhang zu stehen; letztere bewirkt, welcher Art sie auch sei, die maligne Entartung der Mäler. Die näheren Einzelheiten dürften nur vermittels der (28) der Arbeit beigegebenen Abbildungen der Präparate verständlich sein. Das Literaturverzeichnis umfaßt 114 Nummern.

**Epitheliom-Entwicklung auf einer X-Strahlen-Narbe in einem Falle von Lupus vulgaris,** von J. M. H. MACLEOD. Der folgende Fall ist von Interesse, da er die Notwendigkeit, mit äußerster Vorsicht vorzugehen, wenn anders man heftige Reaktionserscheinungen, die sehr störendes und zu maligner Entartung neigendes Narbengewebe hervorrufen, vermeiden will. Patientin, eine 33jährige Frau, hatte von

**Kindheit** an an Lupus vulgaris des Gesichts gelitten, wofür sie verschiedene Male chirurgisch behandelt wurde und späterhin eine langwährende Röntgenbehandlung durchmachte. Im Juni 1902 kam sie in Verfassers Behandlung wegen einer ausgedehnten Narbe, welche die rechte untere Hälfte des Gesichtes einnahm und bis zum Nacken hinabreichte, und zweifellos die Folge einer schweren X-Strahlen-Dermatitis war. Daneben waren noch einige Lupus-Herde an der linken Gesichtseite vorhanden. Im Jahre 1905 stellte sich am Nacken an der Stelle, wo der Halskragen gegen die Haut rieb, ein rotbrauner Fleck im Zentrum der Narbe ein. Dieser Fleck nahm allmählich Marktstückgröße an, hatte steinharte Ränder und brach im Zentrum zu einer Ulceration mit sero-sanguinolentem Ausfluss auf. Die ganze Geschwulst nebst einem Teile der umgebenden alten Narbe wurde excidiert; die zentralen drei Fünftel der Geschwulst zeigten mikroskopisch das Bild eines rasch wachsenden Epithelioms mit ausgesprochenen Zellnestern. Die Entwicklung eines Epithelioms auf einem lange bestehenden Lupus vulgaris ist ein zwar seltenes, aber doch längst bekanntes Vorkommnis, scheint aber unglücklicherweise auf einer X-Strahlen-Narbe, die an Stelle des Lupus getreten ist, nicht so selten zu sein; MENDES DA COSTA erwähnt sieben solcher Fälle von 72 mit X-Strahlen behandelten. Jedenfalls lehren diese Fälle die Gefahren der X-Strahlen-Behandlung und der dabei vorkommenden heftigen Reaktionen, die in einem durch die vorhandenen Tuberkelbazillen und deren Toxine geschwächten Gewebe sehr leicht sich einstellen.

**Zur Behandlung einfacher Warzen mit inneren Mitteln**, von ARTHUR HALL-CANTAB. Verfasser hatte schon früher über einen Fall zahlreicher Warzen, welche nach innerer Verabreichung von sogenannter Mixtura alba, deren Hauptbestandteil Magnesia sulphur. ist, nach 14 Tagen bis 3 Wochen verschwanden, berichtet, und CHALMERS WATSON hatte darüber die Theorie geäußert, daß die purgierende Wirkung des Mittels den guten Erfolg gebracht habe. Diese Theorie scheint durch den vorliegenden, von H. behandelten Fall ihre Stütze zu finden. Bei dem 14jährigen Mädchen waren seit früher Kindheit zahllose Warzen an beiden Händen und Fingern — an einer Hand allein wurden 367 Stück einmal gezählt — vorhanden, so daß sie als Dienstmädchen nicht dienen konnte. H. versuchte die Mixtura alba, es trat aber nach dreiwöchentlichem Gebrauch keine Veränderung ein, dann verordnete er Pillen von Aloe und Nux vomica und nach zwei Monaten regelmäßigen Gebrauchs derselben (Stuhlregelung) waren die Warzen bis auf einige wenige an den Fingern verschwunden; eine lokale Behandlung hat dabei nicht stattgefunden. Verfasser scheint also die Kombination von multipler Warzenbildung und habitueller Obstipation im Bereiche der Möglichkeit zu finden.

*Stern-München.*

## **Annales des maladies des organes génito-urinaires.**

1906. Band I, Heft 2.

1. Beitrag zum Studium der Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparates; **Cytologie des Harnes**, von COLOMBINO-Turin. C. hat eine größere Anzahl von Harnsedimenten, die von Kranken mit tuberkulösen und nicht tuberkulösen Affektionen der Harnorgane stammten, untersucht und gefunden, daß diese Sedimente fast stets aus 90—95% polynukleären und 10—5% mononukleären Leukozyten bestanden. Während aber bei nicht auf Tuberkulose beruhenden Krankheiten die Leukozyten in ihrer Form und ihrer Färbbarkeit stets normal erschienen, zeigten bei allen tuberkulösen Affektionen der Harnorgane die Polynukleären wie die Mononukleären charakteristische, unregelmäßige, verzerrte Formen. Außerdem trifft man bei Tuberkulose des Harnapparates fast immer auch rote Blutkörperchen im Sediment, und

dieser Befund — Leukocyten mit verzerrten Konturen und daneben Erythrocyten — ist so konstant, daß aus ihm allein eine tuberkulöse Erkrankung der Harnorgane erschlossen werden kann. Um die Veränderungen der Leukocyten zu erkennen, genügt schon die Untersuchung des frischen Präparates; doch geben auch gefärbte Präparate sehr charakteristische Bilder. Auch hier erscheint die Protoplasmakontur der Leukocyten verzerrt, der Umriss gezackt oder gekerbt, das Protoplasma gewisser polynukleärer Zellen wie zernagt und rings um den polymorphen Kern beträchtlich vermindert. Manchmal finden sich fast ganz freie Kerne, die aber doch als Polynukleäre anzusprechen sind, da sie mit neutrophilen Granulationen in Verbindung stehen. Endlich sieht man im Protoplasma auch noch Vakuolen. Die Kerne der mißgestalteten Leukocyten nehmen die Farbstoffe weniger gut an als in der Norm; ihr Chromatin erscheint in Form von Flecken, die zum Teil dunkel, zum Teil blaß sind. Zur Färbung der durch Alkohol zu fixierenden Präparate empfiehlt C. u. a. das **EHRLICHsche Triacid**, das 15—20 Minuten einwirken soll.

Wodurch die beschriebenen Veränderungen der Leukocyten verursacht sind, ist vorerst nicht zu sagen; sicher aber ist, daß sie weder mit der Konzentration oder Reaktion des Harns, noch mit seinem Gehalt an Phosphaten, an Chlor- oder Schwefelverbindungen, an Harnsäure oder Harnstoff in Zusammenhang stehen. C. glaubt vielmehr, daß sie im tuberkulösen Herd selbst zustande kommen, oder daß sie durch eine besondere toxische Wirkung des tuberkulösen Harnes bedingt sind. Jedenfalls aber stellen die Alterationen ein wesentliches Moment für die Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparates dar.

**2. Luft- und Wassercystoskope**, von **GEORGE WHITESIDE** -Portland. Die Beschreibung des Luftcystoskops von **CATHELIN** gibt W. Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß **BRANDFORD LEWIS**-Saint Louis schon vor mehreren Jahren ein Luftcystoskop konstruiert hat, das zwar in einigen Einzelheiten von dem **CATHELINschen** Instrument abweicht, aber diesem im Prinzip doch gleich ist. Es ist daher wohl anzunehmen, daß die Nachteile, die W. bei der Benutzung des **LEWISSchen** Luftcystoskops gefunden hat, auch dem **CATHELINschen** anhaften. Diese Nachteile sind: die Kleinheit des Gesichtsfeldes, der Mangel eines vergrößernden Teleskops, wodurch es unmöglich wird, an dem zu betrachtenden Objekte Einzelheiten zu erkennen, dann der Umstand, daß Luft viel weniger gut als Wasser geeignet ist, die Blase richtig und im gewünschten Maße zu füllen, endlich die Behinderung der Untersuchung durch den von den Ureteren ausgeschiedenen Urin; die zu dessen Entfernung angebrachten Vorrichtungen haben sich in der Praxis nicht bewährt. Dazu kommt noch, daß sich auf der Lampe eines Luftcystoskops leicht Blut oder Eiter ansetzen kann; dadurch aber wird die Untersuchung ebenso unmöglich gemacht, wie durch Trübung der die Luft füllenden Flüssigkeit beim Gebrauch des Wassercystoskops.

W., der selbst wieder zum Wassercystoskop zurückgekehrt ist, hält dieses wohl für verbesserungsbedürftig; andererseits kann er nicht glauben, daß das Instrument **CATHELINs**, das er allerdings nur aus der Beschreibung, nicht aus eigener Erfahrung und Anschauung kennt, gegenüber dem Instrument von **LEWIS** einen wirklichen Fortschritt bedeutet.

**3. Sexuelle Frühreife und Impotenz**, von **CH. FÉRé** -Bicêtre. Als Beispiel dafür, daß sexuelle Frühreife sehr rasch von sexueller Impotenz gefolgt sein kann, teilt F. die Krankengeschichte eines jetzt 32jährigen Mannes mit, der im Alter von drei Jahren viel mit einem gleichaltrigen Mädchen gespielt und damals schon starke Erektionen gehabt hat. In den folgenden Jahren traten Erektionen immer dann, aber auch nur dann auf, wenn er mit dem Mädchen beisammen war. Als der Patient 17 Jahre zählte, erhielt er die Nachricht von der Verheiratung seiner Jugendspielin,

und seitdem ist er vollständig impotent, hat auch niemals mehr irgendwelche sexuelle Erregung verspürt. Die Folgen waren schwere neuresthenische Erscheinungen, die erst nach längerer Zeit durch geeignete psychische Behandlung beseitigt wurden; die Impotenz ist unverändert geblieben.

Im Anschluss an die Mitteilung dieses Falles weist F. darauf hin, daß es nicht am Platze ist, eine Impotenz für sich allein etwa durch Verabreichung der sogenannten Aphrodisiaka oder durch Reizmittel irgendwelcher Art zu behandeln; man erzielt dadurch nur Reizzustände, aber keine Potenz. Gelingt es aber ausnahmsweise einmal, bei einem sonst impotenten Manne durch irgendwelche Maßnahmen Erektion und Ejakulation herbeizuführen, dann folgt in der Regel ein tiefer Erschöpfungszustand; ist es zur Befruchtung gekommen, so wird das Kind voraussichtlich körperlich und geistig minderwertig sein.

1906. Band I, Heft 3.

1. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates; Tuberkulose des Ureters und des Nierenbeckens, von NOËL HALLÉ und BOLESLAS MOTZ-Paris. Der Artikel wird fortgesetzt.

2. Ein neuer intravesikaler Harnsegregator, von RICCARDO DALLA VEDOVA-Rom. Der neue Segregator ist ein dreiläufiger Katheter, dessen Kaliber der Nr. 24 der CHARRIÈRESchen Skala entspricht; seine Krümmung ist die der MERCIERSchen Katheter, sein Umriss dreieckig mit abgerundeten Ecken; der Schnabel ist  $4\frac{1}{2}$  cm lang und siebartig durchlöchert. Das Innere des Instruments enthält in seiner ganzen Ausdehnung zwei Scheidewände, von denen die eine quer parallel der Basis des Dreiecks, die andere von der Spitze senkrecht zu der ersteren nach abwärts verläuft. Dadurch wird das Lumen in drei Abteilungen zerlegt; das Ganze besteht also aus drei Kathetern, von denen zwei nebeneinander an den Seiten des Dreiecks liegen, während der dritte, dorsal gelegen, der Basis entspricht. Am äußeren Ende teilen sich die drei Katheter, die beiden seitlichen ziehen schräg nach außen, der dorsale verläuft parallel mit dem Schnabel, aber in entgegengesetzter Richtung. Alle drei Katheter endigen außen mit Oliven, die vor der Einführung mit Gummikappen bedeckt werden. Vor der Einführung, die am stehenden oder sitzenden Patienten vorzunehmen ist, wird die Blase ausgespült, von der Spülfüssigkeit müssen mindestens 20—30 ccm zurückbleiben. Nach der Einführung wird das Instrument um  $180^\circ$  um seine Längsachse gedreht, so daß das äußere Ende des dorsalen Katheters nach oben, der in der Blase befindliche Schnabel aber nach unten auf das Trigonum zu liegen kommt. Entfernt man nun die Gummikappe von der Olive des dorsalen Katheters, so entleert sich durch diesen die in der Blase befindliche Flüssigkeit. Übt man aber am äußeren Ende des Schaftes einen leichten Zug aus, dann hört der Ausfluß durch den dorsalen Katheter auf, der noch vorhandene Rest der Flüssigkeit sickert durch die seitlichen Katheter ab. Durch den Zug wird nämlich der Schnabel fest auf die Schleimhaut des Trigonums aufgepreßt, so daß zwei geneigte, nach der Mitte konvergierende Ebenen entstehen; in der Mitte liegt das Instrument als fester Wall, der ein Übertreten der Flüssigkeit von einer zur anderen Seite nicht gestattet. Der Harn fließt aus den Ureteren zu den beiden Seiten des Instruments hin und wird von den seitlichen Kathetern getrennt nach außen entleert. Der dorsale Katheter dient lediglich zur Kontrolle darüber, daß das Instrument richtig liegt und richtig funktioniert.

Der Verfasser hat das Instrument bisher in 20, am Schlusse der Arbeit einzeln aufgeführten Fällen angewandt und war mit den Resultaten sehr zufrieden.

Göts-München.

**Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.**

Bd. VI, Nr. 5.

**Die Behandlung der Alopecia atrophica, der Brocqschen Abart Pseudo-Area Oelsi, von L. BURTZ-Paris.** Nach QUINQUAUD besteht diese Affektion, welcher er den Namen Alopecia atrophica simplex beigelegt hat, in einem sklerosierenden, atrophierenden Prozeß, welcher die behaarten Stellen des Körpers und namentlich die Kopfschwarte befällt und zur Entstehung von Flecken von glatter Alopecie mit pseudo-narbigen Aussehen führt. Brocq hat kürzlich über einen Fall dieser Art berichtet und dabei zur Behandlung abwechselnd Schwefel und Queckulber empfohlen. Burtz hat bei einem 16<sup>1</sup>/<sub>2</sub>-jährigen Knaben in ungefähr zwei Monaten ein sehr befriedigendes Resultat unter Anwendung von Kalium permanganicum erzielt. Er verordnete tägliche Waschungen morgens mit R. Hydrarg. bijodat 0,05; Sublimat 0,5; Tinct. benzoës 5,0; Spirit. saponat. 45,0; Aq. dest. 200. Abends wurden gründliche Waschungen mit einer Lösung von Kal. permangan. (10:500) in Wasser gegeben, worauf ein Verband mit R. Kal. permangan. 1,5; Alumin. gelatinosum 50,0 angelegt wurde. Die von Brocq bevorzugte Medikation ist auch in extenso mitgeteilt.

*Philippi-Bad Salzschlurf.***Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.**

1906. Heft 1.

**Arbeiten aus der dermatosyphiligraphischen Klinik zu Toulouse. Circinäre, haemorrhagische Seborrhoide auf varikösen Unterschenkeln, von CH. AUDRY.** Bei dem 34jährigen Kellner zeigt sich seit sieben Jahren einmal jährlich auf seinen Unterschenkeln, auf denen sich seit seinem 14. Lebensjahr starke Varicen bildeten, ein eigentümlicher Ausschlag. Er bestand aus lauter Scheiben, die von einer purpurfarbenen, scharfen haemorrhagischen Linie begrenzt waren; die Epidermis innerhalb dieses Saumes ist gelb gefärbt und etwas glänzender als normal. Einzelne solcher Elemente finden sich auch am linken Oberschenkel, der frei von Varicen ist; hier erscheinen sie aber als reine ekzematisierende Seborrhoide; ihren fremdartigen Charakter erlangten sie unter dem Einfluß der Varicen.

**Tysonitis blennorrhoea ulcerosa unter dem Bilde eines Pseudoschankers, von AUDRY und MAZOYER.** Der 20jährige Patient hatte außer seiner Blennorrhoe im Sulcus coronarius einen erbsengroßen harten Tumor, der allmählich erweichte, ein wenig Eiter entleerte und sich dann in ein hartes, tiefes Geschwür verwandelte, das für Ulcus molle, bezw. specificum gehalten wurde und wochenlang unverändert blieb. Erst das Mikroskop — man hatte das ganze Geschwür entfernt — liefs erkennen, daß es sich um eine Tysonitis blennorrhoea handelte, aus der die Gonokokken verschwunden waren.

**Zur Histologie der Mykosis fungoides, von DALOUS.** Es wird der mikroskopische Befund eines Präparates mitgeteilt, das aus einem dichten Infiltrat am Fuße und eines zweiten Präparates, das aus einem lichenoiden Herd am Oberschenkel stammte. Der Befund bot nichts Abweichendes vom gewöhnlichen Bilde, nichts, was die neuerliche Behauptung deutscher und italienischer Forscher bestätigen könnte, daß die Zellen der mykotischen Tumoren vom haematopoëtischen System abstammen.

**Verbände mit aromatischem Wein, von CH. AUDRY.** Empfehlung des Vinum aromaticum bei oberflächlichen Hautgeschwüren der verschiedensten Herkunft. Nach Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung wird eine mit Vin. aromat. befeuchtete Borlintkompressen aufgelegt, darüber Guttaperchapapier. Der Verband bleibt 24 Stunden liegen.

**Histologische Untersuchung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die gesunde und die epitheliomatös veränderte Epidermis**, von E. DALOUS und J. LASSERRE. Es sind namentlich die tiefen Schichten der Epidermis, die von den X-Strahlen angegriffen werden. Die Zellen der Keimschicht werden gelockert, aus ihrem Zusammenhang gelöst und verschwinden zuweilen gänzlich, so daß die Epidermis, bezw. das Epitheliom ganz außer Zusammenhang mit der Cutis geraten. Die durch nutritive Fäden mit einander verbundenen Zellen dagegen und die Hornzellen werden nur wenig von Röntgenstrahlen angegriffen.

Die gesunde Epidermis atrophiert entweder infolge dieses Prozesses oder sie blättert ab; das Kankroid dagegen, von dem Zusammenhang mit dem unterliegenden Bindegewebe losgelöst, wirkt auf seine Nachbarschaft als Fremdkörper und erzeugt eine Proliferation der festen Zellen des Bindegewebes und das Auftreten großer Mononukleärer sowie einzelner Polynukleärer, zwei Vorgänge, mit deren Hilfe der Organismus sich gegen das Weiterwachsen der Neubildung wehrt.

Die Verfasser reden auf Grund dieses Befundes von einer Radioepitheliitis und weisen darauf hin, daß die Phagocytose im Falle des Kankroids erst sekundärer Natur sei und deuten zum Schluss an, daß naturgemäß das Epithelioma spinocellulare infolge seines histologischen Baues den Röntgenstrahlen weniger zugänglich sei als das Epithelioma baso-cellulare.

**Vorläufige Mitteilung über die rektale Anwendung des Quecksilbers**, von CH. AUDRY. Nach verschiedenen Versuchen hat A. in den Suppositorien aus Oleum cinereum — jedes Suppositorium zu 0,02—0,04 Hydrarg. vivum — ein brauchbares Vehikel zur rektalen Anwendung des Quecksilbers gefunden. Der Mastdarm verträgt das Medikament sehr gut; fünf Tage nach dem Beginn der Behandlung ist es im Harn nachweisbar; es ist wirksam und seine Verwendung sehr einfach.

**Über die Hautveränderungen nach feuchten Einpackungen**, von CH. AUDRY. A. war bisher immer der Ansicht, daß es sich bei den Sudamina um kleine Vesikeln handle. Bei eingehender Untersuchung eines Falles zeigte es sich aber, daß die Sudamina aus sudoralen Porokysten bestehen: Diese Porokysten sind aus desquamierten Hornlamellen gebildet. Die Desquamation sowohl wie die Schweißansammlung sind wohl der feuchten Einpackung zur Last zu legen; ihre Folge ist wahrscheinlich auch eine reflektorische Hyperhidrose. Die Porokysten enthalten des weiteren aber auch Leukocyten und Polynukleäre, die nicht per Diapedesin, sondern aus den Glomerulis auf dem Wege der Schweißausführung dahin gelangen.

**Dermatitis pustulosa praemycosica**, von CH. AUDRY. Der Fall, über den hier berichtet wird, zeichnet sich dadurch aus, daß mehrere Jahre vor dem Ausbruch der Mykosis fungoides bei der 51jährigen Patientin eine Dermatitis pustulosa bestand, eine ganz ungewöhnliche prämonitorische Erscheinung.

**VINCENTSche Ulceration und Ulcus specificum**, von HENRI MALHERBE. Ein junger Mensch hatte auf der Schleimhaut der Oberlippe links ein etwa ein francstückgroßes rundes Geschwür, das ganz den Eindruck einer VINCENTSchen Ulceration machte; es enthielt Bacilli fusiformes und Spirochaeten, wollte aber trotz geeigneter Behandlung nicht ausheilen. Erst als im Laufe der Behandlung eine ausgesprochene Roseola hinzu kam, erkannte man den symbiotischen Charakter der Infektion. Heilung mit Quecksilber und Jodkalium.

*Türkheim-Hamburg.*

## Bücherbesprechungen.

**Die chronische Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes und ihre Komplikationen,** von F. M. OBERLÄNDER und A. KOLLMANN. II. und III. Teil. (Leipzig 1905, Georg Thieme.) Nachdem der erste Teil dieses Werkes, „Die chronische Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes“ bereits vor mehreren Jahren erschienen, liegt nunmehr das Gesamtwerk aus den Federn der bekannten Autoren vor, ein vorzügliches Nachschlagewerk über die Behandlung der chronischen Blennorrhoe und ihrer Komplikationen nach den Anschauungen OBERLÄNDERS und seiner Schüler, er gibt die langjährigen Erfahrungen der bekannten Urologen, die sie sich in der Praxis erworben, anschaulich wieder und erläutert ihre Ansichten durch eine Anzahl guter Abbildungen und Tafeln. Nach einigen einleitenden Bemerkungen folgen weitere Einzelheiten über die Mikroorganismen der Urethritis und Prostatitis blennorrhoeica chronica, Bakteriurie und die progressive Entwicklung und Rückbildung der Urethritis blennorrhoeica. Mit besonderer Liebe verweilen die Verfasser bei der Wirkungsweise der Dilatation bei chronischer Blennorrhoe mittels aufschraubbarer Dilatatoren, und besprechen alle Arten von Kathetern, Spülern und Sonden, gleichzeitig der Asepsis und Antisepsis instrumenteller Eingriffe, der Einführung der Instrumente in die Harnröhre und Blase, der Ausspülung der Urethra und Blase Rechnung tragend. Weitere Abschnitte gelten den Dehnungen und der Photographie des Harnröhreninnern. Der dritte Teil des Lehrbuches beginnt mit den allgemeinen Grundsätzen bei der instrumentellen Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Manne, der Behandlung der weichen Infiltrate und der Behandlung der chronischen Blennorrhoe beim Weibe. Dann folgt die Behandlung der harten Infiltrate geringer und mittlerer Stärke, die Behandlung der Urethritis papillomatosa, der harten Infiltrate stärkster Ausbildung (Strikturen), die Prostatitis chronica und schließlich die übrigen Komplikationen der chronischen Blennorrhoe. Das Buch ist klar und übersichtlich angeordnet und gibt dem Leser einen tiefen Einblick in die Arbeit und das Wirken erfahrener Praktiker. Es ist daher für Ärzte und Studenten in gleicher Weise willkommen und wird sich sicher schnell einbürgern.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

#### *f. Labien, Vagina usw.*

**Ein Fall von Schwangerschaft bei persistierendem Hymen und Dilatation der Urethra infolge von urethrovesikalen Coitus,** von ERNEST BRYOIS. (Inaug.-Dissert. Genf 1903.) Der Titel sagt, was den Fall bemerkenswert macht.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Vegetationen an den weiblichen Genitalien,** von VICTOR LÉLU. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 49.)

*Fritz Loeb-München.*

## Blennorrhoe und Komplikationen.

**Gonokokkeninfektion bei Kindern**, von EMMET HOLT. (*Arch. of Pediatrics*. Mai 1905.) Verfasser schildert die in den letzten elf Jahren im New Yorker Säuglingshospital vorgekommenen Gonokokkeninfektionen resp. Epidemien. Nach seinen Ausführungen ist die Gonokokkenvaginits eine häufige Erkrankung in Kinderkrankenhäusern und bei Haltekindern, aber auch in der besseren Praxis. Sie verläuft oft leicht; aber es gibt auch schwere Formen mit Pyämie und Infektion der serösen Häute. Wegen der hohen Ansteckungsgefahr müssen die erkrankten Kinder sorgfältig isoliert werden. Gonokokkenophthalmie, sowie Arthritis und Pyämie sind in diesem Punkte etwas weniger gefährlich. Sonst kann man eine Ausbreitung auf andere Kinder nicht verhüten. Notwendig ist eine regelmäßige mikroskopische Untersuchung des Vaginalsekrets bei der Aufnahme. Auch die Pflegerinnen müssen mit isoliert werden. Wäsche, Betten usw. müssen desinfiziert oder separat gewaschen werden.

*F. Hahn-Bremen.*

**Klinische und forensische Studie über die Urethritiden kleiner Knaben**, von OCTAVE GENEVOIX. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 414.) Besprechung der beiden Formen: Urethritis blennorrhoeica und Urethritis non gonococcica.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Wirkung der Blennorrhoe auf die weiblichen Fortpflanzungswerkzeuge**, von JOSEPH TABER JOHNSON-Washington. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. März 1905.) Nach dem bekannten Ausspruche MORROWS hat keine Krankheit einen so mörderischen Einfluß auf die Nachkommenschaft wie die Syphilis, und keine Krankheit wirkt so zerstörend auf die Gesundheit und Zeugungsfähigkeit der Frau wie die Blennorrhoe. Sie ist, wie Verfasser ausführt, die Ursache der Sterilität der Prostituierten, sie ist die Hauptursache der Sterilität in der Ehe und der sog. Einkindersterilität. Aber hiermit ist ihre Wirkung, die als Rassenselbstmord zu bezeichnen ist, nicht erschöpft. Ihr fallen auch zahllose Frühgeburten und Extrauteringraviditäten zur Last. Nach den Statistiken von HUMISTON und PRICE sind 90—95 % aller größeren Bauchoperationen bei Frauen durch Blennorrhoe veranlaßt. Dazu kommt die große Zahl derjenigen, die nie operiert werden und zu Hause ein elendes Leben fristen. Liefse sich eine Statistik aller direkten und indirekten Opfer der Trippers aufstellen, die Zahlen würden sicherlich ganz erschreckend hoch sein, und die Zahl der Opfer an Tuberkulose, Pneumonie und Typhus zusammengerchnet womöglich noch übertreffen. (sic! Ref.)

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über Blennorrhoe beim Weibe**, von E. S. MO-KEE. (*The Lancet-Clinic*. 29. April 1905.) Verfasser berichtet über einen juristischen Streitfall die Frage des Berufsgeheimnisses betreffend.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Blennorrhoe bei der Frau. Ihre Diagnose, Häufigkeit und ihr Einfluß auf die Erzeugung von Sterilität und schweren Veränderungen der Beckenorgane**, von L. H. DUNNING-Indianapolis. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 4. Nov. 1905.) Gegen die von anderen Autoren gemachten Angaben, die auch in den „Bericht des Komitees für Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten“ übernommen worden sind, daß die Blennorrhoe zu 80% die Schuld an Tod durch Frauenkrankheiten, und zu 50% die Schuld an der unfreiwilligen Kinderlosigkeit der Ehen trage, erhebt Verfasser entschieden Einspruch. Nach seinen praktischen Erfahrungen und statistischen Feststellungen aus der Privatpraxis und mehreren großen Krankenhäusern wird die Bedeutung der Blennorrhoe der Frau weit überschätzt; eine große Zahl von Fällen heilt rasch, ohne die geringsten Spuren zu hinterlassen; unter 59 Fällen von primärer



Sterilität konnte in 60% die Sterilität ohne weiteres auf ganz andere Ursachen als die Blennorrhoe zurückgeführt werden, und nur 10% waren auf Rechnung der Blennorrhoe zu setzen.

A. Loewald-Kolmar.

**Poliklinische Beobachtungen über die Blennorrhoe beim Weibe, von SOPHIE TRACHTENBERG. (Thèse de Lausanne. 1904.)** Dank der Färbungsmethode von v. WAHL sind die Gonokokken im Cervikalsekret sowie auch im Vulvovaginalsekret bei chronischer Blennorrhoe leicht zu finden, was gegen die Meinung LOMERS und SCHWARZS' spricht. Diese Färbefähigkeit besteht aus:

Konzentrierte Alkohol-Auraminlösung....	2	cem
Spiritus (95 %/o).....	1,5	„
Konzentrierte Alkohol-Thioninlösung ....	2	„
„ wässrige Methylgrünlösung	3	„
Wasser .....	6	„

Die Farbe des Sekretes (gelb, grün) erlaubt makroskopisch die Anwesenheit von Gonokokken zu vermuten. Die Heilung der Metritis und Oophorosalingitis blennorrhoeica ist überhaupt sehr schwer zu erzielen. Die Heilung der Blennorrhoe der Vagina, Vulva, Urethra und Cervix ist, infolge der ungünstigen Verhältnisse, in welchen die Kranken weiter leben, schwer, doch kann sie positive Resultate geben, wenn die Blennorrhoe gleich im Beginn mit allem Ernst behandelt wird. Es ist sehr wünschenswert, die Kranken zu isolieren; eine ambulatorische Behandlung führt unsicherer zum Ziel als eine Spitalbehandlung und setzt die Kranken wiederholten Rezidiven aus. „Wenn man die Blennorrhoe beim Weibe mit mehr Ernst beurteilen würde, würde man mehr Heilungen erzielen und später bedeutend weniger Uterus- und Adnexblennorrhoe in die Hände bekommen. Fälle von Tuberkulose behandelt man in Sanatorien, Fälle von Diphtheritis, von Scharlach usw. werden genau unter Isolierung behandelt; warum sollte man es nicht erzielen können, die Fälle von Blennorrhoe zeitig im Spital, in einer Klinik ebenfalls als schweres, gefährliches Leiden so schnell und so genau als möglich zu behandeln? Es gehört dazu, das Publikum zu belehren. Es gehört ferner dazu, daß man sich nicht, wie so oft, mit der Diagnose „Ausfluß“ und mit der Verordnung „Auspülung“ begnüge, sondern bei jedem Fall eine exakte Diagnose stelle, die höchst gelegenen infizierten Punkte des Genitaltractus suche und direkt energisch lokal behandle (Protargol, Silbernitrat).“

Fritz Loeb-München.

**Beitrag zum Studium der latenten Blennorrhoe der Frau, von A. BERNHEIM. (Thèse de Paris. 1904.)** Die Arbeit bringt nichts von Belang.

Fritz Loeb-München.

**Zur Diagnose der Urethritis posterior, von E. v. DÜRING. (Med. Klinik. 1905. Nr. 52.)** Verfasser wendet sich gegen die von FINGER vertretenen Anschauungen über das Zustandekommen des Blasenverschlusses, die Existenz eines festen Abschlusses des vorderen Teiles der Harnblase gegen den hinteren Teil und eines festen Abschlusses des hinteren Teiles gegen die Blase und kommt zu folgenden, teilweise bereits von ZEISSL, JADASSOHN und ANDEREN vertretenen Schlüssen: 1. Die Einteilung der Urethritis in eine anterior und posterior ist etwas ganz äußerliches; de facto existiert keine, diese beiden Abschnitte anatomisch und physiologisch in der Weise markierende Grenze, daß das Übergreifen der Entzündung auf die Urethra posterior als Komplikation aufzufassen sei. 2. Die Gläserprobe hat nun folgende Bedeutung: Ist der Urin in allen Teilen getrübt, so bedeutet das, daß der entzündliche Prozeß auf das Collum vesicae, das Trigonum Lientaudi übergriffen hat. — Ist nur das erste Glas getrübt, so sagt das nichts weiter, als daß in der Harnröhre überhaupt Sekret vorhanden war; ob es aus der Pars anterior oder aus der Pars

posterior stammt, darüber sagt die Probe nichts. — Selbst wenn bei der Fünfgläserprobe die Gläser 1—4 getrübt und das Glas 5 klar ist, so kann das gesamte Sekret aus der Pars anterior stammen; Masse, Zähigkeit des Sekretes, Haften desselben an den Wandungen, an den Ausführungsgängen der Drüsen kann bedingen, daß die Trübung in den vier Gläsern lediglich auf Beimischung von Sekret aus der Pars anterior beruht. — 3. In der weitaus größten Mehrzahl der Blennorrhöen handelt es sich um eine Urethritis totalis mit mehr oder minder ausgesprochener Beteiligung aller mit der Urethra in Verbindung stehender Schleimhautgänge. Das subjektive Symptom des „imperiösen Harndranges“ (FINGER) ist unbedingt als ein Zeichen von Collocystitis zu bezeichnen. *Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Behandlung der Folgezustände der chronischen Urethritis anterior,** von W. D. TRENWITH-New York. (*Med. News.* 9. Dez. 1905.) Diese Folgezustände bekunden sich entweder darin, daß morgens der Meatus verklebt oder ein geringer schleimig-eitriger Ausfluß ständig oder nur nach Exzessen in baccho oder venere oder das Gefühl vorhanden ist, als ob nach dem Urinieren noch ein Tropfen Harn unfreiwillig abginge u. a. m. Das schließliche Resultat ist ein indolenter, katarrhalischer Zustand der Harnröhrenschleimhaut oder eine Hyperplasie an manchen Teilen derselben, einfache Erosionen oder die Bildung von neuem Bindegewebe (Strikturen). Die Pflicht des Arztes, welche in solchen Fällen nach Verfassers Ansicht nur allzu oft vernachlässigt wird, besteht nun darin, nicht nur den Urin, sondern auch die Harnröhre (mit Bougie und Endoskop) genau zu untersuchen. Die Behandlung bestehe je nach dem Vorhandensein von Strikturen in allmählicher Dilatation oder nur in Instillationen von anfangs schwachen (1 : 16 000—1 : 8 000), später stärkeren (1 : 2 000 bis 1 : 125) Höllensteinlösungen. Findet man endoskopisch kleine, begrenzte Verdickungs- oder Erosionsherde, so muß direkt auf dieselben 5—20 %ige Argentum nitr.-Lösung oder auch Ichthyol (1 : 10—20 Wasser oder Glycerin) jeden vierten bis fünften Tag aufgetragen werden; infizierte Follikel müssen mittels Galvanokauter per Endoskop zerstört werden. Ebenso große Sorgfalt wie auf die Lokalbehandlung ist auch auf das Allgemeinbefinden des Patienten (Diät usw.), zumal wenn mit ersterer nichts mehr zu erreichen ist, zu legen. Die lokale Behandlung kann dann als mit Erfolg beendet angesehen werden, wenn kein Ausfluß mehr vorhanden und der Urin frei von Eiter, Flocken und Fäden ist und bleibt. Gelegentlich stellt sich ein Patient mit so empfindlicher Harnröhre vor, daß lokale Behandlung nur möglich ist, wenn zuerst 2—4 %ige Kokainlösung eingespritzt wird; noch besser ist es, eine Irrigation mit Ichthyollösung (10 Tropfen auf  $\frac{1}{4}$  l Wasser) und zwar mit jeder Sitzung in stärkerer Konzentration so lange vorzunehmen, bis die Empfindlichkeit der Harnröhre verschwunden ist. Bezüglich der inneren Mittel warnt T. davor, allzulange Balsamica zu geben, da sie selbst wieder Ausfluß hervorrufen können; zuweilen ist Urotropin und ähnliche Harnantiseptika von Vorteil. In bezug auf Getränke hält er Wisky und Brandy für weit weniger schädlich als die aus Malz hergestellten oder Weine, obwohl er nicht zu erstern rät, Kaffee sollte nur in beschränktem Maße genossen werden. Wiederholt warnt Verfasser in einer Schlußbetrachtung davor, ohne wiederholte Urinuntersuchung einen Patienten als geheilt zu entlassen. *Stern-München.*

**Blennorrhöische Urethritis mit ungewöhnlichen Komplikationen,** von D. CROSBY-Alameda. (*Amer. Journ. Med. Science.* Mai 1905.) Der 31jährige Patient, ein mexikanischer Arbeitermann, wurde in einem sehr verahrlosten Zustand und zeitweilig delirierend ins Krankenhaus gebracht. Man fand eine ausgesprochene blennorrhöische Urethritis, intensive Entzündung der Conjunctiven mit reichlichem, gonokokkenhaltigem Eiter, die gleichen Erscheinungen an der Schleimhaut der Nase und des Mundes mit Lockerung der Zähne und Ulcerationen in großer Ausdehnung.

Ferner fand man Symptome von Lungenverdichtung und Flüssigkeitsansammlung im Pleuraraum. Der Tod erfolgte nach zwei Tagen, und bei der Autopsie fand man die Trachea und Bronchien mit reichlichen Mengen Eiter angefüllt und große Eiterherde in beiden Lungen und auf beiden Pleuren. An allen Stellen wurden Gonokokken in großer Anzahl angetroffen.

*Philippi-Bad Salzsüßf.*

**Seltene Komplikationen bei Blennorrhoe**, von ERNST BECKER. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 21.) Verfasser teilt die Krankengeschichten von drei Fällen mit, die er auf der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Krankenhauses beobachtet hat.

Der erste Fall betrifft ein 21jähriges, an intensiver akuter Blennorrhoe leidendes Mädchen, das mit Frösteln und leichtem Fieber an Schmerzen erkrankte, welche zunächst flüchtiger Art sind, sich aber allmählich auf die Beugefläche des rechten Unterarms lokalisieren; in wenigen Tagen bildet sich hier eine Myositis suppurativa. In dem bei der Inzision reichlich entleerten Eiter wurden zahlreiche Gonokokken nachgewiesen.

Der zweite Fall betrifft einen an akuter Blennorrhoe und Prostatitis leidenden, im übrigen bis auf einen leichten Spitzenkatarrh gesunden jungen Mann, der plötzlich mit hohem Fieber an einer Pericarditis mit mächtig großem Exsudat erkrankt. Die tuberkulöse Natur dieser Herzbeutelentzündung kann mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden; ebenso fehlt jeder Anhaltspunkt für die Annahme einer anderen, als blennorrhöischer Ursache; für die letzte spricht der außerordentlich schnelle und günstige Verlauf.

Im dritten Falle wird ein an akuter Blennorrhoe und Cystitis leidendes Mädchen durch schwere Zangenextraktion entbunden. Kurze Zeit darauf erkrankt es unter geringem Fieber an einer schmerzhaften Anschwellung eines Ileosakralgelenkes und der Symphyse. Die Schmerzen lassen in kurzer Zeit nach, die Schwellung der *Articulatio sacro-iliaca* besteht noch einige Zeit fort, dann aber tritt vollständige Genesung ein. Für die blennorrhöische Natur dieser Komplikation spricht der ganze Verlauf der Erkrankung. Verfasser möchte das Befallensein der beiden Gelenke durch die Annahme erklären, daß die Gelenkverbindungen infolge der schweren Zangenentbindung bei engem Becken und großem Kopf gelockert und geschädigt waren und so den Gonokokken günstige Bedingungen zu ihrer Ansiedlung darboten.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Eine ungewöhnliche Komplikation bei Blennorrhoe**, von JAMES A. NYDEGGER. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 23. Sept. 1905.) Die Komplikation bestand darin, daß elf Tage nach dem Beginn der Harnröhrenblennorrhoe heftiges Fieber bis 39,8° C. und vier Tage später eine Geschwulst von zirka Hühnereigröße oberhalb des Ligamentum Poupartii, auf Druck empfindlich und etwas fluktuierend, auftrat; es war zweifelhaft, ob der Tumor intra- oder extraperitoneal lag. Bei der Inzision, etwa 2½ cm über dem POUFARTSchen Bande ausgeführt, zeigte sich, daß die Geschwulst aus einer Anzahl von Lymphdrüsen bestand, die teilweise vereitert waren und ganz nahe um die Vena und Arteria iliaca externa lagen; wegen dieses engen Zusammenhanges mit den Gefäßen wurden nur ein Teil der Drüsen entfernt, die Wunde tamponiert und offen gelassen, Heilung erfolgte nach circa fünf Wochen per granulationem. N. hebt es als große Seltenheit hervor, daß bei der Blennorrhoe des Mannes die Lymphdrüsen erkranken, und dann seien es in der Leistengegend stets nur die oberflächlich gelegenen und nicht, wie in dem vorliegenden Falle, die tief innerhalb des Peritoneums liegenden.

*Stern-München.*

**Ein Fall von allgemeiner Infektion mit Gonokokken**, von D. G. HALL-BRIGHTON. (*Brit. med. Journ.* 18. Nov. 1905.) Bemerkenswert war der Fall durch die

beträchtliche Anzahl der Gelenke (beide Fußgelenke, Handwurzeln, Ellenbogen, rechtes Knie, linkes Kiefergelenk, und in geringem Grade die Schultern), welche befallen wurden. Es entstanden erhebliche Ankylosen, so daß der 40jährige Patient wohl dauernd erwerbsunfähig bleiben wird.

*Philippi-Bad Salzschlüpf.*

**Über blennorrhische Septicaemie und Endocarditis**, von W. S. THAYER-Baltimore. (*Amer. Journ. med. Scienc.* 1905. Nr. 10.) Seinen früheren Mitteilungen über diesen Gegenstand fügt T. hier noch einige weitere Beobachtungen hinzu. Es möge genügen, hier die Überschriften der sehr ausführlich berichteten Krankengeschichten wiederzugeben. I. Ein 28jähriger Mann; Blennorrhoe; Urethritis posterior; anhaltendes (mildes) Fieber von siebenwöchiger Dauer mit begründetem Verdacht auf Unterleibstypus (Milzschwellung, Roseolen); Gonokokken in Reinkultur aus dem Blute gewonnen; Genesung. Die Diagnose Typhus wurde schließlich definitiv ausgeschlossen. Auf Endocarditis wurde wiederholt genau untersucht, aber stets mit negativem Resultat. Ferner werden folgende Fälle mit allen Einzelheiten beschrieben: II. Ein 22jähriger Mann; Blennorrhoe, Septicaemie, ulceröse Endocarditis der Aortenklappe. Exitus letalis, Autopsie. III. Ähnlich wie II. Bei Nr. IV betraf die Endocarditis die Mitralklappe und hatte eine Embolie der Arteria tibialis ant. im Gefolge. Tod. Auch der gleichfalls tödlich verlaufende fünfte Fall war wie auch Nr. VI mit einer Affektion der Mitralklappe verbunden, und bei Nr. VII lautet die Krankengeschichte: 21jähriger Mann, Urethritis, Epididymitis; Febris intermittens; Endocarditis ulcerosa aortica et pulmonalis(?); Arthritis; Embolia cerebialis; Streptococcus pyogenes im Blutkreislauf gefunden; Exitus letalis. — Die Krankenberichte bieten viele interessante Einzelheiten.

*Philippi-Bad Salzschlüpf.*

**Ein Fall von akuter Endocarditis infolge von Infektion mit Micrococcus blennorrhoeae**, von W. HUNTER-Hongkong. (*Brit. med. Journ.* 11. März 1905.) Es handelte sich um die Leiche einer 38jährigen Chinesin, Prostituierte, welche zwei Stunden nach erfolgtem Tode eingebracht und sofort obduziert wurde. An der Aortenklappe fand man zahlreiche Granulationen von Stecknadelkopfgroße, graurosa gefärbt, sehr weich und durchscheinend. Man fand in den hiervon gewonnenen Präparaten unzählige Gonokokken, und der Befund wurde durch Kulturen bestätigt. Offenbar handelte es sich hier um einen Fall von tödlicher Endocarditis, welche durch blennorrhische Infektion bedingt war.

*Philippi-Bad Salzschlüpf.*

**Ein Fall von ulcero-verruköser Endarteritis der Pulmonalarterie im Anschluss an eine Blennorrhoe, auftretend und eine Endocarditis vortäuschend**, von KARL FÜRTH und F. PARKES WEBER-London. (*Edinburgh med. Journ.* 1905. N. F. XVII. Bd. I.) Ein junger Mann von 27 Jahren, der schon zwei Jahre vorher einmal einen Tripper überstanden hatte, akquirierte im Januar 1901 einen zweiten und erkrankte plötzlich Ende Mai desselben Jahres, nachdem ganz plötzlich der Anfalls sistiert hatte, an Fieber und schweren Fieberallgemeinerscheinungen. Das Fieber hielt immerfort intermittierend an, und es traten starke Milzschwellung und über der Pulmonalis schwirrende systolische und blasende diastolische Geräusche auf.

Über der Pulmonalarterie zeigte die Pulmonalarterie eine geschwürige Auflagerung, in der sich zwar nicht Gonokokken, aber Strepto- und Staphylokokken nachweisen ließen.

F. und W. sind geneigt, diese der blennorrhischen Endocarditis gleichende Veränderung auch als eine blennorrhische, wenn auch nicht direkt durch den Gonococcus erzeugte, anzusprechen. Auch der maligne, unaufhaltsame und allen Antipyreticis u. a. (z. B. Collargol) trotzende Verlauf sprach für den blennorrhischen Charakter; immerhin aber war die Lokalisation eine sehr seltsame.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über die Behandlung der Arthritis blennorrhoeica mit BIERscher Stauung,** von FRANZ HIRSCH-Frankfurt a. M. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 39.) Verfasser bezeichnet die BIERsche Methode bei der Behandlung der Arthritis blennorrhoeica nach seinen Erfahrungen bei einer Reihe von Patienten als eine sehr einfache und bequeme Art, um häufig die Schmerzen schnell zum Schwinden zu bringen. Eine Abkürzung der Behandlung erzielt sie nicht. Eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse durch die Einführung der Stauungshyperämie kann H. nicht zugeben, da die blennorrhoeischen Gelenkentzündungen auch bei den früheren Behandlungsarten fast nie zu Gelenkversteifungen geführt haben.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über blennorrhoeischen Rheumatismus,** von MARTIN M. WARE - New York. (*New York med. Journ.* 13. Jan. 1906.) W. glaubt, daß es keine Zeit im Verlaufe einer blennorrhoeischen Urethritis, Prostatitis, Salpingitis usw., seien sie akuter oder chronischer Art, gebe, wo nicht die blennorrhoeische Synovitis, welche den Hauptcharakter des Tripperrheumatismus bilde, sich einstellen könnte. Auch die Neigung des blennorrhoeischen Processes zu chronischem Verlauf teilt sich der Synovitis mit und Ankylose ist zuweilen eine Folge derselben. Im übrigen ist die blennorrhoeische Gelenkentzündung in Typus und Verlauf außerordentlich wechselnd, wenn auch häufig nur ein Gelenk befallen ist und im Gegensatz zum gewöhnlichen Gelenkrheumatismus bei multiartikulärer Erkrankung die anderen Gelenke viel langsamer ergriffen werden. W. rät, bei jeder Gelenksaffektion zweifelhafter Ätiologie den Urin zu untersuchen und mancher Fall von Rheumatismus oder Gicht dürfte sich, zumal bei Männern, als Blennorrhoe entpuppen, wenn die Einführung des Fingers in das Rectum eine vergrößerte Prostata findet oder ein mit Fäden usw. dicht besetzter Urin konstatiert wird; bei Frauen sollen kleine petechiale Hämorrhagien in der Vaginalschleimhaut ein beinahe sicheres Zeichen überstandener Blennorrhoe sein. Auch blennorrhoeische Iritis kann bei der Diagnose einer zweifelhaften Arthropathie von Bedeutung sein. Die Aspiration des Gelenkes erklärt W. schließlichs für ein allzu gefährliches diagnostisches Mittel und nur zu therapeutischen Zwecken für angezeigt.

*Stern-München.*

**Zur Kasuistik des blennorrhoeischen Rheumatismus und Muskelabszesses,** von W. N. EUDOKIMOW-Char'kow. (*Russki Journ. Koschnich i Veneritscheskich Bolesnej.* März. 1906.) Ein 29jähriger, kräftig gebauter und muskulöser Mensch, der innerhalb der letzten zehn Jahre viermal Blennorrhoe — auch Syphilis — acquiriert hatte, zeigte bei einem zum fünften Male auftretenden subakuten Tripper — sechs Tage nach dessen ersten Erscheinungen — rheumatische Ergüsse in beiden Kniegelenken und im linken Fußgelenke; als das letztere befallen wurde, trat plötzlich der Eiterausfluß aus der Harnröhre zurück. Im Anschluß daran trat eine rote, schmerzhaft, verhärtete Geschwulst über dem Gastrocnemius auf, die nach der Probepunktion als Eiterabszess angesehen werden mußte. E. fand zwar in diesem Eiter keine Mikroorganismen, er glaubte aber im Bluttrockenpräparat aus dem Finger Diplokokken von charakteristischer Form und Anordnung der Gonokokken bemerkt zu haben.

Eine Eröffnung des Eiterherdes wurde nicht zugegeben, und weitere Untersuchungen blieben daher aus.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Ein Antigonokokkenserum zur wirksamen Behandlung des blennorrhoeischen Rheumatismus,** von JOHN C. TORREY-New York City. (*Journ. amer. med. assoc.* 27. Jan. 1906.) Vorläufige Mitteilung über die Darstellung eines aus Gonokokken-Reinkultur und Überimpfung auf Tiere gewonnenen Serums, welches sich neben anderen Fällen besonders bei einem Manne, dessen blennorrhoeischer Rheumatismus bereits 15 Jahre zurückdatierte und vergeblich mit allen anderen Mitteln behandelt worden war, bewährte. Die erste Reinkultur wurde von einem frischen, noch unbe-

handeltem Falle von Harnröhrenblennorrhoe beim Manne gewonnen; als bester Nährboden erwies sich eine Mischung von Ascitesflüssigkeit und leicht saure Rindebouillon zu gleichen Teilen. Um die besten Reinkulturen zu erzielen, sollte die Temperatur der Mischung nach der Aufnahme der Gonokokken ständig zwischen 36 und 37° C. gehalten werden, nach 18 bis 24 Stunden stellt sich eine leicht granulierende Trübung an der Ober- und Seitenfläche der Reagenzgläser ein und nach vier bis sechs Tagen ist die Reinkultur als fertig anzusehen; dieselbe hält sich sehr lange und erzeugt noch nach einem Jahre ein ebenso wirksames Serum, als wenn sie ganz frisch verwandt worden wäre. Große Kaninchen wurden ausschließlich zur Serumproduktion gebraucht, am besten in Zwischenräumen von fünf bis sechs Tagen werden denselben je 10 ccm der Reinkultur und zwar am zweckmäßigsten 6 bis 15 Tage alter, die die größte Menge von Toxin enthält, introperitoneal injiziert. Nachdem die Tiere sechs Injektionen = ca. 60 ccm erhalten, wird das zum Heilserum dienende Blut zuerst vom Ohr und dann von der Carotis entnommen; große Tiere sollten etwa 70 bis 90 ccm Serum geben. Das aus späterer Blutentnahme gewonnene Serum soll im allgemeinen wirksamer sein wie das zuerst entnommene, auch fand man, daß das Serum nur wenig oder nichts von seiner Wirksamkeit verliert, wenn es ein bis zwei Monate im Eischranke bleibt. Im Gegensatz zu der Mehrzahl der Forscher, die mit WASSERMANN glauben, daß das Toxin des Gonococcus, wenn Tieren injiziert, nicht imstande ist, ein Antitoxin zu produzieren, glaubt T., ähnlich wie CHRISTMAS, durch Anwendung eines, wie erwähnt, geeigneten Nährbodens dieses Ziel erreicht zu haben. Die klinische Erfahrung kommt zu dem gleichen Schlusse, da in manchen Fällen die Gelenkschmerzen schon 24 Stunden nach der ersten Serungabe verschwanden und die wahrscheinlichste Erklärung dafür ist, daß ein Teil des Gonotoxins, welches Entzündung und Schmerz verursacht, neutralisiert wurde. Ohne Zweifel besteht die Hauptwirkung des Serums nach T.'s Überzeugung in seinen bakteriziden Eigenschaften; bei chronischer Blennorrhoe sind relativ wenige Gonokokken vorhanden, die oft tief in den Geweben sitzen, deren aber der Organismus, da es eine aktive Immunität gegen den Gonococcus nicht gibt, nicht Herr wird. Es erscheint möglich, daß das Serum gegen diese wenigen Mikroorganismen genügende Mengen von Immunkörpern enthält, aber zu wenige, um gegen die weit zahlreicheren bei akuter Blennorrhoe zu wirken. Das Serum enthält übrigens sowohl Agglutinine wie Praecipitine gegenüber dem Gonococcus.

*Stern-München.*

**Die Behandlung des blennorrhoeischen Rheumatismus durch ein Antigonococcusserum, von JOHN ROGERS - New York City. (*Journ. Amer. Med. Assoc.* 27. Jan. 1906.)** R. teilt die Fälle von blennorrhoeischem Rheumatismus je nach dem Verlauf in drei Gruppen ein: 1. milde und rasch zur Heilung kommende, 2. schwere, mit längerem Verlaufe und 3. die seltenen Fälle mit kontinuierlicher Dauer; er glaubt, daß bei letzteren die Antikörper fehlen, welche bei der Mehrzahl der Menschen entweder vorhanden sind oder produziert werden. Man muß daher versuchen, die Antikörper künstlich zuzuführen, was R. glaubt, mit dem von TORREY und ihm dargestellten Serum erreicht zu haben. Der Gonococcus wohnt und wächst in der Synovialmembran allein nur für kurze Zeit, da er im Exsudat nach 8 bis 10 Tagen nicht mehr gefunden wird. Der Beginn des blennorrhoeischen Gelenkrheumatismus ist ein akuter und hat dann eher einen langsamen Verlauf, mehr oder weniger Schaden dem Gelenk durch intraartikuläre Stränge, Kontraktion der Bänder usw. zufügend, aber schließliche Heilung unter sorgfältiger Behandlung ist die Regel. Seltener wird das Gelenkexsudat eitrig, Zerstörungsprozesse damit unvermeidlich und knöcherne Ankylose noch das beste zu erwartende Resultat. Die gewöhnliche antirheumatische Behandlung ist bekanntermaßen wenig befriedigend, Inzision des Gelenks und Auswaschung

desselben mit antiseptischen Mitteln gibt zwar bessere Resultate, sollte aber doch nur bei wirklicher Eiterung ausgeführt werden. In jedem irgendwie verdächtigem Falle blennorrhöischen Ursprungs rät R. das Antigonokokkenserum jeden Tag oder jeden zweiten Tag in der Dosis von 1,0 bis 3,5 ccm anzuwenden und zwar so lange, bis Schmerz und Gebrauchsunfähigkeit aufhören; gewöhnlich macht R. die Injektionen dieses Serums in das lockere Gewebe an der Hinterfläche des Oberarms. Meist ist schon nach 24 bis 36 Stunden bemerkenswerte Besserung und nach 8 bis 10 Tagen (in akuten Fällen) beinahe völlige Heilung zu konstatieren, bei Rückfällen, die ja sehr häufig sind, müssen die Injektionen erneuert werden. Der ganze Verlauf der Krankheit wird jedoch bedeutend abgekürzt und außer einem gelegentlichen Erythema, das wohl nach jeder Art von Serum vorkommt, keinerlei unangenehme Nebenerscheinung beobachtet; auf eine bestehende Urethritis oder Vaginitis schien das Serum keinerlei Einfluß zu haben. Die Fälle, deren Verfasser acht genauer beschreibt, betrafen solche von akutem, chronischem und Jahre lang währendem Rheumatismus; die blennorrhöische Natur desselben war zwar nur bei den weiblichen Patienten mikroskopisch festgestellt worden (im Cervicaleiter) bei den männlichen hielt Verfasser das allgemeine klinische Bild für genügend zur Diagnose. Von den beschriebenen Fällen erforderten die hartnäckigsten bis zu 40 Injektionen (im Durchschnitt je zwei pro Woche) und boten sie in der Tat ganz bemerkenswerte Heilerfolge. *Stern-München.*

**Über Vulvovaginitis kleiner Mädchen und ihre häufigsten Komplikationen,** von MICHALOWITSCH. (*Thèse de Paris.* 1908.) Drei Viertel aller Fälle von Vulvovaginitis kleiner Mädchen sind blennorrhöischer Natur, ein Viertel durch andere Bakterien (Saprophyten verursacht. Die seltenen Komplikationen, die bei der ersteren Form beobachtet werden, bestehen in Arthritis, Augenaffektionen, Blutungen und Peritonitis. Verfasser empfiehlt Ausspülungen mit Kalium permang. 1:1000 oder 1:2000. *Fritz Loeb-München.*

**Über akute blennorrhöische Vaginitis,** von EUGÈNE OLLIVIER. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 21.) *Fritz Loeb-München.*

**Blennorrhöische Vaginitis bei kleinen Kindern,** von W. D. TREWITHE. New York. (*New York. med. Journ.* 3. Febr. 1906.) T. hält es für wahrscheinlich, daß die Mehrzahl dieser Fälle in ärmeren Familien vorkommen, wo notwendigerweise die Schlafräume überfüllt, die Badegelegenheit sehr gering und die Möglichkeit der Übertragung von der Mutter auf die Kinder durch Handtücher oder Waschutensilien eine sehr große ist. Die Behandlung seiner Fälle, deren zwölf als geheilt angeführt werden, läßt T. nach genauer Instruktion der Mutter hauptsächlich durch diese vornehmen, gibt ihr einen weichen Gummikatheter, nicht stärker als Nr. 15 CH., der fünf bis zehn Minuten lang vor und nach dem Gebrauch ausgekocht werden soll, und einen Irrigator zur Hand; derselbe wird mit einer Lösung von etwa 1:4000 Kalium permanganicum gefüllt ( $\frac{1}{2}$  Ltr.), der Katheter, mit Glycerin bestrichen, in die Scheide eingeführt und die Irrigation bei etwa ein m Höhe zwei bis drei mal per Tag angeführt; wird der Ausfluß klarer, schleimigzig, so wird Zinc. sulfur. und Alun zu gleichen Teilen zur Einspritzung zweimal pro Tag verwandt. Jedesmal, wenn die kleinen Patienten in der Klinik sich vorstellen, wird ebenfalls eine Irrigation gemacht. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung betrug in Ts. Fällen  $4\frac{1}{2}$  Monate und sollte dieselbe nicht eher als beendet angesehen werden, als bis keine Gonokokken mikroskopisch mehr gefunden werden. In einer zusammenfassenden Schlussbetrachtung betont Verfasser die Notwendigkeit rechtzeitiger Diagnose und Behandlung, der Belehrung der Mütter über die Schwere der Affektion, und der Sorge, solche Fälle möglichst von Kinderspitälern und Säuglingsasylen fern zu halten, da die Gefahr wahrer Epidemien hierbei bekanntlich eine sehr große ist. *Stern-München.*

**Blennorrhische Polyneuritiden**, von GEORGES EVARD. (*Thèse de Paris*. 1903/04. Nr. 509.)  
*Fritz Loeb-München.*

**Isolierte Lähmung des rechten Nervus musculocutaneus nach Tripper**, von M. BERNHARDT-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.) Bei einem Manne, der Blennorrhoe gehabt hatte, stellte sich eine atrophische Lähmung im rechten Muskulokutaneugebiet im Anschluß daran ein, es bestanden Schmerzen und die für die Affektion des N. perforans charakteristischen Sensibilitätsstörungen, es handelte sich um eine Mononeuritis im Gebiete des rechten N. musculocutaneus. Da Patient als Kellner besonders den rechten Arm anstrengt, so ist der Sitz der Affektion erklärlich. Der Fall ist eine Seltenheit.  
*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über die Rolle der Blennorrhagie in der Ätiologie der Spondylose rhizomelique und des chronischen Wirbelsäulentrheumatismus**, von JULES RIOLLET. (*Thèse de Lyon*. Nr. 12. 1903/04.) Verfasser spricht der Blennorrhoe eine ätiologische Rolle zu.  
*Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei blennorrhöischer Infektion**, von JOHANNES SIEBERT. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.)  
*Fritz Loeb-München.*

**Über Gonokokkenperitonitis im Kindesalter**, von MAURICE DUBREUIL. (*Thèse de Paris*. 1904. Nr. 506.) Gonokokkenperitonitis ist bei kleinen Mädchen eine seltene Affektion, die sich stets an eine vorhergegangene Vulvo-Vaginitis anschließt. Die klinischen Erscheinungen setzen meist sehr stürmisch ein, dauern aber nicht lange an. Die Infektion kann sich auf direktem Wege vollziehen. Verfasser glaubt, daß sie in der Mehrzahl der Fälle durch die Lymphbahn geschieht. Trotz des alarmierenden Einsetzens der klinischen Symptome ist die Prognose im allgemeinen nicht als schlecht zu bezeichnen. Abgesehen von solchen Fällen, wo der Exitus schnell und unerwartet eintritt, führen Ruhe, Diät, Applikation von Kälte meist ohne chirurgische Intervention zur Heilung.  
*Fritz Loeb-München.*

**Über einen Fall von Ileus nach Salpingitis blennorrhöica**, von PERRIN-Lausanne. (*Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte*. 1905. Nr. 101.) P. berichtet über einen Fall von Ileus nach Salpingitis blennorrhöica, der tödlich verlief. Die 24jährige Patientin war von ihrem Mann mit Blennorrhoe infiziert worden, und es war etwa vier Wochen nach der ersten Untersuchung eine Salpingitis festgestellt worden. Plötzlich machten sich Anzeichen von Ileus geltend, so daß sofort die Laparotomie vorgenommen werden mußte. Es handelt sich, wie die genauere Untersuchung ergab, um eine Einzwängung eines Knäuels von Därmen zwischen einen Strang, der von einem Teil des auf dem linken Salpinx fixierten Omentum gebildet wurde, und die hintere Bauchwand. Exitus in Narkose.  
*Putzler-Danzig.*

**Phlebitis blennorrhöica**, von FRIEDRICH SASSERATH-Berlin. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1904.) Als Typus der infektiösen Phlebitis bespricht Verfasser zunächst ausführlicher die zwei Syphilisfälle, die ERICH HOFFMANN in einem am 3. März 1903 in der Dermatologischen Gesellschaft in Berlin gehaltenen Vortrag veröffentlicht hat.

Bei der Lepra ist es Glück in Sarajewo, dem wir genauere Kenntnis der Venenentzündungen verdanken. Er sammelte acht Fälle von Phlebitis leprosa und kennzeichnete durch den bakteriellen Nachweis der Leprabazillen innerhalb und außerhalb der Zellen der Venenwandungen das Wesen der Erkrankung als einer bazillären Invasionsphlebitis. Er fand meist an den Venen der unteren Gliedmassen, jedoch auch an denen der oberen die Äste der Venen verdickt mit zahlreichen rosenkranzartig aneinander gereihten, bis über stecknadelkopfgroßen, derben Knötchen durchsetzt.



Weiter finden eine Besprechung: die Phlebitis bei Tuberkulose, akuten Infektionskrankheiten (Typhus, Influenza), Malaria, Carcinom.

Weniger bekannt als diese Formen sind die zweifellos mit der Blennorrhoe in ursächlichem Zusammenhang stehenden, sei es nun durch den Gonokokkus selbst oder dessen Toxine hervorgerufenen Venenerkrankungen, welche allerdings als recht selten bezeichnet werden müssen.

Was deren Ätiologie betrifft, so ist das bei weitem häufigere Vorkommen bei Männern auffallend. Bei 24 Fällen, bei denen Verfasser das Geschlecht angegeben fand, sind 18 Männer und sechs Frauen, also 75% aller Fälle Männer. Die Erklärung dieser Erscheinung findet Verfasser in dem bei weitem anstrengenderen Beruf der Männer, deren Venensystem durch die andauernde körperliche Anstrengung geschwächt und krankhaften Beeinflussungen leichter zugänglich ist. In der Tat handelt es sich bei den in der Literatur verzeichneten Fällen fast durchweg um Männer schwer arbeitender Berufsklassen. In bezug auf das Alter sind fast alle Fälle im 20. bis 30. Lebensjahr. Die Häufigkeit der Blennorrhoe in diesem Alter ist die Erklärung.

Die Pathogenese der Krankheit ist noch unklar.

Die Symptome sind allgemeiner und lokaler Natur. Die Allgemeinsymptome hängen von den Komplikationen und von der Höhe des eventuell vorhandenen Fiebers ab. Die lokalen Symptome sind meist sehr charakteristisch. Als erstes tritt gewöhnlich der Schmerz auf, entweder plötzlich an einer bestimmten Stelle einsetzend oder sich diffus auf einen größeren Bezirk verbreitend und sich erst später längs des Gefäßes lokalisierend. Bald folgen Ödem entweder an der affizierten oder an abhängigen Stellen der betreffenden Extremität. Das Ödem selbst hat nichts charakteristisches. Die Dauer der Erkrankung schwankt durchschnittlich zwischen 14 Tagen und zwei Monaten, in anderen Fällen bleibt die obliterierte Vene noch länger als harter Strang fühlbar.

Die Prognose ist im Allgemeinen eine günstige, Rezidive an den schon einmal befallen gewesenen Venen sind aber nichts seltenes.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können bei Verdacht auf Lymphangitis bestehen. In diesem Falle ist das Vorhandensein schmerzhafter Lymphdrüsen ein sehr wichtiges differentialdiagnostisches Zeichen, da diese bei der Lymphangitis konstant sind. Auch die Beschaffenheit des Stranges selbst kann die Diagnose erleichtern. Die erkrankte Vene wird einen bedeutend dickeren Strang bilden als das Lymphgefäß, und letzteres wiederum wird eine reichlichere Anzahl kleinhöckeriger Knoten aufweisen, da die Klappen in den Lymphgefäßen dichter aneinander sitzen als die in den Venen. Wichtig ist auch die Art des Vorwärtsschreitens der in Frage stehenden Affektion: Lymphangitis breitet sich fast immer zentripetal vom Ort der Infektion aus, während dies bei Phlebitis nicht der Fall zu sein braucht.

Die Therapie gipfelt in allen Fällen in absoluter Ruhigstellung des betreffenden Gliedes, Hochlagerung in einer gepolsterten Schiene, eventuell Suspension. Lokal werden empfohlen: Trockne Watteeinwüllung mit leichter Puderung der Haut, Kälteapplikation, feuchtwarme Umschläge mit essigsaurer Tonerde und wasserdichter Überlage oder Kataplasma, leichte Einreibung mit Quecksilbersalbe, Belladonnasalbe, Opium mit Öl zu gleichen Teilen und Jodpinselungen. Brüste Einreibungen oder gar Massage sind zu verwerfen. Bei gestörtem Allgemeinbefinden hat Chininsulfat innerlich 0,5 g oder Antipyrin 3,0 g pro gute Dienste geleistet. Die Blennorrhoe selbst und die etwa vorhandenen Komplikationen werden nach den dafür geltenden Regeln behandelt.

Zum Schluss gibt Verfasser die Krankengeschichte eines auf der LESSERschen Klinik beobachteten und von weiteren 27 Fällen aus der Literatur.

Trotz des Fehlens pathologisch-anatomischer Beweise kann doch kaum am Vorkommen einer Phlebitis blennorrhoeica gezweifelt werden. *Fritz Loeb-München.*

Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es blennorrhoeische Exantheme?“, von ORLIŃSKI-Halberstadt. (*Ther. Monatsh.* 1905. Nr. 9.) Es ist heute allgemein anerkannt, daß die Blennorrhoe auf dem Wege der Metastasenbildung eine allgemeine Erkrankung schwerer Art werden kann, ohne daß es dazu der Aushilfe einer sekundären Infektion bedarf; daß die Gonokokken nicht bloß in der Kontinuität der Harnwege, wo sie es allerdings am häufigsten tun, sondern an Herz und Nerven, an Muskeln und Gelenken und auch auf der Haut ihre Wirkungen entfalten können. So sah auch Verfasser fünf Fälle letzterer Art: *Urticaria alba et factitia blennorrhoeica* zweimal, *Purpura rheumatica blennorrhoeica*, *Erythema exudativum multiforme blennorrhoeicum*, *Scarlatina* ähnliches Exanthem bei *Deferentitis blennorrhoeica*, die er ausführlich beschreibt und die ihm den Zusammenhang zwischen Blennorrhoe und Hautmanifestationen überzeugend beweisen. Für die Erklärung, wie solche Hautveränderungen entstehen, hat man sechs Wege eingeschlagen und zwar: das Tripperexanthem sei

1. Eine Erscheinungsform der Tripperdiathese.
2. Ein Arzneiexanthem.
3. Eine Folge der mit Blennorrhoe häufig vergesellschafteten Koprostase, also eine Autointoxikation vom Darne her.
4. Eine Angioneurose.
5. Eine Gonokokkenmetastase.
6. Eine Gonokokkentoxinwirkung.

Verfasser selbst teilt im allgemeinen die Ansicht LEWINS, daß es sich um eine vasomotorische Neurose handelt, auch erscheint es ihm möglich, daß die Gonokokken in die Haut-Blut-Lymphgefäße verschleppt, in dem Gewebe der Haut angesiedelt werden und nun entweder direkt Hautveränderungen hervorrufen, oder durch ihr Toxin. In einer Reihe von Fällen sind es sicher nur die giftigen Stoffwechselprodukte, welche die Exantheme machen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Zur Kasuistik des „hyperkeratotischen“ blennorrhoeischen Exanthems, von VIKTOR BOTT-Innsbruck. (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 21.) Bei einem 35jährigen Manne mit subakuter Blennorrhoe und blennorrhoeischer Sehnenscheidenentzündung an den Extensoren der Zehen des rechten Fußes entstanden etwa 14 Tage nach Beginn des Harnröhrenausflusses an beiden Füßen in symmetrischer Anordnung gerstenkorngroße, scharfumschriebene von gesunder, nicht geröteter Haut umgebene, braunrot gefärbte, transparente, harte Knötchen, aus denen sich mit Leichtigkeit ein horniges, wachsartig durchscheinendes Korn herauslösen ließ. Der Boden des dabei entstehenden Grübchens war blutig tingiert und sukkulent, zu einer Blutung kam es jedoch bei der Auslösung nicht. Die hornigen Knötchen entwickelten sich ungemein rasch aus weichen Knötchen, deren Inhalt aus einer schmierigen, weißlichgrauen, aus Hornzellen und Detritus bestehenden Masse gebildet war. Bald nach dem Auftreten der Knötchen entstanden über Nacht in der Gegend des rechten Malleolus internus auf einem etwa zweimarkstückgroßen Hautgebiete dicht aneinander gedrängte Haufen punktförmiger Petechien, die rasch blasser wurden und verschwanden. Auch die Hornknötchen bildeten sich, während Blennorrhoe und Sehnenscheidenentzündung sich bedeutend besserten, allmählich zurück und fielen schließlich ab. Bald darauf zeigte sich etwa handbreit über dem linken Malleolus externus ein linsengroßer, scharf umschriebener, mit der Haut verschieblicher, derber, unempfindlicher Knoten, der die gleiche braunrote Farbe wie die verschwundenen Hornknötchen zeigte, bei

starkem Glasdruck einen blassen Fleck mit leicht pigmentierter Umgebung erkennen liefs und sich im Laufe der weiteren Beobachtung nur wenig involvierte.

Das Exanthem war nach Rs. Ansicht zweifellos blennorrhoidischen Ursprungs; es entsprach in seinem Aussehen den von BUSCHKE als Hyperkeratosen beschriebenen blennorrhoidischen Hautveränderungen. R. glaubt jedoch, dafs es sich in seinem Falle, wie bei der ganzen Gruppe der blennorrhoidischen Hyperkeratosen BUSCHKES in Wirklichkeit garnicht um eigentliche hyperkeratotische Prozesse handelt, sondern um Erscheinungen, die sich in ihrem Wesen am besten als Erythema oder, unter Berücksichtigung der in dem beschriebenen Falle beobachteten Petechien, als Angiopathien auffassen lassen.

*Götz-München.*

**Erythema scarlatiniforme und Blennorrhoe**, von W. H. S. STALKARTT. (*Brit. med. Journ.* 24. Juni 1905.) In den letzten Monaten hat S. zweimal einen ausgesprochen scharlachähnlichen Anschlag am ganzen Rumpf, den Armen und Oberschenkeln, sowie (in sehr geringem Grade) am Halse auftreten sehen bei Patienten, welche an Blennorrhoe erkrankt waren. Er glaubt, eine Einwirkung von Medikamenten dabei ausschliessen zu können.

*Philippi-Bad Salzschlöf.*

**Blennorrhoidisches Erythema nodosum bei einem Knaben, nach intravenöser Kollargolinjektion geheilt**, von O. HERMANN-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Bei einem 14jährigen, blennorrhoidisch infizierten Knaben beobachtete H. ein mit unregelmässig remittierendem Fieber und Gelenkschmerzen einhergehendes Exanthem, das eine Mischung von Erythema exsudativum multiforme und Erythema nodosum, jedoch mit Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde, darstellte. Es fanden sich nämlich flach papulöse, gegen die gesunde Haut scharf abgegrenzte, rosarote, stecknadelkopf- bis fünfpfennigstückgrosse, polsterartig derbe, nicht juckende und nicht schmerzhaft effloreszenzen, die zum Teil ein zentrales Bläschen aufwiesen, zum Teil genau wie Typhusroseolen aussahen, lediglich in der Kutis safsen und daher verschieblich waren und nach dem Abblassen für einige Tage eine leichte Pigmentierung zurückliessen. Ausserdem zeigten sich gröfsere, unbewegliche, subkutan gelegene Knoten, die vorwiegend in der Nähe von oder über Gelenken lokalisiert, zart blafsrot oder leicht bläulichrot verfärbt und auf Druck mäfsig schmerzhaft waren, zum Teil eine unregelmässig langgestreckte Form besafsen und nach einigen Tagen, ohne Pigmentierung zu hinterlassen, verschwanden; dazu kam noch an der Ansatzstelle des linken Pectoralis major eine diffuse, blasse, teigige, schmerzende Weichteilschwellung, die der bei PURPURA beobachteten entsprach. Im Blute wurden bei zweimaliger Untersuchung Diplokokken gefunden, die Semmelform hatten, aber keine Gonokokken waren; trotzdem mufs die Erkrankung als eine blennorrhoidische betrachtet werden. Protargoleinspritzungen brachten bei dem Knaben die Harnröhrenaffektion im Verlaufe von drei Wochen zur Heilung, das Fieber und die Haut- und Gelenkserscheinungen wurden nach einmonatlicher Dauer durch einmalige intravenöse Kollargolinjektion (3 gr. einer 2%igen Lösung) vollständig und definitiv beseitigt.

*Götz-München.*

**Blennorrhoidische Infektion des Rectum beim Manne als Folge von Komplikationen des Harnröhrentrippers**, von R. PUCKER-Budapest. Ausser dem Coitus per anum kann die Rectalschleimhaut durch die Entleerung eines blennorrhoidischen Abszesses nach dem Rectum entstehen. (Cowperitis, Prostatitis, Spermato cystitis.) Bei einem 21jährigen Techniker geschah die Infektion nach eitriger Spermato cystitis. Die Symptome äufserten sich in lebhaften Schmerzen, Brennen und Drang zum Stuhl hauptsächlich am Ende der Miction. P. hält es für wahrscheinlich, dafs die Rectalblennorrhoe häufig übersehen wird, da die Symptome einer Prostatitis, Cowperitis, Spermato cystitis die Symptome der Rectalblennorrhoe decken. Nach den

anatomischen Verhältnissen kann die Infektion durch eitrige Spermatocystitis und Cowperitis eher geschehen, als durch Prostatitis, da die Prostataabzesse sich leichter nach der Harnröhre entleeren. (*Orvosi Hetilap* 1905. Nr. 50—51.)

*B. Kollarits-Budapest.*

**Über Blennorrhoea neonatorum**, von FRIEDRICH EBERT-Nieder-Florstadt. (Inaug.-Dissert. Bonn. 1905.) Verfasser zeigt, in welchem hohem Maße die Blennorrhoea neonatorum an der existierenden Blindheit beteiligt ist, erörtert die Ätiologie dieser Affektion und bespricht einige wichtige Kapitel der Prophylaxe. Er weist darauf hin, daß eine genaue Befolgung der von CREDÉ gegebenen Vorschriften zur Verhütung der Gonokokken-Blennorrhoe der Neugeborenen nötig ist. *Frits Loeb-München.*

**Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum, ein paar Worte zur Ehrenrettung des Protargols**, von PFALZ-Düsseldorf. (*Zeitschr. f. Augenheilk.* Bd. XIII.) PFALZ verteidigt in seiner kleinen Schrift die guten Eigenschaften des Protargols bei der Behandlung der Blennorrhoea neonatorum gegen die abfälligen Äußerungen, die sich in dem Handbuch von GRAEFE-SÄEMISCH 1901 und 1904 vorfinden und das Protargol als unwirksam im Gegensatz zum Argentum nitricum bezeichnen. Er gibt dann eine Behandlungsmethode an, die ihm seit Jahren die besten Erfolge zeitigte. Vor dem Gebrauch der kalt hergestellten 5%igen Protargollösung läßt er das erkrankte Auge jedesmal erst mit einer Lösung von Kalium permanganicum 0,1 : 150,0 gründlich durchspülen, eine Prozedur, die je nach der Schwere des Falles halbstündlich bis dreimal am Tage vorgenommen wird und wesentlich schneller Besserung herbeiführt als die Behandlung mit Argentum nitricum. Nur bei Entzündungen, die erst sehr spät in die Behandlung treten und schon eine polsterartige Schwellung der Conjunctiva zeigen und ein Adstringens erfordern, verwendet er neben der 5%igen Protargollösung auch Argentum nitricum. Er empfiehlt den Fachkollegen den weiteren Gebrauch des Protargols.

*Albert Niemyer-Berlin.*

**Beitrag zu der Lehre von der Conjunctivitis blennorrhoeica**, von JOHANNES SPIEGELHOFF. (Inaug.-Dissert. Gießen 1902.)

*Frits Loeb-München.*

**Eitrige Conjunctivitis und Blindheit**, von EDWARD JACKSON-Denver. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 11. März 1905.) Nicht alle Fälle von eitriger Bindehautentzündung bei Neugeborenen sind durch den Gonococcus veranlaßt. Aber fast alle Fälle, die in Blindheit ausgehen, sind blennorrhoeischer Natur. Nach den Statistiken sind in Europa etwa 90% der Insassen von Blindenschulen und -Asylen infolge von Ophthalmoblennorrhoe erblindet; für Amerika gibt Verfasser die Zahl schätzungsweise auf 15—18% an. Die Mehrzahl dieser Erblindungen läßt sich durch prophylaktische Mittel verhüten. Alle direkt gegen die eitrige Conjunctivitis gerichteten Mittel sind aber nicht so wichtig als soziale Maßnahmen gegen die Ausbreitung der Blennorrhoe überhaupt. Die Blennorrhoe ist eine bösartige, ansteckende Krankheit und sollte in allen ihren klinischen Erscheinungen von den Behörden als solche betrachtet werden.

*A. Loewald-Kölnar.*

**Über Metastasen im Auge bei Blennorrhoe**, von RICHARD GREFF. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 38.) Die Arbeit bildete den Gegenstand eines klinischen Vortrages. — Die Metastasen im Auge bei Blennorrhoe sind ziemlich oft. Die häufigste innere Augenerkrankung ist hier die Iritis blennorrhoeica; sie tritt als sog. Iritis plastica auf. Zehn derartige Fälle sind kürzlich aus des Verfassers Klinik in einer Dissertation mitgeteilt worden. Das äußere Auge war stets an der Entzündung mitbeteiligt. Die Behandlung der blennorrhoeischen Iritis ist dieselbe wie bei Iritiden aus anderen Ursachen. Die Prognose ist im allgemeinen gut. Es bleibt aber die große Neigung zu Rezidiven, besonders bei Vorhandensein der Synechien; jedes Rezidiv kann die Synechie vermehren, bis es zu einem Pupillenverschluss kommt.

Die Conjunctivitis blennorrhoea metastatica ist selten. Verfasser berichtet über vier Fälle, die in der letzten Zeit in der Charité zur Beobachtung kamen. Sie stellten das Bild einer heftigen Conjunctivitis dar, welche sich aber von der gewöhnlichen Conjunctivitis blennorrhoea sehr wesentlich unterscheidet. Die Intensität des Processes ist hier viel geringer, das Sekret ist wässrig-schleimig; bei mikroskopischer Untersuchung werden niemals Gonokokken (!) gefunden; der Verlauf ist ein viel kürzerer. Für die blennorrhoeische Natur des Leidens spricht einerseits das Fehlen der für die gewöhnliche akute Conjunctivitis charakteristischen Bakterien im Sekrete, andererseits das gleichzeitige Auftreten mit blennorrhoeischen Gelenkentzündungen.

Die Retinitis blennorrhoea ist sehr selten. Verfasser berichtet über einen Fall von BURCHARDT, der ein Frauenzimmer betrifft, bei dem an einem Tripper sich Gelenkentzündung und Regenbogenhaut- und Strahlenkörperentzündung angeschlossen haben.

Ferner wurde vom Verfasser in einem Falle eine Chorioiditis mit nachfolgender Phthisis bulbi im Verlauf einer chronischen Blennorrhoe beobachtet; nach Enukleation des Bulbus hat die mikroskopische Untersuchung eine totale Netzhautabhebung durch ein von der Chorioidea abgesondertes Sekret gezeigt, die Chorioidea überall schwielig verdickt, die Processus ciliares miteinander verwachsen, Iris atrophisch in eine entzündliche Papillarmembran übergehend.

Schließlich giebt es Fälle, bei denen Metastasen im Körper von blennorrhoeischen Erkrankungen im Auge ausgehen. Diese Fälle betreffen fast nur Neugeborene oder Kinder in den ersten Jahren. Verfasser berichtet über einen Fall aus der Charité, der ein vier Jahre altes Kind betrifft, bei dem nach Conjunctivitis blennorrhoea und Panophthalmie metastatisch eine Nephritis blennorrhoea (Gonokokken im Urinsediment) entstand.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Hodengangrän bei Blennorrhoe**, von A. B. BUSCHKE-Berlin. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) An und für sich sind Entzündungen des Hodens selten, und nur selten einmal wird durch Vermittelung der Tunica vaginalis testis der blennorrhoeische Krankheitsprozess vom Nebenhoden aus fortgesetzt. Ganz eigenartig aber ist ein Fall von Hodenveränderung, welcher dem Harnröhrenkanal seine Entstehung verdankte, aber anscheinend nicht gerade durch den Gonococcus selbst erzeugt wurde. Bei einem 27 Jahre alten, im übrigen kräftigen und gesunden, seit einigen Wochen an Blennorrhoe akut erkrankten Manne kam es zu einer Hodennekrose mit Abscessbildung, welche zu einer totalen Zerstörung eines Testikels führte, im Anschluss an die akute, nicht besonders bösartige Blennorrhoe und eine Nebenhodenentzündung, welche letztere einen ganz gutartigen Verlauf nahm. Die Affektion entwickelte sich ganz allmählich, ohne Allgemeinerscheinungen und auch lokal mit nur geringen subjektiven und objektiven Symptomen. Bakterieller Befund: colähnliche Bakterien.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der blennorrhoeischen Epididymitis**, von MORIZ OPPENHEIM und OTTO LÖW-Wien. (*Virch. Arch.* 1905. Bd. 182.) Bei der klinischen Beobachtung des Entstehens einer blennorrhoeischen Epididymitis finden sich gewisse bestimmte Eigentümlichkeiten. Ursächliche Momente der Komplikation sind neben brusken Bewegungen mechanische oder chemische Irritationen der hinteren Harnröhre sowie Samenentleerungen. In vielen Fällen überspringt der Entzündungsprozess das Vas deferens und beginnt fast immer in der Cauda epididymidis; von da aus erst geht er auf den Samenleiter und den übrigen Nebenhoden über. Die Schnelligkeit des Auftretens des Processes kann durch rasenförmiges Fortschreiten im Lumen

des Vas deferens nicht erklärt werden; gegen die lymphogene Ausbreitung aber sprechen die histologischen Befunde von NOBL, SELLEI und SIMMOND sowie die Versuche BAUMGARTENS. — Die Eigentümlichkeiten erklären sich aber völlig, wenn man annimmt, daß die Fortleitung des Prozesses in die Epididymis durch antiperistaltische Bewegung des Vas deferens geschieht. Denn diese Antiperistaltik findet sich nicht nur beim Kaninchen und Meerschweinchen, sondern auch beim Menschen. Sie kann experimentell durch alle jene Momente erzeugt werden, durch die Epididymitis entstehen kann. Sie kommt zustande bei heftigen Träumen, sie kann, wie der von den Verfassern gefundene Reflex beweist, durch Reizung des Caput gallinaginis ausgelöst werden, sie ist ein wichtiger Vorgang bei jeder Samenentleerung. Es gelingt endlich, bei Kaninchen durch die so erzeugte antiperistaltische Bewegung, bei Anwesenheit von Kokken in der hinteren Harnröhre, experimentell eine Epididymitis, ganz analog der blennorrhöischen beim Menschen, hervorzurufen.

Die Verfasser ziehen aus diesen Ergebnissen folgende praktische Schlüsse:

Es ist kontraindiziert, bei akuter Urethritis posterior instrumentelle Eingriffe irgendwelcher Art zu machen. Prostataexplorationen sind nur mit Vorsicht vorzunehmen. Der Patient muß sich vor sexuellen Erregungen, Pollutionen und forcierten körperlichen Bewegungen hüten. Je akuter die Urethritis posterior, desto größer die Gefahr; denn die Hyperämie befördert infolge der erhöhten Irritabilität das Zustandekommen einer Antiperistaltik. Der Standpunkt FINEAS, bei einseitiger Epididymitis jede lokale Behandlung der hinteren Harnröhre zu sistieren, ist aufrecht zu erhalten, es kann sonst der andere Nebenhoden erkranken. Bei Urethritis posterior subacuta und chronica sind, solange Gonokokken vorhanden sind, beizende Injektionen zu unterlassen.

A. Loewald-Kolmar.

**Bakteriologische Untersuchungen bei blennorrhöischer Allgemeininfektion,** von PROCHASKA. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 88. Heft 1 u. 2.) Verfasser schildert sechs Fälle von blennorrhöischer Allgemeininfektion, bei denen der Gonokokkennachweis im Blut gelang und die die Mannigfaltigkeit der Folgeerkrankungen der Blennorrhoe illustrieren. Besonders interessant ist der fünfte, bei dem sich im Anschluß an die Blennorrhoe eine eiterige Samenblasenentzündung und eiterige Cerebrospinalmeningitis fand. Der sechste erkrankte einen Monat nach Ablauf des Trippers an seröser Pleuritis mit Gonokokken.

F. Hahn-Bremen.

**Die Rolle der bakteriologischen Untersuchung in der Therapie der Blennorrhoe,** von TERREPSON - Dorpat. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) Die Kultur, sagt Verfasser, soll nur angelegt werden, um die endgültige Heilung eines Trippers zu konstatieren, nie aber im Beginn oder im Stadium irgendwelcher Absonderungen. Wir haben nicht das Recht, den Patienten die verhältnismäßig hohen Kosten für eine durchaus unnütze Untersuchung zuzumuten, und erwecken in ihnen nur den Glauben, als ob die Beseitigung der Gonokokken die Hauptsache wäre, die Residuen gar nicht existierten. (Verfasser rennt mit seiner Forderung offene Türen ein; ohne zwingenden Grund wird kein Praktiker seinen Tripperkranken die bakteriologische Untersuchung vorschlagen. Ref.)

A. Loewald-Kolmar.

**Über die Behandlung des Trippers beim Manne durch den praktischen Arzt,** von EDMUND SAALFELD. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 38-40.) Die Arbeit bildete den Gegenstand eines im Ferienkurs für praktische Ärzte gehaltenen Vortrages und enthält dem Zwecke entsprechend, die wichtigsten Anhaltspunkte für die Diagnose und Therapie des akuten und chronischen Trippers und seiner häufigsten Komplikationen beim Manne.

Bezüglich der medikamentösen Therapie steht Verfasser, im Gegensatz zu den meisten Autoren, auf dem Standpunkt, daß eine Blennorrhoe durch rein medika-

mentöse Behandlung zu vollkommener Heilung gebracht werden kann, und empfiehlt sie in erster Linie seinen Hörern. Unter den inneren Mitteln stelle das Gonosam einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie.

Die zu Injektionen empfohlenen Mittel werden nur kurz und oberflächlich, die JANETsche und die DIDAYsche Irrigationsmethode eingehend besprochen. — Zur Behandlung der Urethritis posterior chronica empfiehlt Verfasser Spülungen mit Nelatonkatheter und dann mit GUYONschem und ULZMANschem Katheter oder mit der von ihm modifizierten Kathetersonde.

Bei der Therapie der Epididymitis wird die kunstgerechte Anlegung eines ZEISLschen Suspensoriums warm befürwortet. — Zur Behandlung mittlerer organischer Strikturen mit elastischen Bougies empfiehlt Verfasser seine „Nélaton-Bougies“ oder „Spiralbougies“.

Die Heilung der OEDMANSONschen Blennorrhoe ist nach Verfasser am besten durch Verödung der Gänge entweder elektrolytisch oder galvanokaustisch zu erzielen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

## Verschiedenes.

**Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten**, von LEOPOLD FREUND-Wien. (*Ztschr. f. diätet. u. physik. Ther.* 1906. Bd. IX.) Eine vollkommen zweckentsprechende Schutzvorkehrung für den Radiotherapeuten muß folgenden Forderungen entsprechen: Sie muß seinen ganzen Körper sicher schützen. Sie muß ihm die Beobachtung und die Kontrolle des exponierten Kranken ebenso wie jene des Apparats stets vollkommen ungehindert ermöglichen. Sie muß dem Arzt jederzeit ermöglichen, den Apparat zu regulieren, ohne seinen Körper den Strahlen auszusetzen, und muß dem Arzte dabei vollkommene Bewegungsfreiheit lassen. Hierzu eignet sich eine Schutzwand aus Holzplatten, mit Blei beschlagen, in deren Mitte ein Bleiglasfenster ist. In diesem Kasten sitzt der Patient und kann von außen durch das Fenster vom Arzte beobachtet werden. Eine Abbildung zeigt die zweckmäßigste Einrichtung.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Kongenitale symmetrische Faltenzunge („Langue scrotale“)**, von JOSEPH PAYENNEVILLE. (*Thèse de Paris.* 1905. Nr. 224.) Die kongenitale symmetrische Faltenzunge ist fast stets als eine echte Dystrophie aufzufassen, die zusammen mit anderen Dystrophien, z. B. der Zähne, vorkommt. Charakteristisch ist außer ihrem kongenitalen ihr familiäres, manchmal durch mehrere Generationen zu verfolgendes Auftreten. Solange nicht gleichzeitig sekundäre Komplikationen bestehen, ist die symmetrische angeborene Faltenzunge indolent, stellt aber einen Locus minoris resistentiae dar für alle Arten von Infektion, besonders für die syphilitische. Hereditäre Lues ist nicht als alleiniges ätiologisches Moment für das Auftreten der interessanten Affektion aufzufassen.

*Frits Loeb-München.*

**Ein Vortrag über praktische Momente in der Diagnose von Hautkrankheiten**, von W. EVANS-London. (*Lancet*, 20. Jan. 1906.) Enthält nichts Neues.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Bericht über das Volkswohlsein und über die ärztliche Hilfe in Rufaland im Jahre 1903.** Herausgegeben vom Amt des Hauptmedizinalinspektors. St. Petersburg 1905. Wie im Vorwort dieses umfangreichen Werkes bemerkt wird, ist der

letzte vorhergehende Bericht über die Jahre 1898—1895 im Jahre 1898 erschienen. Verschiedene Umstände haben die Fortsetzung der damaligen Arbeiten verzögert, welche aber jetzt beseitigt worden sind, so daß weitere Berichte über diese interessanten Fragen in Aussicht gestellt werden. Von den 17 verschiedenen Kapiteln dieses Buches dürfte die Leser der *Monatshefte für praktische Dermatologie* nur dasjenige über die ansteckenden Krankheiten und zwar speziell über zwei derselben, Syphilis und Scabies interessieren, so daß ich nur über die Häufigkeit dieser zwei Krankheiten in Rußland nach diesem Bericht referieren will.

#### Syphilis.

Die Gesamtziffer aller im Jahre 1908 registrierten Fälle von Syphilis beträgt 1054 387 oder 75,3 auf je 10 000 Einwohner.

Wie folgende Tabelle zeigt, hat die Anzahl der registrierten Fälle von Syphilis in den letzten zehn Jahren beständig zugenommen.

Es wurden Syphilisfälle verzeichnet:

im Jahre:	Absolute Ziffer:	Auf 10 000 Einwohner:
1892	715 288	60,6
1893	753 028	63,2
1894	768 942	63,5
1895	804 402	65,4
1896	882 666	70,6
1897	941 958	74,3
1898	939 020	72,9
1899	909 033	69,5
1900	936 985	70,4
1901	961 628	71,1
1902	1 007 429	73,2
1908	1 054 387	75,3

Hierzu wird aber im Bericht bemerkt, daß diese Ziffern nur ein sehr approximatives Urteil über die wirkliche Anzahl der Syphilitiker erlauben, weil einerseits bei dem Mangel von namentlichen Listen ein und dieselben Kranken mehrfach registriert worden sein könnten und weil andererseits Angaben von den freipraktizierenden Ärzten so gut wie fehlten.

Von den 1 054 387 Syphilisfällen des Jahres 1908 betrafen

66 591	oder 6,4%	das primäre Stadium
466 183	„ 44,2%	„ sekundäre „
und 521 613	„ 49,4%	„ tertiäre „

Das Verhältnis der tertiären Syphilis zur sekundären unterliegt natürlich großen Schwankungen in den einzelnen Gouvernements, wie in den Städten gegenüber dem Lande. Während von den 1 054 387 Syphilisfällen 307 775 oder 29,1% auf die Städte und 746 612 oder 70,9% auf das Land fallen, gehörten davon in den Städten 84% und auf dem Lande 55,8% dem tertiären Stadium an. Eine Krankenhaus-Verpflegung erfuhren von allen diesen Syphilisfällen nur 99 250 Personen oder 9,4%, wovon 10 639 oder 10,7% den primären, 65 760 oder 66,3% dem sekundären und 22 851 oder 23% dem tertiären Stadium angehörten. Es starben an Lues in den Krankenhäusern 0,7% aller Behandelten oder 1,6% der tertiären und 0,5% der sekundären Fälle.

#### Scabies.

Es wurden Scabiesfälle verzeichnet:

im Jahre:	Absolute Ziffer:	Auf 10 000 Einwohner:
1897	2 082 417	164,2
1898	2 365 621	188,6



im Jahre:	Absolute Ziffer:	Auf 10000 Einwohner:
1899	2 650 427	202,5
1900	3 164 989	237,7
1901	3 333 333	246,3
1902	3 356 317	244,0
1903	3 680 761	259,3

Hiervon gehörten im Jahre 1903 nur 358 987 oder 9,8% den Städten und 3 271 774 oder 91,2% dem Lande an. In den Krankenhäusern wurden 10 285 oder 0,3% aller Fälle von Krätze behandelt.

Wenn man die einzelnen Gouvernements in Berücksichtigung zieht, so kam die Krätze am meisten in dem östlichen Teil des europäischen Russland und im Uralgebiet vor, nächst dem in den nördlichen Gouvernements, im zentralen und mittel-östlichen Gebiet.  
*Arth. Jordan-Moskau.*

**Principiis obsta!** Ein Mahnwort an die Berufsgenossen in der Frage der Krebsterapie von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Das von der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählte Carcinomkomitee hat beschlossen, durch einen Aufruf an die praktischen Ärzte auf die große Bedeutung der Frühdiagnose und Frühoperation des Carcinoms eindringlich hinzuweisen. Dieser Aufruf wurde in der *Wien. klin. Wochenschr.* in Nr. 52 1905 niedergelegt.

Zunächst kam es darauf an, den Irrtum zu zerstreuen, und die von jeher vorgefasste Meinung, daß zu den legitimen Krankheitserscheinungen des Krebses eine charakteristische Cachexie gehöre, die jedesmal das ganze Bild beherrsche und dem Leiden den Charakter eines Allgemeinleidens aufdrücke.

Der Krebs ist schlechterdings unter allen Umständen erst ein lokales Leiden, gegen das die Chirurgie, rechtzeitig und richtig ins Feld geführt, zweifellos gewappnet ist. Das Ziel der vollständigen operativen Entfernung des Krebses und hiermit der radikalen und dauernden Heilung ist um so leichter und um so gewisser erreichbar, je mehr die Operation den Charakter einer Frühoperation trägt.

An der Hand zahlreicher Statistiken der Mamma-Carcinom-Operationen zeigt sich der außerordentlich wichtige Einfluß dieser Erkenntnis, die in den Kliniken wenigstens schon durchgängig Platz gegriffen hat.

Es werden nun die markantesten Anhaltspunkte bezüglich der Frühdiagnose an den verschiedensten Organen und Gegenden in Erinnerung gebracht, so an der Haut, der Lippe, der Zunge, dem Mundboden, der Wangenschleimhaut, dem Kehlkopf, der Brustdrüse, an Magen, Darm, Mastdarm, Harnwegen und weiblichen Genitalien.

Die Quintessenz dieser Betrachtungen und Erfahrungen ist die: Unser Bestreben muß dahin gerichtet sein, in jedem einzelnen Falle durch gewissenhafteste Ausnützung aller diagnostischen Behelfe zur Frühdiagnose des Carcinoms zu gelangen, um die Krebskranken in jenem Stadium der operativen Behandlung zuzuführen, in dem der Eingriff zur dauernden Heilung führen kann.  
*Arthur Rahm-Berlin.*

Aus der Budapester Universitätsklinik für Dermatologie (L. A. Nékám.)

## Beiträge zur Ätiologie der Pityriasis rosea.

Von

Dr. JOHANN V. SZABÓKY,  
em. Assistent.

Die Aufmerksamkeit auf diese Krankheit lenkte GIBBERT im Jahre 1860 mit einer kurzen, doch sehr klaren Beschreibung derselben. Die seither überaus zahlreich erschienenen Arbeiten geben zusammengefasst folgendes Bild über diese Erkrankung:

Die Krankheit tritt zumeist bei erwachsenen Männern auf, ganz unabhängig von jahreszeitlichen und anderen Umständen. Prodromen sind kaum bemerkbar, höchstens gehen ihr Mattigkeit und Halsschmerzen voraus. Der Ausschlag beginnt zumeist mit einer einzelnen Plaque (Brocq's Plaque mère), welche oval, bläulich-grau-rosarot, weich, kaum infiltriert ist und diffuse Grenzen besitzt. Ihr Sitz ist am Rumpfe, seltener an den Extremitäten oder am Nacken, und nimmt im Verlaufe von ein bis zwei Wochen die Gröfse eines Marktstückes, eines Talers bis zu einer Kinderhandfläche (JADASSOHN) an, wobei das Zentrum allmählich ablassend heilt.

Diese Plaque kann so auch wochenlang dauern, ohne dem Kranken die mindeste Unannehmlichkeit zu verursachen, doch folgt regelmäfsig schon nach einer Woche ein allgemeiner Ausschlag, welcher besonders am Körper und an den Oberarmen, viel seltener aber an den Unterarmen und am Gesicht, jedoch nie an den Handflächen oder an den Sohlen auftritt. In diesem Stadium kann die Krankheit der Roseola syphilitica sehr ähnlich sein.

Die einzelnen Plaques sind zu solcher Zeit nagelgröfse, blafs rosafarbige, sich kaum erhebende Flecken mit diffusen Rändern, welche sich langsam vergröfsern, manchmal konfluieren, fortwährend fein schuppen und kaum etwas jucken. Manchmal sind viele Hunderte auf einmal vorhanden.

Ohne eine Behandlung kann dieser sekundären Eruption nach zwei bis drei Wochen eine neue folgen; gewöhnlich jedoch verblasst der ganze

Ausschlag nach vier bis sechs Wochen und verschwindet gänzlich mit Hinterlassung einer geringen Pigmentation; BROOQ vergleicht daher nicht ganz ohne Unrecht diesen Verlauf mit dem des sekundären Stadiums der Syphilis. Die Prognose ist vorzüglich, doch kann der Verlauf in vielem von dem normalen abweichen; so dauerte in einem Falle von HALLOPEAU die Krankheit vier Jahre; auch BESNIER und DOYON fanden sehr hartnäckige Fälle; VIDAL betrachtete sogar die langandauernden und durch ringartige Plaques charakterisierten Fälle als eigenartige Erkrankungen und bezeichnete sie mit dem Namen Pityriasis marginé et circiné.

Im Gegensatze zu den älteren Ansichten halten THIBIERGE und nach ihm mehrere bei dieser Krankheit die Rezidive für ausgeschlossen.

Was die Ätiologie dieser Krankheit betrifft, weichen die Meinungen sehr voneinander; während einige sie für eine parasitäre Erkrankung halten, leitet der andere Teil der Forscher dieselbe von inneren Störungen ab. Die Anhänger der parasitären Theorie nehmen zweierlei Standpunkte ein: einige (HEBRA, KAPOSÍ) glaubten, daß die Pityriasis rosea durch den Trichophyton hervorgerufen wird, und haben derselben den Namen Herpes tonsurans maculosus et squamosus gegeben. Sie behaupten zugleich, daß der Trichophyton in jedem Falle ausweisbar ist (EHRMANN, ULLMANN, HAVAS 1892). Die anderen wieder halten, nach der Form und Erscheinung der Erkrankung urteilend, den parasitären Ursprung für wahrscheinlich, bemerken jedoch, daß derselbe ganz unabhängig vom Trichophyton und daß der Parasit der Pityriasis rosea heute noch unbekannt ist (TANDLER, PIOK, NEISSER, RIEHL, KÖBNER, ISAAC, UNNA, SARUBIN, LESSER, ROSENTHAL, RÓNA, NÉKÁM); ferner halten sie es für möglich, daß die Trichophytiasis zwar sehr selten, aber doch einen der Pityriasis rosea ähnlichen und mit derselben eventuell verwechselbaren Ausschlag verursacht.

Zu jenen, welche die parasitäre Theorie nicht annahmen, gehören MOINGARD, FOURNIER, BARDUZZI, ORO und MOSCA, BESNIER und FEULARD. Diese halten die Erkrankung teilweise für ein Exanthem, teilweise für ein mit Magenerweiterung, Descensus ventriculi oder intestinalen Störungen verbundenes Leiden. Der einzige JACQUET erwähnt einen Fall, wo bei einem Mädchen die Erkrankung vielleicht infolge eines Schreckens aufgetreten ist.

---

Seit 1898<sup>1</sup> bekam ich die Krankheit in 119 Fällen zu sehen, wovon in 38 Fällen die Beobachtung sowie auch die Behandlung mir überlassen wurde. In 67,2% dieser 119 Fälle trat die Erkrankung bei Männern auf. In 87 Fällen waren die Erkrankten 15—40 Jahre, in drei Fällen über

<sup>1</sup> Bis 1905.

40, in sieben Fällen 10—15 und einmal vier Jahre alt. Bei meinen Fällen trat das Leiden mehr im Herbst (28%) und Winter (31%) auf, öfters auch während des Überganges der Jahreszeiten (30%), und zwar beobachtete ich in 41% dieser 30% diese Erkrankung während des Überganges des Herbstes zum Winter.

In 50% meiner Fälle beklagten sich die Kranken über ein der Erkrankung vorausgehendes schwaches Fieber (siehe die Fälle 1, 2, 3, 6, 10) und über die damit verbundenen Erscheinungen, wie Mattigkeit, Kopfschmerzen, Frösteln und Hitze; in vier Fällen traten Halsschmerzen auf, welche in drei Fällen eine schnell vorübergehende Pharyngitis verursachte (siehe den Fall 5), in einem Falle aber, wie folgende Krankengeschichte zeigt:

1. Bei M. B., einer 20jährigen Frau, traten, vom 2. Januar 1899 angefangen, in Begleitung eines schwachen Fiebers am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, der Hände und der Füße verschieden große, sich stellenweise über das Niveau der Haut erhebende, gelb-rötliche, kaum schuppende, juckende Flecken auf. Die Kranke klagte über Halsschmerzen; Tonsillen rot und geschwollen. Obstipation. Die Kranke errötet und sittert oft, ganz ohne eine Ursache; diese beiden Erscheinungen blieben während der ganzen Beobachtungszeit vorhanden und steigerten sich nach psychischen Emotionen. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe, Abführmittel, gegen die Halsschmerzen: Gurgeln mit Salzwasser und PRUSSNITZ-Umschläge. Am 10. war die Tonsillitis geheilt. Der Verlauf der Erkrankung dauerte sieben Wochen.

Die Kranken meldeten sich regelmäßig erst im Stadium der allgemeinen Eruption, und diesem Umstande ist es zuzuschreiben, daß die Primitivplaque BROOCS nur in 50% der Fälle sicher zu erkennen war. Die Größe derselben variierte zwischen 1—3 cm, doch überragte sie immer um vieles die Flecken der sekundären Eruption; in 77% der Fälle trat sie in der Gegend unter dem linken Schlüsselbein auf, in 11% in der Gegend unter dem rechten Schlüsselbein, in 6% an den Schenkeln und in den letzten 6% um das Kreuzbein (siehe die Fälle 3, 5, 9, 10).

Die Lokalisation der Eruption wies ihrer Häufigkeit nach folgende Reihenfolge auf: obere Extremitäten, Hals, Bauch und untere Extremitäten. Selten zeigte sich die Eruption im Gesicht, einmal am Augenlid, jedoch nie an Händen oder Füßen. Es fiel mir auf, daß in 30% der Fälle die Eruption symmetrisch auftrat: an den entsprechenden Stellen der Extremitäten (z. B. nur an den Oberarmen oder nur an den Unterarmen) oder an den symmetrischen Stellen des Rumpfes (siehe Fall 6); in einem Falle war die Lokalisation ganz einseitig (siehe den Fall 7).

Das Leiden verschwand in sechs bis acht Wochen mit einer Verblassung der Eruption eventuell sehr selten mit Hinterlassung einer Pigmentation. Eine Rezidive beobachtete ich nur in dem folgenden Falle:

2. Bei dem 19jährigen H. H. zeigten sich, vom 15. Februar 1899 angefangen, in Begleitung eines schwachen Fiebers und Schwitzen an den oberen Extremitäten,

an den Seiten und am Nacken gelb-bräunliche, ein wenig schuppene, sich über die Hautoberfläche kaum erhebende, ein wenig juckende Flecken. Nach einer sechs-wöchentlichen Behandlung verschwand das Leiden. Angefangen vom April 1899, zeigte sich an denselben Stellen ein ähnlicher Ausschlag. Das Schwitzen verminderte sich nach der Heilung, steigerte sich jedoch während der neuen Eruption. Laut Aussage des Kranken bekam jemand von ihm dieselbe Eruption, doch konnte diese Behauptung nicht verifiziert werden. Die Untersuchung auf Trichophyton gab ein negatives Resultat. In den sorgfältigst angelegten Kulturen entwickelten sich nur Bakterien und Sarcinen. Die Einimpfung der Schuppen auf Menschen konnte keinen Krankheitsprozess hervorrufen. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe. Endgiltige Heilung nach fünf Wochen.

Bei der Forschung nach der Ursache dieser Krankheit machte ich vor allem, den parasitären Ursprung derselben betreffend, die ausgiebigsten Untersuchungen. So die Schuppen der Plaque mère, wie auch diejenigen anderer Plaques untersuchte ich mehreremal auf Hyphomyceten in den verschiedenen Stadien der Krankheit, nach BLASCHKO (aus tieferen Schichten), von den Plaque mère mit Kollodium nach EHRMANN (mit Xylol), jedoch in jedem Falle mit negativem Resultate.

Ich impfte auf das von SABOURAUD empfohlene Trichophyton Agar in 30 Fällen ein, ferner auf gewöhnliche Bouillon, auf 5% Peptonbouillon, auf ein gewöhnliches und Glycerinagar, auf LÖFFLERS Blutserum, auf Gelatine und auf Hautbouillon: zerstoßene Menschenhaut- und Menschenfleischbouillon = 24 Stunden lang mazeriert und dann sterilisiert.

Obgleich ich Sarcinen, Kokken, Streptokokken und Staphylokokken, wie sie ORO und MOSCA, TANDLER und KÖBNER erwähnen, fast in jedem Falle reichlich erhielt, muß ich dennoch den Parasit der Pityriasis rosea für unbekannt halten, denn all diese Pilze konnten auch aus den Schuppen der gesunden Haut kultiviert werden, und die Einimpfung der reinen Kultur auf Tieren rief keine Veränderung hervor. Um auch jenem Einwande vorzubeugen, daß die Pityriasis rosea bei Tieren nicht auftritt, rief ich in 15 Fällen mit den Schuppen die Brust und Arme von Menschen ein, doch konnte ich auch nach mehrwöchentlicher Observation kein Entstehen der Pityriasis rosea bemerken.

Unter solchen Umständen sah ich mich veranlaßt, die Parasitärtheorie fallen zu lassen und die Ursache der Erkrankung einer inneren Störung zuzuschreiben. In erster Reihe beobachtete ich das Befinden des Tractus digestionalis. In 28% der Fälle klagten die Kranken meistens über eine Obstipation (siehe die Fälle 1, 3, 10), Appetitlosigkeit (siehe den Fall 3) und Magenkrämpfe. In Anbetracht der kleinen Anzahl von intestinalen Leiden und daß wir im Gegensatze zu dieser bei dreimal soviel eine gesunde Verdauung besitzenden Individuen die Krankheit auftreten sahen, und ferner, daß die konstatierten Störungen keinesfalls solcher Natur waren, daß sie die Disposition des Organismus und dessen Schwächung zur Folge

hatten, mußten wir noch nach einer anderen Erklärung forschen, und tatsächlich fand ich auch in 66,6% meiner Fälle, daß im Nervensystem der Kranken irgendwelche funktionelle Störungen obwalten, unter welchen mir besonders ein ohne nähere Ursache auftretendes profuses Schwitzen (siehe die Fälle 2, 5, 6, 7, 8, 10) auffiel. Dieses Schwitzen bestand sehr oft auch schon vor der Eruption und steigerte sich während derselben, wie dies der folgende Fall beweist:

3. Bei dem 24jährigen A. B. traten, vom 12. Januar 1899 angefangen, in Begleitung eines schwachen Fiebers an den Armen, vom 26. Januar angefangen aber am ganzen Körper verschiedene große, blaß glänzende, rosafarbige, an einigen Stellen sich über die Hautoberfläche erhebende Flecken auf, welche kaum etwas juckten und schuppten. Der Kranke war appetitlos und litt an Obstipation. Das schon seit langem vorhandene, mäÙige, grundlose Schwitzen steigerte sich seit dem Auftreten der Krankheit sehr. Am 18. Januar 1899 ist an dem oberen Drittel der linken Thoraxhälfte die nagelgroÙe, ovale, primäre Plaque noch sichtbar, welche um sechs Tage früher als der Ausschlag auftrat. Therapie: 5%ige Präzipitatsalbe, Abführmittel. Heilung in acht Wochen.

Das erwähnte Schwitzen trat auch erst während der Eruption auf, wie in dem folgenden Falle:

4. Bei dem 27jährigen L. S. traten seit dem 1. November 1898 am ganzen Körper, mit Ausnahme des Gesichtes, der Hände und der FüÙe, sich ein wenig über das Niveau der Haut erhebende, gelb-rötliche, linsen- bis hellerstückgroÙe Flecken in großer Anzahl auf. Bei Auftreten des Leidens war Zittern und starkes Schwitzen zu beobachten, welches bis zur gänzllichen Heilung vorhanden blieb. Die Untersuchung der Schuppen auf Trichophyton ergab ein negatives Resultat; auf Einimpfung entwickelten sich Kokken und kurze Bakterien. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe. Heilung des Leidens, sowie auch der nervösen Störungen in fünf Wochen (siehe noch den Fall 7).

Den nervösen Ursprung des gesteigerten Schwitzens beweist dieser Umstand, daß sich jenes unter einem psychischen Einflusse steigerte.

5. Bei dem 29jährigen J. A. traten, vom 19. September 1900 angefangen, an der Brust, am Halse und an den Armen gelb-rötliche, fein schuppende, kaum juckende, zahlreiche kreuzergroÙe Flecken auf. Die primäre Plaque, welche acht Tage vor der allgemeinen Eruption auftrat, lag unter dem rechten Schlüsselbein und war kinderhandflächengroÙ. Am 27. September 1899 geringe Pharyngitis. Patient ist aufgereggt und erschrickt leicht; er schwitzt stark, was sich auf lautes Ansprechen und psychische Emotionen steigert. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe. Heilung in sechs Wochen (siehe noch den Fall 6).

Manchmal trat das Schwitzen so stark auf, daß der Schweiß vom Kranken fast herunterrannt.

6. Bei dem 21jährigen J. Fr. traten, angefangen vom 12. Dezember 1900, in Begleitung eines niedrigen Fiebers an den Achselhöhlen und Schultern, an den Oberarmen und an den inneren Seiten der Schenkel, jedoch immer an symmetrischen Stellen, nagelgroÙe, in der Mitte ein wenig schuppende, juckende, rosafarbige Flecken auf. Der Kranke klagt über Schwitzen, welches sich seit dem Auftreten des Leidens

so steigerte, daß ihm nach jeder kleineren psychischen Emotion der Schweiß wie herunterrann. Therapie: teils 10%iges Paraformkollodium, teils 10%ige Präzipitatsalbe. Heilung in sechs Wochen, wobei sich auch das Schwitzen minderte.

In einem Falle trat die Erkrankung ausgesprochen einseitig auf.

7. Bei D. Sz. trat, angefangen vom 18. Dezember 1899, an der linken Seite der Brust und des Rückens ein linsen- bis nagelgroßer, rosafarbiger, schuppender, stellenweise juckender Ausschlag auf. Der Kranke ist nervös, schnell erregbar und schwitzt an der linken Seite des Körpers. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe. Am 22. Dezember 1899 verbreitete sich der Ausschlag über die ganze linke Hälfte des Körpers, angenommen die Hand und den Fuß. Am 29. Dezember 1899 bessert sich der Zustand. Am 8. Februar 1900 ist er geheilt; während der ganzen Zeit lokalisierte sich die Eruption sowie auch das Schwitzen nur auf die linke Seite.

Ein andermal zeigte sich die Abweichung hauptsächlich in dem starken Zittern, was sehr oft selbst den Kranken auffiel, und dieses Zittern blieb bei jeder Krankmeldung, auch wenn sich die Kranken auf der Klinik schon heimisch fühlten, noch immer vorhanden.

8. Bei dem 15jährigen D. Gr. traten, angefangen vom 14. Oktober 1900, am ganzen Körper, besonders am Halse, in den Achselhöhlen und an den Biegungen der Ellenbogen gelbliche, stellenweise schuppende, kaum juckende, sich manchmal über die Haut erhebende, linsen- bis nagelgroße Flecken zahlreich auf. Der Kranke ist sehr aufgeregt, zittert oft ohne Ursache und schwitzt dabei sehr stark. Diese Erscheinungen steigerten sich seit dem Auftreten der Krankheit sehr. Vom 24. Oktober 1900 angefangen, zeigten sich am Gesicht ähnliche, ein wenig infiltrierte, stellenweise squamöse Flecken. Therapie: teils 10%iges Paraformkollodium, teils 10%ige Präzipitatsalbe. In sieben Wochen verschwand der ganze Prozeß spurlos und mit ihm die nervösen Erscheinungen (siehe noch die Fälle 1 und 4).

Außer den erwähnten Erscheinungen finden wir noch das Auftreten von vasomotorischen Störungen (Erröten, Erblassen [siehe die Fälle 1, 5, 7]) oder gesteigerte reflektorische Bewegungen (Zuckungen und Zusammenzucken beim Berühren).

9. Bei dem 20jährigen V., B. traten, angefangen vom 8. Dezember 1899, an der Brust, am Rücken und am Bauche gelb-rötliche, sich stellenweise über das Niveau der Haut erhebende, schuppende, juckende, zu Hunderten erscheinende, verschieden große Flecken auf. Der Kranke ist bei Berührung der Haut sehr aufgeregt, doch treten auch spontan am Körper Zuckungen auf. In der Gegend des linken Schlüsselbeins befindet sich eine primitive Plaque in der Größe eines halben Hellerstückes, welche sechs Tage vor der sekundären Eruption auftrat. Therapie: 10%ige Präzipitatsalbe. Heilung in fünf Wochen.

Es traten auch heftige Kopfschmerzen auf, welche sich mit dem Verlaufe des Leidens besserten und mit der Heilung verminderten.

10. Bei dem 21jährigen S. B. traten, angefangen vom 21. November 1899, in Begleitung von sich fortwährend steigenden Kopfschmerzen und Fieber, langsam über den ganzen Körper sich verbreitende, stellenweise linsen- bis kreuzergroße, gelb-rötliche Flecken auf, von welchen einzelne abschuppten und juckten. Der Kranke leidet an ausgesprochener Verstopfung. Seit dem Auftreten des Leidens ist ein starkes Schwitzen vorhanden. Unter dem linken Schlüsselbein befindet sich eine ovalförmige,

primäre Plaque, welche sechs Tage vor der sekundären Eruption auftrat. Therapie: 5%ige Präcipitatalbe, Abführmittel. Am 28. November 1899 hört die Obstipation auf, die Kopfschmerzen dauern fort; am 19. Dezember bessert sich der Zustand, die Kopfschmerzen werden schwächer. Am 29. Dezember ist das Leiden geheilt, schwächere Kopfschmerzen melden sich jetzt nur zeitweise.

Schließlich trat die Erkrankung in einem Falle vollkommen symmetrisch (siehe den Fall 6), in einem anderen aber nur auf einer Seite auf (siehe den Fall 7).

Wie es aus den Krankengeschichten hervorgeht, traten die Erscheinungen manchmal zusammen auf (siehe die Fälle 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10).

Auf Grund der oben erwähnten Beobachtungen ist meine Ansicht betreffs der Ätiologie dieser Krankheit die folgende:

1. Gar keine Beobachtung gibt einen Beweis für den parasitären oder gar contagiösen Charakter dieser Krankheit.

2. Der Verlauf der Krankheit (Prodromen, primäre, sekundäre Ausschläge, die Seltenheit der Rezidiven, das begleitende schwache Fieber) beweist den Charakter sui generis des Prozesses und schließt die Auffassung aus, daß dieser ein durch rein digestionelle Störungen hervorgerufenes Exanthema wäre.

3. Die in der Literatur bisher noch nicht besprochenen, jedoch auffallend nervösen Erscheinungen machen es wahrscheinlich, daß die Ursache derselben in der durch die veränderte Innervation der Haut hervorgerufenen speziellen Disposition zu suchen ist.

#### Literatur.

- GIBERT, *Traité pratique des maladies de la peau*. Paris 1860. III. Ausgabe.  
 BROCC, *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1889. S. 833.  
 BRONSON, JOHNSON, ALLEN, New York dermatological Society. Sitzung vom 30. Dezember 1898.  
 TANDLER, *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*. 1896. Bd. XXXVII. S. 127.  
 ORO et MOSCA, *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1895. S. 426.  
 FOURNIER, *Independance med.* 1899. S. 233.  
 CROCKER, Londoner dermatologische Gesellschaft. 11. Dez. 1895. *Brit. Journ. of dermatol.* Jan. 1896.  
 JADASSOHN, Schlesische Gesellschaft für vaterländische Kultur. Sitzung vom 16. Febr. 1896.  
 TENNESON, Sitzung der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis. 12. Nov. 1891. *Progrès medical.* 21. Nov. 1891.  
 HALLOPEAU, *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1900. S. 396.  
 HALLOPEAU, Wochen-Zusammenkunft der Ärzte des Hospital St. Louis. 29. Nov. 1888.  
 BERNIER-DOYON, *Patologie et traitement des maladies de la peau par le Prof. KAPOSI* Appendice de traducteurs. Paris 1891.  
 VIDAL, Du pityriasis circiné et marginé. Description de son mycoderma le microsporion ancoemonon.  
 THEIBERGE, WOLFF, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1890. S. 210. 213.



- KAPOSI, Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.
- KAPOSI, EHRMANN, ULLMANN, Sitzung der Wiener dermatologischen Gesellschaft vom 22. Februar 1899.
- HAVAS, *Monatsh. f. prakt. Dermatol.* XV. S. 356.
- PICK, Der augenblickliche Stand der Dermatomykosenlehre. Verhandlung der deutschen dermatologischen Gesellschaft in Berlin. 1895. S. 57.
- NEISSER, RIEHL, Diskussion zu obigem.
- KÖNIGER, Über Pityriasis rosea in der Berliner dermatologischen Vereinigung vom 6. Mai 1890.
- ISAAC, Über Pityriasis rosea in der Berliner dermatologischen Vereinigung vom 2. Februar 1892.
- UNNA, Histopathologie der Hautkrankheiten. 1894.
- SARUBIN, *Medicina.* 1897. Nr. 617.
- LESSER, Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1900. (O. ROSENTHAL.)
- RÓNA, Königlich ungarischer Ärzteverein. Sitzung vom 26. März 1892.
- NÉKAM, *Orvosi hetilap.* XXIV. Sitzung des Königlich ungarischen Ärztevereins vom 5. Dezember 1896.
- MOINGARD, Étude sur le pityriasis rosé de GIBERT, 22. Juli 1899. *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1899. S. 833.
- BARDUZZI, Roseola pityriaca. *Gior. ital. del. malatt. vener. e dell. pelle.* 1899.
- FRULARD, Pityriasis rosé de GIBERT, dilatation l'estomac. *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1889. S. 459.
- M. E. BRENIER, Discussion ibidem.
- HALLOPEAU, *Annal. de dermatol. et de syphiligr.* 1889. S. 714.
- JACQUET. L'étiologie du pityriasis rosé de GIBERT. *La medecin. modern.* Dez. 1897.

## Fachzeitschriften.

### Dermatologische Zeitschrift.

1906. Heft 8.

1. Ein Beitrag zur Histologie der Mykosis fungoides, von ALFRED BRANDWEINER. Wien. Vor einiger Zeit wurde in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* (1906, Band 41) ein Fall von Mykosis fungoides beschrieben, der sich namentlich durch das Auftreten von Hirnmetastasen auszeichnete; bei der Sektion fanden sich im Gehirn multiple haselnuss- bis kleinapfelgroße, in den zentralen Partien vielfach nekrotische Knoten. Zur histologischen Untersuchung, über deren Ergebnisse in der ersten Publikation nicht eingehender berichtet worden ist, gelangten von den Hautveränderungen die flachen Infiltrate des psoriasisformen Vorstadiums und entwickelte Tumoren, von den Knoten im Gehirn hauptsächlich die noch nicht nekrotischen Randpartien. In der Umgebung der dichten, zusammenhängenden Infiltrate der Haut zeigten sich in der subpapillären Schicht mächtig reichliche Ansammlungen von Lymphocyten rings um die Blutgefäße. Die größeren Infiltrate, die sich vom normalen Gewebe unscharf absetzten, wiesen verschiedene Zellformen auf: in der nächsten Nähe der Gefäße ebenfalls Rundzellen, in einiger Entfernung davon Zellen, die sich schon durch ihre Größe und die stärkere Entwicklung ihres Protoplasmas von den Lymphocyten unterschieden, zum Teil rund, zum Teil länglich oder unregelmäßig ge-

staltet und bei dichter Lagerung infolge gegenseitiger Abplattung polyedrisch waren. Die Kerne dieser Zellen, welche die Hauptmasse der Infiltrate ausmachten, waren mehr oder weniger stark tingiert, relativ groß und entweder einfach und rund oder hufeisenförmig, gelappt oder fragmentiert. Endlich fanden sich auch noch junge Bindegewebszellen mit ovalem, schwächer tingiertem Kern. Zwischen den verschiedenen Zellen lag ein feines bindegewebiges Retikulum, das in der Umgebung der Gefäße dichtere Stränge erkennen liefs und sich dann in allerfeinste, die einzelnen Zellen umspinnende Fäserchen verteilte. In den oberflächlichen Partien der Infiltrate, im Papillarkörper waren die gleichen Zellen nachweisbar wie in den zentralen Partien; auch im Rete, das sonst keine erheblichen Veränderungen aufwies, fanden sich vereinzelt die beschriebenen Zellformen. Hier und da waren in den Infiltraten auch noch Kernteile und spärliche, vielkernige, viereckige bis polygonale Riesenzellen zu sehen. Die Hornschicht war über den Infiltraten sehr schwächig und kernhaltig, die Keratohyalinschicht fehlte. — Den gleichen Bau wie die Hautinfiltrate zeigten die Hauttumoren; nur reichten die Veränderungen mehr in die Tiefe. Rete und Hornschicht fehlten vielfach, die obere Grenze stellte sich zumeist als Ulceration dar. Bisweilen waren Reste der Hornschicht erhalten, an anderen Stellen sah man die Hornschicht unversehrt in Form von Blasen, die von geronnenem Serum, Eiterkörperchen und Zelldetritus erfüllt waren, abgehoben. In den oberflächlichen, peripheren Tumörpartien war das Rete Malpighi manchmal gewuchert und zeigte kolbenartige Aualäufer. — In den Knoten des Gehirns fanden sich die gleichen Zellen wie in den Infiltraten und Tumoren der Haut, außerdem aber noch zwei weitere Zellformen: in der Nähe der nekrotischen Partien kreisrunde, große Zellen, die mit runden oder eckigen, gut tingierten Partikelchen gefüllt waren und wohl als Fettkörnchenzellen gedeutet werden müssen, ferner große runde, längliche oder eckige Zellen, die einen exzentrisch gelegenen Kern besaßen oder kernlos waren und sich relativ am reichlichsten an der Grenze zwischen Tumor und normaler Hirnsubstanz zeigten; ihr Protoplasma färbte sich mit Eosin sehr intensiv. Sie bildeten quantitativ nur einen ganz untergeordneten Teil der Tumoren und stellten wahrscheinlich Gliazellen dar, die ja bei den verschiedensten Hirnprozessen gefunden werden.

Das klinische Bild des Falles zeichnete sich vor allem durch den Beginn im verhältnismäßig jugendlichen Alter von 20 Jahren und den langsamen, durch 30 Jahre sich hindurchziehenden Verlauf aus. Das Vorstadium war ein vorwiegend psoriasisformes, wie es in seltenen Fällen schon beobachtet worden ist. Die Hauttumoren entwickelten sich sehr langsam und anfangs wenigstens sehr spärlich, erreichten nie besonders große Dimensionen und nahmen nie die bekannte Paradiesapfelform an. — Frappierend war Zahl und Größe der Tumoren im Gehirn; daß diese nicht etwa primäre Gliosarkome, bezw. Sarkome, sondern Metastasen des primären Hautleidens waren, ist zweifellos. Sie sind auf hämatogenem Wege entstanden, während bisher hämatogene Metastasenbildung im Gehirn bei Mykosis fungoides noch nicht beobachtet worden ist. Die Metastasen übertrafen an Größe und Schwere die primären Hautveränderungen und standen an Malignität hinter echten Sarkomen nicht zurück; B. zählt daher mit JARISCH die Mykosis fungoides den sarkoiden Geschwülsten zu.

2. Zur Röntgentherapie der Alopecia areata, von ERNST BENDER-Wiesbaden. Bei einem 7jährigen Knaben mit Alopecia areata wurde, nachdem mehrere andere Behandlungsmethoden versagt hatten, der behaarte Kopf bestrahlt, in der Hoffnung, es werde, wie das KIRNBÖCK beobachtet hat, dem durch die Bestrahlung verursachten Haarausfall alsbald ein Nachwachsen sämtlicher Haare folgen. Der erste Teil dieser Hoffnung erfüllte sich: zehn Tage nach der Bestrahlung trat ein geringfügiges Erythem mit intensiver Pigmentierung auf und nach weiteren zehn Tagen fielen mit Ausnahme

eines Haarschopfes an der Stirne, der nicht in den Bereich der Strahlung gekommen war, alle Haare aus. Dagegen war es mit dem Wiederwachsen der Haare nichts: zehn Monate sind seit der Strahlenbehandlung vergangen, und der Knabe ist kahl geblieben.

Erfahrungsgemäß führt eine Röntgenbestrahlung in der auch hier angewandten, schwachen, keine Ulceration oder dergleichen erzeugenden Dosis immer nur zu vorübergehender, nie zu dauernder Alopecie; man muß daher annehmen, daß bei dem Knaben die Röntgenbehandlung die auslösende Ursache für die Propagation eines bis dahin noch lokalisierten Leidens geworden ist. Diese Beobachtung lehrt, daß man sich bei der Röntgenbehandlung der Alopecia areata auf die sichtbar kranken Stellen und einen diese umgebenden schmalen Haarsaum beschränken soll, die übrige Haut muß durch Abdeckung mit Bleiblech gründlich geschützt werden.

3. Über das Sajodin, von THEODOR MAYER-Berlin. Unter dem Namen Sajodin wurde von EMIL FISCHER und J. v. MERING ein neues Jodmittel, das Calciumsalz der Monojodbassensäure  $(C_{12}H_{13}O_3J)_2Ca$  in die Wissenschaft eingeführt. Es ist ein chemisch fester Stoff, ist in Wasser unlöslich und enthält 26% Jod, während Jodkalium bekanntlich 76% enthält. M. hat das Mittel bisher bei etwa 100 Patienten mit spätsyphilitischen Erscheinungen angewendet und in erster Linie festgestellt, daß es unschädlich ist, gut vertragen wird und den Verdauungstraktus gänzlich unbeeinflusst läßt. Da es in Pulverform gegeben wird, wird es anstandslos und gerne genommen. Intoxikationserscheinungen wurden nie beobachtet. Die mittlere Tagesdosis war 4 g, doch wurden auch 5 und 6 g pro die verabreicht, und mit diesen Mengen wurde alles erreicht, was Jod bei Lues überhaupt zu leisten vermag: unter der alleinigen Wirkung des Medikaments verschwanden sogenannte tertiäre, d. h. Spätsyphilide jeder Art, gummöse Prozesse heilten aus. Natürlich können auch durch Sajodin nicht immer alle spätsyphilitischen Erscheinungen ohne weiteres beseitigt werden; manche Fälle, in denen Mischinfektion mit Staphylokokken, sykotische Wucherungen rupiöser Gebilde, Bindegewebswucherungen oder accidentelle Granulationen vorliegen, trotz jeder spezifischen Behandlung und erfordern einen chirurgischen Eingriff. — Obwohl manche Patienten das Mittel monatelang nahmen und große Mengen (bis zu 170 g) verbrauchten, wurden niemals nachteilige Nebenwirkungen beobachtet. Das liegt wohl daran, daß eine Anhäufung im Organismus nicht stattfindet; schon innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Einnehmen von Sajodin erscheint freies Jod im Harn.

Das Ergebnis seiner Beobachtungen zusammenfassend bezeichnet M. das Sajodin als „ungiftiges, bekömmliches, leicht zu nehmendes, portatives und vor allen Dingen uneinwendbar wirksames internes Jodmittel.“

4. Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis, von W. A. NESTOROWSKY-Petersburg. Der Artikel wird fortgesetzt.

1906. Heft 4.

1. Beitrag zur Anatomie des Favusscutulum, von FRITZ PAULUS-Bonn. P. hat an einem von mehreren Favusfällen herrührenden Material die Anatomie des Scutulums und die Veränderungen, welche der Pilz in der Haut hervorbringt, studiert und teilt hier die erhobenen Befunde mit, indem er zugleich bei den einzelnen Punkten die neueren, den gleichen Gegenstand behandelnden Arbeiten von UHNA, BALZER, MIBELLI, WALSON und KELLOGG ausführlich zitiert. Die wichtigsten Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen faßt er in folgenden Sätzen zusammen:

1. Auch unabhängig von einem Haar oder Haarbalgtrichter kann es zur Entwicklung typischer Scutula kommen, welche dann zwischen den mittleren Lagen der Hornschicht ihren Sitz haben.

2. Ein der Oberfläche der Haut paralleles, von größeren Pilskolonien (*Scutula*) unabhängiges Wachstum der Pilze war nicht zu konstatieren.

3. Das Wachstum des Pilzes im *Scutulum* ist kein kontinuierliches, sondern periodenweises.

4. Das Wachstum des *Scutulums* ist ein zentrifugales.

5. Der Pilz kommt nicht im *Haarbulbus* vor und dringt nicht in die *Epidermis* und *Cutis* ein.

2. Über konjugale, familiäre Lepra und erblich lepröse Entartung (*Paraleprose*), von MATTHIAS HIRSCHBERG-Riga. H. hat das Material des Rigaschen Leprosorium statistisch verarbeitet, um daraus Aufschluss zu gewinnen über das Vorkommen konjugaler familiärer Lepra und der erblichen leprösen Entartung (*Paraleprose*). Die Fragen, die H. sich stellt, sind: Wie werden die übrigen Familienmitglieder in Mitleidenschaft gezogen, wenn eines derselben durch den HANSENschen *Bacillus leprae* krank geworden ist? Wie verhalten sich die direkten Abkömmlinge, wie die Angeheirateten (Eheleute)? Bleibt bei Kindern lepröser Eltern, wenn diese bei der Zeugung krank waren, eine lepröse hereditäre Entartung zurück?

Gleich anderen Lepraforschern konstatierte H., daß die Ehen lepröser durchschnittlich sehr kinderarm sind; sehr viele Ehen sind ganz steril, in anderen kommt es wiederholt zu Aborten oder zur Geburt lebensunfähiger Kinder. Im Rigaschen Leprosorium wurden trotz zahlreicher Ehen und Konkubinate nur zwei ausgetragene Kinder geboren, beide waren *paraleprotisch*. Die mit *Lepra tuberosa* Behafteten wiesen bezüglich der Reproduktionskraft und der Lebensfähigkeit ihrer während der Krankheit gezeugten Kinder ungünstigere Verhältnisse auf als die *Neuroleprösen*. Von Geburt an lepröse Kinder wurden in Riga nicht beobachtet; verhältnismäßig frühzeitig auftretende infantile und juvenile Leprafälle waren dagegen nicht selten. Die ersten drei bis fünf Lebensjahre blieben meist verschont; vielleicht sind das die Inkubationsjahre zwischen der *intra partum* erfolgenden Infektion und dem Manifestwerden der Krankheit. Fünf Kinder, die mit elf, sechs, vier, zwei und einem Jahr erkrankten, haben die Lepra alle höchst wahrscheinlich nicht ererbt, sondern von Verwandten erworben. Das Kind, das mit zwei Jahren leprös wurde, wies die makuloanästhetische Form auf; bisher ist *Lepra nervorum* in diesem frühen Alter noch nicht beobachtet worden. Die bei dem ein Jahr alten Kinde aufgetretene Erkrankung faßt H. als *Abortivlepra* auf; es handelte sich um einen der *Lepra tuberosa* durchaus ähnlichen Knötchenausschlag und chronischen Schnupfen, doch enthielten weder die Knötchen noch das Nasensekret Leprabazillen. Unter Eosinlichtbehandlung schwanden innerhalb eines halben Jahres die Knötchen unter Hinterlassung brauner anästhetischer Narben zum Teil vollständig. — Konjugale Lepra, d. h. Ehen, in deren Verlauf Mann und Frau leprös wurden, wurde in Riga sechsmal beobachtet; aber nur in einem Falle erschien es wahrscheinlich, daß ein Ehegatte vom anderen infiziert worden ist. H. schließt daraus, daß konjugale Übertragung der Lepra wahrscheinlich vorkommt, aber nicht so häufig ist, wie man es beim intimen Zusammenleben von Eheleuten erwarten sollte; das Gleiche ist auch von anderen Lepraforschern betont worden. — Eine große Bedeutung kommt nach H. bei der Entstehung der Lepra der individuellen, familiären und Rassen disposition zu; infolge von familiärer und Rassen disposition erkranken so oft viele, ja die meisten Mitglieder einer Familie, wenn durch die Erkrankung eines Familiengliedes Gelegenheit zur Infektion gegeben ist. Bei ständigem Zusammenleben fremder Personen mit einander in Kasernen, Pensionen gewinnt die Lepra keine so starke Verbreitung. — Einen sicher nachgewiesenen Fall von *germinativer* Übertragung der Lepra gibt es nicht; vererbt wird dagegen von leprösen Eltern auf ihre Kinder eine Prädisposition zur Erkrankung an Lepra, bedingt durch

eine verminderte Widerstandsfähigkeit, oder Immunisation und Leprisation, oder als Folge der Keimschädigung durch Toxine, Paraleprose, d. i. eine Art Abortiv- oder Erschöpfungsepra, die sich durch Ernährungsstörungen, Dystrophien und Degenerationserscheinungen manifestiert. Mit dem Studium der Paraleprose hat sich namentlich ZAMBACO beschäftigt; er hat insbesondere bei den Cagots, einem Völkerstamm in den Pyrenäen, Merkmale lepröser Entartung zu finden geglaubt. Ob ZAMBACO damit Recht hat, will H. nicht entscheiden; jedenfalls aber gibt es charakteristische Degenerationszustände als Folge elterlicher oder atavistischer Lepra. Merkmale dieser Degeneration sind nach H.: Allgemeine Ernährungs- und Wachstumsstörungen (insbesondere Kleinheit der Finger, besonders der Endphalangen und Fingerverkrümmungen); Hautkeratosen (squamöse, Lichen pilaris, chronische Ekzeme), Nervenverdickungen (Ulnaris, Auricularis), Zahn- und Nagelveränderungen, Anästhesie (Hypästhesie), Formveränderungen der Nase.

3. Ein Fall von *Urticaria pigmentosa maculosa*, von HANS VÖRNER-Leipzig. Mitteilung eines Falles von *Urticaria pigmentosa*, die sich bei einer 37jährigen Frau entwickelte und dadurch ausgezeichnet war, daß die Effloreszenzen von Anfang an rein makulösen Charakter hatten. Nach 14 monatlicher Krankheitsdauer erschien an den Armen eine Eruption von linsengroßer Papula, die sich im Verlaufe von drei Wochen ebenfalls in Flecken umwandelten; später wurde ein derartiges urtikarielles Vorstadium nicht mehr beobachtet. Vielleicht handelte es sich in dem Falle um einen weniger intensiven Prozeß, als in den bisher beschriebenen Fällen; dafür spricht auch der Umstand, daß die ganze Haut sowohl wie die verfärbten Stellen fast gar keine Reizbarkeit zeigten.

4. Zwei Fälle von gebessertem resp. geheiltem Sarkom mit Hilfe von Röntgenstrahlen, von L. STEMMO-Wilna. St. hat in einem Falle von inoperablem faustgroßen, über der oberen Partie des Brustbeins gelegenen Sarkom mit pflaumen-groß geschwollenen Drüsen über dem rechten Schlüsselbein durch 2½ monatliche Behandlung mit Röntgenstrahlen weitgehende Besserung erzielt; Tumor und Drüsen wurden so klein, daß sie kaum noch bemerkbar waren. Die Kranke mußte aus äußeren Gründen die Behandlung unterbrechen und kam nach einiger Zeit wieder mit einer großen Zahl stark geschwollener Drüsen oberhalb des linken und unterhalb des rechten Schlüsselbeins. Die Patientin wird neuerdings bestrahlt werden.

Der zweite Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, bei dem ein Sarkom der linken Gesichtshälfte exstirpiert worden war; noch bevor die Wunde verheilt war, entwickelte sich ein Residiv, das ungemein rasch wuchs und nicht mehr operabel erschien. Behandlung mit Röntgenstrahlen führte sehr rasch zur Besserung, nach 40 Sitzungen war nur noch eine Spur der Geschwulst wahrnehmbar.

Außerdem hat St. bei einem 19jährigen Mädchen gutartige Lymphome am Halse drei Monate lang täglich bestrahlt und dadurch eine wesentliche Verkleinerung der Drüsen erzielt; er hofft, durch weitere Bestrahlungen die Tumoren ganz zum Schwinden zu bringen. Übrigens ist nach den Erfahrungen Sts. die Wirkung der Röntgenstrahlen auf gutartige Lymphome eine viel langsamere als auf bösartige.

5. Der Hautfarbstoff als Schutzmittel und der partielle Albinismus. Eine vergleichende Studie von F. B. SOLGER-Neiße. S. hat vor einiger Zeit in der *Derm. Zeitschr.* (August 1906) die Anschauung ausgesprochen daß der Hautfarbstoff nicht allein als Schutzmittel gegen Belichtung, sondern überhaupt als Schutz gegen Schädigungen verschiedener Art, besonders gegen die Einwirkung verdunstender Flüssigkeit betrachtet werden muß, und daß daher bei Menschen wie bei Tieren die Stellen, die wegen ihrer Bedeutung für das Individuum oder wegen besonderer Schädlichkeiten oder Gefahren größeren Schutzes bedürfen, auch stärker pigmentiert

sind. S. bringt nun eine Reihe weiterer, bei Säugetieren gefundener Belege für seine Auffassung des Hautpigmentes; er zeigt, daß auch bei den gefleckten (scheckigen) Haustieren, bei denen wir es mit partiellem Albinismus zu tun haben, die Schnauze, die Partie um die Augen und die Geschlechtsteile, also eben die Stellen, die besonderen Schutz erheischen, mit Vorliebe pigmentiert sind. Das gleiche ist der Fall bei den Tieren, die infolge von Pigmentschwund (Pigmentatrophie) weiß geworden sind, wie z. B. die Schimmel, die in ihrer Jugend schwarzgraue Farbe zeigen. Der Natur stehen zum Schutze der Haut noch zwei andere Mittel zur Verfügung: starke Haarbildung und Verdickung der Hornschicht; überall da, wo diese beiden nicht am Platze sind, hat anscheinend das Pigment als Schutzmittel einzutreten. — Bei der Beobachtung der gefleckten, scheckigen, mit partiellem Albinismus behafteten Haustiere konstatierte S., daß bei ihnen die Umrisse der dunklen Flecken stets konvex, niemals konkav sind; die dunklen Flecken sind entweder kreisförmig, oder sie sind aus größeren und kleineren Kreisen, die teilweise ineinander fließen, zusammengesetzt, während die weißen Flecken nur konkave Begrenzungslinien haben. Diese Tatsache ist vielleicht so zu erklären, daß „die Determinanten der gefärbten Hautteile denen der pigmentfreien Stellen in der Schnelligkeit, in der Energie des Wachstums überlegen sind, daß sie im „Kampf der Teile“ die lebenskräftigeren, stärkeren sind. Daher sind sie es, die die Grenzen des Farbenbildes bestimmen und sich stets zu kreisförmigen Figuren auswachsen.“ Bei Tieren mit Pigmentschwund ist das Bild umgekehrt; bei ihnen haben die pigmentfreien Felder konvexe Begrenzungslinien, ebenso wie beim Menschen mit Vitiligo die pigmentarmen Stellen kreisförmig oder aus Kreisen zusammengesetzt sind. Bei von Geburt an gescheckten Menschen hinwiederum, wie sie unter den Negern nicht selten sind, besitzen die pigmentfreien Flecken stets konkave Konturen. Die dunklen Flecken, die sich auch bei den Menschen der weißen Rasse sehr häufig finden, sind stets kreisförmig oder aus Kreisen zusammengesetzt; nach Ansicht Ss. ist das Auftreten solcher Flecken (Naevi) als Scheckenbildung zu betrachten.

Göts-München.

### The British Journal of Dermatology.

April 1906.

Über *Hydroa aestivalis* milden Charakters, dessen Verwandtschaft mit HUTCHINSONS „Sommerprurigo“ und BAZINS *Hydroa vacciniiformis*, von H. G. ADAMSON. Die fünf Fälle, welche A. beobachtete, können seiner Ansicht nach als die verschiedenen Typen von milden residuierenden Sommereruptionen repräsentierend angesehen werden. Deren Hauptsymptome waren folgende: 1. Erstmaliges Auftreten in den Kinderjahren. 2. Wiederauftreten des Hautausschlages im ersten Frühjahr und Fortdauer während der Sommermonate. 3. Völliges Aufhören oder viel weniger ausgeprägte Form des Ausschlages während der Wintermonate. 4. Zusammenhang der Eruption mit Einwirkung von Sonnenlicht. 5. Verteilung der Hautveränderungen auf die demselben direkt ausgesetzten oder jene Körperteile, wo die Kleidung eine dünne ist. 6. Der Ausschlag war papulös, papulo-vesikulös und auch rein vesikulös und ging oft in mehr oder weniger ausgeprägte Narben über. 7. Juckneigung war in mehr oder weniger hohem Grade in allen Fällen vorhanden. Der ausführlich an einem Falle erörterte und mit einer Abbildung des Schnittes versehene histologische Befund zeigt enorme Dilatation der Blutgefäße des Coriums, (ödematöse?) Schwellung der Bindegewebsbündel und Stachelzellen, Zerstörung der oberflächlichsten Papillenschicht des Coriums und an deren Stelle Exsudation; dieser Befund zeigt histologisch, ebenso wie makroskopisch, völlige Ähnlichkeit mit dem bei den milden Formen von

„Hydroa aestivalis“ oder auch den schwereren von „Hydroa vacciniformis“ festgestellt, und gehören all diese Affektionen unter die eine Gruppe der Sommereruptionen. Schliesslich weist ADAMSON auf eine gewisse Verwandtschaft derselben mit Lupus erythematosus und den Tuberkuliden, die sich in der Verteilungsart der Effloreszenzen (an den exponierten Körperteilen) und in dem histologischen Befunde zu erkennen gibt, hin. Ohne anzunehmen, dass diese Affektionen ätiologisch zusammenhängen, bringt die Vergleichung derselben Verfasser zu der Annahme, dass wir es bei den Sommereruptionen ebenfalls mit einer Art Toxämie zu tun haben, die verbunden ist mit Hautveränderungen entzündlicher, aber nicht bakteriologischer Natur, welche durch lokale Ursachen, besonders durch Einwirkung ultravioletter Strahlen, vielleicht auch durch andere Faktoren, bedingt sind. Literaturverzeichnis über (46) bezügliche Arbeiten seit BAZINS Veröffentlichung im Jahre 1855. *Stern-München.*

### Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1906. Band I, Heft 4.

**Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates; Tuberkulose des Ureters und des Nierenbeckens, von NOËL HALLÉ und BOLESLAS MOTZ.**

Heft 5.

1. Die Harnröhrenzerreissungen beim Kinde, von A. BROCA. Klinischer, von der Demonstration einer einschlägigen Beobachtung ausgehender Vortrag über die durch Fall rittlings auf den Damm verursachten Zerreißen der Harnröhre beim Kinde. Diese haben wie beim Erwachsenen ihren Sitz in der Pars bulbosa oder in der unmittelbar vor ihr liegenden Partie und betreffen meist die untere und die seitliche, viel seltener auch die obere Harnröhrenwand. Dass bei Fall rittlings auf den Damm auch Zerreißen der Pars membranacea entstehen, wie neuerdings einige, namentlich deutsche Chirurgen behaupten, ist nach Br. nicht richtig; Rupturen in diesem Abschnitt der Urethra kommen zustande, wenn ein nach vorn gebeugter oder auf der Seite liegender Mensch einen Tritt auf die Dammgegend erhält. Beckenfrakturen infolge Falles auf den Damm hat Br. bei Kindern nie beobachtet. Zerreißen der Pars cavernosa kommen bei ihnen nicht vor; dass Rupturen der Harnröhre durch starkes Onanieren herbeigeführt werden können, hält Br. im Gegensatz zu Gross-Philadelphia für unmöglich. Die Erscheinungen bei Harnröhrenzerreißen sind bei Kindern und Erwachsenen im ganzen die gleichen. Nur sind bei Kindern spontan eintretende Infektionen des periurethralen und perinealen Gewebes seltener, weil bei ihnen das Trauma meist nicht so heftig einwirkt und Urin und Urethra gewöhnlich noch aseptisch sind; oft genug aber führen wiederholte und nicht mit der genügenden Vorsicht vorgenommene Katheterisierungen bei Kindern sekundär zur Infektion. Die Behandlung ist die gleiche wie bei Erwachsenen. Bei Retention ist ein Versuch, zu katheterisieren, zulässig, doch muss er, sobald man auf Widerstand stößt, aufgegeben werden; das trifft für alle schweren Fälle zu, in denen dann sofortiges operatives Eingreifen — ausgiebige Spaltung des Perineums — angezeigt ist. Zum Katheterisieren verwende man Nelatonkatheter mit oder ohne Mandrin, stark gekrümmte elastische oder Metallkatheter, aber keine geraden elastischen Katheter mit olivenförmigem Ende. Gelingt die Einführung, so kann man einen weichen Katheter als Verweilkatheter zwei bis drei Tage liegen lassen. Übrigens kann auch in leichteren Fällen statt der Katheterisierung sofort die Spaltung des Perineums vorgenommen werden. Der Katheterismus posterior kommt nur für Harnröhrenverletzungen bei Beckenfrakturen in Betracht.

**2. Behandlung der chronischen prostatiscben und periprostatiscben Eiterungen,** von E. DREKOS. Im Verlaufe chronischer Urethritiden, insbesondere bei Kranken mit infizierter verengter Harnröhre, aber auch nach gewöhnlichen Prostataabscessen entwickeln sich zuweilen chronische prostatiscbe und periprostatiscbe Eiterungen, die lange Zeit nur ganz unbedeutende Symptome — Vermehrung und Verlangsamung der Harnentleerungen, leichtes Brennen beim Passieren des Urins, eitrigen Ausfluß in geringer Menge — verursachen. Plötzlich treten dann entweder spontan oder nach einer Erkältung, einer sexuellen Reizung oder besonders nach einer Katheterisierung die typischen akuten Erscheinungen der periprostatiscben Abscesse auf; doch dauert dieses akute Stadium stets nur kurze Zeit, alsbald brechen ein oder mehrere Eiterherde in die Urethra durch und es folgt wieder eine Periode der Latenz, die sich oft Jahre hindurch hinsieht. Dann wird der Prozeß plötzlich wieder einmal akut. Der ganze Verlauf ist demnach ein eminent chronischer. Bei der Untersuchung per rectum findet man voluminöse, weiche Prostatalappen, die Fluktuation nicht erkennen lassen; die Prostata im ganzen ist so stark vergrößert, daß sie mit dem Finger nicht umgrenzt werden kann. Die bei der chronischen Prostatitis wirksamen Maßnahmen, wie Massage, Spülungen, Dilatation, sind bei der beschriebenen Affektion nicht oder höchstens im allerersten Beginn wirksam. Die Behandlung besteht vielmehr, abgesehen von Erweiterung etwaiger Strikturen, in Eröffnung der Eiterherde vom Perineum aus. Der Kranke wird wie zur perinealen Prostatektomie gelagert, in die Harnröhre wird ein Katheter, in das Rektum ein Finger der linken Hand eingefügt und das Perineum prärektal in querer Richtung inzidiert. Nach innen von der Aponeuose trifft man gewöhnlich auf den ersten periprostatiscben Herd, der mit der Prostata durch die Kapsel hindurch kommuniziert. Die weiteren periprostatiscben und prostatiscben Herde, die zum Teil mit Eiter gefüllt, zum Teil entleert sind, müssen mit dem Finger oder einem stumpfen Instrument, nicht mit dem Messer aufgesucht und dann eröffnet werden. Die intraprostatiscben Herde stehen zum großen Teil durch zahlreiche Öffnungen mit der Harnröhre in Kommunikation, daher muß die Pars prostatica urethrae wie bei der perinealen Prostatektomie etwa 2 cm weit inzidiert werden; nur so ist man sicher, alles eröffnet zu haben und alles drainieren zu können. Nach der Inzision wird von der perinealen Wunde aus in die Blase ein Drainrohr eingeführt, das den Urin nach außen ableitet; es darf nur so dick sein, daß zwischen ihm und der Harnröhrenwand genügend Platz zum Abfluß des Eiters ist. In den retroprostatiscben Raum kommt ebenfalls ein Drainrohr, rings um dieses wird mit sterilisierter Gaze leicht tamponiert. Die Gaze bleibt wenige Tage, das in die Blase führende Drainrohr zwei Wochen liegen, dann kann es durch einen Verweilkatheter ersetzt werden.

Am Schlusse seiner Arbeit teilt D. die Krankengeschichte eines 45jährigen Mannes mit, bei dem die Affektion sich zuerst durch Fieber, Schüttelfröste, heftige, nach außen und unten ausstrahlende Schmerzen im rechten Hypogastrium, Dysurie und Pyurie und inkomplette Harnretention äußerte; nach dem Verschwinden der akuten Erscheinungen blieb Vermehrung und Erschwerung der Harnentleerungen, Pyurie und chronische Retention, sowie ein unangenehmes Gefühl von Schwere in der Perinealgegend zurück. Die in der geschilderten Weise vorgenommene operative Behandlung brachte vollständige Heilung.

**3. Die Stereocystophotographie.** — Die Stereocystoskopie, von Jacoby-Berlin. Kurze, mit Abbildungen versehene Beschreibung der zwei neuen von J. konstruierten cystoskopischen Instrumente, des Apparates zur photographischen Aufnahme stereoskopischer Bilder des Blaseninnern und des Stereocystoskops, das die Betrachtung des Blaseninnern mit beiden Augen ermöglicht.



**4. Abscess der Prostata und der Niere, eitrige Perinephritis, verursacht durch einen Furunkel, von NICOLICH - Triest.** Dafs im Eiterherd an irgendeinem Körperteile ein Panaritium, ein Furunkel durch Vermittlung des Blutes zu einer Infektion und Eiterung der Niere und des perirenaln Zellgewebes führen kann, ist schon wiederholt beobachtet worden; doch trat in allen bisher bekannten Fällen, mit Ausnahme eines einzigen, in dem beide Nieren erkrankten, immer nur Eiterung an einer Stelle, in einem Organe ein. Bei dem Patienten aber, dessen Leidengeschichte N. hier bringt, schlossen sich an einen Furunkel am Halse an ein Lungenabscess, der sich durch die Bronchien nach außen entleerte, zahlreiche Hautabscesse an verschiedenen Körperstellen, ein Prostataabscess, der spontan in die Urethra durchbrach, ein Abscess der linken Niere und ein perinephritischer Abscess auf der rechten Seite, die beide insidiert wurden. Nach der Eröffnung des perinephritischen Abscesses stellte sich an beiden Armen und beiden Beinen in ihrer ganzen Ausdehnung starkes Ödem ein, das drei Tage andauerte und dann nach einem starken Schweifsausbruch wieder verschwand. Der Kranke genas wunderbarerweise nach fast viermonatlichem Leiden. Die vor dem ersten operativen Eingriff vorgenommene bakteriologische Blutuntersuchung ergab das Vorhandensein von Staphylokokken und Streptokokken, vier Wochen nach dem Verschwinden des Ödems war das Blut steril.

**5. Neue Methode der Prostatamassage, von J. DE SARD.** S. hat zahlreiche Fälle von Prostatitis mit Vibrationsmassage behandelt und damit wesentlich bessere Erfolge erzielt als mit der digitalen Massage. Er bedient sich dazu eines Vibrationsapparates mit einem aus Metall hergestellten, 10 cm langen, gekrümmten Ansatz, dessen Ende durch eine 3 cm lange, 2 cm dicke Olive gebildet wird. Diese Olive wird bei der Massage durch entsprechende Bewegungen mit allen Teilen der Prostataoberfläche in Berührung gebracht und bei jeder der drei bis fünf Minuten dauernden Sitzungen stärker angepreft. Das Verfahren ist für Patient und Arzt viel angenehmer als die digitale Massage. *Göts-München.*

#### **Revue pratique des maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes.**

1906. Heft 1.

**1. Die Gefahren der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen, von LEBEDDE.**

**2. Über einen Fall von melanotischem Naevus, behandelt nach verschiedenen Methoden, von LEBEDDE und R. MARTIAL.** L., der bereits mehrfach auf die vorzüglichen Erfolge der Radiotherapie bei Hautepitheliomen hingewiesen hat, macht hier darauf aufmerksam, dafs das Verfahren auch gefährlich sein kann, und namentlich bei rapid verlaufenden, „virulenten“ and bei alten, ausgedehnten Epitheliomen nicht angewendet werden darf; bei Fällen der letzteren Art können die unter der Einwirkung der Bestrahlung entstehenden Narben die Eliminierung carcinomatöser Zellen aus der Tiefe hindern und so zu einem Einschluss carcinomatösen Gewebes führen. In einzelnen Fällen verursacht die Radiotherapie eine Infektion der Lymphbahn und den Tod.

Ein Beispiel für ungünstige Wirkung der Röntgenstrahlen ist der von L. und M. mitgeteilte Fall von melanotischem Naevus (Epitheliom). Am Rande der rechten Ohrmuschel zeigte sich bei einer 34jährigen, sonst gesunden Frau eine schwarze, linsenförmige, schuppige Neubildung, die einem Naevus verrucosus glich, langsam gröfser wurde und seröse Flüssigkeit oder Eiter in geringer Menge aussickern liefs. Im Verlaufe der ersten beiden Jahre mehrfach durch Thermokauterisation beseitigt, kam der Tumor immer wieder und wurde allmählich kirschgros und gefäfsreicher; nach 2 $\frac{1}{2}$ jährigem Bestande zeigte sich ein zweiter, flacher, melanotischer Flecken am

**Anthelix.** Achtmalige Bestrahlung der primären Neubildung hatte den Erfolg, daß der Tumor zwar kleiner wurde, dafür aber die Drüsen vor dem Ohre leicht anschwellen. Als dann in der Folge von anderer Seite wiederholt mit einem Ätzmittel behandelt wurde, erkrankten auch die Drüsen am Halse. Abermalige Bestrahlungen blieben ohne jede Wirkung, der Tumor wuchs langsam weiter und ulcerierte, die ihn umgebende Haut verfärbte sich bläulich, die Drüsen schwellen immer mehr an. Nachdem es so weit gekommen, erschien ein operativer Eingriff unmöglich, man mußte sich darauf beschränken, der Frau Arsenik zu geben.

Die Kauterisationen, aber auch die Bestrahlungen waren in diesem Falle entschieden ein Fehler. Die melanotischen Naevi sind ungemein böartige Geschwülste, die sich unter dem Einflusse äußerlicher Reizungen rapid entwickeln. Daher kommt für sie nur die frühzeitige Exsision in Betracht, und zwar muß weit im Gesunden operiert werden, auch das Messer darf unter keinen Umständen mit dem kranken Gewebe in Berührung kommen.

**3. Die Rolle des Nervensystems bei den Dermatosen, von LEBEDER.** Dem Nervensystem wird zurzeit noch eine große Bedeutung für die Pathogenese der Hautkrankheiten beigemessen; zahlreiche Dermatosen sollen nach Ansicht vieler Autoren nervösen Ursprungs sein. Am weitesten in dieser Anschauung ist wohl LARONZ gegangen; er hat (1882) eine große Reihe von Hautaffektionen unter dem Namen „Trophoneurosen der Haut“ und später (1888) diese und noch andere mehr unter dem Namen „Dermatoneurosen“ zusammengefaßt; die Veränderungen bei all diesen Hautkrankheiten nervösen Ursprungs sollen durch anatomische oder funktionelle Veränderungen des Nervensystems direkt verursacht sein. Im Gegensatz dazu ist L. der Überzeugung, daß bei der überwiegenden Mehrzahl der als Dermatoneurosen bezeichneten Hautaffektionen Veränderungen des Nervensystems ohne genügenden Beweis und so Unrecht als Ursache betrachtet werden, daß in Wirklichkeit nur ganz wenige Dermatosen direkt durch Alterationen der Nerven bedingt sind. Er hält die klinischen Argumente, die für die Theorie vom nervösen Ursprung zahlreicher Hautkrankheiten ins Feld geführt werden, für hinfällig, und zeigt in eingehender Beweisführung, daß beispielsweise bei der Entstehung der Erytheme und verwandter Affektionen, wie auch bei der Entstehung der Prurigo das Nervensystem keine Rolle spielt, und daß auch der Pruritus viel seltener zentralen als peripheren Ursprungs ist. L. faßt diesen Teil seiner Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen: Durch Vasokonstriktion des venösen und Vasodilatation des arteriellen Systems kann das Nervensystem Hautödeme, Hyperämie und Hämorrhagie hervorrufen; die Veränderungen an den Gefäßen aber, welche die Erscheinungen bei den Erythemen ankündigen und erzeugen, sind nicht durch das Nervensystem verursacht, sie sind die Folge einer direkten Wirkung toxischer Substanzen auf die Endothelien der Kapillaren oder einer Wirkung des durch toxische Körper veränderten Blutes auf diese Endothelien. Daß bei der Entstehung der vasomotorischen Erscheinungen, welche den Erythemen toxischen Ursprungs vorausgehen und sie begleiten, das Nervensystem beteiligt sein soll, ist nur eine überflüssige Hypothese. Was für das einfache Erythem gilt, gilt in der gleichen Weise auch für alle Erscheinungen des multiformen Erythems, für die Purpura, die Urticaria, die exfoliativen Dermatitis und selbst für die Prurigo. Der mit diesen Affektionen verbundene Pruritus ist die Folge einer direkten Wirkung toxischer Stoffe auf die Endigungen sensibler Nervenfasern in der Haut. Diese Theorie kann mit gutem Recht auf zahlreiche Arten von Pruritus, die ohne oder wenigstens ohne klinisch wahrnehmbare Veränderungen der Haut verlaufen, ausgedehnt werden, vom urämischen bis zum senilen Pruritus. Weiterhin legt L. klar, daß ein großer Teil der zu den Trophoneurosen der Haut gerechneten Affektionen durch Infektion oder durch Veränderungen

des Blutes verursacht sind, und daß eine solche Ätiologie für eine weitere Reihe von Hautkrankheiten zwar noch nicht bewiesen, aber im höchsten Grade wahrscheinlich ist.

Die Lehre von den Dermatoneurosen oder Trophoneurosen der Haut bedarf also einer gewaltigen Einschränkung. Es ist nicht angängig, ohne absolut sichere, entscheidende Beweise nervösen Ursprung bei selbständigen, spezifischen Hautveränderungen anzunehmen; solche Beweise sind aber bis jetzt nicht geliefert worden.

Göts-München.

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Blennorrhoe und Komplikationen.

**Harnröhren-Massagedehner zur mechanischen Behandlung der Blennorrhoe der vorderen Harnröhre**, von STRAUVE-Kiel. (Ärztliche Polytechnik in *Zeitschr. f. Krankenpflege*. 1905. Nr. 11.) Das Instrument sieht aus wie ein Handschuhweiter, es besteht aus zwei löffelarmigen Hebeln, die durch ein leicht lösbares Schloß miteinander verbunden sind. Ein an den kürzeren Hebelarmen angebrachtes Schraubengetriebe bewirkt das Öffnen (Spreizen) oder Schließen des Schnabels. Durch Bewegen der Schraube kann der Druck auf das Harnröhreninnere verschieden abgestuft werden; durch den wechselnden Druck wird gleichzeitig die Massage ausgeführt. Ist die Harnröhre in horizontaler Richtung hinreichend gedehnt worden, so wird der Dehner um 90 Grad gekantet und die Harnröhre in vertikaler Richtung gedehnt. Die Massage soll eine kräftige, anhaltende sein, der Dehner dementsprechend stets möglichst dick gewählt werden.

Arthur Rahn-Berlin.

**Zur therapeutischen Anwendung des Dormiols**, von EUSEN BAROCH - Wien-Grinzing. (*Allg. med. Centralstg.* 1905. Nr. 40.) Das zuerst von E. MELTZER empfohlene Hypnoticum Dormiol verwendete B. mit Erfolg zum Unterdrücken der Erektionen und Schmerzen bei einer akuten Blennorrhoe, wo gleich von Anfang an der Schlaf sehr unruhig und oft unterbrochen war. Das Dormiol wurde mehrmals hintereinander gegeben, und zwar abends 9 und 9 $\frac{1}{2}$  Uhr in Dosen à 0,5. Später bei einer akuten schmerzhaften Cystitis tat es ebenfalls wieder gute Dienste, und zwar in Verbindung mit Salol und Lactophenin. Auch sonst war B. mit den schlafmachenden Erfolgen bei Darreichung von Dormiolkapseln sehr zufrieden.

Arthur Rahn-Berlin.

**Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Urologie. Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe**, von JULIUS VOGEL - Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 83.) Verfasser stellt, ohne Neues zu bringen, die bekannten prophylaktischen Mittel zur Verhütung einer Blennorrhoe zusammen (BLOKUSEWAKI, FRANK, Viro usw.) und schildert die bekannten Abortivmethoden (JANET usw.). Er ist der Ansicht, daß das Abortivverfahren nur in einigen Fällen nützt, wenn der Patient sehr früh zum Arzt kommt, und daß die Prophylaktika zwar nicht sicher sind, aber immerhin eine Anzahl von Blennorrhoeen verhindern. (Der Standpunkt ist, wie gesagt, nicht neu und das Angeführte längst bekannt und oft schon beschrieben worden. D. Ref.)

Bernhard Schulze-Kiel.

**Über die intermittierende Behandlung des Trippers, von E. TOFF-Braila.** (*Pharmak. u. therap. Rundsch.* 21. Mai 1905.) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die Blennorrhoe ebenso wie die Syphilis chronisch-intermittierend behandelt werden müsse, und zwar im akuten Stadium mit JANETschen Spülungen, späterhin mit Protargollösungen und zuletzt mit Zink, und daß man die Behandlung nicht eher aufgeben dürfe, bevor nicht nur die Gonokokken beseitigt seien, sondern auch alle Fläden aus dem Urin verschwunden wären. *Putzler-Dansig.*

**Übersicht der neuen internen Antiblennorrhoeika nebst Bemerkungen über ihre Wirkung, von ROMAN LESZCZYŃSKI.** (*Przeegląd lekarski.* 1905. Nr. 25.) Nach einer genauen Übersicht aller neuen internen antiblennorrhoeischen Mittel kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Das Santalöl soll den gereinigten Präparaten dieser Gruppe — dem Gonorrhoeol und Arrheol — Platz machen. Die Balsamika sollen immer in Kapseln verabreicht werden.

2. Als bestes Balsamikum ist Gonosan zu betrachten; es wirkt schmerzstillend, antiblennorrhoeisch und prophylaktisch.

3. Bei den eiterigen Katarrhen der Harnwege, besonders bei Urethritis und Cystitis, erscheint das Salol, trotz seiner toxischen Eigenschaften, als sicherstes Mittel.

4. Urotropin, Helmitol und Hetralin desinfizieren, dank der Ausscheidung des Formaldehyds, die Harnwege, erhöhen die Acidität des Harnes, beseitigen die Phosphaturie. Davon ist Urotropin am meisten toxisch, Hetralin am schwächsten wirksam; Helmitol dürfte das beste Präparat der Gruppe sein.

5. Arrhovin desinfiziert stark die Harnwege. Bedarf weiterer Untersuchungen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die innere Blennorrhoebehandlung und deren Diätetik bei Gonosan, von A. RAHN-Collm b. Oschatz.** (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 41.) Verfasser empfiehlt, das Gonosan nicht nach, sondern während des Essens zu nehmen und legt Wert auf die Diätvorschriften bei Gonosangebrauch, wie sie schon BOSS und MERZBACH angaben. Man meide viele Flüssigkeit. Im übrigen bringt der Artikel nichts Neues.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von ERICH LEJWINE, gen. JUNG.** (Inaug.-Dissert. Rostock 1905.) Das Ergebnis der vorliegenden Arbeit sei aus mehreren Gründen hier wörtlich wiedergegeben. Verfasser sagt (Seite 64): „Aus den von mir mitgeteilten Beobachtungen aus der Rostocker Poliklinik und einem Teil der in der Literatur vorfindlichen Angaben geht hervor, daß ein abschließendes Urteil über das Gonosan noch nicht gefällt werden kann, weder über seine guten noch über seine störenden Eigenschaften. Dazu bedarf es einer weit größeren Zahl von gewissenhaft und kritisch beobachteten Fällen, einer größeren Zahl von wirklich sachlichen und ohne vorgefasste Meinungen bearbeiteten Mitteilungen, nicht solcher, die auf Grund von zwei oder drei Krankenbeobachtungen in Lobesergießungen ausströmen. Sie sind nur geeignet, einem guten und brauchbaren Mittel seine Einführung zu erschweren und ernst denkende und arbeitende Forscher stutzig zu machen. Dem Gonosan aber, das tatsächlich sehr gute Eigenschaften besitzt, ob durch seinen Gehalt an reinem Sandelöl, ob durch den Zusatz des Kawaharzes oder die vorzüglichen Kapseln, in die es gefüllt ist, oder durch alles zusammen, sei dahingestellt; wünschen wir weniger gute Freunde, die es mit Trara in der Öffentlichkeit preisen, als ernste, sachverständige Beurteiler, auf daß festgestellt werde, in wie weit es wirklich als ein Hilfsmittel im Kampfe gegen die Blennorrhoe brauchbar und empfehlenswert ist.“

*Fritz Loeb-München.*

**Bemerkungen über Gonosan, von R. HOTTINGER - Zürich.** (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1905. Nr. 15.) H. empfiehlt das Gonosan vor allem im Anfangsstadium der Blennorrhoe zur Linderung der Beschwerden, zur Erzielung eines rascheren Ablaufs und zur Vermeidung von Komplikationen; bei Urethritis posterior und Cystitis zur raschen Beseitigung der Schmerzen, zur Klärung des Urins und prophylaktisch. Die Arbeit bringt somit nichts neues. *Putzler-Dansig.*

**Zur Behandlung der Blennorrhoe, von ERÁIL STERIAN-Budapest.** (*Fortschr. der Med.* 1905. Nr. 18.) STERIAN berichtet über gute Erfolge der internen Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan. Die Arbeit bietet sonst nichts Bemerkenswertes. *Albert Neimeyer-Berlin.*

**Rektale Applikation des Gonosans gegen Blennorrhoe, von R. MÜLLER-Wohlen.** (*Correspondenzbl. f. Schweizer Ärzte.* 1905. Nr. 24.) Ein vierjähriges Mädchen erkrankte an Vulvitis blennorrhoeica mit sehr reichlicher, eitriger Sekretion. Da Patientin die ihr verordneten Gonosankapseln nicht hinunterschluckte, sondern serbiß, stellte sich Ekel und Brechreiz ein, und M. kam auf den Gedanken, das Gonosan in einer 10%igen Lebertranlösung per Rektum in Dosen von 10 bis 20 Gramm zu applizieren. Die Klysmen wurden sehr gut vertragen, 4 bis 12 Stunden zurückbehalten und vollständig resorbiert. Die Heilung war — nebenbei liefs M. örtliche Waschungen mit Solut. Plumbi  $\infty$  und Zincum sulfuricum vornehmen und täglich ein Sitzbad mit  $\frac{1}{5}$ ‰ Sublimat geben — nach 16 Tagen eine vollständige und dauernde. *Putzler-Dansig.*

**Über Blennorrhoebehandlung, von GUGLIELMO BASSICALUPO-Neapel.** (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 34.) B. hat 74 Fälle mit Gonosan behandelt und kommt am Ende seiner Mitteilung zu folgenden Schlüssen:

1. Das Gonosan ist ein Spezifikum bei der akuten und chronischen Blennorrhoe. Es übertrifft an Wirkung und Zuverlässigkeit alle übrigen balsamischen Mittel.

2. Das Gonosan kann für sich allein, sowie auch zur Unterstützung der üblichen Injektionen verwendet werden. Die Erfolge sind vorzügliche, denn: a) das Gonosan tötet die Gonokokken in kurzer Zeit, im Mittel nach 10 bis 12 Tagen, ohne Mithilfe der Injektionen (? d. Ref.); b) es macht den Urin scharf sauer; c) beschränkt in geradem auffallender Weise die Sekretion; d) es beseitigt die Schmerzen beim Urinieren; die Erektionen und Pollutionen und bei Blasenentzündung den Tenesmus und die Dysurie nach kurzer Zeit.

3. Das Gonosan wird vom Magen sehr gut vertragen. Es ruft keine Darmstörungen und keine Nierenreizung hervor.

4. Das Gonosan ist ein wertvolles Medikament, dessen Einführung einen grossen Fortschritt in der Blennorrhoeotherapie bedeutet. *Putzler-Dansig.*

**Klinische Beobachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan, von S. GHEORGHIU.** (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 86.) Verfasser verfügt über eine grosse Anzahl Blennorrhoeefälle, die mit Gonosan teils im Krankenhaus (in Targu-Oena), teils in der Privatpraxis behandelt waren. Darunter waren 15 schwere Fälle, von denen Verfasser drei Krankengeschichten mitteilt. In allen Fällen will Verfasser sehr günstige Erfolge erzielt haben. Es gelingt nach Verfasser, mit Gonosan den Krankheitsprozess in der Mehrzahl der Fälle abzukürzen. Da es weder den Magen angreift, noch Nierenreizung hervorruft, muß dem Gonosan vor vielen anderen Balsamicis der Vorzug eingeräumt werden.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Bemerkungen zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von ED. DEUTSCH-Wien.** (*Wien. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 3.) In der Abteilung des Prof. E. LANG wurde eine Vergleichs-Prüfung angestellt zwischen Arbovin und Gonosan, und aufer-

dem das Urogosan in den Bereich der Prüfungen gezogen. Diese Prüfung fiel zunächst mehr zu Ungunsten des Arhovins aus. Es macht den Eindruck, sagt DARRSON, als ob das Arhovin auf den blennorrhoeischen Prozess gar keinen Einfluss ausübt, denn wir konnten trotz der innerlichen Darreichung des Arhovins keine Abnahme der Sekretion, kein Schwinden der Gonokokken, keine Klärung der zweiten Urinportion bei Urethrocystitis, keinen Rückgang der subjektiven und objektiven Symptome beobachten.

Nach Gonosan aber war jedesmal auffällige Besserung eingetreten; die schweren subjektiven Erscheinungen schwanden meist schon nach 48 Stunden. Von den objektiven Symptomen war die rasche Abnahme der Sekretion auffallend, und mit dieser ging eine Abschwellung der entzündeten Schleimhaut Hand in Hand. Die reichliche, dick eitrige Sekretion schwand in der Mehrzahl der Fälle innerhalb weniger Tage (zwei bis vier) und machte einer geringen serös-eitrigen Platz; damit trat gleichzeitig eine überraschende Aufhellung der Urinportion auf.

Was schon von vornherein immer zugunsten des Gonosans betont wurde, das zeigte sich auch bei den Deutschen Beobachtungen: Es kommt viel seltener zu Komplikationen, und namentlich ist die Urethritis posterior mit ihren Folgen zu vermeiden, was ja auch gemäß der Einwirkung des Gonosans auf Schleimhäute und Sekretion erklärlich ist.

Eine Kombination des Gonosans mit Urotropin stellt das Urogosan dar; jede Kapsel enthält 0,3 g Gonosan und 0,15 g Urotropin.

Da die postblennorrhoeische Cystitis schlechtweg nicht mehr direkt mit der Blennorrhoe zusammenhängt, bzw. mit dem Gonococcus selbst nichts mehr zu tun hat, so war ein Zusatz zum Gonosan notwendig, der auch die Mischinfektion der Cystitis zu bekämpfen im Stande ist; dazu ist erwiesenermaßen (POSSER und VOGEL) das Hexamethylen-detramin geeignet.

Namentlich bei der Urethrocystitis war der Harndrang rasch gemildert und der schmerzhaft Tenismus bald beseitigt, und namentlich sicherte Urogosan die Aufhellung der zweiten Urinportion.

*Arthur Bahn-Berlin.*

Zur internen Behandlung der Blennorrhoe, von M. RÁDNY-Szépfala. (*Orvosok lapja*. 1906. Nr. 9.) Bei akuter Blennorrhoe der Urethra und Cystitis hatte sich das Gonosan recht gut bewährt.

*B. Kollaris-Budapest.*

Erfolge der Kaltwasser- im Vergleich zu den Warmwasser-Irrigationen bei der Behandlung der blennorrhoeischen Urethritis und Endometritis, von E. C. SHATTUCK-Manila. (*Med. News*. 23. Dez. 1905.) Sz. behandelte 277 Fälle von blennorrhoeischer Urethritis, Vaginitis und Endometritis (mit und ohne Komplikationen) vermittels kalter und in der gleichen Periode von fünf Monaten 295 derselben Kategorie von Fällen vermittels warmer oder heißer Irrigationen. Es wurden je nach dem Falle noch Lysol  $\frac{1}{2}$  bis  $\frac{3}{4}$ ‰, Kalium permanganicum 1:3000 bis 1:2000 und Anderes mehr zugesetzt, letztere Lösung fast ausschließlich zu den kalten Ausspülungen gebraucht. Im Allgemeinen waren die Erfolge mit den warmen Ausspülungen günstige, wenn auch bei Intra-Uterin-Ausspülung gelegentlich Kolikanfälle auftraten. Bei dem Vergleiche der Kaltwasser-Irrigationen, das ist bei Zimmertemperatur ausgeführt, mit den warmen und heißen Ausspülungen ergab sich als Gesamtergebnis nur wenig Unterschied bezüglich der Behandlungsdauer und des endgültigen Erfolges, so daß Verfasser zu irgend einem positiven Schlusse nicht kommen kann und die aufgeworfene Frage noch weiterer Diskussion unterstellen möchte,

*Stern-München.*

Behandlung der Blennorrhoe mit prolongierten Injektionen (Pansements intraurethraux, von SELLEI. (*Orvosok Hetilap*. 1905. Nr. 8.) Die Behandlung mittels

Irrigation der Harnröhre ist nicht genügend, da die Harnröhrenspülungen nur rein mechanisch wirken, und das dabei gebrauchte Medikament nicht wesentlich zur Heilung beiträgt. Welches Mittel man zur Spülung verwendet, ist gänzlich irrelevant. Es ist nötig, daß gleich nach der Irrigation ein Antiblennorrhoeicum angewendet wird. Motz empfiehlt folgende Lösungen:

Hermophenyl	0,5	0,75	1,0
Protargol	0,5	0,75	1,0
Cocain. hydrochl.	1,0	1,0	1,0
Aqua dest.	1000,0	1000,0	1000,0
Glycerin	30,0	30,0	30,0

von denen 4—5 ccm mit der GUXOWSchen Tropfspritze in die Harnröhre gebracht werden. Durch einen Wattepfropfen wird die Harnröhre verschlossen, und die Lösung stundenlang in der Harnröhre gehalten. Verfasser hat 44 Fälle auf diese Weise mit verschiedenen Lösungen mit vorzüglichem Erfolg behandelt. Die besten Resultate erhielt er bei akuten Erkrankungen mit der von MOTZ angegebenen Lösung, doch ohne Kokain, bei chronischen Fällen mit: Hermophenyl 1,0, Protargol 2,0, Glycerin 30,0, Aqua 1000,0. Bei akuten und subakuten Fällen wird die Lösung täglich oder jeden zweiten Tag nach vorheriger Irrigation mit der Tripperspritze in die Harnröhre gebracht, bei Urethr. chron. mit der Spritze von ULTZMANN. Nach der Injektion wird die Harnröhre in der Gegend des Sulcus coron. mit Watte umgeben und verbunden. Die Flüssigkeit bleibt 3—4 Stunden in der Urethra. Akute Entzündungen der Pars post. usw. kontraindizieren die Behandlung.

*B. Kollarits-Budapest.*

Die örtliche Behandlung der chronischen Harnröhrenentzündungen, von PAUL LEBRETON. (*Presse méd.* 1905. Nr. 54.) In der Mehrheit der Fälle behandelt der Verfasser die chronischen Urethritiden auf folgende Weise: Nachdem der Kranke uriniert hat, nimmt der Arzt eine ausgiebige Blasen-Harnröhrenspülung von 37 gradigen Lösungen von Quecksilberoxycyanür (1:4000) oder Sublimat (1:20 000—30 000) beziehentlich bei sterilen Urethritiden von Höllenstein (1:4000) oder Salicylsäure (1:2000) vor. Die Spülung wird fortgesetzt, bis das Bedürfnis zu urinieren ausgelöst wird. Darauf wird die Harnröhre gedehnt und massiert, hierauf auch die Vorsteherdrüse kräftig massiert. Zum Schluß wird der Blaseninhalt durch urinieren herausbefördert. Die Spülflüssigkeit reißt dabei alle durch die vorausgegangenen Maßnahmen an die Oberfläche gebrachten Gebilde mit fort.

*Hopf-Dresden.*

Über den praktischen Wert der Silber-Eiweißpräparate (Protargol, Albargin, Largin, Ichthargan) bei der Behandlung der Blennorrhoe, von LUDWIG SPITZER-Wien. (*Halbmonatsschr. f. Haut- u. Harnkrankh.* 1905. Nr. 24.) Nach Sr. muß jeder Arzt, welcher die Möglichkeit hat, eine genügend große Anzahl von akut infizierten Blennorrhoeikern teils exspektativ, teils mit internen Mitteln, teils sofort mit organischen Silberpräparaten zu behandeln, zu folgenden Resultaten kommen:

1. Bei einer sehr heftigen Infektion verrücken wir den Verlauf der Symptome weder durch Balsamika noch durch sofort angewendete Silbereiweißpräparate. Im Gegenteil, wir schaden durch die Lokalbehandlung. (? Der Ref.)

2. Bei milder auftretenden Infektionen hat auch das rein interne Verfahren solche Erfolge, daß sie durch lokale Einspritzungen gar nicht übertroffen werden können. Dabei ist es vollkommen gleichgültig, ob wir irgend eines der organischen Silberpräparate, Kalium permanganicum oder die bekannten alten Präparate versuchen.

(Zu bedauern ist nur, daß Verfasser seine Erfolge nicht durch eine ausführliche und hinreichend beweiskräftige Statistik erläutert hat. Der Referent.)

*Putzier-Danzig.*

**Mit Harnröhrenwaschung kombinierte Harnröhrenfüllung bei der Behandlung des Trippers**, von JOSEF SELLER-Budapest. (*Wien. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 51.) S. hat im Laufe von sechs Monaten 44 Patienten an akuter Blennorrhoe behandelt, die 1—8 Tage bestand, und zwar mit Harnröhrenwaschungen mit warmer Lösung von übermangansaurem Kalium und nachfolgender Harnröhrenfüllung vermittels der Tripperspritze von 5—6 ccm folgender Lösung:

℞ *Hermophenyl* 0,25—0,5—1,0  
*Protargol* 0,5 —1,0—2,0  
*Glycerin* 30,0  
*Aq. dest.* 1000,0

oder folgender Mischung:

℞ *Hydrarg. oxycyanat.*  
*Protargol* = 1,0  
 (statt des letzteren ev. *Albargin* oder *Ichthargan* 0,5—1,0)  
*Glycerin* 25—30 g  
*Aq.* 1000,0

Diese Lösung wurde in die Harnröhre injiziert, die Eichel von dem Patienten mit Zeigefinger und Daumen komprimiert, mit einer Watteschicht umgeben und mit einer breiten Binde umwickelt. Die Flüssigkeit bleibt eine bis drei Stunden in der Harnröhre, je nach der Empfindlichkeit der Patienten. Bei sehr empfindlichen Individuen und in perakuten Fällen empfiehlt es sich, mit ganz schwachen Lösungen zu beginnen, und die Lösungen nicht länger als  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde in der Harnröhre zu belassen. Die Infektion bestand bei keinem Patienten länger als acht Tage, und die Heilung trat ein

	in 6 Tagen bei 5 Patienten
" 8	" " 6 "
" 12	" " 8 "
" 16	" " 10 "
" 21	" " 5 "
" 28	" " 9 "
	in mehr als 4 Wochen " 6 "

Es gelingt also, mit dem sog. Morzeschen Verfahren, das Verfasser in oben geschilderter Weise modifiziert hat, akute Blennorrhoe in zwei bis drei Wochen zu heilen, wenn dieselben früh genug in Behandlung kommen. *Putzler-Dansig.*

**Zur Therapie der akuten Blennorrhoe mit Protargol**, von PLACHTA-Berlin. (*Pharmak. u. therap. Rundschau.* 1904. Nr. 1 u. 2.) Verfasser resumiert seine Erfahrungen dahin, daß er glaubt, durch strikte Befolgung der fundamentalen Lehren NEISSERS, betreffend die Wirksamkeit des Protargols und die Wichtigkeit einer guten Technik in der Behandlung des akuten Trippers, gute Erfolge erzielt und ermittelt zu haben, daß sich mit dem NEISSERSchen Normalverfahren ebenso gut ein abortiver Verlauf erreichen läßt, als mit viel stärker prozentuierten Lösungen. Zu wünschen läßt zwar auch dieser Modus procedendi noch manches übrig, einmal, weil nicht alle Blennorrhoen für das Verfahren geeignet sind und zweitens, weil selbst unter den geeigneten noch mancher Erfolg durch mangelhafte Technik verscherzt wird, wenn diese dem Patienten überlassen werden muß. Referent kann auf Grund seiner Erfahrungen die abortive Leistungsfähigkeit der schwachen Lösungen nicht bestätigen.

*A. Strauß-Barmen.*

**Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit Protargol**, von MÜHSAM. (*Mittel. des Centralvereins deutscher Ärzte in Mähren.* 1904, 1.) Verfasser ging folgendermaßen vor:



1. Der Patient muß vorerst seine Blase vollständig entleeren.

2. Er füllt die etwa zehn ccm fassende Tripperspritze nicht ganz voll, läßt etwa vorhandene Luftblasen entweichen und spritzt den Inhalt unter langsamem und gleichmäßigem Drucke in die Harnröhre.

3. Durch Kompression des orificium externum mit Zeigefinger und Daumen der linken Hand wird der Inhalt in der Harnröhre zurückgehalten.

4. Das Medikament bleibt mindestens zehn Minuten in der Harnröhre; je nach der Empfindlichkeit des Patienten und der Hartnäckigkeit des Prozesses steigen wir bis auf 30 Minuten.

Verfasser sagt: Noch nie hat uns diese Therapie im Stiche gelassen, und noch nie haben wir bei dieser Art unserer Behandlung Strikturen zu beobachten Gelegenheit gehabt.

A. Strauß-Barmen.

Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Kollargol, von TANSARD. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) T. hat vor einigen Monaten bereits mitgeteilt, daß er bei akuter Blennorrhoe durch Harnröhren- und Blasenspülungen mit 1—2%iger Kollargollösung sehr gute Resultate erzielt hat. Seitdem nun hat er vielfach bei akuten und insbesondere bei chronischen Blennorrhoe Instillationen von je 2—3 ccm einer 4%igen Kollargollösung gemacht; der Erfolg war ein ausgezeichneter, zumeist trat überraschend schnell Heilung ein. Dabei verursachen die Einträufelungen keine Schmerzen, nur der Ausfluß wird vorübergehend etwas stärker. Bei sehr alten chronischen Blennorrhoeen mit tiefgreifenden Veränderungen der Schleimhaut empfiehlt es sich, die Harnröhre zuerst über einem eingeführten Bismarcschen Bougie Nr. 55—60 zu massieren, dann mit irgend einer antiseptischen Lösung aussuspülen und zum Schlusse 2—3 ccm der 4%igen Kollargollösung einzuträufeln und mit Hilfe eines entsprechenden Verbandes womöglich mehrere Stunden hindurch in der Urethra zu belassen. Auch bei blennorrhöischer Cystitis wirken Instillationen von 3—4 ccm der 4%igen Kollargollösung sehr rasch und sehr gut. — Kollargol wird von der Blase wie von der Harnröhre sehr gut vertragen, es reizt nicht und ätzt nicht; den Erfahrungen Ts. zufolge ist es ein vorzügliches Antiblennorrhoeicum.

Göts-München.

Das Alumol bei der Behandlung der Urethritiden, von TANSARD. (*Journ. d. pract.* 1905. Nr. 52.) T. hat versuchsweise am Ende von akuten Urethritiden und bei chronischen Urethritiden an Stelle von Argentum nitricum Alumol eingeträufelt und gefunden, daß dieses zwar ein kräftiges Adstringens ist, aber nur in sehr geringem Grade antiseptisch wirkt. Es läßt sich daher zur Beseitigung von Fäden und eines Morgentropfens, die nach einer akuten Blennorrhoe zurückgeblieben sind und keine Gonokokken oder andere Mikroben mehr enthalten, mit großem Vorteil verwenden. Auch bei chronischen aseptischen Urethritiden erzielte T. mit der Alumolbehandlung gute Erfolge. Dagegen waren die Resultate bei chronischen septischen Urethritiden, insbesondere solchen, die durch Gonokokken oder durch Kolibakterien bedingt waren, nicht befriedigend; nur zwei durch Staphylokokken verursachte Harnröhrenkatarthe ließen sich durch Alumol beseitigen. Eingeträufelt wurden anfangs zumeist 1%ige Lösungen, im weiteren Verlaufe der einzelnen Fälle aber 2—5%ige Lösungen, soweit sie vertragen wurden.

Göts-München.

Milchsäure bei Blennorrhoe, von TWITHIN CHANDLER-Philadelphia. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Okt. 1905.) Die Beseitigung der hartnäckigen Cervicalblennorrhoe gelingt nach den Erfahrungen des Verfassers am besten durch Einspritzungen von reiner Milchsäure in die Cervixschleimhaut. Die Injektionen werden mittels Pravaspitze dicht unter die Schleimhaut ausgeführt, so daß in jeden Teil der Lippen einige Tropfen hineingebracht werden. Auf diese Weise werden die Cervixdrüsen,

die Hauptschlupfwinkel der Gonokokken, zerstört. Die Schmerzen nach den Einspritzungen sind nicht besonders stark, üble Nebenwirkungen hat Verfasser nicht beobachtet. Mehr als zwei bis drei Sitzungen waren in keinem Falle nötig.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Einige Erfahrungen über Arhovin**, von P. MEISSNER-Berlin. (*Die med. Woche* 1905. Nr. 43.) Verfasser wandte das Arhovin in 18 Fällen von Blennorrhoe als Unterstützungsmittel an, er ist mit dem Erfolg ganz zufrieden, Belästigungen des Magens traten nie ein, wenn das Mittel bei vollem Magen gegeben wurde.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Kasnistische Beiträge zur Therapie der Blennorrhoe**, von JOSEF RUDNIG-Wien. (*Wien. klin. Rundsch.* 1905. Nr. 40.) Eine Empfehlung des Arhovins, die nichts Neues bringt.

*Putzler-Dansig.*

**Die Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin**, von MICHAEL STEINER. (*Schmidt's Jahrb. d. ges. Med.*) 1905. Heft 6.) Arhovin ist ein neues Antiblennorrhoeicum, welches teils äußerlich als Öllösung injiziert, teils in Kapselform dreimal täglich zwei Kapseln à 0,25 intern ohne den Magen irgendwie zu reizen, verabreicht werden kann. Es hat eine ähnliche Wirkung wie die Balsamica. Dr. STEINER gebrauchte das Präparat in mehreren Fällen von schleimigem Ausfluss aus der Urethra, akuter Blennorrhoe und Cystitis. Die Erfolge sollen sehr befriedigend gewesen sein. Er empfiehlt deshalb angelegentlich, bei Blennorrhoe beiderlei Geschlechts und bei Cystitis sich des Arhovins sechs bis zehn Kapseln pr. die zu bedienen.

*Albert Niemeyer-Berlin.*

**Novargantherapie der Blennorrhoe**, von EDUARD SCHWARZ-Prag. (*Ther. Monatsh.* 1906. Nr. 1.) Das Novargan ist infolge seines hohen Silbergehaltes zur Tötung der Gonokokken sehr befähigt, es ist dabei selbst in hoher Konzentration nicht reizend, da es durch keine Alkalien, Säuren oder organische Substanzen gefällt wird, daher auch geeignet, ohne Schädigung der Gewebe in die Tiefe zu dringen. Es hat sich infolge dessen auch bei der akuten Blennorrhoe meistens gut bewährt. Wegen seiner leichten Löslichkeit und Billigkeit ist es ebenfalls gut zu empfehlen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Abortivbehandlung der Blennorrhoe des Mannes**; Bericht über einen Fall von GEORGE GROSS-San Francisco. (*New York med. Journ.* 27. Mai 1905.) Ausgehend von der allgemeinen Ansicht, dass nur im allerersten Stadium der Blennorrhoe, wenn sie nur das Oberflächenepithel betrifft, eine Abortivbehandlung möglich ist, empfiehlt G. eine solche aufs wärmste, und zwar nach ENGELBRETT-Kopenhagen mit dem altergebrachten Argent. nitric., aber in neuer Anwendungsweise. Derselbe gebraucht eine  $\frac{1}{2}\%$ ige Lösung, von welcher er nach JANET 500—600 com unter  $1\frac{1}{4}$  Zoll Druck bei  $37^{\circ}$  C. in den vorderen Teil der Harnröhre irrigiert. Vier Stunden nach dieser ersten Behandlung seien die Gonokokken verschwunden, dann wird eine zweite Ausspülung mit 1:500 Argent. nitric.-Lösung in derselben Weise gemacht. Die direkte Wirkung der Spülungen ist eine grau-weiße Verätzung der Schleimhaut mit mehr weniger intensivem,  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde währendem Brennen, Ödem ist aber nicht vorhanden. Der Ausfluss wird später serös-flüssig, etwas mit Blut vermischt, und nach 6—8 Tagen ist die Kur zu Ende. In ENGELBRETT'S Statistik waren von 30 Fällen 26 derartig erfolgreich behandelt. In dem Falle, welchen G. hier eingehend beschreibt und nach diesen Grundsätzen behandelte, war bereits am zweiten Tage nach den Irrigationen kein nennenswerter Ausfluss mehr und keine Spur von Gonokokken vorhanden, am vierten ersterer ganz verschwunden, der Urin völlig klar, der Meatus trocken, die Mixtion absolut normal, Patient wurde als geheilt entlassen und ist es auch geblieben.

*Stern-München.*

**Behandlung der Blennorrhoe**, von Fr. Corro-Boston. (*Mercks Archives*. 1906. Nr. 5.) Verfasser sah befriedigende Erfolge nur von folgender Behandlung: Bei ganz frischen Fällen heisse Spülungen mit Kal. permang. 1:6000. Hinterher Einspritzung einer 5%igen Protargollösung, die 5—10 Minuten zurückzuhalten ist. Wiederholung zwei- bis dreimal täglich. Bei der zweiten oder dritten Injektion Steigerung der Protargollösung bis zu 10%, welche 15—20 Minuten zurückzuhalten ist. Nach drei Tagen nur einmalige tägliche Behandlung. Nach ca. zwei Wochen wird die Behandlung sistiert. Bei starkem Ausfluss soll Protargol erst nach Ablauf der akutesten Entzündung angewandt werden. Bei Erkrankung der Pars post. benutzt Verfasser nur Spülungen mit Kalium permang., bei Rezidiven mit Argent. nitric. 1:2000 oder 1:1500 oder Sublimat 1:15000 oder 1:10000. Bei den Spülungen werden Katheter nicht gebraucht.

A. Strauß-Barmen.

### Anatomie und Physiologie der Haut.

**Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen**, von P. LINSER-Breslau (*Habilitationschr.* Tübingen 1904. Lippert & Co., Naumburg a. Saale.) Um festzustellen, ob die Schweißdrüsen an der Absonderung des Hauttalgs mitbeteiligt sind, liess L. verschiedene Individuen mittels Heissluftbäder zum Schwitzen bringen und sammelte die abgesonderte Flüssigkeit in Gummisäcken auf. Er erhielt auf diese Weise Quantitäten von 5, 10 und 15 Litern. Da aber in diesem Sekret sich nur etwa 0,01% ätherextrahierbare Substanzen oder noch weniger befanden, so erscheint es ihm ausgeschlossen, dass der Hauttalg durch die Schweißdrüsen sezerniert werde. Vielmehr komme diese Tätigkeit den Talgdrüsen zu. Bestimmungen der Menge des sezernierten Hauttalgs ergaben selbst bei Erwachsenen im Höchstfall nur 2,7 Ätherextrakt pro qm Haut in drei Wochen, also wesentlich geringere Werte als die z. B. von LEUBUSCHER publizierten Zahlen. Über die chemischen Bestandteile der Sekrete auf der Hautoberfläche hat Verfasser eine grössere Reihe von Untersuchungen angestellt, welche, wenn auch nicht absolut abschliessend, so doch in ihrer Art lehrreich und interessant sind. Bestimmt wurden dabei der Schmelzpunkt, die Säurezahl, Verseifungszahl, Jodzahl, der Cholesteringehalt usw. In dieser Weise wurden untersucht Hauttalg, Cerumen, Smegma, der Inhalt von Talgdrüsenzysten, von Dermoiden und Atheromen, sowie reine Horngebilde, wie Hornspäne, Hufspäne und Haare.

An pathologischen Prozessen wurden ferner untersucht die Produkte bei Ichthyosis, Seborrhoea sicca und oleosa, Psoriasis und Komedonen. Als ein Hauptcharakteristikum ist zu konstatieren, dass der normale Hauttalg arm an Cholesterin ist, während dieses sich in der Hornsubstanz und bei den Prozessen, welche mit pathologisch vermehrter Hornbildung einhergehen, reichlicher findet. So fand sich bei der Seborrhoea oleosa Cholesterin nur in Spuren vor, während bei der Seborrhoea sicca dasselbe in erheblich grösserer Menge vorhanden war, und die Ichthyosis, Psoriasis und Komedonen grössere Quantitäten lieferten. Bei der Seborrhoe war ferner gegenüber dem normalen Hauttalg ein stärkerer Anteil an eigentlichen (Glycerin) Fetten zu konstatieren, sowie eine erhebliche Menge freier Fettsäuren. Mit diesem grösseren Gehalt an Triglyceriden und namentlich Olein nähert sich das Sekret bei der Seborrhoe dem normalen Körperfett, und es ist nach L. daraus der Schluss zu ziehen, dass wir es bei dieser Affektion um eine primäre Sekretionsanomalie der Talgdrüsen zu tun haben, bei welchem das reichlichere Vorhandensein von Bakterien erst ein sekundäres, durch die für ihr Gedeihen günstiger gestaltete Beschaffenheit des Sekretes bedingtes wäre. Denn der normale Hauttalg gibt keinen günstigen Nährboden für Mikro-

organismen ab. Letzterer Umstand wiederum ist als eine sehr wesentliche biologische Funktion desselben zu bezeichnen und erklärt neben dem Schutz, den der Hauttalg durch seine Wasseraufnahmefähigkeit der Cutis gegen Austrocknung verleiht, und der Förderung der Resorption von gewissen Lösungen und Stoffen durch die Haut hindurch vollauf die große physiologische Bedeutung dieses Überzuges der Körperoberfläche von Mensch und Tieren.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Histologische Beiträge zur Sekretion der Bürzeldrüse, von MARGARETE STERN-Breslau.** (*Arch. f. mikrosk. Anat.* 1905. Bd. 66.) Nach PLATOS experimentellen Untersuchungen enthält das Bürzeldrüsensekret von Gänsen, die mehrere Wochen mit Sesamöl gefüttert worden waren, Sesamöl, und somit war der Beweis geliefert, daß Nahrungsfett in das Sekret der Bürzeldrüse übergeht. Die chemischen Untersuchungen hat RÖHMANN nach PLATOS Tode allein fortgeführt und publiziert. Es war bei den PLATOSchen Untersuchungen von Anfang an beabsichtigt, die Frage der Sekretbildung nicht allein experimentell und chemisch, sondern auch histologisch zu untersuchen. Kann man den Prozeß der Sekretbildung mikroskopisch verfolgen?

Diese Frage verfolgte M. STERN auf NEISSERS Anregung weiter und sie benutzte dazu die Bürzeldrüse der Enten, nachdem sie konstatiert hatte, daß die diesbezüglichen mikroskopischen Befunde bei Gans und Ente dieselben sind. Die histologische Untersuchung ergab, daß das wabige Protoplasma von der Peripherie der Tubuli bis in das Zentrum derselben, also auch dort, wo die Zellen zerfallen, keine Unterschiede im tinktoriellen Verhalten zeigt. Deswegen war kein Grund zu der Annahme vorhanden, daß auch nur ein Teil des Sekrets aus umgewandelten (metamorphosiertem) Protoplasma abzuleiten ist.

Die Bürzeldrüse bildet ein charakteristisches Sekret aus Fett, welches ihr von außen her zugeführt wird, der Zerfall der Zellen erfolgt erst, nachdem sich das Sekret in ihnen angehäuft hat, die Zellen werden in der Peripherie stets neu gebildet und gehen im Zentrum zugrunde, aber die Sekretbildung beruht nicht auf der Zelldegeneration.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Hauptpigment und Pigmentanomalien, von E. von DÖRING-Kiel.** (Aus „Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.“) Verfasser steht auf dem Standpunkt, daß die verschiedenen Arten von Pigment, das Hämosiderin und das Melanin, gleichen und zwar hämatogenen Ursprungs sind. Er schließt sich der Auffassung EHRMANNs an, daß die Chromatophoren eine besondere Zellenart sind (Melanoblasten) und vom Mesoderm abstammen; sie bereiten aus dem diffundierten Hämoglobin das Pigment und besorgen mittels ihrer zahlreichen Fäden den Transport der Pigmentkörnchen.

Bei den Pigmentanomalien müssen äußere und innere Ursachen eine Rolle spielen; von inneren Ursachen kommen in Betracht nervöse Einflüsse, sowohl von seiten des Zentralnervensystems als besonders von seiten des Sympathicus.

Verfasser gibt folgende Einteilung der Pigmentanomalien:

#### A. Pigmenthypertrophien.

1. Kongenitale oder in der Anlage vorhandene Hyperpigmentierungen:
  - a) Epheliden.
  - b) Lentigines oder Naevi lenticulares.
  - c) Xeroderma pigmentosum.
2. Auf innere Anomalien zurückzuführende Hyperpigmentierungen:
  - a) Chloasma (uterinum et cachecticum).
  - b) Pigmentsyphilide, wohl auf neurotische Einflüsse zurückzuführen, von UNNA als Neurosyphilide bezeichnet.

3. Der Lippenbart der Affen besteht zum großen Teil aus Sinushaaren.

4. Von den mikroskopischen Details ist hervorzuheben: der Mangel des Ring-sinus, die Stielbildung der Papille, die Knickung des Haarbulbus, die Kerbung der Papillenoberfläche. Neben den echten Sinushaaren kommen bei einigen Affen, hauptsächlich beim Orang, noch rudimentäre Formen vor, bei denen der Blutraum entweder auf einen feinen Spalt reduziert ist oder ganz fehlt. Dann erinnert nur der beträchtlich entwickelte Bindegewebsbalg an die Verwandtschaft mit Sinushaaren. Verfasser bezeichnet solche Formen als Übergangsformen zwischen sinuösen und asinuösen Haaren.

5. Die Sinushaare der Affen entwickeln sich ähnlich wie die anderer Säugetiere. Sie entstehen vor allen anderen Haaren. Die Reihenanzahl ist deutlich erkennbar. Mikroskopisch ist der von Anfang an die epitheliale Haaranlage umgebende breite Bindegewebszellenwall charakteristisch.

6. Der Schnurrbart und zuweilen auch die Augenbrauen des Menschen zeigen einige Ähnlichkeit mit den supraorbitalen und labialen Sinushaaren der Affen. Wie jene entwickeln sie sich relativ sehr frühzeitig. Die Augenbrauen kommen von allen Haaren zuerst zum Vorschein, dann erscheinen, zugleich mit den Stirnhaaren, die Lippenhaare (fötaler Bart). Im mikroskopischen Bilde fehlt aber stets irgend eine Spur eines sinuösen Haarbalges. Vielmehr ist der Haarbalg der Supercilien und Schnurrbart-haare nicht dicker als der anderer asinuöser Haare. Auch in der ersten Anlage wird der für Sinushaare charakteristische breite Zellenwall um den epithelialen Haarkeim vermisst.

Die Hypothese, daß die Augenbrauen und der Schnurrbart des Menschen von den Sinushaaren der Affen abzuleiten sind, ist zwar nicht unwahrscheinlich, aber vorerst durch Tatsachen nicht hinreichend begründet. *A. Loewald-Kolmar.*

**Die Natur der elektrischen Vorgänge an der Haut, besonders der Finger,** von SOMMER-Gieslen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905, Nr. 51.) Vor einiger Zeit war mehrfach von elektrischen Vorgängen in der menschlichen Haut die Rede. S. selbst hat über einige solche Erscheinungen berichtet und von „physiologischen Bedingungen“ bei diesen gesprochen und er ist deshalb angegriffen worden, als ob er dabei irgendwelche „animistische Hypothesen“ aufstellen wollte. In der vorliegenden Arbeit nun geht er die vier verschiedenen Gruppen dieser elektrischen Vorgänge durch und untersucht, wie weit an dem Zustandekommen der Erscheinungen, deren allgemein physikalische Beschaffenheit sicher steht, physiologische Bedingungen mitwirken; von vitalistischen oder animistischen Hypothesen ist dabei keine Rede. Über die Einzelheiten des Aufsatzes im Referat zu berichten, ist nicht möglich. *Göts-München.*

**Die Talgdrüsen und ihre Sekretion,** von HANS BAB-Berlin. (*Beitr. z. klin. Med. Senator-Festschrift.*) In einer „anatomisch-physiologischen Studie“ unterzieht B. die seit VIRCHOW etwas ins Hintertreffen geratene Lehre von den Talgdrüsen einer eingehenden und vergleichenden Kritik, die im einzelnen nachzulesen sehr interessant ist. Wir hören viel „Phylogenetisches“ über die Talgdrüse und über ihr Vorkommen in der Tierwelt und ihre Funktion; ferner behandelt B. die Entwicklungsgeschichte, Anatomie und Pathologie der Talgdrüse und im dritten Abschnitte die Physiologie der Talgdrüsensekretion, und B. kommt zu folgenden Schlüssen über die Bedeutung der Talgdrüsen: Die Epithelzellen der Talgdrüsen sezernieren durch einen aktiven chemischen Prozeß Fett, bis fast ihr ganzer Zelleib von Fett erfüllt ist, und damit jede weitere Tätigkeit der Zelle unmöglich wird. So faßt sich die ganze Lebensarbeit dieser Zelle in einer einmaligen produktiven, eine gewisse Zeit andauernden Lebenstätigkeit zusammen, die alle Kräfte und Materialien der Zelle aufbraucht und erschöpft, so daß dieselbe alsdann zugrunde gehen muß und ihr Detritus sich dem

Sekretionsmaterial beimengt. Diese Beimengung der Bestandteile der Zelle selber gibt augenscheinlich dem Sekret eine für den Körper erforderliche Beschaffenheit, denn anderenfalls würden wir wohl unter Vermeidung des Zellverbrauchs Drüsen mit einschichtigem Epithel finden, das Fett unter Erhaltung der Zellen sezerniert. Die Talgdrüsenzelle aber lebt, um eine bestimmte Menge von Fett — vielleicht auch noch von anderen Stoffen, z. B. Riechstoffen — zu produzieren und nach Vollendung dieser sekretorischen Arbeit zu sterben. Die Fettsekretion wird somit Ursache des Sterbens, nicht aber ist ihr Sterben Ursache der Fettproduktion, wie es bei der nekrobiotischen Fettmetamorphose der Fall sein würde. Die Fettsekretion ist vielmehr die höchste Lebenstätigkeit dieser Zellen.

*Arthur Rahm-Berlin.*

### Mikroskopische Technik.

Die Färbereaktionen der bei syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten, von L. S. DUDGEON-London. (*Lancet*. 19. Aug. 1906.) Verfasser hat gute Resultate erhalten mit der LEISHMANSCHEN Reaktion und eher noch bessere mit der folgenden Modifikation derselben: Auf das Deckglaspräparat werden einige Tropfen einer 1%igen Lösung des LEISHMANSCHEN Pulvers (GÄUBLER) mit absolutem Methylalkohol gebracht und 30 Minuten einwirken gelassen. Man nehme nur gerade so viel von der Lösung, wie eben nötig ist. Dann wird ein doppelt so großes Volumen destilliertes Wasser auf das Deckglas gebracht und mit der Farblösung gut vermischt. Dies läßt man 5 Minuten einwirken. Alsdann folgt Abgießen dieser verdünnten Farblösung, Aufgießen von destilliertem Wasser auf das Präparat und eine Minute langes Stehenlassen unter dem Wasser, Abspritzen mit Wasser aus einer Pipette, Trocknen mit Zigarettenpapier und Einlegen in Canadabalsam.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

Ein Wort zu dem Aufsätze von Dr. GIEMSA „Bemerkungen zur Färbung der *Spirochaeta pallida*“, von C. THESING.

Erwiderung zu vorstehenden Bemerkungen, von G. GIEMSA. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1905. Nr. 32.)

Uninteressante Polemik.

*A. Loewald-Kolmar.*

### Bakteriologie.

Über die im menschlichen Organismus vorkommenden säurefesten Bazillen, von PERIS. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 34.) Die von RONA in zwei Fällen von Perifolliculitis agminata suppurativa, in dem Eiter der cutanen und subcutanen Abszesse in großer Anzahl gefundenen säurealkoholfesten, den Tuberkelbazillen sehr ähnlichen Bazillen, sitzen nicht im perifollikulären Entzündungsherd, sondern allein in den cystisch erweiterten, manchmal wahre Hohlgänge bildenden Follikelinhalt, als Folge des dort stagnierenden Hautsekretes, wovon sie leicht in den Eiter der perifollikulären Abszesse gelangen. Die Kultivierung der Bazillen ist nicht gelungen, für Tiere haben sie sich als nicht pathogen gezeigt. Es ist wahrscheinlich, daß diese Bazillen auch bei anderen Fällen von Perifolliculitis agminata suppurativa regelmäßig gefunden werden. Mit der Hauterkrankung selbst stehen sie in keinem ätiologischen Zusammenhang, doch sind zur exakten Beantwortung dieser Frage noch weitere Beobachtungen nötig. Säurefeste Bazillen kommen auf der Haut nicht nur unter physiologischen Umständen vor, sondern an beliebigen Stellen der Hautoberfläche, wenn im Verlauf oder infolge von pathologischen Prozessen, die zur Stagnation

der Hautsekrete anliegender Partien führen, besonders aber unter den, bei torpider Skrophulose beobachteten Narbenbrücken und Hauttaschen, wovon sie leicht in die skrophulösen Herde gelangen und als Kochsche Bazillen imponieren können. In dem Smegma der Genitalien sind nur wenige mehr oder minder säurefeste Bakterien zu finden, welche nach einer Entfettung mit Salzsäurealkohol ohne Ausnahme entfettet werden.

*B. Kollaris-Budapest.*

**Über das Wachstum der Gonokokken auf serumhaltigen Nährböden,** von OSKAR STROSS-Wien. (*Centralbl. f. Bakteriol. usw.* 1905. Nr. 4.) STROSS hat in einer „ziemlich“ großen Zahl von Versuchen Gonokokken auf Nähragar einerseits und Zusatz von menschlichem, andererseits von tierischem Serum in variierten Mengen überimpft und die Ergebnisse verglichen. Das verwendete frische Serum wurde mehrere Male durch eine Stunde auf 60° C. erhitzt und auf Sterilität geprüft. Der Nähragar wurde in gewöhnlicher Weise aus Rindfleisch hergestellt, mit Lackmuspapier auf deutlich alkalische Reaktion eingestellt. Dann wurde bei jedem Stamm das Wachstum auf einfachem Agar ausprobiert. Die Kulturen wurden in Petri-Schalen angelegt. Der Nährboden wurde nur verwendet, wenn es sich zeigte, daß er mit einem Drittel Menschenserum versetzt, Gonokokken üppig wachsen ließ, nicht ohne Serumzusatz. Das Serum wurde gewöhnlich in Mengen von 0,25 und 3 ccm, öfters auch von 1 ccm als Zusatz zu 10 ccm Agar angewendet. Der Gonococcus wurde immer von einer frischen Menschenserum-Agarkultur abgeimpft und es wurden bis etwa zur 20. bis 25. Generation fortgezüchtete Kulturen angewendet. Das menschliche Serum gab in allen Fällen sowohl in der Menge von 0,25 als 1,0 als 3,0 ccm gute Kulturen. Dagegen zeigte sich ein dreifach verschiedenes Verhalten bei dem von 84 verschiedenen Rindern, 23 Pferden und einigen Kaninchen untersuchten Serum. Eine Anzahl der Sera gab ebenso- oder wenigstens beinahe so gute Kulturresultate wie Menschenserum; einige wenige Sera waren vollkommen unbrauchbar für die Kultur, und bei einer Anzahl zeigte sich das eigentümliche Verhalten, daß zwar ein geringer Zusatz z. B. 0,25 ccm gutes oder deutliches Wachstum gestattete, während bei Zusatz größerer Mengen das Wachstum ausblieb oder sich verschlechterte. STROSS glaubt daher, daß in den Tiersera wachstumshemmende Stoffe enthalten sind und glaubt, daß als solche die Eiweißkörper resp. Kolloide von maßgebender Bedeutung sind, mehr als die einfach zusammengesetzten Stoffe, z. B. die Salze.

*Putzler-Danzig.*

**Die Gonococcustoxine als Ursachen von Augenentzündungen,** von SWAN M. BURNETT-Washington. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 23. Dez. 1905.) Hauptsächlich kommen hier in Betracht Iritis und Conjunctivitis. Erstere, als blennorrhöischen Ursprungs, wird von manchen Autoren für außerordentlich selten gehalten, von manchen für weniger selten, was entweder mit lokalen Verschiedenheiten oder wahrscheinlicher damit zusammenhängt, daß von manchen Klinikern bei vorhandener Iritis zu wenig an Blennorrhoe gedacht wird. Meist ist gleichzeitig mit Iritis blennorrhöischer Rheumatismus vorhanden und treten beide Affektionen gewöhnlich im abnehmenden Stadium der Harnröhreninfektion auf. Die Formen der blennorrhöischen Iritis sind wechselnd: entweder die sog. schwammige (? Referent) mit erweiterter Pupille und tiefliegender Vorderkammer oder die plastische mit verschiedenen Arten von Exsudat oder auch die hämorrhagische Form; erstere ist die relativ häufigste Form. Ein wichtiges Charakteristikum der blennorrhöischen Iritis ist die Neigung zu Rezidiven während derselben oder weiterer Blennorrhöeinfektionen, es können ein oder beide Augen nacheinander befallen sein. Die Diagnose ist deshalb von so großer Bedeutung, weil es gerade bei Iritis wichtig ist, möglichst bald mit Mydriaticis zu beginnen, und ein Tag oder auch nur Verzögerung von einigen Stunden genügt, um

unheilbare Verwachsungen herbeizuführen. Wie weiterhin B. an einem Falle anführt, muß auch eine Conjunctivitis infolge endogener Infektion durch Gonokokken-Toxine als sicher vorkommend angesehen werden; die bakteriologische Untersuchung jeden Falles von Bindehautentzündung bei gleichzeitiger Blennorrhoe muß, wenn im Sekret Gonokokken nicht vorhanden sind, zu dieser Diagnose führen. Die Prognose ist für diese Fälle eine weit bessere als bei externer Infektion. Während diese Art von Conjunctivitis in allen Handbüchern über Blennorrhoe erwähnt ist, wundert sich B., daß die beschriebene Form von Iritis beinahe nur den Ophthalmologen bekannt ist.

*Stern-München.*

**Über das Verhalten der Favus- und Trichophytonpilze im Organismus,** von J. CITRON. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten.* 1906.) Intraperitoneal mit Favus- und Trichophytonkulturen geimpfte Tiere zeigten Pseudotuberkulose, d. h. Knötchen auf dem Peritoneum; es fand sich keine Phagocytose, wohl aber Leukocytenumlagerung der Pilzfäden, die verklumpt waren. Frösche zeigten bei Trichophyton Phagocytose, bei Favus nicht. Jedenfalls enthalten die freien Exsudate keine Substanzen, die imstande sind, Schimmelpilzemulsionen aufzulösen. Die Pilze üben ebenso wie der Erreger der Tuberkulose einen formativen Reiz auf den Organismus aus. Auch abgetötete Kulturen erzeugen in gleicher Weise Knötchenbildung. Versuche mit Trichophytin und Favin, nach PLATOS Vorgang, ergaben keine positiven Resultate, doch schienen sie einen gewissen Einfluß auf die Heilung zu besitzen. Aktive Immunisierung erscheint möglich, passive gelang nicht. Agglutinationsprüfung war nicht möglich, da es nicht gelang, eine homogene Emulsion der Pilsleiber herzustellen, doch fanden sich in dem Serum Praecipitine.

*F. Hahn-Bremen.*

**Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus),** von LUDW. WÆLDSØ. (*Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenkde. u. Infektionskrankheiten.* 9. Mai 1906.) Gelegentlich bakteriologischer Untersuchungen des Vorhautsekretes nicht venerisch kranker Individuen fand W. einen Mikroorganismus, den er wegen seiner Neigung, eigenartige Involutionsformen zu bilden, Bacillus involutus nennt und der in kurzem folgende Eigenschaften aufweist. In den, mit dem Smegma praeputiale begossenen Glycerinagar- und Gelatineagarplatten wurden nach 24 Stunden stark glänzende, hirsekorngroße, taupfenartige Kolonien gefunden; die mikroskopische Untersuchung der Platten zeigte diese Kolonien rund, scharf begrenzt, erfüllt mit stark lichtbrechenden Körnchen. Die Untersuchung der Klatschpräparate ganz junger Kulturen ergab einen GRAM-beständigen Mikroorganismus, mit ungemein verschiedenen Formen: kurze und dicke Stäbchen mit abgerundeten Enden, biskuitförmige, solche von gleichmäßig längsovaler Gestalt, auch Sanduhr-, Achter-, Kolbenformen usw. Dieser eigenartige Bacillus wurde noch mit Erfolg auf den gebräuchlichen Nährböden weiter gezüchtet: in Gelatineplatten, im Gelatine-, im Glycerinagarstich, in Agarstichkultur; rasches Wachstum zeigte er auf Menschenblutserumagar, sehr langsames auf Kartoffel. Der gefundene Mikroorganismus erwies sich für Kaninchen, Meerschweinchen usw. nicht pathogen. Die verschiedenen vorgenommenen Färbungen ergaben, daß das Bakterium von einer, durch Quellung des Leibes entstandenen Pseudokapsel umgeben ist; diese Quellung ist ein Involutionvorgang, auf den die eigentümlichen, verschiedenartigen Gebilde zurückzuführen sind. Vollkommene Übereinstimmung zeigte der gefundene Bacillus mit keinem der bekannten Mikroorganismen, nur eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Erreger der Diplobazillenconjunctivitis von MORAN-AXENFELD. Hierzu eine Farbentafel.

*Stern-München.*

**Die Bedeutung der Tbc-ähnlichen säurefesten Bazillen bei Untersuchungen auf Tuberkulose,** von A. AUJESZKY-Budapest. (*Orv. Hetilap.* 1906. Nr. 41.) Auf Grund ihrer morphologischen Eigenschaften können nur jene säurefesten Bakterien



von den Kochschen Basillen unterschieden werden, deren mikroskopisches Bild auffallend abweichend ist, d. i. ganz kurze, dicke, kokkenähnliche Formen. Es ist unmöglich, die säurefesten Bakterien einfach durch Färbung von den Tbc-Basillen absolut sicher zu unterscheiden, was durch Kulturen und Inokulationsversuche fast immer leicht gelingt. Die säurefesten Bakterien sind den Kochschen Basillen nahe verwandt, ohne daß man berechtigt ist, dieselben als eine saprophytische Form der letzteren anzusehen. Es wäre zweckmäßig, die Benennung Para-Tbc-Basillen (PORSZ) anzunehmen

*B. Kollarits-Budapest.*

**Über Giftstoffe in den Kulturen des Gasphlegmonebacillus,** von FRITZ PASSINI-Wien. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 8.) Ebenso wie beim Rauschbrandbacillus kann man heute bei einer Reihe von Stämmen des E. FRÄNKEL'schen Bacteriums einen zweifachen Formenkreis nachweisen, eine asporogene, unbewegliche und eine sporulierende, bewegliche Wuchsform und so wie dort, sehen wir Hand in Hand mit der Umänderung des Morphismus eine Umwandlung des Bakterienchemismus einhergehen. Der auf zuckerhaltigen Nährböden fast ausschließlich Gärung erregende, unbewegliche, asporogene Mikroorganismus zeigt nun, wenn er weiter in der sporulierenden Wuchsform auf zuckearmen, eiweißreichen Substraten gehalten wird, das ausgesprochene Vermögen, Eiweißstoffe energisch unter Bildung von Fäulnisprodukten abzubauen.

Der Gasphlegmonebacillus ist nun erwiesenermaßen ein konstanter Bewohner des menschlichen Darmkanals, der mit Hilfe des BOTKIN'schen Anreicherungsverfahrens jederzeit aus dem Stuhle von Säuglingen und Erwachsenen zum Wachstum gebracht werden kann. Das besondere Interesse, das ihm aus diesem Grunde zukommt, war Veranlassung, nochmals der Frage näher zu treten, ob dieser Keim bei seinem Wachstum auf verschiedenen Nährböden Gifte produziert.

Die bisher angestellten Versuche zeigten, daß sich in Reinkulturen des Gasphlegmonebacillus zwei vollkommen voneinander differente Giftsubstanzen bilden können, deren eine den raschen Tod der Versuchstiere durch Störungen des Atmungszentrums resp. der die Zirkulationsorgane innervierenden Apparate hervorruft, während die andere analoge Erscheinungen erzielt, wie das Sepain FAUST.

Die bisher angeführten Tatsachen gewinnen, wenn auch direkte Beziehungen zwischen den Giftwirkungen und den diversen lokalen und allgemeinen Erscheinungen bei Darmkrankheiten nicht festzustellen sind, wohl insofern an Interesse, als sie beweisen, daß auch die normalerweise im Darmtrakt vorhandenen anaerobisch wachsenden Mikroorganismen in den Kulturen Stoffwechselprodukte erzeugen können, denen schädigende Wirkungen zukommen.

*Arthur Hahn-Berlin.*

## Hygiene.

**Die Geschlechtskrankheiten und ihre besonderen Beziehungen zur Armee,** von NEUMANN. (*Der Militärarzt.* 1905. Nr. 9—12.) Die Ausführungen des Verfassers decken sich mit den Bestrebungen, die die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vertritt.

*F. Hahn-Bremen.*

**Dokumente über Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Toulouse,** von A. F. BABOU. (*Thèse de Toulouse.* 1903/04. Nr. 551.) *Fritz Loeb-München.*

**Die Beschränkung der Dirnen auf das Wohnen in bestimmten Straßen,** von OTTO GERLAND. (*Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öff. Gesundheitspflege.* 37. Bd. 3. Heft.) Der Verfasser legt dar, wie überhaupt eine Reglementierung der Prostitution notwendig sei, und daß das System der Beschränkung der Dirnen auf das Wohnen bestimmter Straßen bis jetzt das beste System der Reglementierung ist. Denn diese

Mafsnahme erleichtert die ärztliche und polizeiliche Aufsicht und beschränkt die Kuppelei, den Mädchenhandel und das Zuhälterwesen. Der Verfasser wünscht dringend, daß das Reichsgericht das Vermieten von Wohnungen nur dann als unter den § 180 Str.-G.-B. fallend anerkennt, wenn der Vermieter aus der Vermietung einen unverhältnismäßigen Gewinn ziehen will, der nicht als angemessener Mietszins für die Wohnung, sondern als ein Anteil an dem aus der Unzucht erwachsenen Erwerbe anzusehen ist.

*Schourp-Dansig.*

**Die sexuelle Aufklärung der Jugend**, von KARL ULLMANN - Wien. (*Med. Blätter*. 1906. Nr. 5.) U. stellt in diesem in der „Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitspflege“ gehaltenen Vortrage folgende Leitsätze bezüglich der sexuellen Aufklärung der Jugend auf: Neben sexueller Aufklärung in Haus und Schule Bekämpfung der Gefahr sexueller Verirrungen der Jugend durch Ermöglichung einer freien und vollen physischen Entwicklung der Kinder und Anwendung geeigneter Mafsnahmen zur Beseitigung der hereditären Anlage zur Neurasthenie als der wichtigsten Quelle der Disposition zur sexuellen Verirrung. Prohibitivmafregeln gegen geistige Infektion der Schulkinder sind zu befürworten.

Schilderung der Generations- und Entwicklungsvorgänge des pflanzlichen und tierischen Lebens mit Ausschluß der physiologisch sinnlichen Liebeswerbungen.

Einbeziehung der heterolog-sexuellen Differenzen, des Zeugungsaktes, des Liebeslebens bei Tieren und Menschen für beide Geschlechter erst in der sechsten (bei uns ersten) Mittelschulklasse und den gleichstufigen Klassen der Lyceen, Handels- und Gewerbeschulen in möglichst vollständiger, rückhaltloser Weise. Die auf den Menschen bezüglichen Erläuterungen sollen im Rahmen eines neu einsuffügenden Unterrichtsgegenstandes: „Somatologie und Hygiene“ durch Schulärzte oder wo diese fehlen, durch entsprechend vorgebildete Naturgeschichtslehrer vorgetragen werden. Ferner soll die moderne Neuschule auch in früheren Altersklassen diese für die Gesundheit so belangreiche Aufklärung beginnen, sowie sie sich auch mit der körperlichen Erziehung und Veredelung mehr beschäftigt als bisher.

Als Vorbedingung für die schadhlose Durchführung einer derartigen freien Jugend-erziehung sieht Verfasser an das Institut der Schulärzte, wenn dieselben hygienisch genügend vorgebildet sind, in den Lehrerkonferenzen stimmberechtigte, in ihrem Wirkungskreise und ihren Rechten nur vom Staate kontrollierte und materiell auch nur von diesem abhängige Faktoren darstellen. Dieser hat auch allein das Recht, die Schüler resp. Schülerinnen früher zu dem oben erwähnten Unterricht zuzulassen oder sie davon zu dispensieren.

*Putzler-Dansig.*

**Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem flachen Lande und in kleinen Städten**, von R. THOMALLA-Waldenburg. (*Zeitschr. f. Medicinalbeamte*. 1906. Nr. 1.) Die Geschlechtskrankheiten werden in die Landbevölkerung getragen einmal durch das Militär, welches auf Schießplätzen, Truppenübungsplätzen und bei Gelegenheit der Manöver dortselbst weilt; ferner durch die Geschäftsreisenden und Arbeiter, welche letztere den Sommer über häufig in Großstädten arbeiten und im Winter infiziert nach Hause kommen. Um der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in kleinen Städten und auf dem Lande wirksam entgegenzutreten, soll die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten jährlich eine gewisse Summe aussetzen, damit aufklärende Vorträge unter Unterstützung der betreffenden Kreisärzte von geeigneten Ärzten gehalten und durch Wort und Schrift jugendliche Personen über die Gefahren, welche ihnen drohen, belehrt werden. Schon erkrankte Personen sind mit Hilfe des Kreisarztes auf gütlichem Wege oder mit Unterstützung der Polizei in Krankenhäuser zu überführen, wo arme Patienten auch ohne Angabe der Krankheit der Ortsbehörde gegenüber unentgeltlich zu behandeln sind. Besondere Vorsicht ist

bei Patienten geboten, welche eine Ehe eingehen wollen. Auch ist es sehr wichtig, daß die Kreisärzte es sich angelegen sein lassen, die Infektionsquelle zu erforschen; hat sich ein Kranker nachweisbar mit vollem Bewusstsein seiner übertragbaren Krankheit den Coitus geleistet, so ist er nach § 223 des Str.-G.-B. zur Anzeige zu bringen. Auch auf die Kurpfuscher sollen die Kreisärzte ein wachsames Auge haben. Was die Aufklärung der Jugend im allgemeinen anbetrifft, so soll in Elementar- wie Mädchenschulen dies Thema unberührt bleiben, wohl aber sollen in Sekunda und Prima der höheren Schulen, in Fortbildungsschulen, landwirtschaftlichen Schulen der Naturwissenschaftler oder Historiker (? d. Ref.) geeignete Vorträge über die Geschlechtskrankheiten unter Hinweis auf die Schädlichkeit der Onanie halten; man würde auf diese Weise auch verhindern, daß junge Leute allerhand verderbliche Broschüren von Kurpfuschern beziehen, durch welche sie nicht nur physisch, sondern auch psychisch oft genug Schaden leiden.

*Putsler-Dansig.*

**Die Reglementierung der Prostitution,** von HOWARD A. KELLY-Baltimore. (*Journ. of Americ. medic. Associat.* 1906. Nr. 6.) Um die Fehler der Reglementierung zu zeigen, berichtet der Verfasser von dem ehemaligen Enthusiasten für die Reglementierung, Prof. J. L. von JENSELSTEIN. Dieser lernte auf einer Studienreise in Paris und Brüssel die Schädigungen durch die klandestine Prostitution kennen. Seine Beobachtungen legte er im Jahre 1889 in einer Schrift: „Die Reglementierung der Prostitution vom Standpunkte der öffentlichen Hygiene“ nieder. Der Verfasser bringt hiervon eine Übersetzung.

*Schourp-Dansig.*

**Die venerischen Krankheiten in der Garnison Metz,** von MAX MÜLLER-Metz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42.) In der Garnison Metz ist die Zahl der Blennorrhoeefälle vom Jahre 1895/1896 bis zum Jahre 1899/1900 von 25,6‰ auf 12,7‰ gefallen; sie schwankt seitdem zwischen 12,0‰ und 12,9‰. Die große Abnahme kann nach M. nur die Folge der im Jahre 1897 eingeführten mikroskopischen Sekretuntersuchung bei der Kontrolle der öffentlichen und geheimen Prostitution sein. — Eine ausführlichere Publikation über den Gegenstand wird M. in der *Zeitschr. f. Bekämpf. d. Geschlechtskrankh.* erscheinen lassen.

*Göts-München.*

**Mit der sexuellen Aufklärung der Jugend** beschäftigte sich in öffentlicher Sitzung der Berliner „Verein für Schulgesundheitspflege“. Die vier Referenten, ein Pädagoge, ein Arzt (der Dermatologe O. ROSENTHAL), ein Theologe und eine Vertreterin der Frauenbestrebungen waren darin einig, daß eine Belehrung der heranwachsenden Jugend notwendig sei, und erkannten, jeder für seine Berufsgenossen, die Pflicht an, an dem Aufklärungswerke mitzuarbeiten; aber alle betonten auch die Schwierigkeiten, die sich der Ausführung des Gedankens entgegenstellen. Um einen Schritt vorwärts zu kommen, beschloß die Versammlung, durch eine Kommission an eine möglichst große Zahl sachkundiger und urteilsfähiger Personen folgende Fragen hinausgehen zu lassen: Ist überhaupt eine sexuelle Aufklärung der Jugend notwendig? In welchem Alter soll sie erfolgen? Durch wen soll sie erteilt werden? In welcher Weise soll sie erteilt werden? Das Material, das diese Umfrage ergeben wird, soll die Grundlage weiterer Besprechungen und Verhandlungen bilden. (Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 48.)

*Göts-München.*

## Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

**Die Mißbildungen der Haut,** von JEANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 45.) Kurze Beschreibung der verschiedenen Arten von Naevi, der Ichthyosis und der Aplasia moniliformis. Neues bringt der kurze Aufsatz nicht.

*Göts-München.*

**Hautkrankheiten und Stoffwechsellanomalien**, von LUDWIG WAELSOH - Prag.<sup>7</sup> (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 43—46.) Die bei Stoffwechsellanomalien vorkommenden Hauterkrankungen haben im allgemeinen wenig charakteristische Erscheinungen, d. h. aus den klinischen Symptomen der Hautveränderungen allein kann die Zugehörigkeit zu einer Stoffwechsellanomalie nicht erschlossen werden. Die eigenartige Lokalisation, gewisse Nuancen usw. geben diesen Hautkrankheiten aber ein bestimmtes Gepräge und machen wenigstens den Verdacht rege. Verfasser bespricht die beim Diabetes, bei der uratischen Diathese und bei der Fettsucht vorkommenden Hautkrankheiten.

I. Klinischer Teil. Beim Diabetes werden beobachtet: 1. Veränderungen der Hautfarbe, und zwar umschriebene und universelle Pigmentationen, und das als Diabète bronzé bekannte Krankheitsbild. 2. Störungen der Hautsekretion, sich äussernd in Anidrosis und Asteatosis cutis oder in Hyperidrosis; besonders Schwitzen am Hinterkopf und stärkere Fusschweisse sollen für Diabetes charakteristisch sein. Auch die Talgdrüsensekretion kann gesteigert sein; längere Zeit bestehende Seborrhoe mit plötzlich einsetzendem Haarausfall ist sehr verdächtig. 3. Sensibilitätsneurosen in Form des Pruritus; dieser kann die ganze Haut befallen, ist aber häufiger lokalisiert. Bevorzugt sind Genitalien und After, das Gesicht, die Handflächen und Fusssohlen. 4. Erythematöse und angioneurotische Prozesse treten als fleckige Erytheme oder als Urticaria auf, sind wohl mehr als zufälliges Begleitsymptom des Diabetes anzusehen. Schwerere Formen sind die Gangraena bullosa serpigiosa (KAPOSI) und die diabetische Gangrän.

5. Entzündungen und zwar oberflächliche Katarrhe der Haut und tiefgreifende parenchymatöse Entzündungen. Die oberflächlichen Katarrhe sind feuchte (Ekzeme) oder trockene (Psoriasis); sie können sich primär auf vorher gesunder Haut entwickeln oder Folgezustände der Sekretionsstörungen oder Sensibilitätsneurosen sein. Die echten diabetischen Ekzeme sollen charakterisiert sein durch auffallend dunkelrote Farbe, scharfe Begrenzung, starke Infiltration und enormen Juckreiz. Ihr häufigster Sitz sind die Genitalien, ausserdem Handflächen und Fusssohlen, die Enden der Finger und Zehen; auch symmetrische Ekzeme der Extremitäten werden beobachtet. Sie sind ungemein hartnäckig und trotzen jeder Therapie, solange das Grundleiden nicht behandelt wird. Bei Männern kann das Genitalekzem zu entzündlicher Phimose führen. Bei älteren Männern kann übrigens auch ohne vorhergehende Entzündungen durch Schrumpfung der Vorhaut Phimose ein Frühsymptom des Diabetes sein. — Das Zusammentreffen von Psoriasis und Diabetes sieht Verfasser als ein zufälliges an. — Tiefgreifende Entzündungen der Haut sind der Furunkel und der Karbunkel. Auch für den Furunkel ist die Gegend der Genitalien besonders prädisponiert; ihre Häufung und die ewigen Nachschübe sind sehr charakteristisch. Das klinische Bild läßt den nekrotischen Gewebspfropf im Zentrum des Furunkels oft vermissen; statt dessen sieht man einen zähen, lederartigen, festen, schmutzig-braungelben Schorf, der sich nur sehr allmählich und langsam abstößt. Den Karbunkel hält Verfasser für ein Konglomerat von Furunkeln. Er sitzt mit Vorliebe an der dicken Haut des Rückens, des Gesäßes, im Nacken, an den Wangen und am Schädel. 6. Tumoren der Haut. Die Xanthome sind nicht für Diabetes allein charakteristisch, aber das Xanthoma diabeticum hat gewisse besondere Züge. Es tritt gewöhnlich akut auf, manchmal unter leichtem Jucken oder Schmerzen, zumeist bei Individuen mittleren Lebensalters, und besteht aus derben, zunächst roten, dann sich allmählich in der Mitte gelblich färbenden Knoten, die einen blafs bis lebhaft roten Hof haben, scharf begrenzt sind und in der Haut eingebettet liegen. Auch an den frischen, noch ganz roten Knoten läßt sich durch Druck die eigenartige gelbe Farbe erzeugen. Sie

absude hinzufügen kann. Später genügen Einstreichen von Salbe (10% Empyroid, 2–3% Resorcin, Pix liquida und Ichthyol = 10%, Anthrasol 5–10%) und Einpuderungen (2–3% Salizyl- oder 10% Tannoformpuder). Nach ähnlichen Regeln hat die Behandlung des durch Ekzem komplizierten Pruritus der Genitalien zu geschehen. Hier erfordert die oft gleichzeitig vorhandene Balanoposthitis Ausspülungen mit 3%iger Bor- oder  $\frac{1}{2}$ –1%iger Kupfersulfatlösung.

Bei der Behandlung der Furunkulose kommt es darauf an, den entwickelten Furunkel möglichst rasch unschädlich zu machen, den sich entwickelnden zu coupieren, die Autoinfektion benachbarter Hautpartien zu verhüten, alle äußeren Reize abzuhalten, und alle Hautveränderungen zu beseitigen, die der Infektion mit dem Eitervirus Eingangspforten eröffnen. Für beginnende Furunkel empfiehlt sich die Behandlung mit UNNAS Mikrobrenner, für etwas größere der Spitzabrenner des Paquelin. Der Brandschorf wird mit einem antiseptischen Puder bestreut und mit 10%igem Salicylseifenpflaster bedeckt. Die Furcht vor der Eröffnung größerer fluktuierender Abscesse bei diabetischen Furunkeln mit dem Messer ist durchaus unberechtigt. Wird die Operation abgelehnt, so ist die Behandlung mit 10%igem Salicylseifenpflaster die beste; bei schmerzhafter Schwellung kann man über dem Pflaster Umschläge mit essigsaurer Tonerde, abwechselnd mit Leinsamenumschlägen machen. Sehr wichtig ist exakte Hautpflege durch häufige Bäder, sorgfältiges Rasieren der erkrankten Hautteile, gute Befestigung der Pflaster, eventuell durch Verbände, Anweisung an den Patienten, die Nägel kurz zu halten und zu reinigen, sich nach jedem Verbandwechsel zu waschen usw. Am Nacken ist der Reiz hoher und gestärkter Wäsche, in der Achselgegend der Reiz des Ärmelausschnittes und bei Frauen der Schweifsblätter (Empfehlung von CANFIELD-Schweifsblättern) zu vermeiden. Über den Wert der inneren Behandlung der Furunkulose vermag Verfasser sich nicht abschließend auszusprechen, da man nie wissen kann, ob nicht die gleichzeitige äußere Behandlung die wesentlichere Rolle spielt. Höchstens würde Verfasser zu einer methodischen Arsenbehandlung raten.

A. Loewald-Kolmar.

**Die Beziehungen zwischen Art des Wachstums, Alters und dem Gehalt an Kalium und Calcium bei Geschwülsten von Mäusen (Adenocarcinoma, JENSEN),** von G. H. A. CLAVES und W. S. FRISBIE. (*Amer. Journ. of Phys.* 1. Sept. 1905.) Der Originaltumor, von welchem mehrere Generationen von Mäusen geimpft wurden, wurde von Prof. JENSEN-Kopenhagen dem New Yorker Staatslaboratorium übersandt und hier wurde ungefähr eine Zahl von 1600 Mäusen benützt, um die Bedingung zu erforschen, welche die Entwicklung von Neubildungen begünstigen. Von den 1100 Tieren, welche zur weiteren Untersuchung brauchbar waren, haben 450 Geschwulstentwicklung gezeigt und hiervon war wieder bei 300 der Tumor die direkte Todesursache. In dieser großen, wieder in verschiedene Serien eingeteilten Reihe von Untersuchungen ergab sich kurz folgendes Resultat. Rasch wachsende, große Tumoren bei Mäusen ergaben einen hohen Prozentsatz von Kalium und wenig oder kein Calcium, während länger bestehende, langsam wachsende, zur Nekrose neigende Tumoren große Mengen von Calcium und wenig oder kein Kalium enthalten. Der Gehalt an Kalium und Calcium ist eine vom Alter und der Raschheit der Geschwulstentwicklung abhängige Erscheinung, wobei jedoch die eben genannten Unterschiede zu Tage treten. Manche Serien scheinen bei einem gewissen Alter relativ größere Mengen von Kalium und andere (welche? Referent) von Calcium zu enthalten; im Allgemeinen möchte Verfasser das Kalium eher als ein notwendiges Element beim Wachstum der Geschwulst und das Calcium als das Resultat einer Nekrose ansehen, wobei es sich aber zeigte, daß das Calcium auf das Kalium und dessen physiologische Tätigkeit einen verbindenden Einfluß ausübt. Die näheren Einzelheiten aus diesen

recht interessanten Experimenten, die immerhin noch vielen Nachprüfungen bedürfen, können hier nicht wiedergegeben werden.

*Stern-München.*

**Über den Zusammenhang der Hautkrankheiten mit Erkrankungen der inneren Organe im Kindesalter,** von C. BACZ-Budapest. (*Budapesti orv. ujs. Dermatol. Beil. Nr. 1.*) Eine Gruppe von Hautaffektionen wird als direkte Folge durch eine anderwo im Organismus ablaufende Erkrankung hervorgebracht (Urticaria, Lichen urtic. verschied. Erythemformen, Tbc, Tuberculide usw.), bei einer anderen Gruppe steht die Hautläsion nur indirekt mit krankhaften Veränderungen anderer Organe in Zusammenhang. (Folliculitis, Furunkulose, Pityriasis versicolor bei tuberkulösen Kindern usw.) — Urticaria, Lichen urticatus und verschiedene Erythemformen werden bei abnormen Gärungsvorgängen im Intestinaltrakt beobachtet, und können als direkte Folgen der resorbierten Giftstoffe aufgefasst werden. Die Ursache des Erythema gluteale wird gewöhnlich darin gesucht, dass die häufigen, dünnen und abnorme Bestandteile enthaltenden Stühle die Haut irritieren. Nach Beobachtungen v. B. tritt das Erythem noch vor der Diarrhoe auf, selbst bei Stuhlverstopfung, kann also nicht durch eine lokale Irritation erklärt werden. Es ist die Folge einer Autointoxication, und wird durch die Reizung der diarrhöischen Stühle unterhalten. B. beobachtete bei rachitischen Kindern in 66 Fällen ein eigenartiges Jucken, das er Pruritus rachiticus sternalis benennt. Das Jucken tritt nur bei der Entkleidung auf und ist auf die sternale Region manchmal auf die Schulter und den Nacken lokalisiert ohne objektiv ausser geringem Schuppen etwas zu bemerken. Bei Rachitis sah B. sehr oft Lichen urticatus, welcher hartnäckiger ist als der, den man bei Verdauungsstörungen beobachtet, und häufig in Prurigo übergeht. — In die zweite Gruppe gehört die Intertrigo, das Gesichtsekzem, welche bei Überernährung des Kindes auftreten. Folliculitiden, Furunculose und Ekzema en placards sind bei atrophischen, schlecht genährten Kindern häufig. — Von 45 Typhusfällen wurden bei 18, also in 28,8%, eine eigenartige Form von Pyodermie gesehen, welche hauptsächlich in den Sommermonaten als kleine, eitrige Folliculitiden oder als extrafolliculäre Abszesse beginnend, an der ganzen Körperoberfläche zerstreut zur pfennig- bis talergroßen Hautnekrose führten, und manchmal epidemieartig aufgetreten ist. Typhusbazillen wurden in der Haut nicht gefunden, nur Staphylokokken.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Über Tropenkrankheiten,** von B. NOCHT-Leipzig. (1905. F. C. W. VOGL.) Abgesehen von Hautkrankheiten, Vergiftungen und anderen besonderen Erkrankungen unterscheidet man drei Arten von Tropenkrankheiten:

1. Die rein klimatischen Krankheiten, wie Sonnenstich, Hitzschlag, Schlaflosigkeit, nervöse, funktionelle Störungen der Herzaktion usw.
2. Die tropischen Infektionskrankheiten.
3. Allgemeinerkrankungen unbekannter Ätiologie, klinische Krankheitseinheiten ohne einheitliche Ätiologie.

Zu dieser Gruppe gehört die Beriberikrankheit.

Verfasser berichtet hauptsächlich über die Fortschritte auf dem Gebiete der zweifellosen Infektionskrankheiten, besonders der Malaria.

Einzelheiten aus der guten Arbeit herauszunehmen, würde sich nicht eignen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Schmerzhafte Infiltrate in Haut und Muskeln und ihre Symptome,** von CARL LORENTZEN-Ugeskrift for Laeger. (1905. Nr. 20 u. 21.) Seit einer Reihe von Jahren beobachtet L. Infiltrate von sehr verschiedener Größe, namentlich am Nacken mit den Supraspinatae, dem inneren Rand der Skapula entlang, ausser vor und unter dem Angulus scapulae, am Epigastrium, an den Partien unter dem Nabel, an der

Außenseite der Oberschenkel aufwärts, der unteren Hälfte des Unterschenkels bis zur Mitte der Wade, besonders der Außenfläche. Von den von FABER beschriebenen kutanen Hyperästhesien unterscheidet sich die Krankheit durch die dicht infiltrierte Haut, durch das Auftreten an allen Teilen des Körpers, während die hyperästhetischen Partien sich auf den halben Rücken und den Unterleib beschränken; ferner ist bei ersteren die tiefere Hautschicht, das Unterhautzellgewebe empfindlich, bei letzteren die oberste Hautschicht. Bei vereinzelt Infiltraten empfehlen sich Massage und warme Wannenbäder; bei zahlreichen Infiltrationen und starken sekundären Erscheinungen, besonders allgemeiner geistiger und körperlicher Müdigkeit, läßt man die Kranken mit Vorteil einige Wochen das Bett hüten, Salicyl half bei den Kopfschmerzen und beförderte den Schlaf. Die gleichzeitig bestehenden Verdauungsbeschwerden sind natürlich in Behandlung zu nehmen, besonders durch geeignete Diätverordnungen; die Fleischzufuhr ist zu beschränken, ebenso sind starke Gewürze, Spirituosen und Kaffee zu verbieten.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken**, von JOSEF GUSEMANN-Budapest. (*Virchows Arch.* 1905. 181. Bd.) Am Institute der Dermatologie der Universität Budapest stellte G. an Kaninchen systematische (von 96 Stunden, 8 Tagen, 2 Wochen, 4, 6 und 9 Wochen Dauer) an und kam in Nachprüfung der KAUFMANN-, SCHWENINGER- und RIEBERTSchen Versuche zu folgenden Ergebnissen:

Mit Hilfe der nach unserer Versuchsanordnung ausgeführten Implantation von Hautläppchen gelang es fast ohne Ausnahme, die Entstehung von Cysten anzuregen.

Der eine Teil der Cystenwand besteht aus dem implantierten Lämpchen, der übrige Teil hat sich neu entwickelt. Der bindegewebige Anteil der neugebildeten Cystenwand entwickelte sich auf dem Grund des ursprünglich subkutanen Bindegewebes, seine Epitheldecke stammt aus dem fortgewucherten Epithel des implantierten Lämpchens.

Das Epithelwachstum, welches die Grundlage der Cystenentwicklung abgab, ließ zwei Formen unterscheiden.

Die eine Form gehörte dem Typus an, welchen wir aus den Versuchen KAUFMANNs und anderer kennen und in dem unmittelbaren Übergang des Epithels vom Rande des implantierten Lämpchens auf das umliegende Bindegewebe besteht; auf diese Weise erfolgt dann durch langsames Fortwuchern die Überhäutung der Cyste bis zu einem gewissen Grade. Dem gegenüber geht bei dem zweiten Typus der Epithelisation das wuchernde Epithel von der Oberfläche des Lämpchens auf das gegenüberliegende Bindegewebe über und kriecht dann auf dessen Oberfläche weiter. Den Übergang des Epithels vom Lämpchen auf das Bindegewebe vermitteln die infolge der Abschürfung zustande gekommenen organischen intracystösen Synechien.

In dem neugebildeten Anteil der Cystenwand fällt neben der hochgradigen Differenzierung des mehrschichtigen Epithelüberzuges besonders die häufige Anwesenheit von Gebilden auf, welche normalen Haarbügeln sehr ähnlich scheinen, die als Resultate einer sekundären Haarimplantation aufzufassen sind.

Diese letztgenannten Eigenschaften führen uns zu dem wichtigen Ergebnisse, daß mehrere unserer experimentellen Cysten in ihrer gesamten Wandung — also nicht nur in ihrem, dem implantierten Hautläppchen zugehörigen Abschnitte — der Struktur nach den einfachen Dermoidcysten sehr nahe stehen.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Allgemeine Betrachtung über die ansteckenden Haut- und Kopfhauterkrankungen bei Schulkindern**, von JACOB SOBEL-New York. (*Med. News* 16. Dez. 1905.) In dieser allgemeinen Betrachtung werden in erster Linie Pediculosis

capitis und als eng damit zusammenhängend Impetigo contagiosa angeführt; bei ersterer, wohl der häufigsten Kopfhautaffektion unter Schulkindern, erwähnt S., wie schwierig die Entfernung der Niase ist, daß all die zahlreich dagegen empfohlenen chemischen Mittel zu keinem Ziele führen und nur die mechanische Entfernung derselben wirklich Erfolg bringt. Ringwurm des behaarten Kopfes oder Tinea tonsurans ist eine Affektion, welche leichter der Diagnose entgeht, wie Ringwurm des übrigen Körpers, und welche sehr schwierig oft zu behandeln ist; ob Finstherapie und X-Strahlen hier Erfolg haben, möchte S. erst der Zukunft überlassen. Bei Scabies ist bekannt, daß sie oft mit Ekzema verwechselt wird, als die beste Behandlung erklärt S. jene nach KAPOSI (mit Naphtosalbe). Molluscum contagiosum wird häufig übersehen oder für einfache Verruca gehalten, die Behandlung besteht in einfacher Entfernung mit der Kürette oder Scheere. Favus ist relativ selten in New York (Stadt) und kommt vor allem bei den Kindern eingewanderter Russen und Polen vor, kurz geschnittene Haare, Behandlung mit Chrysarobincolloidium (5–10 %) sind dabei besonders hervorzuheben. In Fällen von Favus und Ringwurm ist jedenfalls Ausschluss aus der Schule geboten — darin stimmen alle Autoren überein —, da aber die Behandlung oft viele Monate erfordert, so möchte Sobel in erster Linie vorschlagen, daß diese Kinder getrennt von den anderen sitzen, ihre Kleider getrennt aufbewahren und nur wenn dies nicht möglich, von der Schule ausgeschlossen werden sollen. Die Gefahr der Kopfhauterkrankungen ist bei Mädchen natürlich viel größer wie bei Knaben, was bei den prophylaktischen Maßnahmen ebenfalls zu berücksichtigen ist, und in dieser Beziehung erklärt S. zum Schlusse die systematische Schulaufsicht durch Ärzte, wie sie in der Stadt New York nun durchgeführt wird, für eine der größten Errungenschaften unseres Jahrhunderts.

*Stern-München.*

**Beiträge zur Einwirkung von Sonnenlicht und Röntgenstrahlen auf die Haut des Kaninchens,** von GEORG GRUND-Heidelberg. (Verhandlungen des XXII. Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden 1905.) Im Allgemeinen waren die Befunde bei beiden Arten von Belichtung verwandt: autochthone Pigmentierung der Epidermis vier bis sechs Tage nach Beginn derselben, bei Röntgenstrahlen hat nur das Pigment die Tendenz, sich zu größeren Körnern zusammenzubacken, später Epitheldegeneration, Verödung der Haarbälge, Lockerung der Haare nach acht bis zehn Tagen, späterhin irreguläre Regeneration. Bei Einwirkung von Sonnenlicht fehlte nicht nur die Degeneration, sondern ist sogar energischer Anreiz zur Haarneubildung vorhanden; in beiden Fällen ist nur die Epidermis betroffen, die Cutis bleibt verschont. GRUND glaubt aus seinen Experimenten den Schluss ziehen zu können, daß die Pigmentbildung keine sekundäre Erscheinung eines gesteigerten Saftzufflusses zur Epidermis, sondern eine primäre Einwirkung des Lichtes darstellt. Ob es übrigens gelingen würde, durch minimale Dosierungen der Röntgenstrahlen einen der Lichtwirkung noch ähnlicheren Befund zu erzielen, muß er vorläufig dahingestellt lassen — bei den vorliegenden Untersuchungen wandte er eine weiche Röhre acht bis zehnmal hintereinander täglich zehn Minuten bei 4–5 Ampères Stromstärke und 60 Unterbrechungen in der Sekunde in 20–30 cm Abstand an.

*Stern-München.*

**Beitrag zur Rolle des Streptococcus in der Entwicklung der Hautveränderungen,** von FRANCISZEK KRZYSZTAŁOWICZ. (*Przegląd lekarski*. 1905. Nr. 40.) Verfasser zweifelt nicht, daß ein Teil der mit Blasenbildung einhergehenden Prozesse (dermatoses bullosae) auf Grund der Streptokokkeninfektion entstehen. In erster Linie gehört hierher die Impetigo vulgaris s. contagiosa (SABOURAUD); wenn MATZEHAEUBER behauptet, daß dieser Prozeß mit dem Pemphigus acutus neonatorum identisch ist, so mag er vollkommen Recht haben; unrichtig sei aber die



Meinung, daß bei beiden Prozessen die Staphylokokken die Ursache bilden. Durch Streptokokken werden ferner Ekthyma und sekundäre Infektionen von Lupus vulgaris, syphilitischen Papeln (*papulae impetiginosae*) u. dergl. verursacht. Weiter können die Streptokokken große Blasen (die das klinische Bild von Pemphigus bedingen) und Erytheme hervorrufen. In einzelnen Fällen dringt der Infektionserreger tiefer in die Haut hinein, gelangt in die Lymph- oder Blutbahnen und kommt dann von innen nach außen in der Haut zum Durchbruch, indem er hier verschiedene Eruptionen hervorrufen kann (tiefere Blasen, Erytheme u. dergl., Erythema exsudativum!). Auf Grund der Streptokokkeninfektion entstehen endlich Ekthyma auf dem Boden der gew. Impetigo vulgaris, Erysipel und Erysipeloide.

Zur Unterstützung dieser, nicht von allen angenommenen Anschauungen teilt Verfasser zwei Fälle aus der dermatologischen Klinik in Krakau (Prof. RISS) mit.

Der erste Fall betrifft einen 18jährigen Mann, bei dem nach einer Verletzung ein kleiner Abszess am Daumen der rechten Hand entstand. Drei Tage später bildete sich unter Fieber- und Frostanfällen ein Bläschenausschlag am Ober- und Vorderarm, der makroskopisch einem Herpes zoster glich. Die mikroskopische Untersuchung des serösen Bläscheninhaltes ergab aber die Anwesenheit von Streptokokken, und dies Ergebnis wurde durch kulturelle Untersuchungen bestätigt. Es handelte sich also um eine Dermatitis bullosae streptogenae. Die histologische Untersuchung der Bläschen ergab, daß die Bläschenhöhle im oberen Teil der Epidermis lag, aber nicht so oberflächlich, wie es gewöhnlich bei der Impetigo vulgaris der Fall ist. — Die wahrscheinliche Ursache der Infektion war hier die Daumenwunde; durch die Lymph- oder Blutbahnen sind die Infektionserreger von hier in die Haut der oberen Extremität durchgedrungen.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 26jährigen Mann, bei dem vor vier Monaten nach Zerkratzen einer unbedeutenden Veränderung am linken Fußrücken, ein mit dicker Borke bedecktes kleines Geschwür entstand, und allmählich ähnliche Veränderungen am rechten Unterschenkel, Stamm, beiden oberen Extremitäten zum Vorschein kamen. Auf Grund des klinischen Verlaufes und der mikroskopischen Untersuchung wurde die Diagnose der Ekthymata multiplicia gestellt; in dem Sekret derselben wurden Streptokokken mikroskopisch und kulturell nachgewiesen. Die histologische Untersuchung eines Hautstückes aus dem Rande der mit Blase und Borke bedeckten Effloreszenz ergab das Bild von Ekthyma, und in der Blasenhöhle teils eitrige, teils seröse Flüssigkeit; in einzelnen Schnitten wurden spärliche Streptokokkenketten neben ziemlich reichlichen Staphylokokken vorgefunden. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Ekthymata in diesem Falle auf Grund der Streptokokkeninfektion entstanden sind, zu der sich die Infektion mit *Staphylokokkus aureus* zugesellt hat. Die Infektion wurde hier wahrscheinlich — im Gegensatz zum ersten Fall — nicht durch die Lymph- oder Blutbahn, sondern direkt äußerlich fortgeleitet.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

## Verschiedenes.

**Die ethischen Pflichten des Arztes in bezug auf Syphilis und Blennorrhoe,** von C. WILLIAMS-London. (*Lancet*. 10. Febr. 1906.) Verfasser bespricht die schwierige Stellung, in welcher ein Arzt sich befindet, der bei einem Ehegatten oder bei dem Dienstpersonal Syphilis oder Blennorrhoe diagnostiziert oder vermutet. Nach den bestehenden Gesetzen ist es ja unmöglich, der Umgebung eine Warnung zukommen zu lassen. Ein großes Übel ist es ferner in England, daß man auch gar keine Handhabe besitzt, um infizierte Prostituierte an der Ausübung ihres Gewerbes zu hindern. W. führt des längeren aus, daß seiner Meinung nach das dort bestehende System viel mehr zur Verbreitung des illegitimen Verkehrs und der venerischen Krankheiten Anlaß gebe als etwa das Bordellsystem. *Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Die chronische Steifigkeit der Wirbelsäule,** von ARTHUR KRAUSE. (Inaug.-Dissert. Berlin 1905.) Die Arbeit sei hier deshalb kurz erwähnt, weil Verfasser bei der Besprechung der ätiologischen Verhältnisse darauf hinweist, daß unter 77 Fällen, die er aus der Literatur zusammenstellen konnte (81 Fälle vom Typus BECHTEREWS und 46 Fälle vom STRÖMPFEL-MARIESCHEN Typus), 10 Fälle (4 + 6) Blennorrhoe und 5 Fälle (2 + 3) Lues aufweisen. Gelenkrheumatismus, Blennorrhoe und Lues haben den größten Einfluß auf den Ausbruch der Krankheit.

*Frits Loeb-München.*

**Über zwei Fälle von Maltafieber,** von ROSEN-BUNGE-Hamburg. (*Munch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 40.) R. hatte Gelegenheit, im Krankenhaus St. Georg-Hamburg zwei Fälle von Maltafieber zu beobachten. Diese eigenartige Krankheit hat ihre größte Verbreitung in den Mittelmeerländern, am häufigsten scheint sie auf der Insel Malta zu sein; bei uns kommt sie autochthon nicht vor. Sie beginnt mit Allgemeinerscheinungen, die Temperatur steigt allmählich an, zuweilen bis 41°, der Rachen ist gerötet, die Patienten klagen über Ohrensausen, der Stuhl ist meist angehalten, selten diarrhoisch, dann aber zuweilen mit blutig-schleimigen Massen durchsetzt; ein hervorstechendes Symptom sind die oft sehr profusen Schweifsausbrüche. Die Milz ist fast immer, die Leber manchmal vergrößert. Nach ein bis drei Wochen tritt gewöhnlich Heilung ein, bis nach mehreren Tagen, manchmal auch erst nach Wochen oder Monaten, ein Rückfall erfolgt; die Durchschnittsdauer der Erkrankung beträgt ca. 90 Tage, doch kann sich die Krankheit mit den immer wiederkehrenden Rezidiven Jahre hindurch hinziehen. Häufige Komplikationen sind schmerzhaft Gelenkaffektionen, die mitunter zu Ergüssen führen; seltener werden nervöse Störungen in Form von Polyneuritiden, Orchitiden und Epididymitiden, flüchtige Erytheme und Ekzeme mit nachfolgender leichter Schuppung, Albuminurie und — verhältnismäßig häufig — Hämaturie beobachtet. Die Mortalität ist gering; sie ging in Malta in den Jahren 1860—1908 von 3,08% auf 0,98% zurück. Die Therapie ist eine rein symptomatische. Infektionsträger ist der Staub, doch kann die Infektion wohl auch durch Verschlucken infizierten Materials erfolgen. Der Erreger der Affektion ist ein kleiner Bacillus, der von BAUWZ entdeckte *Micrococcus melitensis*, der nur bei nicht ausreichender Vergrößerung als Coccus imponieren kann; er ließe sich bisher in etwa der Hälfte der Fälle im Blute, zuweilen auch im Urin nachweisen. Sehr wichtig für die Diagnose ist die Agglutinationsprobe; die beiden Stämme, die R. aus seinen zwei Fällen züchtete, wurden von ihrem eigenen Serum und dem des

anderen bis zur Verdünnung von 1:2000 mikroskopisch und auch makroskopisch innerhalb zwölf Stunden agglutiniert. Auch ein aus Wien bezogener Stamm wurde in einer Verdünnung von 1:2000 durch das Serum der beiden Kranken agglutiniert.

*Göts-München.*

**Eine neue Penisklemme**, von ARTHUR STRAUSS-Barmen. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 44.) Zum Gebrauch bei prolongierten Injektionen in die Urethra hat STR. von der Instrumentenfabrik Franz Stamm & Co. in Ohligs eine neue Penisklemme herstellen lassen, die den Druck der Finger genau nachahmt; sie faßt von der Seite und ist an ihren Federenden mit zwei Platten versehen, welche wie zwei Finger die Eichel zusammendrücken und abschließen, ohne einzuschneiden oder sonstige zu belästigen. Die Klemme leistet auch bei der Anästhesierung der Harnröhre vortreffliche Dienste.

*Göts-München.*

**Ein Fall von Atrophie der Phalangen der Hände nebst Gelenkaffektionen im Anschluß an multiple Tumoren der Haut**, von B. WATSON-Harrogate. (*Brit. med. Journ.* 10. März 1906.) Diese Mitteilung bildet die Fortsetzung zu einem im Lehrbuch von RADCLIFFE CROCKER beschriebenen Fall von multiplen Tumoren der Haut, welche durchaus rätselhaft erschienen. Der Patient wurde von C. im Jahre 1896 dem Dermatologen-Kongress in London vorgeführt. Es bestanden damals über den ganzen Körper verteilt unzählige kleinere und größere Tumoren von meist bräunlich-roter Farbe und fester Konsistenz. Über Schmerzen oder Empfindlichkeit wurde nicht geklagt, und die Läsionen, welche zunächst im Anschluß an einen Anfall von akutem Rheumatismus bei dem damals 39jährigen Manne hervorgetreten waren, zeigten ein sehr rasches Anwachsen und vielfach ein ebensolches Vergehen. Salicyl, 0,75 ter die, schien günstigen Einfluß zu haben. Diese Geschwülste blieben aber nach Angabe des Patienten bestehen. Als dann trat nach einem Anfall von Schmerzen in den Schultern und den Hüften allmählich eine Versteifung beider Kniegelenke in halbgebogener Stellung ein, wodurch dem Patienten jetzt das Gehen unmöglich gemacht ist, und ferner eine allmählich zunehmende Atrophie aller Phalangen an beiden Händen. Die Knochen sind auf beiden Seiten, wie an dem Skiagramm ersichtlich ist, fast total aufgelöst, und die Weichteile sind teleskopartig zu unförmlichen Stümpfen zusammengezogen. Das Blut zeigte eine große Steigerung in der Zahl der eosinophilen Zellen, und im Urin fand man eine Verminderung des Calciumgehalts.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Ist ein freiwilliger ärztlicher Beirat für Ehekkandidaten durchführbar?** von L. EISENSTADT-Berlin. (*Soz. Med. u. Hyg.* Bd. 1. Nr. 8.) Als Gründer ärztlicher Beratungstellen für Ehekkandidaten sollen nach Vorschlag des Verfassers die Ärztevereine auftreten. Nach Ausführung der Vorarbeit — Aufnahme der Anamnese, der Wünsche und Befürchtungen für die gesundheitliche Zukunft der Verlobten — fällt eine Kommission von Spezialisten zusammen mit dem Hausarzt ein Gutachten, welches als ärztlicher Rat ausgehändigt wird und durch dessen Kenntnisnahme die Entschliessung keineswegs beeinflusst wird. (!) Der diensthabende Arzt, an welchen auch Fragen über Regelung des Geschlechtsverkehrs, über Verhütung der Konzeption, über Wohnungsverhältnisse, über pathologische Geschlechtsneigungen voraussichtlich gestellt werden, wird vom ärztlichen Verein aus den Honoraren der Ehekkandidaten entschädigt und soll jegliche Behandlung ablehnen. In den Standesämtern soll ein gedruckter Hinweis auf diese ärztlichen Beratungstellen aufmerksam machen.

*Schourp-Dansig.*

## Beiträge zur Pigmentfrage.

### I.

#### Die Entstehung des Oberhautpigments beim Menschen in der Oberhaut selbst.

##### Ein experimenteller Beweis

von

Dr. MEIROWSKY-Grudenz,  
Spezialarzt für Hautkrankheiten.

Es gibt wohl kaum ein einziges Gebiet in der wissenschaftlichen Dermatologie, das so umstritten ist, wie die Pigmentfrage. Während noch 1889 P. G. UNNA (1) „die wertvolle Einmütigkeit“ rühmt, mit der alle Forscher (RIEHL, AEBY, EHRMANN, KARG, NOTHNAGEL und KÖLLIKER) annehmen, daß das Pigment der Oberhaut nicht in der Oberhaut selbst entsteht, sondern aus der Cutis dorthin transportiert wird, kam in der Folgezeit eine Gruppe anderer Forscher (POST, SCHWALBE, RABL, CASPARY, BLASCHKO, KAPOSI, JARISOH, GRUND) auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem entgegengesetzten Resultat.

Die Einwirkung des Lichtes auf die Zelle der Säugetiere studierte meines Wissens zuerst GRUND (2), der damit auch der Lösung der Pigmentfrage auf experimentellem Wege näher zu kommen suchte. Er setzte die rasierte Haut von Kaninchen dem Einflusse des Sonnenlichtes und der Röntgenstrahlen aus und beobachtete eine in den ersten Tagen beginnende, nach etwa sechs bis acht Tagen sich „mit explosionsartiger Geschwindigkeit“ ausbreitende Pigmentierung der Epidermis und deutete diesen Befund, da die Cutis frei von Pigment geblieben war und außer einer mäßigen Gefäßdilatation und einer geringen nicht konstanten Zellvermehrung keine Veränderungen aufwies, im Sinne einer autochthonen Epidermispigmentierung. So beweisend diese Versuche auch anscheinend sind, läßt sich doch gegen sie einwenden, daß während der langen Zeit bis zum Auftreten der Pigmentbildung ein Austritt von Blutfarbstoff aus den mäßig erweiterten Gefäßen stattfinden kann, welcher an der Pigmentbildung in der Epidermis beteiligt ist. Nur wenn es gelingen würde, diese Fehler-

quelle zu beseitigen, wäre nach meiner Meinung der exakte und experimentelle Beweis dafür erbracht, daß das Oberhautpigment aus den Oberhautzellen selbst stammt und nicht aus der Cutis und auch nichts mit dem Blutfarbstoff zu tun hat.

Diese Forderung ist zu erfüllen, wenn man sich zu diesen Versuchen der Finsenlampe bedient.

Bekanntlich hat FINSEN, um die Absorption der wirksamen chemischen Strahlen durch das Blut zu verhindern, das Druckglas als einen Bestandteil seines Instrumentariums eingeführt. Mit ihm kann man die Haut beliebig lange anämisch machen. Da man sie bei der Finsenbehandlung außerdem noch der energischen Wirkung derjenigen Strahlen aussetzt, welche beim Sonnenlicht in einem wesentlich längeren Zeitraum die Pigmentierung hervorrufen, erscheint die Finsenlampe zur Entscheidung unserer Frage das gegebene Instrumentarium zu sein.

Meine Versuchsanordnung war folgende:

Ich wählte bei einem kräftigen Manne, dessen Haut sich im Sommer leicht bräunte<sup>1</sup>, die stets mit Kleidern bedeckte, völlig blasse Haut der Innenseite des Oberarms und bestrahlte sie ein bis zwei Stunden mit der Finsenlampe.

Unmittelbar nach Beendigung der Sitzung und in demselben Moment, in dem das Druckglas abgenommen wurde, exidierte ich ohne Anwendung von Chlorathyl das bestrahlte Hautstückchen, fixierte und härtete es in absolutem Alkohol, legte es in Celloidin ein und färbte die gewonnenen Schnitte nach PAPPENHEIM-UNNA. Hierbei ergab sich folgendes: Die blasse Hautstelle war unmittelbar nach der Bestrahlung bei einstündiger Dauer derselben leicht gebräunt, bei zweistündiger Dauer dunkelbraun geworden. Diese Tatsache läßt den bestimmten Schluß zu, daß hier eine Pigmentneubildung ohne eine Mitwirkung des Blutfarbstoffes stattgefunden hatte. Über den Ort dieser Pigmentneubildung entschied dagegen die mikroskopische Untersuchung, die übereinstimmend folgendes Ergebnis hatte:

Im Protoplasma von Zellen der Epidermis, deren Kerne anscheinend unverändert und deren Grenzen erhalten waren, traten distinkte, braune Körnelungen auf, und zwar etwas stärker auf dem dem Lichte zugekehrten Pol. Diese Pigmentneubildung war in den basalen Zellen am lebhaftesten; sie war aber auch in allen anderen Schichten zu finden. Hatte die Bestrahlung zwei Stunden gedauert, so war die Masse des neugebildeten Pigments sehr viel größer; dabei machte es eine Lageveränderung durch, indem es sich nur um den dem Lichte zugekehrten Pol des Kerns ansammelte und mitunter dem Lichte Fortsätze entgegen-

<sup>1</sup> Siehe die Anmerkung am Schluß.

streckte, so daß man unwillkürlich an die Pigmentfortsätze der Pigment-epithelschicht des Froschauges erinnert wird. Das Hautpigment wandert also ebenso wie die Fuscinkörperchen in den Zellen des retinalen Pigmentepithels dem Lichte entgegen.

An dem entgegengesetzten Pole des Kerns fand häufig eine dichte Anhäufung und Zusammenballung von Granoplasma statt, welches sich bei Anwendung der Methode von PAPPENHEIM-UNNA rot färbte und aus den Zellen bis in die Cutis teils in Tropfen, teils in diffuserer Lösung austrat. In diesen Präparaten machte der Kern außerdem eigentümliche Veränderungen durch. Bekanntlich hat JARISCH (3) behauptet, daß das Pigment der Chromatinsubstanz des Kerns entstammt. Augenblicklich sind meine Untersuchungen über diese spezielle Frage noch nicht soweit gediehen, daß ich schon jetzt mit Bestimmtheit sagen könnte, ob die Veränderungen des Kerns mit der Pigmentbildung im Zusammenhange stehen, oder ob sie den Anfang jener eigentümlichen Chromatolyse des Kerns darstellen, die als beginnender Tod des Kernes aufzufassen ist und die ich ausführlich in meiner Arbeit: „Über den Einfluß des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut des Menschen“ (4) beschrieben habe. Ich werde später darüber berichten und, um Wiederholungen zu vermeiden, die notwendigen Abbildungen im Zusammenhange veröffentlichen.

Die Cutis war bei diesen Versuchen völlig frei von Pigment führenden Zellen.

Welche Einwände lassen sich nun gegen die hier vorgebrachten Tatsachen erheben? Man könnte erstens sagen, daß das Auftreten von Pigment nicht mehr der Ausdruck der physiologischen Tätigkeit der Zelle ist, sondern einen pathologischen Zerfall darstellt! Das ist deshalb nicht richtig, weil das Pigment zu einer Zeit auftritt, in der die Bestandteile der Zelle keinerlei nachweisbare Veränderungen zeigen.

Man könnte zweitens sagen, daß durch das Druckglas eine Blutung hervorgerufen wird, die die Pigmentbildung verschuldet. Ich habe jedoch in der zitierten Arbeit mitgeteilt, daß zwar Blutungen fast regelmäßig als Folge der Finsenbestrahlungen nachzuweisen sind, jedoch bei einer ein- bis zweistündigen Bestrahlung niemals innerhalb der ersten 24 Stunden.

Man könnte drittens behaupten, daß niemand das Druckglas so fest halten kann, daß die Haut dauernd anämisch bleibt; eine kleine Schwankung der Hand des Wärters kann, wenn auch nur für Augenblicke, das Blut in die Gefäße schießen lassen und so den Übergang von pigmentbildenden Stoffen aus den Kapillaren in die Lymphräume der Epidermis ermöglichen. Gegen ein solches Vorkommnis habe ich mich durch Festbinden des Druckglases um den Arm und gleichzeitige Be-

festigung desselben an einem Stativ gesichert, so daß alle Schwankungen vermieden wurden. Daß aber die Haut hierbei wirklich anämisch wird, davon kann man sich durch folgenden Versuch überzeugen: Drückt man ein kleines Druckglas gegen die Haut des Skrotums fest an, und schiebt dann das Licht der Lampe hindurch, so sieht man, wie die Gefäße leer werden und sich schließlicly nur als Streifen in dem weiß erhellten Gebiet abheben. Dabei ist die Skrotalhaut viel schwerer anämisch zu machen als die Haut des Oberarms, dessen Unterhautzellgewebe und Knochen dem Druckglas einen festen Stützpunkt bieten. Angenommen nun, daß diese Überlegungen falsch wären, und daß tatsächlich Spuren von Blutfarbstoff, und nur um solche könnte es sich handeln, aus den Gefäßen austreten, so erscheint es unmöglich, daß diese in dem kurzen Zeitraum von 1—2 Stunden zu innerhalb der Zellen liegendem Pigment umgewandelt werden können. Das Schicksal des Hämoglobins bei seinem Austritt in das Gewebe ist zu bekannt, um es hier zu erörtern. Man könnte nur annehmen, daß der Blutfarbstoff unter dem Einfluß des Lichtes in braunes Hautpigment umgewandelt oder unter dem Einfluß des Lichtes von den Zellen der Epidermis dazu verarbeitet wird. Beides ist nicht der Fall, wie folgende Versuche lehren: 1. Bestrahlt man beim Menschen eine kleine Hautpartie nach Abtragung der Epidermis, so bleibt der ausgetretene Blutfarbstoff völlig unverändert. 2. Bindet man bei einem Kaninchen die untere Extremität so fest ab, daß eine Stauung im venösen Kreislauf entsteht, so imbibiert der massenhaft ausgetretene Blutfarbstoff auch die Epidermis vermöge seiner Eigenschaft, in die Gewebe zu diffundieren; bestrahlt man eine solche Hautstelle, so entsteht auch bei dunklen Tieren in den ersten Stunden kein Hautpigment.<sup>2</sup> Aus den angeführten Gründen geht zur Genüge hervor, daß

<sup>2</sup> Dieser Versuch besagt nur, daß die mit Blutfarbstoff imbibierte Epidermis dunkler Kaninchen bei mehrstündiger Bestrahlung den Blutfarbstoff nicht in Hautpigment verwandelt trotz der für die Pigmentbildung aus diesem Material günstigen Bedingungen. Länger als 4—5 Stunden habe ich die Bestrahlungen nicht ausgedehnt, da dann die meist nur aus zwei Zellschichten bestehende Epidermis durch das Licht vernichtet ist und von einer physiologischen Verarbeitung des Farbstoffes unter dem Einfluß des Lichtes nicht mehr die Rede sein kann. Nach den Angaben GAUNTS (s. die zitierte Arbeit) bilden die Epithelzellen dieser Tiere die ersten Pigmentspuren erst nach 5—8 Tage langer Bestrahlung mit Sonnenlicht. Ihre Fähigkeit zur Pigmentbildung ist daher äußerst gering und neben ihrer leichten Vernichtbarkeit durch die chemischen Strahlen der Grund dafür, daß die Haut von Kaninchen ein ungeeignetes Objekt für die von mir am Menschen angestellten Pigmentversuche ist. Wer diese nachprüfen will, den bitte ich, dazu blasse Hautstellen von Menschen mit dunklem Haar zu wählen. Die Versuche gelingen natürlich auch an blonden Menschen, müssen jedoch länger ausgedehnt werden. Die Intensität der Fähigkeit zur Pigmentbildung ist nicht nur von der Rasse des einzelnen abhängig; sie unterliegt auch individuellen Schwankungen.

der Blutfarbstoff, selbst wenn er aus den Gefäßen austreten würde, nicht die Pigmentierung der Epidermis zur Folge haben kann. Schliesslich bemerke ich noch, daß es nicht gelungen ist, bei albinotischen Kaninchen durch noch so intensive Bestrahlungen Pigment zu erzeugen.

Die Tatsache also der energischen und schnellen Pigmentbildung bei vollkommenem Wegdrucke des Blutes und die Tatsache des Freibleibens der Cutis von pigmentführenden Zellen lassen den sicheren Schluss zu, daß die chemischen Strahlen das Pigment aus den Oberhautzellen selbst bilden, daß es nicht aus der Cutis eingewandert ist und daß es nicht vom Blutfarbstoff abstammt. Diese auf experimentellem Wege gewonnenen Resultate werde ich einem meiner nächsten Beiträge zur Pigmentfrage mit dem Pigmentierungsvorgang bei der Einwirkung des Sonnenlichtes auf blasse Menschenhaut und bei der Regeneration der Epidermis nach der Finsenbestrahlung vergleichen, die bekanntlich eine langandauernde Hyperpigmentation zur Folge hat.

Herr Dr. UNNA hat die Liebenswürdigkeit gehabt, meine Präparate durchzusehen; ich spreche ihm dafür auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus.

---

#### Literatur.

1. P. G. UNNA, Das Pigment der Haut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889. VIII. Bd. Nr. 8.
  2. GRUND, Experimentelle Beiträge zur Genese des Epidermispigments. *Beitr. z. patholog. Anat. u. allg. Pathol.* 7. Supplement.
  3. JARISCH, Über die Bildung des Pigments in den Oberhautzellen. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892.
  4. MEIROWSKY, Über die Wirkung des Finsenlichts auf normale und tätowierte Menschenhaut. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Dieser Band.
- 

#### Versammlungen.

Berliner Dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 8. Mai 1906.

Originalbericht von Dr. FELIX PINKUS-Berlin.

1. LESSEE: Nachruf auf HASLUND-Kopenhagen.
2. FISCHEL demonstriert eine Frau, bei der sich erstens am Rumpf in interkostalem Streifen, dann vorn in der Mittellinie aufsteigend und am Processus xiphoides wieder um den Thorax herumgehend, zweitens in einem zweiten interkostalen Streifen am Thorax, drittens in einem langen Streifen vom Gesäß an der ganzen Innenseite



des Beines, um die Sohle herum auf die Außenseite übergehend **Streifen eigentümlichen ekzemähnlichen Ausschlags** entwickelt haben. Die Affektion begann vor vier Wochen, schritt in der geschilderten Linie allmählich fort und ist in den Anfangspartien schon wieder stark in der Rückbildung begriffen, während die Endstücke noch floride sind. Der Ausschlag juckt.

**Diskussion:** LESSER nähert die Affektion am meisten dem Lichen VIDALS an. BLASCHKO hebt die außerordentliche, höchst auffallende Verteilung des Exanths hervor. Es handelt sich nicht um Ekzem und nicht um Zoster, hat aber von beiden Affektionen einiges an sich. Der Verlauf dieser Affektionen, die schon oft als strichförmige Ausschläge beschrieben sind, ist zyklisch, in mehreren Wochen begrenzt, schnell entsethend und spontan abheilend. BL. glaubt, daß diese Eruptionen entweder als primäre Hauterkrankung entstehen können, oder daß sie als sekundäre Hautveränderung bei primärer Läsion des Zentralorgans erscheinen. Meist ist die letztere, namentlich für die Verteilung des Ausschlags, nicht verantwortlich zu machen, da die Ausbreitung weder den Spinalsegmenten noch den spinalen Nervenwurzeln entspricht. Auch mit VOIGTSchen Linien, Haarströmen und den übrigen peripherisch bekannten Streifen besteht keine Übereinstimmung, dagegen scheint es sich um eine neue, durch keine bekannte anatomische Grundlage abgrenzbare Linie zu handeln, welche durch die Dermatogrenzen, d. h. durch gewisse Verschiebungslinien beim Hervorsprossen der Extremität bei der embryonalen Entwicklung, erzeugt ist. Dafür, daß es sich um eine bestimmte vorgebildete Linie handelt, spricht das konstante, jetzt schon so häufig beobachtete Vorkommen in immer demselben Strich innen und außen am Bein entlang. ROSENTHAL hält es für möglich, daß es sich um Artefakte handle, wogegen BLASCHKO einwirft, daß man dann bei der Kranken außerordentliche anatomische Vorkenntnisse voraussetzen müßte. PRINZUS hält die Hautveränderung, wie sie sich bei allen bisher beschriebenen strichförmigen Ekzemen darstellt (BERTAMINI, CSILLAG, ORLIPSKI, er selbst usw.), für eine eigentümliche, stets übereinstimmende besondere Erkrankung, der nur bis jetzt ein zusammenfassender Name fehle. Es handelt sich histologisch um oberflächliche Entzündungen, die von den Gefäßen ausgehend stellenweise bis ins Epithel vordringen und dort Bläschen bilden. FISCHEL hebt hervor, daß die Linie genau bekannt, oft erkrankt beobachtet sei. Die Art der Erkrankung ist eine entzündliche Dermatose vom Charakter des Ekzems.

3. GLASERFELD demonstriert einen 59jährigen Schuhmacher, der im Anschluß an häufige Lungenentzündungen seit Mitte 1905 an multiplen Lymphomen, großer Schwäche, starken Ödemen der Beine und Genitalien erkrankt ist. Weiße Blutkörperchen nicht vermehrt, Lymphocyten: Leukocyten = 1:2,8 (leichte relative Lymphocytose). Seit einiger Zeit bestehen kleine und größere teils rote schuppige Flecke, teils Knötchen in der Haut, ohne besondere Epithelveränderung, auf Arsen-therapie zurückgehend. Er hält den Fall — vorbehaltlich der Untersuchung des Sputums auf Tuberkelbazillen und ohne histologische Untersuchung — für **pseudoleukämische Tumoren der Haut**.

**Diskussion:** HELLER berichtet, daß die Hautaffektion vor dem Beginn der Behandlung große Ähnlichkeit mit Syphilis gehabt habe. Er erwähnt Pseudo-leucaemia cutis bei der Kuh. LIPPMANN bestätigt, daß durch die Therapie der Ausschlag sich außerordentlich verändert habe.

4. DREYER demonstriert einen Mann, den im ersten Jahre seiner Lues eine rechtseitige Hemiplegie mit Aphasie betroffen hat, die durch zehn Kalomelinjektionen erst wenig gebessert ist. Paralysis progressiva des Vaters und Potus mögen ursächliche Momente für den schweren Verlauf der Lues abgeben.

**Diskussion:** FRIEDLÄNDER, der den Kranken kurz nach Beendigung einer

Hg-Kur mit einem ulcerösen Syphilid am Kopf gesehen hat, sind die außerordentlich kleinen Lymphdrüsen des Kranken aufgefallen. WECHSELMANN betont die Möglichkeit eines besonderen Nervengiftes entweder in dem Syphilisvirus, das auf den Kranken übertragen wurde, oder in dessen eigener Konstitution. Er erinnert an die konjugale Nervensyphilis, an die gehäuften Tabes- und Paralysefälle bei Glasbläsern derselben Fabrik, an seinen eigenen Fund häufiger tabischer Symptome bei Prostituierten. BLASCHKO wendet ein, daß es sich hier nicht um eigentliche Syphilis des Nervensystems, sondern um primäre Gefäßerkrankungen handele. Anders ist es bei Tabes und Paralyse. Bezüglich der Paralyse des Vaters sei es auffallend, wie geringe nervöse Belastung meistens die Kinder von Paralytikern aufwiesen, im Gegensatz zu der schweren Belastung der Familien von Paranoikern. DREYER hebt hervor, daß der Kranke außer seiner nervösen Erkrankung auch schwere Hautveränderungen besessen habe. Auch ihm ist das Fehlen der Lymphadenitis aufgefallen. In einem anderen Falle, der am 20. Januar 1906 Sklerose, am 8. Februar kleinpapulöses Syphilid gezeigt habe und mit 14 Salicyl-Hg-Injektionen behandelt worden sei, habe er, ohne daß Hauteruption bestanden habe, am 7. Mai einen schweren Bewußtlosigkeitsanfall gesehen, danach Fehlen der Patellarreflexe, träge Reaktion der ungleichen Pupillen. Acht Tage vorher haben Kopfschmerzen bestanden.

5. HELLER demonstriert einen 76jährigen Mann mit verrukösen Eruptionen am linken Unterschenkel, die sich seit zehn Jahren entwickelt haben. Zwischen den warzigen Bildungen bestehen zahlreiche glatte weiße Narben. Die mikroskopische Untersuchung ergab Tuberkelbau, epitheloide Zellen, Verkäsung. Die Frau des Kranken ist vor einem Jahre an Tuberkulose gestorben.

6. HELLER demonstriert ein phthisisches Mädchen, die im Gesicht an Acnitis gelitten hat. Die Eruption ist unter Röntgenbestrahlung mit flach deprimierten brännlichen Narben abgeheilt.

7. PHOTINOS demonstriert einen jungen Mann, dessen Gesicht und Hals mit einer starken Eruption von Pityriasis rosea bedeckt ist, während der Körper fast frei ist.

Diskussion: LESSER bestätigt die Diagnose.

8. FRIEDLÄNDER demonstriert einen tuberkulösen Mann, der im Anschluß an eine Tuberkulinkur an Purpura erkrankt ist, die sich auf Urticariaquaddeln entwickelt hat (Inguinalgegend).

Diskussion: PINKUS diagnostiziert das Leiden als Lichen planus, von dem Eruptionen auch an beiden Handgelenken sichtbar sind. WECHSELMANN bestätigt diese Diagnose.

9. FRIEDLÄNDER demonstriert schwer färbare Spirochäten, die in Massen sich im Vorhautsack eines Syphilitikers fanden, die aber allgemein nicht als Spirochaste pallida angesprochen werden.

10. FRIEDLÄNDER demonstriert ein Mädchen mit Lupus des Ohrläppchens, nach Otitis entstanden.

## Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

Band 79, Heft 2 und 3. April 1906.

**I. Beiträge zur Klinik und Histologie der nodösen Syphilide** von G. SCHREBER-Wien. Schon 1832 beschrieb FINGER sieben Fälle von nodösem und vier Fälle von multiformem Erythem bei Syphilis und wies darauf hin, daß es sich wohl kaum um rein zufällige Komplikationen handelt, sondern daß zwischen beiden Prozessen ein gewisser, allerdings auch unerklärter Kausalnexus besteht, welcher das Auftreten von Erythemen durch den Syphilisprozess in irgend einer Weise begünstigt. Seitdem sind solche Beobachtungen mehrfach gemacht. FINGER beobachtete auf der Klinik NEUMANNs innerhalb eines halben Jahres bei 240luetischen Männern je einmal Erythema nodosum und multiforme, bei 105 Weibern einen höheren Prozentsatz, nämlich fünfmal die erstere, zweimal die letztere Affektion. An der FINGERSchen Klinik selbst wurden vom 1. Mai 1904 bis 30. September 1905 bei einem liegenden Krankenmaterial von 626luetischen Männern und 671luetischen Frauen und bei einem ambulanten Material von 539luetischen Männern und 138luetischen Frauen, nur zwei Fälle von Erythemen in nodöser Form und ein Fall von multiformem Erythem bei Lues beobachtet, die Verfasser eingehend schildert. Aus dem klinischen Bilde des ersten Falles ist hervorzuheben, daß bei einem sekundär-luetischen Individuum im ersten Jahre der Infektion stehend, neben einem allgemeinen papulokrustösen Exanthem angeblich unter begleitendem Fieber und erheblichen subjektiven Beschwerden innerhalb kurzer Frist sich an den unteren Extremitäten neben Gelenkschwellung teils knotige, teils mehr flach erhabene schmerzhaftige Schwellungen entwickelten, die zum Teil spontan und auf Jodtherapie resorbiert wurden, zum Teil exulcerierten. Das histologische Bild zeigte eine allem Anscheine nach von den Gefäßen ausgehende Entzündung. Obwohl man am Ort intensivster, bis zur Nekrose fortgeschrittener Entzündung mit Hämalaun-Eosinfärbung das Gefäß nicht nachweisen konnte, so zeigten bei Elastinfärbung die dicken, zum Teil noch konzentrisch angeordneten elastischen Fasern deutlich die Reste der Gefäßwand an, und kann man aus ihrem Verhalten auf ein venöses Gefäß schließen. Der zweite Fall ist interessant durch die strenge Lokalisation des Prozesses auf die untere Körperhälfte, wo der Prozess auf das Blut- und Lymphgefäßsystem beschränkt ist. In beiden Fällen sind neben den Venen auch die Arterien ergriffen und zwar in Form einer von der Adventitia ausgehenden, zur Bildung von Granulationsgeweben führenden Entzündung.

**II. Über eine Mischgeschwulst der Haut** von HANS VÖRNER-Leipzig. Mitteilungen über sogenannte Mischgeschwülste sind selten; sie sind in verschiedenen Organen nachgewiesen, aber noch nicht mit Sicherheit auf der Haut beobachtet worden. Bestimmend für die Diagnose ist das mikroskopische Bild und man hat in Mischgeschwülsten das Vorhandensein von Bindegewebe in allen Stadien der Entwicklung festgestellt. Eine solche Mischgeschwulst beobachtete V. an RUELHs Klinik, es handelte sich um einen erbsengroßen Tumor am linken Nasenflügel. Die genaue mikroskopische Untersuchung wird genau beschrieben, man fand verschiedene Gewebsarten, Bindegewebe in verschiedenen Stadien der Entwicklung, jünger als Rund- und Spindelzellen, verreifter als welliges und elastisches Gewebe und außerdem Zwischenstufen. Daneben bemerkt man Fettzellen in kleineren Zügen und Heerden,

teils jung, teils entwickelt, teils atrophisch. Knorpel findet sich in Inseln und zeigt die ersten Anfänge der Entwicklung bis zur Verknöcherung. Unter sonst in Mischformen noch vorkommenden Gebilden fehlen nur noch Muskelzellen. Die Mischgeschwülste entstehen aus einer Keim- oder Gewebsanlage, sie stehen im gewissen Gegensatz zu der Menge der übrigen Tumoren, deren Bildung aus einer erworbenen Veränderung oder Entartung des Gewebobodens resultiert.

**III. Experimentelle Untersuchungen über Syphilis** von FRANCESCO SIMONELLI und IVO BANDI-Siena. Um sich zu überzeugen, ob es möglich wäre, den nicht anthropomorphen Affen, ja den dem Menschen fernstehenden, die Syphilis zu inokulieren, und ob die experimentelle Infektion wirklich in einem gewissen Abschwächungsgrade auftrate, machten Verfasser, zugleich mit den Experimenten NEISSERS einige Versuche, von welchen sie über einen an einem jungen weiblichen Semnopithecus berichten, den sie aus einer perianalen hypertrophischen Papel eines Mannes impften. Das Resultat war positiv. Eine isolierte Form von Spirochaeta pallida wurde nicht gefunden, dagegen fanden Verfasser innerhalb von hydropischen Zellen, die wenig färbbares Protoplasma und schlecht begrenzte Ränder hatten, Massen von feinsten, filiformen Elementen, von welchen einige gradlinig, andere gebogen waren, jenen ähnlich, die Verfasser im Material, das durch Abkratzen aus dem Grunde erosiver und hypertrophischer Papeln vonluetischen Patienten hergestellt wurde, getroffen haben. Es handelt sich also vielleicht um Involutionsformen der Spirochaeten. Mit dem Material aus den Läsionen des Semnopithecus infizierten Verfasser dann ein erwachsenes Meerkätzchen.

**IV. Zur Frage der Behandlung der Syphilis**, von CARL MARCUS und EDWARD WELANDER-Stockholm. Verfasser beschäftigten sich besonders mit den intravenösen Sublimatinjektionen. Diese sind die schnellste Methode, um Quecksilber dem Organismus einzuverleiben. Allein infolge ihrer Unbequemlichkeit, der keineswegs unbedeutenden lokalen Unbehaglichkeiten und der kurzen Remanenz des Quecksilbers eignet sie sich eigentlich nur für Fälle, wo eine schnelle Hg.-Wirkung wünschenswert ist. Wünscht man eine lange Remanenz und ist, wie bei intermittierender präventiver Behandlung, wo keine syphilitischen Symptome vorhanden sind, keine besonders schnelle Absorption für den Augenblick von Bedeutung, sind intramuskuläre Injektionen der intravenösen Methode vorzuziehen. Von den zu Gebote stehenden unlöslichen Injektionspräparaten scheint das Mercuriolöl den vornehmsten Platz einnehmen zu sollen. In den meisten Fällen dürfte bei den in Krankenhäusern behandelten Patienten eine kombinierte Methode, z. B. Quecksilbersäckchen und Injektion von Mercuriolöl Anwendung verdienen und dürfte einer alleinigen Behandlung mit intravenösen Injektionen oder mit Injektionen von Mercuriolöl vorzuziehen sein.

**V. Die Behandlung der Syphilis mit Mercuriolölinjektionen**, von LEOPOLD GLÜCK-Serajevo. Zur objektiven Beurteilung des Heilwerts eines beliebigen Quecksilberpräparates als antiluetisches Mittel ist erforderlichlich:

1. Die Kenntnis der durchschnittlichen Behandlungsdauer einer möglichst großen Krankenanzahl, die mit verschiedenen Formen von Syphilis in allen Stadien behaftet waren, wobei die Zeit, in welcher uns die Quecksilbermenge, nach welcher die verschiedenartigen Hautausschläge geschwunden sind, einen besonders beachtenswerten Maßstab abgeben.

2. Die Kenntnis der Häufigkeit, der Intensität und des Zeitpunktes des Auftretens der wichtigsten Komplikationen, wie z. B. der Infiltrate, Abszesse, Lungenembolien nach den Injektionen, sowie der Nebenerscheinungen wie Stomatitis, Diarrhoen, Fieber, Nephritis.

3. Die Kenntnis der Häufigkeit und der Zeit des Auftretens der Rezidive.

4. Die Kenntnis des Zeitpunktes, in welchem zum ersten Male deutliche Spuren von Quecksilber im Harn nachweisbar sind und der Dauer der Ausscheidung desselben.

Von diesen Gesichtspunkten aus beobachtete GLÜCK die mit intramuskulären 45%igen Mercuriöl-Injektionen erzielten Resultate. Dabei zeigte sich, daß die Heilung der verschiedenen syphilitischen Ausschlagsformen bei der intramuskulären Verwendung des Mercuriöls nicht nur eine etwas längere Behandlungsdauer, sondern auch eine etwa vier bis fünf mal größere Quecksilbermenge beansprucht, als bei dem gleichen Gebrauche des Sublimats. Die Zahl der notwendigen Injektionen ist bei letzterem etwas größer als beim Mercuriöl. Die Mercuriölinjektionen sind meist schmerzlos und werden auch von Frauen und Kindern gut vertragen. Verfasser sah bei 4000 Injektionen nur drei mal nufs groÙe, nicht schmerzende Knöten, wie Abszesse. Im allgemeinen rufen also die Mercuriölinjektionen keine Beschwerden hervor, nur zuweilen entsteht ein mehrere Stunden anhaltendes Gefühl der Schwere in der Extremität, wo die Injektion erfolgte. Das Mercuriöl wirkt sicher, intensiv und nachhaltig auf die verschiedenen Erscheinungen der Syphilis in allen ihren Stadien. In Fällen aber, in denen die Erscheinungen aus irgend welchen Gründen eine rasche therapeutische Beeinflussung erfordern, ist das Sublimat vorzuziehen, da das Mercuriöl langsamer resorbiert wird und daher auch weniger rasch seine Heilwirkung entfaltet. Die Verwendung des Mercuriöls ist in der Regel von keinen schweren Komplikationen und Nebenerscheinungen begleitet, doch werden manchmal die Erscheinungen der Lungenembolie, sowie vorübergehende Steigerung der Körpertemperatur und ausnahmsweise auch überraschend auftretende, schwere Stomatitis beobachtet. Die Letztere kann sogar noch mehrere Wochen nach Abschluß der Behandlung einsetzen. Rezidive und Nachschübe scheinen seltener als bei der Sublimatbehandlung vorzukommen. Die Anwendung des Mercuriöls bereitet in technischer Beziehung keine Schwierigkeiten und beansprucht nur — neben peinlichster Reinhaltung — die Trockenhaltung der Kanülen und Spritzen.

VI. Über den Zusammenhang zwischen *Hydroa aestivalis* und *Hämatoporphyrinurie*, von PAUL LINSER-Tübingen. Verfasser beschreibt ausführlich einen Fall von *Hydroa vacciniiformis s. aestivalis*, also eine Erkrankung der Haut, die mit entzündlichen Bläschen beginnt, unter Narbenbildung abheilt und fast nur auf unbedeckten Körperstellen vorkommt und zwar meist im Sommer bei Leuten, die sich der Sonnenbestrahlung ausgesetzt haben. Es handelt sich um eine gewisse Idiosynkrasie und zwar um eine erworbene. Bei L's Patienten bestand dabei eine *Hämatoporphyrinurie*. Dieselbe trat auf nach Röntgenbestrahlung der Hände und nach Bestrahlung mit dem an ultravioletten Strahlen reichen elektrischen Bogenlicht. Keine wesentliche Ausscheidung dieses Farbstoffes trat nach Einwirkung heißer Luft und gewöhnlichem, rotblauem Licht ein. Also zeigten die ultravioletten Strahlen wie für die Entstehung der Hautveränderungen, so auch für die der *Hämatoporphyrinurie* ihre ursächliche Bedeutung.

VII. Ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung der *Arzneiausschläge*, von PAUL RICHTER-Berlin. *Arzneiausschläge*, besonders auch nach Jod, sind nicht selten, und weist Verfasser auf 18 Fälle der Literatur hin, in denen wegen ungenügender oder vollständig fehlender Ausscheidung des Jod durch die Nieren Hautausschläge auftraten. Diesen fügt Verfasser einen neuen, in vieler Beziehung interessanten Fall hinzu. In diesem Falle sehen wir bei einem Patienten, welcher vor 30 Jahren eine Nephritis gehabt hatte, bei dem aber niemals, seitdem sich die ersten Erscheinungen der Jodintoxikation nach minimalen Mengen Jod gezeigt hatten, eine Spur von Eiweiß gefunden werden konnte, daß kein Jod im Urin nachgewiesen werden konnte, es fehlte also die Jodausscheidung durch den Urin. Daneben kam es durch die Jod-

ausscheidung in seborrhoisch erkrankten Haartalldrüsen zur Bildung von tiefgreifenden Geschwüren in der behaarten Haut des Kopfes und der Oberlippe. Die Mitteilung beweist die Wichtigkeit der Untersuchung des Urins bei jedem Patienten, der mit Jod behandelt wird.

**VIII. Über Pityriasis rubra pilaris, von CARLO VIGNOLO-LUTATI-Turin.** Verfasser weist kurz auf die noch nicht geklärte Frage der Pityriasis rubra pilaris hin und beschreibt einen Fall dieser immerhin nicht sehr häufigen Krankheit, deren Ätiologie auch heute noch nicht deutlich aufgestellt ist. Er macht zwei Exzisionen und teilt die histologischen Befunde mit. Die Veränderungen der Epidermis sind sehr wichtig, stark ausgesprochen und wesentlich durch eine ausgesprochene typische Hyperkeratose der Follikel charakterisiert. Die Veränderungen des Coriums sind sehr gering, aber aus ihnen entsteht ein Entzündungsprozess, der sekundiert nach den Veränderungen der Epidermis auftritt. Nach Verfassers Ansicht handelt es sich um einen neurotoxischen Prozess als erste Ursache der Veränderungen der Epidermis. Also die Pathogenese dieser Krankheit besteht in einer Störung normaler Keratinisationsprozesse, die im vorliegenden Falle des Verfassers, infolge neurotrophischer Störungen toxischen Ursprungs übertrieben sind.

**IX. Über Papillomatose, von E. VOLLMER.** Verfasser beobachtete einen Fall, der für die Beziehungen der Kondylome zu den Papillomen der Mundschleimhaut spricht und dessen ausführliche Krankengeschichte er folgen lässt und durch Abbildungen erläutert. Die Ätiologie ist unklar, es fehlt der spezifische Schleimhautkatarrh. Die übrigen Hauterscheinungen, die Bildung weicher, flacher, leicht bräunlich gefärbter Papillen, die an einigen Stellen auf der Stirn, um die Nasenflügel, unterhalb der Unterlippe sich zu blasseren, hahnenkammartigen Wärzchen erheben, während sie am Nacken, in der Achselhöhle und um den Anus und der Innenseite der Oberschenkel ihr bräunliches Kolorit verstärken, ist nicht parasitär, sondern das intensive und anfangs oft unerträgliche Juckgefühl ist offenbar auf nervöse Basis zurückzuführen. Jedenfalls handelt es sich im vorliegenden Falle um eine kongenitale Veranlagung; die Anlage zu abnormer Erhebung der Papillen erstreckt sich auf alle Stellen, wo dieselben eben zu wuchern in der Lage sind, und sie selbst differieren nur nach der Verschiedenheit des Standortes, der auch an den verschiedenen Graden der Pigmentierung mit Schuld trägt. Dies gilt aber nur für die Haut.

**X. Größe und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren, von EMIL BIBBGI-Bern (Schluss).** Der zweite Teil betrifft die Injektionskuren, und zwar untersuchte B. zuerst die leichtlöslichen Quecksilbersalze. Er fand, dass bei intramuskulären Sublimat-Injektionen die Quecksilberausscheidung im Urin sogleich beginnt, anfangs nur minimal ist, sehr allmählich und gleichmäßig während der Behandlung zunimmt und nach Aussetzen der Kur sofort, doch nicht jäh, sich vermindert, alles ähnlich dem Verhalten bei der Schmierkur. Von der eingegebenen Menge werden während der Behandlung rund 25% durch den Urin ausgeschieden. Bei intravenösen Sublimat-Injektionen dagegen geht der Quecksilbergehalt des Urins gleich stark in die Höhe, nimmt aber dann nur noch wenig zu und fällt bei Aussetzen der Behandlung sofort stark ab. Während der Kur werden mehr als 50% des eingeführten Metalls durch die Nieren eliminiert.

Ferner wurden die Injektionen von schwerlöslichen (unlöslichen) Quecksilbersalzen untersucht. Bei Injektionen dieser Präparate fällt der maximale Quecksilbergehalt des Urins jedesmal auf den Tag der Einspritzung. Die Ausscheidung sinkt dann sofort, um mit jeder neuen Injektion stärker anzusteigen, sodass ihre Durchschnittswerte von Woche zu Woche zunehmen. Bei keiner Behandlungsmethode geht so viel Quecksilber in den Urin über, wie bei dieser.

Hieran schlossen sich Versuche über die Remanenz, d. h. also die Prüfung, wie lange und in welchen Quantitäten auch noch nach Schluß einer antiluetischen Kur Quecksilber in den Gewebsäften zirkuliert und durch Nieren und Darm ausgeschieden wird. Es zeigte sich dabei, daß das Quecksilber bei allen üblichen Applikationsformen im Urin in wägbaren Mengen vorkommt. Es zeigte sich ferner, daß sich die verschiedenen Quecksilberbehandlungen, was die Menge des resorbierten Medikamentes und seine Verteilung auf die einzelnen Kurtage betrifft, durchaus verschieden verhalten und daß sie daher auch nicht gleichwertig sein können. Die Entscheidung für diese oder jene Anwendungsweise hängt allerdings nicht allein von ihrer größeren oder kleineren Heilkraft ab. Das Quecksilber bleibt noch Monate, ja Jahre lang nach einer jeden Behandlung ab und zu in minimalen Mengen im Urin, das bestätigt auch Verfasser.

**XI. Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna, von ERNST VALLENTIN-Berlin (Schluß).** Verfasser fährt in der Besprechung seines Falles fort; die Krankheit selbst zeigt Eigentümlichkeiten, die sich nicht durch eine Besonderheit des Virus, sondern nur durch Besonderheiten der erkrankten Organe und des erkrankten Organismus erklären lassen, während kein einziges Krankheitsymptom sich finden läßt, das ein besonderes Virus zu seiner Erklärung postulierte. Wir haben also:

1. eine ausgesprochene maligne Organlues. Die Malignität lokalisiert sich mit allen ihren Kennzeichen ausschließlich an bestimmten Organsystemen in der Rachen-nasenschleimhaut und den Knochen, während gleichzeitig und auch nachher und vorher andere Organsysteme, z. B. die Haut nur benign mit Lues communis an demselben Virus erkranken. Das beweist, daß nur diese Organe sich als Sitz der eigentümlichen Symbiose des Virus und Gewebes eigneten, daß nur diese Organe den bedingenden Faktor für die Malignität des anderweitig kommunen Virus abgaben; und was für die Organe gilt, gilt auch für deren Gesamtorganismus. Das Zusammenbestehen maligner Erkrankung eines Systems und benigner eines anderen an demselben Virus erweist auch die besondere Gewebsdisposition als Ursache der Malignität der ganzen Krankheit;

2. das eine Kennzeichen der Malignität: die Wirkungslosigkeit des Quecksilbers betrifft, wie den intoxiierten Gesamtorganismus, so nur die malignen erkrankten Organe (Rachen-Nasenschleimhaut, Knochen), während die gleichzeitig bestehenden Effloreszenzen der nur in der benignen Form erkrankten Systeme (Haut) gleichzeitig davon zur Heilung gebracht werden.

Dieser Umstand, daß bei Einführung von Quecksilber gleichzeitig die benignen erkrankten Organe mit Heilung reagieren, die maligne erkrankten aber nicht, läßt sich nicht anders erklären, als durch eine besondere Gewebsdisposition, d. h. durch besondere biochemische und bioplastische Eigenschaften derselben.

Der zweite Teil der Arbeit behandelt die Symptomatologie des totalen Nasenrachenverschlusses ausführlich.

**XII. Sammelreferat über Spirochätenbefunde bei Syphilis, von PAUL GULZER-Königsberg.** Verfasser läßt alle Arbeiten über Spirochätenbefunde Revue passieren und fügt Tabellen der Befunde bei. *Bernhard Schulze-Kiel.*

## Dermatologisches Centralblatt.

Band 9. Heft 6. März 1906.

**I. Die Behandlung der Hypertrichosis, von DIETRICH AMENDE-Berlin.** Die Elektrolyse ist zurzeit noch die relativ beste Epilationsmethode, sie wirkt aber zuweilen störend als Gewebsreiz. Die neben den starken auffallenden Haaren vor-

handenen zahllosen Lanugohärchen erstarben unter dem Einflusse der Epilation oder auch des hypertrophischen Prozesses selbst, und binnen kurzer Zeit sind Rezidive da, so daß man trotz aller Mühe kaum je zu einem definitiven befriedigenden Resultat kommen kann. Es steht fest, daß der feine Flaum der Oberlippe, ebenso wie der Flaum an anderen Stellen des Gesichts der Frauen unter 25 Jahren besser nicht behandelt wird, da er nur schlimmer wird; höchstens leistet bei dunklen Haaren Wasserstoffsuperoxyd gute Dienste. Eine andere Methode ist das Stanzen, von KROMAYER zuerst empfohlen. KROMAYER verwendet dabei rotierende Hohlzylindermesser von 0,5—1,0 mm Durchmesser, die er je nach der Richtung des zu entfernenden Haares ziemlich senkrecht bis zur Subcutis in die Haut einsticht. So kann das richtig ausgeschnittene Haar in toto samt Balg und Papille mit Leichtigkeit hervorgehoben werden. Der Hergang der Operation ist folgender: Nachdem die zu entfernenden Haare mittels Haarschneidemaschine bis auf etwa 1 mm gekürzt sind, werden die ausgekochten, mit elektrischem Antrieb rotierenden Hohlzylinder über die einzelnen Haarstümpfe geführt und in der vermuteten Richtung der Wurzel eingestochen. Um eine Störung durch die Blutung aus den Stanzlöchern zu vermeiden, wird von unten aufsteigend weitergegangen. Sobald die Haare in einem kleinen Umkreise umstochen sind (etwa 10—30 in einer Kur), zieht man sie mit der Cilienpinzette heraus. Die Schmerzempfindung ist individuell und kann durch pralle Infiltration mittels sehr schwacher Kokainlösungen gehoben werden. Nachteilig ist nur der nicht ganz kleine Apparat, die recht schwierige Technik, die Umständlichkeit, welche die Anästhesierung und die für Arzt und Patient unangenehme Blutung mit sich bringen. Als großer Vorzug steht dem die Schnelligkeit der eigentlichen Epilation gegenüber; es geht zehnmal so schnell wie Elektrolyse. Es haben eben beide Methoden Vorteile und Nachteile. Die Röntgentherapie ist bis jetzt noch ungeeignet für die Epilation.

II. Ein Fall von *Mykosis fungoides* mit Berücksichtigung der Röntgentherapie, von SCHOURP und FRUND - Danzig. Die *Mykosis fungoides* galt noch vor kurzem als eine absolut unheilbare Krankheit. Erst als bekannt wurde, daß die Röntgenstrahlen einen Einfluß auf maligne Geschwülste ausübten, und man nunmehr die Versuche auf alle in diese Gruppe gehörigen Gebilde ausdehnte, erwies es sich, daß wir in den Röntgenstrahlen auch ein Mittel besitzen, um diese schwere Krankheit zum Schwinden zu bringen, wie verschiedene Veröffentlichungen geheilter Fälle zeigen. Über einen einschlägigen Fall berichten die Verfasser, bei dem durch gleichzeitige Arsendarreichung und Röntgenbehandlung eine bedeutend schnellere Heilung erzielt wurde.

III. *Spirochaeta pallida* im Urin bei syphilitischer Nephritis, von DREYER und TOEPFEL - Cöln. Verfasser fanden die *Spirochaeta pallida* nicht nur im Sputum eines sekundär-syphilitischen Kranken, der auf beiden Tonsillen und in den Mundwinkeln stärkere Papeln zeigte, sondern auch im zentrifugierten Sediment des Urins eines an Nierensyphilis leidenden Patienten.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## The Journal of cutaneous diseases including Syphilis.

Band XXIII. Nr. 10.

1. Epitheliom der Stirn, auf papillärem Naevus entstanden, von JAY F. SCHAMBERG und ROSE HIRSCHLER. Erläutert durch mikrophotographische Abbildungen der Gewebsverhältnisse schildert die Abhandlung die Entstehung eines Falles von Epitheliom auf einem Naevus papillosus der Stirn bei einem 24jährigen Manne. Das streifenförmige Mal, welches erhaben und mit einzelnen Warzen versehen war, dehnte sich von der Haargrenze der Stirn etwa längs der Stirnbein-Scheitelbeinnäht aus.



Efwa vor zwei Jahren erlitt der von Geburt an unveränderte Naevus einen traumatischen Insult. An der Stelle, an welcher damals die Haut verletzt worden war, stellte sich wenige Monate nach dem Schlag eine Neubildung ein, die sich bald vervielfältigte und unter allmählichem Wachstum den Charakter eines Epithelioms annahm. Zuletzt bestanden vier exulcerierte Knötchen, je zwei leicht zusammenhängend, deren histologische Untersuchung die Diagnose Hautkrebs bestätigte. Am Falle bemerkenswert ist die Jugend des Kranken, der nachweisliche Zusammenhang zwischen Epitheliom und Trauma sowie der Umstand der Entstehung eines Hautkrebses auf einem nicht pigmentierten Naevus.

**2. Kleines multiples Kerion — ein ungewöhnlicher Fall von Trichophytie,** von J. FRANK WALLIS-Philadelphia. Der Verfasser gibt die Krankengeschichte von zehn Fällen ungewöhnlicher Trichophytien und subsummiert sämtliche unter der Bezeichnung „Small multiple Kerion“. Es handelt sich um Erkrankungen der Kopfhaut, bei denen der rein trichophytische Prozess mit anderen Affektionen vergesellschaftet war. Alle Patienten waren Mädchen zwischen 8 und 17 Jahren, in jedem Falle bestand Pediculosis und auf letztere schob man meist zuerst die Haarveränderungen, bis sich schliesslich eine versteckte Trichophytie finden liess. Es handelte sich in allen Fällen zuerst um Follikelentzündungen, die in Pustelbildung übergingen. Die Pusteln platzten später, um Narben sowie temporäre Alopecie zurückzulassen. Allmählich stellte sich dann schliesslich die Behaarung wieder ein. Die Affektion hat die Neigung, die Nachbarschaft früher erkrankter Stellen erneut zu befallen. Am Rande der Läsionen zeigten sich charakteristischer Weise abgebrochene Haarstümpfe, an denen Trichophytonpilze mikroskopisch nachweisbar waren.

**8. Beitrag zur Klinik und Behandlung der Pompholyx (Ohnopompholyx Dysidrosis),** von FRANK J. LEVINSKY-New York. Der Verfasser berichtet über 14 Fälle von Pompholyx, bei deren grösstem Teil mässige bis übermässige Schweissabsonderung bestand, wie es auch sonst bei dieser Affektion meist zu sein pflegt. Nur in zwei Fällen fehlte jede Schweissabsonderung. Die Ursache des Leidens beruht nach Ansicht des Verfassers auf der Infektion mit einem Bacillus auf Grund einer vorhergehenden Läsion der betreffenden Hautstelle durch mechanische Reizungen. Höchstwahrscheinlich besitzt dieser Mikroorganismus nur eine Lebensdauer von einer Woche. Auch das Überspringen des Prozesses von einem Finger auf den andern spricht für den infektiösen Charakter der Krankheit. Meist ist auch der Prozess zuerst auf einer Hand aufgetreten und erst später auf die andere übergegangen; sodass meist schon die Bläschen auf der zuerst befallenen Hand im Abheilen sind, wenn der Prozess auf der zu zweit befallenen Hand floriert. Anordnung der Bläschen längs Nervenstämmen hat Verfasser nie gesehen. Die Behandlung muss eine örtliche und eine allgemeine sein. Letztere soll sich vor allem gegen die Schweissabsonderung richten. Hierbei kommen Atropin, Aguricin und Fluidextrakt von Hydrastis canadensis, vor allem aber Arsenik zur Anwendung. Dessen gute Wirkung tritt jedoch erst nach vier- bis fünfwöchiger Darreichung in Erscheinung und bei relativ grossen Dosen. Auch Jodkaliumgaben wirken nach den Erfahrungen des Verfassers oft günstig bei Pompholyx. Die zu der Krankheit disponierenden, die Grundlage schaffenden Leiden wie Blutarmut, Nervenschwäche u. a. erfordern die Darreichung von Eisen, Strychnin und Chinin. Die Einnahme grosser Flüssigkeitsmengen, sowohl Milch wie Mineralwässer oder reines Wasser sind zu widerraten. Die örtliche Therapie muss im Beginn mit milden Salben einsetzen, wie beim vesikulösen Ekzem. Die Bläschen sind anzustechen. Zur Erweichung der Haut über tiefsitzenden Bläschen dienen prolongierte heisse, lokale Bäder, denen man Kaliumpermanganat 1:100 oder Sublimat 1:1000 zusetzen kann. Darnach pudere man die Haut. WILKINSONSche Salbe oder Benzoesalben tun in den ersten

Tagen ebenfalls gute Dienste. In schweren Fällen verwendete der Verfasser auch mit Nutzen Xeroform als Streupulver oder legte einen Zinkleimverband an.

4. **Mykosis fungoides und Röntgenstrahlen**, von A. J. MARKLEY-Cincinnati. Die Mitteilung bezieht sich auf eine vom Verfasser mittels Radiographie glänzend beeinflusste Mykosis fungoides bei einer 49jährigen Dame. Das Leiden hatte vor vier Jahren ohne nachweisbare objektive Hautveränderungen und starkem Jucken an Ohr und Schultern begonnen. Ein Jahr später zeigte sich die Haut rauh, hart und trocken, und dieser Zustand der Epidermis verbreitete sich allmählich über den gesamten Körper. Das unausgesetzte, schlafraubende Juckgefühl und Kratzen brachte die Kranke nach und nach seelisch wie körperlich ganz herunter, keinerlei Behandlung hatte Erfolg, zumal auch meist die Therapie auf Ekzem, Herpes tonsurans und andere Diagnosen gestimmt war. Im zweiten Jahre der Erkrankung begannen sich die circumskripten Mykosisplaques zu bilden. Die Bildung dieser an Zahl zunehmenden runden, dicken, dunkelroten Scheiben erstreckte sich auf das zweite und dritte Jahr des Leidens. In diesem Zustande setzte die Radiotherapie des Verfassers ein. Er gebrauchte zuerst weiche Röhren in 8 Zoll Entfernung. Die Dauer jeder Exposition betrug 5 Minuten, in jeder Sitzung 12 solcher Expositionen. In der Woche fanden zwei Sitzungen statt. Schon nach drei Wochen zeigte sich deutliche Besserung, subjektiv wie objektiv, welche sich immer mehr steigerte. *Hopf-Dresden.*

## Annales de Dermatologie et de Syphillographie.

1906. Heft 8.

**Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Hauttuberkulide**, von A. CIVETTE. C. hat drei Fälle von Hauttuberkulid beobachtet, die ganz dem Bilde der Parapsoriasis guttata entsprachen, wie es von Brocq gezeichnet ist. Die Parapsoriasis besteht aus rosa bis blau und braunrot gefärbten Flecken und aus Schuppen. Kopf, Gesicht, Hals und Extremitäten werden fast immer von ihr verschont, nur der Rumpf in Mitleidenschaft gezogen. Die Dermatose ist sehr hartnäckig und hat einen unendlich langsamen Verlauf. Für C., der seine drei Fälle von Hauttuberkuliden ausführlich mitteilt und keinen Zweifel darüber läßt, daß es sich wirklich um Hauttuberkulide handelte, obschon Brocq diese Fälle für Beispiele von Parapsoriasis erklärt hatte, erhebt sich nun die Frage, in welchem Verhältnis diese beiden Formen zueinander stehen. Auf diese Frage, die gründlich erörtert wird, erfolgt keine erschöpfende Antwort. Aber C. neigt zu der Ansicht, die Parapsoriasis und das papulo-squamöse Hauttuberkulid seien der mehr chronische bzw. mehr akute Ausdruck einer und der nämlichen Hautinfektion, der tuberkulösen, oder die Parapsoriasis sei eine atypische Tuberkulose der Haut. Die Dermatitis psoriasiformis nodularis (JADASSOHN-NEISSER) wird zum Schluß gestreift und auf ihre Verwandtschaft mit der Parapsoriasis geprüft.

**Die Behandlung der Syphilis vom Rektum aus**, von CH. AUDRY. A. kommt auf seine früheren Mitteilungen, betreffend Behandlung der Syphilis mit Quecksilber-Stuhlzäpfchen, zurück, und bringt eine Reihe von 30 Fällen verschiedenen Alters und Geschlechts und verschiedener Erkrankungsformen, bei denen er das neue Verfahren in Anwendung gebracht hat.

Das Ergebnis war durchaus zufriedenstellend; schon am vierten Behandlungstage ließen sich die ersten günstigen Einwirkungen verzeichnen, und es kam keine Störung zur Beobachtung, die auf die neue Anwendungsart des Quecksilbers hätte bezogen werden müssen. Es wurde jeden Abend ein Stuhlzäpfchen, das für Erwachsene 0,08, für Kinder 0,015 Hg enthält, gereicht, und diese Behandlung konnte monatelang ohne den geringsten Nachteil für den Patienten fortgesetzt werden; ein 3<sup>1</sup>/<sub>2</sub>jähriges

Kind erhielt z. B. 100 Stuhlzäpfchen in ununterbrochener Folge und befand sich wohl dabei.

A. hält diese neue Behandlungsart für gleichwertig mit den anderen Anwendungsweisen des Quecksilbers und meint, daß sie nur in dringenden Fällen, wenn eine rasche Wirkung notwendig ist, vor den Einspritzungen zurückzustehen habe.

Zur Verwendung kam in allen Fällen das Oleum cinereum in Verbindung mit Kakaobutter. 40,0 Ol. ciner. : 60,0 Butyr. Cacaonis. *Türkheim-Hamburg.*

### La Syphilis.

Band IV, Heft 3. März 1906.

Dieses Heft ist in der Hauptsache der Nierensyphilis gewidmet und beginnt mit einem Vorwort von BARTHÉLEMY, welcher auf das neue Handbuch der Erkrankungen der Nieren und der Nebennieren, welches von DEBOVE, ACHARD und CASTAIGNE herausgegeben wird, hinweist. Uns interessiert dabei hauptsächlich der Abschnitt über Nierensyphilis und die Behandlung derselben und die Arbeiten WIDALS über die Ernährung der Nierenkranken.

I. Über Nierensyphilis, von F. RATHERY-Paris. Die Nierensyphilis in der Tertiärzeit ist schon ziemlich lange bekannt; erst später entdeckte man, daß auch schon im sekundären Stadium der Syphilis die Niere erkranken kann, und daß es auch bei Hereditär-Luetischen Nierenerkrankungen krankhafter Art geben kann. So unterscheidet auch Verfasser beim Studium der Nierensyphilis drei Abteilungen: 1. sekundäre Nierensyphilis, 2. tertiäre Nierensyphilis, 3. hereditäre Nierensyphilis, die er in bezug auf Ätiologie, pathologische Anatomie, Diagnostik und Therapie eingehend schildert. Therapeutisch erfordern alle eine besondere Ernährungsweise durch Milch und Einschränkung von chlorhaltiger Nahrung. Daneben ist für die sekundäre Nierensyphilis das Hauptmittel das Quecksilber, ebenso wie für die hereditäre Syphilis, mit Jod verbunden. Eine Verbindung von Merkur und Jodkalium empfiehlt sich auch bei den Tertiärformen.

II. Über die Ernährung mit chlorarmen Stoffen bei BRIGTSCHEr Krankheit, Chlorurämie und Azotémie, von FERNAND WIDAL-Paris. WIDAL und LEMIERRE haben die Rolle der Chlorsalze in der Pathologie des BRIGTSCHEn Ödems außer Zweifel gesetzt. Man weiß schon lange, daß bei gewissen Nierenkrankheiten das Chlor zurückgehalten werden kann, wie es BOHNE auch bei Urämie nachwies. Der Überschuss von Chlor bleibt nicht im Blute, sondern geht ins Gewebe über. Der Harnstoff andererseits, dessen Retention im Verlaufe der BRIGTSCHEn Krankheit so oft verkannt, häuft sich vor allem im Blute selbst an. Die Untersuchungen WIDALS zeigen nun, daß der Organismus nur eine sehr kleine Menge Chlor von unseren Geweben und Sekreten verliert. Es genügt daher, wenn nur 2 g Kochsalz in unserer täglichen Nahrungsmenge vorhanden sind. Der Überfluß an Kochsalz, welchen der Mensch aus Wohlgeschmack in sich aufnimmt, ist eine Gefahr für den gesunden Körper und besonders schädlich bei gewissen pathologischen Zuständen, so z. B. auch bei den Nierenleiden. Man weiß, daß bei diesen das Chlorsalz ungenügend eliminiert wird und im Organismus zurückbleibt, da die Schädigungen der Nieren ihm den Weg versperren. Es kommt so zu Ödem des Bindegewebes und zur Ansammlung toxischer albuminoider Substanzen. Die Anhäufung von Chlor (Chloruræmia visceralis) kann sich durch verschiedene Störungen anzeigen und sich auf Lunge, Magen, Darm, Nervenzentren und Nieren miterstrecken. Die Albuminurie, dieses wichtigste Symptom im Verlaufe der Nephritis, ist oft beeinflusst von dem Kochsalzgehalt der Nahrung. Sie ist dann ein Zeichen von Chloruræmie, die die Niere selbst befallen hat. Eine

Abnahme des Chlors kann daher kleine Eiweismengen völlig zum Schwinden bringen und große beträchtlich vermindern.

III. **Über Ernährung mit Kochsalzhaltigen Stoffen**, von RÉNON. Auch RÉNON empfiehlt, nicht zu viel Fleisch zu essen und dadurch den Gebrauch des Chlornatrium einzuschränken.

IV. **Die Retention von Chlorsalzen bei der interstitiellen Nephritis**, von L. AMBAUD. A. untersucht, in welchem Maße die Retention von Chlor bei der chronischen interstitiellen Nephritis einwirkt im Gegensatz zu der epithelialen Nephritis. Er fand, daß die Anhäufung von Chlorsalz alle jene Symptome erschwert, welche die Entziehung des Salzes erleichtert, so z. B. die Atemnot, Kopfweh, Polyurie und selbst die Albuminurie werden geheilt oder wenigstens gebessert durch eine Diät, die nach Möglichkeit Kochsalz vermeidet; natürlich muß diese Diät längere Zeit fortgeführt werden, um den gewünschten Erfolg zu erzielen.

V. **Die salzarme Diät bei Herzkranken**, von J. DIGNÉ. D. zeigt, daß auch bei Herzkrankheiten eine Diät mit möglichst wenig Salz heilsamen Einfluß ausübt.

VI. **Über urämische Hemiplegie**, von F. RAYMOND-Paris. R. stellt eine junge Frau vor, welche eine Hemiplegie hat, und spricht über die prognostische Bedeutung für das Entstehen von Hemiplegien. Diese Patientin war von einigen als hysterisch angesehen worden, andere glaubten an eine Allgemeinparalyse. Solche diagnostische Irrtümer können in bezug auf Prognose und Behandlung sehr verhängnisvoll sein. Es handelt sich hier um eine Nierenkrankheit, eine Niereninsuffizienz mit urämischen Krämpfen, um eine interstitielle Nephritis und um eine linksseitige Hemiplegie, welche in direkter Beziehung zu der subakuten Urämie steht, also als eine toxische Hemiplegie zu betrachten ist, analog der diabetischen Hemiplegie. Diese Fälle sind selten und erst in letzter Zeit beschrieben worden. Die Prognose ist dunkel, aber nicht aussichtslos. Unter der Behandlung mit Jodkalium in kleiner Dosis, mit ausschließlicher Milchdiät mit Zusatz von Theobromin und Fortlassen von Kochsalz ist ohne Zweifel schon eine Besserung eingetreten. Natürlich wird auch für reichliche Öffnung gesorgt und Friktionen der Haut vorgenommen. Über den definitiven Ausgang des Falles läßt sich vorläufig nichts sagen.

VII. **Syphilis und Myopie**, von F. DE LAPPERSONNE. Verfasser betont, daß man bei einem Myopischen nicht nur nach seinem Alter, nach dem Grad seiner Myopie suchen soll und ihm dann ein passendes Glas verschreibt, sondern man soll auch untersuchen, ob vielleicht Zeichen einer erbten Syphilis vorliegen. Wenn ein myopischer Jüngling Syphilis erwirbt, so gilt es doppelte Vorsicht; die Behandlung muß dann sehr energisch und langdauernd sein und die Augen müssen besonders geschont und vor Anstrengung behütet werden.

Band IV, Heft 4. April 1906.

I. **Drei neue Werke von ALFRED FOURNIER**, referiert von BARTHÉLEMY. Das erste Werk FOURNIERS ist eine neue Fortsetzung seiner Schrift über die tertiäre Syphilis und stellt den zweiten Band der Geschichte der Tardivperiode dar. Er beschreibt darin die tertiär-luetischen Erscheinungen der Haut, der Schleimhäute, die Entwicklung und Ätiologie des Tertiärismus, die Gummen der Nase, des Mundes, Zunge, Schlund, den tertiären Phagedänismus und fügt dann das Kapitel an über tertiäre Erscheinungen der Eingeweide: Leber, Niere, Herz, Gefäße, Rektum, Oesophagus, Magen, Darm, Pankreas, Luftröhre, Lungen. Über die Güte des Werkes bedarf es bei der bekannten eleganten und in jeder Weise erschöpfenden Form FOURNIERS keiner Empfehlung. Man hat eben in jeder Zeile die Überzeugung, es mit einem erstklassigen Autor zu tun zu haben.

Das zweite Werk ist eine 80 Seiten lange, populäre Broschüre unter dem Titel *En guérit-on?*

Das dritte Werk behandelt die *Syphilis secundaria tarda* und umfaßt 180 Seiten mit zehn farbigen Figuren. Über letzteres Werk folgt von BARTHELEMY eine sehr ausführliche Inhaltsangabe. Im Eingang bezeichnet er die Auffassung, welche bei vielen Ärzten herrscht, daß die Syphilis im Abnehmen sei, als falsch; es nimmt leider weder die Schwere noch die Zahl ab. FOURNIER zeigt nun in seinem Werk, daß die Annahme von dem Abschwächen der Infektionsgefahr nach wenigen Jahren sehr bedenklich ist. Er beobachtete oft noch Ansteckungen nach 4—20 Jahren; natürlich ist der Prozentsatz der Spätinfektionen bedeutend geringer, aber immerhin kommt es vor. Ebenso betont er, daß ansteckende sekundär-luetische Erscheinungen auch noch gleichzeitig mit tertiären vorkommen können, eine Erscheinung, welche er als *Syphilis secundaria tarda* bezeichnet. Er bespricht dann der Reihe nach eine Anzahl solcher Fälle und deren spezielle Erscheinungen. Zuerst kommen, als die zahlreichsten, zur Besprechung die Hautsyphilide, einschließlic der *Psoriasis palmaris et plantaris*, dann folgen die Syphilide der behaarten Körperstellen, die Erkrankungen der Nägel, der Schleimhäute, der Genitalien bei beiden Geschlechtern und dann die Syphilis der Respirationsorgane, der Analgegend und die des Auges, welche er am seltensten beobachtete. Auf allen diesen Gebieten konstatiert er Tardivformen sekundärer Lues und bespricht sie in seiner klaren Art.

II. Über die Ernährungsweise mit Entziehung von Chlor, von FERNAND WIDAL-Paris. (Schluß.) Im sechsten Abschnitt bespricht Verfasser die Veränderungen der Durchlässigkeit der Niere für Kochsalz im Verlaufe der BRIGTSCHEN Krankheit und erklärt die Heilwirkung der kochsalzlosen Ernährung auf die Ödeme bei gewissen an dieser Krankheit Leidenden. Daran schließt er einen Absatz über die Varietäten der Arten von Ernährung ohne Kochsalz und Flüssigkeit; er beschreibt ferner die verschiedenen Veränderungen bei der Retention der Salze und die Störungen bei der Resorption der Ödeme, und er vergleicht dann die Retention des Salzes und des Harnstoffes und bespricht den Mechanismus der Harnstoffüberführung ins Blut und die Unterschiede der physischen Störungen im Gefolge der Retention der Salze und der des Harnstoffes, vor allem auch die *Uraemia hydropigenes* und *sicca*.

Einen weiteren Absatz widmet W. der Anwendung der Ernährung ohne Salz bei einigen ödematösen Krankheiten, speziell bei Herzleiden, und der Nützlichkeit dieser Kur bei vielen leichteren und schwereren Krankheiten, vor allem aber bei der BRIGTSCHEN Nierenkrankheit. Verfasser kommt dann auf die Zusammensetzung einer solchen Ernährungsweise, welche man wählen soll (Brot ohne Salz, Fleisch, Süßwasserfische, Eier, Butter, Kartoffeln, Reis, Gemüse, Suppen, Schokolade, Zuckerwasser, Zitronenwasser, Milch usw.). Das Resultat seiner umfangreichen Untersuchungen faßt W. etwa wie folgt zusammen:

Das Kochsalz wird bei der BRIGTSCHEN Krankheit zurückgehalten. Die Retention des Harnstoffes bewirkt andere Störungen, aber das Salz bewirkt die Ödeme. Der Harnstoff sucht unaufhörlich die Nierensperre zu durchdringen, aber seine Retention führt zur *Uraemia sicca*.

Oft beobachtet man im Verlaufe der BRIGTSCHEN Krankheit eine Verschiedenheit der Nierendurchlässigkeit für Salze und für Harnstoff. Beide Retentionen können getrennt oder gemeinsam vorkommen. Man kann im urämischen Zustand beide voneinander unterscheiden. Die Undurchlässigkeit der Nieren für Salze ist bei den BRIGTSCHEN Kranken so, daß man bis zu den letzten Spuren die zugeführte Salzdosis verkleinern kann. Bei solchen Kranken führt die salzlose Ernährung zu einem Ödem und zur Albuminurie, welche sich unter Fleischkost und Kohlehydraten ohne Salz

bessert, während die sonst so heilsame Milchdiät nicht so günstig wirkt. Die Undurchlässigkeit für Salze wechselt bei demselben Kranken im Laufe der Krankheit öfters. Wenn die Behandlung mit salzfreien Speisen allein nicht genügt, muß man natürlich seine Zuflucht außerdem zu diuretischen Mitteln nehmen. Während der gesunde Mensch sich den Genuß von gewürzten Speisen gestatten kann, muß der Nieren- oder Herzkranke darauf verzichten, weil es sonst leicht zu einer Anhäufung der Salze im Gewebe kommen kann. Selbst in Zeiten, wo die Nieren oder das Herz wenig oder keine direkten Beschwerden machen, müssen solche Kranke stets ihre Diät mit wenig oder gar keinem Salz beibehalten, um so Rezidiven durch Salzablagerung zuvorkommen. Verfasser fügt dann noch Formeln für eine solche Ernährung bei.

**III. Bakteriologie der Syphilis.** Ein Sammelreferat über Spirochätenbefunde von B. DES BUSSIÈRES, BANDI und SIMONELLI, BERTARELLI und VOLPINO, NATAN LARRIER und BEINDEAU, BORREL und BURNETT, THIBERGE, RAVAUT, LEVADITI, BOSCH, WALLICH und LEVADITI, BODIN, NICOLAS, FAVRE, ANDRÉ, LUMIÈRE, PETRESCO. Alle bestätigen die Anwesenheit der Spirochäten in allen möglichen syphilitischen Produkten. Meistens sind diese Arbeiten schon an anderen Stellen veröffentlicht und besprochen worden; auf die einzelnen unzähligen Arbeiten über Spirochätenbefunde näher einzugehen, wäre nur eine Wiederholung, ohne viel Neues zu zeigen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

#### **Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle.**

1906. Nr. 1 und 2.

**Tuberkulose und Prostitution.** In Anbetracht der Tatsache, daß Übertragungen von tuberkulösen Affektionen durch den Coitus keineswegs seltene Ereignisse sind und daß die Tuberkulose ganz besonders unter den Prostituierten niedriger Klassen sehr verbreitet ist, wird die Reglementierung der Prostitution auch in dieser Richtung als höchst notwendig erachtet. Eine Reihe von Beispielen von Infektionen auf dem Wege des sexuellen Kontaktes dienen als Illustrationen.

*C. Müller-Genf.*

#### **Clinica dermosiflopatica della r. Università di Roma.**

1906. Heft 1.

**Die Ernährungsstörungen in der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen der Hirnhemisphären bei Tieren, besonders Kaninchen und Tauben,** von CAMPANA. Die trophischen Veränderungen in der Haut und ihren Adnexen (Strukturveränderungen, Knötchenbildungen, Veränderungen in der Farbe usw.) waren nach diesen Experimenten um so ausgesprochener, als die Infiltrationserscheinungen im Gehirnresiduum weniger ausgebildet erschienen. Wo sich solche Infiltrationszustände in höherem Maße entwickelt hatten, fielen zwar die Federn mit Leichtigkeit aus, zeigten aber geringe oder keine histologische Veränderungen. Dies gilt von den Tauben, während bei den Kaninchen die Störungen noch weniger ausgesprochen waren. Vielleicht mag dies von dem Umstande abhängen, daß die Federn kompliziertere Organe sind als die Haare.

**Über Folgezustände der Tuberkulinbehandlung und Neurotrophie,** von CROME. Experimente an Tieren haben dem Verfasser gezeigt, daß das Tuberkulin bei vorhandenen Läsionen des Nervensystems die Ernährung und die Zirkulation in den innervierten Geweben hochgradig beeinflusst, in dem Sinne, daß die Wirkung der Substanz verdoppelt oder verdreifacht ist, was nicht direkt der letzteren, sondern dem Umstande der verminderten Resistenzfähigkeit der Gewebe zuzuschreiben ist.

**Über die Natur des Ulcus simplex contagiosum auf Grund histobakteriologischer und klinischer Untersuchungen, von TERAGHI.** Wird fortgesetzt.

**Der Parasit der Psoriasis; weitere Untersuchungen, von CAMPANA.** Der Verfasser kommt auf den Gegenstand zurück, den er bereits anderweitig erörtert hat, nämlich auf den Befund von einem besonderen Sporozoon bei der Psoriasis, das verschieden aussieht, je nachdem es in einem früheren oder späteren Entwicklungsstadium angetroffen wird. Der Parasit hat absolut nichts gemein mit dem Cytothrykten SIEGEL (Vaccine), oder der Spirocheta pallida SOHAUDINN oder irgend einem anderen der bekannten Mikroorganismen. Eine Benennung oder Klassifizierung desselben behält er sich vor.

**Das Tuberkulin E beim tuberkulösen Lymphom, von CERONE.** Der Verfasser beschreibt einen Fall von multiplen tuberkulösen Lymphomen mit Lupus (kleineres Knötchen) und schließt aus seinen therapeutischen Resultaten, daß das Tuberkulin bei solchen, die tuberkulös veranlagt sind, notwendig ist, ebenso bei denen, welche bereits tuberkulöse Manifestationen gezeigt haben. Das Tuberkulin schwächt die latenten Erscheinungen der Tuberkulose ab; es ist in dieser Beziehung zu vergleichen mit dem Quecksilber, das ebenfalls die latenten Zeichen von Syphilis abschwächt, die sonst mit der Zeit sicher ausbrechen würden. C. Müller-Genf.

#### Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1906. Heft 1.

**Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund bei einigen primären ulcerierten Syphilomen (Bacterium syphilomatis ulcerosa), von DE LUCA und CASAGRANDE.** Aus dem Blute von Syphilitikern (mit geschwürigen primären Manifestationen), das mittels Punktion aus diesen Läsionen entnommen worden war, konnten die Verfasser regelmäßig ein Bacterium isolieren, welches im peripheren Blute derselben Patienten, sowie in den unversehrten Läsionen anderer Patienten, sowie bei sekundären und tertiären Läsionen stets fehlte. Dieses Bacterium agglutiniert konstant mit Serum von Syphilitikern in der primären Periode mit ulcerierten Syphilomen, nicht aber wenn die Syphilome nicht ulceriert sind, auch nicht mit Serum von gesunden Individuen oder von Tieren, die mit Filtraten von primären, sekundären oder tertiären Läsionen inokuliert wurden. Tieren gegenüber, in welcher Weise dieselben auch inokuliert wurden, zeigte es sich vollständig harmlos. Dasselbe gilt von den Inokulationen auf den Menschen. Irgendwelche kausale Beziehungen mit dem syphilitischen Virus müssen dem Mikroorganismus sicher abgesprochen werden. Es ist dasselbe offenbar nur von sekundärer Bedeutung bei der luetischen Infektion, könnte aber eher als das ätiologische Agens des ulcerativen Prozesses der Syphilome oder überhaupt der destruktiven Formen der Syphilis angesehen werden.

**Unter der Hornhaut gelegene Talgdrüsen, von GIORGI.** Der Verfasser hat in einigen Fällen von Xeroderma pigmentosum dieselbe Anomalie vorgefunden, welche PASINI unlängst in dieser Zeitschrift beschrieben hat (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1906. Bd. 42, Nr. 2). Die beiden Autoren weichen nur in ganz untergeordneten Punkten von einander ab. So hatte PASINI gefunden, daß zwischen den heterotropischen Talgdrüsenläppchen und der Epidermis bloß Kontiguitätsbeziehungen bestehen, indem die letztere die ersteren wie einen Fremdkörper umschließt. GIORGI dagegen will in seinem Falle gesehen haben, wie die Elemente der Schleimschicht direkt in die Zellen der Talgdrüsen übergehen.

**Zum Abschluss des Kapitels über die brasilianische „Bouba“, von BREDA.** Der Verfasser will hauptsächlich die Tatsache hervorheben, daß die drei Affektionen

Bouba, Pian und Yaws nicht eine und dieselbe Krankheit darstellen, sondern, wenn auch in mehreren Punkten übereinstimmend, in anderen wieder verschieden sind. In vergleichenden Tabellen werden die Differenzmerkmale beschrieben.

**Ist es möglich, die Haut mit FINSKESCHEM LICHTE zu sensibilisieren?** von SORENTINO. Es scheint, daß eine Substanz gefunden worden ist, mit Hilfe welcher die bisher zu den phototherapeutischen Sitzungen verwendete Zeit bedeutend abgekürzt werden kann, welche mit anderen Worten die Eigenschaft besitzt, die tiefen Schichten der lupösen Haut für die Einwirkung des Lichtes empfindlicher zu machen; diese Substanz ist der Arsenik in verdünnten Lösungen, welche wiederholt vor den phototherapeutischen Sitzungen lokal angewendet werden. Auf diese Weise erzielt man fast konstant eine heftige Dermatitis mit einer tiefgreifenden Zerstörung der lupösen Infiltrate; diese Wirkung ist auch eine viel raschere. Auf nicht lupöser Haut erhält man diese Reaktion nicht. Die Phlyktaenbildung unter der photo-arsenikalischen Wirkung ist am ausgesprochensten beim Lupus erythematosus und beim Lupus vulgaris exedens. Die praktischen Folgerungen lassen sich von selbst hieraus ziehen.

C. Müller-Genf.

## Polnische Zeitschrift für Dermatologie und Venereologie.

(Przegląd chorób skórnych i wenerycznych.)

1906. Nr. 3.

**I. Die pathogenen Haarpilze (Trichophyten, Mikrosporen, Favus),** von FRANCISZEK KRYSZTAŁOWICZ. (Schluß.) Verfasser setzt die Beschreibung der Kulturen von Mikrosporon und Favus fort und berichtet über die Angaben verschiedener Autoren bezüglich der näheren Charakteristik der pathogenen Haarpilze vom botanischen Standpunkte aus. Was die Ursache der Einteilung derselben in das botanische System anbelangt, so müssen sie nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft noch alle in die Gruppe der „Fungi imperfecti“ eingereiht werden.

Das weitere Kapitel wird der Frage der Überimpfung der Haarpilze auf Tiere gewidmet. Die Impfversuche mit der Endothrixgruppe fallen öfter negativ als positiv aus, wahrscheinlich in erster Linie wegen der sauren Reaktion des Schweifses. Positive Ergebnisse dagegen bekommt man in der Regel bei Überimpfung der Ektothrixgruppe. Manche Autoren berichten dabei über allgemeine Infektionen und Pilzwucherung in den inneren Organen; Verfasser konnte dies in seinen zwei Versuchen nicht bestätigen. Von den verschiedenen Varietäten der Mikrosporongruppe lassen sich nur diejenigen überimpfen, die bei Menschen und Versuchstieren vorkommen. Der Favuspilz wird am leichtesten auf Mäuse überimpft; empfänglich dafür sind aber auch Ratten, Meerschweinchen, Katzen, Hunde und Hühner. Auch hier kommen allgemeine Infektionen mit Bildung kleiner Tuberkel in den inneren Organen zustande. Nach allgemeinen Bemerkungen bezüglich der Charakteristik der einzelnen Pilzgruppen und der durch dieselben hervorgerufenen Haarerkrankungen macht Verfasser auf die Übergangsformen aufmerksam, welche die nahe Verwandtschaft der drei beschriebenen Typen beweisen, und schließt seine Arbeit mit eingehender Besprechung der Behandlungsmethoden der einzelnen Pilzkrankungen der Haare.

**II. Die DARIERSche Erkrankung (Psorospermosis follicularis vegetans),** von FELIX MALINOWSKI. (Schluß.) Der vom Verfasser beobachtete Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen. Die Erkrankung dauert seit dem ersten Lebensjahre. Das Exanthem entwickelte sich allmählich, ohne wesentliche subjektive Beschwerden zu verursachen. Es befällt den Hals, Stamm und Extremitäten. Der Entwicklungsgang der Effloreszenzen läßt sich folgendermaßen feststellen: Auf der Peripherie der alten



Veränderung entwickelt sich ein kaum sichtbarer, langsam immer größer werdender Zapfen; die Epidermis hebt sich um denselben empor und bildet einen Wall; nach einer gewissen Zeit hört das Wachstum des Zapfens auf und der ihn umgebende Wall beginnt sich zu verkleinern; zum Schluß fällt der Zapfen ab und läßt eine leicht gerötete und etwas verdünnte Haut hinter sich zurück. Rote Flecke vor dem Ausbruch des Exantheams konnte Verfasser im Gegensatz zu anderen Autoren nicht bemerken; auch Vegetationen konnten nicht konstatiert werden. Die Lokalisation der Effloreszenzen und ihre Gruppierung ist in dem Falle Verfassers insofern von Interesse, daß dieselben in Form von Strängen auftreten, die dem Verlauf der Hautnerven ziemlich genau entsprechen. Die Gruppierung ist ziemlich symmetrisch für beide Körperhälften, mit einer gewissen Bevorzugung der rechten in den oberen Körperpartien (Stamm und obere Extremitäten) und der linken in den unteren Partien (untere Extremitäten).

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden Effloreszenzen aus verschiedenen Entwicklungsstadien benutzt. In den jüngsten Effloreszenzen konzentrieren sich die Veränderungen in der Stachelschicht. Viele Zellen erscheinen hier abgerundet, die als Zwischenbrücken dienenden Stacheln verschwinden. Um den Kern bildet sich ein mit unfärbbarer Substanz gefüllter Raum; der Inhalt des Kernes besteht nicht mehr aus Chromatinnetz, sondern wird homogen und gleichmäßig intensiv färbbar. Auch die Keratohyalinschicht erleidet Veränderungen, die Kerne derselben werden ungleichmäßig in sechs bis acht Reihen über den Stachelzellen verteilt. Die Epidermiszellen verlieren beim Übergang in das Stratum lucidum ihre Kerne; das Stratum lucidum erscheint undeutlich, das corneum dicker als normal.

In den älteren Effloreszenzen werden diese Veränderungen immer deutlicher. In der Cutis begegnet man hier kleinzelligen Infiltraten, und zwar hauptsächlich in der nächsten Nähe der Papillargefäße; die Papillen werden verdünnt. In der Epidermis sieht man viel mehr umgewandelte Zellen; ein Teil davon zerfällt, der übrige wird in sog. „Corps ronds“ umgewandelt.

Diese Umwandlung geht so vor sich, daß der Kern sich immer schwächer färbt und sein Chromatinnetz immer undeutlicher wird; auch die Kernkörperchen färben sich immer schwächer, das Protoplasma dagegen immer intensiver; das letztere scheint sich zu verdichten und bildet um den Kern einen ringförmigen Hof. Zwischen diesem Ring und dem Kern kommt nun oft ein Schlitz zustande, der mit einer unfärbbaren Masse gefüllt ist.

Die endgültigen Veränderungen erleiden die vollentwickelten Effloreszenzen nach längerem oder kürzerem Bestehen. Die Papillen gehen ganz zugrunde, wenigstens in dem zentralen Teil der Effloreszenzen, und unter der Epidermis kommt die glatte Oberfläche der Cutis zum Vorschein, von den Infiltraten vollkommen befreit.

Irgendwelcher Zusammenhang zwischen den Effloreszenzen und den Hautdrüsen konnte vom Verfasser nicht konstatiert werden. Die DARIERSche Erkrankung läßt sich demnach nach Verfasser als Akantholyse (Zerfall der Stachelzellen) und Dyskeratose, die zur Bildung von „Corps ronds“ führt, charakterisieren.

Die Unterschiede in den Befunden verschiedener Autoren werden vom Verfasser dadurch erklärt, daß die Befunde aus einem Stadium in der Entwicklung der Effloreszenzen irrtümlich verallgemeinert wurden.

Was die differentielle Diagnose anbelangt, so ist die DARIERSche Erkrankung noch am meisten der Ichthyosis hystrix ähnlich; doch bestehen hier wesentliche biologische Unterschiede, und die klinische Diagnose wird durch verschiedene Lokalisation der beiden Prozesse erleichtert. Die „Corps ronds“ dürfen nicht als für die DARIERSche Erkrankung spezifisch gelten, sind aber immerhin für dieselbe sehr bezeichnend.

Therapeutisch hat Verfasser in seinem Falle eine wesentliche Besserung nach Anwendung der  $\beta$ -Naphtholsalbe (10%ig) mit Schmierseife erzielt.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

### Japanische Zeitschrift für Dermatologie und Urologie.

Band V. Heft 2 und 3. Juli 1905.

Dieses Heft enthält den Bericht über den vierten Kongress der Japanischen Dermato-Urologischen Gesellschaft, welcher am 11. und 12. November 1904 in Kioto stattfand. Auf demselben wurden folgende Themata besprochen.

1. DOHI-Tokio: PLENK in der Geschichte der Dermatologie.
2. FUJIKAWA-Tokio: PLENKs Einfluss auf die japanische Medizin.
3. YEMA-Kioto: Therapie der Syphilis.
4. SAKURANE-Osaka: Therapie der Syphilis.
5. ADACHI-Kioto: Über die Kinderflecke.
6. OKUKAWA-Osaka: Über die einigen Fälle der Hauttuberkulose und Demonstration von Lupus vulgaris.
7. TSUNODA-Kioto: Ein Fall von Hautkrebs mit seltener Degeneration.
8. TANAKU-Tokio: Komplikation der Blennorrhoe (Harnröhre und Blase).
9. AKUTSU-Tokio: Komplikation der Blennorrhoe (Prostata und Nebenhoden).
10. ASAKURA-Tokio: Komplikation der Blennorrhoe (Niere).
11. ASAHURA-Kioto: Über die traumatische Harnröhrenstriktur.
12. MARUYAMA-Kioto: Zwei Fälle von Mastdarmlblennorrhoe.
13. ASAI-Kioto; Über Syphilis der Gehörgänge.
14. TANAKA-Tokio: Über die Größe des Penis und die Kapazität der Blase bei Japanern.
15. MATSUURA-Kioto: Über Alopecia areata.
16. TSUTSUI-Chiba: Über Xeroderma pigmentosum.
17. OKUO-Tokio: Über Xeroderma pigmentosum in Japan.
18. DOHI-Tokio: Piedra, Herpes tonsurans und Favus.
19. KURITA-Tokio: Über einen Fall von Tuberculosis verrucosa cutis und Trichoeptitheliom.
20. KINOSHITA-Tokio: Statistik über die venerischen Krankheiten bei Prostituierten.
21. MIURA-Kioto: Über die chemischen Bestandteile des Unterhautfettgewebes bei Sclerema neonatorum.
22. KISHIKAWA: Über die Gestalt des Haares bei verschiedenen Alopecien.

Einige Themata, besonders 3, 4, 5, 15 und 17 riefen eine lebhaftige Diskussion hervor, an denen sich viele Mitglieder beteiligten. Der Kongress zeigt, daß auch in Japan in unserem Gebiete fleißig geforscht wird.

Band V. Heft 4. August 1905.

1. **Noch einmal über Antipyrinexanthem**, von YAMADA-Tokio. Die durch innerliche oder lokale Anwendung von Antipyrin und dessen Derivaten verursachten Anschläge der Haut und der Schleimhäute gelten hier als häufig vorkommende Arzneiexantheme. Verfasser studierte vor mehreren Jahren die Antipyrinexantheme in ihren verschiedenen Formen und machte sie zuerst den japanischen ärztlichen Kreisen bekannt. (Band 1, Heft 1.)

In der vorliegenden Mitteilung zählt Y. weitere 58 Fälle auf, die während der Jahre 1901 bis Ende Juli 1905 in der Klinik und Poliklinik Dohis beobachtet worden

sind, mit der Beigabe der Krankengeschichte einiger klinisch besonders interessanten Fälle. Diese betreffen namentlich bullöse Formen, die oft mit Hämorrhagien kombiniert sind. Ihr buntes Bild und ihr scheinbar chronischer Verlauf haben manchmal zu diagnostischen Irrtümern verleitet, so daß man sie für Pemphigus chronicus, Morbus Addison usw. erklärt hat. Die häufigste Form der Antipyrinexantheme stellt jedoch das Erythem mit nachfolgender Pigmentierung dar. Die Pigmentflecke sehen dunkelblau bis schwarz aus, sind meist rundlich oder oval und zeigen bei jedem Rezidiv frische Rötung auf dem Grunde und am Rande. Sie verschwinden nach einigen Monaten oder bestehen jahrelang, wenn die Exantheme an derselben Stelle mehrfach wiederkehren. Ihre Lokalisation in der Umgebung von Körperöffnungen ist typisch, doch können sie auch sonst überall vorkommen, entweder symmetrisch, wenn sie in größerer Anzahl vorkommen, oder vereinzelt asymmetrisch. Die histologische Studie ist hauptsächlich auf den Ursprung der neugebildeten Pigmente an der Stelle der Exantheme gerichtet. Die Pigmentzunahme betrifft Epidermis und Cutis. Y. vergleicht diesen Befund mit dem histologischen Bilde von einigen Hautkrankheiten, die neben Pigmentanomalien einhergehen, wie Pigmentnävus, Arsenmelanose, tätowierter Haut, Leukoderma lueticum, und schließt sich der Ansicht an, die Pigmentzunahme gehe bei Antipyrinexanthenen auf zwei Wegen vor sich, und zwar in der Epidermis durch Zunahme des Melanins, in der Cutis dagegen durch reichliche Zufuhr des Blutfarbstoffes von angioneurotisch erweiterten Gefäßen aus.

**2. Ein Beitrag zur Pathologie und Statistik der Epididymitis blennorrhoeica**, von T. TANAKA-Tokio. Unter den 6218 Tripperkranken Dohis fand Verfasser 75 Fälle (11,1 %) mit frischer und 18 mit alter Epididymitis kombiniert, also 93 Fälle (13,8 %). In 50 % der Fälle betraf die Epididymitis die linke, in 34,4 % die rechte Seite, während bei 7 % beide Nebenhoden betroffen sind. Bei 100 von 138 gesunden Leuten hing der linke Hoden tiefer, bei 32 war es umgekehrt, bei den letzten sechs war das Verhältnis gleich. Der linke Hoden ist also dem Zug und Druck mehr ausgesetzt. Im allgemeinen entwickelt sich die Epididymitis in der zweiten bis vierten Woche nach der Tripperinfektion, meist beim Übergang in die Pars posterior. Verfasser fand eine Zunahme im März, Juni, November und glaubt, diese Tatsache auf das Klima zurückführen zu können. Das Alter, in dem die Epididymitis meist vorkommt, deckt sich mit demjenigen des Harnröhrentrippers, sie war bei Leuten unter 20 Jahren selten. Was den Beruf anbelangt, so kommt die Epididymitis bei Sitzarbeitern seltener vor als bei Leuten, die sich viel bewegen, auch haben die Geistigarbeitenden mehr Disposition dazu als die niedere Arbeiterklasse. Allerdings scheint der Einfluß des Berufs auf die Entwicklung der Epididymitis nicht von großem Belang zu sein. Die unbehandelten Tripperkranken leiden am leichtesten an Nebenhodenentzündung. Bei fast allen Epididymitikern besteht gleichzeitig eine Prostatitis.

Band V. Heft 5/6. November 1905.

**1. Ein Beitrag zur Kenntnis der Keratosis follicularis**, von S. YEMA-Kioto. Aus der dermatologischen Abteilung des Landesospitals in Kioto teilt Y. acht typische Fälle von Keratosis follicularis mit, von denen zwei männliche, sechs weibliche Individuen betrafen. Sie standen im Alter von 13 bis 27 Jahren, also in einer Lebensperiode, wo sich auch die gewöhnliche Akne gern entwickelt. Weder Erbllichkeit noch Ansteckung waren bei ihnen nachweisbar.

Nach der ausführlichen klinischen und histologischen Beschreibung des Bildes der Krankheit bespricht Verfasser ihren von anderen Keratosen, wie Ichthyosis, Lichen pilaris, DARLERScher Krankheit, Pityriasis rubra pilaris abweichenden Charakter und bezeichnet die Keratosis follicularis als eine Krankheit sui generis. — Therapeutisch

hielt Y. die Anwendung keratolytischer Mittel, wie Salicyl, Resorcin, Schwefel, für brauchbar. Auch Waschen mit Kaliseife, und Applikation von Salicylseifenpflaster wirken meist gut.

2. **Über Spirochaeta pallida**, von K. DOHI und T. TANAKA. Verfasser prüften 31 syphilitische und 12 nicht syphilitische Kranke auf Spirochätenbefunde; von ersteren wurden untersucht fünf Genitalklerosen, drei gemischte Schanker, vier indolente Bubonen, acht nässende, sechs trockene Papeln, eine pustulöse und vier gummöse Formen. Bei den Initialsklerosen wurde Spirochaeta pallida einmal allein, einmal mit refringens zusammen gefunden, dreimal nicht. Bei nässenden Papeln fand sich stets pallida und refringens, bei trocknen dreimal nur pallida. In einem Bubo fand sich pallida, bei den gummösen Geschwüren zeigte sich nichts. Bemerkenswert ist der positive Befund von pallida in der Cerebrospinalflüssigkeit bei einer an papulöser Syphilis leidenden Patientin, während die Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit von zwei anderen papulösen und zwei gummösen Syphilitikern, sowie bei einem Tabetiker negativ ausfiel. Bei nicht syphilitischen Krankheiten wurde nie pallida gefunden, dagegen refringens. Verfasser halten die positiven Befunde für wichtig und schieben die negativen auf die schwache Technik, wie sie auch bei späteren Untersuchungen stets positive Resultate hatten.

3. **Tätowierung und Syphilis**, von S. KURITA-Tokio. Unter diesem Titel ist bereits der Originalartikel in den *Mitteilungen der Medizinischen Gesellschaft in Tokio* erschienen.

Es handelte sich um einen 35jährigen Schiffsbauer, der sich vor 16 Jahren den Rücken tätowieren liess. Im Februar dieses Jahres bekam der Patient eine Wunde am Penis, die allmählich hart wurde, und Ende März trat eine allgemeine papulöse Eruption auf. Eigentümlich war die Verteilung der Syphilisexantheme an den tätowierten Stellen selbst. Die Tätowierung bestand im Bilde eines halbnaakten Helden, der ein Wildschwein totschießt. Schwarze Wolken wogen, rote Ahornblätter wirbeln im Winde umher. Merkwürdigerweise fand Verfasser die Papeln am zahlreichsten an den schwarzen Stellen, die von chinesischer Tusche herrührten, relativ geringer dagegen auf der normalen Haut und gar nicht an rot bemalten Stellen. Da nun die rote Farbe durch Einverleibung von Zinnober oder Hydrargyrum sulfuratum rubrum erzeugt wird, so glaubt Verfasser in dieser Tatsache die aktive Wirkung des Quecksilbers auf das Syphilisvirus selbst sehen zu dürfen, während die Tusche durch Bildung von *Locis minoris resistentiae* die Entwicklung von syphilitischer Infiltration nur begünstigt. Erwägt man dabei, daß die rote Zinnoberfarbe im Verlaufe von 16 Jahren makroskopisch kaum beeinflusst ist, wie das auch der Patient bestätigt, so kann man sich denken, wie groß die Wirkung einer minimalen Quecksilbermenge auf die Syphilis ist.

Dieser einzelne Fall beweist demnach, daß das Quecksilber wirklich die Entwicklung der Syphilide direkt hemmt.

Bernhard Schulse-Kiel.

## Bücherbesprechungen.

**Maladies vénériennes**, von F. BALZER-Paris. (Paris 1906. Baillière & Fils.) Aus dem großen Werke über Behandlung und Therapie der gesamten Medizin, welches von BROUARDEL und GILBERT herausgegeben wird, liegt der siebente Band vor. Er betrifft die Geschlechtskrankheiten und ist von BALZER verfaßt. Es handelt sich um

ein hervorragendes modernes Lehrbuch, welches in umfassender Weise alles, was bisher über die venerischen Krankheiten bekannt und anerkannt ist, bis in die neueste Zeit hinein, enthält. Der erste Teil gilt dem Tripper des Mannes (Blennorrhagia acuta, chronica) und seinen zahlreichen Komplikationen. Daran schließt sich die Blennorrhoe der Weiber und der Kinder und die extragenitale Lokalisation des Trippers sowie die Allgemeininfektion durch das Trippergift.

Teil zwei behandelt die Balanitis, die Vegetationen, Teil drei den weichen Schanker in allen Formen; der große Schlussteil ist der Syphilis gewidmet und zwar trennt Verfasser naturgemäß die erworbene Syphilis von der erbten. Wenn auch das sehr flott und übersichtlich geschriebene Werk dem Fachmann nicht viel Neues bringt, so ist es doch wegen seiner gewandten Form und seiner, trotz erfreulicher Kürze erschöpfenden Inhalte ein wertvolles Buch, geeignet, allen denen Aufschluss über die venerischen Krankheiten zu geben, welche sich schnell über diesen oder jenen Punkt orientieren wollen. Möge BALZERS Werk seinen Siegeszug antreten und vielen Studierenden und Ärzten, und somit auch der leidenden Menschheit steten Nutzen bringen.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Die Geschlechtskrankheiten, ihre Bedeutung, Gefahren und Verhütung,** von LUDWIG WAELSCHE. (Prag 1905.) In Form eines kurzen, populär gehaltenen Vortrags spricht Verfasser über obiges Thema, ohne den Fachkollegen, für die das Heftchen auch nicht bestimmt ist, etwas Neues zu bieten.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

**Psychosen infolge interner Erkrankung,** von GOTTFRIED EGLI. (Inang.-Dissert. Zürich, 1905.) Der Arbeit liegt das Material der Klinik von Prof. EICHENHORST zu Grunde. Von Interesse für den Leserkreis der Monatshefte sind folgende statistische Angaben:

Gesamtaufnahmen		Psychosen	%
Erysipelas faciei	648	{ 11 leichte	1,96
		{ 5 schwere	0,77
Variola vera	1100	3	0,27
Scarlatina	794	1	0,13
Nephritis	617	1	0,10

Das Nähere ist in der Originalarbeit zu studieren. *Fritz Loeb-München.*

**Über die ableitende Bedeutung spontaner und symptomatischer Erkrankungen der Hautdecken,** von L. ERNIS-Ekaterinodot i. Kaukasus. (*Die med. Woche.* 1905. Nr. 39.) Verfasser sucht an einigen Fällen seiner Praxis zu beweisen, daß oft das Hinzutreten einer zweiten Krankheit günstig auf den Verlauf der ersten einwirkt, und daß auch das Auftreten starker Exantheme z. B. beim Scharlach kein Zeichen der Verschlimmerung sei, sondern im Gegenteil die schweren Prodromalerscheinungen bessere. Es empfehle sich daher nach Kräften bei Infektionskrankheiten und ähnlichen, bei denen sich kein Exanthem zeige, eine Ableitung auf die Hautdecken durch Bäder und Einwickelungen zu bewirken. Für die ableitende Rolle der

Hautexantheme sprechen die folgenden Tatsachen: 1. das Verschwinden der zuweilen sehr schweren Prodromalerscheinungen der Pocken nach dem Ausbruch der Eruption; 2. das sehr häufige Verschwinden der Malaria-symptome nach der Eruption der Herpes febriles und 3. das Aufhören der Prodromalerscheinungen der sekundären Syphilis im Augenblicke des Auftretens der sekundären Veränderungen auf der Hautoberfläche. (Das stimmt aber leider nicht immer! Der Referent.)

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Über die Schweisssekretion im Fieber**, von SCHWERKENBECHER und INAGKI. (*Arch. f. exp. Pathol. und Pharmakol.* Band 58. 5. und 6. Heft.) Im Fieberanstieg bleibt die Größe der Hautwasserabgabe an der unteren Grenze der Norm. Im kontinuierlichen Fieber ist die Schweissabsonderung etwas erhöht und im Fieberfall ist sie lebhaft und der Temperatursenkung meist direkt proportional. Sie wird im Verlaufe langdauernder Fieber allmählich geringer.

*F. Hahn-Bremen.*

**Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers und einiger anderer Faktoren**, von G. LANG. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 79. Band. Heft 3 und 4.) In der Norm reagiert der Organismus auf Erhöhung der Wärmeproduktion prompt mit einer Erhöhung der Wärmeabgabe der Wasserverdunstung und zwar hauptsächlich der Wasserverdunstung von der Haut. Im Fieber erfolgt auf die Steigerung der Wärmeproduktion ein geringes Steigen der Wasserverdunstung durch die Lungen, während gerade die Wasserverdunstung von der Haut unverändert bleibt. Dieser Insuffizienz der Hautwasserausscheidung im Fieber dürfte wohl eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Temperaturerhöhung im Fieber zugeschrieben werden.

*F. Hahn-Bremen.*

**Zur Kenntnis des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut und der Vaginalschleimhaut für verschiedene Salbengrundlagen und für wässrige Lösungen mit spezieller Berücksichtigung der Jodkaliumsalsen**, von FAUCONNET. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 86. Band.) Nach Applikation von Jodkalium in Naftalan, Nafalan, Unguentum refrigerans, glycerini, cereum, ceratum cetacei wird wie aus Vaselin, Vasogen, Adeps suillus, Jod aufgenommen und zwar in sehr verschiedener, nach dem Salbenkonstituens und nach der Individualität des Patienten verschiedener Menge. Fetron verhält sich wie Lanolin, Adeps lanae, Resorbin, d. h. es wird kein Jod resorbiert.

Aus verschiedener Ursache entzündete Haut (Psoriasis, Ekzem usw.) ist im Stande, aus Jodkaliumlanolin und Jodkaliumwasserdunstverbänden Jod aufzunehmen, wahrscheinlich durch Spaltung des Jodkalium (analog dem Jodkaliumvaselin bei gesunder Haut).

Ganz analog wie die kranke Haut verhält sich die Vaginalschleimhaut gegenüber Jodkaliumlanolin. Von ihr wird das Jod nach Spaltung des Jodkalium resorbiert.

Kranke Haut nimmt Natrium salicylicum aus Lanolin und Wasser auf.

*F. Hahn-Bremen.*

**Quantitative Versuche über Giftaufnahme durch die Haut (Paranitrochlorbenzol, Tropföl, Dinitrotoluol)**, von H. KUHLS. (Inaug.-Dissert. Würzburg. 1905.) Die Versuche des Verfassers zeigen, daß bei mehreren der untersuchten Körper relativ sehr kleine Mengen ausreichend sind, um von der Haut aus schwere Erkrankung und Tod der Versuchstiere zu bewirken. Die Mengen, die dazu nötig sind, gibt er beim Tropföl für eine Katze von  $2\frac{1}{2}$  kg auf etwa 0,8—0,9 g an, wobei die noch in der Haut verbleibende Substanz als nicht resorbiert resp. nicht an der Giftwirkung beteiligt betrachtet wird.

*Fritz Loeb-München.*

**Die Beurteilung des Immunitätszustandes auf Grund der Harnanalyse**, von ALEXANDER POEHL-Petersburg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 4.) Auf Grund

der Harnanalyse läßt sich die Prädisposition zu Infektionserkrankungen oder das Fehlen derselben bestimmen, zugleich läßt sich durch die Harnanalyse die Quelle der Autointoxikation erkennen, welche die Prädisposition zur Infektion bildet und es wird in vielen Fällen die letztere durch eine zweckentsprechende Serum-Therapie beseitigt, auch werden häufig dadurch die unerwünschten Nebenwirkungen der Schutzimpfung vermieden werden.

*Putzler-Danzig.*

**Die medizinischen Beziehungen gewisser Mundzustände**, von L. DUNCAN BULKLEY - New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 19. Aug. 1905.) In einem vor der Sektion für Stomatologie der Amer. Med. Association gehaltenen Vortrage betont Verfasser, wie wichtig es ist, daß auch Zahnärzte gewisse Zustände im Munde richtig zu beurteilen verstehen, besonders Syphilis und Epitheliom, sowie die Leukoplakia; weniger kommen Lupus und lokalisierte Tuberkulose in Betracht. — In der Diskussion bemerkt VIDA A. LATHAM-Chicago, daß ihrer Erfahrung nach die Syphilis sehr oft auf vorher vorzügliche Gebiase ungünstig einwirke. Sie hat auch blennorrhische Infektion der Mundschleimhaut in zwei Fällen gesehen, mit starker Entzündung, grünlicher Verfärbung des Zahnfleisches, Lockerung der Zähne; sie nimmt an, daß die Übertragung durch Unreinlichkeit, mittels der Finger, vor sich gegangen sei. SCHAMBERG-Philadelphia berichtet über einen Fall von Carcinom des Mundes, in dem es auf frühzeitige Diagnose sehr ankam, und einen Fall von Syphilis, den Zahnarzt und Arzt wochenlang falsch behandelten.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Die Ätiologie von Runzelungen an Zähnen und Nägeln**, von G. LENOX CURTIS-New York. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 5. August 1905.) Verfasser hat die Quer- und Längsfaltenbildungen an Zähnen und Nägeln zum Gegenstand mehrjähriger Beobachtungen gemacht und ist zu der Überzeugung gelangt, daß die Querlinien durch rheumatische Autointoxikation verursacht und besonders entwickelt sind bei den schmerzhafteren Formen des Rheumatismus wie Lumbago, Ischias und Arthritis, während die Längslinien auf intestinale Störungen hindeuten und besonders deutlich werden bei Colitis, Proctitis und Haemorrhoiden. Runzelungen an den Zähnen kleiner Kinder führt Verfasser auf rheumatische Anfälle der Mutter während der Schwangerschaft zurück. (sic! Ref.) Aus dem Sitze der Runzeln am Grunde, in der Mitte oder nahe dem Rande der Nägel lassen sich Rückschlüsse auf die Zeit der Krankheitsanfälle ziehen.

In der Diskussion zu diesem Vortrage berichtigen FLETSLER-Cincinnati, MARSHALL-San Francisco und M. J. SCHAMBERG-Philadelphia den Verfasser dahin, daß die Faltenbildungen an Zähnen und Nägeln nach erschöpfenden Krankheiten überhaupt beobachtet werden, bei Kindern besonders nach Scharlach, Masern, Diphtherie und Syphilis, daß aber keine Krankheit besonders als Ursache angeschuldigt werden könne.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Die elastische Spannung der Haut und deren Beziehung zum Ödem**, von MAX BÖRNIGER - Berlin. (*Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Ther.* Bd. I.) Verfasser kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Haut findet sich im Körper im Zustande der Spannung nach allen Richtungen hin. Die Spannung ist in den verschiedenen Körperteilen eine außerordentlich verschiedene, und zwar im Allgemeinen dort, wo die Haut häufig gedehnt wird, z. B. an den Gelenken, eine geringe.
2. Die Spannung ist in hohem Grade abhängig vom Alter; sie ist gering in der Kindheit, beim Erwachsenen am größten und nimmt im Alter wieder ab.
3. Ferner ist die Spannung der Haut abhängig von dem Ernährungszustand des Körpers.
4. Beim Ödem ist die Spannung der Haut erhöht.

5. Die Haut verdankt ihre Spannung ihrer Elastizität; diese ist keine sehr hochgradige, d. h. schon geringe Kräfte genügen, um die Haut zu dehnen.

6. Von wesentlichem Einfluß auf die Elastizität ist das Alter. Die jugendliche Haut besitzt eine sehr geringe Elastizität; diese wächst mit zunehmendem Alter und ist im Greisenalter am größten.

7. Die Haut besitzt eine denkbar größte elastische Vollkommenheit; nur dadurch ist es ihr möglich, die dauernden Spannungen auszuhalten, denen sie ausgesetzt ist.

8. Ohne Einfluß scheint schlechte Ernährung und Kachexie auf die elastischen Eigenschaften der Haut zu sein.

9. Zustände von Überdehnung der Haut gibt es im allgemeinen nicht. Als lokale sind wohl nur die Veränderungen, die man als Striae bezeichnet, anzusehen.

10. Beim Ödem ist die Elastizität nicht oder nur in geringem Grade gestört; jedenfalls erreicht sie lange nicht die niedrigsten bei normaler Haut vorkommenden Werte. Die elastische Vollkommenheit geht nicht verloren.

A. Loewald-Kolmar.

**Über Kontaktinfektion**, von Prof. SCHUMBURG-Hannover. (*Zeitschr. f. ärztl. Fortbild.* 15. Sept. 1906.) Kurzer historischer Überblick und genauere Definition über den Begriff der Kontaktinfektion, welche eine Hauptrolle bei der Übertragung der Infektionskrankheiten spielt. Längst bekannt ist die direkte Kontaktinfektion, d. h. direkte Übertragung vom Kranken auf den Gesunden bei Syphilis und Blennorrhoe; die Gonokokken dringen sogar in die unverletzte Schleimhaut ein und erzeugen die spezifische Erkrankung, während bei Syphilis nach allgemeiner Annahme eine, wenn auch nur ganz geringfügige, Wunde vorhanden sein muß. Letztere ist sicher auch durch Trink- und Esßgeräte übertragbar, weshalb bezüglich derselben größere Sauberkeit in unseren Restaurants eine dringende hygienische Forderung ist. Von der Tuberkulose ist es bekannt, daß sie zu der kleinen Wunde bei der rituellen Beschneidung hinzutreten kann, wenn der tuberkulöse Operateur, wie Fälle beobachtet wurden, die Blutstillung bei der kleinen Wunde mit den eigenen Lippen versucht. Wenn auch nicht mit voller Sicherheit, so doch mit großer Wahrscheinlichkeit möchte SOH. behaupten, daß bei Masern und Scharlach sehr häufig die Übertragung durch direkte Berührung stattfindet. Im übrigen predigt er vor allem gegen die Anwendung des Taschentuchs, das sicher bei der kolossalen Verbreitung der Influenza in den letzten Jahrzehnten eine große Rolle spielte; bei der Sorglosigkeit, mit der man mit dem oft infektiösen Nasensekret umgehe, sei die Taschentuchfrage für Ärzte sowohl wie alle einsichtigen Laien eine solche von allergrößter Wichtigkeit, und die Beseitigung dieses so lange gewohnten, aber hygienisch völlig zu verwerfenden Gebrauchsgegenstandes mit allen Mitteln zu erstreben.

Stern-München.

**Der Zustand der Haut bei Pneumonie**, von A. H. GREGSON-Blackburn. (*Brit. med. Journ.* 2. Dez. 1905.) Verfasser stellt die Beschaffenheit der Haut in bezug auf die Schweissekretion als ein wichtiges diagnostisches Merkmal hin, indem er gefunden hat, daß bei lobärer Pneumonie die Sekretion unterdrückt ist, während bei der lobulären, katarrhalischen Form die Haut feucht gefunden wird, wenigstens in den Falten der Achselhöhle und Leistenbeuge.

Philippi-Bad Salschlurf.

**Über die hyperleukocytoeerregende Wirkung hautreizender Mittel**, von WALTHER GOEBEL. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 1.) Die Mehrzahl der Autoren sieht in der Hyperleukocytose einen der zahlreichen Einzelvorgänge, die das Wesen der Entzündung bilden und die dem Zwecke der Beseitigung des Entzündungsreizes dienen. Die künstliche Vermehrung der weissen Blutkörper im Kreislauf wurde aus diesem Grunde zu prophylaktischen und therapeutischen Zwecken mit Erfolg angewendet.



Ist vielleicht die nicht völlig aufgeklärte, aber unbestreitbare Wirkung der hautreizenden oder ableitenden Mittel der alten Medizin in ähnlichem Sinne aufzufassen? Verfasser hat nun in dieser Beziehung die therapeutisch am meisten gebrauchten Hautreizmittel: Jodtinktur, Krotonöl, Kantharidenkollodium- und pflaster, Senföl, Senfpapier, Chloroform und Ferrum candens am Tier geprüft und ist zu folgendem Resultate gekommen: durch Anwendung dieser Mittel gelingt es, zum Teil erhebliche Steigerungen der Leukocytenzahlen zu erzielen. Allerdings aber handelte es sich dort, wo die hyperleukocytoseerregende Wirkung am ausgesprochensten war, um eine ziemlich energische und ausgedehnte Anwendung des Hautreizes, wie sie beim Menschen nicht in Betracht kommen könnte. In dieser durch Zellerfallsprodukte im Gebiete des Hautreizes chemotaktisch im Körperblute hervorgerufenen Hyperleukocytose sieht Verfasser eine Teilerscheinung des höchst komplizierten Vorganges, den die Fernwirkung der hautreizenden Mittel vorstellt.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Die Bedeutung der Leukocytose für die Diagnose der akuten Eiterung,** von ERNST WEBER. (Inaug.-Diss. Gießen 1905.) Literarisch-kritische Studie mit folgendem Resumé: 1. Jeder akute Eiterungsprozess im Organismus bewirkt Leukocytose. Dieselbe ist unabhängig von Temperatur und Puls. 2. Die Höhe der Leukocytose ist abhängig von der Giftintensität resp. der Virulenz der Eitererreger und der Reaktionskraft des Organismus. Hierzu kommt als dritter beeinflussender Faktor vielleicht noch die Lokalisierung des Prozesses (seröse Organe oder Peripherie). 3. Die Art der Eitererreger scheint nicht von Bedeutung für die Leukocytose zu sein. 4. Nur eine akute und progrediente Eiterung macht dauernd hohe Leukocytose.

*Fritz Loeb-München.*

**Über allgemeine Hämochromatose,** von ADOLF PREISWERK. (Inaug.-Dissert. Basel 1905.) Verfasser hat die dankenswerte Aufgabe unternommen, im Anschluss an zwei eigene Fälle die historische Entwicklung des Begriffes Hämochromatose, die vorhandene spärliche Literatur, die pathologische Anatomie und Symptomatologie der seltenen Affektion zu besprechen.

Die merkwürdige Erscheinung der Hämochromatose kann einmal eintreten, wenn sich Blut aus irgend einem Grunde irgendwo im Körper außerhalb des Kreislaufes ansammelt, z. B. bei Traumen, Morbus maculosus Werlhofii, bei hämorrhagischer Peritonitis, Pericarditis und Pleuritis. Als Ursache der Hämochromatose findet man in anderen Fällen Krankheiten, die allgemeinen Marasmus oder Kachexie zur Folge haben, wie Malaria, Tuberkulose, perniciöse Anämie, maligne Tumoren, Diabetes mellitus, Cirrhosis hepatis. Schliesslich ist auch auf experimentellem Wege eine Hämochromatose vieler Organe erzeugt worden, entweder durch intravaskulären Zerfall der roten Blutkörperchen, durch wiederholte Injektion toxischer Filtrate von Bakterienkulturen (CESARIS-DEMEL), oder durch extravaskulären Zerfall der Erythrocyten. So sah Foà bei Injektion von Nebennierenextrakt in die Bauchhöhle von Meerschweinchen Erythrocytenzerfall und Hämosiderinablagerung in Milz und Lymphdrüsen. Oft wird neben Hämosiderin auch das Hämoferocin gefunden.

Verfasser gibt die Beschreibung zweier Fälle. Den besonders von französischen Forschern unter den verschiedenen Namen Cirrhose hypertrophique pigmentaire non diabétique oder Cirrhose pigmentaire avec mélanodermie einerseits, und Cirrhose pigmentaire dans le diabète sucré oder Kachexie bronzé dans le diabète oder diabète bronzé andererseits veröffentlichten Fällen sind sie an die Seite zu stellen. Der erste Fall verlief unter dem Bilde der Lebercirrhose. Wegen der eigentümlichen Hautveränderungsfärbung dachte man schon bei Lebzeiten des Patienten an das Krankheitsbild der französischen Autoren. Der zweite Fall betrifft einen Patienten mit

Diabetes mellitus. Hautbefund im ersten Fall: In der Epidermis sitzt das Pigment ausschließlich in den basalen Zellen des Stratum Malpighii über den Papillen des Coriums. Im Corium liegt das Pigment in vereinzelt Bindegewebszellen und im Unterhautfettgewebe an einzelnen Stellen zwischen den Fettzellen. Es sind hier beide Arten von Pigment vertreten. Das Pigment ist zum Teil feinkörnig, zum Teil klumpig.

In seinen weiteren Ausführungen bespricht Verfasser die klinischen Symptome der beiden Krankheitsbilder Cirrhose pigmentaire und Diabète bronzé (wegen ihrer großen Ähnlichkeit) nebeneinander. An dieser Stelle sei nur über die Hautveränderung berichtet. Dieselbe ist in vielen Fällen das hervorstechendste Symptom. Die Farbe ist dunkelgrau-braun bis schwarz, wird als Bronze- oder Mulattenfarbe angegeben. In einem Fall von RICHARDIÈRE ist sie mit der Farbe der Tinte verglichen. Hier war die Pigmentierung in besonders starkem Grade aufgetreten. Die Angaben über den Beginn der Hautverfärbung sind ziemlich spärlich. Bei Fall 1 des Verfassers datiert sie schon seit mehr als zwei Jahren und scheint in den meisten Fällen schon vor Beginn anderer Symptome bestanden zu haben. Die Art der Ausbreitung der Pigmentierung wird meist als eine diffuse angegeben und betrifft mehr oder weniger die ganze Körperoberfläche. Gesicht, Nacken, Handrücken und Genitalien sind stärker getroffen als die anderen Körpergegenden. Die Hohlhand ist meist nicht pigmentiert. Bemerkenswert ist im ersten Fall des Verfassers, daß man auf der diffus verbreiteten Verfärbung der Haut noch kleine stecknadelkopf- bis hirsekorngroße dunklere Pigmentflecken scheckig verbreitet sieht und daß die Hautpapillen, die gut sichtbar sind, nicht pigmentiert, sondern als helle, hervorspringende Punkte sichtbar sind. Die Art der Melanose ist ganz ähnlich wie bei Morbus Addisonii.

*Fritz Loeb-München.*

## Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

**Die Wasser der Bourboule und ihre Wirkung bei Dermatosen,** von PAUL FÉREYROLLES. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 374.) *Fritz Loeb-München.*

**Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach THIERSCH,** von ISNARDI. (*Centralbl. f. Chir.* 1905. Nr. 14.) Verfasser empfiehlt, die THIERSCH'schen Lappen direkt auf die Granulationen zu pflanzen, ohne diese erst abzukratzen. Die Granulationen müssen trocken, fest und rosarot sein und streng aseptisch gehalten werden. *F. Hahn-Bremen.*

**Über dermo-epidermische Transplantationen nach THIERSCH,** von GABRIEL BEAURE D'AUGÈRES. (*Thèse de Paris.* 1903/04. Nr. 271.) *Fritz Loeb-München.*

**Die Hauttransplantationen und die Schalenhaut des Hühnerieies,** von AMAT. (*Bull. Soc. Thérap.* 22. März 1905; nach *Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 17.) AMAT empfiehlt, zur Deckung von Hautdefekten das innere Blatt der Schalenhaut des Hühnerieies zu verwenden. Er hat in mehreren Fällen auf nicht eiternde, von Granulationen bedeckte Wunden an sechs bis acht Stellen 1 qcm große Stücke der dünnen Membran aufgelegt und beobachtet, daß einige dieser Stückchen im Verlaufe mehrerer Tage zu Narbeninseln wurden, die alsbald mit der von den Wundrändern herkommenden Narbenhaut zusammenwuchsen. Die Überhäutung der Wunden wurde durch das Verfahren entschieden begünstigt und beschleunigt. In Deutschland hat MAX SCHULLER das gleiche Verfahren empfohlen; er verwendet große Stücke der Schalenmembran, die möglichst wenig berührt, nicht gedrückt und nicht gerieben werden darf; wenn die Wunden sich auf den Extremitäten befinden, so müssen diese

manchmal durch Schienen immobilisiert werden, um eine Verschiebung der Membran zu verhüten. — Das Verfahren ist, wenn es auch nicht immer gelingt, wegen seiner Einfachheit namentlich dem praktischen Arzt zu empfehlen. *Göts-München.*

**Zur Kenntnis der Dauerresultate nach Hauttransplantationen,** von AUG. KÖNIG. (Inaug.-Dissert. Kiel 1902.) *Fritz Loeb-München.*

**Beitrag zur Kenntnis der physiologischen und therapeutischen Wirkung der trockenen Hitze bei lokaler Applikation gegen einige Dermatosen,** von D. G. KOUROUDJIEFF. (Inaug.-Dissert. Genf 1904.) *Fritz Loeb-München.*

**Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife.** (Dr. Jessners *Dermatologische Vorträge f. Praktiker*. Heft 6. A. Stuber, Würzburg 1906.) Die zweite Auflage dieses sechsten Heftes ist den neueren Forschungen entsprechend vermehrt und verbessert. Die Einteilung und Behandlung des Stoffes ist dieselbe geblieben. Das Heft steht den anderen würdig zur Seite und wird gern gelesen werden.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Die Nenndorfer Schwefelseife in der modernen Kosmetik,** von A. RAHN-Berlin. (*Ärztl. Rundschau*. 1906. Nr. 47.) Verfasser hat die 16%ige und die stärkere 35%ige Nenndorfer Schwefelseife oft erprobt und sie als nützlich erfunden, wenn gleich der Preis 75 Pfennig für 100 g recht hoch ist. Die 16%ige Seife erklärt RAHN für eine unentbehrliche Toiletteseife für alle, welche an übermäßiger Talgdrüsenabsonderung und Verstopfung derselben oder auch an Empfindlichkeit, Trockenheit, Sprödigkeit leiden. Sie bedingt keinen Juckreiz der Haut, hält die Haut geschmeidig und in normalem Glanze, macht keine Verfärbung der Haut und Wäsche, hinterläßt keine Verlegungen und keine Verschwärzung der Talgdrüsenausgänge und ist ein unauffälliges und in methodischer Anwendung weitreichendes Hilfsmittel der Kosmetik. Die Seife eignet sich in regelmäßigen Waschungen und in Verbindung mit Spirituswaschungen zum Entfernen und Lockern der Mitesser und Talgdrüsenentzündungen, sowie Verhärtungen und zum Glätten schilfriger, flechtenartiger Haut, sie erfordert keinerlei Nachfetten der Haut und unterstützt durch ihre chemische Wirkung das KROMAYERSCHE und ZABLUDOWSKISCHE Prinzip der Hautkosmetik und ersetzt die Schwefelsalben für das Haar. Die Salbe dient schließlich auch zum Geschmeidighalten der Hand nach häufiger Desinfektion und Anwendung starker mechanischer und antibakterieller Händedesinfektionsmittel. Die 35%ige Seife dient in hartnäckigen Fällen zur Unterstützung und zur Desodorierung beschmutzter Hände. Jedenfalls sind beide Seifen bei der Aknebehandlung von großem Wert.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Hautkrankheiten,** von C. BRUNNS-Berlin. Die Indikationen der Röntgenbehandlung bei Hauterkrankungen, wo unsere bisherigen üblichen Behandlungsmethoden oft im Stich gelassen oder in viel langwierigerer Weise zum Ziele geführt haben, sind mannigfacher Art. Die guten Wirkungen der Röntgenbestrahlung sind besonders bei chronischem, trockenem Ekzem, Neurodermitis circumscripta chronica, Pruritus localis, Lichen ruber verrucosus, Favus, Sycosis parasitaria und non parasitaria, chronischer Furunkulose, Akneloid, Peoriasis Hyperhidrosis, Verrucae juveniles, teilweise bei malignen Geschwülsten, bei Mycosis fungoides und Rhinosclerom zu beobachten. Bei einigen anderen Dermatosen wie Lupus erythematosus sehen wir manchmal gute Erfolge der Röntgenbehandlung. Bei vorsichtiger Anwendung unter Heranziehung der jetzt vorhandenen, zur Kontrolle dienenden Hilfsmittel kann man schädigende Wirkungen der Röntgenstrahlen so weit sicher vermeiden, daß diese Behandlungsmethode auch bei relativ unbedeutenden, dafür geeigneten Hautkrankheiten wegen ihrer ausgezeichneten Wirkung sehr empfohlen werden kann.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Behandlung gewisser Toxidermien des Kindesalters mit Buttermilch (Strophulus et Ekzema), von LESNÉ.** (*Archives de méd. des enfants*, Janvier 1905.) Ausgehend von der mehrfach vertretenen Lehre, daß verschiedene Hautkrankheiten der Kinder, in erster Linie Strophulus und Ekzeme auf einer Antointoxikation, hervorgerufen durch eine fehlerhafte oder infizierte Nahrung, beruhen, hat L. in der Behandlung dieser Affektionen sein Hauptaugenmerk auf die Regelung der Diät gerichtet und zu diesem Behufe die Milchnahrung vollkommen ab- und durch Buttermilch ersetzen lassen. Die Resultate waren bei allen an den erwähnten Krankheiten leidenden Kindern, deren Krankengeschichten (13) im Auszuge mitgeteilt werden, sehr gute; außer dem Einflusse auf die Hauterkrankung beobachtet man auch eine Regelung der Stuhlentleerung und der Verdauung im allgemeinen.

Lokal werden bei Ekzemen Waschungen mit einfachem warmem Wasser oder verschiedenen Abkochungen, resp. feuchte Umschläge empfohlen. Besteht keine Hautinfektion, oder ist die feuchte Behandlung nicht gut durchführbar, so empfiehlt es sich, die kranken Stellen reichlich mit einem Pulver, bestehend aus: Talcum, Bismuthum subnit.  $\approx$  2 Teile, Zincum oxydatum 1 Teil zu bestreuen. Referent würde statt des salpetersauren Bismuths das viel wirksamere Xeroform empfehlen.

Bei Strophulus sind ebenfalls warme Waschungen von Vorteil und, falls starkes Jucken besteht, so wird dasselbe durch Lösungen von Chloral oder Karbolsäure 1:1000, oder von Menthol 1:1000 mit nachfolgender Einstreuung eines indifferenten Pulvers gemildert.

Die von L. benutzte Buttermilch wurde aus frischer Milch gewonnen, sterilisiert, derselben einen Löffel Mehl und 80—90 g Zucker hinzugefügt, dann einige Minuten unter fortwährendem Umrühren gekocht und kleinen Kindern mit der Saugflasche eingegeben.

Der günstige Einfluß der Buttermilch ist komplexer Natur, doch beruht derselbe hauptsächlich auf einer Verminderung der intestinalen Gährungen; in dieser Beziehung ist dieselbe den gewöhnlich benutzten Darmantiseptieis bei weitem überlegen.

*E. Toff-Brasila.*

**Über die Wirkungsweise der Balsamika, von H. VIBTH.** (*Med. Klinik*, 1905. Nr. 50.) Die Arbeit bildete den Gegenstand eines Vortrages in der dermatologischen Sektion der 77. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran. Verfasser hat eine systematische vergleichende experimentelle Untersuchung verschiedener Balsamika vorgenommen, wobei dieselben in ihre Hauptbestandteile zerlegt worden sind, um diese Substanzen dann einzeln prüfen zu können. Von diesem Standpunkte aus lassen sich die Balsamika in vier Klassen einteilen. Die erste Klasse besteht aus reinen Kohlenwasserstoffen (Terpenen und Sesquiterpenen). In diese Klasse gehören: das Terpentinöl, die verschiedenen Kopaivaöle, das Marakaibo-, Para- und Gurjunbalsamöl, das Santalen des ostindischen, die Terpene des westindischen Sandelöls und die Hauptmassen des Zedernöls, des Kubebenöls und des Wachholderbeeröls. Alle diese Substanzen besitzen die gemeinsame Eigenschaft, daß sie energisch reizen. — In die zweite Klasse, die der Terpenalkohole, gehören: das Terpinhydrat, das Santalol (des ostindischen Sandelöls), das Amyrol (des westindischen Sandelöls) und das Zedrol (des Zedernöls). Diese Substanzen stehen in ihrer Wirkung der ersten Klasse ziemlich nahe, wirken aber milder und reizen weniger. — In die dritte Gruppe zählt Verfasser die Harzsäuren. Hierher gehören: das Fichtenharz oder Kolophonium, die verschiedenen Kopaivaharzsäuren und wahrscheinlich die noch wenig untersuchte Kubebenharzsäure und die Kawaharzsäure. Bei äußerer Anwendung kann man mit dieser Gruppe überhaupt keine Reizung erzielen; auch bei innerer Anwendung sieht man bei Kaninchen geringe Wirkung; bei Fleischfressern wird aber dabei Durchfall

hervorgerufen. — In die letzte Gruppe gehören die Resene und die neutralen Ester. Diese Substanzen sind als die harmlosesten von allen wirksamen Bestandteilen der Balsamika zu betrachten. — Es ist auffallend, daß die vier so verschiedenen Körperklassen schliesslich alle eine und dieselbe therapeutische Wirkung (diuretische, schwach desinfizierende, sekretionsbeschränkende, anästhetische und anaphrodisierende) entfalten. Dies hängt aber gewiß mit der Frage zusammen, in welchem Zustande die Balsamika in die Ausscheidungswege, speziell in den Harn gelangen, und die Untersuchung zeigt, daß die verschiedenen Bestandteile der Balsamika zum Teil in die gleichen oder in sehr ähnliche Stoffwechselprodukte übergeführt werden. Andererseits können durch diese Stoffwechselprodukte auch die Nebenwirkungen zum Teil bedingt sein. — Was die Wirkung auf den Magen und Darm anbelangt, mit denen die Mittel zunächst und direkt in Berührung kommen, so wirken die Terpene und Terpenalkohole irritierend auf den Magen, während die Harzsäuren in größeren Dosen leicht Durchfall erzeugen; nur die Resene sind von diesen schlechten Eigenschaften frei. Es wäre deshalb angezeigt, die Harzsäuren und die Terpenalkohole analog den Resenen in neutrale esterartige Verbindungen überzuführen. Verfasser ist es auch gelungen, die Harzsäuren im Kopaivabalsam mit Benzoesäure zu verbinden und so eine neutrale Substanz zu erhalten. Sowohl die Tierexperimente, wie auch die von KAUFMANN und EHRMANN damit am Krankenmaterial erzielten Erfolge sind günstig ausgefallen. Wesentlich bessere Resultate aber verspricht nach Verfasser das von ihm erhaltene und von der chemischen Fabrik Knoll et Co. in den Handel gebrachte Salilylsäureester des Sandelöls, das Santyl genannt wurde. In therapeutischer Beziehung leiste es das Gleiche, wie das reine Sandelöl und seine Präparate. Die Dosis beträgt im allgemeinen dreimal täglich 30 Tropfen Santyl, am besten mit Milch eingenommen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Verwendung des Balsamum peruvianum bei Behandlung von Wunden und chronischen Unterschenkelgeschwüren,** von АРОХНЕМ-Gevensberg i. W. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Seit der Veröffentlichung BURGERS über Verwendung des Balsamum peruvianum bei der Wundbehandlung (*Münch. med. Wochenschr.* 1904. Nr. 48) hat A. den Perubalsam täglich bei den verschiedensten Wunden, Verletzungen und Geschwüren angewandt und war mit den Erfolgen ungemein zufrieden. Auf Wunden jeder Art appliziert A. nach gründlicher Reinigung mit Äther und Perhydrolösung eine aus Balsam. peruvian. 5,0, Paranephrin. 2,0, Lanolin. ad 30,0 bestehende Salbe; er brachte damit auch die unsaubersten Riß- und Quetschwunden ohne Eiterung zur Heilung. Die Salbe eignet sich auch zum Bedecken frischer, genähter Wunden. Ganz besonders gute Resultate sah A. vom Perubalsam bei der Behandlung von Dekubitus, Panaritien, Dammrissen und chronischen varikösen Unterschenkelgeschwüren. Bei diesen wendet er folgende Salbe an:

<i>Argent. nitr.</i>	0,3
<i>Balsam. perw.</i>	5,0
<i>Paranephrin.</i>	2,0
<i>Ungt. diachyl. ad</i>	50,0

Der Salbenverband wird nach gründlicher Reinigung mit 3%iger Perhydrolösung angelegt und anfangs täglich, später dreimal wöchentlich erneuert.

*Göts-München.*

**Über einige neuere physikalische Heilmethoden in der Dermatologie,** von A. HAVAS-Budapest. (*Budap. orv. ujs.* 1905. Derm. Beil. Nr. 1.) Die von ARNIEG empfohlene Gefriermethode hat sich bei Lupus eryth., bei Psoriasis vulg. und in einem Fall von Sarcoma idiopath. mult. haemorrh. gut bewährt. — Das von РКИОН konstruierte Thermoaerophor wurde bei Lupus vulg. und Psoriasis versucht. In einem

schweren Fall von Lupus vulg. sind die erkrankten Hautpartien in dreitägigen Intervallen zehnmal, jedesmal zehn Minuten lang dem Heißluftstrom exponiert worden (100—200 %), und heilten fast vollständig. — Ein Fall von Psoriasis v. schwand nach 40—50 Sitzungen (je ein bis drei Minuten). Das Verfahren ist fast schmerzlos.

*B. Kollarits-Budapest.*

**Über die Kompression in der cutanen Therapie, besonders über methodische Kompression, von LOUIS THOREL.** (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 212.) Zu einer kurzen Besprechung nicht geeignet.

*Fritz Loeb-München.*

**Experimentelle Beiträge zur Frage der Desinfektion der Haut, von KARL VOGEL-Bonn.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 80.) In sinnreicher Weise hat Verfasser versucht, die Tiefenwirkung der üblichen Desinfektionsmethoden zu prüfen, indem er nach der Desinfektion die Hand einer intensiven Schwitzkur im Bierschen Heißluftkasten aussetzte. Der Keimgehalt des produzierten Schweißes gab dann den Anhalt für den nach der Desinfektion noch vorhandenen Keimgehalt der tieferen Hautschichten. Die Prüfung der Seifenspirituswaschung (MIKULICZ) und der Heißwasseralkoholsublimatmethode (FÜRBRINGER) ergab durchweg die Überlegenheit der Methode FÜRBRINGERS: Trotzdem glaubt Verfasser nicht, daß der Seifenspiritus zu verwenden ist; denn in der Praxis gibt er die gleichen Erfolge wie FÜRBRINGERS Verfahren, und außerdem hat er den Vorzug der größeren Bekömmlichkeit für die Haut.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten, von VIKTOR KLINGMÜLLER-Breslau.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Kurze Besprechung einiger neuerer Behandlungsmethoden und Arzneimittel.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über eine Modifikation der Hautnaht, nach MICHEL, von M. SAMUEL.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1906. Nr. 6.) Verfasser empfiehlt zur Wundnaht vierstipzige Klammern, die mit einer von ihm angegebenen Pincette eingedrückt werden können.

*F. Hahn-Bremen.*

**Einige neue Gesichtspunkte in der Anwendung der Elektrotherapie, von H. L. JONES-London.** (*Lancet.* 1905. 28. Okt.) Im Verlauf dieses sonst mehr allgemein gehaltenen Vortrags berichtet J. über einige interessante Beobachtungen in der Behandlung von Ulcus rodens mit der von LEDUC-Nantes empfohlenen Methode der elektrolytischen Anwendung der Zinkione. Bei diesem Verfahren wird aus einer (1%) Lösung von Zinkchlorid oder auch Zinksulphat durch einen elektrischen Strom von zwei M. A. pro ein qcm im Laufe von 15—20 Minuten (LEDCU) eine gewisse Menge Zink direkt den Zellen einverleibt, ohne etwa zu ätzen oder das gesunde Gewebe, abgesehen von einer gewissen weißen Verfärbung und leichtem Wundsein, zu schädigen. J. verwendet meist etwas stärkere Ströme bei kürzerer Applikationsdauer. Sehr wesentlich ist dabei, daß sämtliche Teile des Krankheitsgebietes gleichmäßig getroffen werden. Man gebraucht deshalb Elektroden, welche der Form der zu behandelnden Stellen möglichst genau angepaßt sind. Die Methode ist noch im Stadium der Prüfung, doch hat J. unter sieben Fällen einige (drei) definitive Heilungen beobachtet, nachdem die Patienten eine oder ein Paar (vier) Sitzungen gehabt hatten, in Zwischenräumen von einer oder einigen Wochen. Weitere Versuche werden fortgesetzt.

*Philippi-Bad Salzschlrf.*

**Über die physikalischen, biologischen und therapeutischen Eigenschaften des Lichtes und über seine Verwendung in der Dermatologie, von R. ABADIE.** (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 256, 154 S.) Gute Arbeit ohne wesentliche Ergebnisse.

*Fritz Loeb-München.*

**„Lichtsalbenbehandlung“ mittels Wärmestrahlung, von AXMANN-Erfurt.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) Auch für die Strahlentherapie kann man

zunehmend mit der Sichtung eines Instrumentariums beginnen und man kann es einteilen in ein solches für sogenannte aktinische, an sich chemische Energie auslösende und in eins für lediglich Wärme spendende Strahlen, wobei die konträren, nur gering beigemengten Arten (Mischlicht) keine Rolle spielen. Für die erste Gruppe sind die Hauptrepräsentanten die FINSSEN- und die neu erfundene SCHORRSCHE Uviollampe. Beide, rein aktinisch wirkend, ergänzen sich in vollkommenster Weise dahin, daß die Finsse-Lampe eine anderweit unerreichte Tiefenwirkung entfaltet, während die Uviol von geringerer Tiefenwirkung eine außerordentlich ausgedehnte, kräftige Oberflächenbestrahlung des ganzen Körpers auf einmal gestattet, wie man es noch vor einem halben Jahre nicht für möglich gehalten hätte. Eine Kombination beider Methoden muß das vollkommenste für die Hauttherapie leisten. Bekanntlich hat L. STENNER in Leipzig auf diesem Wege mit einer Schwefelsalbe, von dem Hersteller Dr. VOEMER Thiolan bezeichnet, bemerkenswerte Resultate erzielt. Er brachte bei einer großen Anzahl geeigneter Hautkrankheiten Thiolan auf die kranken Stellen und setzte sie der elektrischen Wärmestrahlung mittels Scheinwerfer aus. Unter derartig ausgelöster medikamentöser Reaktion trat dann Heilung ein. Doch scheint hierbei auch nur eine Wärmestrahlung unterstützt zu sein, nicht aber scheint es sich um eine Addition von chemischer Wirkung zu handeln. Zu Unterstützung einer Lichtbehandlung in diesem Wärme aufspeichernden Sinne eignen sich nach AXMANN auch noch die sogenannte Bandlampe mit Parabolreflektor, wie sie von REINIGER, GERBERT und SCHALL in Erlangen bei dem „Elektrischen Lichtbade“ für Intensivbestrahlung, Patent TH. WULFF, verwendet wird. Diese besteht aus einer etwa 25 cm langen, röhrenförmigen Glühlampe mit einem längespannten Kohlenfaden, der genau im Brennpunkte eines langgestreckten Parabolreflektors aus Gas erglüht.

Leuchtet die WULFFSCHE Bandlampe schon so im einzelnen stärker, so muß ein ganzer Lichtkasten, ein WULFFSCHEES Lichtbad, natürlich erheblich mehr wirken, und es dürfte darum nur zu empfehlen sein, mit Hilfe eines solchen die „Lichtsalbenbehandlung“ auszuüben.

Die den ultravioletten Strahlen eigentümliche Tiefenwirkung kann man aber auch mit diesen Lichtzellen nicht erreichen, ebenso wenig wie den Reiz der dauernden Gefäßerweiterung und ödematösen Durchtränkung der Haut, da es sich bei dieser Form der Lichtbestrahlung nur um Beförderung oberflächlicher medikamentöser Reize durch intensive Wärmeanreicherung im Gebiete der Haut handelt.

Jedenfalls aber hat die Lichtsalbenbehandlung ein nicht unfruchtbares Gebiet angeschnitten.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Wundbehandlung mittels ultra-violetten Lichtes, von AXMANN - Erfurt.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 36.) Die Quecksilberbogen- oder Uviollampe SCHORR sendet nur blau- bis ultraviolette Strahlen aus, die, gleich dem Sonnenlicht, stark hautreizende und gefäßerweiternde, sowie bakterientötende Wirkung haben. Sie erzeugen außerdem Ozon, und das ist wohl der Hauptgrund, warum sich venöses Blut, in die Nähe einer Uviollampe gebracht, hellrot färbt. Auch die Gerinnung des Blutes wird bei Annäherung an die Lampe beschleunigt.

Nachdem A. früher schon mit der Anwendung der Quecksilberbogenlampe bei Aloperie, chronischem Ekzem, Akne, Sykosis, Erysipel usw. frappante Erfolge erzielt hat, unterzog er nun auch Hautverletzungen, ausgedehnte schlaife oder eiternde Wunden und namentlich Fußgeschwüre der Uviolbehandlung. Auch hier waren die Resultate ausgezeichnet, zehn zum Teil schon alte Fälle von Fußgeschwür wurden sämtlich in längstens vier Wochen durch drei bis acht Bestrahlungen geheilt; schon während der Bestrahlung färbten sich die mit Eiter belegten Geschwürsflächen hellrot, die Schmerzen hörten sofort auf, und in frischeren Fällen schloß sich das Geschwür

geradezu sichtbar unter den Augen des Beobachters. — Frische Verletzungen reagieren in ähnlicher Weise; sie sehen nach der Bestrahlung infolge der Einwirkung des Ozon aus, als ob sie mit Wasserstoffsuperoxyd betupft worden wären.

*Göts-München.*

**Über Radioaktivierung und ein neues Radiumpräparat (Radiophor),** von AXMANN-Erfurt. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 30.) Der hohe Preis des Radiums und seiner Salze steht bisher einer ausgedehnteren therapeutischen Verwendung entgegen. Die bisherigen Versuche, andere Stoffe radioaktiv zu machen, waren wohl erfolgreich, hatten aber wenig praktischen Wert, da die Radioaktivität dieser Stoffe sehr rasch wieder erlischt. Verfasser hat mit Hilfe der Firma P. Beyersdorf & Co. ein Radiumpräparat hergestellt, das seinen Angaben nach Radioaktivität von ausreichender Stärke dauernd behält, den praktischen Anforderungen allgemeiner Anwendung genügt und wohlfeil genug ist, um Gemeingut zu werden. Verfasser fordert zur Prüfung dieses Radiophors auf.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe,** von ASTON THIES-Leipzig. (*Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. und Chir.* 1906. XIV. Bd. 5. Heft.) Im Anschluß an seine früheren Versuche (siehe Verfassers Inaugural-Dissert.) setzt A. THIES die Radiumprüfung in Serienversuchen an Meer-schweinchen weiter fort. Er verwendete 20 mg Radiumbromid von einer solchen physiologischen Wirkungsäufserung, daß eine halbtündliche Bestrahlung der menschlichen Haut eine deutliche Reaktion ersten Grades mit Epithelabschilferung erzeugt und eine einstündige Bestrahlung ein flaches Angiom vollkommen zum Schwinden bringt.

Das Radium befand sich in einer etwa 1 cm im Durchmesser großen und 2 mm hohen Messingkapsel, die an der einen Seite mit Glimmer gedeckt war.

Die Kapsel wurde auf der geschorenen Haut unmittelbar mit Heftpflaster befestigt und nach sechs Stunden entfernt.

Die Hautstückchen wurden mit der unter ihr gelegenen Hautmuskelschicht extirpiert, sofort in ZENKERsche Flüssigkeit gelegt, wie auch alle übrigen Präparate hierin 1½ Tage belassen, dann in Alkohol allmählich steigender Konzentration gehärtet und dann in Celloidin eingebettet.

Hier und da wurden zur Kontrolle Versuche mehrere Male angestellt.

Zum Vergleich mit den Präparaten bestrahlter wurde normale, gleich behandelte und eingebettete Haut eines gesunden Tieres gleicher Farbe (Albino) verwandt.

Es reagierten Epithel der Haut, quergestreifte Muskulatur, hyaliner Knorpel, Bindegewebe, Leberzellen, lymphatisches Gewebe, Knochenmark, Gefäße, in ganz bestimmter Weise, aber nie trat der Fall ein, daß eine der untersuchten Gewebsarten von der Bestrahlung durchaus unbeeinflusst blieb, es sei denn das elastische Gewebe, das zum wenigsten sehr widerstandsfähig ist, wenn auch teilweise bedeutende Differenzen in der Empfindlichkeit des Gewebes nicht zu verkennen waren.

An erster Stelle scheint an Empfindlichkeit zu stehen, wie HEINEKE schon hervorhebt, das adenoide Gewebe. Die Wirkung auf das Knochenmark, das von HEINEKE nicht untersucht wurde, ist der auf das adenoide Gewebe wohl parallel zu stellen.

Sodann ist wohl als äußerst empfindlich nächst dem adenoiden Gewebe die Epithelzelle der Haut zu bezeichnen.

Sehr intensiv reagieren ferner auf die Bestrahlung die Gefäße.

Die hochgradigsten Veränderungen beobachtet man an den Arterien, während die Venen weniger verändert und immer noch prall mit Blut gefüllt sind, wenn die Arterien nur wenig oder kein Blut enthalten im bestrahlten Gebiete.

Keineswegs ist die von DANYSZ geäußerte Ansicht berechtigt, daß die Muskulatur



wenig auf die Bestrahlung reagiere. Vielmehr ist auch die Muskelsubstanz der quer-gestreiften Muskulatur sehr empfindlich gegen die Bestrahlung.

Die dem Radium zunächst gelegene Fascie wird vollkommen durch die Bestrahlung zerstört, die Bindegewebskerne verschwinden oder sind nur noch als Rudimente zu finden.

Das elastische Bindegewebe besitzt eine größere Widerstandsfähigkeit gegen die Bestrahlung als das kollagene Bindegewebe.

Ähnlich wie das kollagene Bindegewebe verhält sich der hyaline Knorpel.

Die Wirkung der Radiumstrahlen ist aber keineswegs immer eine zerstörende, vielmehr kann unter gewissen Bedingungen durch Bestrahlung mit Radium eine lebhaftere Zellteilung in bestimmten Geweben, z. B. im Knorpelgewebe, veranlaßt werden.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere, von M. SELDIN.** (Inaug.-Dissert. Königsberg i. P. 1904.) Unter mehr oder weniger intensiver und ausgedehnter Röntgen- und Radiumbestrahlung der Hoden von Tieren kommt es in denselben zu degenerativen Prozessen, vor allem des spezifischen Kanälchenepithels und dadurch zur Nekropermie und Azoopermie, und zwar unter dem Einfluß der Radiumstrahlen schon bei viel geringerer Exposition, als bei den Röntgenstrahlen.

*Fritz Loeb-München.*

**Indikationen zur Röntgentherapie, von W. LEHMANN - San Franzisko.** (*California State Journ. of Med.* Sept. 1905.) Um kurz der verschiedenen inneren Krankheiten zu gedenken, welche L. mit Röntgenstrahlen behandelt, so seien Leukämie, Pseudoleukämie, Anämie genannt, ferner Splenomegalie verschiedenen Ursprungs usw.; auch Gebärmuttergeschwülste wurden beeinflusst, Sterilität wurde ohne Operation in geeigneten Fällen erzielt, Tuberkulose der Lungen, der Gelenke, auch der Drüsen und Knochen seien gebessert worden. Was nun das Gebiet der Haut betrifft, so genügte eine ganz geringe Reaktion (ersten Grades), um erkrankte Haare zu epilieren, hartnäckige Fälle von Pruritus, welche jeder anderen Behandlung getrotzt hatten, kamen auf ein bis zwei Sitzungen zur Heilung, die Schmerzen und Absonderung bei Carcinom wurden geringer, Hyper- und Dysidrosis gebessert. Erkrankte Haare fallen bei Röntgenbestrahlung viel leichter aus als gesunde; alle Arten von Haarkrankheiten, bei welchen Epilation angezeigt ist, bilden das Hauptfeld der Röntgenbestrahlung, z. B. Folliculitis, Sykosis parasitaria und non parasitaria, Alopecia areata. Auf epitheliales Gewebe haben die Röntgenstrahlen ausgesprochenen Einfluß: jugendliche Warzen an Händen und Gesicht verschwinden rasch, Epitheliome, Cancroide und Ulcus rodens sind ein bekanntes Feld für diese Therapie; Rezidive wurden in geringerem oder wenigstens nicht höherem Prozentsatz beobachtet wie nach Operation, dabei ist die Behandlung schmerzlos, ohne Gefahr und der kosmetische Effekt ein besonders guter. Bei tiefer sitzenden Carcinomen, subcutanen Knoten und Drüsen ist die kombinierte Behandlung mit Operation und nachfolgender Bestrahlung oft von Vorteil, ebenso bei Lupus erythematodes, bei Mykosis fungoides, Aktinomykosis, Blastomykosis und selbst bei Lepragranulomen. Lupus vulgaris und tuberkulöse Hautaffektionen bilden das Hauptfeld für das Finnenlicht, welches zweifellos das beste kosmetische Resultat und den geringsten Prozentsatz von Rezidiven liefert; hypertrophische, proliferierende und ulcerierende Formen reagieren im allgemeinen prompter auf Röntgenstrahlen. Bei parasitären Affektionen der Haut, wie Trichophytie, Pityriasis rosea und versicolor u. a. m. ist der Erfolg mit Röntgenstrahlen kaum größer wie mit anderen Mitteln, bei nässendem Ekzem empfiehlt L. Anwendung kleiner Dosen, bei chronischen trockenen, rezidivierenden Formen lange fortgesetzte Anwendung derselben. Überhaupt hält L.

eine ausgedehntere Anwendung dieses neuen therapeutischen Mittels für angebracht, warnt aber zugleich gegen sorglose Behandlung mit allzu großen Dosen und Mißbrauch von seiten ungeschulter Hände.

In der folgenden Diskussion (auf der 35. Jahresversammlung der Staatsgesellschaft, Riverside, April 1905) erklärte ALBERT SOILAND-Los Angeles, das therapeutische Feld der Röntgentherapie wäre sogar jetzt ein enger begrenztes als früher, nichtsdestoweniger aber ein sehr wichtiges; er zieht die statische Maschine und kleine Induktionsströme, Hammerunterbrecher und Akkumulatorbatterien vor; beinahe die ganze wirksame Fläche der Röhre bedeckt er mit einer zehn- bis zwölffachen Schicht weissen Leders, was sich in der Praxis sehr gut bewährte. Ohne auf die Frage des Schutzes gegen die Röntgenstrahlen näher einzugehen, erklärt jedoch LEHMANN in seinem Schlußwort, durch solche Bedeckungsmittel würde die Beobachtung der Röhre und deren Veränderungen unmöglich gemacht.

*Stern-München.*

**Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen**, von MAX COHN-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 38.) Bei der Leukämie sind die Einflüsse der Röntgenbestrahlung sehr verschieden, bei allen trat bald eine Besserung des Allgemeinbefindens auf, das Verhalten der Blutkörperchen war sehr verschieden, oft zeigte die Leukocytenzüchtung eine konstant absteigende Kurve ohne Remissionen, oft aber ging die Verminderung nur langsam vorwärts, während die Milzverkleinerung nur langsam ging. Bei anderen Milzkrankheiten, BANTscher Krankheit, Polycythämie, Splenomegalie sah Verfasser keine Hellwirkung durch Röntgen. Ferner berichtet er über zwei Fälle von Pseudoleukämie, die auf Röntgen evident reagierten. Bei einem anderen, malignen Tumor brachte Röntgen ebenfalls ein Schwinden des Tumors in kurzer Zeit. Dankbar erweist sich auch stets die Röntgenbehandlung bei Cancroiden, undankbar bei Adenomen der Mamma. Bei den Hautkreben im Gesicht gibt Röntgen ausgezeichnete kosmetische Resultate. Prophylaktische Bestrahlungen nach erfolgreicher Kur sind unbedingt anzuraten. Bei Carcinomen, die das Bestreben haben, die tieferen Schichten zu infiltrieren, und solchen, die von gesunder Haut bedeckt sind, ist eine Heilung durch X-Strahlen ebensowenig zu erreichen wie durch alle anderen nicht radikalen Verfahren.

*Bernhard Schuke-Kiel.*

**Über die Radiotherapie und ihre Applikation bei Hautaffektionen**, von JOSEF BELOT. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 426.) Die aus dem radiotherapeutischen Laboratorium von BROcq hervorgegangene umfangreiche Arbeit, der nicht weniger als 15 Seiten Literaturangaben beigegeben sind, ist eine außerordentlich fleißige Leistung. Nach einleitenden Bemerkungen gibt Verfasser einen historischen Überblick, bespricht die technischen Details, die exakten radiotherapeutischen Maßnahmen, allgemeine Betrachtungen über die Röntgenstrahlen. Im zweiten Teil werden behandelt Entwicklungsgeschichte der Radiotherapie und deren biologische Grundlagen, pathologische Anatomie und Physiologie, Applikationsmethoden und Indikationen. Der dritte, ungefähr die Hälfte umfassende Teil des Werkes ist der Besprechung der einzelnen Hautkrankheiten gewidmet. Die Arbeit sei der Beachtung der Kollegen in hohem Maße empfohlen.

*Fritz Loeb-München.*

**Ist die X-Strahlenbehandlung der Hautkrankheiten nur eine Modesache?** von W. J. LEFEBVRE-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* 1905. Nr. 9.) Die X-Strahlenbehandlung ist nicht etwa bloß eine Geschmacksache, sondern geradezu eine Notwendigkeit und Unumgänglichkeit in der Ekzembehandlung geworden, namentlich dort, wo es sich um chronische seborrhoische Prozesse handelt. L. führt fünf Fälle solcher Beobachtungen an, die keiner sonstigen Behandlung weichen wollten, aber schon nach zwei bis drei Wochen trotz mehr oder weniger großer Ausdehnung abheilten. L. läßt bei der Bestrahlung es nie zu einer Rötung der Haut kommen; er bestrahlt meist

dreimal wöchentlich, bisweilen aber auch täglich und richtet die Entfernung der Bestrahlung nach der Ausdehnung des ekzematösen Gebietes. *Arthur Rahm-Berlin.*

**Was ein Arzt von der Radiotherapie wissen muß, von RAOULT-Deslongchamps.** (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 20.) Kurze Schilderung der physikalischen Grundlagen der Röntgentherapie und Beschreibung der Apparate zur Bestimmung der Qualität und Quantität der Röntgenstrahlen. *Götz-München.*

**Zur Röntgentherapie, von P. WICHMANN-Hamburg.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.) Beschreibung einer neuen Röntgenröhre, die nach W.s Erfahrungen entschieden eine Vereinfachung und Verbesserung der Technik der Röntgentherapie bedeutet. Die Röhre hat die Grundform einer C. H. F. MÜLLERschen Regulativröhre und wird in verschiedenen Größen mit oder ohne Wasserkühlung hergestellt. Sie hat gegenüber der Mitte der Antikathode einen Kreisanschnitt von 7 bzw. 12 cm im Durchmesser, je nachdem sie zu therapeutischen oder zu Aufnahmezwecken benutzt wird. Dieser Ausschnitt läßt die zur Verwendung kommende Fokalstrahlung austreten. Das der Antikathodenstrahlung ausgesetzte Röhrengebiet ist bis auf den Kreisanschnitt als zuverlässige Schutzhülle gearbeitet, zur Abhaltung vagabundierender Ströme ist um die Antikathode ein Bleiglasschutzmantel gelegt. Auf dem Ausschnitt kann ein sterilisierbares Tubensystem, das auf den Fokus der Röhre zentriert und bis auf beliebige Stellen ebenfalls als Schutzvorrichtung ausgeführt ist, fest aufgesetzt werden. — Die Röhre macht jede gewünschte Lokalisation und Abgrenzung der Strahlen möglich, bei jeder Bestrahlung kann ohne weiteres eine bestimmte Fokaldistanz innegehalten werden, ein Fehler in der Einstellung oder im Röntgenschutz ist nicht möglich, die Handhabung ist die denkbar einfachste. Wenn es sich darum handelt, sehr große Flächen in einer Sitzung ganz zu bestrahlen, können die Tuben wegbleiben; bei umschriebenen Krankheitsherden wird man am besten einen Tubus wählen, der in seiner Circumferenz die Ausdehnung des Herdes übertrifft, um auch etwaige makroskopisch nicht sichtbare Veränderungen mit zu bestrahlen. Geeignet geformte Tuben ermöglichen es auch, Mundhöhle, Naseninneres, Ohr, Mastdarm, Scheide, Fistelgänge zu bestrahlen; es kann also auch der der FINSEN-Behandlung nicht zugängliche Lupus der Mund- und Nasenschleimhaut der Bestrahlung ausgesetzt werden. Bei inoperablen, von außen zugänglichen Tumoren könnte eine Tiefenbestrahlung mittels der neuen Röhre versucht werden; man müßte unter Anästhesie mit dem Troikart Gänge herstellen, in welche dünne Tuben eingeführt würden, um auch in der Tiefe Strahlen abzugeben. *Götz-München.*

**Einige dermatologische Mißbräuche der X-Strahlen, von M. L. HEIDINGSFELD und A. J. MARBLEY-Cincinnati.** (*Lancet-Clinic.* 15. April 1905.) H.s und M.s persönliche Ansichten sind kurz folgende:

1. Die X-Strahlen sind kein unfehlbares therapeutisches Wirkungsmittel bei Epitheliom, Sarkom und gewöhnlichem Lupus.
2. Der Aufschub ihres sachgemäßen Gebrauches ist oft von nicht gut zu machenden Folgen.
3. Die verlängerte und vernachlässigte Behandlung kann Epitheliombildung zur Folge haben.
4. Der Gebrauch des Messers oder der Pasten in ausgewählten Fällen von Epitheliom ist der X-Strahlenbehandlung vorzuziehen) wenn man sicheren und nachhaltigen Erfolg haben will.
5. Bei gewöhnlichem Lupus besitzen die X-Strahlen entschieden eine dem ultravioletten Lichte nachstehende Wirkung. Die X-Strahlen können eine zeitige teilweise Besserung, ja selbst eine vollständige Heilung bewirken, aber der nachhaltige Gebrauch der X-Strahlen ist stets von einer ungünstigen Reaktion gefolgt.

6. Bei Alopecia areata haben die X-Strahlen die Wiederkehr des Haares vollkommen unterdrückt und eine vollkommene Kahlheit verursacht.

7. Man muß daher die Indikationen der X-Strahlen immerhin schon hie und da einschränken, um nicht auch das Gebiet der feststehenden Indikationen zu erschüttern.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Die Uviol-Quecksilberlampe und Lichtbehandlung mittels ultravioletter Strahlen**, von HANS AXMANN - Erfurt. (*Med. Klinik*. 1906. Nr. 4.) Vortrag auf der 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte zu Meran. Verfasser macht auf die von SCHOTT konstruierte Uviol-Quecksilberlampe aufmerksam. Das „Uviol“ (d. h. ultraviolett) ist eine in den Glaswerken Schott und Genossen hergestellte eigenartige Glassorte, welche ultraviolettes Licht, ähnlich dem Bergkristall, leicht passieren läßt. Durch Verwendung von Uviol zur Konstruktion der Uviol-Quecksilberlampe gelang es, eine Lampe zu gewinnen, die den Quecksilberdampf in einer bequemen Weise zum Leuchten bringt und die so in Fülle entstehenden ultravioletten Strahlen auf leichte und billige Art verwendbar macht. — Verfasser bespricht die verschiedenen Erkrankungen, bei denen die Ultraviolettbildung in Frage kommt; in erster Linie sind es Erkrankungen, welche eine stark reizende und bakterizide Wirkung verlangen. Zur Erzielung stärkerer Effekte hat Verfasser Chlorverbindungen benutzt, welche auf den Wunden und der Haut unter dem Einflusse der Lichtreaktion chemische Vorgänge auslösten. — Was die Stellung der Uviollampe zu der Lichtbehandlung überhaupt anbelangt, so dürfte dieselbe berufen sein, dort einzutreten, wo geringe Tiefenwirkung genügt. Bei Lupus soll die Uviol-Quecksilberlampe mindestens eine vorbereitende oder unterstützende Rolle spielen.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Folgen der merkuriellen Injektionen**, von L. LÉGOUD. (*Thèse de Paris*. 1905.) Die Stichworte der Ausführungen sind: Phlegmonöser Abscess, aseptischer Abscess, Induration, Schmerz, Hämorrhagie, Nervenverletzungen, Gangrän, Lungenembolie.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von Quecksilbervergiftung**, von A. WIGHTWICK. (*Lancet*. 9. Sept. 1905.) Zur Beseitigung von Parasiten der Pubes und Achselhöhlen hatte ein Patient binnen drei bis vier Tagen etwa 60 Gramm Quecksilbersalbe eingerieben und während des Schlafes wahrscheinlich auch das Gesicht damit beschmiert. Die Folgen waren ein ganz intensiver, attackenweise auftretender Juckreiz, entzündliche Rötung, namentlich am Bauche, der Brust, den Ellenbogen und den Oberschenkeln, ausgedehnte grobe Abschuppung, ödematöse Schwellung am Gesicht bis zum Verschluss der Augenlider, Speichelfluss, Lockerung der Zähne, Schwindel, Übelkeit usw. Das Gesamtbild war mehrere Tage lang geradezu besorgniserregend, doch trat schließlich im Laufe von 8 bis 14 Tagen Besserung ein.

*Philippi-Bad Salschlirf.*

**Quecksilbervergiftung in der Technik; Bericht über zwei Fälle**, von H. J. WALKER-Brighton. (*Lancet*. 16. Sept. 1905.) Die von W. beobachteten Patienten waren Männer im Alter von 28 resp. 40 Jahren, welche bei der Herstellung von elektrischen Strommessern längere Zeit mit Hg in Berührung gekommen waren. Die Symptome betrafen hauptsächlich in Muskelzittern, namentlich an den Händen, dem Gesicht, den Sprechmuskeln und auch den Beinen, ferner Schwellung des Zahnfleisches, Speichelfluss, bläulicher Verfärbung am Zahnfleisch, starken Schweißsen und anderen nervösen Erscheinungen. Obstipation fand sich etwa ebenso häufig wie Neigung zu Diarrhoe. Verfasser ist der Meinung, daß die schädliche Wirkung des Hg sich in gleich starkem Maße auf dem Wege der Verdunstung wie durch direkte Resorption durch die Haut vollzieht. Er hat gefunden, daß nur unreinliche Menschen und solche mit defekten Zähnen affiziert wurden. Die Therapie ist eine symptomatische. JK,

von manchen Autoren empfohlen, hat sich dem Verfasser als wirkungslos erwiesen. Bei beiden Patienten trat Heilung im Laufe von einigen Monaten ein

*Philippi-Bad Salschlüpf.*

**Weitere Beiträge zur Kenntnis der hämolytischen Wirkung des Sublimats. Entgiftung der mit Sublimat behandelten roten Blutkörperchen mittels Blutlösung.** von DETRE und SELLEI. (*Orvosi Hetilap.* 1905. Nr. 1—3.) Das Sublimat hat auf die roten Blutkörperchen eine starke Giftwirkung, indem es sich mit einer fettartigen Substanz — nicht mit dem Eiweiß — der Zelle (Lipoide, vielleicht Lecithin) verbindet. Das vitale Gleichgewicht des Protoplasmas wird geschädigt und der Untergang der Zelle wird durch die Hämolyse angezeigt. Die Zellmembran platzt, der Zelleninhalt tritt aus, das Hämoglobin wird ausgelangt und färbt die Flüssigkeit. Die Blutkörperchen werden vor der Giftwirkung durch Serum und noch mehr durch eine Lösung der Erythrocyten, die die Autoren als „Blutlösung“ bezeichnen, geschützt. Der Grund dafür ist in den im Blutserum und Blutlösung enthaltenen fettartigen Substanzen (Lipoide) zu suchen, welche dem Sublimat gegenüber eine Affinität besitzen und dasselbe binden. In den Erythrocyten sind die Lipoide in einer wasserlöslichen Form vorhanden. Wird Serum oder Blutlösung mit Äther oder Chloroform behandelt, so werden die Lipoide extrahiert, und die schützende Wirkung geht verloren. In erster Linie verbindet sich das Sublimat mit den Lipoiden des Serums oder der Blutlösung und erst nachher mit den fettartigen Substanzen der Erythrocyten. Die Hämolyse erfolgt bei 37° C., wie bei den Toxinen, erst nach Ablauf einer Stunde. In einer 0,001—0,005 %igen HgCl<sub>2</sub>-Lösung haben die roten Blutkörperchen innerhalb 2 1/2 Minuten die für die Hämolyse nötige Giftmenge aufgenommen. Die Binefähigkeit wächst mit der Zeit der Einwirkung und kann das mehrfache der zerstörenden Quantität betragen. Durch gleiche Mengen Blutes werden in der Zeiteinheit aus verschieden starken Lösungen der Konzentration annähernd proportionale Mengen gebunden. Die Blutlösung schützt die Blutkörperchen nicht nur präventiv, sondern es können, wie aus den Versuchen hervorgeht, Zellen, die das Gift schon aufgenommen haben, wieder entgiftet werden, und zwar dadurch, daß das schwach gebundene Gift durch die Lipoide der Blutlösung ausgezogen und aufgenommen wird.

*B. Kollaris-Budapest.*

**Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen,** von L. LAQUEE-Frankfurt a. M. (*Ther. d. Gegenw.* 1905. Nr. 9.) Das Arsenferratin und dessen Lösung, die Arsenferratose, sind neue eigenartige Arseneiseneiweißverbindungen, in denen das Arsen sogenannter organischer Bindung mit Eiweißkörpern vereinigt ist. Darum unterscheidet sich auch die Arsenferratose ganz wesentlich von den Arsenwässern und der FOWLERSchen Lösung, deren Arsen aus seiner salzhaltigen Verbindung durch die bekannten Reagentien quantitativ und unmittelbar abgespalten wird.

Ein Eßlöffel — 15 ccm — enthält 0,00045 g Arsen und 0,045 g Eisen. Die Tagesdosis von drei Eßlöffeln würde mit 0,00135 g Arsen etwa 0,002 g arseniger Säure entsprechen, sowie der üblichen Tagesdosis von ca. 0,1 g Eisen.

Die Arsenferratose ist als eine neue Verbindung eines Tonikums und eines Nervinum anzusehen, die bei Anämie, Chorea minor, Chlorose und Morbus Basedowii nicht minder bei neurasthenischen Erschöpfungszuständen verschiedenster Art das Allgemeinbefinden bessert, die nervöse Reizbarkeit herabsetzt, ohne die Verdauungsorgane zu belästigen.

Es soll bei Kindern teelöffelweise, bei Erwachsenen eßlöffelweise drei- bis viermal täglich eine Viertelstunde nach den Mahlzeiten genommen werden.

*Arthur Rahn-Berlin.*

Zur Kenntnis der toxischen Lähmungen im Anschluss an äußerliche Anwendung von Arsenpräparaten, von ALBERT EMILE PERRÉ. (*Thèse de Bordeaux*. 1903/1904. Nr. 74.)  
Fritz Loeb-München.

**Alypin, ein neues Anästhetikum**, von v. SICHERER-München. (*Ophth. Klinik*. 1905. Nr. 13.) Aus der Arbeit des Verfassers geht hervor, daß das Alypin wohl imstande ist, das Kokain hinsichtlich seiner anästhesierenden Eigenschaften zu ersetzen; dabei hat es aber noch folgende Vorzüge:

1. ist es viel weniger giftig, ein Vorzug, welcher gegenüber dem Holokain in noch viel auffallenderer Weise zutage tritt;
2. erzeugt es keine Mydriasis und keine Akkommodationsparese;
3. läßt es die Hornhaut vollkommen intakt, und
4. ist sein Preis ein wesentlich niedriger.

A. Strauß-Barmen.

**Über Lokalanästhesie**, von E. LUPPENS-Elberfeld. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 29.) Das Alypin ist das primäre salzsaure Salz des Benzoyltetramethyldiaminoethyl-dimethylcarbinols. Es ist ein schön kristallisierter, nicht hygroskopischer Körper, welcher bei 169° schmilzt und im Wasser äußerst leicht löslich ist. Die Lösungen reagieren neutral und werden durch den Zusatz von mäßigen Natriumbicarbonatmengen nicht getrübt. Zum Zweck des Sterilisierens lassen sich die wässrigen Lösungen fünf bis zehn Minuten lang auf freier Flamme kochen, ohne Alteration und ohne Einbuße in der anästhesierenden Wirkung. Ein längeres Kochen ist nicht anzuraten.

Fassen wir die Ergebnisse der Versuche zusammen, so gelangen wir zu dem Schlusse, daß das Alypin ein neutral reagierendes, im Wasser leicht lösliches Lokalanästhetikum ist, welches, bei mindestens gleicher Intensität in der Wirkung, vor dem Kokain den Vorzug hat, bedeutend weniger giftig zu sein, keine Mydriase, keine Akkommodationsstörungen und keine Gefäßverengerung hervorzurufen.

A. Strauß-Barmen.

**Über Alypin**, von SEIFERT-Würzburg. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 34.) Die Mitteilungen über die Wirkung des Alypins ergeben, daß wir in dem Alypin einen vollwertigen Ersatz des Kokains erhalten haben, daß es in bezug auf anästhesierende Wirkung dem Kokain vollkommen gleichkommt, in bezug auf die Intoxikationsgefahr dem Kokain weit überlegen und wohl auch in bezug auf den Preis dem Kokain vorzuziehen ist.

A. Strauß-Barmen.

**Über Alypin, ein neues lokales Anästhetikum**, von W. SZELIGSOHN. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 35.) Auch dieser Autor bezeichnet Alypin als ein vorzügliches Anästhetikum, da es die gleiche anästhesierende Wirkung wie Kokain hat, aber weder Mydriasis noch Akkommodationsstörung, weder Druckerhöhung noch Austrocknung der Cornea oder Intoxikation hervorruft.

A. Strauß-Barmen.

**Alypin, ein neues Lokalanästhetikum**, von E. STOTZER. (*Dtsche. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Verfasser kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Alypin ist für die Lokalanästhesie ein gut verwendbares Präparat;
2. es ist den Versuchen nach dem Kokain an anästhesierender Wirkung, besonders in stärkeren Lösungen, mindestens ebenbürtig; in allen anderen in Betracht kommenden Punkten ist es ihm bedeutend überlegen;
3. die Möglichkeit, die Alypinlösungen sterilisieren zu können, bedeutet einen nicht unwesentlichen Vorzug dem Kokain gegenüber;
4. das Alypin ist den Versuchen nach ohne Einfluß auf die Psyche. Es erzeugt keine Erregungszustände, Schwindelanfälle oder Kongestionen, wie Kokain, ist demnach weniger giftig wie letzteres;

5. durch seine geringe Reizwirkung beim Injizieren unterscheidet sich das Alypin vorteilhaft vor dem  $\beta$ -Eukain, dem Anästhesin und den übrigen neueren Anaesthetics;

6. das Alypin ist billiger wie Kokain.

A. Strauß-Barmen.

**Alypin, ein neues Lokalanästhetikum**, von MAX JOSEPH und JOSEPH KRAUS-Berlin. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1905. Nr. 49.) Verfasser fassen ihre Beobachtungen über das Alypin kurz so zusammen: 1. Das Alypin ist ein für die urologische Praxis gut verwendbares Lokalanästhetikum; 2. Das Alypin ist in seinen Wirkungen dem Kokain und  $\beta$ -Eukain mindestens ebenbürtig, hat aber den großen Vorzug der relativen Ungiftigkeit; 3. Das Alypin scheint ohne jede schädliche Nebenwirkung zu sein; 4. Für die Praxis dürfte es von Bedeutung sein, daß der Rezepturpreis des Gramms Alypin 0,85 Mk. beträgt, sich also wesentlich niedriger als das Kokain stellt.

A. Strauß-Barmen.

**Zur Behandlung von verunreinigten Wunden und Geschwüren**, von ERNST FÜRTH. (*Pharmak. u. therap. Rundschau.* 1905. Nr. 12.) Verfasser behandelte weit über 100 Fälle mit Chininum lygosinatum, welches einen möglichst raschen und glatten Heilungsverlauf gewährleistet, ohne dabei eine Schädigung des Nachbargewebes, entfernterer Körperteile oder gar des Gesamtorganismus hervorzurufen. Es wirkt stark sekretionsbeschränkend. Geschwüre, die vorher kaum einen halben Tag, obwohl dicht verbunden, ihre Sekrete durch die Hülle hindurch zurückhalten konnten, vermochten dies, obwohl probeweise der Verband längere Zeit liegen gelassen worden war; erst am dritten oder vierten Tage konnte eine Beschmutzung der Binde von außen her festgestellt werden. Weiter muß ein hoher Grad von Desodorisierfähigkeit bemerkt werden; Verfasser hat zumeist das Pulver bei sehr vernachlässigten Wunden und Geschwüren bei Kranken der ärmsten arbeitenden Klasse in Verwendung gezogen. Die meisten Defekte wiesen einen pestilenten Gestank auf, der hernach in kürzester Zeit verschwand.

Bei einem großen periurethralen und perinealen Abscess, bei welchem auch eine Urininfiltration bestand, belästigte der Fötur den Kranken und seine Umgebung aufs äußerste. Nach viermaliger Bestreuung der exkohlleierten Wundhöhle war fast gar kein Geruch mehr bemerkbar.

Hervorgehoben wird die absolute Reizlosigkeit, eine Eigenschaft, die bekanntlich vielen Wundstrepulvern fehlt. Dieses Verhalten konnte namentlich durch die günstige Einwirkung auf das entzündete und infiltrierte Gewebe bei Phlegmonen beobachtet werden.

Bei Unterschenkelgeschwüren wurden nicht mehr als vier Wochen gebraucht, um eine granulierende Wunde zu erhalten, welche dann, mit Arg. nitric. und Perubalsamsalbe behandelt, rasch vernarbte. Die bindegewebigen Streifzüge, von der Peripherie aus vordringend, bildeten bald ein dichtes Netz, dem die schließliche Konsolidierung in eine feste Narbe folgte.

A. Strauß-Barmen.

**Therapeutische Versuche mit Jodipin bei Hautkrankheiten und Syphilis**, von BENNO STENNER. (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 2.) Verfasser berichtet über 14 Fälle von Syphilis, einige Fälle von Psoriasis und Sklerodermie. Er gelangte zu folgendem Schlusse:

Das Jodipin ist ein Jodpräparat, welches mit viel Erfolg die Jodsalze ersetzen kann, besonders in denjenigen Fällen, in denen diese nicht vertragen oder aus anderen Gründen nicht angewendet werden können. Eine anhaltende Jodwirkung auf den Organismus ist nur mit Hilfe der Jodipininjektionen zu erreichen.

Die Arbeit stammt aus der dermatologischen Klinik in Jassy.

A. Strauß-Barmen.

**Zur Behandlung von Dermatosen mit besonderer Berücksichtigung des Keramins**, von J. HECHT - Wien. (*Med. chir. Centrabl.* 1905. Nr. 9.) Die von CARL TÖFFER in Leipzig hergestellte Keraminseife ist eine Seifenpasta und enthält ein Gemisch von Kali- und Natronlauge, ferner Perubalsam, Zimtöl, Nelkenöl und Talkum venetum. Sie ist eine neutrale Seife und enthält kein freies Alkali. Vermöge ihrer Zusammensetzung reinigt und erweicht sie die Haut, macht sie glatt und geschmeidig, sie wirkt austrocknend, desodorierend, juckstillend und bakterizid. Nach des Verfassers Erfahrungen eignet sie sich besonders zur Behandlung des Kopfgrundes kleiner Kinder, der Intertrigo, des Fußschwefses und der Komedonen und reicht allein zur Beseitigung aus. Bei Pruritus und chronischem Ekzem stillt das Keramin sicherlich das Jucken, befreit die Kranken von den lästigsten Symptomen und bereitet das Feld für anderweitige lokale Behandlung vor.

A. Loewald-Kohmar.

**Über das neue Diuretikum „Theocin“**, von KARL MITTERRER. (*Wien. med. Press.* 1905. Nr. 45.) Auf Grund seiner langen Beobachtungen kann er also das Theocin, bezw. das Theocin. natr. - acet. als eines der kräftigsten Diuretika, die wir derzeit kennen, bezeichnen, mit welchem in jedem geeigneten Falle ein Versuch gemacht werden sollte, da es unter Umständen von lebensrettender Wirkung sein kann. Die von verschiedenen anderen Autoren hervorgehobenen unangenehmen Nebenwirkungen scheinen doch nicht allzuhäufig aufzutreten und dürften sich in den meisten Fällen in noch zulässigen Grenzen bewegen. Jedenfalls ist anzuraten, niemals gleich mit großen Dosen zu beginnen, sondern, wie er dies stets getan, nur kleine Dosen von höchstens 0,25 auf einmal zu verabreichen; selbstverständlich soll man Theocin auch nicht auf nüchternem Magen, sondern stets nach den Mahlzeiten einnehmen lassen. Wegen der leichteren Löslichkeit und besseren Verträglichkeit ist jedenfalls das Theocin. natr. - acet. zu bevorzugen, und zwar verschreibt man es am besten in Form der BAYERSchen Originaltabletten zu 0,25. Tritt der Effekt nach zwei bis drei Tagen nicht oder in nur ungenügendem Maße ein, so hat es keinen Zweck, das Mittel weiter zu geben, doch kann man auch in solchen Fällen den Versuch nach einiger Zeit wiederholen.

A. Strauß-Barmen.

**Über ein perkutan anwendbares Jodpräparat (Jothion)**, von HEINZ RICHARTZ-Bad Homburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 42—49.) Verfasser erblickt auf Grund seiner Erfahrungen in dem Jothion ein Medikament von großer praktischer Verwendbarkeit. Das Jothion ist als ein vollwertiges Ersatzmittel für die Alkaliverbindungen zu betrachten, da es erlaubt, auf perkutanem Wege beliebig große Mengen Jod genügend schnell in den Säftekreislauf zu bringen. Es wird also zunächst überall dort mit Vorteil angewandt werden, wo der peroralen Aufnahme von Jod Hindernisse irgend welcher Art entgegenstehen. Nach seinen Erfahrungen dürfte es — vermutlich infolge der allmählichen und gleichmäßig geringen Abgabe von Jod an den Organismus — bestimmt sein, besonders bei allgemeiner Idiosynkrasie und spezieller Empfindlichkeit des Magens, höchst wertvolle Dienste zu leisten.

A. Strauß-Barmen.

**Beitrag zur Organotherapie. Sperminum POEHL**, von G. HIRSCH-St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1897. Nr. 7.) H. faßt das Resultat seiner Untersuchungen über Sperminum POEHL zu folgendem Schlusssatz zusammen:

„Das Sperminum POEHL hat keine irgendwelche spezifische Wirkung bei bestimmten Krankheiten, es scheint aber in der Tat ein physiologisch-chemisches Agens zu sein, welches die Intraorganoxydation resp. den Stoffwechsel, reguliert, die Entfernung der sich im Organismus anhäufenden Zerfallprodukte befördert, dadurch das Nervensystem entlastet, und schließlich die *Vis medicatrix naturae* zur ungestörten Geltung bringt.“

Putzler-Dansig.



**Über das Tumenolammonium und seine Verwendung in der Dermatotherapie,** von VICTOR KLINGMÜLLER. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 36.) Verfasser spricht sich auf Grund mehrjähriger Erfahrung in der NEISSERschen Klinik sehr lobend über das Tumenolammonium (das von nun an unter der Bezeichnung „Tumenolammonium“ von den Höchster Farbwerken in den Handel gebracht wird) aus. Er bezeichnet es sogar als „ein unersetzliches Mittel in der Ekzetherapie und bei der Behandlung juckender Dermatosen“. Dreierlei Eigenschaften seien es, die das neue Präparat besonders auszeichnen. 1. Es wirkt in schwachen Konzentrationen mäßigend auf oberflächliche Entzündungen der Haut. 2. In stärkeren Konzentrationen ruft das Tumenolammonium eine geringe irritierende Wirkung hervor und eignet sich zur Beseitigung nicht zu alter und tiefer Infiltrate. 3. Das Tumenolammonium hat eine ausgesprochene jucklindernde Wirkung schon in der Form schwach konzentrierter Pinselungen und Salben.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Celluloid als Wundverband,** von ALEX. C. WIENER-Chicago. (*Zentrabl. f. d. ges. Med.* 1905. Nr. 43.) Celluloid, gelöst in Azeton, empfiehlt sich zur Anwendung bei der Behandlung von Furunkeln und Karbunkeln, sowie von Finger- und Nagelverletzungen. Durch Celluloidverbände wird der verbundene Teil luft- und wasserdicht abgeschlossen, immobilisiert und vor äußeren Insulten geschützt. Der Verletzte kann mit dem Celluloidverband leichtere Arbeiten verrichten, der Verband selbst bis acht Tage liegen bleiben. Die Lösung läßt sich leicht herstellen; als Flaschenverschluss eignet sich am besten ein mit Gaze umwickelter Kork, welcher sich leicht an dem langgelassenen Gazezipfel herausziehen läßt.

*Schourp-Dansig.*

**Die dermatotherapeutische Brauchbarkeit zweier Pyrogallusderivate (Lenigallol, Eugallol),** von FRANZ POÓR - Budapest. (Quelle nicht angegeben.) Verfasser urteilt auf Grund seiner Erfahrungen, daß das Lenigallol bei Beginn des akuten Ekzems angezeigt ist, wo es die Hyperämie und die Exsudation schnell vermindert und das Jucken behebt. Bei nässenden Ekzemen wirkt die Zinkpastakomposition eminent trocknend. In starker Konzentration (30–50%) ist Lenigallol in hohem Maße keratolytisch. Ein Vorzug vor der Pyrogallussäure besteht darin, daß niemals während oder nach der Anwendung Intoxikationsscheinungen oder Albuminurie beobachtet werden, und daß die Wirkung sich bloß auf die erkrankten Hautpartien bezieht, während es die normale Haut nicht beeinträchtigt. Bei chronischen Ekzemen ist die Anwendung des Lenigallols nur als Hilfsmittel des Teers oder der Kalilauge gerechtfertigt. Bei Psoriasis scheint es nicht besonders wirksam zu sein. Das Eugallol hält er für ein gutes, hervorragendes und vielversprechendes Antipsoriatikum der Zukunft. Vorteil vor dem Chrysarobin: daß es weniger irritiert; vor dem Pyrogallol: daß es keine Intoxikation verursacht. Nachteilig ist der bisher noch etwas hohe Preis, der es für die Armen- und Spitalpraxis beinahe unmöglich macht. Ein anderer Nachteil ist bei allen antipsoriatischen Mitteln identisch; daß es nämlich Rezidive nicht zu verhindern vermag. Es wird als Acetonlösung, die fertig in den Apotheken zu haben ist, aufgespritzt.

*A. Strauß-Barmen.*

**Einiges über den Gebrauch des oxydierten Pyrogallols in der Dermatologie,** von W. ALLAN JAMIESON-Edinburgh. (*Edinburgh med. Journ.* 1905. Nr. 5.) Die durch überstreichende Ammoniakdämpfe oxydierte Pyrogallussäure konnte J. zunächst in Glycerinpastenform mit Resorcin zusammen bei einem chronischen Ekzem eines jungen Mädchens erproben. J. verwendete nach dieser Erfahrung das sog. Pyraloxin auch bei Psoriasis, Ekzem der Kinder, Lupus erythematosus, bei Sycosis parasitaria und überhaupt Trichophytie in Pastenform, oder als Pyraloxinfrisur oder zu Seifenwaschungen. Namentlich hervorzuheben ist bei Psoriasis die Auflösung des

Pyraloxins (10 Teile) in Benzol (20 Teile) und Aceton (80 Teile); mit diesem Firnis wird die mit Chrysarobin usw. vorbehandelte, noch empfindliche rote Haut überzogen, geschützt und gekräftigt.  
*Arthur Rahn-Berlin.*

**Unerwünschte Wirkung des Adrenalins in der Urethra**, von W. S. JOHNSON-San Franzisko. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 7. Okt. 1905.) Bei einem seit Monaten in des Verfassers Behandlung befindlichen Patienten, der wiederholt ohne Störung sondiert worden war, trat nach einer Sondierung eine leichte Blutung auf, die Verfasser durch eine Einspritzung von 1:4000 Adrenalinchlorid in die Harnröhre zu stillen versuchte. Die unmittelbare Folge war ein schwerer Collaps mit Erbrechen und allen Erscheinungen einer akuten Anaemie. Erst ganz allmählich gelang es, den Patienten wieder zu beleben; nach drei Stunden erst konnte er wieder auf seinen Füßen stehen.  
*A. Loewald-Kolmar.*

**Stearinsäureanilidverbindungen als Salbengrundlagen**, von GEORG PROTIČIĆ-Belgrad. (Inaug.Dissert. Berlin. 1905.) Hymnus auf „Fetron“.

*Fritz Loeb-München.*

**Beiträge zur Pharmakologie des Schwefels**, von HEFFTER. (*Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmacol.* 51. Band, Heft 2 und 3.) Die Umwandlung des in den Darm eingeführten Schwefels in  $H_2S$  wird durch einen eiweißartigen Bestandteil der Darmschleimhaut bewirkt, der durch Kochen nicht unwirksam wird; die Magenschleimhaut enthält diesen Bestandteil nicht. In die Blutbahn gebrachter Schwefel wird zum Teil in  $H_2S$  verwandelt und wirkt auf diese Weise giftig. Die Umwandlung geschieht durch gewisse, in den Blutzellen und verschiedenen Organen vorhandene, leicht oxydable Eiweißkörper.  
*F. Hahn-Bremen.*

**Ein Fall von Nierenreizung infolge von Urotropin**, von F. W. PARRY-London. (*Lancet.* 9. Dez. 1905.) Ein 84-jähriger Mann mit hochgradiger Prostatahypertrophie, Retentio urinae und alkalischem, fölid riechendem, stark schleimhaltigen Urin und einer Spur von Albuminurie erhielt drei bis sechsmal täglich 0,3 Urotropin mit vorzüglichem Resultat, indem der Urin vollständig klar und von saurer Reaktion wurde. Als aber aus Besorgnis eines Rezidivs einige Zeit lang mit der Behandlung fortgefahren wurde, trat erhebliche Blasenreizung und Albuminurie (bis zu  $\frac{1}{3}$  Vol.) auf. Es ist darauf aufmerksam zu machen, daß Urotropin in einer sauren Lösung sich zersetzt zu Formaldehyd und Ammoniak. Sobald also der Urin sauer reagiert, ist die Möglichkeit einer Reizung der Gewebe durch Formaldehyd gegeben.

*Philippi-Bad Salzschlurf.*

**Über Naphta und Nafalan**, von PAUL HETZEL. (Inaug.-Dissert. Gießen. 1904.) Vorliegende veterinär-medizinische Dissertation ist von nicht geringem Interesse für den Leserkreis der *Monatshefte* und sei deshalb in ihren Ergebnissen mitgeteilt. Durch seine antiseptische und antiparasitäre, juckreizmildernde und schmerzstillende, durch seine antiphlogistische und resorptionsbefördernde, desodorierende und sekretionsbeschränkende, durch seine Granulations- und Epidermisneubildung anregende, keratolytische und manchmal geradezu frappierend haarwuchsbefördernde Wirkung dürfte das Nafalan wegen seiner Billigkeit und Haltbarkeit berufen sein, als brauchbares Mittel bezw. als Salbenkonstituens in der tierärztlichen Praxis sich zahlreiche Anhänger zu erwerben. Die Anwendung der verschiedenen Präparate besteht im Einreiben, das je nach der Art der Erkrankung mehr oder weniger energisch zu geschehen hat. Die Hauptdomänen für die Verwendung des reinen Präparates stellen die chronischen Ekzemformen des Hundes dar.

Bei Verbrennungen werden die Schmerzen wesentlich gemildert, die Sekretion wird beschränkt und die Epidermisneubildung nimmt einen raschen Fortgang.

Nafalan hat sich auf Grund experimenteller Studien als ein brauchbares Salbenkonstituens erwiesen, denn in einer Jodkaliumnafalansalbe hatte sich Jod auch nach mehreren Wochen nicht abgespalten.

*Fritz Loeb-München.*

**Über Urogosan, ein neues sedatives Blasenantiseptikum.** (*Med. Klinik* 1905. Nr. 47.) Das Urogosan stellt eine Verbindung des Gonosans mit Hexamethylentetramin (Urotropin) dar, die in Gelatine kapseln in den Handel kommt. Jede Kapsel enthält 0,3 Gonosan und 0,15 Hexamethylentetramin.

Bei blennorrhoeischen Entzündungen der Blase handelt es sich gewöhnlich um Mischinfektionen; das Gonosan allein wirke aber spezifisch nur auf Gonokokken und habe keinen entwicklungshemmenden Einfluss auf die sekundären Mikroorganismen; hier erscheint nun das Urogosan am Platze, das sowohl die Gonokokken, als die sekundären Mikroben abtötet. Die Dosierung des Urogosans richtet sich nach der Intensität der Erscheinungen, im allgemeinen kommt man mit acht bis zehn Kapseln pro die aus.

Verfasser hebt folgende Vorzüge des neuen Medikamentes hervor: 1. die anästhesierende und sedative Wirkung, 2. die den Urin stark säuernden, 3. die adstringierenden und 4. die hervorragenden antiseptischen Eigenschaften.

Das Urogosan reizt weder den Magen-Darmkanal noch die Nieren und ist nach Verfasser in folgenden Fällen angezeigt: 1. bei Blasenentzündungen im Gefolge von Blennorrhoe; 2. bei blennorrhoeischen Entzündungen des hinteren Teiles der Harnröhre; 3. bei allen bakteriellen Erkrankungen der Harnwege; 4. wahrscheinlich auch bei Pyelitis und Cystitis calculosa.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Isoform, von HUGO MEIER-Berlin.** (*Allg. med. Centralztg.* 1905. Nr. 27.) Die lokale antiseptische Wirkung des Jodoforms in der chirurgischen Wundbehandlung beruht nicht, wie man früher annahm, auf der Abspaltung von Jod im Organismus, sondern, wie HEILE zeigte, auf der Bildung von Dijodacetyliden. Bei übermäßiger Anwendung treten schwere Vergiftungserscheinungen auf; die dabei zuweilen zu beobachtenden Exantheme rühren vielleicht von abgespaltenem Jod her, welches in Form von Alkali- oder Albuminverbindung im Blut enthalten ist.

v. MIKULICZ, WEIK, HEILE berichten über klinische Anwendung des Isoforms und sind der Meinung, daß es im wesentlichen mit dem Jodoform und seinen Surrogaten zu konkurrieren im Stande ist. Als Hauptvorteil wird die Ungiftigkeit hervorgehoben.

„Ich hatte mehrfach Gelegenheit,“ sagt MEIER, „Isoform bei ganz frischen Wunden und auch bei Eiterungen anzuwenden. Gelegentlich mehrerer Tieroperationen, Thyreoideotomie, Pankreasextirpationen, wandte ich nur Isoform an. Auf die frische Wunde wurde eine dicke Schicht Isoformpulver aufgetragen und alsdann mit 10<sup>o</sup>/iger Isoformgaze verbunden. Ich kann wohl sagen, daß ich nie so gut vernarbte Wunden erhalten habe, wie in diesen Fällen.“

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über die Verwendung des Isoforms in der dermatologischen Therapie, von FRIEDR. NECKER-Berlin.** (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 88.) Das nach den Anregungen der von MIKULICZschen Klinik hergestellte Isoform ist auch in der venereologischen und dermatologischen Praxis berufen, als Ersatzmittel des Jodoforms angewendet zu werden, aber auch mit gewisser Vorsicht, da selbst eine vorsichtige Anwendung eine Dermatitis gelegentlich erzeugen kann.

Beim Pudern auf Ulcerationen des männlichen Genitals muß das Isoform bis zu 5–10% mit Ca. phosphoricum verdünnt werden; bei Balanitis bringt man eine geringe Menge einer 50<sup>o</sup>/igen Paste in den Praeputialsack, und bei Operationen am Genitale benutzt man am zweckmäßigsten 3<sup>o</sup>/ige Isoformgaze. Bei Bubonenbehandlung

war die gleichzeitig systematisch angewendete Bismasche Stauung von größtem Erfolge, aber auch hier wurde nebenher 50%ige Paste mit ganz leichter Tamponade angewendet. Bei blennorrhoidischen Erkrankungen der Harnröhre und der Blase hatte Isoform keine lokale Wirkung, hingegen zeigten drei Patienten mit postblennorrhoidischer Urethritis bereits nach wenigen Druckspülungen mit  $\frac{1}{2}$ %iger Emulsion anhaltende Besserung. Hier übertrifft das Isoform die Wirkung der gegen gonokokkenfreie terminale Katarrhe mehrfach empfohlene Bismuthum subnitricum Emulsion.

Ferner machte N. Blasenspülungen mit je 50 ccm einer anfangs zwei, später  $\frac{1}{2}$ %igen Isoform-Emulsion bei einer sehr schweren, ulcerösen, einer postpuerperalen und tuberkulösen Cystitis mit dem Erfolge, daß die subjektiven Beschwerden bald gemildert waren.

Es lag nahe, die entwicklungshemmende Eigenschaft des Isoforms bei einzelnen, an der Hautoberfläche sich abspielenden mykotischen Prozessen zu versuchen, bei denen es auf eine Tiefenwirkung, die bei der Unlöslichkeit des Präparates ausgeschlossen erscheint, nicht ankommt. N. verwendete eine 10- und 25%ige Salbe folgender Zusammensetzung:

℞ <i>Isoformii puri</i>	}	= 25,0
<i>Lanolini</i>		
<i>Olei Olivarum</i>		
<i>Aquae destillatae</i>		20,0
<i>Glycerini</i>		5,0
oder ℞ <i>Pastae Isoformii</i>	}	= 25,0
<i>Olei Olivarum</i>		
<i>Lanolini</i>		
<i>Aquae destillatae</i>		20,0

Im Verein mit Waschungen von heißer Kaliumpermanganatlösung erzielte N. bei drei Fällen von ausgebreiteter Pityriasis versicolor nach drei- bis viermaliger Anwendung einen vollständigen, bei einigen Fällen von Herpes tonsurans faciei und corporis totius einen teilweisen Erfolg. Ein Fall von Trichomykosis palmelina axillae (PICK) war nach zweimaliger Applikation der Salbe geheilt. Weitere Beobachtungen betrafen ziemlich ausgedehnte alte Fälle von Sykosis non parasitaria barbae, wo in Verbindung mit Umschlägen von essigsaurer Tonerde und fleißiger Epilation gute Resultate erzielt wurden. Zwei der Patienten gaben den Isoformsalben vor den andern gebräuchlichen Mitteln, von denen sie bereits alle durchgeprobt hatten, weit aus den Vorzug. Die von WREK erwähnte gute Wirkung bei Psoriasis vulgaris konnte N. in zwei, allerdings hartnäckigen Fällen nicht beobachten und kehrte zur früheren Behandlung (Chryso-robin-Traumaticin) zurück. Arthur Rahn-Berlin.

**Über Gynochrysa Hydrargyri**, von J. F. v. CRIPPA-Bad Hall. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 31.) Die Imbibitionsfähigkeit der Fette in die menschliche Haut hängt einerseits von der Struktur der Haut selbst ab, andererseits aber von dem Ursprunge und dem Schmelzpunkte des Fettes. Mineralische Fette sind am schwersten einzureiben; vegetabilische und animale viel leichter. Der Schmelzpunkt soll unter der Bluttemperatur liegen.

Von all den versuchten Fettstoffen bewährte sich nach den Versuchen von F. v. CRIPPA und R. TSOERNE am besten eine Mischung von animalelem und vegetabilischem Fette. Als ersteres verwenden sie Ol. jecoris Aselli, als letzteres Ol. Gynocardiae mit sehr geringer Zutat von Ol. menth. pp.; letzteres in der Absicht, eine leichte, länger andauernde Hyperämie der eingeriebenen Hautstellen zu erzeugen, um auf diese Weise durch den gesteigerten Gewebsstrom einen rascheren und energischeren Transport des eingeriebenen metallischen Quecksilbers in den Kreislauf zu erzielen.

Das *Ol. Gynocardiae*, auch Chaulmoograöl genannt, wird aus der *Gynocardia odorata* gewonnen, einer vorzüglich in Indien wachsenden *Bixacea*. Ein weiterer Bestandteil dieser Kombination ist eine Glycerinseifenlösung und endlich das metallische Quecksilber in dem Ausmaße, daß es 83 $\frac{1}{2}$ % des Gesamtgewichtes der Seifen betragt.

Dieses von v. CRIPPA und TSCHERNZ hergestellte, unter dem Namen „*Gynochrysa hydrargyri* 83 $\frac{1}{2}$ %“ geschützte Präparat wurde nun auf der Klinik Prof. FINGERS, auf der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Allgemeinen Krankenhaus zu Linz, im Spital der Barmherzigen Brüder zu Linz und endlich auch in v. CRIPPAS Privatpraxis zur Einreibungskur Lueskranker verwendet. Sein am meisten in die Augen fallender Vorteil besteht — wie speziell auch auf der Klinik Prof. FINGERS festgestellt wurde — in der überaus raschen Resorption der Haut und zwar in toto, Vehikel und Quecksilber.

Die Dosierung betrug im Mittel 3 g pro Einreibung, im Maximum 4 g. Die Zahl der Einreibungen schwankte zwischen zehn und dreißig.

Am besten und schnellsten, nur mit Zurücklassung einer zarten grauen Farbe, dringt das *Gynochrysa hydrargyri* in die Haut, wenn es nach russischer Methode des Schlagens eingepreßt wird; aber auch das Reiben führt rasch zum Ziele und die graue Färbung der Haut überträgt sich nicht oder nur in sehr geringem Grade — bei stärkerem Transpirieren — auf die Wäsche, auch klagen die Patienten in keiner Weise, daß ihnen *Gynochrysa*, in die Haut eingeschlagen oder eingerieben, irgend ein unangenehmes Gefühl erzeuge.

*Arthur Bahn-Berlin.*

Studien über die Wirkung von: Nitrobenzol, Dinitrobenzol, Nitrotoluol, Dinitrotoluol von Lunge und Haut aus, von JOSEPH ZINZER. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1908.) Die vier Körper werden von der unverletzten Haut aus resorbiert und bewirken in relativ kurzer Zeit schwere Vergiftungen, ja sie führen unter schweren Erscheinungen von seiten des Gehirns und der Atmungsorgane, unter starker Blaufärbung der Zunge und der Mundschleimhaut, sogar zum Tode, unter Erscheinungen, die mindestens teilweise durch den großen Methaemoglobingehalt des Blutes bedingt sind.

*Fritz Loeb-München.*

Über Arhovin, von PIORKOWSKI-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 25.) Die bakteriologischen Untersuchungen des Verfassers haben ergeben, daß reines Arhovin die Entwicklung von Staphylokokken und Kolibakterien nach halbstündiger Einwirkung hemmt; nach einer Stunde sind die Bakterien abgetötet. 5% Arhovinöl übte nach 45—60 Minuten Einwirkung entwicklungshemmende Wirkung auf Koli-, Staphylokokken- und Streptokokkenkulturen aus; Gonokokkenkulturen waren nach ein- bis zweistündiger Einwirkung vernichtet, in blennorrhöischem Eiter konnte bereits nach 15 Minuten das Ausbleiben des Wachstums der Gonokokken konstatiert werden.

*A. Loewald-Kolmar.*

Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrophuloderma und der Furunkulose, von HANS VÖRNER-Leipzig. (*München. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 41.) V. hat bei Skrophulodermien und bei Furunkeln und Karbunkeln mit der Anwendung von Karbolsäure sehr schöne Erfolge erzielt. Er benutzt mit Vorliebe eine konzentrierte Auflösung reiner Karbolsäure in absolutem oder rektifiziertem Alkohol; diese Auflösung ist wirksamer als *Acidum carbolicum liquefactum* und hat den Vorzug nicht zu dunkeln.

Bei Kranken mit Skrophuloderma müssen alle Tumoren, auch die noch nicht erweichten, inzidiert und täglich oder jeden zweiten oder dritten Tag mit der Lösung touchiert werden; nach jeder Touchierung wird ein Jodoformsalbenverband angelegt. — Bei unerweichten kleineren Furunkeln genügt eine zentrale Betupfung, bei größeren

wird die Lösung mittels Nadel oder Sonde so tief wie möglich in die zentral gelegenen Haarbälge bzw. Talgdrüsenöffnungen oder in den zentralen Kanal hineingebracht; bei erweichten Furunkeln wird zur Applikation die natürliche Öffnung benutzt oder eine neue Öffnung gemacht. Bei Karbunkeln wird die nekrotische Fläche mit der Lösung bestrichen. Kleinere Furunkel heilen meist schon nach einmaliger Behandlung aus, größere Furunkel und Karbunkel bedürfen mehrerer, täglich vorzunehmender Touchierungen.

*Göts-München.*

**Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum**, von HANS VÖRNER-Leipzig. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 88.) V. wendet seit einem Jahre als lokales Styptikum mit bestem Erfolge Kaliumpermanganat in konzentrierter wässriger Lösung oder in Form von Pulver oder als Paste an. Das Pulver, das V. gebraucht, ist eine Mischung von zwei Teilen Kaliumpermanganat mit einem Teil Kieselguhr, die Mischung wird befeuchtet, dann wieder getrocknet und pulverisiert; man erhält so ein sehr feines Pulver. Die Paste bereitet V. in der Weise, daß er einen Teil Pulver mit zwei Teilen Unguent. paraffin. mischt. Die Paste ist nach V.'s Erfahrungen das stärkste Hämostatikum; sie greift das Epithel weniger an als das Pulver und ist vor allem bei Schleimhautblutungen indiziert. — Die Technik besteht einfach darin, daß die blutende Stelle kurz mit einem Tupfer komprimiert und dann das Mittel in einer der genannten Formen rasch appliziert wird; bei stärkeren Blutungen muß die Manipulation mehrmals wiederholt und vor allem das Medikament kräftig gegen die Unterlage angeedrückt werden. Das Verfahren eignet sich namentlich für parenchymatöse Blutungen, besonders auch zur Stillung von Nasenbluten; aber auch pulsierende Blutungen lassen sich auf diese Weise beeinflussen.

*Göts-München.*

**Das Kollargol in der klinischen Praxis**, von A. BRETON. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 81.) Bz. hat außer verschiedenen internen Krankheiten Gesichtserysipelen, Phlebitiden, blennorrhische Cervixkatarre, tuberkulöse Drüsenabscesse, ferner einen Fall von vereitertem Tuberkelknoten der Wange, eine Analfistel, eine eitrige tuberkulöse Epididymitis und eine Cystitis bei einem 82jährigen Prostatiker mit Kollargol behandelt und bei all diesen Affektionen vorzügliche Erfolge erzielt. Bei den Erysipelen, den Venenentzündungen und den Cervixkatarren wurde das Mittel in Form der Czernýschen Salbe angewendet, ebenso in dem Falle von Analfistel, die zuerst gespalten und mit Wasserstoffsuperoxyd gereinigt und dann mit einem mit Czernýscher Salbe bestrichenen Gazestreifen drainiert wurde. Bei den tuberkulösen Drüsenabscessen und in dem Falle von vereitertem Tuberkelknoten der Wange wurde der Eiter mit einer Pravazspritze aspiriert und dann die Abscesshöhle prall mit 1—2%iger Kollargollösung gefüllt; ein Teil der eingespritzten Flüssigkeit wurde nach einigen Sekunden wieder entfernt, der Rest aber durch einen Wattekollodiumverband zurückgehalten. Die Prozedur wurde alle vier bis fünf Tage wiederholt und führte in allen Fällen zu dauernder Heilung ohne Narbenbildung. Bei dem Kranken mit tuberkulöser Cystitis wurden nach einer Ausschabung täglich 5 ccm einer 2%igen Kollargollösung injiziert, dann wurde mit einem Gazestreifen drainiert, der mit der gleichen Lösung getränkt war; nach vier Monaten war die Eiterung beseitigt. Die Cystitis des Prostatikers wurde durch Blasenspülungen mit  $\frac{1}{4}$ %iger Kollargollösung beseitigt. — Bei Blennorrhoe der Männer sah Bz. von Kollargolinjektionen keinen Erfolg.

*Göts-München.*

**Über alte und neue Teerpräparate**, von PAUL RICHTER. (*Med. Klinik.* 1906. Nr. 1.) Der Gebrauch des Teers in der Dermatologie ist schon sehr alt. Bei dem um Christi Geburt lebenden CÆLUS finden wir den Teer gegen übermäßige Granulationen empfohlen. Die alten Ärzte benutzten den Teer bei denselben Krankheiten, bei denen wir ihn heute anwenden. — Die Güte des Präparates hängt davon ab, ob

er nicht unangenehme Nebenwirkungen hat. Von den neuen Teermitteln scheint das Anthrasol das beste zu sein. Es wurde zuerst in Form von 10%igen spirituellen Lösungen zu Aufpinselungen benutzt. Seit über einem Jahre benutzt Verfasser das Anthrasol in Form von 5—20%igem Anthrasol enthaltendem Zinköl von folgender Formel:

<i>Anthrasol</i>	5,0
<i>Ol. oliv.</i>	40,0
<i>Zinci. oxyd.</i>	50,0

Damit habe er bei über 100 Fällen verschiedener Arten von Ekzemen, die zum Teil vorher keinen Teer vertragen hatten, oft in auffallend kurzer Zeit Besserung oder Heilung erzielt. Den Fehler des Anthrasols bildet der noch immer unangenehme Geruch, obwohl er wesentlich geringer als bei den anderen Präparaten ist.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Über Anthrasol als Teerersatz,** von WALTER SCHNEIDER - Königsberg i. Pr. (*Deutsche Ärzte-Ztg.* 1905. Nr. 6.) Nach seinen Erfahrungen glaubt Verfasser folgende Schlüsse ziehen zu können:

1. Bei chronischen Ekzemen ist das Anthrasol ein vorzügliches Mittel, um eine Epidermisregeneration herbeizuführen und den Juckreiz zu beseitigen, vorausgesetzt, daß Teer überhaupt vertragen wird. Die Hauptindikation stellen chronische Ekzeme dar, die zur Infiltration der Haut geführt haben, während rhagadiforme Ekzeme durch das Präparat unbeeinflusst bleiben.

2. Bei akuten und subakuten Ekzemen ist das Präparat erst nach Ablauf aller Reizerscheinungen und zwar mit der Vorsicht anzuwenden, daß zunächst nur schwache Konzentrationen als Salbe, Paste oder spirituelle Lösung verordnet werden. Im entzündlichen Stadium ist das Anthrasol ebenso wie jedes andere Teerpräparat strikte kontraindiziert.

3. Bei juckenden, nicht entzündlichen Dermatosen (Urtikaria, Pruritus) ist das Anthrasol, speziell als Anthrasol-Glyzerinsalbe ein gutes Mittel zur Beseitigung des Juckreizes und führt hier auch oft in hartnäckigen Fällen, in denen die üblichen Mittel, einschließlic der bisher bekannten Teerpräparate, versagen, zur Heilung.

4. Bei Skabies leistet die Anthrasol-Wilkinsonsalbe gute Dienste gegen das Grundleiden und das sekundäre Ekzem, wenn sich dasselbe nicht in zu entzündlichem Stadium befindet.

5. Fälle von Lichen ruber scheinen durch das Anthrasol ebensowenig beeinflusst zu werden, wie durch den Teer überhaupt.

6. Bei leichteren Fällen von Hyperhidrosis ist der Anthrasolstreupuder den sonst üblichen Pulversubstanzen vorzuziehen.

*A. Strauß-Barmen.*

**Eupicin, ein neues Teerpräparat,** von EDUARD TRAUTWEIN. (Inaug.-Dissert. Leipzig. 1905.) Von Holzteeren gelangen bisher zur Verwendung:

1. Pix liquida, aus der Fichte gewonnen.
2. Aqua picis, Teerwasser, durch Ausschütteln des Teers mit Wasser gewonnen.
3. Oleum rusci, Birkenholzteer.
4. Oleum fagi, Buchenholzteer.
5. Oleum cadini, Kadeöl, Wachholderteer.

Von diesen gilt das Kadeöl als das empfehlenswerteste, da es am wenigsten reizt, nicht so unangenehm riecht und leicht eintrocknet.

Von Steinkohlenteeren wird verwendet:

1. Liquor carbonis detergens WRIGHT, welches Präparat in England hergestellt wird und das älteste Steinkohlenteerpräparat ist. Die Zusammensetzung ist unbekannt.

2. *Liquor anthracis simplex*. Besteht aus 10 Teilen Steinkohlenteer, 20 Teilen Benzol, 77 Teilen Spiritus, 1 Teil Äther.

3. *Liquor anthracis compositus*. Besteht aus *Liquor anthracis simplex* und einem Zusatz von Schwefel, Resorcin und Salicylsäure.

4. *Tinctura lianthracis* LEISTIKOW. Besteht aus *Ol. lianthracis* 80,0, Spiritus absolutus 20,0, Äther sulfuricus 10,0.

5. *Solutio lianthracis acetonica* SACK. Besteht aus 10 Teilen Steinkohlenteer, 20 Teilen Benzol, 77 Teilen Aceton. Gestattet den Zusatz der mannigfachsten Arzneimittel.

6. *Lianthral* TROPLOWITZ ist ein Präparat, welches von allen unlöslichen Bestandteilen des Teers frei ist, dagegen sämtliche löslichen und flüchtigen Bestandteile des Teers enthält.

Das *Eupicin* wird aus dem officinellen Nadelholzteer, der *Pix liquida* der Pharmakopoe, mit Hilfe von Formaldehyd und einigen Kondensationsmitteln hergestellt und bildet eine Verbindung der wirksamen Bestandteile des Nadelholzteers mit Formaldehyd. In reinem Zustande ist es ein hellgraues, feines Pulver von schwachem Geruch.

Verfasser hat dieses Mittel bei seinen an der MAX JOSEPHSchen Poliklinik angestellten Versuchen in folgenden Verbindungen gebraucht:

1. *Eupicinsalbe* 5%, 10%, 20%.
2. *Eupicintinctur* 10%.
3. *Eupicinaceton* 10%.
4. *Eupicinemulsion* 2½%, 5%, 10%.
5. *Eupicinseife* (flüssig) 10%.
6. *Eupicinparaplast* 5%, 10%, 20%.

Unter 15 akuten Ekzemfällen sind zehn als geheilt entlassen worden, bei zwei Fällen mußte zu einer anderen Therapie übergegangen werden, drei Patienten blieben aus. Besonders günstig war die Wirkung des *Eupicinacetons* auf das Ekzema seborrhoicum in einigen Fällen; in fast allen Fällen trat das jucklindernde Moment in den Vordergrund. Bei weitem ungünstiger sind die Resultate beim chronischen Ekzem. Bei elf Versuchsfällen hat das *Eupicin* so gut wie gar nichts gewirkt. Nur beim Ekzema tyloforme wurden bessere Resultate erzielt. Von 14 Lichenfällen sind nur drei geheilt worden. Trotzdem empfiehlt Verfasser gerade für den Lichen chronicus simplex die *Eupicintherapie*, denn keines der sonst üblichen Mittel mildert den Juckreiz so schnell und so intensiv. Während bei den akuten und chronischen Urticariafällen sehr gute Resultate erzielt wurden, sind die Ergebnisse bei der Urticaria ähnliche Beschwerden verursachenden Prurigo und bei Pruritus weniger günstig. Die *Eupicinmedikation* bei Pityriasis rosea und versicolor leistet nichts besseres als die  $\beta$ -Naphtholverordnung, doch wurde auch hier der jucklindernde Einfluß von den Patienten besonders hervorgehoben. Wegen dieser letzteren Wirkung ist das Mittel auch bei Aene urticata und Miliaria rubra therapeutisch empfehlenswert. Die Mitteilungen über die Verwendung von *Eupicin* bei einzelnen Fällen anderer Hautaffektionen sind zu wenig umfangreich, um irgend welche definitiven Schlüsse zu erlauben.

*Fritz Loeb-München.*

Die *Arsenquellen der Val Sinestra*, von LARDELL (Vortrag, gehalten auf der V. ordentlichen Jahresversammlung der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft. Lugano, 1904.) Dieses Wasser enthält neben Arsen Calcium, Magnesiumkarbonat, Borsäure, Lithium, Jod und Brom, und zwar, namentlich was Arsen anbelangt, in verhältnismäßig beträchtlichen Mengen (3,17 mg Arsen. Säure auf 700 g Wasser). Die Indikationen ergeben sich hieraus von selbst. *C. Müller-Genf.*



**Zum Studium der kohlen säurehaltigen Chlornatrium-Schwefel-Thermen von Baden (Schweiz),** von P. RÖTHLISBERGER. (Vortrag, gehalten auf der II. ordentl. Jahresversammlung der Schweizerischen Balneologischen Gesellschaft. Baden, 1901.) Nach den Untersuchungen von TREADWELL gehören die Badener Thermen zu den CO<sub>2</sub> reichen Quellen. In physiologischer Beziehung haben sie eine mehr oder weniger ausgesprochene, das Bad überdauernde Wirkung auf die Blutverteilung der gesunden menschlichen Organismen in dem Sinne, daß die inneren Organe entlastet und die peripheren Teile reichlicher mit Blut versorgt werden. Der Puls wird deutlich verlangsamt (Vagusreizung). Der maximale Blutdruck erleidet keine bedeutenden Schwankungen. Die Verbrennung der Umsetzungsprodukte des Stickstoffwechsels ist eine vollständige.

C. Müller-Genf.

**Zur externen Behandlung Hautkranker,** von MICHAEL STEINER-Altenburg i. S. (Berl. klin. Wochenschr. 1906. Nr. 11.) Verfasser berichtet über seine Erfolge mit Teerdermasan, welcher sich ihm bei Ekzemen jeder Art und jeden Stadiums, bei Pityriasis, Prurigo, Pemphigus und Krätze gut bewährte. Eine Reihe von Krankengeschichten haben den Zweck, dieses wirklich vorzügliche Teerpräparat den Ärzten anzuempfehlen. Es handelt sich um eine dunkelbraune Masse von weicher, fast dickflüssiger Konsistenz und von spezifischem Geruch; in Alkohol völlig löslich, nicht reizend, enthält es in Mischung ca. 5% eingeeengten Liquor carbonis detergens und 10% Buchenholzteer. Es ist von vornherein anzunehmen, daß die Verbindung dieser Teerprodukte mit freier Salicylsäure und deren Estern in der Dermaseife spezifische Wirkungen entfalten wird. Das Präparat hat in hervorragendem Maße juckstillende, schälende und austrocknende Eigenschaften und ruft weder lokale Reizungen noch allgemeine Intoxikationen hervor, wie mitunter der reine Teer. — Die Anwendungsform wird sich in jedem Krankheitsfall von selbst ergeben.

Bernhard Schulze-Kiel.

**Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Licht,** von LINSE und HELBER. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. 83 Bd. und XIII. Kongress für innere Medizin. 1905.) Die Röntgenstrahlen zerstören in elektiver Weise die weissen Blutkörperchen im Organismus; dies ist am stärksten im kreisenden Blute der Fall; von den verschiedenen Leukocytenformen sind die Lymphocyten am wenigsten widerstandsfähig gegen die Röntgenstrahlen. Durch den Zerfall der weissen Blutkörperchen im kreisenden Blute wie ausserhalb des Körpers in leukocytenreichen Flüssigkeiten entsteht im Serum ein Leukotoxin. Durch Injektion eines solchen Serums wird bei anderen Tieren im kreisenden Blute ein starker Leukocytenzerfall hervorgerufen. Das nach Röntgenbestrahlungen im Serum auftretende Leukotoxin ruft eine Immunität gegen das Leukotoxin hervor; es läßt sich durch Erwärmung auf 55—60° inaktivieren; es geht auf placentarem Wege vom Muttertier auf den Fötus über. Nach Röntgenbestrahlungen treten Nephritiden auf, die nicht durch direkte Einwirkung der Strahlen auf die Nieren bedingt sind. Auf rote Blutkörperchen, Blutplättchen und Hämoglobingehalt haben die Röntgenstrahlen nur geringen schädigenden Einfluss. Die Blutgerinnung erleidet durch den Leukocytenzerfall keine Veränderung. Radium und ultraviolettes Licht haben keinen wesentlichen Einfluss auf das Blut.

F. Hahn-Bremen.

**Weitere Beiträge zur Radiometrie,** von LEOPOLD FREUND und MORITZ OPPENHEIM-Wien. (Wien. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 31.) Unter den Methoden, welche die X-Strahlen einzig und allein nach den von ihnen hervorgebrachten Wirkungen bemessen, sind hervorzuheben die Verfahren von FREUND und SCHIFF, von KIENBÖCK,

**KÖHLER, MILTON FRANKLIN und HOLEKNECHT** und die Modifikation des **HOLEKNECHT**schen Apparates nach **SABOURAUD** und **NOIRE**.

Bei den radiometrischen Untersuchungen, welche F. und O. mit Hilfe der Jodoformchloroform-Meßverfahrens (**FREUND**) anstellten, drängte sich ihnen die Beobachtung auf, als ob die Verfärbung der Meßflüssigkeit im Sommer leichter einträte als im Winter. Es lag der Gedanke nahe, daß bei höherer Temperatur die Zersetzung der 2%igen Jodoformchloroformlösung unter dem Einflusse der Röntgenstrahlen rascher vor sich gehe.

Diesen Beobachtungen gingen F. und O. nach, und sie kamen auf die Forderung, daß alle radiometrischen Messungen, welche auf der chemischen Wirksamkeit der Röntgenstrahlen basieren, bei einer bestimmten Normaltemperatur vorgenommen werden sollen, oder daß der Temperaturkoeffizient ermittelt werde, mittels dessen man die Photometeranzeigen bei einer gegebenen Temperatur auf die Photometeranzeige bei einer Normaltemperatur reduzieren kann. Als solche Normaltemperatur schlagen beide Beobachter 18° C. vor, weil diese als für Krankenzimmer, in denen solche Messungen vorgenommen werden, als hygienisch günstigste angegeben wird.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Erfahrungen mit Radiumbehandlung**, von A. **BLASCHKO**. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1906. Nr. 8.) Das Radium ist ein außerordentlich wirksames Mittel zur Beseitigung circumskripter, oberflächlich gelegener, maligner und benigner Tumoren, ferner ein Mittel, das bei einer ganzen Reihe sonst hartnäckiger, chronisch-entzündlicher Hautaffektionen in relativ kurzer Frist eine vollkommene Rückbildung und Abheilung zur Folge hat. Es ist im Gegensatz zu den Röntgenstrahlen völlig ungefährlich, überall hin leicht transportabel und fast an allen Körperstellen, auch auf den Schleimhäuten anwendbar, schmerzlos wirkend, sauber in der Anwendung. Es ist daher für die Behandlung der Hautkrankheiten ein vielseitig verwendbares und bei richtiger Indikationsstellung außerordentlich wirksames Heilmittel.

*Bernhard Schulze-Kiel.*

**Das ARONSONSche Antistreptokokkenserum und dessen therapeutische Verwendung**, von M. **LUBOWSKI**-Wilmersdorf. (*Allg. med. Zentral-Ztg.* 1905. Nr. 48 u. 49.) Dieses Serum gehört zwar zu der großen Gruppe der bakterizid wirkenden Sera, zeigt aber doch prinzipielle Differenzen gegenüber dem sonst als typischen Repräsentanten geltenden Typhus- und Choleraserum. Selbst hochwertiges Serum hat direkt keine Einwirkung auf die Streptokokken, es muß also im Organismus etwas hinzukommen — seien es nun außerhalb des Tierkörpers leicht zugrunde gehende Komplemente oder direkt celluläre Einflüsse —, was das Serum zu einem immunisierenden und heilenden macht.

Außer der bei Tieren konstatierten Schutzkraft zeigt das ARONSONSche noch andere spezifische Wirkungen auf Streptokokken. Es verursacht typische Agglutinationserscheinungen, wie sie bisher von keinem anderen Antistreptokokkenserum beschrieben worden sind. Die von ARONSON entdeckte Agglutination ist makroskopisch sichtbar, absolut typisch und wird nur durch hochwertiges Serum hervorgerufen.

Der erste, der das ARONSONSche Antistreptokokkenserum am Krankenbette und zwar bei Scharlach anwendete, war **BAGINSKY**. Zwar trat auch in den mit dem verbesserten Serum behandelten Fällen die Wirkung des Mittels nicht so packend und überzeugend hervor wie seinerzeit diejenige des Diphtherieserums; aber doch gab sich eine gewisse günstige Einwirkung kund, die sich von Tag zu Tag mehr festigte. Die Entfieberung ging auch bei den schweren Krankheitsformen zwar langsam, aber doch stetig vor sich, und Fälle, die sich anfänglich recht schwer anließen, gingen schließlich

nach langsamer Entfieberung konsequent und ohne Störung durch Komplikationen der Rekonvaleszenz entgegen. FISCHER verfolgte zwar erst mit negativem Erfolge die Marmorek-Serumbehandlung, aber er hatte später an zwei Fällen befriedigende Erfolge mit dem ARONSONSchen Antistreptokokkenserum.

Demgegenüber haben F. MEYER und L. MICHAELIS auch in zwei Fällen von Scharlach selbst durch die Anwendung größerer Quantitäten 20fachen Serums den Krankheitsprozess nicht beeinflussen können.

Im Gegensatz ferner zu HEUBNER, in dessen Scharlachfällen die von ihm geprüften Antistreptokokkenserum, darunter auch das ARONSONSche, sich fast indifferent gezeigt haben, hat G. ARNHEIM einen Fall beobachtet, der Zeugnis von der Wirksamkeit des ARONSONSchen Serums ablegt, ebenso BOAS.

Nach den Injektionen ist, von einigen erythematösen und urticariaähnlichen Hautausschlägen abgesehen, nur zweimal die Bildung lokalisierter Abszesse an der Injektionsstelle von BUMM gesehen worden, die offenbar durch die zufällige Beimischung von Streptokokken zum Serum bedingt war.

MANFRED FRAENKEL beschreibt einen Fall von durch Erysipel entstandener, mit ARONSONSchen Antistreptokokkenserum geheilter, überaus schwerer Sepsis, der frappant günstig verlief. ALFRED SMITH hatte bei Pocken günstige Erfolge.

Schließlich vermochten S. B. WERMEL und N. B. SOLOWJEW bei Lungensyphilis die sekundäre Streptokokkenanhäufung in der Luftröhre günstig durch ARONSONSches Serum zum Schwinden zu bringen.

*Arthur Bahn-Berlin.*

**Über den histochemischen Nachweis von Quecksilber in den Geweben,** von MAZZA und LOMBARDO. (*Gazz. Intern. di Medic.* Febr. 1906.) Gewisse Autoren, insbesondere JUSTUS und KASSAL, wollten bei Leichen von mit Hg intoxizierten Individuen, sowie bei Versuchstieren in den verschiedensten Organen Hg in Gestalt von Schwefel-Quecksilber nachgewiesen haben. Dem entgegen haben die Verfasser nachgewiesen, daß zwar in den genannten Fällen wohl Hg in den Geweben gefunden wird, jedoch nicht in Gestalt von Schwefelverbindungen.

*C. Müller-Genf.*

**Über den Verlauf der Jodausscheidung beim Menschen,** von JOHANNES WITT. (Inaug.-Dissert. Greifswald 1905.) WITT nahm morgens nach der Entleerung der Blase 1,8083 g Jodkalium = 1,0019 g Jod in Wasser gelöst und untersuchte alle zwei Stunden seinen Urin; dabei fand er, daß das Maximum der Jodausscheidung fast regelmäßig in den beiden ersten Stunden zu beobachten war. Vom zweiten Versuchstag ab zeigt sich eine Steigerung in den Vormittagstunden.

*Frits Loeb-München.*

**Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta,** von LUBLINSKI-Berlin. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1906. Nr. 8.) Bei einer 52jährigen Patientin, mit Lues insontium und schweren ulcerösen Erscheinungen im Rachen ergab die nach einer einleitenden Quecksilberkur noch vorgenommene Jodkaliumkur (dreimal täglich 20 ccm einer 5%igen Jodkaliumlösung in Milch) neben leichtem Schnupfen noch eine beträchtliche Schwellung der Schilddrüse, die sich wie ein weicher Kropf anfühlte, ohne zu schmerzen oder Unbequemlichkeit zu machen. Beide Drüsenlappen sowie das Mittelstück waren vergrößert, von teigiger Konsistenz, bei Druck leicht empfindlich, ebenso bei seitlicher und Rückwärtsbeugung des Kopfes.

Als das Jod weggelassen wurde, ging auch sofort die Schwellung der Schilddrüse zurück, und nach einer Woche war keine Abnormität vorhanden. „Um nun die Probe auf das Exempel zu machen, ließ ich alsdann die Jodkaliumlösung noch einmal nehmen. Aber schon nach Gebrauch von 80 ccm erschien die Kranke mit der Angabe, daß der Hals weiter anschwellte. Das war in der Tat geschehen, und

zwar war es diesmal besonders der rechte Seitenlappen, welcher die teigige Vergrößerung deutlich zeigte. Nach Aussetzen des Medikaments schwand auch diese Schwellung in einigen Tagen.

Arthur Rahn-Berlin.

Zur subcutanen Jodipinanwendung, von E. TOMASZEWSKI - Halle. (*Munch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 50.) Wenn die subcutane Jodipinapplikation sich nicht in dem Maße eingebürgert hat, wie sie es ihrer großen Vorzüge wegen verdient, so liegt das nach T. daran, daß in der Literatur die mannigfachsten Vorschriften zu ihrer Ausführung gemacht werden, und daß infolgedessen zahlreiche Ärzte ihre Technik für schwierig halten. Und doch ist eine subcutane Jodipininjektion im Grunde ebenso einfach wie eine Morphiumeinspritzung.

T. bedient sich zu den Jodipininjektionen einer von HAERTEL in Breslau in den Handel gebrachten, 10 cm haltender Spritze; er empfiehlt stets in die Glutäalgegend zu injizieren und zwar jedesmal 20—30 ccm. Die Kanüle wird schräg bis zu  $\frac{3}{4}$  ihrer Länge eingestochen, dabei wird die Haut nicht in einer Falte abgehoben, sondern straff angespannt. Bevor die Flüssigkeit eingespritzt wird, muß die Spritze von der Kanüle abgenommen werden, damit man sieht, ob kein Blutgefäß getroffen ist. Nach der Injektion wird leicht massiert und die Einstichstelle durch ein Zinkoxydpflaster verschlossen. Entzündliche Reizerscheinungen oder Abscessbildungen sah T. nach den Einspritzungen niemals auftreten.

Göts-München.

Therapeutische Versuche mit Isoform, von WEIK. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 19.) Verfasser empfiehlt das Isoform vor allem bei der Behandlung der Ulcera mollia und der schankrösen Bubonen. Sodann hat er es mit gutem Erfolge bei der Psoriasis vulgaris versucht, vor allem im Gesicht, das es nicht färbt.

F. Hahn-Bremen.

Über die therapeutische Natur des Ulcerols (Wundpflaster) und Clavalins (Hühneraugenpflaster), von BOLLAG. (*Ann. d. schweiz. Balneolog. Ges.* 1905.) Das Ulcerol enthält einen hohen Prozentsatz vermittels eines komplizierten Verfahrens gereinigten Perubalsams. B. hat nun in Verbindung mit einer Pflastermasse ein Pflaster hergestellt, das sich besonders bei Ulcus cruris bewährt haben soll. Es wird täglich einmal auf die Wunde aufgelegt, die Umgebung der Wunde wird mit einer feinen Ulcerolpaste eingerieben, das Bein von den Zehen bis zum Knie mit einer Trikotschlauchbinde gut eingebunden und die Patienten sollen, wenn immer möglich, ihrer Berufstätigkeit nachgehen. Das Pflaster wirkt sehr schmerzlindernd und erzeugt eine starke Wundsekretion unter der sich gute Granulationen und eine starke Narbe bilden. Das Pflaster läßt sich außerdem bei allen granulierenden Wunden verwerten (Decubitus, Verbrennungen dritten Grades, Furunkeln usw., die Paste bei nässenden Ekzemen, Verbrennungen ersten und zweiten Grades, Intertrigo Hämorrhoiden usw. Beide Präparate lassen sich sehr wohl bei Säuglingen anwenden.)

BOLLAGs Clavalin, dessen Zusammensetzung hier nicht angegeben wird, hat sich als ein vorzügliches Schälmittel bei Clavus, Schwielen und Warzen bewährt.

C. Müller-Genf.

Über die therapeutische Anwendung des Yohimbin „Riedel“ als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis, von RUDOLF TOPP-Halle a. d. S. (*Allg. med. Central-Ztg.* 1906. Nr. 10.) TOPP prüfte an Patienten beiderlei Geschlechtes das Yohimbin, von dem es bekannt war, daß es die Potenz nur steigert und den weiblichen Organismus entfacht, nicht aber eine gesteigerte Libido oder gar eine Satyriasis erzeugt.

T. konnte die bisherigen günstigen und vorsichtig begrenzten Wirkungen des Yohimbin „RIEDEL“ auch an seinen Fällen bestätigen; es handelte sich um vorangegangenen Alkoholmissbrauch, um Überarbeitung, um zu vieles Reiten u. a., und bei

Frauen um Frigidität oder Abneigung u. a. Jedesmal kamen die Patienten selbst mit der Bitte um Beseitigung dieses Zustandes, und in jedem Falle waren die weiteren Angaben bezüglich der Wirkung günstig. Meist wurde dreimal täglich eine Tablette gegeben; die Wirkung trat oft schon nach wenigen Tabletten ein, hielt bei weiterer Darreichung an und weiterhin auch nach.

Von Wesenheit war der Umstand, daß das Yohimbin „RIEDEL“ sich in den Grenzen eines rein therapeutischen Erfolges hielt.

Die kleinen runden weichen Tabletten à 0,005 (J. B. RIEDEL, Berlin) ließen sich mit einem Schluck Wasser leicht nehmen.

Arthur Bahn-Berlin.

### Angioneurosen.

**Zur Statistik und Kasuistik der septischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes,** von SIEGFRIED COHK. (Inaug.-Diss. München 1905.) Der Arbeit liegen 62 eigene Fälle zu Grunde. Gewisse Erscheinungen der äußeren Haut sind bei septischen Erkrankungen ziemlich häufig und diagnostisch wertvoll.

1. Erytheme. Sie waren in sechs Fällen, also in ca. 10% vorhanden. Einmal war das Erythem als dem Erythema nodosum ähnlich bezeichnet, in einem zweiten Falle sah der Ausschlag einem Erythema exsudativum multiforme gleich, in den übrigen Fällen waren roseolähnliche Flecke vorhanden.

2. Blutungen. Sie waren in fünf Fällen vorhanden, von denen vier letal endigten. Mit Ausnahme eines Falles, in dem ausgedehnte Suggilationen sich einstellten, traten sie zumeist symmetrisch, als punktförmige Hämorrhagien auf.

3. Eiterpusteln, Bläschen und Blasen. Diese traten bei sechs Fällen auf, die alle letal endigten. Die Eiterpusteln saßen einmal an der Unterlippe, in den drei anderen Fällen war ihr Sitz an den Extremitäten. LENHARTZ fand bei 87 Fällen von Streptokokkensepsis nur zweimal Eiterpusteln, d. h. in 2,3%, bei 18 Fällen von Staphylokokkensepsis dagegen fünfmal, d. h. in 28%. Bei den Fällen des Verfassers wurden, soweit sie untersucht sind, Staphylokokken im Blut nachgewiesen. Bläschen entwickelten sich in einem Falle auf dem Boden eines Purpuraexanthems. Das Auftreten von Blasen wurde bei einem 40jährigen Arbeiter beobachtet, bei dem vier Tage ante finem an der medialen Seite des linken Oberschenkels zwei große blutunterlaufene Blasen sich zeigten.

4. Herpes. LENHARTZ gibt an, daß er nach seinen Erfahrungen selten auftrete. Bei den 62 Fällen des Verfassers war er neunmal vorhanden, also in nicht weniger als 14,5%. Ob es ein rein zufälliges Zusammentreffen ist, daß alle Fälle bis auf einen starben, oder ob der Herpes in prognostischer Beziehung von Wichtigkeit ist, war aus der dem Verfasser zugänglichen Literatur nicht zu ersehen. Fünfmal trat ein Herpes labialis auf, je einmal ein Herpes nasalis, ein Herpes buccalis und ein Herpes nasalis et labialis.

Fritz Loeb-München.

**Zum Problem der Angioneurosenbehandlung,** von K. KREIBICH-Graz. (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 39.) Verfasser hält eine große Zahl von Hauterkrankungen für sympathische Reflexphänomene und sieht in den Hautveränderungen den Effekt einer vasodilatatorischen Innervation vasomotorischer Art. Diese Auffassung vertritt Verfasser für die verschiedenen Formen der neurotischen Hautangrän, für den Herpes zoster und Herpes febrilis, für akute und chronische Urticaria, Prurigo, manche exsudative Erytheme, für die vasomotorischen Hautveränderungen nach Nervenverletzung (glossy skin), nach Nervenerkrankung (Decubitus acutus usw.), für viele strichförmige Erkrankungen, für die Sklerodermie und für manche Formen des

pathologischen Schwitzens, endlich auch für das Ekzem. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet muß es die Aufgabe der Therapie sein, den Ablauf des Reflexphänomens zu verhindern zu suchen. Dies ist theoretisch denkbar, erstens durch Vermeidung des sensibel-afferenten Reizes, zweitens durch Herabsetzung der zentralen Reflexerregbarkeit. Unsere Ekzemtherapie wirkt im ersteren Sinne. Durch Abhaltung afferenter Reize allein aber lassen sich selten befriedigende Heilresultate erzielen, bei allen länger dauernden Zuständen wird man bestrebt sein müssen, auch die zentrale Reflexerregbarkeit herabzusetzen. Hat die Erkrankung ihre Ursache nachweislich in einer Intoxikation oder Autointoxikation, so wird es durch Fernhaltung des Giftes oder Hebung des Grundübels nicht selten gelingen, einen Erfolg zu erreichen. Für alle Angioneurosen ohne greifbare Ursache aber gibt es zur Herabsetzung der Reflexerregbarkeit nur ein einziges, wenigstens in vielen Fällen wirksames Mittel: das Arsen. Verfasser hat in den letzten Jahren fast bei allen länger dauernden urtikariellen, urtikariell-erythematösen oder auch bloß rein pruriginösen Zuständen Arsenik gegeben und davon die besten Wirkungen gesehen. Er verordnet Sol. arsenical. FOWLER und Aq. menth.  $\text{m}$  durch drei Tage früh und abends je fünf Tropfen, dann früh und abends je zehn Tropfen, so lange zu nehmen, bis die Wirkung eintritt. Wo durchführbar, gibt Verfasser statt der Tropfen subcutane Injektionen von Natr. arsenicos. (alle zwei Tage 0,02 g), ebenso wenn bei interner Verabreichung Magenstörungen eintreten.

A. Loewald-Kolmar.

**Ein Fall von Urticaria auf Grund psychischer Störung,** von JEAN KUCERA-Gr. Sedowitz. (*Wien. med. Presse.* 1905. Nr. 47.) K. teilt die Krankengeschichte eines 13jährigen Mädchens mit, bei welcher aus Angst vor den Folgen eines Insektenstiches in die Fingerkronen des Mittelfingers ganz kurze Zeit nachher eine Urticaria auftrat, welche von der linken Gesichtshälfte ausgehend sich unter den Augen des Arztes auf den Hals, den Thorax und die oberen Extremitäten ausbreitete. K. hält den Ausschlag für eine durch psychischen Angstwahn verursachte Angioneurose. Die Heilung erfolgte unter Anwendung von Borsalbe im Verlauf einer Stunde hauptsächlich durch Suggestion.

Putzler-Danzig.

**Ein Fall von akuter Urticaria mit besonderer Komplikation,** von WENDE-Kreuzburg (Oberschlesien). (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Wenn die ödematösen Schwellungen der Urticaria die Mund-, Rachen-, und Kehlkopfschleimhaut befallen, dann kann eine Urticaria nicht bloß belästigend sein und quälend, sondern auch bedrohliche Erscheinungen machen, um so mehr, wenn noch Störungen des Herzens sich hinzugesellen. WENDE beobachtete bei einem 58jährigen Patienten der Kreuzburger Provinzialirrenanstalt ein solches fatales Zusammentreffen, ohne daß ein Anhalt für die Entstehung der Urticaria gefunden werden konnte. Allerdings war der ganze, höchst akute Anfall durch einen aufsergewöhnlich anhaltenden Niesreiz eingeleitet worden; der Kranke hatte mindestens 30mal hintereinander niesen müssen. Ähnlich wie beim Heufieber, sagt W., könnte es sich um die Wirkung eines toxischen Prinzipes handeln, das mit der Atemluft auf die Respirationsschleimhaut gelangt ist und bei dem besonders disponierten Patienten die Erkrankung hervorgerufen hat.

Es entwickelten sich ganz akut innerhalb kürzester Zeit erhebliche ödematöse Schwellungen verschiedener Schleimhäute, in erster Linie des Respirationstraktes, mit diesem Ödem ging eine abundante Steigerung der Sekretion einher; beide Erscheinungen waren aber nur von kurzem Bestand und verschwanden nach wenigen Stunden, ohne irgendwelche Veränderungen zu hinterlassen. Ebenso flüchtig zeigen sich die Kombinationen seitens des Herzens, die momentan einen bedrohlichen Eindruck machten, der kleine, kaum fühlbare, sehr frequente Puls und die Erscheinungen von Hirnanämie. Das gleiche Symptom in derselben Flüchtigkeit hat MARTIN (Urticaire

spontanée. *Gazette des hôpitaux*. 1896. Nr. 66) bei einer Urticaria beobachtet, deren Erscheinungen sich in einem Zeitraum von vier Stunden abspielten.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Über die Bedeutung der Dermographie für die Diagnose funktioneller Neurosen**, von STURSBERG. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 83, Heft 5 u. 6.) In dem Bestreben objektive Symptome für die Beurteilung funktioneller Neurosen, vor allem bei Unfallverletzten, zu finden, hat Verfasser an einem größeren Material das Verhalten der Dermographie, d. h. der nach einem Hautreiz auftretenden Beizrötung, geprüft. Es liefs sich Rötung der Haut nach mechanischer Reizung mäfsiger Art bei der übergrofsen Zahl aller Untersuchten nachweisen: völliges Fehlen bildet eine seltene Ausnahme. Bei größerem Untersuchungsmaterial ergeben sich etwas höhere Werte für die Stärke der Dermographie bei Neurosen. Gleichwohl kommt der Erscheinung eine wesentliche Bedeutung für deren Diagnose nicht zu, weil sie auch bei Fehlen jeder nervösen Störung in derselben Weise vorhanden sein kann.

*F. Hahn-Bremen.*

**Ein Fall von Dermographismus bei einem Ikterischen**, von TH. PLAUT-Frankfurt a. M. (*Med. Klinik*. 1905. Nr. 85.) BOLLOCK sagt, dafs solche Beobachtungen noch nicht berichtet sind, daher gibt PLAUT die Krankengeschichte zu solch einem interessanten Falle: Ein bisher gesunder 25jähriger Mann hat seit 14 Tagen Rückenschmerzen, Appetitlosigkeit, Übelkeit und Kopfweh. Seit einigen Tagen bemerkt er Gelbfärbung der Haut, die gleichzeitig etwas juckt. Objektiv fiel der Ikterus in den Skleren deutlich auf und P. war daher erstaunt, als sich der Körper des Patienten nach dem Entkleiden nicht, wie erwartet, gleichmäfsig gelb gefärbt erwies, vielmehr eine ganze Anzahl deutlich sicht- und fühlbar erhabener, intensiv gelb gefärbter Streifen zeigte. Es handelte sich um Kratzeffekte, die infolge besonderer Reizbarkeit der Haut diese eigentümliche Gestalt angenommen hatten. Dementsprechend liefs sich das Phänomen auch künstlich erzeugen. Striche, die P. mit dem Stiel des Perkussionshammers auf der Haut zog, erschienen zuerst rot, blästen dann in der Mitte etwas ab, während sich die Rötung noch weiter in der Umgebung verbreitete, und schwoollen dann allmählich zu intensiv gelb gefärbten Streifen an, die sich wallartig über der Umgebung erhoben. Bis zur vollen Ausbildung vergingen 2—4 Minuten, bis zur Rückbildung 10—15 Minuten und wohl auch noch längere Zeit. Eine eigentliche Quaddelbildung war nicht zu konstatieren. Bei näherem Zusehen zeigte sich auch die übrige Haut deutlich ikterisch gefärbt, die (durch Kratzen oder künstlich) gereizten Stellen erfuhren jedoch offenbar eine so intensive Durchtränkung mit gallenfarbstoffhaltigem Serum, dafs auf den ersten Blick die gallige Färbung der übrigen Haut etwas verdeckt wurde. Der Urin enthielt deutlich Gallenfarbstoff, anfänglich auch etwas Eiweifs, das in den nächsten Tagen verschwand.

Nach zwei Wochen gingen Ikterus und ebenso die dyspeptischen Erscheinungen zurück, der Dermographismus bestand aber, wenn auch in seiner Plastik etwas zurückgehend und dabei ablassend mehr als zehn Wochen fort.

Auch hier handelte es sich um einen nervösen Mann, der schon vielfach an Kopfweh und Schwindelanfällen gelitten hatte.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Einige Wirkungen des natürlichen Ödems und der künstlichen Ödemisierung. Ein Beitrag zur Stauungstherapie**, von EUGEN JOSEPH-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 40.) Der Organismus sucht eingedrungene Gifte möglichst bald durch Verdünnung unschädlich zu machen; deshalb entsteht bei lokalen Vergiftungen Ödem, bei Infektionen, deren Erreger rasch und reichlich Gifte erzeugen, tritt auch rasch und reichlich Ödem auf. Die Bakterien können in den Giftlösungen, die sie sich selbst bereitet haben, nicht leben, sie werden durch das Ödem auf ihren

primären Angriffsherd beschränkt, das Ödem selbst bleibt steril. Die entgiftende Wirkung der Ödeme konnte J. durch Tierexperimente nachweisen: Kaninchen, denen er 0,4 ccm einer 1%igen Lösung von Strychnin nitr. in den Oberschenkel einspritzte, erlagen nach etwa vier Minuten einem einzigen, starken tetanischen Anfall, bei Kaninchen, bei denen vor der Injektion 12 Stunden lang gestaut worden war, traten Vergiftungserscheinungen später und in viel milderem Grade ein, zum Teil blieben die Tiere trotz der sonst unbedingt tödlichen Dosis am Leben. Auch Kaninchen, denen ca. 200 ccm physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut des Oberschenkels eingespritzt worden waren, überstanden die Injektion von 0,004 g Strychnin, während Kontrolltiere nach vier Minuten im Tetanus verendeten. Die Hauptarbeit bei der Entgiftung besorgt die große, verdünnende Flüssigkeitsmenge des Ödems unmittelbar, denn der Organismus verträgt, wie Tierversuche gezeigt haben, viel größere Dosen eines Giftes in dünner Aufschwemmung als in konzentrierter Form. Bei der Bindenstauung ist die Flüssigkeitsmenge nach dem Ergebnis der von J. vorgenommenen Messungen durchschnittlich ziemlich bedeutend; sie muß also auch stark entgiftend wirken. Außerdem aber stört ein größeres Ödem die Zirkulation schon durch die Raumbegrenzung, verschließt durch die Anämie der Gewebe, die es erzeugt, die Resorption und wirkt auch auf diese Weise entgiftend. — Die Stauungsödeme sind also Giftlösungen; werden sie nach Lösung der Binden durch Suspension der Glieder rasch zur Resorption gebracht, so können, worauf auch schon BIER hingewiesen hat, beträchtliche Temperatursteigerungen eintreten. — Die künstliche Ödemisierung gewährt auch den Vorteil einer einfacheren und sanfteren Wundbehandlung. Wenn eine Plegmone inzidiert und Stauungshyperämie angewandt wird, dann nimmt ein Teil des Ödems seinen Weg durch die Wunde, schwemmt anfangs nekrotisches Gewebe, Zelltrümmer und Entzündungsprodukte heraus und verhindert weiterhin den Verschluss der Wunde. Bei dieser natürlichen inneren Wundspülung bedarf es zur Offenhaltung der Wunde keiner Tamponade oder anderer schmerzhafter Manipulationen, die Wunde bleibt in Ruhe, und es gelingt dadurch, empfindliche Gebilde, wie Sehnen zu erhalten, die bei der Tamponade der Nekrose verfallen wären.

*Göts-München.*

---

## Verschiedenes.

**Die sexuelle Frage in der Erziehung,** von FERDIN. C. VALENTINE-New York. (*New York med. Journ.* 10. Febr. 1906.) V. macht wohl mit Recht in dieser schwierigen Frage einen scharfen Unterschied zwischen Mädchen und Knaben, indem er Aufklärung der letzteren verlangt, sobald sie in der Entwicklung so weit vorgeschritten sind, daß sie den richtigen Nutzen aus derselben ziehen können (dieser Zeitpunkt ist eben das außerordentlich schwierige! Referent), während Mädchen nur ausnahmsweise, d. i. wenn der Geschlechtstrieb vorzeitig entwickelt ist, in sexueller Physiologie und Hygiene unterrichtet werden sollen. Er definiert das Alter, in dem diese Aufklärung erfolgen soll, als jenes, „in welchem je nach dem individuell streng zu sichtenden Falle dieselbe aus Gründen moralischer und physischer Prophylaxis notwendig wird.“ Die Schulen und Erziehungsinstitute können zwar für diese Belehrung in Betracht kommen, aber dieselbe sollte nur für je kleine Gruppen möglichst gleichgearteter Schüler erfolgen. Die Bücher über die elementare Hygiene sollten kein



Kapitel über sexuelle Physiologie enthalten und Drucksachen über letztere jedenfalls nur mit größter Vorsicht jenen überlassen werden, von welchen man Mißbrauch ausschließen kann. Bei der Belehrung der Laien über sexuelle Fragen möchte V. folgende Punkte betont wissen: 1. Viele erfahrene Männer halten sexuellen Verkehr vor der Ehe als nicht notwendig für die Gesundheit des Individuums. 2. Enthaltensamkeit vermindert die sexuelle Begierde. 3. Befriedigung des sexuellen Bedürfnisses vor der Ehe degradiert den moralischen Ton und setzt den Betreffenden Gefahren ernster Infektion aus. 4. Geschlechtskrankheiten sind keine schändenden Krankheiten, aber die Folge unglückseligen Mangels an Energie (Selbstkontrolle). 5. Die größte Gefahr nach der Infektion an solchen Krankheiten bildet deren Behandlung durch Kurfuscher. 6. Jeder, der sich eine derartige Krankheit zugezogen hat, sollte in seinem eigensten Interesse sofort ärztliche Hilfe suchen.

*Stern-München.*

Soll Aufklärung in sexuellen Dingen einen Teil der Jugenderziehung bilden? In welcher Weise, zu welchem Zweck und in welchem Alter soll sie beginnen? von E. L. KEYS-NEW YORK. (*New York med. Journ.* 10. Febr. 1906.) Verfasser beantwortet den ersten Teil der Frage mit einem absoluten Ja, und zwar sollte diese Aufklärung vor allem im Elternhause geschehen in der Weise, daß im allgemeinen das Kind im Alter von sieben bis zwölf Jahren darauf hingewiesen wird, alles Leben von Pflanzen, Tieren, Fischen, Vögeln komme von einem vorher bestandenen Leben, und in der Regel seien zwei vorhergehende Lebewesen notwendig, bevor ein neues Leben entstehen könne. Eines dieser Lebewesen ist männlich und hat einen Teil zu leisten, das andere ist weiblich und bildet die Ergänzung; an Blumen und Bäumen kann dies objektiv illustriert werden und die Beihilfe der Insekten zur Fruchtbarmachung der Blüten und deren Entwicklung zu Samen und Frucht kann den Kindern leicht beigebracht werden, ohne irgendwie Ärgernis zu erregen. Wenn das Kind älter wird, sollte der sexuelle Gedanke weiter durch die Kanäle biologischer und zoologischer Erziehung geleitet werden, bis es mit dem Gedanken vertraut ist, daß das Geschlecht für Pflanze und Tier etwas ganz Natürliches ist und die weitere Aufklärung dann mit Leichtigkeit erfolgt. Gedrucktes über sexuelle Fragen sollte auch älteren Knaben nicht in die Hand gegeben werden, da es gewöhnlich den jüngeren in die Hände fällt. Also der Grundgedanke K.s ist, durch allmähliche, sorgfältige Erziehung die Jugend an den sexuellen Gedanken gleichsam zu gewöhnen. (Ob aber damit vorzeitigem Mißbrauch, späteren Ausschreitungen und Infektionen vorgebeugt wird, darüber läßt sich K. des näheren nicht aus und dünkt auch Referent recht zweifelhaft.)

*Stern-München.*

## Über die Pathologie und Therapie der Lepra.<sup>1</sup>

Von

P. G. UNNA.

Die Zeiten sind glücklicherweise vorbei, wo es allgemein hieß, die Lepra wäre unheilbar, wo jeder Arzt, der sich nicht von diesem trostlosen Dogma beeinflussen ließ, nur ein mitleidiges Lächeln erntete. Es ist mit der Lepra hierin nicht anders gegangen wie mit der Tuberkulose. Erst die guten Erfolge einiger Ärzte, denen dieses „Dogma der Bequemlichkeit“ nicht imponierte, brachten eine Änderung hervor. Diese bestand zunächst aber nur darin, daß man mit besonderem Nachdruck auf die spontanen Schwankungen im Verlaufe der Lepra hinwies und die Vermutung aussprach, die sogenannten Heilungen der Lepra wären zufällig mit solchen spontanen Besserungen zusammengefallen und die beobachtenden Ärzte hätten sich geirrt. Nun kennt ein jeder Arzt, der viele Lepröse beobachtet hat, diese periodischen, äußerst geringen Besserungen, z. B. bei Klimawechsel, Hospitalpflege, die mehr ein vorübergehender Stillstand als eine wirkliche Besserung genannt werden können. Aber kein sachverständiger Beobachter wird diese Zustände mit den raschen und eklatanten und nahezu im voraus zu bestimmenden Besserungen verwechseln, wie sie als Folgen einer energischen, glücklichen Kur auftreten. Wer diese plötzlichen, künstlich erzeugten Besserungen Lepröser nur einmal erlebt hat, wird dieselben richtig als das einschätzen, was sie sind, als ein hochehrfreuliches therapeutisches Ereignis.

Aber auch dieser wissenschaftlich klingende, jedoch nur von mangelnder Erfahrung zeugende Einwurf verhallte. Der Gesichtskreis der europäischen Ärzte erweiterte sich durch die Reisen von Leprologen nach solchen Ländern, in denen es weniger ärztliche Theoretiker als Massen von Leprösen, daneben eine urwüchsige Volksmedizin und naturwüchsige, von

<sup>1</sup> Referat, erstattet in der dermatologischen Sektion des internationalen medizinischen Kongresses zu Lissabon. April 1906.

keinem Dogma gebundene Heilkünstler gibt. EHLERS und CAHNHEIM untersuchten die Leprösen Kretas und fanden geheilte Fälle. Besonders aber erwarb sich TONKIN ein Verdienst, indem er die Leprösen des Sudan untersuchte, und nachdem er dort zahlreiche geheilte Leprafälle vorfand, mit dem Vorwurf nicht zurückhielt, die europäischen Ärzte hätten unberechtigter Weise die Unheilbarkeit der Lepra ausgesprochen.

Inzwischen haben sich aber auch in den zivilisierten Ländern die Berichte über Besserungen und Heilungen der Lepra so sehr vermehrt, daß dieselben nicht mehr übersehen und vernachlässigt werden können. So haben, was die inneren Mittel betrifft, Fälle von auffallender Besserung und Heilung mitgeteilt: vom Gynocardöl: BESNIER, HALLOPEAU, DU CASTEL, BROUSSE und VIRES, JEANSELME, MIQUEL, SÉE, DANLOS, VEYRIÈRES in Frankreich; MORROW, FOX, HOPKINS, BLACK, DYER in Nordamerika; RIBB, ESPADA, ALFONSO in Mittelamerika; NOBL, SOMMER, LUTZ in Südamerika; FALWIK, SCHAPHIR, KUPFFER, HIRSCHBERG in Rußland; BÄELZ, JAKURANE, TASHIRO in Japan; ABRAHAM, THIN, SAVILL in England; DÖNITZ in Deutschland; ISIDOR VON NEUMANN in Österreich; TOURTULIS-BEY in Ägypten; FILARETOPOULO in Griechenland. Vom Gurjunbalsam: REISSNER, LOTT. — Von Quecksilberpräparaten: MEYER, CROCKER, HASLUND. — Vom Strychnin: PIFFARD, FOX, DYER, KALINDERO. — Vom Arsenik: GLÜCK, HUTCHINSON, RAMON DE LA SOTA Y LASTRA. — Von Salicylsäurepräparaten: DANIELSSEN, LUTZ. — Vom Ichthyol: BIDENKOP, MANSSUROW, PLUCKER, BRAULT, MORAITIS. — Vom Airol: FORNARA. — Vom Chinisol: MÜLLER.

Über den Nutzen der heißen Bäder sind die meisten Autoren einig. — Die von mir angegebene äußere Behandlung haben DRECKMANN, LUTZ, MANSSUROW, PLUCKER, LIMA, DUBREUILH mit gutem Erfolge angewandt.

Auch DANIELSSEN hat, selbst nach dem Zeugnis von ARMAUER HANSEN viele Lepröse aus dem Lungegaards-Hospital in Bergen geheilt entlassen und schreibt die Heilung teils den Heilmitteln, wie dem salicylsäuren Natron, teils der guten Pflege des Hospitals zu. ARMAUER HANSEN aber glaubt weder das eine noch das andere. Auch für ihn ist die Lepra in seltenen Fällen heilbar; aber dann „heilt sie von selbst“. Er sagt kurz und bündig: „Wir vermögen nichts zur Heilung der Lepra beizutragen.“ Ich kann diesen Satz nur gutheißen, wenn ich annehme, daß ARMAUER HANSEN hier im Pluralis majestaticus spricht. Glücklicherweise aber hat in der Medizin die Theorie nie das letzte Wort zu sprechen, und ARMAUER HANSEN hätte von den ausgezeichneten Praktikern: KAPOSÍ und VIDAL etwas mehr Vorsicht lernen können. Ersterer sagt:

„Die Lepra ist eine bis nun nahezu unheilbare Infektionskrankheit.“

Letzterer:

„Nous n'avons pas de spécifique contre cette affection. Cependant, il me semble, que l'on ne doit pas désespérer d'en trouver un.“

Dieser Widerspruch zwischen der selbstbewußten, absoluten Negation des Hygienikers, der das einzige Heil in der staatlichen Hospitalisierung aller Leprösen sieht, sich selbst aber nie die Mühe gegeben hat, durch eine opfervolle, monatelange und jahrelange, energische Behandlung einen einzelnen Leprösen zu heilen und den vorsichtigen, die Hoffnung auf Heilung nicht ausschließenden Aussprüchen gewiegter Praktiker —, dieser Widerspruch geht auch heute noch durch die ganze Lepraliteratur hindurch. Und dieser Widerspruch ist für den Eingeweihten auch in seinen Motiven durchaus verständlich. Denn das Material, das beiden Arten von Aussprüchen zugrunde liegt, ist ja ein durchaus verschiedenes.

Für den aus einem elenden Fischerdorfe Norwegens nach dem Lungegaards-Hospital transferierten Leprösen ist das Hospital ein Paradies, wo er ein reinliches Bett, reinliche Kleidung, gutes Essen, keine Sorgen, ärztliche Pflege und eine mitfühlende Umgebung hat, die keine Zeichen von Furcht und Verachtung verrät, wenn er ein noch so abschreckendes Äußere besitzt. Derselbe hat keine besonders grofse Neigung, diese paradiesische Ruhe und diesen glücklichen Frieden mit einer täglich wiederkehrenden, anstrengenden und zum Teil schmerzhaften Behandlung zu vertauschen, besonders wenn die Hospitalärzte selbst dem Resultat einer solchen anstrengenden Kur sehr skeptisch gegenüber stehen und er am letzten Ende höchstens die Entlassung in seine früheren dürftigen Verhältnisse und in eine mißtrauisch gewordene Umgebung als Belohnung vor sich sieht. Unter solchen Verhältnissen erlahmt der beste Wille zur Behandlung, es werden einige Versuche mit neuen Mitteln gemacht, mißtrauisch und ohne Energie, um bald wieder aufgegeben zu werden.

Wie anders sieht das Material des praktischen Arztes in einer leprafreien Gegend aus. Der Patient kommt als einzelner, und der Arzt kann und muß sich ihm ganz hingeben. Aus guten Verhältnissen, einem glücklichen Familienleben, einer geachteten gesellschaftlichen Stellung durch die unbegründetste und widersinnigste aller Paniken heraus getrieben, sowie die Diagnose: Lepra ausgesprochen wurde, sieht der Patient sein ganzes Heil in dem Wirken des Arztes. Von ihm hängt nicht nur sein Leben, sondern das Wohl seiner ganzen Familie ab, die von der heutigen Gesellschaft in Bann und Acht getan wird, sowie auch nur ein Mitglied von dieser Krankheit befallen wurde. Unsägliches moralisches und physisches Elend harret seiner, wenn er nicht geheilt wird, und selbst die Deckung durch ein Hospital erscheint ihm wie ein lebendig Begrabenwerden. Kein Wunder, daß er nicht bloß alles pünktlich tut, was ihm der Arzt verordnet, wenn es auch nur mit Opfern und Schmerzen möglich

ist, nein, er selbst bestürmt täglich den Arzt, alle Hilfsmittel für die Heilung in Bewegung zu setzen und jeder Tag, der keinen Schritt auf dem Wege der Besserung bringt, wird als ein verlorener erachtet.

Ist es da zu verwundern, wenn sich wirklich rasche und eklatante Besserungen einstellen und wenn jeder Fortschritt eine noch höhere Energie entfacht im Kampfe mit der Krankheit? Wer eine solche Heilung noch nicht erlebt hat, lese einmal die urwüchsige Schilderung, welche der verstorbene Arzt Dr. DRECKMANN von seinem Leprösen gibt.<sup>2</sup> Um zu wissen und zu erfahren, was man zur Heilung der Lepra tun kann, dazu bedarf es nicht einer Leproserie mit hundert armen, sich relativ wohl fühlenden, indolenten zufriedenen Leprösen, sondern weniger Patienten, bei denen alles auf dem Spiel steht und die täglich heifs mit Hilfe des Arztes um die Gesundheit ringen. Der extensiven Quantitätserfahrung setze ich die intensive Qualitätserfahrung gegenüber.

Ich habe persönlich in 22 Jahren 60 Lepröse zu behandeln gehabt, und diese Fälle von zwei Monaten bis zu zwölf Jahren verfolgt. Das Material war dazu ein ganz bestimmtes; es waren alles Formen von Hautlepra von dem leichtesten, nur dem Kenner sich verratenden bazillenfreien Neurolepid bis zu den schönsten universellen Lepromen der Cutis und Subcutis. Die meisten litten ausserdem an Paraesthesien, einige an umschriebenen Muskelatrophien, viele, doch nicht alle, an Erkrankungen der Nasenschleimhaut, manche an leprösen Augenerkrankungen. Reine Formen der Nervenlepra und Lepra mutilans dagegen habe ich nicht behandelt. Mein Material war also nicht nur ein kleines, sondern auch ein einseitiges, nämlich der Hauptsache nach ein dermatologisches. Wenn sich in den verflossenen 22 Jahren die Richtungslinien der Behandlung bei mir ziemlich festgelegt haben, so sind sie wesentlich durch dieses Material bestimmt worden; meine Behandlung ist mit einem Worte eine wesentlich dermatologische. Und nur für ein analoges Material kann ich die im folgenden zu besprechende Behandlung warm empfehlen.

Will man in der Behandlung der Lepra auch nur irgend einen Erfolg haben, so muß man sich zunächst von dem unbewiesenen Dogma der Unheilbarkeit frei machen. Dann steht man sofort auf dem richtigen Standpunkte, daß man es mit einer sehr schwierig zu heilenden Krankheit zu tun hat, für die man kein einheitliches und bequemes Spezifikum besitzt, wie das Quecksilber bei der Syphilis. Gerade dieser Vergleich wird jeden erfahrenen Arzt aber sofort daran erinnern, daß es viele Fälle, besonders von tertiären Syphiliden, gibt, die auch nicht auf eine Behandlung mit Quecksilber und Jod allein reagieren, aber schliesslich

<sup>2</sup> Über Heilung eines Falles von Lepra nach der UNNASCHEN Methode. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII. S. 1180.

doch vollständig ausheilen, wenn wir diese Behandlung mit einer energischen äußeren, z. B. durch Schwefel oder durch Ätzung kombinieren. Es liegt dann für die spezifische Wirkung von Quecksilber und Jod offenbar ein individuelles oder lokales Hindernis vor, das wir erst durch das hinzugefügte Mittel beseitigen, sei es eine Einkapselung des Virus, eine Mischinfektion oder sonst etwas. Nun müssen wir uns doch sagen, daß bei der Lepra etwas Ähnliches vorliegen kann. Wir besitzen ja Mittel, die nach einigen Autoren hin und wieder Heilung, nach vielen Autoren bedeutende Besserung hervorrufen. Da ist es unsere Pflicht, nach den Bedingungen zu forschen, welche diese gute Wirkung erhöhen und zuverlässiger machen und nach denjenigen Umständen, welche dieser Wirkung hindernd im Wege stehen. In der Erkennung dieser individuellen und lokalen Adjuvantien liegt möglicherweise das Geheimnis, wie man die Mehrzahl der Leprafälle der Heilung zuführen kann.

Solcher Hindernisse einer medikamentösen Wirkung überhaupt kennen wir nun schon bei der Lepra eine ganze Reihe. Das wichtigste Hindernis liegt in der torpiden und allzu schwachen Reaktion des Hautgewebes (und Nervengewebes), die der Bacillus um sich herum hervorrufft. Er verursacht nicht eine stürmische, seröse oder purulente Entzündung, sondern eine zu fibröser Abkapselung der Bazillen tendierende einfache Hypertrophie des Bindegewebes und zwar seiner Fasern und eines Teiles seiner Zellen, während die Epithelzellen aller Arten sich sogar völlig passiv verhalten. Mit einem Worte: der Bacillus schleicht sich ein und wird festgehalten, nicht ausgestoßen.

Ein zweites Hindernis liegt in der Verstopfung aller Lymphspalten des betreffenden Gewebes mit Bazillen derart, daß, wo die Leprakultur im Gewebe sich entwickelt, ein reger Stoffwechsel nicht stattfindet und unsere Medikamente nur sehr langsam hingelangen können. Durch dieses Hindernis erklärt sich auch die paradoxe Tatsache, daß die Leprome der eigentlichen Cutis schwerer heilbar sind als die der Subcutis, da bei letzteren die Medikamente in die freien Lymphbahnen der Cutis besser eindringen können.

Ein drittes Hindernis ganz eigener Art bereitet uns der Bacillus dadurch, daß er in seinem Innern ein festes Fett ausbildet, wodurch er im allgemeinen mehr für ölige als für wässrige Lösungen angreifbar wird. Wenn er diese Schwierigkeit auch mit dem Tuberkelbacillus teilt, so übertrifft er den letzteren noch weit mehr an lokaler Unangreifbarkeit durch die Umhüllung mit Gloea, d. i. der Ansammlung eines Pflanzenschleimes, der aus abgestorbenen und gequollenen Bazillen besteht, die auch zum Teil noch festes Fett enthalten. Diese Gloea trennt die Bazillen zum Teil vom lebendigen Gewebe und bringt die Bazillenherde noch mehr außer Kontakt mit unseren Heilmitteln.

Diese inerte, abgestorbene Masse, durch die sich die Lepra noch sehr zu ihren Ungunsten von der Tuberkulose unterscheidet, färbt sich schwer und ist bisher stets für Protoplasma tierischer Zellen gehalten worden. Zum ersten Male auf dem Berliner Leprakongress habe ich sie durch eine Doppelfärbung der lebenden und toten Bazillen in ihrer ganzen Ausdehnung demonstrieren und zugleich vom Protoplasma tinktoriell differenzieren können. Es ist mir seither geglückt, durch eine leichtere und noch zuverlässigere Viktoriablau-Safranin-Methode die lebenden Bazillen blauschwarz innerhalb der goldgelben Massen toter und verschleimter Bazillen darstellen zu können.

Bei dieser sehr scharfen Doppelfärbung zeigt sich nun, daß die goldgelbe Farbe nicht nur an den verschleimten, gequollenen, amorphen Massen haftet, sondern auch an sehr vielen Bazillen, die sich zunächst wohl mit Viktoriablau wie normale Bazillen blau färben, aber durch ihre leichte Umfärbbarkeit mit Safranin kundgeben, daß ihnen eine Substanz verloren gegangen ist, die in den normalen Bazillen das Viktoriablau festhält.

So haben wir in dieser Doppelfärbung zum ersten Male eine Methode in der Hand, von einem Teil der Bazillen nachweisen zu können, daß derselbe unter Beibehaltung seiner Bazillenform abgestorben ist. Es zeigt sich, daß ein großer Teil der im lebenden Gewebe befindlichen Bazillen somit abgestorben ist und wahrscheinlich wird ein noch größerer Teil der vom Patienten ausgeworfenen Bazillen, durch deren Existenz man die Ärzte und das Publikum so sehr beunruhigt hat, abgestorben sein; darüber müssen weitere Untersuchungen an der Hand dieser Methode Klarheit schaffen.

Ich kann mir nicht versagen, einen prophetischen Passus aus der wichtigen Arbeit von TONKIN an dieser Stelle zu zitieren:

„Man sagt, daß, obwohl das Individuum scheinbar geheilt ist, man nicht sicher ist, daß es keine Bazillen enthält. Es mag solche auch enthalten; das macht den Mann aber noch nicht zu einem Leprösen, so wenig wie einige Tuberkelbazillen in käsigen, verkalkten Herden der Lunge den Menschen tuberkulös machen. Leprös wird der Mann erst, wenn seine Gewebe auf die Bazillen reagieren. Im Aussehen und in ihrer Reaktion gegen die verschiedenen Färbungen mögen die Bazillen ununterscheidbar von den Organismen in einem aktiven Stadium sein; aber ihre Lebensfähigkeit ist trotzdem nicht zweifellos und ihr Einfluss ist unter diesen Umständen zweifellos gleich Null. Es ist wahrscheinlich, daß sie wenigstens zeitweise zu vernachlässigende Größen sind. Es ist ziemlich gleich, ob sie das sind oder nicht; wenn der Mensch keine Symptome der aktiven Krankheit zeigt, wenn seine Organe normal funktionieren, wenn er sein Leben genießt und arbeiten kann, so halte ich es für rationell, den Mann als gesund zu betrachten, und wenn die

erreichbaren Flüssigkeiten seines Körpers frei von Bazillen sind, kann er schwerlich als eine Gefahr für die Mitmenschen betrachtet werden.“

Es ist eine wichtige Aufgabe der Zukunft, mit der neuen Farbmethode zu erforschen, ob die inaktiven Bazillen **TOKINS**, die er noch für ununterscheidbar von den aktiven Bazillen hielt und die man nach der Heilung in den Organen Lepröser findet, in Wirklichkeit abgestorben sind.

Da bei der Lepra die Beseitigung mechanischer Schwierigkeiten eine so große Rolle spielt und diese Schwierigkeiten bisher meistens verkannt und unrichtigerweise auf die Unwirksamkeit unserer Mittel geschoben worden sind, werde ich mich zunächst mit diesen Schwierigkeiten ganz besonders beschäftigen.

Das einfachste Mittel, um das feste Fett im Bacillus selbst und in den verschleimten Massen, zu beseitigen, bildet, wie man schon a priori voraussetzen muß und wie sich a posteriori aus den Behandlungsergebnissen aller Zeiten ergibt, die Hitze. Heiße Bäder haben als Volksmittel von jeher eine große Rolle in der Behandlung der Lepra gespielt und unter den natürlichen Quellen, vor allem die Schwefelbäder. Das Prinzip der Wärmebehandlung und mit unleugbarem Erfolge auf die Spitze getrieben, sehen wir in den sehr heißen japanischen Bädern, wie wir sie durch **BAELZ** und **JAKURANE** kennen gelernt haben. In diesen sowie in dem Guberwasser in Rumänien, mit dessen Erfolgen uns **GLÜCK** bekannt gemacht hat, spielen teilweise starke Säuren (Schwefelsäure) neben Eisenverbindungen eine Rolle. Dieser Umstand ist nicht gleichgültig. Man möchte glauben, daß stark alkalische Bäder die Leprome der Haut rascher beeinflussen, gerade wegen des Fettgehaltes der Bazillen. Das ist nach meinen Erfahrungen mit Einzelbädern auch der Fall, aber die Patienten vertragen solche heißen Natronbäder, um von Kalibädern ganz zu schweigen, nicht lange. Herzschwäche und allgemeine Müdigkeit setzen solchen Bädern rasch ein Ziel, und der Hauptwert, das lange Verweilen im heißen Bade geht verloren. Im Gegensatz dazu werden unter den heißen Bädern mäßig saure und besonders eisenhaltige auf die Dauer sehr gut vertragen. Die Patienten fühlen sich sogar erfrischt danach. Ich bin nach vielen Versuchen schließlich bei den von mir angegebenen sog. Dintebädern stehen geblieben, die durch Eisenvitriol und Tannin extemporiert werden. Die Patienten bleiben  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Stunde darin, je nachdem sie sie gut vertragen. Die Temperatur ist zuerst 30° C. und wird durch Zutropfen von heißem Wasser allmählich erhöht. Besonders bewährt haben sich die Bäder erstens in den Intervallen zwischen Schmierkuren, zweitens bei Schwächezuständen, wo mit der stärkeren Behandlung pausiert wird, drittens bei ausgebreiteten Parästhesien und vasomotorischen Störungen, besonders der Hände und Füße, viertens bei komplizierenden Gelenk-



affektionen, fünftens bei Komplikation mit Abschuppungsanomalien (Ekzem, Psoriasis, Pityriasis).

Die heißen Bäder können unter Umständen ersetzt werden, durch heiße Douchen mit Abseifungen (Schmierseife, Karbolseife), und Lokalbäder einzelner, besonders stark befallener Teile, wie der Hände und Arme. Den letzteren kann man dann mit Vorteil je nach der Beschaffenheit der Haut auch reizende und ätzende Mittel beimischen (Senfmehl oder Salzsäure bei Cyanose (Schmierseife oder Soda bei Hyperkeratose).

Eine sehr praktische Form der Hitze ist die oft wiederholte, einige Sekunden lang ausgeführte, kräftige Berührung mit dem Bügeleisen (Plätten). Besonders zu empfehlen ist diese Form der Behandlung, die sich mit jeder anderen Behandlung verträgt, in Fällen von einzelnen, weit zerstreuten Neurolepiden oder Lepromen, wo eine Schmierkur der Gesamthaut nicht gewünscht wird. Zwischen die Haut und das Bügeleisen werden einige Lagen Flanell eingeschoben und das Eisen fest aufgedrückt, solange die Hitze gut vertragen wird. Es wirkt dann momentan außer der Hitze der Druck, auf den ich als Heilmittel gleich zu sprechen komme, beides in wohlthätiger Weise. Selbst Keloide von Ätznarben flachen sich hierunter zusehends ab. Eine spezielle Indikation bilden für diese Behandlung jene vereinzelt embolischen Herde, die sich nur durch eine schwache Rötung und Resistenzvermehrung der Haut kennzeichnen und die durch kein Mittel so einfach zu beeinflussen sind. Diese Behandlung wird täglich an möglichst vielen, einzelnen Stellen der Haut vorgenommen. Hin und wieder tritt unter dem Plätten zunächst eine stärkere Rötung und sogar Schwellung der Stellen ein; aber dieselbe pflegt bei weiterem Plätten zu verschwinden und schliesslich sind die Stellen kaum mehr und endlich garnicht mehr wahrnehmbar. Wo eine stärkere Anästhesie konkurriert und das Plätten, wegen mangelnder Schmerzempfindung, heisser ausgeführt wird, kann es zum raschen Aufschiefen von Brandblasen kommen. Die exkorierten Stellen läßt man dann unter dem Campher-Gynocard-Guttaplast ausheilen und erhält auch sehr schöne Resultate.

Die stärkste Anwendung der Hitze, das Ausbrennen der Leprome mit dem Paquelin, welches von vielen Autoren geübt und empfohlen wird, habe ich in den letzten Jahren zu Zwecken der flachen Abtragung größtenteils fallen lassen, da bei letzterer die Narbenbildung schöner ist und das Material zur Untersuchung gelangt, und nicht wie beim Brennen zerstört wird. Außerdem ist die flache Abtragung vollkommen schmerzlos und deshalb täglich auszuführen. Die die Haut überragenden Erhabenheiten werden einfach mit Äthylchlorid vereist und mit dem Rasiermesser flach und schmerzlos abgetragen. Die blutende Fläche wird dann mit einem in Pulvis stypticus getauchten Wattebausch und Leukoplast bedeckt. Am nächsten Tage wird die Watte abgenommen, die Schnittfläche nach

Vereisung mit einem der Ätzmittel geätzt, mit Pflaster bedeckt und im Niveau der Haut zur Ausheilung gebracht. Man kann auch durch Ätzung die Blutstillung bewirken, wenn man die Wundfläche während der flachen Abtragung weiter durch Äthylchlorid vereist, sofort mit dem Ätzmittel bestreicht und mit Pflaster bedeckt. Die Ausheilung nach der flachen Abtragung geht um so rascher vor sich, je epithelreicher die Haut in der Tiefe ist, also besonders gut im Gesicht, wo die wenig befallenen Haarbälge und ganz intakten Talg- und Knäueldrüsen in großer Zahl in die Haut eingebettet sind.

Durch die häufige Anwendung der flachen Abtragung wird die Kurdauer bedeutend abgekürzt und das kosmetische Resultat verbessert. Je tuberöser ein Fall sich darstellt, besonders an Gesicht und Händen, umso mehr ist diese einfache Lokalbehandlung indiziert. Natürlich konnte sie sich erst recht einbürgern, seitdem wir zuverlässige und rasch wirkende Heilmittel für die leprösen Wunden besitzen. Ich mache erst so reichlich Gebrauch von ihr, seit ich fand, daß die spontanen und artifiziellen Wunden unter dem Gynocard-Kampher-Guttaplast<sup>3</sup> sehr prompt zuheilen.

Die Blockade aller Lymphspalten und Lymphgefäße mit verschleimten Bazillenmassen ist ebenfalls ein starkes Hindernis für das Eindringen unserer Medikamente in die Haut und verdient daher alle Berücksichtigung bei der Behandlung. Die einfachsten und natürlichsten Heilmittel hierfür sind der konsequent angewandte Druck und die Massage. Indem man die Haut durch diese Mittel von einem Teil ihrer bazillären Infarcte befreit, öffnet man zugleich einen Weg zur Resorption unserer Medikamente. Die Massage besonders mit desinfizierenden Ölen wird vielfältig geübt. Ich habe besondere Erfahrungen über die Anwendung des Druckes und habe es verschiedene Male erlebt, daß unter einer stark komprimierenden Bandage lepröse Knoten in auffallender Weise sich abflachten, ihren Ort veränderten und zum Teil verschwanden. Unter einer wenige Tage sitzenden, stark komprimierenden Zinkleimbinde verschwand einmal in akuter Weise ein allerdings noch nicht lange bestehendes, tuberöses, ausgedehntes Leprom der Stirn. DRECKMANN hat ähnliches bei der Applikation aufgeleimter Pflaster beobachtet. Solange man sich dachte, daß die Bazillen in den Gewebszellen saßen, waren diese Erfahrungen ganz unerklärlich. Seitdem wir wissen, daß die sogenannten Leprazellen lose in den Lymphspalten liegende, verschleiimte Bazillenmassen sind, haben wir für diese eigentümlichen Erfahrungen Verständnis. Aber diese einfache Behandlung der Hautlepromie hat ihre üble Kehrseite, die wohl zu beachten ist. Wir schieben durch den starken anhaltenden Druck einen

---

<sup>3</sup> Der neue Name: Guttaplaste für die früheren „Pflastermulle“ der Firma P. Beiersdorf & Co. hat den Vorzug kurz und in alle Sprachen übersetzbar zu sein.

Teil der leprösen Massen aus der Haut und führen sie durch die Lymphgefäße in die Lymphdrüsen und ins Blut. In den Lymphdrüsen sind dieselben meistens zu erreichen, wenn sie zu Ansiedlungen daselbst Anlaß geben (Karbolinjektionen, Exstirpation) und das Blut ist sozusagen unser Bundesgenosse, indem es durch eine fieberhafte Reaktion viele Bazillen dem Untergange zuführt. Aber einzelne kommen doch zur Ansiedlung in Kapillarbezirken und bedingen embolische Knoten, aus denen sich später neue Leprome entwickeln können. Das Blut ist also nur ein unzuverlässiger Bundesgenosse, man darf ihm nicht zu viel auf einmal zumuten. So entstanden bei dem eben erwähnten Patienten mit dem Leprom der Stirn im Anschluß an dessen Schwund eine Reihe von neuen Embolien der Extremitäten.

Aus diesen Gründen ist der einfache, mechanische Druck nie im Übermaß und am besten immer mit anderen Bazillen vernichtenden Mitteln gleichzeitig anzuwenden. Eine solche kombinierte und einerseits sicherere, andererseits ungefährlichere Wirkung ist die oben geschilderte des Druckes mittels des heißen Bügeleisens. Ebenso ist die Applikation der starke reduzierende Mittel (Pyrogallol, Chrysarobin) enthaltenden Pflaster unter dem mäßigen Druck der Einleimung oder einer Binde sehr zweckmäßig. An diese empfehlenswerten Anwendungen des Druckes schließt sich die nur mäßig dislozierend wirkende Massage. Auf den Druck muß auch vieles von der guten Wirkung solcher Pflaster auf die lepröse Haut bezogen werden, die keine spezifisch antibazillären Mittel enthalten.

An die physikalischen Mittel schliesse ich die chemischen an; es sind dieses natürlich die Alkalien, auf deren intensive Anwendung ich auf Grund der Entdeckung des Fettkörpers der Bazillen kam. Natürlich wirken die kaustischen Alkalien ebensowohl wie auf das Fett auch deletär auf die Eiweißstoffe der Bazillen ein; aber sie haben das vor anderen Mitteln voraus, daß sie durch gleichzeitige Verseifung des Bazillenfettes die Bazillen rasch und unter allen Umständen angreifen. Die kaustischen Alkalien sind daher die mächtigsten Antileprosa und wir könnten geradezu jedwede gewünschte Zerstörung der Bazillen mit ihnen erreichen, wenn nicht ihr deletärer Einfluß auf das Hautgewebe und das Blut ihrer Anwendung ganz bestimmte Grenzen setzten. So habe ich schon oben erwähnt, daß ich von der systematischen Anwendung alkalischer, heißer Bäder zurückgekommen bin, während die Anwendung der Schmierseife am Anfang und Ende der Bäder sehr zu empfehlen ist.

Als praktischste Form der Anwendung der kaustischen Alkalien empfehle ich die *Pasta caustica*. Auf einzelne Leprome wird dieselbe pur aufgestrichen und mit einem Stück Zinkoxyd-Guttaplast bedeckt, welches die Verdunstung verhindert und zugleich die umgebende Haut schützt. Sollen größere Flächen geätzt werden, z. B. eine ganze Stirn

wegen Leontiasis, so verwende ich gewöhnlich gleichzeitig eine kaustische Salbe neben der Pasta caustica. Die erstere besteht aus Vaseline mit 1—2—5 % Pasta caustica und wird zuerst auf der ganzen Stirn eingerieben mit Wattetampon, dann trägt man auf die besonders erhabenen Stellen etwas von der Pasta caustica auf und verreibt dieselbe mit der Salbe. Zum Schlusse wird die ganze Stirn mit Zinkguttaplast bedeckt. Auf diese Weise erhält man bei einiger Übung eine fein nuanzierte, mehr oder minder tiefe Ätzwirkung, welche auf die erhabensten Knoten am stärksten einwirkt und daher rascher zu einer gleichmäßigen Glätte führt. Die Abheilung der verätzten Haut geschieht am raschesten durch Pasta Zinci sulfurata oder Zinkguttaplast, bis die Sekretion versiegt, dann unter Kampher-Gynocard-Guttaplast. Besonders gut eignet sich die Pasta caustica auch zur Ätzung von Schleimhautlepromen des Mundes, z. B. der Zunge, und des Rachens, da hier die beständige Feuchtigkeit eine gute Tiefenwirkung garantiert. Man reibt einfach die Oberfläche der Leprome mit etwas Pasta caustica mittels eines Tampons einmal täglich ein.

Eine allerdings etwas störende Nebenwirkung der kaustischen Alkalien ist die häufige Bildung von Narbenkeloiden nach der Ätzung, deren Auftreten übrigens auch sehr von der Neigung des Individuums zur Keloidbildung abhängt. Man kann diese Bildung von Keloiden einerseits dadurch abschwächen, daß man bei mehrfachen Ätzungen derselben Stellen nur die ersten mit Pasta caustica, die letzte mit anderen Ätzmitteln ausführt, welche weniger zur Keloidbildung disponieren (Salzsäure, Karbolsäure). Außerdem ist es aber ratsam, besonders nach starken Ätzungen im Gesicht eine Zeitlang Thiosinamininjektionen zu geben oder Thiosinamin in Form von Seife oder Pflastern lokal anzuwenden. Als wirksame Pflaster kann ich aus eigener Erfahrung den einfachen Thiosinaminguttaplast und den Quecksilber-Thiosinaminguttaplast empfehlen. Die Thiosinaminseife wird mit Wasser auf die geätzten Bezirke lange verschäumt und der Schaum dann trocken abgewischt.

Diese Thiosinaminbehandlung paßt nicht nur für mit Kalipaste und anderen Ätzmitteln erzeugten Narbenkeloide, sondern ist überall dort bei der Lepra und gerade im Anfange der Behandlung indiziert, wenn die Leprome auffallend hart und in sklerotische Hautpartien eingebettet sind. Mir ist ein Fall vorgekommen, welcher in sehr verständiger und sachgemäßer Weise früher äußerlich und innerlich behandelt, aber wo trotzdem die Besserung zum Stillstand gekommen war. Die Ursache lag in einer sklerotischen Verhärtung der Cutis im ganzen Bereiche des Gesichtes und der Extremitäten. Wenige Injektionen von Thiosinamin genügten, um die Leprome gleichsam durch Erweichung der Sklerose blozulegen und der gewöhnlichen Behandlung zugänglich zu machen. Allerdings muß man in solchen Fällen sich vor einem zu raschen Erweichen hüten, da

sonst wieder das Blut mit Lepramassen überschwemmt wird und Fieber und neue Embolien die Folge sein können.

Bei jedem Stillstande der Wirkung der übrigen Mittel nach längerer Behandlung soll man sich fragen, ob nicht eine solche Einkapselung der restierenden Lepramassen durch hypertrophisches Bindegewebe vorliegt und deshalb eine kurze Thiosinaminbehandlung indiziert ist.

Ich will übrigens nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß ich ähnliche Erfolge wie mit Thiosinamin in früheren Jahren auch durch Tuberkulinseife und Tuberkulininjektionen intercurrent erzielte.

Hiermit verlasse ich die Mittel, welche mir am meisten Dienste geleistet haben, um — wenn ich mich so ausdrücken darf — das Protoplasma des Bacillus bloßzulegen und wende mich zu den spezifischen Lepramitteln, denen ich einen direkten Einfluß auf den lebendigen Leprabacillus zuschreibe und die natürlich nur wirken können, wenn das Mittel in genügender Menge an dasselbe herankommen kann. Ich übergehe daher auch vollständig die Ansichten und Aussprüche derjenigen Autoren, die immer und immer wiederholen, daß wir keine „Specifica“ gegen Lepra besitzen, ohne auch nur das vorsichtige Wörtchen „bis jetzt“ hinzuzufügen. Dieselben stützen sich samt und sonders auf systematisch aber schablonenhaft durchgeführte Gaben innerer Mittel der verschiedensten Art, ohne bei einem einzigen sich völlig klar gemacht zu haben, ob das Mittel, wenn es in einigen Fällen etwas wirkt und in anderen wenig oder gar nicht, in den letzteren eben wegen lokaler Umstände gar nicht wirken konnte, oder ob die häufig beobachtete Unwirksamkeit darauf beruht, daß das Mittel auf das Protoplasma des Leprabacillus überhaupt nicht wirkt, daß es kein spezifisches Antileprosum ist.

Unter diesen Mitteln gehe ich wieder von den äußerlich gebrauchten aus, da die innerlich verwendeten, in erster Linie das Gynocardöl, allen Ärzten bekannt und vertraut sind, die äußerlich gebrauchten aber nicht.

Die wirksamste Klasse der äußerlich brauchbaren Heilmittel ist die der reduzierenden Mittel. Es sind die Phenole: Pyrogallol, Resorcin, Karbol, das Anthracenderivat: Chrysarobin, der Schwefel und der schwefelhaltige Kohlenwasserstoff: das Ichthyol.

Die größte Erfahrung habe ich über das Pyrogallol, das trotz seiner eminenten Wirksamkeit vielleicht am wenigsten bisher in Anwendung gekommen ist; ich kenne nur die meine Erfahrungen bestätigenden Mitteilungen von DRECKMANN, LOTZ und DUBREUILH. Freilich erfordert dieses Mittel etwas dermatologische Erfahrung und vielleicht haben sich viele durch die Giftigkeit desselben abhalten lassen, es zu brauchen. Aber da wir in der verdünnten Salzsäure das einfachste Antidot der Welt stets in der Hand haben und mit diesem Antidot geradezu von Tag zu Tag genau vorschreiben können, wie viel vom Pyrogallol auf das Blut

und die inneren Organe und wie viel nur auf die Haut wirken soll, indem wir die Dosierung der Salzsäure nach der Schwärzung des Urins regulieren, so läßt sich mit Pyrogallol sehr bequem und sicher arbeiten, ohne daß jemals Unfälle sich ereignen.

Die von mir gewöhnlich zu universellen Schmierkuren verwendete Salbe, ist das auch bei Psoriasis vielverwendete Unguentum pyrogalloli compositum, welches neben 5 % Pyrogallol noch 5 % Ichthyol und 2 % Salicylsäure enthält. Man kann aber mit ungefähr demselben Erfolge eine je 5 % Pyrogallol und Salicylsäure enthaltende, weniger stark schwärzende Salbe gebrauchen. Will man nur regionär und dabei stärker wirken, so steigt man bis zu 10 Pyrogallol und 10 Salicylsäure auf 100 Vaseline. Ich habe mir, um zu prüfen, ob die Wirkung des Pyrogallols auf lepröses Gewebe nur auf dessen Reduktionskraft oder außerdem auf die Wirkung des Endproduktes des oxydierten Pyrogallols beruht, das letztere vom Apotheker MIELCK darstellen lassen und es häufig im Vergleich mit dem unveränderten Pyrogallol gebraucht. Das Ergebnis war, daß dieses oxydierte Pyrogallol, das Pyraloxin, eine ähnliche elektive aber schwächere Wirkung ausübt. So färben sich z. B. die zerstreuten Neurolepride unter einer Pyraloxinsalbe ebenso elektiv dunkel bis schwarz wie unter einer Pyrogallolsalbe, aber die gesunde umliegende Haut wird gar nicht angegriffen, wie durch Pyrogallol. Ich habe deshalb das Pyraloxin zur Behandlung von schwachen, universellen leprösen Exanthenen beibehalten. Man kann das Pyraloxin ersetzen durch eine Salbe, in der zusammen mit 5 % Pyrogallol 5 % Sapo viridis ist. In dem Salbentopf hell, schwärzt sich dieselbe alsbald auf der Haut und der Patient wird mit einem Gemisch von Pyrogallol und Pyraloxin behandelt, wobei der Seifenzusatz zugleich als Schälmittel die Salicylsäure des Unguentum pyrogalloli compositum vertritt.

Ebenso ausgezeichnet wie diese Pyrogallolsalben für universelle Exantheme sind die Pyrogallolguttaplaste zur Beseitigung umschriebener, derber Knoten und Infiltrationen. Dieselben bleiben solange liegen, bis eine Abschälung oder Blasenbildung der Haut eintritt. Zur Nachbehandlung nach eingetretenem Zerfall der Leprome eignen sich am besten die Ichthyolguttaplaste und Campher-Gynocardguttaplaste.

Resorcin kann man als ein bedeutend milderer Ersatzmittel für Pyrogallol ansehen. Es kann für dasselbe eintreten in Form von universellen Schmierkuren bei Frauen und Kindern, überhaupt bei Personen mit zarter Haut und beim Vorhandensein leichter Exantheme, z. B. flacher erythematöser und pigmentierter Neurolepride. Seine Hauptanwendung ist die der Schälkur des Gesichtes beim Vorhandensein dieser leichteren Exantheme. Die Schälpaste (Pasta lepismatica) wird dabei viel längere Zeit als bei der Rosacea, nämlich ein bis zwei Wochen unausgesetzt

täglich zweimal eingerieben, wobei sich eine dicke Resorcinschwarte bildet, nach deren Abfall unter Gebrauch von Zinkschwefelpaste eine wesentliche Besserung der Gesichtshaut eingetreten ist. Die Resorcinschwarte übt bekanntlich einen sehr starken Druck auf die Haut aus und es kommen daher auch hier die Regeln in Betracht, die den Gebrauch starken Druckes einschränken. Wo das subcutane Fett der Gesichtshaut noch stark bazillenhaltig ist, da ist die Resorcinschwarte noch nicht indiziert, weil sonst leicht neue Embolisierungen des übrigen Körpers nachfolgen. Ist aber der größte Teil der Bazillenmassen durch Pyrogallolsalben und -pflastermulle entfernt, so wirkt die Resorcinschwarte sehr günstig und entfernt zugleich etwaige Pigmentierungen, so daß das Gesicht plötzlich ein viel besseres Aussehen gewinnt. Öfters erweichen und vereitern auch unter der Resorcinschwarte tiefliegende Leprome und kommen dadurch spontan oder nach Inzision zu rascher Ausheilung.

Um den so auffallend günstigen Einfluß der Resorcinschwarte auch dem übrigen Körper zugänglich zu machen, kann man die Gesamthaut regionenweise mit einer schwächeren Schälpaste einreiben lassen, etwa zurzeit ein Drittel der Körperoberfläche und zwar täglich zweimal solange, bis sich eine derbe Resorcinschwarte an dieser Stelle bildet. Während dieser Zeit präpariert man die übrige Haut durch tägliche Abseifungen mit Schmierseife, oder noch besser mit Natronsuperoxydseife (Pernatrolseife), denn die durch Alkali und Sauerstoff erweichte Oberhaut wird nachher viel stärker von der Resorcinpaste angegriffen als die normale. Die resorcinierten Gegenden des Körpers werden durch Zinkleim von der Weiterbehandlung ausgeschaltet und repräsentieren sich nach einigen Tagen, wenn die Resorcinhaut abgefallen ist, durch Aufhellung der erythematischen und pigmentierten Neurolepride in einem viel besseren Zustande. Eine Resorcinvergiftung kommt auch bei diesem energischen, monatelang fortgesetztem Resorcingebräuche nicht zu stande: doch wird man vorsichtigerweise auch hier Salzsäure innerlich verabreichen.

Ein sehr gutes und milde wirkendes Mittel, besonders für Knoten des Gesichtes ist das Resorcin auch in Form des Resorcinguttaplasts.

Die Karbolsäure ist in konzentriertem Zustande ein vorzügliches, nahezu schmerzloses Ätzmittel für einzelne oberflächliche Leprome. Bei tiefliegenden Lepromen und besonders bei frischen Embolisationsknoten empfiehlt sich dagegen die subcutane Injektion einer 2%igen Lösung, die täglich bis zum Verschwinden des Knotens wiederholt wird. Daher läßt sich die Karbolinjektion sehr gut mit der Behandlung der Gesamthaut durch Schmierkuren oder Ätzkuren in der Art verbinden, daß man täglich in die Nähe einiger subcutaner Knoten einige Tropfen einer 2%igen Karbollösung deponiert. Diese kleine Dosis ist schon von unverkennbarem Einfluß bei frischen Knoten und für die Gewebe absolut

unschädlich. Wenn diese subcutanen Injektionen, die nach meiner Ansicht viel zu wenig gebraucht werden, wochen- und monatelang fortgesetzt werden, empfiehlt sich auch hier die innerliche Gabe von Salzsäure, um Karbolurin zu vermeiden.

Chrysarobin spielt bei der Lepra nicht die große Rolle wie bei der Psoriasis, weil es zu oberflächlich wirkt. Zu einer Gesamtschmierkur eignet es sich daher nur bei leichteren Formen, bei erythematösen und pigmentierten, flachen und tuberösen Neurolepiden. Da es bei langem Gebrauche doch hin und wieder zu Conjunctivalreizungen führt, die bei den Augen Lepröser durchaus vermieden werden müssen, so verwendet man es in Salbenform am besten nur an den Unterextremitäten und zwar in Salben von analoger Zusammensetzung wie die Pyrogallolsalben und gleichzeitig mit diesen letzteren, die dann im Gesichte, am Rumpfe und den Oberextremitäten appliziert werden. An den Beinen Lepröser, die fast regelmässig zugleich unter Stauungssymptomen leiden, kommt die Nebenwirkung des Chrysarobins, eine starke Wallungshyperämie zu erzeugen, mit zur Geltung. Will man es im Gesichte, an den Händen und Armen verwenden, dann rate ich zur Form der Guttaplaste, von denen es verschiedene Stärken und auch solche mit Salicylsäure gibt. Diese Guttaplaste werden teils der Vorsicht halber, teils um eine stärkere Wirkung zu erzielen, mittels Zinkleim und Wattierung auf der Haut befestigt und können mehrere Tage bis zu einer Woche sitzen bleiben. Ich habe sie hauptsächlich für Knoten an den Händen und Fingern verwandt, die oft in erstaunlich kurzer Zeit darunter schwinden.

Der Schwefel wird von anderen Leprologen hauptsächlich in Form heisser Schwefelbäder verordnet. Ich mache einen ausgedehnten Gebrauch von diesem milden Reduktionsmittel in Form der Zinkschwefelpaste bei der Abheilung aller durch die starken reduzierenden Mittel gesetzten Hautschädigungen, der artifiziellen Erytheme und Blasenbildungen, der Ätzungsflächen, besonders wenn diese, wie z. B. nach der Kaliätzung, stark nassen.

Das Ichthyol hat äusserlich bei der Leprabehandlung eine sehr vielseitige Verwendung:

1. pur aufgepinselt, mit oder ohne nachfolgende hydropathische Einwicklung bei den so häufigen Ödemen und Stauungen der Extremitäten, bei schmerzhaften Schwellungen der Gelenke und allen vasomotorischen Störungen;
2. als mildernder Zusatz zu allen Salben der stark reduzierenden Mittel (Pyrogallol, Chrysarobin, Resorcin) und als mild wirkende, universelle Schmierkur (zusammen mit Salicylsäure) bei geschwächten Personen und zur Depigmentierung der behandelten Haut;
3. auf der Schleimhaut der Nase als 5%ige Ichthyolvaseline mit oder ohne Zusatz von Zinksalbe oder Zinkschwefelpaste;



4. als 10 %iges Ichthyolkollodium auf leprös geschwollenen Drüsen und frischen, embolischen Knoten (zugleich mit lokaler Karbolinjektion);
5. als Ichthyolguttaplaste auf schmerzhaften Gelenken, auf spontanen und nach Ätzung entstandenen schmerzhaften Geschwüren.

Das Ichthyol hat auch einige Indikationen für die innerliche Darreichung; es garantiert während der zum Teil recht anstrengenden Kuren die andauernde Kräftigung der Patienten, vermehrt den Appetit und Fettansatz, stärkt die Muskeln und unterstützt als mildes reduzierendes Mittel die gleichzeitig angewandten starken Reducentia. Es ist hauptsächlich bei schwachen und mageren Patienten angezeigt. Die Tagesdosis ist 1—2 g, die Form die der Tropfen, Pillen oder Kapseln.

Dem Ichthyol als innerem Tonikum schließt sich der Kampfer an, dem ich in den letzten Jahren einen ausgedehnteren Platz in der Lepra-therapie eingeräumt habe und zwar in der Form der Kampferölinjektion. Ich spritze täglich eine Pravazspritze des *Ol. camphoratum forte* ein, am besten in die Glutsalgegend. Diese Einspritzungen scheinen mir nicht nur das Gesamtbefinden der Leprösen zu bessern, sondern vor allem die Neigung zu neuen Embolisationen abzuschwächen, so daß man mit größerer Energie die Vernichtung der Hautlepra durchführen kann. Die Kampferölinjektionen werden ausnahmslos gut vertragen, sind schmerzlos, führen niemals entzündliche Infiltrate herbei und haben noch nie Infektionen oder Fettembolien zur Folge gehabt. Ich habe sie jahraus, jahrein mit dem besten Erfolge täglich verabreichen lassen.

Äußerlich wirkt der Kampfer ausgezeichnet in Form:

1. der Kampfer-Gynocardsalbe bei Geschwüren der Nasenschleimhaut und Beingeschwüren,
2. des Kampfer-Gynocard-Guttaplasts als allgemein verwendbaren Heilpflasters bei sämtlichen, durch Ätzungen, Abtragungen und reizende Salben erzeugten Wunden und Substanzverlusten.

Hiermit bin ich an dasjenige Mittel gelangt, welches von allen inneren Mitteln bis jetzt den meisten Anspruch darauf hat, ein inneres Specifikum genannt zu werden, das Gynocardöl (*Chaulmoograöl*). In früheren Publikationen hatte ich, wie die meisten anderen Autoren noch darüber zu klagen, daß die gewünschten großen Dosen dieses Mittels nur den wenigsten Patienten beizubringen seien. Aber diese Schwierigkeiten sind allmählich vollkommen überwunden worden.

Die Schädigung des Magens durch längeren Gebrauch des Öls wird schon seit mehreren Jahren vollkommen vermieden durch die Form der im Magen absolut unlöslichen keratinierten Pillen von Gynocardseife. Es treffen hierbei mehrere Vorteile zusammen. Zunächst ist die

Form des verseiften Gynocardöles gewählt, weil erfahrungsgemäß der Schutz des Fett- und Keratinüberzuges technisch am vollkommensten bei einem Seifeninhalt der Pillen gelingt. Sodann wird aber auch die Resorption des Öles im Dünndarm durch die Form der Seife befördert und kann vom Dünndarm aus als Seife den Lepraerden zugeführt werden, was vom Magen aus unmöglich wäre. Diese Zuführung des Öles in Seifenform an die Lepraerde erscheint aber wieder rationell wegen der Fettnatur der Bazillen. Natürlich muß die Keratinierung der Pillen tadellos sein und der Bezug geschieht am besten durch eine Fabrik, welche die Keratinierung zu ihrer Spezialität macht.

Diese keratinisierten Gynocardseifenpillen vertragen viele Patienten andauernd gut, welche das Öl wegen Magenbeschwerden nicht vertragen. Da die Pillen je 0,15 g des Öles enthalten, so erhält der Patient bei der Tagesdosis von 32 Pillen täglich fast 5 g des Öles, was ich für hinreichend halte, wenn die innere Kur von einer äußeren begleitet wird. Einzelne Patienten vertragen aber auch die Pillen nicht gut; langsam stellen sich bei ihnen leichte Schmerzen im Dünndarm ein, verbunden mit einem allgemeinen Unwohlsein. Diese Schwierigkeit, die von einer Reizung der Darmnerven bei der Resorption der Pillen im Dünndarm herrührt, habe ich erst in letzter Zeit dadurch überwinden gelernt, daß ich der Gynocardseife in den Pillen eine Dosis Anästhesin und Menthol hinzuzufügen lasse. Diese *Pilulae gynocardiae mitigatae* werden nun auch von sehr empfindlichen Patienten andauernd gut vertragen.

Immerhin ist das Schlucken so vieler keratinierter Pillen etwas mühevoll und kostspielig, und es wäre gut, wenn die innere Darreichung sich durch die subcutane, deren Einführung wir *TOURTULIS-BEY* verdanken ersetzen ließe. Ich bin bei meinen Patienten aber auf viel mehr Widerstand bei den Injektionen gestoßen wie bei den Pillen. Dieselben sind in der Tat ziemlich schmerzhaft, führen fast regelmäßig zu mehr oder weniger ausgedehnten, schmerzhaften Entzündungen der *Subcutis*, so daß eine konsequente Fortsetzung der Injektionskuren sowohl des reinen Öles, wie des mit ein bis vier Teilen Olivenöl verdünnten Öles mir noch in keinem einzigen Falle gestattet wurde. So habe ich mich denn neuerdings darauf beschränkt, den absolut anodynen Kampferölinjektionen in solchen Fällen, in denen die Patienten nicht über eine beschränkte Pillenanzahl hinauskamen (z. B. nur 20), etwas Gynocardöl zuzusetzen. In dieser Mischung wird das Gynocardöl bis zu 10% täglich ohne Schmerz und Entzündung gut vertragen und bei dieser geringen Ölmenge ist auch die Gefahr der Fettembolie ausgeschlossen.

Eine Neuerung von großem praktischen Wert verdanken wir *HALLOPEAU*, welcher zuerst das Gynocardöl in Milchclystieren gab. Ich

kann bestätigen, daß diese andauernd gut vertragen werden, so daß auf diese Weise dem Körper mit Leichtigkeit 5 g des Öles täglich einverleibt werden können. Am besten hält man eine konzentrierte Emulsion des Gynocardöles mit Kalkwasser vorrätig, von der ein Teil in warmer Milch aufgelöst zum Klystier verwandt wird. Ich gebe die Klystiere abends nach einem Reinigungsclisma vor dem Zubettegehen. In schweren Fällen wird man die Dosis durch zweimalige Klystiere täglich auf 10,0 g steigern können.

Eine viel geringere Erfahrung besitze ich über die von DANIELSSEN eingeführte innere Behandlung mit Salicylpräparaten. Ich habe nach LUTZ häufig Salol gegeben, neuerdings aber mit Vorliebe Aspirin (Acetylsalicylsäure) (3—5 gramm), welches die guten Nebenwirkungen der Beseitigung mancher schmerzhaften Affektionen (Neuralgien, Gelenkschmerzen) besitzt, daher von den Patienten gern genommen wird und auch bei monatelang fortgesetzter Darreichung keine unangenehmen Nebenwirkungen gezeigt hat.

Alle diese vier inneren Mittel, Gynocardöl, Ichthyol, Kampfer und Salicylsäure habe ich in keinem einzigen Falle allein, sondern stets nur als Unterstützung der äußeren Behandlung gegeben, auf deren konsequente, unermüdliche Durchführung ich nach meiner Erfahrung das größte Gewicht legen muß. Wie sie allein und für sich wirken, weiß ich daher nicht und die Ansicht über ihre Wirkung, die ich mir in 22 Jahren darüber gebildet habe, beansprucht daher nur den Wert einer Arbeitstheorie, die ich zur Diskussion stelle. Dem Gynocardöl möchte ich nach den vielen günstigen Erfolgen, die es in den Händen anderer Ärzte ganz allein ohne Mitwirkung äußerer Mittel erzielt hat, eine spezifische Wirkung auf das Protoplasma des Bacillus zuschreiben. Die Resultate mit diesem Mittel werden um so bessere werden, je mehr man die lokalen Schwierigkeiten der Behandlung studiert. Dem Ichthyol und Kampfer glaube ich nach meiner Erfahrung eine den Patienten gegenüber der Krankheit kräftigende und neuen Eruptionen vorbeugende Wirkung zuschreiben zu können und empfehle sie daher sowohl während der Behandlung wie hauptsächlich auch zur Nachkur.

Über die Salicylpräparate (Salol, Aspirin) sind meine Erfahrungen zu gering, um über die Art ihrer offenbar günstigen Wirkung eine Hypothese zu äußern. Ebenso stehe ich den von anderen Autoren empfohlenen Mitteln: Gurpinbalsam, Arsenik, Quecksilberpräparaten, Chinol, Aiol usw. abwartend gegenüber. Nur über ein Mittel, welches hauptsächlich von amerikanischen Autoren (PIFFARD, FOX, DYER) dringend empfohlen wird und welches ich selbst früher viel verwendete, über das Strychnin, möchte ich sagen, daß ich ihm keine spezifisch antilepröse

Wirkung zuschreibe, wohl aber eine nervenkräftigende und nervenerhaltende Wirkung. In allen Fällen von ausgedehnter Anästhesie und in Fällen reiner Nervenlepra und Lepra mutilans, die mir nie zur Behandlung gekommen sind, würde ich Strychnin in Pillenform konstant darreichen. Für die Fälle von Hautlepra mit nur geringen trophischen Störungen glaube ich, das Strychnin mit Vorteil durch das ungefährlichere Kampferöl ersetzt zu haben.

Um unsere *Materia medica antileprosa* abzuschließen, bedarf es noch des Hinweises auf einige vielgebrauchte Hilfsmittel für einzelne Zwecke, deren Erwähnung vielleicht manchem Kollegen erwünscht sein könnte.

Zu diesen vielgebrauchten Hilfsmitteln rechne ich in erster Linie die Salicylsäure als äußeres Mittel in Form des Salicyl-Cannabis- und des Salicyl-Kreosot-Guttaplasts. Überall, wo die Hornschicht über den Lepromen verdickt ist, also besonders an Händen und Füßen, Knien und Ellenbogen sind diese Pflastermulle vor Applikation der eigentlichen Antileprosa von großem Vorteil; ebenso zur Beseitigung der kallösen Ränder von indolenten Geschwüren vor der Applikation des Kampfer-Gynocard-Guttaplasts.

Eine ganz ähnliche Wirkung haben die Ätzungen dieser Stellen mit der starken MEROKSchen 30%igen Wasserstoffsuperoxydlösung (Perhidrol) und die Einseifungen mit der Natronsuperoxydseife (Pernatrolseife) (2% bis 25%). Diese letzteren beiden Mittel haben aber noch den weiteren Vorteil, pigmentzerstörend zu wirken, und besonders die täglichen Waschungen mit der Natronsuperoxydseife spielen daher bei der Nachkur nach Schmierkuren eine ebensolche Rolle wie als Vorbereitung für dieselben (siehe oben Resorcin).

An Wirksamkeit gegen die Pigmentierungen kommt dem freien Sauerstoff in diesen Mitteln am nächsten das Wismutoxychlorid in Form des Ung. Bismuthi oxychlorati. Handelt es sich um die gleichzeitige Beseitigung von Erythemen, z. B. des Gesichts, so lasse ich der Wismutsalbe 2—5% der Chrysophansäure (nicht zu verwechseln mit Chrysarobin!) enthaltenden Rhabarberextrakts, Extr. Rhei fluidum, zusetzen.

Die oft sehr bedeutende Cyanose der Hände und Füße erfordert vor allem Senfmehl, *Semina sinapis*, sei es in Form von heißen Lokalbädern oder Breiumschlägen oder in Form einer sehr wirksamen Zinkschwefel-Ichthyol-Kampferpaste.

Endlich muß ich noch einige Ätzmittel erwähnen, die ich neben den Hauptätzmitteln (Kalipaste und Karbolsäure) vielfach und mit gutem Resultate angewandt habe. Jetzt, nach dem eine Methode gefunden ist, mit Sicherheit die abgestorbenen Bazillen im Gewebe neben den normalen

Bazillen zu erkennen, können die verschiedenen Ätzmittel mit viel größerer Genauigkeit als früher auf ihre Wirkung untersucht werden. Diese Untersuchungen sind noch nicht lange im Gange, haben aber schon einige interessante Ergebnisse gezeitigt, von denen ich Ihnen einige im Bilde vorführen kann.

Das typische Bild des Leproms zeigt bei der neuen Doppelfärbung, wie oben angeführt, neben viktoriblaue gefärbten Bazillen viele safranin-gelbe, abgestorbene, und zwar beide je nach dem vorliegenden Falle und Orte in ganz verschiedener Mischung. Man findet Präparate, die nur ganz wenige gelbe Bazillen enthalten und andere, wo fast alle Herde aus solchen bestehen und die dann auch sonst Zeichen regressiver Veränderungen darbieten. Das bloße quantitative Verhältnis beider Bazillenformen ist also in keiner Weise auf die Wirkung irgendeines vorher gebrauchten Ätzmittels zu beziehen. Ein solcher Schluss ist jedoch gerechtfertigt, wenn ganz ungewöhnliche Verhältnisse in den geätzten Bezirken auftreten, z. B. ein verschiedener Bazillengehalt in verschiedenen Zonen, die sich um den Ätzbezirk anordnen oder ein zonenweise vorkommender Mangel an Bazillen.

So sehen Sie an diesem mit Pasta caustica geätzten und an dem folgenden mit Kali geätzten Präparate im Umkreise des Ätzbezirks fast alle Bazillen ohne Ausnahme gelb gefärbt, tiefer unten und seitlich dagegen die normalen blauen Bazillen wie in der Norm vorwalten.

An dem folgenden Präparate einer Karbolätzung fällt die Spärlichkeit der Bazillen in den dicken Gefäßsträngen auf und diese wenigen sind fast alle von gelber Farbe.

Dem gegenüber weisen die mit Mineralsäuren geätzten Leprome ganz andere Bilder auf. Sie sehen hier einen mit chlorhaltiger Salzsäure geätzten Knoten. Die Oberhaut ist abgängig, die Blutkapillaren thrombosiert, das kollagene Gewebe ist stark angeschwollen und hat die Lepra-herde komprimiert und in diesen verschmälerten Herden sind die Bazillen größtenteils blau gefärbt wie in der Norm. Ganz dasselbe Resultat zeigt ein Knoten, der längere Zeit mit der salzsäurehaltigen „grünen Lupus-salbe“ behandelt war, nur ist hier die Oberhaut erhalten geblieben. Aber das Kollagen ist stark angeschwollen, hat die Leprastränge komprimiert und in diesen sind die meisten Bazillen oben sowohl wie unten blau. Die Salzsäure also, anstatt wie die Kalilauge jenen Eiweißstoff aus den Bazillen auszuziehen, die das Viktoriblaue festhält, fixiert diesen Stoff vielmehr. Trotzdem werden diese geätzten Bazillen wohl nicht mehr lebensfähig sein; aber wir sehen ihnen das nicht an, da sie sich nicht gelb umfärben. Es geht also aus diesen letzten Bildern hervor, nicht daß die Salzsäure zur Abtötung der Leprabazillen unbrauchbar ist, wohl aber daß die Färbemethode uns die Abtötung nur dann anzeigt, wenn durch Elimination eines wesentlichen Bestandteils die Umfärbung in gelb erfolgt.

Ähnlich ist das Resultat bei dem folgenden mit rauchender Salpetersäure geätzten Leprom. Hier sind unmittelbar unter dem Ätzschorf die Bazillen ebenso gut blau gefärbt wie in den ungeätzten seitlichen Partien, also wahrscheinlich durch die Säure fixiert. Dazwischen aber existiert eine breite Zone mit stark erweiterten Blut- und Lymphgefäßen, die den Ätzbezirk schalenartig umgibt und vom gesunden Gewebe trennt, und in dieser Zone, die wir den Ätzhof nennen können, sind sämtliche Bazillen gelb. Hier hat offenbar eine Reaktion der Haut mit Blutüberfüllung, Ödem und alkalischer Reaktion des Gewebssaftes stattgefunden, und nur an dieser Stelle sind die Bazillen des Viktoriablauliebenden Stoffes beraubt, also sicherlich abgetötet. Dafs die blauen Bazillen inmitten des Ätzbezirkes es auch sind, unterliegt wohl keinem Zweifel. Die Mineralsäuren scheinen also die Bazillen zuerst zu fixieren und erst durch das nachfolgende Ödem eine Auswaschung und partielle Lösung der Bazillenleiber einzuleiten.

Ganz anders wirkt wieder die Hitze. Sie sehen hier ein erythematöses, embolisirtes Neurolepid. Die Cutis im allgemeinen ist normal, nur an dem gesamten Gefäfsbaum entlang ist eine Zellwucherung zu bemerken und die Bazillenfärbung zeigt uns in diesen parangioitischen Strängen ungemein viele Bazillen. Die meisten sind blau, aber es finden sich viele gelbe abgestorbene Bazillen und amorphe, verschleimte Massen; nur die die Endothelien der Blutgefäße von innen bedeckenden Bazillenkumpen, die also dem Blutstrom direkt ausgesetzt sind, sind sämtlich — und dieses ist die Regel — blau gefärbt.

Vergleichen wir hiermit ein anderes, ebenfalls von Bazillen durchsetztes Neurolepid derselben Patientin, welches aber einige Wochen hindurch geplättet wurde, so sind die Gefäße verengt und die Bazillen inuen und außen an demselben alle ohne Ausnahme gelb. Die Hitze hat sie also nachweisbar im lebenden Gewebe zum Absterben gebracht.

Bessere Beweise, meine Herren, dafs es uns mit geeigneten physikalischen und chemischen Mitteln gelingt und zwar auch ohne, dafs tiefe Narben im Gewebe erzeugt werden, die Bazillen im Gewebe abzutöten, kann ich nicht bringen. Diese genügen mir und, ich hoffe, auch den meisten Fachgenossen.

Nun wird mir aber von LIE, dem jetzigen Direktor des Leprahospitals in Bergen, der Einwurf gemacht, dafs die Beseitigung der Hautlepra, selbst im Falle dieselbe bis zur Beseitigung der Bazillen in der Haut durchgeführt wird, noch keine Beseitigung der inneren Leprome der Leber, Milz, Lymphdrüsen und Hoden garantiere und daher nicht mit einer Heilung der Lepra bezeichnet werden könne.

Hierauf habe ich zu erwidern, dafs ich über eine eventuelle gleichzeitige Beseitigung der Bazillen in inneren Organen allerdings nur in bezug

auf die Lymphdrüsen unterrichtet bin. Ich hatte zweimal Gelegenheit Lymphdrüsen von einem stark behandelten Leprösen zu untersuchen. Die Exzision derselben (es waren die Inguinaldrüsen) geschah aus dem Grunde, weil dieselben stark vergrößert waren und scheinbar durch die Kur nicht zurückgingen. Zu meiner Überraschung fand ich aber statt der erwarteten großen Massen von Bazillen große Hohlräume in einem sonst gesunden und nur leicht hypertrophischem Lymphdrüsen Gewebe, die sicher früher von Leprabazillen erfüllt waren, da an den Wänden und Septen noch vereinzelte Bazillen und zwar nur sich gelb färbende sichtbar zu machen waren. Die großen Massen der Bazillen waren verschwunden und die geschwellenen Drüsen doch durch die Kur geheilt.

LIE wird mir zugeben, daß dasselbe, was hier in den Lymphdrüsen geschah, auch in der Leber, der Milz und den Hoden vor sich gehen kann. Denn die äußeren Mittel, die ich empfehle, sind ja keineswegs in ihrer Wirkung auf die Haut beschränkt. Dieses gilt selbstverständlich von den per os, per anum und per injectionem gegebenen Mitteln: Gynocardöl, Ichthyol, Aspirin, Strychnin, Kampfer; es gilt aber auch von den auf die Haut applizierten Mitteln, denn mit Ausnahme von Chrysarobin werden alle von der Haut resorbiert, besonders Pyrogallol, Resorcin, Salicylsäure und Karbolsäure. Meine Kur ist also eine beständig zugleich äußere und innere. Wenn ich aber mein Hauptaugenmerk auf die Leprome der Haut und sichtbaren Schleimhäute richte und mehr, als es sonst geschieht, auf die Beseitigung derselben durch äußere Mittel dränge, so geschieht es aus dem gewiß berechtigten therapeutischen Grundsatz, die Krankheit dort mit den schärfsten Mitteln anzugreifen, wo von Natur der beste Nährboden für die Keime der Krankheit sich befindet. Denn mit den Lepromen derjenigen Organe, welche minder gute Nährböden abgeben als die Haut, wird die Natur allein schon eher fertig werden. Bei der Leber und Milz müssen und können wir uns mit einer Fernwirkung unserer Mittel begnügen. Dasselbe auch bei der Haut zu tun, halte ich für eine durch nichts zu rechtfertigende Unterlassungsünde.

Ein weiterer und für jeden praktischen Arzt schwerwiegender Grund, der für die intensive Behandlung der Haut der Leprösen spricht, ist die rasche und auffallende Besserung des Allgemeinbefindens dabei. Wenn dieselbe bei sehr starker Behandlung nicht sofort sich geltend macht, so doch bei der nächsten Erholungspause. Wäre dem nicht so, hätten die Patienten während der Kur nicht selbst die Empfindung einer ihren gesamten Körper betreffenden Besserung, sie würden nicht mit solcher Begeisterung und solchem Eifer den Kuren sich hingeben. Ich kann mir nun aber eine solche allgemeine Besserung nicht gut denken, wenn zugleich mit der Besserung der leprösen Haut eine Verschlimmerung des Zustandes der inneren Organe einherginge. Ich

kann so wenig wie Herr Dr. LIE während einer solchen Kur in die Leber und Milz hineinsehen, deren mäßiger Bazillengehalt bekanntlich klinisch keine Symptome macht; aber ich schliesse aus der Frische und Leistungsfähigkeit meiner Patienten, daß die Natur meine therapeutischen Bestrebungen auch im gesamten Körper unterstützt. Und auf die Heilkraft der Natur gibt doch selbst ARMAUER HANSEN etwas.

Vielleicht gelingt es einem operationslustigen Kollegen, durch fortgesetzte Punktionen der Leber und Milz über den Bazillengehalt dieser Organe vor, während und nach der Kur uns grössere Klarheit zu verschaffen.

Ich könnte noch zur Erklärung des guten Allgemeinbefindens infolge energischer Behandlung der Hautlepromie anführen, daß durch die Abtötung und Ausschwemmung von Millionen von Bazillen aus der Haut in das Blut möglicherweise Bestandteile und Stoffwechselprodukte dieser natürlichen Reinkulturen der Leprabazillen zur Wirkung kamen, denen vereinzelte Forscher, wie ROST mit seinem künstlich hergestellten „Leprolin“ therapeutische Wirkungen analog dem Tuberkulin zuschreiben. Doch möchte ich auf dieses noch gänzlich hypothetische Gebiet nicht weiter eingehen.

Ein anderer Einwurf von LIE betrifft die Niere. LIE hat bei seinen Leprösen in 40 % konstant Spuren von Albumin gefunden, in 30 % inkonstant dasselbe und schliesst hieraus auf eine wenn auch geringe Schädigung, die er übrigens nicht dem Bacillus zur Last legt. Daher fürchtet er, daß die von mir empfohlenen Kuren mit reduzierenden Mitteln, insbesondere mit Pyrogallol, welche nach ihm die Nieren reizen, zu ernstern Nierenaffektionen führen können. Die Niere ist im allgemeinen dasjenige Organ, welches am meisten gegen Lepra immun ist. Der verstorbene Forscher BEAVER RAKE in Trinidad schickte mir vor 17 Jahren sieben Nieren von daselbst verstorbenen Leprösen, die ich seither öfters untersucht habe. Sie waren nicht nur bazillenfrem, sondern auch sonst normal. Ich habe überhaupt erst einmal eine parenchymatöse Nephritis bei einem Leprösen nach einer septischen Infektion gesehen, die zum Tode führte, und auch hier war die Niere bazillenfrem. Ich kann daher dem Befunde von häufigen Albuminspuren bei den Leprösen nicht die Bedeutung einer ins Gewicht fallenden Nierenschädigung beilegen und kann tatsächlich versichern, daß ich weder bei Leprösen noch bei Psoriatikern und Ekzematikern trotz sehr langen Gebrauches der reduzierenden Mittel jemals eine Nephritis dadurch entstehen sah. Diese Befürchtung von LIE findet also in den tatsächlich beobachteten Vorkommnissen keine Stütze.

In einer Beziehung hat mich LIE — vielleicht durch meine Schuld — mißverstanden. Wenn ich sagte, daß die Kur auf Nervenlepromie anscheinend keine Wirkung hat, so meinte ich damit nicht das Nervensystem überhaupt, das bei meinen Patienten in sehr geringer Weise be-



teilt war, sondern speziell die bekannten, palpablen Verdickungen der Armnerven. An diesen konnte ich nie Veränderungen bemerken, auch wenn die Anästhesie der Hände und Arme sich merklich besserte. Vielleicht handelte es sich bei den palpablen Verdickungen der Nerven größtenteils um perineuritische Bindegewebshypertrophien oder um Verunstaltungen der Nervenstämme durch Bazilleninfarkte, die auch nach Ausschwemmung der Bazillen sich erhielten, wie ich es soeben von den Lymphdrüsen beschrieb. Darüber können nur gelegentliche Operations- oder Sektionsfälle Aufschluss geben. Wie dem auch sei, die Wirkung der Kur auf nervöse Hautsymptome, wie die Parästhesien ist unverkennbar.

LIE vermisst endlich in meiner letzten Arbeit über Lepratherapie die Mitteilung ausführlicher Krankengeschichten mit Photographien. M. H. Ich habe meine Mitteilungen über Lepratherapie im Jahre 1885 angefangen mit einer ausführlichen Krankengeschichte nebst Photographie; ich habe später mit ausdrücklicher Erlaubnis meiner Patienten noch hin und wieder Episoden aus Krankengeschichten mitgeteilt, doch so kurz, daß Identitätsbeweise für die einzelnen Patienten aus ihnen nicht zu entnehmen waren. Seitdem aber in Europa durch die in bester Absicht von den Ärzten selbst gegebenen und in die Presse gelangten Berichte über Lepra eine Leprapanik erzeugt ist und über die Infektiosität der Lepra ganz falsche und übertriebene Vorstellungen zirkulieren, halte ich es für eine Gewissenlosigkeit, Krankengeschichten in solcher Ausführlichkeit zu veröffentlichen, daß Unbefugte daraus den Identitätsbeweis mit bestimmten Personen entnehmen können. Denn auch schon der Hinweis darauf, daß eine Person Lepra überstanden hat, genügt, um die fernere Laufbahn derselben und das Glück ihrer Familie zu vernichten. Abgesehen davon haben mir die meisten Patienten bei der Entlassung das Wort abgenommen, über ihren Fall nichts zu publizieren.

Meine Patienten sind eben nicht wie diejenigen LIEs gedeckt durch eine lebenslängliche Pension im Hospital. Aber Krankengeschichten und Photographien vor und nach der Kur sind ja auch nicht das Wesentliche. Die Hauptsache ist die Frage, wie die Patienten sich später befunden haben und ob Rückfälle eingetreten sind. Ich habe deshalb, als die Aufforderung an mich herantrat, an dieser Stelle zu reden, an vier frühere, schwer kranke Patienten, deren späterer Aufenthalt mir bekannt war, geschrieben und sie um Auskunft über ihren seitherigen Gesundheitszustand gebeten. Ich gebe die Antworten, die ich erhalten habe und die im Original auch der Hamburger Medizinalbehörde vorgelegen haben, im Anhang wieder, soweit sie den Gesundheitszustand der früheren Patienten betreffen, speziell zur Informierung von Herrn Direktor LIE. Eine Patientin war vor einem Jahre entlassen, die drei anderen vor fünf Jahren. Alle erfreuten sich der besten Gesundheit.

## Anhang 1,

betreffend den ferneren Gesundheitszustand von Leprösen nach der  
Behandlung und anscheinenden Heilung.

Fall Nr. 45, weiblich. Bestand der Lepra seit 9 Jahren.

Schwere Form der Cutislepra am ganzen Körper. Besonders große Knoten an Händen, Füßen und Ohren. Aufnahme 28. Dezember 1901, Entlassung 24. März 1904.

Brief vom 4. September 1905 (ein Jahr nach der Entlassung).

. . . . Ich fahre fort, dreimal wöchentlich eine Kampferinjektion zu machen und nehme täglich 10—20 Tropfen verdünnter Salzsäure. Zurzeit sind die geätzten Stellen in meinem Gesicht, unter dem Kinn und auf jedem Arm in direkter Fortsetzung des kleinen Fingers für das Gefühl kaum mehr wahrnehmbar. Die Narbe auf dem Rücken der linken Hand ist so klein, daß sie kaum noch zu bemerken ist. Ich nehme jeden Tag eine Nasendouche und ein Bad. Seit einem Jahre ist nichts Neues aufgetreten, keine neuen Knoten oder irgend etwas von spezifischer Natur. Meine allgemeine Gesundheit bleibt eine in jeder Beziehung gute.

Am 10. Januar hatte ich Besuch von Dr. D., welcher mich zu Ihnen sandte. Er war überrascht und entzückt über meine Besserung und erklärte sie für ganz wunderbar . . . .

Fall Nr. 38, männlich. Schwere Form der Cutislepra, besonders der Beine, Ohren und Nase. Leprome des Gaumens. Starke Schwellung der Beine. Aufnahme 8. Juli 1900, Entlassung 30. November 1900.

Brief vom 21. Oktober 1905 (fünf Jahre nach der Entlassung).

Es sind jetzt fünf Jahre, seitdem Sie mich aus der Behandlung entließen. Ich nahm damals regelmäßig die innere Behandlung und Bäder, etwa zwei Jahre lang, seitdem nur noch gelegentlich. Mein Allgemeinbefinden war die ersten beiden Jahre nicht sehr gut, hauptsächlich, weil ich mir über mein Schicksal Sorge machte. Die letzten drei Jahre aber war mein Befinden sehr gut. Ich habe 50 Pfund an Gewicht zugenommen. Meine Haut ist ganz frei mit Ausnahme einiger leichter Verfärbungen, die ganz allmählich schwinden. Die Schwellung der Beine ist vollkommen geschwunden und ich trage keine Binden mehr. Ich bin in meinem Berufe stark tätig und gehe vor der Geschäftszeit täglich zwei englische Meilen.

Fall Nr. 31, männlich. Universelle tuberöse Neurolepride. Leontiasis des Gesichts. Besonders starke Leprose der linken Hand (Primäraffekt) und des linken Armes. Aufnahme 30. August 1898, Entlassung 18. März 1900.

Brief vom 27. September 1905 (fünf Jahre nach der Entlassung).

Ich bin glücklich, sagen zu können, daß meine Gesundheit brillant ist und immer war, seitdem ich aus Ihrer Behandlung kam. Auch die

Narben von den Kaliätzungen haben sich allmählich gebessert. Mein Gesicht wird allerdings wohl immer Spuren Ihrer Behandlung tragen, deren Resultat, wie ich mit Freuden sagen kann, sich als ein permanentes erweist. Nicht eine Spur der Krankheit hat sich seit jener Zeit wieder gezeigt. Ich habe monatlich den Arzt besucht, um hierin ganz sicher zu gehen. Ich habe seit jener Zeit 15—20 Gynocardpillen täglich genommen, ausgenommen die letzten Monate wegen meiner Abwesenheit vom Hause, will sie aber nach meiner Rückkehr wieder nehmen. Ich nehme täglich ein warmes Bad. Mein Gewicht ist 188 Pfund.

Die einzige Klage, die ich gegenwärtig noch habe, betrifft meinen linken Arm und die linke Hand, die sich, seitdem ich aus ihrer Behandlung trat, nicht wesentlich geändert haben. Der Arm sieht besser aus, hat aber nicht die normale Kraft. Ich bin sehr zufrieden mit der mir verordneten Behandlung und fühle, daß ich vollständig geheilt bin. Ich bin Ihnen ewig dankbar für die wunderbare Kur, welche meine liebe Frau und Kinder so glücklich machte, und wir hoffen alle, eines Tages Sie wiederzusehen; mein größter Wunsch ist, daß Sie sich selbst überzeugen können, wie ich mich befinde und wie gut ich aussehe.

Fall Nr. 36, weiblich. Universelle Neurolepride, hauptsächlich der Beine und des Gesichts. Aufnahme 21. August 1899, Entlassung 4. Juli 1900. — Vier Jahre nach der Entlassung kam die Patientin mit ihrer Familie von Südasiens wieder nach Europa, um sich mir vorzustellen. Sie war vollkommen gesund geblieben, ebenso ihr Gatte. Sie hatte inzwischen ein Kind geboren, das drei Jahre alt und ohne jedes Zeichen einer leprösen Erkrankung war. In einem Brief vom September 1905, also fünf Jahre nach der Kur, bestätigte sie noch einmal kurz das vollständige Freibleiben von jedem leprösen Symptom und den im allgemeinen guten Gesundheitszustand.

## Anhang II.

### Schema einer Dermatologischen Behandlung der Hautlepra.

#### Allgemeine Behandlung.

Gynocardseifenpillen (keratinierte, einfache und mitigierte), viermal täglich 5—8 Stück (= 3—5 g täglich), zugleich mit einem Schluck  $\frac{1}{2}\%$ iger Salzsäure.

Gynocardklysma von 5 g Gynocardöl in Milch nach einem Reinigungsklystier jeden oder jeden zweiten Abend vor dem Zubettgehen: Subcutane Injektion von 1,0 Ol. Camphoratum forte mit oder ohne 2—10% Gynocardöl, täglich.

Bei Magerkeit, mangelndem Appetit, bei starken und ausgedehnten vasomotorischen Störungen der Extremitäten, bei Muskelatrophie und

Neurasthenie: Ichthyol in Form von Tropfen, Pillen oder Kapseln täglich 1—2 g.

Bei ausgedehnten Anästhesien und Parästhesien: Strychnin täglich 0,05 in einer Pille.

Bei Neuralgien und schmerzhaften Gelenkaffektionen: Aspirin 2—6 g täglich. Gute Ernährung. Viel Milch und Eier.

### Lokale Behandlung.

A. Regionäre Behandlung für umschriebene und vereinzelte Eruptionen im Beginne der Krankheit oder als Residuen am Ende der Kur oder als Rezidive nach erfolgter Beseitigung des Exanthems.

- a) Milde Behandlung für vereinzelte flache, erythematöse und pigmentierte Neurolepride und frische knotige Embolien.
  - α) Tageszyklus mit interkurrenter, täglicher heißer Abwaschung (mit oder ohne Bad).
  - β) Halbwochenzyklus. Erste Hälfte der Woche: Schmierkur ohne tägliche Reinigung; zweite Hälfte der Woche: Abheilung mit täglichem Bad.
  - γ) Langer Zyklus ohne tägliche Reinigung. Nach erheblicher Reizung der Haut: mehrtägige Pause und Abheilung mit Zinkschwefelpaste und täglichem Bade.
- a) Milde Behandlung bei flächenhaften, erythematösen und pigmentierten, flecken- und ringförmigen Neurolepriden ohne oder mit parangioitischem Bazilleninfarkt.

#### 1. Schmierkur im Tageszyklus.

- α) Mit 2—5%ige Resorcin-Salicylvaseline;
- β) mit Ung. Resorcini composit.

#### 2. Schälkur im Halbwochenzyklus.

Erste Hälfte der Woche: täglich zweimal Einreibung von  
 {Pasta lepismatica p. 1 } auf ein Drittel der Körper-  
 {Vaseline . . . . . pp. 2—4 } fläche, welches Drittel am nächsten Tage durch Einleimung ausgeschaltet wird.

Zweite Hälfte der Woche: Abheilung, unter Schälung der Haut; tägliches Bad mit Abseifung (Schmierseife, Karbolseife, Salicylseife, Na<sub>2</sub>O<sub>2</sub>-Seife) und Plätten stärker befallener Stellen.

- b) Mittelstarke Behandlung bei tuberösen Neurolepriden und subcutanen Lepromen.

1. Schmierkur im langen Zyklus. Ganzer Körper mit 2—5% Pyrogallol-Sapo-*viridis*-Vaseline.

2. Schmierkur im langen Zyklus. Oberkörper, Gesicht, Arme und Hände mit 2—5 % Pyrogallol-Salicyl-Vaseline. Beine und Füße mit 2—5 % Chrysarobin-Salicyl-Vaseline.

Bei beiden Schmierkuren innerlich fortdauernd Salzsäure und nach eingetretener starker Hautreizung Abheilung unter Zinkschwefelpaste und Bädern.

1. Lokale Karbolinjektionen an verschiedenen Stellen (täglich 0,02 bis 0,2 g).
2. Täglich zweimaliges Plätten, außerdem
  - a) am Rumpfe und Extremitäten:
    1. Ätzungen mit Karbolsäure, darauf
    2. Bedeckung mit Resorcin-Guttaplast oder
    3. Kampfer-Gynocard-Guttaplast;
    - β) im Gesicht, Hals, Handrücken:
      1. Ung. Resorcini compositum oder
      2. Resorcin (10,0) -Guttaplast oder
      3. Zinkoxyd-Gynocard-Guttaplast oder
      4. Ung. Bismuti oxychlorati c. Extr. Rhei fluido (2—20%).
  - b) Mittelstarke Behandlung für plattenartig oder ringförmig erhabene Neurolepride und subcutane Leprome.
    1. Lokale Karbolinjektionen (täglich 0,02—0,2 g).
    2. Ätzungen mit Karbolsäure.
    3. Starkes Plätten bis zur Erzeugung einer Brandblase.
    4. Vereisung mit Äthylchlorid, flache Abtragung mit dem Rasiermesser.
    5. Pyrogallol (10,0) -Guttaplast bis zur Blasenabhebung.
    6. Chrysarobin (10,0) -Guttaplast bis zur Blasenabhebung.

Die Abheilung nach 2—6 geschieht unter Kampfer-Gynocard-Guttaplast.

- c) Starke Behandlung für cutane Leprome, starke subcutane Wülste, ausgeprägte Leontiasis und große scheibenförmige Primäraffekte.
  1. Ätzung mit Pasta caustica und Unguentum causticum.
  2. Bei mehrfacher Ätzung zum Schluss: Ätzung mit chlorhaltiger Salzsäure.
  3. Pyrogallol (10,0) -Guttaplast bis zur Ulceration.
  4. Vereisung mit Äthylchlorid, flache Abtragung.

Die Abheilung der Wunden geschieht in allen Fällen unter Kampfer-Gynocard-Guttaplast.

B. Universelle Behandlung für universelle Exantheme und zwar Schmierkuren im Wollenanzuge mit:

- c) Starke Behandlung bei multiplen Lepromen der Cutis und Subcutis mit oder ohne begleitende Neurolepride.

1. Schmierkur im langen Zyklus. Oberkörper, Gesicht, Arme und Hände: mit 5—10%iger Pyrogallol-Salicyl-Vaseline.  
Beine und Füße mit 5—10%iger Chrysarobin-Salicyl-Vaseline.
2. Gleichzeitig: Bedeckung der größten und derbsten Infiltrate mit
  - a) Pyrogallol-Guttaplast oder
  - β) Chrysarobin-Guttaplast.

Dabei innerlich viel Salzsäure, je mehr, je dunkler der Urin. Abbrechen der Schmierkur und Abheilung, bei: starker Dermatitis, Blasenbildung, starker Schwärzung des Urins, allgemeiner Schwäche. Dann Pause, Erholung des Gesamtkörpers und neben täglichen Bädern: Lokalbehandlung der am stärksten befallenen Stellen nach Schema A, c. Dann: Wiederholung der universellen Behandlung.

#### Allgemeine Regeln der Kur.

1. An jedem Tage wird universell oder lokal behandelt. Man darf keine Intervalle der Behandlung eintreten lassen.
2. Deshalb empfiehlt sich ein Wechsel unter den oben als gleichwertig angegebenen Behandlungsarten nach festem Plane, besonders wenn irgendwo Stillstand der Besserung eintritt.
3. Nie soll die äußere Behandlung aufgegeben werden, solange noch Haut- oder Schleimhautlepromen nachweisbar sind; die letzten Reste derselben sind völlig zu vernichten.
4. Die innere Behandlung soll die äußere stets begleiten und noch jahrelang fort dauern, nachdem äußere Symptome nicht mehr sichtbar sind und die äußere Behandlung aufgegeben ist.
5. Eine kurze, starke Behandlung, wenn auch von sichtbarem Erfolge begleitet, ist ohne jeden Wert.

#### Anhang III.

#### Magistralformeln zur dermatologischen Behandlung der Lepra.

Interna

per os:

Pilul. sapon. gynocard.<sup>1</sup> kerat.

*Sapon. gynocardiae* 15,0

*Aqu. dest.* 10,0

*solue in balneo vapores, adde*

*Massae sebac. pro pil. kerat.* 10,0

*Terrae siliceae* 5,0

*f. massa e qua form. pil. Nr. 100*

*obd. lege artis keratino.*

<sup>1</sup> Siehe Fußnote auf nächster Seite.

Pilul. sapon. gynocard.<sup>1</sup> mitigat. kerat.

<i>Sapon. gynocard.</i>	10,0
<i>Aqu. dest. qu. sat.</i>	
<i>Mass. sebac. pro pil. kerat.</i>	5,0
<i>Anaesthesin</i>	1,5
<i>Menthol.</i>	0,1
<i>Terr. siliceae</i>	1,0
<i>f. mass. e qua form. pil. Nr. 100</i>	
<i>obd. lege artis keratino.</i>	

## Pilul. strychn. nitric.

<i>Strychnin. nitric.</i>	0,1
<i>Chinin. hydrochlor.</i>	2,5
<i>Mass. pil.</i>	7,5
<i>f. pilul. Nr. 100</i>	

## per annum:

## Emulsio Ol. gynocardiae

<i>Ol. gynocardiae</i>	10,0
<i>solue i. ol. amygdal.</i>	20,0 adde
<i>Gumm. arab. pulv.</i>	15,0
<i>Aqu. dest.</i>	20,0
<i>f. l. a. emulsio, tum adde</i>	
<i>Aqu. calcis qu. sat. ad</i>	100,0

## subcutan:

## Ol. camphorat. forte

<i>Camphor.</i>	1,0
<i>Ol. olivar. 4,0 solue et filtra</i>	

## Ol. gynocardiae camphorat.

<i>Ol. gynocardiae</i>	10,0
<i>Ol. camphorat. fortis</i>	90,0
<i>solue</i>	

## Externa

## Caustica:

## Pasta caustica

<i>Kali caustic.</i>	
<i>Aqu. dest.</i>	■ 25,0 solue
<i>Calcar. hydric.</i>	
<i>Sapon. virid.</i>	■ 25,0

<sup>1</sup> Sapo gynocardiae

<i>Ol. gynocardiae</i>	100,0
<i>Natr. caustic. puriss.</i>	17,5
<i>Aqu. dest. qu. sat.</i>	
<i>coque ut fiat sapo, solue in</i>	
<i>Aqu. dest.</i>	250,0 et
<i>adde Sol. natr. chlorat.</i>	30,0 : 120,0
<i>Saponem a lixivio separatum, identidem exigua Aqua ablus,</i>	
<i>tum caute sed vehementer expressum loco tepido sicca.</i>	

## Unguent. viride antiluposum

<i>Acid. salicyl.</i>	
<i>Liqu. stib. chlorat.</i>	■ 10,0
<i>Kreosot.</i>	
<i>Extract. cannab. ind.</i>	■ 20,0
<i>Adip. lanae</i>	40,0

---

## Unguenta:

## Unguent. bismuth. oxychlorat.

<i>Bismuth. oxychlorat.</i>	10,0
<i>Ungt. zinci benz.</i>	90,0

---

## Unguent. camphorat.

<i>Camphor. trit.</i>	10,0
<i>Vasel. flav.</i>	90,0

---

## Unguent. comp. chrysarobini

<i>Chrysarobin.</i>	
<i>Ichthyol.</i>	■ 5,0
<i>Acid. salicyl.</i>	2,0
<i>Vasel. flav.</i>	88,0

---

## Unguent. comp. pyrogalloli

<i>Pyrogallol.</i>	
<i>Ichthyol.</i>	■ 5,0
<i>Acid. salicyl.</i>	2,0
<i>Vasel. flav.</i>	88,0

---

## Unguent. comp. resorcini

<i>Resorcin.</i>	
<i>Ichthyol.</i>	■ 5,0
<i>Acid. salicyl.</i>	2,0
<i>Vasel. flav.</i>	88,0

---

## Unguent. gynocardiae

<i>Ol. gynocardiae</i>	
<i>Vasel. flav.</i>	■ pts. aequal.

---

## Unguent. gynocardiae camphorat.

<i>Ol. gynocardiae</i>	
<i>Ungt. camphorat.</i>	■ pts. aequ.

---

## Pastae:

## Pasta lepismatica (Schälpaste)

<i>Ichthyol.</i>	
<i>Vasel. flav.</i>	■ 10,0
<i>Resorcin.</i>	
<i>Past. zinci Unna</i>	■ 40,0

---



**Pasta zinci UNNA**

<i>Terrae siliceae</i>	5,0
<i>Zinc. oxydat.</i>	25,0
<i>Adip. benzoat.</i>	60,0
<i>Ol. benzoat.</i>	10,0

---

**Past. zinci sulfurat.**

<i>Terr. siliceae</i>	4,0
<i>Sulf. praec.</i>	10,0
<i>Zinc. oxydat.</i>	14,0
<i>Ol. benzoat.</i>	12,0
<i>Adip. benzoat.</i>	60,0

---

**Past. zinci sulfurat. camphorat.**

<i>Past. zinci sulfurat.</i>	
<i>Ungt. camphorat.</i>	■ 40,0
<i>Ichthyol.</i>	
<i>Sem. sinapis plv. subt.</i>	■ 10,0

---

**Diverse:****Balneum atramentosum (Dintenbad)**

<i>Sol. acid. tannic.</i>	10,0:200,0
<i>s. Nr. I</i>	
<i>Sol. ferri sulfur.</i>	5,0:200,0
<i>s. Nr. II</i>	
<i>ad balneum Nr. 1</i>	

---

**Pulv. stypticus**

<i>Alumin. plv. subt.</i>	
<i>Acid. tannic.</i>	
<i>Gummi arab. plv.</i>	
<i>Colophon. plv. subt.</i>	■ 25,0

---

## Ver samml un gen.

### Verhandlungen der Wiener dermatologischen Gesellschaft.

Originalbericht von Dr. J. POLLITZER.

Sitzung vom 21. Februar 1906.

NOBL zeigt zwei Fälle von Sklerodermie.

1. Das ödematöse Vorstadium, seit zwei Monaten bei einem sechsjährigen Mädchen im Gesichte und an den Extremitäten bestehend. Es schloß sich an eine Parotitis an und dürfte eine günstige Prognose gestatten, wie wir ersehen aus Fall

2, einer 22jährigen Frau, deren ähnliches Krankheitsbild sich Ende 1904 im Anschlusse an eine Influenza entwickelte, Gesicht, Hals und den Rumpf bis zur Taille einnahm. Es wurde damals als ödematöses Initialstadium diffuser Sklerodermie von mir vorgestellt und ist seither unter 30 Injektionen von 15 % Thiosinamin fast ganz zurückgegangen und

3. **Hyperkerat. gummöse Infiltrate** an den Fersen (Schwielegummen), durch das braunrote serpiginöse Randinfiltrat deutlich erkennbar. Infektion vor vier Jahren. Schmierkur jetzt ohne Erfolg, dagegen Jod und Dec. ZITTMANNI.

HERMANN demonstriert:

1. eine ältere Frau mit den Erscheinungen einer **Atrophia cutis idiopathica** am Handrücken und Ellenbogen des rechten Armes. Daneben aber an der Beugefläche des Oberarmes, vor der Bicepsfuroche über die Cubita streichend einen schmalen, derben, weißen, fein netzförmig gezeichneten Streifen, ähnlich der Sklerodermie. Vielleicht liegt die auch schon von anderen beschriebene Kombination beider Affektionen vor.

Diskussion: NEUMANN spricht über die Entwicklung der idiopathischen Atrophie und einen ähnlichen Fall KÖRNERS, ohne über die Natur des weißen Streifens bestimmtes zu äußern.

OPPENHEIM verweist auf den von SCHERBER im Vorjahre vorgestellten Fall ausgebreiteter Sklerodermie mit idiopathischer Atrophie an den Streckseiten der Arme.

RIEHL hat selbst noch nie einen Fall gesehen, der deutlich den Zusammenhang zwischen einer oberflächlichen Sklerodermie und der idiopathischen Hautatrophie zeigte. Der vorliegende Fall ist nicht beweisend, da der zu tastende derbe Strang am Arm eher als Residuum einer Lymphangitis aufzufassen wäre, die sich an ein Panaritium des deutlich narbig veränderten Daumens anschloß.

DEUTSCH möchte auch die idiopathische Atrophie nicht anerkennen, da sie ganz gegen die Regel einseitig sei und zu starke Entzündungserscheinungen zeige.

2. ein **serpiginöses, ulceröses Syphilid**, wahrscheinlich hereditärer Natur, bei einem 18jährigen Burschen mit Zerstörung der unteren Hälfte der Ohrmuschel und der Wangenhaut.

3. ein **papulo-nekrotisches Tuberkulid** bei einem 14jährigen Knaben mit Narben nach skrophulösen Drüsenabscessen. Durch die zahlreichen Knötchen und Pigmentationen große Ähnlichkeit mit einem Prurigo.

4. ein dichtgruppiertes, etwas gereiztes ekzemähnliches kleinpapulöses Syphilid am Stamm und den Extremitäten. Infektion vor einem Jahre.

SPIEGLER stellt vor:

1. einen Mann mit zahlreichen, erbsengroßen, keloiden, weißen Narben am

Stamm und den Oberarmen, nach Abheilung einer Akne, die mit einer eigenmächtig angewendeten starken Kupfersalbe behandelt wurde.

2. eine **Purpura**, punktförmig, follikulär und flechtenhaft bei einem 60jährigen Mann.

3. eine an der Nasenspitze lokalisierte und dem **Lupus erythematosus** ähnliche **Psoriasis**. Einzelne Herde auch am Sternum.

**FREUND** demonstriert eine **Psoriasis** der behaarten Kopfhaut, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Die **Psoriasis** zeigte (bei Applikation kleiner Dosen mit weichen Röhren) schon nach sieben bis acht Tagen deutliche Reaktion und Ablösung der Schuppen, während noch nicht einmal eine Haarlockerung zu bemerken war.

**BRANDWEINER** demonstriert (Klinik **FINGER**):

1. eine **Dermatitis arteficialis pustulosa** am Rücken durch Einreiben von Petroleum.

**Diskussion:** **RIEHL** sieht oft ähnliche Dermatitisden, oft auch diffuse mit Blasenbildung nach Anwendung des Petroleum zur Beseitigung von **Pediculi capitis** und **pubis**.

2. eine **Lues gummosa** der Nase bei einem 40jährigen, vor fünf Jahren infizierten Mann. Fast die ganze Nase ist mit kleinen, akneähnlichen Knoten besetzt, die typische gummöse Geschwürchen mit scharfen Rändern und speckigem Belage zeigen. (*Syphilide acnéique du nez* der Franzosen.)

8. eine **Leukoplakie der Glans penis** in Form scharf umschriebener, derber, flacher, bläulich-weißer konfluierender Verdickungen des Epithels, die sich bei dem 22jährigen Patienten nach wiederholter **Balanitis circinata** angeblich in acht Tagen entwickelt hat.

**Diskussion:** **RIEHL** hält diese Form für verwandt mit der **Kraurosis vulvae**, indem nach chronischer Entzündung erst **Atrophie** und dann sekundär umschriebene Epithelverdickung auftritt.

**HERMANN** sah in dieser flachen Form an der Glans und in der **Vulva diffuse Epitheliome** beginnen ähnlich dem **Pagets disease**.

**NEUMANN** findet die Analogie mit der **Kraurosis vulvae** nicht naheliegend, eher mit der **Leukoplakia oris**. Ähnliche Verdickungen entstehen bei älteren Leuten, besonders bei **Diabetes**, oft nach **Balanitis**, z. B. bei lange bestehender **Phimose**.

4. ein **Leukoderma syphiliticum universale**. Infektion Mai 1905. Lange kein **Exanthem**, doch Präventivkur durch Einreibungen. Jetzt allgemeines **Leukoderma**.

5. **Lupus erythematosus**. Seit sechs Monaten ein succulenter roter Herd an der Nasenspitze, zwei kleinere an den Ohren.

6. **Lupus erythematosus** seit sechs Jahren bei einem 23jährigen Mädchen über die ganze Kopfhaut ausgebreitet mit vollständigem Ausfall der Haare und narbiger **Atrophie** der Kopfhaut. Rote, schuppene Herde im Gesicht, Nase, Ohren, Hals und den Fingern.

**RIEHL** stellt vor:

1. einen **Lupus erythematosus discoides** an der Nase und den Händen.

2. eine eigenartige Form von **Lupus erythematosus** bei einem 31jährigen Mann. An der Nase und den Wangen in discoider Form und sich mit relativ tiefen Narben ausbreitend. Am Rücken anschliessend an eine Exzisionsstelle ein flacher Herd. Sonst zerstreut über Brust, Rücken und Schulter zahlreiche, quaddelartig vorspringende, hanfkorn- bis hellergröfse, auch zu Handtellergröfse konfluierende Knötchen: auf der Kuppe derselben entstehen Einsenkungen und später atrophische Stellen, wie nach Abheilung des **Lupus erythematosus**.

In der Litteratur findet sich außer diesem (von W. PICK in der *Wien. klin. Wochenschr.* 1905, S. 1303 beschriebenem) Falle nur in der *Histopathologie* von UNNA eine solche quaddelartige Form erwähnt. Auch histologisch ist dieselbe nur durch ein vorwiegendes Ödem vom gewöhnlichen Lupus erythematosus mit seinen Bündzellenzügen unterschieden.

8. einen 84jährigen Mann mit einer roten, glatten, plattenartigen, in der Mitte leicht eingesunkenen Erhebung am rechten Jochbein. Eine ähnliche, derbe, sklerodermaartige Verhärtung besteht seit 1½ Jahren am rechten Oberarm. Histologisch fand sich kein Anhaltspunkt für Lues, Tuberkulose oder ein malignes Neoplasma. Auf Tuberkulin keine Reaktion, nach Jodkalium Bötung und Schwellung; vielleicht liegt eine hypertrophische Form des Lupus erythematosus vor.

ZUMBUSCH demonstriert:

1. eine Sklerodermie im Gesicht und am Halse, Sklerodaktylie und Nagelstörungen, dabei Exophthalmus und ausgesprochener Morbus Basedowii (Fall des Prim. WICK in der *Wien. klin. Wochenschr.* Februar 1906.)

2. ein 4jähriges Kind mit einem seit 2½ Jahren bestehenden Xeroderma pigmentosum. Im letzten Jahre rasche Zunahme der Epitheliome neben den Pigmentierungen und weißen narbigen Flecken. Die Radiotherapie ist bisher ohne deutlichen Einfluss auf die Tumoren.

GROSZ bespricht die histologischen Präparate eines auf der Abteilung Professor ORTNER beobachteten Falles. Derselbe zeigte klinisch zahlreiche, kleinste, derbe Tumoren auf der rechten Brustseite; dabei multiple Drüenschwellung. Milztumor. Blutuntersuchung negativ, weder eine absolute noch relative Vermehrung der Leukozyten. Baldiger Exitus letalis. Bei der Sektion fanden sich in den Lymphdrüsen, in Leber, Milz und der Pleura ähnliche Knötchen. Die histologische Untersuchung der Haut ergibt eine um die Schweißdrüsen beginnende und gegen die obere Cutis vordringende, dichte Infiltration, zusammengesetzt aus Lymphocyten, Bindegewebszellen und Plasmazellen; dazwischen große, protoplasmareiche, nicht nach dem gewöhnlichen Typus gebaute Riesenzellen. Die Knötchen der inneren Organe zeigten den gleichen Bau.

Dieses pathologische Ergebnis ist nicht ganz unbekannt; von C. STERNBERG als unter dem Bilde der Pseudoleukämie verlaufende Tuberkulose beschrieben, steht seine Natur nicht ganz sicher. Deutliche tuberkulöse Veränderungen sind weder in anderen noch in unserem Falle sicher; gewiss gehört die Affektion aber auch nicht zur Pseudoleukämie und zum Sarkom, weshalb auch der Name HODGKINSsche Krankheit nicht angezeigt ist. Vielleicht könnte man die Bezeichnung wählen: Granulosis tractus lymphat. oder besser Lymphogranulomatosis cutis.

Sitzung vom 7. März 1906.

NEUMANN demonstriert einen 54jährigen Mann mit leukämischen Tumoren der Haut. Am Halse und namentlich in der rechten Leiste sind mehrere, fast faustgroße Tumoren von derb elastischer Konsistenz. Multiple Drüsentumoren, Milzvergrößerung. Leukämischer Blutbefund.

LEINER stellt vor:

1. ein Lymphangioma cysticum an der Stirn bei einem 5jährigen Knaben, es setzt sich zosterartig aus kleinen wasserhellen Bläschen zusammen, deren Inhalt bisweilen blutig wird.

Diskussion: RIEHL, dessen Schüler in Leipzig solche Fälle untersucht haben, fand in den Bläschen angeborene Erweiterungen der Lymphbahnen, die mit den Blutgefäßen nicht in Zusammenhang stehen.

2. polypös aufsitzende **Fibromata mollusca** in der Nackengegend bei einem zweimonatlichen Kinde.

**EHRMANN** zeigt:

1. den Knaben mit dem exulcerierten Gumma der rechten Ohrmuschel, das sich bei spezifischer Behandlung bedeutend gebessert hat.

2. einen Patienten mit ausgebreiteter Akne und aus diesen hervorgegangenen, skrophulodermäßig ulcerierten Stellen oder nur erweichten, braunen, strangförmigen Tumoren im Gesicht, Rücken und Brusthaut. Eine gleiche Form wurde von **LANG** als **Folliculitis conglobata** beschrieben. Daneben eine zweite Affektion in Form kleiner, in Gruppen angeordneter, flacher Knötchen, ein **Lichen scrophulosorum**.

**Diskussion:** **WEIDENFELD** hält letzteres bloß für ein gereiztes **Eccema seborrhoicum** neben der Akne.

**NOBL** glaubt an Rücken einzelne Scheiben mit deutlicher Atrophie zu sehen, was beim **Eccema seborrhoicum** nicht vorkommt.

**EHRMANN:** Beim **Eccema seborrhoicum** liegt mehr eine diffuse Erkrankung vor, während hier die Flecken aus der Konfluenz von Knötchen entstehen, denen entsprechend kleine Atrophien entstehen, wie bei allen Prozessen, die mit Riesenzellenbildung einhergehen.

**RIEHL** möchte den vorgestellten Fall nicht konfundiert wissen mit dem von den Engländern beschriebenen Krankheitsbilde der **Acne scrofulosorum** im Kindesalter.

3. einen **Lichen ruber planus** seit einem Monate am Scrotum eines älteren Mannes in Knötchen und elevierten, zum Teil streifenförmigen Plaques.

4. ein Mädchen, das bei Prof. **FINGER** seinerzeit wegen einer **Folliculitis exulcerans nasi** in Behandlung stand, jetzt aber um den narbig veränderten Nasenflügel und auch an der Schleimhaut distinkte **Lupusknötchen** zeigt. Ein schon damals bestandener Lupus an der Ferse ist gebessert.

**Diskussion:** **FINGER:** Dieser dritte Fall meiner Reihe zeigte ebenso wie die anderen die charakteristischen, von Lupus differenten Symptome, nicht in die Haut eingesprengte, sondern elevierte, weiche stecknadelkopfgroße Knötchen, die rasch exulcerieren und Narben hinterlassen, während in der Umgebung neue Knötchen auftreten. Rasche Heilung auch bei indifferenter Behandlung. Der auch von **JARISCH** angenommene Zusammenhang mit Lupus ist unbestimmt; auch histologisch ist die **Folliculitis** verschieden von Lupus. Dieser Fall zeigt nach der Ausheilung die Entwicklung eines typischen Lupus.

**NOBL** demonstriert:

1. ein makulopapulöses Syphilid bei einem zweijährigen Mädchen. Infektionsstelle unbekannt.

2. einen **Lupus erythematosus** mit Gefäsektasien im Gesichte einer 24jährigen Frau.

**KALTENBRUNNER** zeigt bei einem 54jährigen Mann ein seit zirka einem Jahre bestehendes flaches **Epitheliom** mit samtartigem, rotem Grund an der Glans und dem inneren Präputialblatte.

**SCHERBERG** stellt vor:

1. eine **Ichthyosis congenita** bei einem fünf Tage alten Kinde; Gesicht, Stamm, palmae und plantae dicht lamellös schuppend. Familienanamnese negativ.

**Diskussion:** **RIEHL** hält den Fall für eine starke **Seborrhoea oleosa**, die nach einigen Wochen schwinden wird.

**WEIDENFELD** glaubt, daß eine starke Reizung einer kindlichen Haut vorliegt.

2. **Blasenbildungen**, wahrscheinlich artefizieller Natur an den Beugeflächen der Finger und dem Antithenar beiderseits bei einem Mädchen mit deutlichen Stigmata von Hysterie.

SPINGLER zeigt:

1. einen **Lichen ruber planus** sehr ausgebreitet bei einer 48jährigen Frau. Die Affektion setzt sich nicht so sehr aus typischen Knötchen, als aus flachen, mit eingesunkenen, dünnen, weissen Schuppen bedeckten, juckenden Herden zusammen.

2. ein **Gumma des Zahnfleisches** übergreifend auf die Oberlippe. Infektion vor 10 Jahren.

Diskussion: WEIDENFELD hält dieses Ulcus für ein tuberkulöses.

3. einen **Lupus erythematosus**, seit zwei Jahren bestehend, mit ausgedehnten, pigmentierten Narben.

PICK demonstriert:

1. eine **Folliculitis** bei einem gut genährten Mädchen an den Streckseiten der oberen Extremitäten.

2. ein **Erythema nodosum perstans**; subcutane multiple Knoten an der linken unteren Extremität, über denen die Haut gerötet ist. Trotz langen Bestandes der Knoten nirgends Ulceration.

ZUMBUSCH zeigt ein 4 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind, das seit drei Monaten an **Pemphigus vulgaris** erkrankt ist. Neben zahlreichen Pigmentationen auch frische, meist circinär angeordnete Bläschen und gröfsere Blasen. Keine Epidermolysis.

RIEHL stellt einen 24jährigen Mann vor, der an der rechten Wange einen wallnufsgrofsen, derb elastischen Tumor zeigt, der als **Fibrom** im Sinne von RECKLINGHAUSEN anzusprechen ist; daneben am Stamme zahlreiche sommersprossenähnliche und nävusartige Pigmentationen, sowie bei genauerer Untersuchung viele kleine Tumoren. Ein faustgrofsener Tumor über dem rechten oberen Augenlid entspricht, wie einer Mitteilung Dr. WINDNERS über eine diesbezügliche frühere Demonstration des Kranken zu entnehmen ist, einem mit Gefäfsen des Schädelinnern kommunisierenden Tumor cavernosus.

Es gibt gewifs auch Fälle von Morbus RECKLINGHAUSEN ohne Tumoren. So kenne ich zwei Geschwister, eines mit Tumoren, das andere blofs mit Pigmentationen.

BRANDWEINER hält nunmehr ein kurzes Referat über den derzeitigen Stand der **Spirochätenfrage**, mit Mitteilung der von den verschiedenen deutschen und französischen Autoren angegebenen Färbemethoden. Am besten ist die Färbung mit Giemsa-Lösung und die Beobachtung im nativen Präparat, für den Nachweis im Gewebe die Methode nach LEVADITI. Konstant sind die Befunde in den primären und sekundären Effloreszenzen bei hereditärer Lues und an den Impfstellen der Affen; spärlich sind die Befunde im Blute, negativ in Gummen, trotzdem die Impfungen damit positiv ausfielen.

WINKLER schliesst ein Referat über die **Oytorrhocytesfrage** an, der er im SIEGELschen Laboratorium und durch selbständige Untersuchungen näher getreten ist. Wenn er auch SIEGELS experimentelle Ergebnisse nicht anerkennt, die im Widerspruche mit der Impfsyphilis aller anderer Forscher steht, so müsse er doch für die Existenz der von SIEGEL als Oytorrhocytes beschriebenen Gebilde eintreten. Ähnlich wie von SIEGEL waren solche Gebilde schon vorher von KLEBS und DÖHLE beschrieben worden; doch fanden sie ebensowenig wie die Befunde von LEREDDE und DOMICCI, von LOSTORFER und STASSANO Beachtung. Die Angaben SIEGELS wurden durch den Berliner Zoologen SCHULTZ überprüf't und anerkannt. Sie gehen von der Untersuchung lebenden Blutes mit stärksten Vergröfsierungen aus. SIEGEL fand bei Luetikern kugelige oder leicht gestreckte, wenn gröfser plattovale,  $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$   $\mu$  lange, stark glänzende Gebilde mit hellerem Saume, regelmäfsig angeordnetem, deutlich geteiltem Kern und eventuell Geifselbeobachtung. Der Glanz allein reicht nicht aus und führt zu Verwechslungen mit granulierten Zerfallsprodukten des Blutes, die man bei anämi-

schem Blute, bei Influenza u. a. findet. Zahlreiche demonstrierte Mikrophotogramme und Diapositive aus der Sammlung SIEGEL können diese Angaben bestätigen.

Zur Färbung der Cytorrhyaeformen empfahl SIEGEL Alaunkarmin, später Borax-methylenblau. Redner sah schöne Bilder mit der von ihm seinerzeit für den Nachweis der tingiblen Körperchen angegebenen Methode, Karbolthionin und Entfärben mit Formalin. Die Geißelfärbung gelingt am besten bei dreitägiger Färbung mit GiemsaLösung. Gewebefärbungen erfolgen mit Alaun-hämatoxylinasur II. — Eosin oder mit Pyronin-Methylgrün (2 Präparate: Schnitte aus einerluetischen Kanincheneris und dem indurierten Hoden eines an Lues erkrankten Affen) und zeigen die Cytorrhyaeformen bei Lues im Plasma der Bindegewebezellen. Angeblich ist FICKER in Berlin auch die Kultur ähnlicher Gebilde in Menschenblutbouillon, Ascitesbouillon und Ascitesagar gelungen.

Sicher sind im Blute bei Syphilis die von SIEGEL beschriebenen Gebilde, die nach der Kernlagerung und Geißelbeschaffenheit als Protozoen gedeutet werden können. Ihre Übertragung und die Syphilisimpfung auf niedere Tiere scheint aber nicht richtig. Im Zusammenhange mit der gewiß ebenso vorhandenen *Spirochaeta pallida*, ist es nicht ausgeschlossen, daß zwischen beiden Formen ein Konnex besteht. In dieser Erwägung halten KRZYŻTALOWICZ und SIEDLECKI ihre *corps énigmatiques* denn auch für Entwicklungsformen der Spirochäte. Auch fand WINKLER selbst an LEVADITI-Präparaten bei Nachfärbung mit Toluidinblau neben schwarzen Spirochaeten blaue Cytorrhyaeten.

#### Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 28. April/11. Mai 1906.

Originalbericht von ARTH. JORDAN-Moskau.

1. SOKOLOW stellte eine 55jährige Frau vor, welche  $8\frac{1}{2}$  Jahre an einem *Ulcus rodens* der rechten Nasenhälfte gelitten hat, das jetzt unter Behandlung mit 10 mg Radiumbromid BICHLER geschwunden ist. Die Kranke wurde zweimal wöchentlich, je 20 Minuten lang, einmal zwei Stunden lang auf diese Weise behandelt. Nach zwölf Sitzungen ist das Geschwür verheilt. Die Narbe ist noch zart und ein wenig hyperämisch. Nach der einen Sitzung von zwei Stunden Dauer trat eine Dermatitis bullosa auf, worauf aber das Infiltrat sehr schnell resorbiert wurde, so daß Vortragender, ebenso wie auch Dr. GOLDBERG in seiner Dissertation, die größere Wirkung einer länger dauernden Sitzung auf das *Ulcus rodens* hervorhebt.

Diskussion: BOGROW zieht bei *Ulcus rodens* das Radiumbromid den Röntgenstrahlen vor.

SHIWULT erkundigt sich, ob die Kranke bei Anwendung des Radium über Schmerzen klagte.

SOKOLOW verneint es.

2. BREYTSCHEW demonstrierte ein Mädchen mit *Lupus faciei*, welches er mit pulverisiertem Kalium hypermanganicum behandelt hat. Er streute dasselbe auf ein *Empl. mercur.* und klebte dieses für sechs Stunden auf den Lupusherd auf. Es trat ein Geschwür auf, welches bald granuliert.

Diskussion: METSCHERSKI rühmt gleichfalls diese Behandlung, warnt aber vor ambulatorischer Anwendung derselben, da unliebsame Zufälle eintreten können.

3. BREYTSCHEW zeigte eine 31jährige Kranke mit *Ocicatrices post variolam veram*, welche unter Thiosinamininjektionen bedeutend gebessert worden sind.

4. METSCHERSKI berichtete an der Hand von mikroskopischen Präparaten über den pathologisch-anatomischen Befund des von ihm in der vorigen Sitzung vorgestellten Falles von *Acrodermatitis continua suppurativa* (HALLOPEAU).

Als anatomische Grundlage dieses Leidens erscheint die Phlyctaene, welche im Rete Malpighii gelagert ist und in keiner Beziehung zu den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen steht. Boden und Wände der Phlyctaene werden von Zellen der Malpighischen Schicht, das Dach von denen der Hornschicht gebildet. Im Innern der Phlyctaene findet sich eine fibrinöse, seröse Flüssigkeit mit vielen polynuklearen Zellen, unter denen auch coagulierte Epithelzellen nicht fehlen. Die Phlyctaenen fließen später zusammen und gruppieren sich über den Papillen. Die Gefäße der Papillarschicht sind stark erweitert und blutreich, während das Gewebe selbst ödematös und mit Leukocyten infiltriert ist, die aus den Gefäßen dieser Schicht ausgewandert sind. Einige Leukocyten sind durch die ödematösen intercellularen Räume bis in die Epidermis weiter gewandert, wo sie zwischen den Zellen derselben zu sehen sind.

Der entzündliche Prozess beschränkt sich nur auf das Stratum papillare, dessen Gefäße erweitert sind und um welche man eine mächtige rundzellige Infiltration beobachtet. Die tieferen Schichten der Haut sind normal.

Mikroorganismen ließen sich weder im Innern der Phlyctaene, noch in dem Gewebe nachweisen. Bei Kulturversuchen erwies sich der Inhalt einer frischen Phlyctaene steril, wogegen sich in dem Inhalt älterer Phlyctaenen Staphylokokken fanden.

## Fachzeitschriften.

### Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XVII, Heft 2 und 3.

Zwei bewährte Mitarbeiter des Blattes sind verstorben: Heft 2 bringt Bild und Nachruf für SIGMUND ROSENSTEIN, Heft 3 enthält den Nachruf für NITZE und eine Würdigung seiner wissenschaftlichen Verdienste von WEINICH.

**Der Mechanismus des Blasenverschlusses im Röntgenbild, von OFFENHEIM und Löw.** Durch Röntgenphotographien an Affen (*Cynocephalus Hamadryas*), deren Blasen mit 2%iger Kollargollösung gefüllt waren, wiesen die Verfasser nach, daß bei einer gewissen Flüssigkeitsmenge in der Harnblase der glatte Sphincter internus nicht mehr zur Behinderung der Urinentleerung ausreicht, und daß nun die übrige Muskulatur der hinteren Harnröhre, der Sphincter externus und der Compressor urethrae, herangezogen werden, um den Blasenverschluss zu bilden.

**Über rationelle Aufbewahrung der Sonden und Katheter, insbesondere der weichen und elastischen, von DUFAUX.** (Schluß.) Im Schluß dieser sehr umfassenden Arbeit bespricht Verfasser die Erfahrungen mit Formalin und rät als Schlufsergebnis, die gut gereinigten, durchgespritzten und abgetrockneten Katheter trocken über Chlorcalcium in dem von ihm angegebenen Glase aufzubewahren, das von der Firma A. Busch in Cannstatt unter dem Namen Katheterostat vertrieben wird.

**Die Cystoskopie als Hilfsmittel bei der Diagnose der Douglassexsudate, von KROFFT.** Verfasser konnte einen Fall von Douglasabscess, der nachher durch die Operation bestätigt wurde, vorher cystoskopieren. Die Gegend der hinteren Blasenwand war stark vorgewölbt und mit stecknadelkopfgroßen, lymphoiden Knötchen bedeckt. In einem anderen Fall, bei dem sich bei der Operation kein Abscess fand, ergab die cystoskopische Untersuchung auch keinen derartigen Befund.



**Ein antiseptisches Kathetertaschenetui**, von OBERLAENDER. Verfasser beschreibt ein etwas kompliziertes Etui, das alles für den Patienten nötige enthält: Rohre zur Aufbewahrung des Katheters, die Möglichkeit, ihn antiseptisch zu halten, Watte und Gleitmittel.  
F. Hahn-Bremen.

### **Lepra.**

1906. Band VI. Heft II.

V. **Klinische Studie der Lepra ophthalmica mit einer Beschreibung von Fällen aus dem Leprahospital in Langarnes (Island) im Jahre 1901 und 1904**, von KARL GROSSMANN - Liverpool. GROSSMANN besuchte zweimal, im Jahre 1901 und 1904, das Leprosorium in Langarnes und richtete seine Aufmerksamkeit auf die leprösen Augenaffektionen und auf ihre Veränderungen innerhalb des Zeitraumes von drei Jahren. Das Leprosorium hat Raum für 60 Kranke; er sah bei seinen beiden Besuchen zusammen 80 Patienten. Seit der Eröffnung des Leprabeims im Jahre 1898 ist eine Abnahme des Leidens in dem zugehörigen Leprabezirk von 25—35% zu verzeichnen. Von 59 Kranken aus dem Jahre 1901 litten 34 an Lepra tuberosa; von diesen waren im Jahre 1904 bereits 16 verstorben; dagegen verstarben von 25 Patienten mit Lepra anaesthetica aus den Jahren 1901 bis 1904 nur vier. — Auf Grund seiner Beobachtungen kommt GROSSMANN zu dem Schlusse, daß bei Lepra tuberosa die Augen in allen Fällen spezifisch erkranken, falls der Patient lange genug lebt, während bei Lepra anaesthetica die Augen nicht erkranken, falls die Nerven, welche die Augen und ihre Adnexe versorgen, von dem Leiden verschont bleiben. Bei der Lepra tuberosa befällt das Leiden zuerst die Lider und später das Auge selbst. Wenn das episclerale Gewebe ergriffen ist, wird der pericorneale Teil der Sclera bleich, graugelblich gefärbt und blutleer, und oft greift die Infiltration auf die Cornea selbst über. Bei Lepra anaesthetica verursacht die Affektion des fünften Nerven Anästhesie der Conjunctiva und Cornea, und es kommt bei Mitbeteiligung des N. facialis zu Lagophthalmus. Das Weitergehen der leprösen Infiltration kann verzögert und aufgehalten werden durch Schaffung einer Grenze von Narbengewebe, wie sie durch corneale oder pericorneale Inzision erreicht wird.

VI. **Sinnesstörungen bei Lepra. Ein Fall von polyneuritischer Psychose bei einem Leprakranken**, von v. BEURMANN, ROUBINOWITCH und GOUGEROT-Paris.  
Fortsetzung folgt. Schourp-Dansig.

### **Monatsberichte für Urologie.**

1906. Band XI, Heft 3.

I. **Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe**, von H. LOHNSTEIN. Fortsetzung folgt.

II. **Eine neue Methode zur Heilung von Rectourethralfisteln**, von H. WILDBOLZ - Bern. Nicht selten folgt auf eine perineale Prostataektomie eine Rectourethralfistel, welche für die meist schon bejahrten Prostatiker ein schweres Leiden bedeutet und den ganzen Erfolg der Prostataektomie in Frage stellt. Versuche, durch Anfrischen der Fistelränder vom Rektum aus, eventuell mit nachfolgender Naht die Fistel zur Heilung zu bringen, schlugen fast immer fehl. WILDBOLZ verfuhr, als er bei einem 72jährigen Patienten eine ziemlich große, nach perinealer Prostataektomie infolge partieller Rektalwandnekrose entstandene Rectourethralfistel schliessen wollte, in der Weise, daß er das untere Rektalende frei präparierte, drehte, bis zur Fistelhöhe resezierte, das obere Darmende durch den Sphincterenring nach dem HORNESCO-

sehen Durchziehungsverfahren vorzog und an der Analbaut fixierte. Nach 14 Tagen war die Dammwunde soweit verheilt, daß Patient aufstehen und seinen gesammelten Urin spontan per urethram entleeren konnte, ohne einen Tropfen durch die Dammwunde zu verlieren.

**III. Ureterencystoskope von dünnem Kaliber, von DANELIUS.** (Aus Prof. CASPERS Klinik.) An dem bisherigen CASPERSchen Ureterencystoskop ist das starke Kaliber des Instruments, das sich am oberen Wulste auf 24,5 Charrière beläuft, oft als störend empfunden worden. Neuerdings ist es CASPER gelungen, das Kaliber wesentlich herabzusetzen, indem das Cystoskop an seiner stärksten Stelle, nämlich an dem unteren Ende des Katheterschlitzes, nur einen Umfang von 22 Charrière besitzt. Die Folge dieser Kaliberverdünnung ist natürlich eine Verkleinerung des sog. inneren Gesichtsfeldes; die Ureteren selbst erscheinen dem untersuchenden Auge genau so groß wie bei dem alten Instrumente. Eine weitere wesentliche Verbesserung betrifft die Führungsmetallhülsen für die Katheter; sie sind jetzt an dem Okulare des Instrumentes kreisförmig abgelenkt, so daß der Katheter während der Untersuchung nicht störend über das Okular hängen kann. *Schourp-Dansig.*

## Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Band V. Heft 1.

**1. Zur ambulativen Behandlung der Prostituierten, von B. MARCUSE;** mit einer Einleitung von E. LESSER. Nach allgemeinem Einverständnis genügt die Sittenpolizei nicht, um die Prostitution gesundheitsunschädlich zu gestalten. Auch die Versuche der Behörden, ein gewisses Annoncenwesen, hinter dem sich die Prostitution verbirgt (Masseusen, Darlehnsgesuche alleinstehender Damen, Witwen u. a.), zu treffen, sind fehlgeschlagen. Die Hauptaufgabe der maßgebenden Organe wird es bleiben müssen, die erkrankte Prostituierte sachgemäßer Behandlung zuzuführen. LESSER hält entgegen allen Einwürfen seinen zuerst vor fünf Jahren gemachten Vorschlag aufrecht, man möge für die Prostituierten unentgeltliche Behandlungsstellen errichten, ohne im übrigen auf sie irgendwelchen polizeilichen Zwang auszuüben. Die Sittenpolizei, welche fortbestehen solle, habe nur bei den Fällen einzuschreiten, wenn kranke Dirnen sich der Behandlung entzögen. Daß diese Einrichtung keine Utopie ist, glaubt LESSER sicher. Auch jetzt schon lassen sich in der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskranke viele Prostituierte ständig behandeln beziehentlich beobachten. Als Grundlage zu der Statistik MARCUSES dienen die innerhalb eines Jahres daselbst neu Aufgenommenen. Es handelte sich um im ganzen 255 Kranke, von denen 126 Prostituierte waren, d. h. Frauen, die sich mit mehreren Männern dem Verkehre hingaben. 52 von ihnen haben alle ärztlichen Anordnungen willig befolgt, 16 ließen sich Spitälern überweisen, 23 besuchten die Poliklinik nur einmal und wurden einer Behandlung nicht für bedürftig erklärt; 35 waren nicht regelmäßig erschienen. Besonders die Syphiliskuren stellten doch an den Willen der Kranken große Anforderungen, seien es nun Einspritzungs- oder Einreibungskuren. Im ersten Jahre fanden im allgemeinen drei, im zweiten Jahre zwei Kuren statt. Weitere Kuren werden von Fall zu Fall verordnet. Von den 52 regelmäßig erschienenen Prostituierten litten 37 an Lues, 9 an Tripper, 6 an venerischen Geschwüren. Von den 37 Syphiliskranken haben 10 je zwei Kuren, 5 je drei Kuren, 4 je vier Kuren und eine Kranke 5 Kuren durchgemacht. Von den 16 Kranken, die weggeblieben sind, litten 15 an Syphilis, doch hatten dieselben zum großen Teil schon ein oder mehrere Kuren im Krankenhaus gegen ihre Krankheit vornehmen lassen.

**2. Vorschläge zur Abänderung des bisherigen Verfahrens der Berliner Sittenpolizei,** von WILHELM HAMMER-Berlin. Nach dem jetzigen Gebrauch werden erstmalig bei der Polizei eingelieferte Frauenspersonen nach Wohnung und Arbeitsstätte befragt, unter Umständen von einer Frau untersucht, bei venerischer Erkrankung einer Behandlung unterzogen, jedenfalls aber erst nach mehrmaliger Verwarnung in die Dirnenliste eingetragen, Minderjährige kommen zur Erziehungshaft, in Fürsorgeerziehung. Bei der Verwarnung müssen die Mädchen zwei Schriftstücke unterzeichnen, einmal, daß sie gewerbmäßig Unzucht betrieben haben, und zweitens, daß man ihnen die sittenpolizeiliche Aufsicht angedroht hat. Kranke Frauenspersonen, die nach Aussage des Spitalsarztes von ihrem Leiden Kenntnis gehabt haben, werden außerdem bei der Staatsanwaltschaft wegen Gewerbsunzucht ohne Aufsicht der Sittenbehörde zur Anzeige gebracht. Verfasser schlägt in vorliegender Abhandlung einige Änderungen dieses Regimes vor. Die staatsanwaltschaftliche Anzeige soll stets in Wegfall kommen, wenn ein Mädchen zum erstenmal verhaftet wird. Die behandelnden Ärzte müssen der Rolle von Kriminalbeamten entkleidet werden, die unter dem Deckmantel des Arztes die Mädchen zu Aussagen verleiten, welche sie unter Umständen ins Gefängnis bringen können. Die Verwarnungen will der Verfasser derart geändert wissen, daß an Stelle der mündlichen Verhandlung und Unterschrift der zwei Reverse das Mädchen einen gedruckten Schriftsatz gegen Unterzeichnung ihres Namens ausgehändigt erhält, auf dem wissenswerte Belehrungen verzeichnet sind. Das Geständnis der Gewerbsunzucht, das dem Beamten der Polizei heute abzulegen ist, soll fortfallen. Bei nötig werdenden ärztlichen Untersuchungen könnte eine Ärztin fungieren. Die Druckschrift soll nach Vorschlag des Verfassers Hinweise auf Stellennachweise, Verhalten bei Verlust des Dienstbuches, auf Armenvorsteher, Aufnahme ins Obdach, auf die Auskünfte durch die Polizeireviere enthalten. Ein zweiter Abschnitt soll die rechtlichen und gesundheitlichen Folgen der gewerbmäßigen Unzucht aufzählen. Diese beiden ersten Teile sollen vom Polizeipräsidenten unterzeichnet sein. Ein dritter Teil soll Ausführungen eines evangelischen, bezw. katholischen Geistlichen, bezw. eines Rabbiners enthalten, ein letzter Teil soll Auskunft über Magdalenenanstalten und ihre Bestrebungen geben. Die Kosten dieses Merkblattes müßten von der Stadtgemeinde in Verbindung mit den Kirchengemeinden getragen werden. Andernfalls müßten die Kosten durch wohlthätige, opferfreudige Bürger aufgebracht werden.

**3. Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland,** von W. WECHSELMANN-Berlin. Die Abhandlung bietet eine bemerkenswerte Übersicht über die Entwicklung der Prostitution in Deutschland seit den frühesten Zeiten. WECHSELMANN geht bis auf die alten Germanen zurück und auf ihre strengen, geradezu drakonischen Ansichten über geschlechtliche Verfehlungen, besonders von Ehefrauen. Zwar berichtet man schon aus dem sechsten Jahrhundert von „fahrenden Frauen“, die der Unzucht zuneigten, doch waren dieselben entweder Unfreie oder überhaupt nicht Germaninnen. Die Prostitution war eine vagierende. Nur in einzelnen Römerstädten ließen die Römer das Lupanar als Andenken ihrer Herrschaft zurück. Die Kreuzzüge hatten die Sittenverderbnis bedeutend erhöht und einem rücksichtslosen Geschlechtsverkehr Tür und Tor geöffnet. Die Mainzer Synode von 852 erlaubte sogar Ledigen ausdrücklich das Konkubinats. Auch die Geistlichkeit zeigte tiefen Verfall. Die Aachener Synode beklagt es, daß manche Frauenklöster reine Bordelle seien. Zu Karls des Großen Zeiten trieben sich Mönche und Nonnen prostituierend im Reiche herum. Die Hauptursache war der Zölibat der Priester. Selbst der Beichtstuhl wurde von dem Unzuchtsbetriebe nicht verschont. Eine Salzburger Chronik von 1200 betont, daß man Geistliche mit nur einem Kebsweib schon für eine Art Heilige hielt. Vielfach mußten auch die Bischöfe auf Verlangen der Bürger ihren Geistlichen

das Halten von Konkubinen gestatten, um die Bürgerfrauen und Mädchen vor ihnen wenigstens zu schützen. Solche Beispiele in Adel und Geistlichkeit zerstörten auch die Moral des Volkes. Den Heeren folgten ganze Züge von Buhlerinnen. Die zahlreichen Heerzüge raubten zudem viele Ehefrauen oder entführten ihnen auf lange die Männer. Die Tugend der Frauen und der Männer erlitt durch diese Verhältnisse manchen schweren Stoß. Das Heer Albas wurde, als es nach den Niederlanden zog, von 400 Dirnen zu Pferd und 800 zu Fuß begleitet. Für die Prostituierten gab es in den Heeren einen eigenen Beamten, den Hurenwibel, welcher Hauptmannsold bezog. Auch zu Jahrmärkten, Kirchweihen und Reichstagen fand sich eine reichliche Prostituiertenwelt ein. Auf dem Konstanzer Konzil soll es deren 700 — nach anderen Quellen 1500 — gegeben haben, wobei die heimlichen noch gar nicht gerechnet waren. Verbrechen aller Art waren die Folge der Aufsichtslosigkeit dieses Prostituiertenbetriebes. Allmählich mußten sich die Behörden mit demselben befassen, und so kam es, daß die Gewerbsunzucht nach und nach in behördliche Aufsicht und Kontrolle einrückte. Dabei gab es im frühen Mittelalter noch keine Syphilis. Es handelte sich also bei der Einführung der Prostituiertenüberwachung um fast nur polizeitechnische Gesichtspunkte. Es ist von Bedeutung, daß dies festgestellt wird.

*Hopf - Dresden.*

### Journal des Maladies cutanées et syphilitiques.

1906. Heft 2—3.

**Ein kurzer Überblick über die in der Dermatologie gebräuchlichen Medikamente**, von J. MÉNEAU. Die fleißige Arbeit bringt eine Zusammenstellung aller neueren Medikamente, soweit sie zum äußeren oder innerlichen Gebrauch in der Dermatotherapie zur Verwendung kommen. Eine Literaturangabe ist beigegeben. Jeder, der sich schnell über ein Mittel unterrichten will, wird dem Autor für seine Mühewaltung dankbar sein.

**Einige Fälle von residuierendem Carcinom nach Behandlung mit X-Strahlen**, von DUBOIS-HAVENITH. Der Verfasser berichtet über drei Fälle von Gesichtskrebs, die alle drei, nach ursprünglicher Vernarbung unter Einwirkung der Röntgenstrahlen, wieder aufgebrochen sind und ihr Zerstörungswerk bis zum tödlichen Ende fortsetzen werden. Der Verfasser bemerkt dazu, daß dieses nicht immer der Verlauf ist, daß zuweilen eine zweite Behandlung mit X-Strahlen dauernde Heilung bringt; das Richtigste sei aber doch, ein operables Epitheliom mit dem Messer zu entfernen.

*Türkheim-Hamburg.*

---

## Mitteilungen aus der Literatur.

### Angioneurosen.

**Über Oedema lymphangiectaticum beim Neugeborenen**, von FROMME-Halle. (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd. 41, Heft 5 u. 6.) Von einer gesunden 23jährigen Frau wurde ein ausgetragenes Mädchen geboren, dessen Haut überall den Eindruck erweckte, als ob sie zu weit sei. Besonders war dies am Nacken bemerkbar, an welchem sich die Haut in einer großen Falte abheben ließ. Hände und Füße waren an den Volar- und Plantarflächen durch ödematöse Schwellungen verdickt, welche im Laufe der

Beobachtung des Kindes immer teigiger wurden, so daß man Fingereindrücke längere Zeit bestehen bleiben sah. Das Kind befand sich trotz der Ödeme wohl, zeigte nie Temperaturerniedrigungen und gedieh aufs beste. Der Verfasser nimmt an, daß die Schwellungen schon im intrauterinen Leben bestanden haben, und daß die subkutanen Lymphspalten und Lymphräume zu stark ausgebildet sind, so daß infolge davon Lymphstauungen, welche mit Veränderungen der Zirkulation zusammenhängen müssen, an den betreffenden Teilen aufgetreten sind.

*Schourp-Dansig.*

**Zur Kenntnis des idiopathischen Ödems des Säuglings,** von **LUDWIG F. MEYER**-Berlin. (*Dtsch. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 37.) MEYER prüfte bei drei Fällen von idiopathischen Ödemen beim Säugling den Einfluß des Kochsalz- und Phosphorgehaltes, sowie der Flüssigkeitsmenge der Nahrung sowohl in Bezug auf das Zustandekommen des Ödems als auch in einem Falle in bezug auf den exakten Salzstoffwechsel.

Er fand dabei in experimentellen Vergleichen, daß die Wassersucht durch Kochsalzzugabe rapid vermehrt, durch Verringerung der Kochsalzzufuhr exakt zum Schwinden gebracht wurde.

Dieselbe Bedeutung wie dem Kochsalz war den Phosphaten und wohl auch den anderen Salzen zuzuschreiben.

Sowohl während der NaCl- als auch während der Phosphorperiode findet eine erhebliche Salzretention statt.

Ebenso deutlich ist die Salzretention der Na-Phosphorperiode.

Wenn man sich das Zustandekommen der idiopathischen Ödeme erklären will, so scheint man mit den Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, Kachexie, Nephritis und mit Toxinen nicht ohne weiteres eine Erklärung anbahnen zu können. Herz und Niere waren intakt, aber MEYER meint: die anatomische Integrität schließt indes eine funktionelle Schädigung der die Salzausscheidung besorgenden Organe nicht aus. Diese Funktion haben die Epithelzellen der Harnkanälchen. Liegt eine Schädigung der Epithelzellen nun derart vor, daß sie bei einem gewissen Gehalt des Blutes an Salzen funktionsuntüchtig werden, so resultiert daraus eine Überladung des Blutes mit Salzen, die dann in das Gewebe ausgeschieden werden und dort das Wasser fixieren: ein Ödem.

Doch vermeidet MEYER, weitere theoretische Erörterungen darüber anzustellen, er will für die Praxis betonen, daß man auf alle Fälle versuchen muß, ein Ödem zu vermeiden oder wenigstens möglichst schnell seiner Herr zu werden. „Und dazu sind wir bei dem idiopathischen Ödem“, fährt MEYER weiter fort, „nach meinen Untersuchungen immer imstande, wenn wir den Salzgehalt der Nahrung möglichst gering zu machen suchen. Für die Therapie ergibt sich daraus: Man gebe Brust- oder Vollmilch, resp. ihre Verdünnungen mit einer Abkochung aus gewöhnlichem Mehl und Zucker und vermeide in derartigen Fällen die zahlreichen künstlichen Nährpräparate, denen meist künstlich noch Salz zugesetzt wird.“ *Arthur Bahn-Berlin.*

**Über subcutane Frakturen der Metakarpal- und Metatarsalknochen mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten „militärischen Fußödems“,** von **HERMANN HAMANN.** (Inaug.-Dissert. Greifswald 1902.) *Fritz Loeb-München.*

**Über akutes, universelles, angioneurotisches Ödem,** von **HANS DIETHELM-Klosters.** (Inaugural-Dissert. Zürich 1905.) Als prädisponierende Momente für das flüchtige Ödem werden aufgeführt rheumatische Affektionen (sehr selten), Alkoholismus, Kohlenoxydvergiftung. Der Einfluß bestimmter Nahrungsmittel ist im Gegensatz zur Urticaria gering. Zusammenhang mit Malaria ist nachgewiesen. Organische Nervenkrankheiten wurden nur wenige im Zusammenhang mit angioneurotischem Ödem beobachtet. Eine bedeutend wichtigere Rolle in der Ätiologie spielen die funktionellen

Nervenkrankheiten, namentlich die zentralen Neurosen. Verhältnismäßig ziemlich häufig wurde das akute angioneurotische Ödem mit Migräne im Zusammenhang gefunden.

Auch im Verlauf von Neuralgien und bei Morbus Basedowii können solche Ödeme auftreten, sind aber in allen Fällen darauf zu untersuchen, ob sie Symptome oder selbständige Begleiterscheinungen sind. Auf psychopathischer Grundlage wurde angioneurotisches Ödem mehrere Male beobachtet.

Diesen innerlichen Ursachen lassen sich mehr äusserliche gegenüber stellen. Kleine lokale Traumen begünstigen häufig das Auftreten der Ödeme. Nicht weniger begünstigenden Einflüsse üben psychische Erschütterungen aus. Der Einfluss thermischer Schädlichkeiten ist erwiesen. Als weitere krankmachende oder wenigstens Krankheit auslösende Momente wurden Gravidität, Puerperium und Klimakterium beschrieben.

Der Beginn des Leidens ist fast durchweg akut, ohne Prodrome; sind solche vorhanden, so bestehen sie in Abgeschlagenheit, Appetit- und Schlaflosigkeit, Unbehagen. Die Kardinalsymptome sind die Hautanschwellungen, welche über kürzere oder längere Zeit wiederkehren, meist sehr rasch entstehen, auf ihrem Höhestadium mehrere Stunden bis wenige Tage verweilen, um dann ebenso rasch wieder abzuklingen. Die Grösse dieser Schwellungen kann sehr verschieden sein; sie wechselt meist zwischen 2 bis 10 cm, kann aber, besonders in der Genitalgegend (Skrotum), Kinds- bis Mannekopfgrossen annehmen. Anschwellungen ganzer Körperteile, Kopf, Extremitäten wurden mehrfach beobachtet. Die Schwellungen überragen die umgebende Haut meist nicht mehr als um 0,25 bis 0,50 cm, in ganz seltenen Fällen um einige Zentimeter. Es kann Konfluation von kleineren zu grösseren Quaddeln stattfinden. Die Grenzen der einzelnen Plaques sind meistens scharf; es wurde aber mehrfach auch ein allmählicher Übergang vom kranken ins gesunde Gewebe beobachtet. Als Sitz des Ödems wird meist das Unterhautzellgewebe angegeben. Im tieferen Gewebe am Stirnperiost festsetzende erbsen- bis nussgrosse Knötchen sah FÉRAOL. QUINOCK sah sie in vier Fällen an Radius, Ulna, Humerus, Rippen- und Stirnperiost auftreten. Die Konsistenz der Hautelevationen ist derb elastisch. Fingerdruck hinterlässt keine oder eine nur ganz kurze Zeit bestehende Delle. Die Hautfarbe kann ganz die der Umgebung sein, in anderen Fällen ist sie mehr gelblich, dann wieder weiss, wachsartig blaß, zuweilen rosa. Die Entwicklung der Schwellungen ist eine verschiedenartige. Bald tritt das Maximum in einigen wenigen Minuten ein, bald verfliesen Stunden, ja Tage bis zur Ausbildung des Höhestadiums. Ähnlich verhält es sich mit dem Verschwinden des Ödems. Subjektive Beschwerden fehlen oft. Hier und da geht ein leichtes Brennen oder Kribbeln voraus; während der Anschwellungen klagen die Patienten häufig über ein lästiges, spannendes Gefühl, zu dem sich zuweilen auch das Gefühl von Taubsein und Paraesthesien hinzugesellen. Ganz ausnahmsweise werden heftigere lokale Schmerzen vor dem Ausbruch der Ödeme beobachtet. Bezüglich der Lokalisation werden meistens die der Kälte und Traumen ausgesetzten, unbedeckten Körperstellen, Gesicht und Hände, befallen; aber auch die übrigen Extremitätenpartien, Rumpf und Genitalien, sind häufige Prädisloktionsstellen. Am wenigsten wird die behaarte Kopfhaut ergriffen. Diejenige Stelle, die zuerst von dem Ödem befallen wurde, bleibt auch fast durchweg der Ort der Wahl für die Folgezeit.

Außer der äusseren Körperoberfläche werden nicht allzu selten auch die Schleimhäute von akuten Ödemen betroffen. Einen Lieblingssitz bilden die Lippen, weniger oft werden Wangenschleimhaut und Gingiva, dagegen mehr Zungenschleimhaut, Gaumen, Uvula, Tonsillen, Pharynx betroffen. Angiotineurotische Lungenödeme wurden dreimal beobachtet.

Viel häufiger als die Schleimhäute des Respirationstraktus scheinen die des Intestinaltraktus befallen zu werden. In zahlreichen Fällen treten Hand in Hand mit flüchtigen Ödemen mehr oder weniger heftige Magen-Darmerkrankungen auf. Verschiedene Male war auch die Augenbindehaut Sitz der Ödeme. Der Hydrops hypostrophos tendo-vaginarum und der Hydrops articulorum intermittens müssen (SCHLESINGER u. a.) auch zur Kategorie der flüchtigen Ödeme gerechnet werden. Die Zahl der einzelnen Ödemanfälle variiert sehr. Es sind Fälle bekannt, wo während des ganzen Jahres nur ein einziger solcher auftrat; andere, wo der Zwischenraum zwischen den Paroxysmen Jahre bis Jahrzehnte dauerte, und wieder andere, wo der Intervall nie mehr als wenige Wochen betrug. Bei Weibern können die Schwellungen mit den Menses korrespondieren, mit denselben sogar ante- und postponieren. Auch täglich zur bestimmten Stunde auftretende und verschwindende Ödeme werden in der Literatur verzeichnet. Wegen der Neigung zu Rezidiven ist die Prognose quoad restitutionem zweifelhaft, die quoad vitam fast stets gut. Die pathologisch-anatomische Grundlage der in Rede stehenden Affektion ist nach der Annahme der meisten Autoren eine neurogene Veränderung in den Wänden der Blutkapillaren. Die Therapie ist in erster Linie auf eine etwa bestehende Grundkrankheit zu richten.

*Fritz Loeb-München.*

**Angioneurotisches Ödem mit Beteiligung der oberen Luftwege,** von T. H. HALSTED-Syracuse. (*Amer. Journ. med. Science.* Nov. 1905.) Die lebensgefährlichen Störungen, welche beim angioneurotischen Ödem (QUINCKEscher Krankheit) auftreten können, hat H. an folgenden Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt.

1. Ein 24jähriger, kräftiger Mann erkrankte während des Schlafes mit einer Schwellung im Halse, welche sowohl das Atmen als auch das Sprechen und Schlucken sehr erschwerte. Die Schleimhaut des Schlundes bot eine blaß-gelbliche, fast durchscheinende, ödematöse Schwellung ohne entzündliche Erscheinungen dar. Patient hatte zweimal zuvor zirkumskripte ödematöse Schwellungen am Arm und auch an den Füßen usw. gehabt. Auch waren ähnliche Erstickungserscheinungen schon früher aufgetreten. Nach ausgiebiger Skarifikation trat Besserung ein. Seitdem sind zwölf Jahre verflossen; Patient hat verschiedentliche Symptome des Leidens noch aufgewiesen, aber keine derartigen Erstickungsanfälle.

2. Ein 55jähriger Fabrikant litt seit sechs Jahren oder länger an plötzlich auftretender und auch plötzlich wieder verschwindender Verlegung der Nase und des Halses. Erst im weiteren Verlaufe der Beobachtung traten charakteristische ödematöse Schwellungen an der äußeren Haut hervor und sicherten die Diagnose. Als Gegenstück schildert H. einen Fall mit ähnlichen Erstickungserscheinungen bei einem 35jährigen Kaufmann. Hier fanden sich aber auf der hinteren Wand des Laryngopharynx drei rote, halberbsengroße Erhebungen, welche genau einer Urticariaquaddel der Oberhaut analog waren. Patient war hochgradig neurotisch und litt bei jeder kleinen Aufregung an Attacken von Atemnot von kurzer Dauer. Das angioneurotische Ödem kann auch das Gehirn affizieren und mag die Ursache von manchen ganz plötzlichen Todesfällen abgeben.

*Philippi-Bad Salschlurf.*

**Ein Fall von akutem, angioneurotischem Ödem,** von HERTER - Potsdam. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 47.) Der mitgeteilte Fall ist dadurch merkwürdig, daß die Anfälle ausnahmslos um dieselbe Tageszeit, mitten im Schlafe in den ersten Stunden nach Mitternacht, einsetzen, gegen Morgen ihren Höhepunkt erreichten und im Laufe des Vormittages zurückgingen. Eine Veranlassung für das Auftreten der Anfälle liefs sich nicht ermitteln.

*A. Loewald-Kolmar.*

**Über die QUINCKEsche Erkrankung (Oedema cutis circumscriptum acutum),** von A. HAVAS-Budapest. (*Orvosi Hetlap.* 1906. Nr. 1.) Die Erkrankung gehört zu

den weniger bekannten, selteneren Hautaffektionen. Es ist wahrscheinlich, daß dieselbe weit häufiger vorkommt, nur wird sie mit Urticaria, Erythema multiforme, entzündlichem Hautödem, und Rachenentzündung verwechselt. H. hält die Affektion in die Gruppe der Urticaria gehörig. Diese Meinung wird durch jene Fälle unterstützt, bei welchen später gewöhnliche unverkennbare Urticaria auftritt. Bei Entstehung des Ödems spielen die vasomotorischen Nerven eine große Rolle. Ob die Irritation der Vasomotoren durch Toxine (von dem Darms), oder durch nervösen Einfluß erfolgt (psychische Alteration, reflektorischer Reiz), ist noch unbekannt. In einem der beschriebenen vier Fälle verliefen zwei Eruptionen mit ausschließlicher Lokalisation in Rachen-, Mund- und Nasenhöhle, und wurden fälschlich als akute Pharyngitis angesehen.

*B. Kollaritz-Budapest.*

**Akutes, umschriebenes Ödem (QUINCKE) kombiniert mit Erythromelalgie,** von ERICH SCHLESINGER-Berlin. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 4.) Es handelt sich um einen 38jährigen Potator, der vor zehn Jahren Syphilis durchgemacht hat und seit einem Jahre an plötzlich auftretenden circumskripten Schwellungen leidet, die ihren Sitz an den verschiedensten Teilen der Körperoberfläche haben. Die Anfälle traten anfangs alle zwei bis drei Tage auf und wurden später nach möglichster Einschränkung des Alkohols, sowie innerlicher Darreichung kleiner Chinindosen immer seltener. Nach einem forcierten Spaziergang nebst Abusus in Baccho ist nun beim Patienten eine ausgesprochene Erythromelalgie der beiden Füße mit gleichzeitiger Entstehung von QUINCKESCHEM Ödem an der Innenfläche beider Unterschenkel und am Scrotum aufgetreten. Unter Chinin (bis 1,0 pro die) sowie lokaler Kälteeinwirkung sind die Erscheinungen binnen einer Woche vollkommen zurückgegangen. Beachtenswert war dabei die Erscheinung, daß der Achillessehnen- sowie der Zehenbeugereflex, die vorher normal waren, nun vollkommen erloschen waren und auch nach Rückgang der übrigen Symptome erloschen blieben. — Verfasser ist geneigt, für beide an und für sich seltene vasomotorisch-trophische Erkrankungen, die hier gleichzeitig vorkommen, ein und dasselbe ätiologische Moment — die Alkoholintoxikation — anzunehmen. Ebenso möchte er beide Erscheinungen nicht als selbständige Krankheiten auffassen, sondern als die verschiedenen Ausdrucksformen einer einzigen pathologisch-anatomischen Affektion. Am zwanglosesten scheint die Annahme, daß sich im Verlaufe sensibler und trophischer Nerven entzündliche Vorgänge von verschiedener Intensität abspielten, derart, daß toxische Reizzustände innerhalb der befallenen Nerven zu dem Auftreten umschriebener Ödeme führten, während neuritische degenerative Prozesse die erythromelalgischen Erscheinungen hervorgerufen haben.

*Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.*

**Zwei Fälle von angioneurotischem Ödem, verbunden mit nervösen und geistigen Störungen,** von THEODORE DILLER. (*New York med. Journ.*, 3. März 1906.) Der erste der Fälle ist der einer 26jährigen, verheirateten Frau, die Jahre lang an Hystero-Neurasthenie gelitten, heftige Gesichts- und Gehörshalluzinationen gehabt und 1¼ Jahre hindurch periodisches Auftreten von Ödema gezeigt hat; letzteres war nach Ds. Überzeugung nur eines der verschiedenen Symptome nervöser Erschöpfung und kann unmöglich als Krankheit für sich bezeichnet werden. Ebenso war es in dem zweiten Falle, wo es sich ebenfalls um eine weibliche Patientin, 51 Jahre alt, verheiratet, handelte; sie litt seit etwa 20 Jahren an heftigen (rein nervösen) Anfällen von Asthma und Kopfschmerzen, welche letztere in den letzten Jahren allabendlich einer kurz dauernden (von drei bis vier Stunden) Schwellung (Ödema) der Haut an verschiedenen Körperstellen, ähnlich wie von Moskitostichen, Platz machen; in den anfallsfreien Pausen fühlte sich Patientin ganz wohl. Die Durchsicht der Literatur und die genaue Beobachtung dieser zwei Fälle bestärkten D. noch in seiner



Überzeugung, daß QUINCKES Ödem keine Krankheit für sich ist, sondern nur die Erscheinung verschiedener Krankheitszustände, deren Grundelement neuropathischer Zustand und Erschöpfung ist, bildet. Vom wissenschaftlichen Standpunkt aus gibt es also kein angioneurotisches Ödem, aus praktischen Gründen läßt aber D. diese Bezeichnung für einzelne, besonders ausgeprägte Fälle zu. *Stern-München.*

**Schlussmitteilung über den Fall II von angioneurotischem Ödem,** von R. S. MOURIS-Ann Arbor. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Sept. 1905.) In der Novembernummer des *Am. Journ. Med. Scienc.* (vide Bd. 40, Pag. 343) hat Verfasser über zwei Fälle von angioneurotischem Ödem berichtet, von denen der zweite nunmehr einen tödlichen Verlauf genommen hat. Es handelte sich um einen bei der im Herbst 1903 erfolgten Aufnahme 21jährigen Manne mit hereditärer Belastung. Er litt seit seinem 12. Lebensjahr an zeitweiliger mehr oder weniger intensiven ödematösen Schwellungen namentlich an Händen und Füßen. Während des Aufenthalts im Krankenhaus wurde bei Gelegenheit einer Magenauspülung ein Stück ödematöser, nicht entzündeter Magenschleimhaut hinausbefördert. Ferner wurde eine Attacke von intensivem Ödem des Larynx beobachtet. Nach dem Austritt aus dem Krankenhaus wiederholte sich dieses Larynxödem einmal im Sommer 1904, und eine zweite Attacke im Januar 1905 führte sehr plötzlich ohne vorherige Symptome im Laufe einer Nacht unter reichlicher Blutung zum Tode. Die beigefügten Photogramme der durch Autopsie entnommenen Halsorgane zeigen intensive Schwellungen. Die Epiglottis, die wahren und falschen Stimmblätter und die Ligg. ary-epiglottidea waren enorm gequollen.

*Philippi-Bad Saaleschloß.*

**Chronische Cyanose mit Leukocytose und Milzschwellung,** von C. Bree, C. M. Ed. und H. H. BULLMORE. (*Edinburgh Med. Journ.* 1905. Nr. 5.) Eine 47jährige Patientin, die unter günstigen Verhältnissen lebte, die zwar Seereisen gemacht, aber nicht in Malariagegenden gelebt hatte, die von früher Kindheit oft über Leberschmerzen zu klagen hatte, zeigte seit einiger Zeit eine ganz auffällige und ganz distinkte Cyanose der Nase, der Wangen und des Kinnes, die lange Zeit anhielt und schließlich mit hochgradiger, schmerzloser Milzschwellung sich vergesellschaftete. Der Blutbefund ergab eine starke Leukocytose mit Vermehrung der Lymphocyten usw. und namentlich eine Poikilocytose, die im Laufe der Untersuchungen immer mehr hervortrat. Die Patientin reagierte sehr schnell und anhaltend auf Chinin.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Ein Fall von Polycythaemie und Cyanosis,** von A. J. ZIMLICK. (*New York med. Journ.* 14. Okt. 1905.) Bei dem 32jährigen Mann begann das Leiden mit Kopfschmerzen und heftigen Schmerzen in den Augen und im Kreuz; Cyanose an Händen und Gesicht trat bald hinzu. Die Leber war nicht beträchtlich vergrößert, aber auf der linken Seite erschien ein Tumor, welcher allmählich an Größe zunahm. (Milzvergrößerung?) Die Cyanose wurde immer bedeutender, Patient schwach und nervös; nachdem noch Ödeme aufgetreten waren, starb Patient etwa zwei Monate nach Beginn des Leidens. Die Blutkörperchenzählung ergab am Anfang der Behandlung 6480000 rote und 13000 weiße Blutzellen, später 9240000 und 13000 und nochmals 7632000 rote gegen 20000 weiße, Hämoglobin 120%; die im Verlaufe der Behandlung ausgeführte opthalmoskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Sektion fand nicht statt.

*Stern-München.*

**Die enterogene Cyanose,** von L. CHRINISSE. (*Semaine méd.* 1905. Nr. 49.) Stokvis gebührt das Verdienst, zuerst auf den in Rede stehenden Symptomenkomplex aufmerksam gemacht zu haben. Er teilte die Krankengeschichte eines Soldaten aus der Nieder. Ind. Armee im nicht aktiven Dienst mit, der zwei bis drei Jahre, nachdem er sich bei einer Expedition eine Diarrhoe zugezogen hatte, von einer über den

gansen Körper verbreiteten andauernden Cyanose befallen wurde, während sich die Diarrhoe gegen alle Medikamente rebellisch zeigte. STOKVIS hat die Cyanose mit einer vom Darm ausgehenden Autointoxikation in Zusammenhang gebracht, sie sei durch Substanzen bedingt, die im kranken Darm entstünden, in das Blut übergingen und einen Teil des Hämoglobins in Methämoglobin verwandelten. TALMA beschrieb drei analoge Fälle. HJLMANS VAN DEN BERGH teilte (s. folg. Referat) einen interessanten Fall von einem 9jährigen Knaben mit, der eine Atresia ani und eine Fistula urethro-rectalis zeigte. Besonders auffallend bei dem kleinen Patienten war die beim ersten Anblick unerklärliche Cyanose. Die Kenntnis der enterogenen Cyanose ist für den praktischen Arzt schon deshalb von Wichtigkeit, weil die durch intestinale Autointoxikation entstandene Cyanose auf eine passende Behandlung leicht verschwindet. Man muß sich durch genaue Untersuchung der Respirationsorgane davon überzeugen, daß die Cyanose nicht von einer venösen Stauung herrührt; außerdem muß man sich von dem toxischen Ursprung der in Frage stehenden Cyanose durch die spektroskopische Untersuchung in vivo überzeugen. Am besten befolgt man das von HJLMANS VAN DEN BERGH angegebene Verfahren: Gegen die hintere Fläche des Ohrs richtet man ein elektrisches Glühlämpchen, um alle Lichtstrahlen auf die Ohrmuschel zu konzentrieren. Man richtet nun das Spektroskop à vision direkt auf die Vorderfläche des Ohrs. Auf diese Weise konnte CHEINISSE bei seinen beiden Patienten die charakteristischen Spektre leicht während des Lebens beobachten.

*Arthur Rahn-Berlin.*

**Enterogene Cyanose,** von A. A. HJLMANS VAN DEN BERGH und A. GRUTTERINK-Rotterdam. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1906. Nr. 1.) Die enterogene Cyanose wurde zuerst von STOKVIS und TALMA beschrieben. Bei den daran leidenden Patienten wird die eigenartige blaue Farbe der Haut und der Schleimhäute nicht durch Kohlen-säureanhäufung im Blute verursacht, sondern sie ist die Folge von Veränderungen des Blutfarbstoffes durch giftige Stoffe, welche im Darmkanal entstehen und von dort aus in das Blut aufgenommen werden. Es gibt zwei verschiedene Formen, eine, bei der das Blut das Spektrum und die chemisch spektroskopischen Eigenschaften des Sulfo-Hämoglobin zeigt, und eine andere, die auf echter Methaemoglobinämie beruht. Von beiden Fällen sahen Verfasser Beispiele, die sie beschreiben. Sie fanden dabei, daß es bei den Patienten mit enterogener Cyanose, soweit diese auf Methämoglobin-ämie beruht, Nitrite sind, welche die Umsetzung des normalen Blutfarbstoffes in Methämoglobin bewirken.

*Bernhard Schulse-Kiel.*

**Lokale Asphyxie der Extremitäten und Albuminurie,** von LOUIS BARRÉ. (*Thèse de Paris.* 1903.) Lokale Asphyxie der Extremitäten ist entweder bei Nephritikern oder bei Individuen zu finden, die anscheinend gesunde Nieren haben. Im ersten Fall ist sie die Folge der Nierenerkrankung (Spasmus der kleinen Arterien durch die Harngifte und sekundäre Erweiterung der peripheren Venen), im zweiten Fall ein koordiniertes Symptom bei vasomotorischen Störungen. Die Therapie richtet sich nach der Grundkrankheit.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein atypischer Fall von RAYNAUDScher Krankheit,** von LUDWIG BLENDER-MANN. (Inaug.-Dissert. Jena 1904.) Der Fall betrifft eine 20jährige Patientin und wird vom Verfasser als ein atypischer RAYNAUD angesprochen, dessen Hauptsymptom die Akrocyanose ist. Zur Gangrän ist es nie gekommen. Schmerzen fehlten vollständig. (Der Fall stammt aus der Klinik von Prof. STINTZING).

*Fritz Loeb-München.*

**Ein Fall von RAYNAUDScher Krankheit,** von WLADAR. (*Orvosi Hetilap* 1905. Nr. 27.) Der Grund der Krankheit, die lokale Ischämie kann außer zentralen Ursachen auch durch lokale Veränderungen bedingt werden. Die primäre Erkrankung der Gefäßwand, der mechanische Druck der umgebenden Gewebe können die

Blutversorgung einzelner Körperteile stark beeinträchtigen, und das RAYNAUSCHE Krankheitsbild hervorrufen. Bei einer 24jährigen Dienstmagd sind die Endphalangen mehrerer Finger der Hände nach trockener Gangrän abgestoßen worden. W. glaubt, daß in diesem Falle durch die abnorme Haltung der Hände bedingte Ischämie die Affektion verursachte, da die Kranke jahrelang im Schlafe die Hände am Kopfe hoch hielt.

*B. Kollaris-Budapest.*

**Die symmetrische Asphyxie der gipfelnden Körperteile,** von J. HANSELME. (*Journ. d. pratic.* 1905. Nr. 48.) Kurze Bemerkungen über die RAYNAUSCHE Krankheit, anknüpfend an drei einschlägige Fälle.

*Göta-München.*

**Ein Fall HENOCHEscher Purpura hämorrhagica mit entzündlichem Ödem,** von FRANZ BEST. (Inaug.-Dissert. Heidelberg 1903.) Der Fall zeigt eine typische HENOCHEsche Purpura hämorrhagica (Intestinalerscheinungen) mit hämorrhagischer Nephritis. Dabei traten Schwellungen auf, unabhängig von den Gelenken an den Handrücken, Armen, am Rücken, Unter- und Oberschenkeln, die teils als einfache Ödeme zu deuten waren, theils als entzündliche Ödeme imponierten. Verfasser stellt aus der Literatur eine Reihe analoger Fälle zusammen.

*Fritz Loeb-München.*

**Purpura infectiosa,** von S. R. SCHOFIELD London. (*Lancet.* 23. Sept. 1905.) Verfasser berichtet über diesen Fall als ein Beispiel von glücklichem Ausgang trotz sehr bedrohlicher Erscheinungen, ungewöhnlich großer Ausdehnung der Hämorrhagien am ganzen Körper, oberflächlicher Gangränbildung an den Schleimhäuten und tiefgehender, bis zur Blosslegung des Periosts an Knien und Ellbogen fortschreitender Nekrose an vielen Stellen der Haut. Die 84jährige Patientin brauchte volle vier Monate bis zum Eintritt einer ausgesprochenen Rekonvaleszenz. Am meisten Nutzen glaubt Verfasser mit Chininsulfat (sechsmal täglich 0,25) erzielt zu haben.

*Philippi-Bad Salschürf.*

**Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Purpura,** von H. GRENET. (*Thèse de Paris.* 1905.) Zu kurzem Referat nicht geeignete Arbeit. Die Schlussfolgerung des Verfassers lautet: Die Purpura ist das Resultat einer nervösen, meist medullären, seltener peripheren Intoxication. Gelegentlich spielen auch viscerale, besonders hepatische Störungen eine ätiologische Rolle.

*Fritz Loeb-München.*

**Chronische Purpura hämorrhagica,** von H. H. LOVELAND-Syracuse. (*Amer. Med. Assoc. Journ.* 8. Juli 1905.) Mitteilung eines Falles bei einem Kinde, das von gesunden Eltern stammte und sonst keinerlei Krankheitszeichen aufwies. Die Purpura-flecke traten im ersten Lebensjahre bereits auf, stets waren eine Anzahl mehr oder minder großer Flecke sichtbar, bis sie im fünften Jahre seltener wurden und rheumatische entzündliche Erscheinungen an den Gelenken mehr in den Vordergrund traten.

*A. Loswald-Kolmar.*

**Ein Beitrag zu den Purpuraerkrankungen,** von HANS RIESSEL-Leipzig. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 58. Bd. 1. und 2. Heft.) Ein 8jähriger Junge erkrankt am 16. Tag nach Scharlach unter Nasenbluten an Hämorrhagien der Haut, welche symmetrisch zuerst an den Extremitäten, dann am Rücken auftreten. Sie lokalisieren sich fast ausschließlich auf die Rückseite des Körpers, nehmen sehr schnell eine kolossale Ausdehnung an und lassen die distalen Teile der Finger und Zehen frei. Zu makroskopisch sichtbarer Blasenbildung kommt es nur an einer Zehe. Der Tod erfolgt 48 Stunden nach dem ersten Auftreten der Hämorrhagien, nachdem kurz vorher auch Blutungen unter die Schleimhaut des Mundes auftreten. Die Sektion und die bakteriologische Untersuchung ergibt nichts Ätiologisches für das Auftreten der Blutungen. Danach bietet das Krankheitsbild den Typus der seltenen Form, welche HENOCHE mit dem Namen Purpura fulminans belegte.

*Schowrp-Dansig.*

Im deutschen ärztlichen Verein zu St. Petersburg (Sitzung vom 20. Dezember 1904) hält PETERS einen Vortrag über **Morbus Werlhofii**, dem er sechs Fälle seiner Beobachtung zugrunde legt, von welchen vier gestorben und zwei genesen sind; er demonstriert die makro- und mikroskopischen Präparate eines an dieser Krankheit gestorbenen Kindes. Die Veranlassung zum **Morbus WERLHOFFII** war in diesem Falle eine akute Miliartuberkulose. PETERS ist nach seinen Untersuchungen der Ansicht, daß das Primäre, wie bei allen toxischen Krankheiten, die mit Bluterguß einhergehen, eine Perivasculitis ist; an sie schließt sich erst die Erkrankung resp. Erweichung der Gefäßwand selbst an, welche zu Rupturen und Hämorrhagien führt. Außer Tuberkeltoxinen können auch andere Toxine einen **Morbus WERLHOFFII** hervorrufen. Wichtig ist eine Disposition der Individuen zu Erkrankungen des Gefäßsystems; die Hälfte der von P. beobachteten Fälle war syphilitischer Abkunft. Daß schlechte hygienische Verhältnisse am Zustandekommen des **Morbus WERLHOFFII** schuld sind, kann Verfasser nach seinen Erfahrungen nicht bestätigen. (*Petersb. Med. Wochenschr.* 1905. Nr. 20.)

A. Loewald-Kolmar.

Über einen eigenartigen Fall von **Blutfleckenkrankheit**, von W. ROSENBLATH - Kassel. (*Centralbl. f. Bakt.* Bd. XXXIX, Nr. 1.) Ein junger Mann geht an Purpura im Landkrankenhaus innerhalb 18 Tagen zugrunde. Der Krankheitsverlauf läßt zwei Phasen erkennen, in der ersten, bei schon schweren Symptomen, war der Patient noch fieberfrei; am siebenten Krankheitstage setzt ein bis zum Exitus immer mehr ansteigendes Fieber ein. Kurz vor dem Tode fanden sich im Blute dieselben kleinen Stäbchen, die sich bei der Autopsie — wenige Stunden nach dem Tode — in der Leber und Milz ausstreichen ließen. Histologisch zeigen sich Leber und Milz von zahllosen nekrotischen Herden durchsetzt; und die Schwellung der solitären Drüsen im unteren Ileum zeigte sich mikroskopisch vornehmlich bedingt durch zahllose kleine nekrotische, verschorfte und erhabene Stellen der Schleimhaut. Die Tierimpfungen des coliähnlichen Stäbchens ergab keinen weiteren Anhalt. Merkwürdig war, daß in der Nähe der Nekrosen jede leukocytaire Infiltration fehlte, und doch entsprach diesem Fehlen der auffallende Mangel an Leukocyten im Blute; denn im Durchschnitt fanden sich nur immer ca.  $2\frac{1}{2}$  Mill. rote und nur 2500 weiße Blutkörperchen.

Schwer zu deuten waren die hyalinen Degenerationen in der Milz.

Wahrscheinlich ist dafür der Purpuraprozess selbst verantwortlich zu machen, da die Blutungen eine Schädigung der Gefäßwand mit sich bringen.

Auch die auffallende Leukopenie — die übrigens bei Purpura bisher noch selten als Blutbefund erhoben wurde — ist eher auf die ursprüngliche Purpura, als auf die nachträgliche Bakterieneinwanderung zu beziehen.

Arthur Rahn-Berlin.

**Blutfleckenkrankheit (Purpura) infolge von sumpfigem Ursprunge**, von MIROX. (*Med. Klinik.* 1905. Nr. 22.) Verfasser beobachtete in einer von der Malaria am stärksten heimgesuchten Vorstadt von Bukarest ein  $3\frac{1}{2}$  Jahre altes Kind, das starkes Wechselfieber hatte und gleichzeitig auf dem Oberkörper und Unterleibe, im Munde und im Pharynx zahlreiche Blutflecke und einzelne Blutunterlaufungen aufwies. Im Blute wurden kugelförmige und sichelförmige Malaria Parasiten gefunden. Nach einer energischen antimalarischen Behandlung sind die Fieberanfalle und gleichzeitig die Blutflecke verschwunden, die Milz abgeschwollen.

Leon Feuerstein-Lemberg-Bad Hall.

Über die Wirkung des Adrenalins beim **Morbus maculosus Werlhofii**, von CIANCI. (*Rif. med.* 1906. Nr. 5.) Der Erfolg dieser Therapie war ein vorzüglicher, indem bereits nach der dritten Injektion das Blut aus den Faeces schwand, die Nasenblutungen bedeutend nachließen und verschwanden, die Hauthämorrhagien

14 Tage nach dem Beginne der Kur gänzlich verschwunden waren. Es wurde eine 1‰ige Lösung verwendet und davon täglich 1 ccm injiziert. *C. Müller-Genf.*

**Über einen Fall von vikarierender Menstruation unter dem Bilde des Morbus maculosus Werlhofii und tödlichem Ausgange,** von MICHAEL SCHECHNER-Znaim. (*Wien. klin. - therap. Wochenschr.* 1905. Nr. 50.) Eine 53jährige, sonst gesunde Frau bekam im Klimakterium — die Menses waren immer normal gewesen und hatten einen Monat, bevor SCH. die Patientin zum ersten Male sah, sistiert — bekam sehr starke Nasenblutungen, welche sechs Jahre hindurch bei vollkommen freien Intervallen eine Periodizität mit Sicherheit erkennen ließen. Dabei beherrschten die Symptome der Werlhofischen Blutfleckenkrankheit die ganze Zeit hindurch das Krankheitsbild in den periodischen Anfällen, so daß SCH. die Blutungen als vikarierende Menstruation betrachtet und der Ansicht Raum gibt, daß vielleicht die im Klimakterium entstandenen trophischen Veränderungen der Gefäßwände eine sehr starke Labilität derselben hervorriefen, so daß die konsekutive schwere Anämie schließlich den letalen Ausgang verursachte. *Putzler-Dansig.*

**Klinischer Beitrag zur Kenntnis der BARLOWschen Krankheit,** von AUGUST KOHL-Dresden. (*Arch. f. Kinderheilk.* 43. Bd. 1.—4. Heft.) Es werden die Krankheitsgeschichten von drei beobachteten Fällen mit manchen atypischen Symptomen veröffentlicht. Bei zwei Fällen fehlen die Zeichen einer Rhachitis, der dritte zeigt deutliche Verdickungen der Knorpelknochengrenzen der Rippen. Die BARLOWsche Erkrankung stellt in erster Linie eine Form der hämorrhagischen Diathese dar, welche unter anderen, und zwar am häufigsten und stärksten die Röhrenknochen befällt; sie ist der Skorbut der Säuglinge, der ebenso wie der Skorbut der Erwachsenen durch bestimmte Fehler in der Ernährung entsteht und durch den Ersatz dieser Ernährungsart durch frische Nahrungsmittel fast prompt zu heilen ist. *Schourp-Dansig.*

**Zur Kenntnis der BARLOWschen Krankheit (Brustkind),** von G. FREUND. (*Lichttheimfestschrift, Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 86. Bd.) Das 7 Monate alte Kind war nur von der Mutter gestillt worden, was dabei gut gediehen, nur immer etwas blafs. Im Anschluß an eine kleine Verletzung durch Fall entstand nach einigen Tagen ein großes Kephälhämatom am linken Stirnbein und bald bewegte das Kind die Arme nicht mehr und hatte Schmerzen beim Anfassen. Nun wurde die Diagnose auf BARLOWsche Krankheit gestellt; die Ernährung durch Muttermilch wurde beibehalten, Zitronensaft und Bierhefe daneben gereicht, letztere aber rasch wegen Durchfalls abgesetzt. Einige Tage besserte sich das Befinden, dann trat aber unter Zunahme der Extravasate und Krämpfen plötzlich der Tod ein. *F. Hahn-Bremen.*

**Beri-Beri und Skorbut,** von M. SCHUBERT. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 86. Bd.) Verfasser charakterisiert die bisher aus der gemäßigten Zone (England, Vereinigte Staaten) beschriebenen Beri-Beri-Epidemien als Polyneuritiden unbekanntem Ursprungs, als Arsenintoxikationen. Viele Schiffsepidemien sind nach seinen Ausführungen nicht als Skorbut, wie er bei einem Aufenthalt in Punta Arenas (Costa Rica) nachweisen konnte. Denn die skorbutischen Affektionen sind uns noch dunkel bis in das Innerste ihres Wesens. Jedenfalls ist Landskorbut, Seeskorbut und BARLOWsche Krankheit zu trennen. *F. Hahn-Bremen.*

**Zur Kenntnis der Blutungen bei Polyneuritis alcoholica,** von EMIL NEISSER-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 51.) N. beobachtete bei einem 37jährigen tuberkulösen Manne mit schwerer Polyneuritis alcoholica an den Armen und Beinen zahlreiche punktförmige bis linsengroße, zum Teil konfluierende Hautblutungen; die linke Planta pedis wies neben zwei besonders großen Suffusionen eine talergroße, streifenförmig blutunterlaufene Blase auf. Während der kurzen Beobachtungszeit entstanden neue, meist stippchenförmige Blutungen am Rücken. Der Mann ging rasch

an seiner Tuberkulose zugrunde; bei der Sektion fanden sich außer Hämorrhagien im Gehirn zahlreiche Blutungen im Perikard und in der Pleura. Hämorrhagien im Gehirn sind bei Polyneuritis alcoholica etwas gewöhnliches; wie für sie, kommt auch für die Blutungen in der Haut und in den serösen Häuten der chronische Alkoholismus und die durch ihn verursachte Veränderung des Gefäßsystems als ätiologischer Faktor in Betracht.

In einem anderen Falle von Polyneuritis alcoholica fanden sich in der linken Glutäalgegend und an der Außenseite des rechten Knies Hautblasen, unter welchen punkt- und streifenförmige Blutungen im Stratum Malpighi sichtbar wurden; die Blasen selbst hatten keinen blutigen Inhalt. Im weiteren Verlaufe wurde die Epidermis defekt, es trat seröse und eitrig-sekretion auf; das gleiche Bild entwickelte sich an den äußeren Knöcheln beider Füße, außerdem entstand noch eine Reihe anderer Dekubitalgeschwüre. Die Pathogenese dieser Hautveränderungen ist die gleiche wie die der Hautblutungen im ersten Falle; die Blasenbildung kann so erklärt werden, daß bei Neigung zu Dekubitus, wie sie bei der Puffentim bestand, diese Form der Hautveränderung mit Blutungen in der Tiefe auftritt, worauf dann der Dekubitus folgt.

Götz-München.

**Ein masernähnliches Exanthem, im Anschluß an Magen-Darmstörungen,** von NATHAN ROSEWATER-Cleveland. (*Cleveland med. Journ.* 1905. Nr. 7.) Im Jahre 1902 beobachtete B. während einer Spitzpockenepidemie zwei eigenartige Exantheme, die lange Zeit Zweifel über die Art und sogar den Verdacht von Variola im ersten Falle aufkommen ließen. Es handelt sich um zwei Damen, die eine, immer von Magen-Darmverstimnungen gepeinigt, im Alter von 27 Jahren, die andere im Alter von 85 Jahren. Bei beiden herrschte neben allgemeiner Übelkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, neben Fieber und merkwürdigem, masernähnlichen Hautausschlag eine Obstipation vor, die schon von vornherein den Anlaß zu SEIDLITZ-Magnesia-Pulvern und Cascapillen gegeben hatte.

Als dann noch einmal energisch zitronensaure Magnesia und SEIDLITZ-Pulver gegeben worden und reichlich Stuhl eingetreten war, da ging auch das zu allen möglichen Bedenken Anlaß gebende Exanthem weg, und die Patientinnen genasen schnell. Darum, sagt B., soll man nie bei Verdacht auf ansteckende Exanthemkrankheiten, ehe man eine Isolierung u. a. bewerkstelligt, eine Darmreinigung unversucht lassen, und noch einige Stunden danach warten, ob das zu Zweifeln Anlaß gebende Exanthem nicht danach verschwindet.

Arthur Rahn-Berlin.

**Über Arzneiexantheme,** von ALBRECHT ZACHARIAS. (Inaug.-Dissert. Königsberg i. Pr. 1902.)

Fritz Loeb-München.

**Über einen Fall von urämischer Dermatitis,** von H. CHIARI-Prag. (*Prag. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 36.) Eine 80jährige Frau mit Nephritis chronica, welche an Urämie zugrunde ging, zeigte bei der Obduktion auf der Haut folgende eigentümliche Beschaffenheit. Es fanden sich überall zerstreut sowohl am Rumpf, wie am Gesicht und den Extremitäten reichliche Effloreszenzen, die sich teils als hanfkorn- bis erbsengroße, prominente, derbe Knötchen, teils als augenscheinlich aus den Knötchen hervorgegangene, bis 10 cm<sup>2</sup> und darüber große, bis auf 1 cm elevierte, ausgedehnt nekrotisch und eitrig zerfallene Infiltrate darstellen; der Zerfall der Infiltrate war mitunter auf die Hälfte oder ein Drittel beschränkt. Hier und da zeigte sich beginnende Vernarbung und Krustenbildung. Das größte Infiltrat von Handtellergröße saß am rechten Ellenbogengelenk. Auf dem Durchschnitt zeigten die Knötchen eine blasarote, die Infiltrate eine gelbe Farbe. Auch in der Subcutis ließen sich schon mit freiem Auge eitrig-sekretion feststellen. Auch zahlreiche Narben fanden sich allenthalben am Körper. Die mikroskopische Untersuchung der Knötchen

und Infiltrate liefs in ihrem Bereiche kleinzellige Infiltration der Pars papillaris und der oberen Hälfte der Pars reticularis, verbunden mit Nekrose kleinster Partien des Bindegewebes, erkennen. Mitunter fand sich Ansammlung von Eiterzellen in einem Halbraum der Epidermis oder zwischen dieser und der Pars papillaris. An den kleinsten Knötchen liefs sich die stärkste Entzündung um die Haarbälge und Talgdrüsen feststellen. Die Infiltrate boten dasselbe Bild wie die Knötchen, nur war die Infiltration viel ausgedehnter und die Eiterung war bis in die Subcutis zu verfolgen. Die nekrotischen Anteile waren, zumal gegen die Oberfläche hin, viel gröfser, die Epidermis über den Infiltraten meist ganz defekt, die blofsliegende Cutis sehr oft oberflächlich erweitert. In den Knötchen waren keine Bakterien nachweisbar, in den Infiltraten lagern an der Oberfläche reichliche, meist GRAM-beständige Kokken, sonst aber waren die Infiltrate, speziell auch um die Blutgefäfsse herum, feine Bakterien. Es handelte sich also um eine Nekrose der Haut mit Entzündung und erst sekundärer Bakterienansiedlung. Dieser Befund spricht nach CH. ebenso wie die vorhandene Stomatitis und Pharyngitis, die sich ebenfalls als Nekrose des Epithels erwies, das von reichlichem Fibrin durchsetzt war, während die Mucosa zum größten Teil ebenfalls nekrotisch, sonst gleich der Submucosa kleinzellig infiltriert war, dafür, dafs diese Krankheitserscheinungen alle urämischer Natur waren, d. h. dafs sie alle der toxischen Wirkung vikariierend auf die genannten Schleimhäute und in die Haut gelangter Giftstoffe aus dem Harn ihre Entstehung verdanken. *Putzler-Dansig.*

**Über metastatische Hautentzündung bei Pyämie und über Hautentzündungen bei Infektionskrankheiten im allgemeinen,** von WERTHER. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 85. Bd. 1./2. Heft.) Verfasser beschreibt die Krankengeschichte einer Frau, die an Gelenkrheumatismus erkrankt war und eine sekundäre Hauterkrankung zeigte: Erytheme mit tiefgehender Hautinfiltration, Erytheme mit Blutungen und Erytheme mit Abhebung der Epidermis und Nekrosen. Die histologische Untersuchung ergab Streptokokkenembolien in den Hautgefäfsen. Im Anschluß hieran spricht Verfasser über Metastasen in der Haut bei anderen Infektionskrankheiten: bei Typhus, Lepra, Syphilis, Pyämie und vor allem bei Blennorrhöe.

*F. Hahn-Bremen.*

**Die durch Antipyrin verursachten Eruptionen,** von F. PONCETTON. (*Thèse de Paris.* 1904. Nr. 500.) Die Arbeit kann natürlich nichts Neues bieten. Verfasser liefert aber im Anschluß an die Besprechung einiger selbst beobachteter Fälle, eine gute Übersicht über das Titelthema und hat sehr gute Literaturstudien gemacht, wie das umfangreiche Literaturverzeichnis beweist.

*Fritz Loeb-München.*

**Ein ungewöhnlicher Fall einer pilzförmigen Bromkaliumeruption,** von A. F. BÜCHLER. (*Med. Surg. Rep. Presbyt-Hosp.* 1904.) Es handelt sich um ein elfjähriges Mädchen, das gegen Epilepsie längere Zeit mittelgrofse Dosen von Bromkalium inkorporiert hatte. Der Bromausschlag präsentierte sich in allerlei Formen, so als Pusteln, Papeln, Schorfe, konfluierende kinderhandgrofse nässende Flächen, flache, erhabene, unregelmäfsig geformte Scheiben, Blasen, tuberosöse Exkreszenzen und fungoide Massen. Letztere nahmen ein Drittel des rechten Oberschenkels und den halben rechten Unterschenkel sowie die Kniegegend ein. Verfasser hat derartige fungöse Bromwucherungen nur viermal in seiner Praxis gesehen. *Hopf-Dresden.*

**Akute Vergiftung der Mundschleimhaut durch Jodtinkturpinselungen,** von ADOLPH WITZEL-BONN. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1905. Nr. 46.) Eine Patientin hatte infolge eines überstehenden Amalgamrandes eine leichte Wurzelhautentzündung bekommen. Die Schmerzen besserten sich nach einmaliger Jodpinselung, so dafs die Patientin die Pinselungen an den nächsten Tagen noch mehrfach wiederholte. Die Folge war eine starke Anschwellung der Mundschleimhaut bis zur Uvula und eine

entsündliche Reizung des Kieferperiosts, der Alveole, Wurzelhaut und Pulpa. Verfasser warnt auf Grund dieser und ähnlicher Erfahrungen vor dem von Zahnärzten und Laien so oft erteilten Rat: „Pinseln Sie mit Jod!“ Nur bei leichten Reizerscheinungen in den Weichteilen der Zähne (Pulpa und Peridontium) sind Jodpinselungen angezeigt.

A. Loewald-Koimor.

**Erythema nach Veronal**, von W. K. WILLS-Clifton. (*Brit. med. Journ.* 3. März 1906.) Eine 42jährige Dame, welche auch nach anderen Medikamenten (Morphium, Äther) an Erythemen gelitten hatte, erhielt 0,5 Veronal. Nach 1 1/4 Stunde schlief sie ein, erwachte aber nach einer knappen Stunde mit intensivem Brennen und Rötung im Gesicht und einem so hochgradigen Ödem, daß sie kaum aus den Augen sehen konnte. Dies verging erst allmählich im Laufe von vier bis fünf Tagen, worauf eine starke, etwa zwölf Tage lang anhaltende Abschuppung eintrat.

Philippi-Bad Salschlirf.

**Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra**, von PIUS DELAOC-Pergine. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1905. Nr. 85.) Die Pellagra, die in Südtirol immer mehr an Ausdehnung gewinnende Volksseuche, ist zwar in der Symptomatologie noch wenig einheitlich aufgefaßt, aber doch gerade in letzter Zeit vielfach der Gegenstand auch allgemeiner Aufklärungen und populär verfaßter Beschreibungen geworden, da der pellagrakranke, an „Salso“ leidende Bauer selten zum Arzt zu kommen bisher gewöhnt war. Der Bauer findet vielmehr für seine schwere Dermatitis alle möglichen Ursachen, wie geringe Reinhaltung der Hände, Sprödwerden der Haut infolge der Frühjahrswinde, Einfluß des Sonnenlichtes usw., und trotz Schwindelanfälle oder Inappetenz und nachfolgender Schwäche, trotz der begleitenden Diarrhoen und nervösen Reizbarkeit wollen sie die Krankheit nicht beim Namen genannt wissen, da die Pellagra in dortiger Gegend mindestens wie eine Geisteskrankheit gefürchtet wird.

Daher war es für D. eine ebenso seltene wie willkommene Gelegenheit, eine 29jährige Bäuerin aus einer pellagrösen Familie mit frischen Erscheinungen einer pellagrösen Dermatitis in Behandlung zu nehmen, die Entwicklung des Erythems bis zur pemphigusähnlichen Exfoliation auf den beiden Handrücken zu beobachten und die kranken Hautpartien mit den geplatzen Pusteln und der überreichen Pigmentbildung auf die photographische Platte zu nehmen. In der Tat ergeben die beiden wiedergegebenen Photographien des rechten und linken Handrückens ein selten gutes und in seiner Reproduktion außerordentlich plastisch gelungenes Bild.

Auch hier war die bekannte Trias der Symptome vereint, d. h. es fanden sich neben den Symptomen der Haut auch solche von seiten des Verdauungstraktus und von seiten des Nervensystems, denn die Kranke litt an einer übermäßigen Reizbarkeit und Steigerung der Reflexe und namentlich an ganz enorm schwächenden Durchfällen; oftmals innerhalb 24 Stunden 15—20 flüssige, höchst übelriechende Stühle, selbst dieser Darmkatarrh hielt 40 Tage an.

Arthur Rahn-Berlin.

## Verschiedenes.

**Berichtigungen zu: Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen**, von Dr. MENAHEM HODARA. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 42. Nr. 9.)

Seite 453, Zeile 7 von unten — statt: kleinzellige, lies: leukocytaire.

„ 454, „ 11 „ „ — statt: aus Erythrocyten, lies: aus hyalinen Leukocyten und aus zertrümmerten, agglomerierten Erythrocytenmassen.

„ 455, „ 19 „ oben — statt: sind die Epithelzapfen stark proliferiert, lies: sieht man Reste von Epithelzapfen.



- Seite 455, Zeile 7 von unten — statt: wieder ganz bedeutend, lies: sehr wenig.  
 „ 455, „ 6 „ „ — statt: unterhalb den peripheren Abschnitten der  
 Ulceration, lies: unterhalb der Ulceration in den  
 unteren Cutisabschnitten.  
 „ 456, „ 4 „ oben — statt: drei, lies: zwei.  
 „ 456, „ 24 „ „ — statt: fibrinöse, lies: fibröse.

Padua, 4. April 1906.

Hochgeehrter Kollege!

In Nr. 7 dieses Bandes der *Monatshefte für praktische Dermatologie* sagt Herr Dr. FROHWIEN in bezug auf die „Angiokeratomfrage“, daß ich der erste war, welcher diese Krankheit beschrieben hat, und das ist wirklich so. Er fügt jedoch bei, daß ich sie Dermatitis da congelazione genannt habe, was aber ganz unrichtig ist. — Meine Beschreibung war folgende:

„Ich<sup>1</sup> bemerkte auf den Händen mehrerer Personen, die an Frostbeulen litten oder zu leiden gehabt hatten, meistens bei solchen von 10 bis 30 Jahren, oft bei mehreren in derselben Familie, daß, besonders auf der Dorsalseite der Hände und auch auf den Zehen, gewisse Veränderungen wahrzunehmen waren, die ich nirgends beschrieben fand, obwohl es der Mühe wert gewesen wäre, es zu tun. Es sind dieses rote Pünktchen, die, zunehmend, immer oberflächlicher und breiter werden; manchmal fallen sie mehr auf, wenn sie auf dem Hautniveau ihre Farbe bewahren und ein warzenähnliches Aussehen bekommen. Von den Frostbeulen unterscheiden sie sich, indem sie dunkler und eindrückbarer sind und unter dem Drucke blafs werden. Die obengenannten Pünktchen, mehr noch die Flecken, besonders aber die beschriebenen Effloreszenzen, sind manchmal von einer kleinen, dunklen Kruste bedeckt, die, wenn sie sich von selbst ablöst, eine kleine Grube zurückläßt, die jedoch bald wieder glatt wird, während diese, wenn sie abgenommen wird, wo sie noch festhaftet, mehr oder weniger hartnäckige Blutungen verursacht. Wenn man eine der genannten warzenähnlichen Answüchse in horizontaler Richtung durchschneidet, kommt wie aus einem Sieb eine große Blutmenge heraus, da sie eine Ansammlung von Blutcapillaren darstellen. Solche Effloreszenzen auf der Dorsalfäche der Hände eines und desselben Individuums können sich verschieden entwickeln; 80 bis 100 und noch mehr können es sein und die Haut stark verunstalten. Sie verursachen manchmal Jucken und Kratzen, welches zu Blutungen Anlaß gibt. Oft nahm ich bei Klienten wahr, daß, während einige Effloreszenzen verschwanden, wieder andere zum Vorschein kamen. — Die gewöhnliche topische Behandlung war erfolglos. Ein Mädchen von 18 Jahren hatte seit ungefähr acht bis zehn Jahren Hunderte von solchen Veränderungen auf der Dorsalfäche der Hände, und da sie durchaus geheilt werden wollte, wurde sie vor drei Jahren (1878) von mir mit glühenden Nadeln behandelt, und das führte zur vollständigen Heilung.“ . . . Hier folgt die detaillierte Behandlungsmethode, die ich seit 25 Jahren immer mit solchem Erfolge bei Dutzenden von Individuen angewendet habe.

Auf Grund dieser Beschreibung wird man sehen, daß ich nicht von Entzündungserscheinungen gesprochen habe, sondern im Gegenteil von einer entschieden angiomatösen Form.

Mit der Bitte, diesen Brief in einem der nächsten *Monatshefte* veröffentlichen zu wollen, bin ich in vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

Prof. ACHILLE BREDA.

<sup>1</sup> *Rendiconto Clinico-Giorn. Ital. d. Mal. Ven. e della pelle.* 1881. S. 159.

## Sachverzeichnis.

- Abscese** 5. 63. 146. 164. 187. 207. 211. 228. 248. 275. 327. 328. 335. 416. 428. 446. 482. 488. 489. 509. 510. 525. 585. 538. 549. 550. 581. 584. 591. 596. 641.  
— im Hirn nach Furunkulose (Fischer) 231.  
— der Prostata und der Niere (Nicolich) 510.  
**Acanthosis nigricans** 522; (Frankenstein) 247.  
**Accessorische Gänge am Penis** (Stieda) 325.  
**Achor** 79. 585.  
**Acrodermatitis** (Hammann) 216.  
**Addisonische Krankheit** s. Morbus Addisonii.  
**Adenocarcinoma** (Claves u. Frisbie) 534.  
**Adenoma** 86. 375; — der Mamma 579.  
— sebaceum 246. 305. 306. 311.  
**Adipositas dolorosa** 533.  
**Adrenalin** (Johnson) 587.  
**Ärztliche Diskretion** (McKee) 390.  
**Ätzcchorf** (Leiner) 84.  
**Ainbum** (Brayton) 187; (Wheatland) 187.  
**Akne** 111. 164. 572. 576. 585. 636. 638; (Jeanselme) 185.  
— cachecticorum s. Folliculitis scrophulorum.  
— der Paraffinarbeiter 240.  
— scrophulorum s. Folliculitis scrophulorum.  
— urticata 593.  
— vulgaris 188. 206. 457. 520.  
**Aknebehandlung durch Röntgenstrahlen** (Reschetillo) 453; — durch Stenzen (Kromayer) 183.  
**Aknekeloid** 572.  
**Aknitis** s. Spiradenitis disseminata suppurativa.  
**Akroangioma haemorrhagicum** 413; — multiplex cutis (Tomaschewitsch) 413.  
**Akrodermatitis atrophicans** (Brüning) 284.  
— continua (Metscherski) 413; — suppurativa (Metscherski) 640.  
**Akromegalia syphilitica, familiäre** (Pel) 281.  
**Aktinomykosis** 578; (Douglas) 189; (C. Spitzer) 201.  
— der Bauchwand (Maratneck) 189.  
— cutis und Jodipin (Börner) 189.  
— der Tränenkanäle (Leon) 189.  
**Albinismus partialis** 522; (Solger) 506.  
— universalis 522.  
**Albuminurie** 539. 557. 558. 587; (Barré) 651; (Neukirch) 436; (Posner) 436; (Ravold) 436; (Schüler) 437; — im Kindesalter (Holzer) 437; — in der Pubertät (Meiner) 437; — febrile (Weber) 437.  
—, Körperhaltung und Muskeltätigkeit (Kl. Bender) 437; (Pelnar) 437.  
**Alopecia** 79. 357. 416. 554 576; — und Gestalt des Haares (Kishikawa) 563; — und Zähne (Patte) 288.  
— areata 86. 286. 287. 578. 581; (Hyde) 66; (Matsuura) 563; (Patte) 288; — multiple, totale (Ullmann) 85; — universalis und Mykosis fungoides (Giovannini) 203; — -Übertragung (Th. Mayer) 314; — Behandlung mit Röntgenstrahlen (E. Bender) 503.  
— atrophica, Behandlung der (Butte) 472.  
— congenitalis 288.  
— decalvans (Oppenheim) 88.  
— pityrodes 288.  
— syphilitica 47.  
— totalis durch 30 Jahre, Anatomie der (Asahi) 287.  
— — nach Cantariden (Barton) 287.  
**Alypin** (Impens) 583; (Joseph und J. Kraus) 584; (Seeligsohn) 583; (Seifert) 583; (Sicherer) 583; (Stotzer) 583.  
**Anämie** 570. 578. 582.

**Analfissuren** 387.  
**Aneurysma der Aorta** (Arnsperger) 119.  
 —, miliare, des Pericards (Balzer) 215.  
**Angina pectoris** 429.  
**Angiokeratom** (Breda) 658; (Frohwein) 345.  
**Angioma** 304. 311; (Hansemann) 243;  
 —, Operationslose Behandlung des (Neumann) 243.  
**Angioneurosenbehandlung** (Kreibich) 598.  
**Angiopathia** 488.  
**Anidrosis** 531.  
**Ankylostomiasis** (Bruns und Müller) 297; (Tenholdt) 297.  
**Anthraxol** (Schneider) 592.  
**Anthrax und Industrie** (Legge) 233; — und Sclavosches Serum (Mitchell) 234; (Stretton) 233; — und Exzision (Herley) 234.  
**Antipyrin-Exanthem** (Poncetton) 656; (Yamada) 568.  
 — -Pigmentierung 522.  
**Anuria** (Mittag) 383; — calculosa (Clayton) 383.  
**Aortitis** (Guilly) 125.  
**Aplasia moniliformis** 580.  
 — pilorum intermittens (Guszman) 290. 313.  
**Argyrose** 522.  
**Arhovin** (Piorkowski) 590.  
**Arsen** (Laquer) 582; — und toxische Lähmungen nach äußerlicher Anwendung des (Perret) 583.  
 — -Quellen der Val Sinestra (Lardelli) 593.  
**Arsenigsäure-Anhydrid, Kaustische Wirkung des** (Pasini) 276.  
**Arsenmelanose** 522. 564.  
**Artefakte** (Wechselmann) 355.  
**Arteriitis cereбрalis** (Gaucher) 99.  
**Arteriosklerosis** 257. 282. 320. 408. 453.  
**Arthritis** 424. 479. 481. 484. 568; — deformans 23. 533.  
**Arthropathie** 256.  
**Arzneiexanthem** (P. Richter) 550; (Zacharias) 655.  
**Asphyxia** (Ehrmann) 408.  
 — lokale (Bonnenfant) 44; — und Albuminurie (Barré) 651.  
 — symmetrische (Jeanselme) 652.  
**Asteatosis** 531.  
**Atheroma** 282.  
**Atrophia bei Neurofibromatose** (Pollak) 205.  
 — cutis idiopathica 157. 185; (Ehrmann) 83. 635; — et vitiligine (Bettmann) 284.  
 — — propria 284.  
 — facialis progressiva, halbseitige (Fischel) 82.  
 — der Phalangen (Watson) 540.  
**Atrophodermie en Plaques** (Thibierge) 273.

**Autointoxikation, enterogene** (Schattenstein) 95.  
**Azoospermie** 578.  
**Azotémie** (Widal) 556.

**Bacillus, säurefester** (Preis) 525; Tbc-ähnlicher (Anjeszky) 527.  
 — involutus (Waelisch) 527.  
**Bacterium syphilomatis ulcerosa** (Luca und Casagrandi) 560.  
**Bakteriurie** (Kornfeld) 180.  
**Balanitis** 68. 111. 294. 444. 566. 588. 636.  
 — circinata 636.  
**Balanoposthitis** 326. 534.  
**Balggeschwülste** 240.  
**Balsamika, Wirkungsweise der** (Vieth) 573.  
**Balsamum peruvianum bei Wunden und Unterschenkelgeschwüren** (Aronheim) 574.  
**Bantische Krankheit s. Morbus Banti.**  
**Bartholinische Drüsen, Entzündung der** (C. C. Miller) 445.  
**Beri-Beri** (Schubert) 654.  
**Biersche Stauung** (Oppenheim) 87.  
**Bilharziakrankheit der Blase** (Kutner) 206; — der weiblichen Genitalien (Goebel) 444.  
**Blase, Fremdkörper in der** (Bahr) 340;  
 —, Fragmente von Kathetern und Sonden (Legueu) 340; — und Radioskopie und Radiographie bei Kindern (Desfosses) 340.  
 —, Kapazität der (Tanaka) 563.  
 —, Lokalanästhesie der (Lucke) 97.  
 —, Malakoplakie der (Gierke) 362; (Michaelis) 361.  
 —, Sectio alta unter Lokalanästhesie (Arnold) 341.  
 — — — und Blasennaht (C. Hofmann) 342.  
 — — — und Nachbehandlung, neuer Verband (Colt) 341.  
 — im Röntgenbilde (Voelcker und Lichtenberg) 337.  
**Blasenaffektionen, seltene** (Hagmann) 464.  
 — -divertikulum 337. 377; — kongenitales (G. Wilkinson) 338.  
 — -Drainage nach Cystotomia suprapubica (Blasucci) 19.  
 — -Inversion, totale (G. Wilkinson) 338.  
 — -Punktion, suprapubische (Carlson) 341.  
 — -Ruptur (Kuhn) 340.  
 — —, spontane, nach Cystitis (Schumann) 338.  
 — — bei einem Kinde (Cropper) 338.  
 — -Schwund durch tuberkulöse Geschwüre (Heiler) 343.  
 — -Steine 337; (Bernheim) 341; (Duer) 341; —, latente (Guyon) 341.

- Blasenstörungen, nervöse (Vogel) 336.  
 — Tumoren 343; (Posner) 342; — Erkrankungen entfernter Drüsen bei (Grandjean) 316.  
 — Trabekel 377.  
 — Verschluss im Röntgenbild (Oppenheim und Löw) 641.  
 — und Beckenruptur mit Heilung (Eastman) 338.  
 — Konkrementabgang und Verweilkatheter (F. Fuchs) 356.  
 — Spülungsapparat (Estrabaut) 209.  
 — Steine (Bernheim) 341; (Duer) 341; —, latente (Guyon) 341.  
 Blasenbildungen (Scherber) 638.  
 Blastomyeten bei einer Hautkrankheit (Marzinowski und Bogrow) 456.  
 Blastomykosis 407. 457. 578; (Fabry und Kirsch) 163; (Hyde) 66; (Oppenheim) 187; —, systematisierte mit Blastomyeten im Sputum (Eisendrath und Ormsby) 188.  
 Blennorrhoea 8. 56. 63. 94. 99. 159. 181. 207. 212. 256. 299. 300. 303. 330. 331. 364. 365. 367. 374. 390. 422. 441. 444. 445. 460. 461. 489. 512. 518. 519. 526. 539. 566. 569. 591. 643. 656; (Lohnstein) 642.  
 —, Bakteriologie der (Prochaska) 491; (Terrepson) 491.  
 — und Ethik des Arztes (Williams) 539.  
 — und Fortpflanzung (Dunning) 475; (Heidingsfeld) 363; (Johnson) 475.  
 — und Gelenkaffektion, multiple (Sowinski) 480; — Gelenksexsudat bei (Karwacki) 480; —, Behandlung, physikalische 480.  
 — und Metastasen im Auge (Greeff) 489.  
 — und Erythema scarlatiniforme (Stal-kart) 488.  
 — und Lähmung des Nervus musculocutaneus (Bernhardt) 485.  
 — und Psychose (Sievvert) 485.  
 — und Spondylose rhizomelique (Riollet) 485.  
 — mit tetaniformen Anfällen (Ferrari) 172.  
 — und Wirbelsäulerrheumatismus (Riollet) 485.  
 — der Blase 588. 589; (Tanaka) 563.  
 — und Hodengangrän (Buschke) 490.  
 — mit ungewöhnlichen Komplikationen (Becker) 478; (Crosby) 477; (Nydegger) 478.  
 — des Mastdarms (Maruyama) 563.  
 — des Nebenhodens (Akutsu) 563.  
 — neonatorum (Ehert) 489; — und Protagol (Pfalz) 489.  
 — der Niere (Asakura) 563.  
 — der Prostata 171; (Akutsu) 563; (Frank) 419; (Migliorini) 275.  
 — des Rektums (Pickel) 92. 488.  
 Blennorrhoea der Urethra 475. 588. 589; (Struve) 512; (Tanaka) 563; — und Komplikationen (Oberländer und Kollmann) 474.  
 — des Weibes (Dunning) 475; (Johnson) 476; (McKee) 476; (Trachtenberg) 476; — latente (Bernheim) 476.  
 Blennorrhoeische Arthritis (Fraunenthal) 481; — und Bierische Stauungshyperämie (Hirsch) 482; (Tiling) 481.  
 — Conjunctivitis 490. 526; (Spiegelhoff) 489; — und Blindheit (Jackson) 489.  
 — Cystitis 513. 514. 515. 519.  
 — Endarteriitis, Endocarditis vortäuschend (Fürth und Weber) 479.  
 — Endocarditis (Hunter) 479; (Thayer) 479.  
 — Endometritis (Shattuck) 515.  
 — Epididymitis (Hennig) 420. 466; (Oppenheim und Löw) 490; (Pismatario) 171; (Tanaka) 564.  
 — Iritis 489. 526; (Ullmann) 83.  
 — Lymphangitis mit Vereiterung (Sowinski) 480.  
 — Nephritis 490.  
 — Peritonitis im Kindesalter (M. Dubreuilh) 485.  
 — Phlebitis (Sasserath) 485.  
 — Polyneuritiden (Evrard) 485.  
 — Prostatitis 482.  
 — Salpingitis 482; — und Ileus (Perrin) 485.  
 — Septikämie (Thayer) 479.  
 — Synovitis 482.  
 — Thysonitis (Mazoyer) 210; — ulcero-rosa (Mazoyer und Audry) 472.  
 — Urethritis 55. 482. 484. 491. 492. 513. 514. 515. 518; (Shattuck) 515; —, Striktur 474; (Héresco und Daniélopou) 209.  
 — Vaginitis 484. 515; (Ollivier) 484; — kleiner Kinder (Trenwith) 484.  
 — Vulvitis 444. 514.  
 — Vulvovaginitis kleiner Mädchen und Komplikationen (Michalowitzsch) 484.  
 Blennorrhoeischer Rheumatismus und Muskelabscess (Eudokimow) 482; (Ware) 482; — und Antigonokokkenserum (Rogers) 483; (Torrey) 482.  
 Blennorrhoeisches Erythema nodosum bei einem Knaben und Kollargolinjektion (Hermann) 488.  
 — Exanthem (Orliski) 487; — „hyperkeratotisches“ (Roth) 487.  
 Blennorrhoebehandlung (Bassicalupo) 514; (Cotton) 520; (Deutsch) 514; (Gheorghiu) 514; (Gross) 519; (Leszczinski) 513; (Rédei, Szépfalu) 515; (Rudnik) 519; (Edm. Saalfeld) 491; (Shearman) 20; (Sterian) 514; (Terrepson) 491; (Toff) 513; (Zenzen) 92.  
 — mit Albargin (Spitzer) 516.

- Blennorrhoebehandlung mit Alumol (Tansard) 518.  
 — mit Arhovin 513. 514. 519; (Meissner) 519; (Steiner) 519.  
 — mit Ghimmlight (Strebel) 165.  
 — mit Gonosan 513. 514; (Hottinger) 514; (Lejeune) 518; (R. Müller) 514; (Rahn) 513.  
 — mit Helmitol 518.  
 — mit Hestralin 513.  
 — mit Ichthargan (Spitzer) 516.  
 — mit Irrigationen (Shattuck) 515; (Sellei) 515. 517.  
 — mit Kollargol (Tansard) 518.  
 — mit Largin (Spitzer) 516.  
 — mit Milchsäure (Chandler) 518.  
 — mit Novargan (Schwarz) 519.  
 — mit Penisklemme (Strauss) 419; (Terrepean) 491.  
 — mit Protargol (Mühsam) 517; (Plachte) 517; (Spitzer) 516.  
 — mit Urotropin 513.  
 — und Prophylaxe (Vogel) 512.  
 Blutalkalescenz bei akuten exanthematischen Krankheiten (Kireef) 26.  
 Bordellstrafen (Pappritz) 466.  
 Boubas s. Framboesia.  
 Brightsche Krankheit s. Morbus Brightii.  
 Bromakne s. Bromexanthem.  
 Bromexanthem 87; (Leiner) 409; (Pasinini) 423.  
 Bromkaliumeruption, pilzförmige (Büchler) 656.  
 Bubo der Pest 39.  
 — 588.  
 —, venerischer 230. 462. 565. 597; (Lip-schütz) 91. 162; — der Cubitaldrüsen (Amende) 462; — und neuere Behandlung, mit Merkurkolloid (Homann) 230; — ohne große Inzisionen (Zeuner) 230; — mit Stauung (Moses) 356.  
 Buchweizenkrankheit 279.  
 Bürzeldrüsensekretion (M. Stern) 521.
- Calcarinurie im Kindesalter, Ernährungstherapie bei (Moll) 442.  
 Callus 597.  
 Cancroid 237. 241. 473. 578. 579.  
 Canities praesenilis 522.  
 Carcinoma 21. 23. 53. 63. 64. 85. 108. 157. 171. 183. 188. 207. 211. 219. 235. 236. 237. 247. 248. 253. 255. 256. 263. 268. 269. 270. 279. 289. 291. 304. 339. 453. 462. 464. 486. 494. 568. 570. 572. 580. 637; (Ehrmann) 88; (Kaltenbrunner) 638; (Kurita) 563; (Spitzer) 85.  
 —, Ätiologie des (Beatson) 239.  
 — und Naevi (W. S. Fox) 357. 423. 468.  
 — und Spirochäten (Hoffmann) 239.  
 —, Wachstum und Verbreitung des in den Lymphbahnen der Nerven (Körnst) 235.
- Carcinoma, Vorangehende Krankheiten (Bergmann) 240.  
 —, diffuses (Ehrmann) 636.  
 —, Direkte Todesursachen bei (Schwarz) 242.  
 — und Röntgenstrahlen, Histologie (Dalous und Lasserre) 443. 473.  
 — der Blase (Dewitzki) 343.  
 — des Gesichts bei einem Kinde (Lippe) 237.  
 — der Haut mit seltener Degeneration (Tsunoda) 563.  
 — des Hodens 210; (Foulerton) 367.  
 — in lupo (Rieh) 202; in einer Lupusnarbe nach X-Strahlen (MacLeod) 468.  
 — penis (Guyon) 328; (Schneider) 328; Heilung des (Armitage) 329.  
 — prostatae 328; (Riedl) 375.  
 — der Scheide (Pollosson und Violet) 817.  
 — der Schweißdrüsen (Deichstetter) 240.  
 — serpignosum (C. Spitzer) 201.  
 — der Stirn auf papillärem Naevus (Schamberg und Hirschler) 553.  
 — urethrae 328.  
 — uteri 337.  
 — vulvae (Mauxion) 443.  
 Carcinombehandlung 289; (Mayo) 240; (Schlassar) 414.  
 — mit Radium (Lassar) 240.  
 — mit Röntgenstrahlen 578. 579; (Dubois-Havenith) 645; (Freund) 510; (Leredde) 234; (Löser) 241; (Noiré) 237; (Beschetillo) 457; (Williams) 241.  
 — mit direkter Sonnenbestrahlung (M. Hirschberg) 237.  
 — mit den Salzen der Zimtsäure (Drage) 242.  
 Chloasma cachecticum 521.  
 — solare (Ehrmann) 407.  
 — uterinum 521.  
 Cheiropompholyx 185. 294. 578; (Levi-seur) 554; -Anatomie (Nestorowsky) 504.  
 Chlorakne (W. Lehmann) 92. 161.  
 Chlornatrium-Thermen, kohlenstoffhaltige (Röthlisberger) 594.  
 Chloroma (Buschke) 242.  
 Chylurie (Heuck) 438; (Vincenzo) 438.  
 Circumcision 324; (Vaughan) 326; — mit Nähklammern (Erdély) 327.  
 Clarscher Reflektor (Blanco) 213.  
 Clavalin, Hühneraugenpflaster (Bollag) 597.  
 Clavus 597; (Evershed) 250.  
 Colibacillosen, idiopathische, des Harntraktes (Bodlaender) 207.  
 Colliculus seminalis, Anatomie und physiologische Rolle des (Poross) 315.  
 Conjunctivitis 28. 84. 527.  
 — diphtheritica (Kölle) 223.

- Conjunctivitis blennorrhoea (Spiegelhoff) 489.  
 — und Blindheit (Jackson) 489.  
 Coryza 28. 505. 596.  
 Cowperitis 488. 489.  
 Cutis anserina, circumskripte (Pinkus) 356.  
 Cutol-Lanolin-Wundpuder (Zeuner) 181.  
 Cyanosis (Cheinisse) 650; (Begg und Bullmore) 650; (H. v. d. Bergh und Grutterink) 651; (Zimlick) 650.  
 Cylinderzellencarcinom, primäres der Scheide (Polloson und Violet) 317.  
 Cylindrom der Orbita und Lider (Weeks) 249.  
 Cylindrurie (Padoa) 432.  
 — und Nephritis (Gentzen) 432.  
 — ohne Albuminurie (Niedner) 432.  
 Cystadenoma der Prostata (Tophoven) 375.  
 Cysten 328. 375. 388. 536.  
 — des Epithels, traumatische (Pels-Lensden) 246.  
 —, seröse, des Skrotums, Hodens und Samenstranges (Sawade) 365.  
 — der Urethra 338.  
 Cystitis 9. 10. 11. 15. 92. 180. 241. 300. 301. 331. 335. 337. 338. 341. 343. 356. 365. 377. 380. 381. 382. 385. 478. 512. 513. 514. 515. 518. 519. 588. 591.  
 — (Schaumann) 338.  
 — und Paralyse (Walker) 339.  
 — calculosa 588; (Guyon) 340.  
 — -Behandlung (Kaufmann) 339; — durch Ausschabung ohne Eröffnung (A. Strauss) 339.  
 Cysto-Pyelitis 207.  
 Cystoskopie (Kropeit) 641; — neue Methode der (Cathelin) 320; (Freundenberg) 465; (Luys) 321; (Otis) 320; (Ringleb) 321; (Whiteside) 470.  
 Cytorrhocytes-Färbung (Siegel) 185.  
 — -Frage (Winkler) 639.
- Dariersche Krankheit** s. Psorospermiosis follicularis vegetans.  
 Decubitus 64. 147. 344. 597. 655.  
 — acutus 598.  
 Deferentitis blennorrhoea 487.  
 Dementia senilis 319.  
 Dermasanpräparate bei Hautkrankheiten (Lengefeld) 356.  
 Dermatitis de congelazione 345. 354. 658.  
 Dermatitis 284. 285. 522. 588.  
 — artificialis pustulosa (Brandweiner) 636.  
 — blastomycetica 415.  
 — bullosa 640; — streptogenes 5. 537. 588.  
 — epithelialis (degenerativa) circumscripta eczemiformis s. Pagets Disease.
- Dermatitis, erysipelatoide 132.  
 — exfoliativa (Wechselmann) 82.  
 — der Hände, chronische warzenartige (Bosellini) 173.  
 —, papilläre, bösartige 270.  
 — durch Pflanzen, eine neue (Dreyer) 463; — durch Teakholz (Evans) 167.  
 — pustulosa praemycosica (Audry) 473.  
 — psoriasiformis nodularis 555; (Csillag) 134.  
 — repens 217.  
 — nach Resorcin (Rosenthal) 271.  
 —, urämische (Chiari) 655.  
 Dermatologie, Geschichte der (Manassein) 97. 167. 418. 419; (Dohi) 568.  
 — topographique régionale 277.  
 Dermatologische Schrift, älteste (P. Richter) 77.  
 — Medikamente (Méneau) 645.  
 — Sektion der Warschauer Ärzte, Bericht 1904 und 1905 175.  
 Dermatosen s. Hautkrankheiten.  
 Dermographie 409; — und funktionelle Neurosen (Stursberg) 600.  
 — und Ikterus (Th. Plaut) 600.  
 Dermiten (Pini) 187.  
 Dermis papillomatosa 187.  
 — vegetans 187.  
 Desinfektion der Haut (Vogel) 575.  
 Diabetes 23. 122. 132. 212. 228. 230. 283. 279. 281. 282. 291. 380. 434. 445. 522. 531. 532. 636; (Posner) 376.  
 — broncé 570. 571.  
 — mellitus 334. 570. 571.  
 Diät (Rénon) 557; — bei Brightscher Krankheit, Chlorurämie und Azotémie (Widal) 556. 558; — bei Herzkranken (Digne) 557.  
 Diagnose-Hilfsmittel (Jullien) 427.  
 Druckfehlerberichtigung 190.  
 Dinitrobenzol (Zieger) 590.  
 Dinitrotoluol (Zieger) 590.  
 Dormiol (Baroch) 512.  
 Douglassexsudate und Cystoskopie (Kropeit) 641.  
 Duchennesche Krankheit s. Morbus Duchenne.  
 Ductus ejaculatorius, Anatomie und physiologische Rolle des (Porosz) 315.  
 Dysidrosis s. Cheiropompholyx.
- Eisen** (Laquer) 582.  
 Eiterprobe (Goldberg) 433.  
 Eiterpusteln 598.  
 Eiterung, akute (Weber) 570.  
 Ekchymosen 424.  
 Ekthyma 6. 211. 538.  
 Ekzema 2. 35. 64. 80. 85. 106. 141. 160. 162. 187. 200. 206. 236. 240. 253. 254. 268. 270. 271. 291. 292. 297. 364. 390. 444. 506. 531. 532. 533. 534. 537. 539. 546. 555. 567. 572. 576. 579. 580. 585. 586.

592. 593. 594. 599. 610. 625. 635; (Gardiner) 133; (Jeanselve) 183; (Riehl) 410.
- Ekzema, anämisches** 88.
- des Gesichts 535.
  - des Hundes 587.
  - impetiginosum 206.
  - infantum 535; (Boivin) 133. 183; (Clénet) 182; — des Kopfes 206.
  - , nässendes 578. 586. 597; — des Kopfes 78. 81.
  - papulosum 357.
  - en placards 535.
  - rhagadiforme 357. 592.
  - seborrhoicum 88. 184. 206. 593; (Weidenfeld) 638; — capitis 356.
  - trockenes 572. 578.
  - tyloformige 206. 356. 357. 593.
- Ekzembehandlung (von Düring)** 131; (Jeanselve) 183; (Jessner) 216; (Lassar) 132; — mit Buttermilch (Lesné) 573.
- Ekzematöser Ausschlag, Streifen (Fischel)** 546.
- Elektrizität** 124. 169. 212. 220. 231. 232. 324. 362. 481. 492. 522. 550. 552. 553. 576. 581; (Jones) 575; — bei Beingeschwüren (Gaucher) 170.
- der Haut (Harnack) 430; (Sommer) 524.
- Elektrocystoskop, neues (Otis)** 320.
- Elephantiasis** 21. 84. 171. 444; (Gaucher) 100; (H. Kuhn) 224.
- Arabum s. Lepra.
  - congenita (Dörrien) 224; (Swoboda) 224.
  - penis (Pullmann) 328; — — et scroti (Canet) 327; — — — lymphorrhagica (Negroni und Zappi) 326.
  - teleangiectodes (Wechselmann) 164.
- Emphysema cutaneum bei Bronchopneumonie (Spearman)** 296.
- subcutaneum bei Pneumonien (Camus) 295.
  - — universale et mediastinale bei Keuchhusten (Strauch) 295.
- Enchondrom zweier Rippen und Metastasen in der Haut (Osterspey)** 245.
- Endaortitis chronica diffusa** 120.
- Endarteriitis** 122. 123. 172. 205. 479; (Saraceni) 172.
- Endocarditis** 68. 479. 481.
- Endo-Periarteriitis** 175.
- Enteritis** 256. 315.
- Enthaltsamkeitsstörungen (Hammer)** 167.
- Enuresis s. Incontinentia urinae.**
- Epheliden** 84. 271. 521.
- Epidermolysis** 639; — bullosa 90. 285; (Lesser) 81; — — hereditaria (Valentin) 205.
- Epididymitis** 207. 331. 343. 365. 380. 479. 539; (Tanaka) 564; (Oppenheim und Löw) 490.
- Epispadie beim Weibe (Anacker)** 447; (Gütschow) 447.
- Epithelgewebe und Arsensäure-Anhydrid (Pasini)** 276.
- Epithelioma s. Carcinoma.**
- contagiosum 262. 304. 537; (Egdahl) 249; —, Virus des (Juliusberg) 249.
- Epithelisierung, abnorme (Pels-Lensden)** 246.
- Erysipelas** 2. 3. 26. 144. 146. 222. 228. 538. 576. 596; (Fornaco) 222; (Maximowitsch) 222.
- faciei 566. 591; (Door) 222.
  - neonatorum (Variot) 222.
- Erysipelbehandlung** 229. 230; (Kaczvinszky) 191; (Payr) 223; (Bóna) 222; — mit intravenösen Collargolinjektionen (Ritterhaus) 223; — mit Mesotan (Pantz) 224.
- Erysipeloid** 3. 538; (Ohlemann) 220.
- Erythema** 3. 100. 141. 171. 217. 411. 445. 451. 454. 488. 503. 511. 531. 532. 535. 538. 539. 543. 564. 596. 598. 599. 656; (Wechselmann) 355.
- artificialis 617.
  - bullosum 409. 412.
  - contagiosum (Escherich) 24.
  - exsudativum multiforme 3. 87. 141. 222. 488. 538. 548. 598. 649; (Gaucher) 100; (Jeanselve) 187; (Spiegler) 410; — blennorrhoeicum 487; — bullosum (Kohn) 412; — nekrotisierendes (Polland) 416; — mit tödlichem Ausgang (Welander) 92.
  - gluteale 535.
  - induratum 43. 111. 354.
  - infectiosum 24.
  - nodosum 106. 163. 548. 598; (Hermann) 488; (Vörner) 163; — perstans (Pick) 639.
  - polymorphum s. — multiforme.
  - scarlatiniforme (Stalkartt) 488.
  - solare 407.
  - , urticarielles 412; (Riehl) 410.
  - durch Primeln 141.
  - durch Raupen 410.
  - nach Veronal (Wills) 657.
- Erythrasma (Oppenheim)** 88.
- Erythrodermia, universelle** 410.
- Erythromelalgie (Schlesinger)** 649.
- Erythromelia** 284.
- Eugallol (Poór)** 586.
- Eupicin (Trautwein)** 592.
- Exanthem, akutes (Finger)** 87.
- , prämikotisches (Oppenheim) 412.
- Exanthème satelliforme** 115.
- Facialislähmung, seltene Ursache einer (J. Meyer)** 232.
- Faltensunge, kongenitale symmetrische (Payenneville)** 492.

- Favus** 89. 587. 572; (Dohi) 563; (Krsz-  
 zstalowics) 174. 428. 561; (Paulus)  
 463; (Wechselmann) 355.  
 — -Scutulum, Anatomie des (Paulus)  
 504.  
**Favuspilze im Organismus (Citron)** 527.  
 — herpeticus 468.  
 — impetiginiformis 428.  
 — psoriasiformis 428.  
 — im Magen und Darm 429.  
**Favusbehandlung mit Röntgenstrahlen**  
 (Kanitz) 184.  
 — in den Schulen (Wijk) 427.  
**Fettsucht** 531. 533.  
**Fibroma** 304; (Riehl) 689.  
 —, kongenitales 242.  
 — molluscum (Leiner) 638; (Neumann)  
 248; (Ziegert) 248; — der kleinen  
 Schamlippe (Dreyfus) 248.  
 — des Uterus 210.  
**Filaria (Bruns und Müller)** 297.  
 — medinensis (Leiper) 298.  
**Filatow-Dukessche Krankheit s. Morbus**  
**Filatow-Dukes.**  
**Fingerverletzungen** 586.  
**Finseninstitut (Jadassohn und Schultz)**  
 41.  
**Fistel** 317. 446. 591.  
 — des Rektums und der Urethra (Wild-  
 bolz) 642.  
**Fluor** 201. 323.  
**Folliclis (Pick)** 639.  
 — Barthélemy s. Ulerythema centrifugum.  
**Folliculitis** 271. 535. 578.  
 — conglobata (Ehrmann) 638.  
 — decalvans 89.  
 — exulcerans nasi (Ehrmann) 638.  
 — scrophulosorum 42. 85. 462; (Ehr-  
 mann) 638; (Hallopeau) 21; (Kreme)  
 412.  
**Framboësia** 173. 187. 202. 561; (Breda)  
 560.  
 — und Spirochäten (Castellani) 189.  
 — auf den Philippinen (Woolley) 183.  
**Funiculus spermaticus, Haematocele des**  
 (Hartley) 371.  
 —, seröse Cysten des (Sawade) 365.  
 — -Torsion (Bogdanik) 370; (Bufe)  
 370; — rezidivierende (Dowden) 370.  
**Furunkel** 85. 294. 856. 531. 533. 534. 535.  
 572. 586 597; (J. Meyer) 232; — und  
 Abscess des Hirns (Fischer) 231; —  
 der Prostata und der Niere (Nico-  
 lich) 510; — im Ohr (Kramer) 231.  
**Furunkelbehandlung (Friedrich)** 229;  
 (Beclus) 232; — neue lokale (Markus)  
 231; — mit konzentrierter Karbolsäure  
 (Vörner) 590.  
**Gär-Saccharoskop (Citron)** 433; (Pickard)  
 433; (Salkowski) 433.  
**Gangraena** 25. 28. 119. 206. 224. 230.  
 319. 338. 415. 416. 444. 445. 581.  
 — bullosa serpiginoza 581.  
 — diabetorum 531; (Grant) 282;  
 (A. Neumann) 281; — — scroti, ge-  
 heilt durch Sitzbäder und Kompressen  
 mit Borsäurelösung (Simonson) 282.  
 — der Extremitäten nach Infektionskrank-  
 heiten (Barrand) 228.  
 — —, symmetrische (Bonnenfant) 44;  
 (Gandois) 228.  
 — der Haut und Encephalomalacie nach  
 Kohlenoxyd- bzw. Leuchtgasvergif-  
 tungen (Krumholz) 282.  
 — —, neurotische 598.  
 — des Hodens (Buschke) 490.  
 — des Lides nach Scharlach (Kölle) 228.  
 — der männlichen Geschlechtsorgane  
 (Briquet) 320.  
 — des Mundes und Rachens, Histologie  
 und Bakteriologie der (Buday) 226.  
 — senilis (A. Neumann) 281.  
 — und Spirochäten (Polland) 226.  
 — spontanea s. idiopathica cutis (C. Beck)  
 227.  
 — syphilitica (Szadek) 175. 429.  
**Gangränbehandlung (A. Neumann)** 281;  
 (Simonson) 282.  
**Gasphegmonebacillus, Giftstoffe des (F.**  
**Passini)** 528.  
**Gaumensegel-Perforation (Gaucher)** 99.  
**Geschlechtskrankheiten** 390. 439. 602;  
 (Kromayer) 361.  
 — und Armees (Neumann) 528.  
 — und Genufsleben (Hellpach) 421.  
 — und Prostitution in Toulouse (Babou)  
 528.  
 — -Bekämpfung 17. 97. 299. 331. 475;  
 (Grosse) 166; (Thomalla) 529;  
 (Waelsh) 566; — Eingabe an den  
 Reichskanzler 420; — Zweigvereine  
 (Felix Bloch) 420.  
 — -Behandlung und Versicherungsgesetz  
 422.  
**Geschlechtstrieb, Analyse des (Moll)** 318.  
**Gilchrische Krankheit s. Blastomykosis**  
 472.  
**Gléasklerom (Petri)** 220.  
**Glossitis exfoliativa marginata (Gaucher)**  
 100.  
**Glossy skin** 598.  
**Gonokokken-Infektion, allgemeine (Hall)**  
 478; — bei Kindern (Holt) 475.  
 — -Peritonitis im Kindesalter (M. Du-  
 breuilh) 485.  
 — -Toxine und Augenentzündungen (Bur-  
 nett) 526.  
 — -Wachstum auf Serum- Nährböden  
 (Stross) 526.  
**Gonokokken und Antibleorrhoea (Pald-  
 rock)** 93.  
**Gonorrhoe s. Blennorrhoea.**  
**Gonosanharh (Varges)** 438.



Granulosis tractus lymphat. 637.  
 Grind s. Achor.  
 Gumma 47. 51. 66. 83. 85. 87. 101. 106.  
 109. 110. 111. 117. 120. 121. 128. 130.  
 164. 202. 204. 212. 214. 408. 418. 425.  
 504. 565. 636. 639; (Almkvist) 161;  
 (Gaucher) 100; (Nobl) 408; (Mez-  
 zetti) 172; — nach 41 Jahren (Gau-  
 cher) 100; — und Kropf (Gaucher)  
 100.  
 — des Herzens und der Niere 360.  
 — der Leber (Joh. Meyer) 119.  
 — periurethrales, frühzeitig erscheinendes  
 102.  
 — des Zahnfleisches (Spiegler) 639.  
 —, exulceriertes (Ehrmann) 638.  
 — hyperkeratotisches (Nobl) 635.  
 — schankröses (Gaucher) 99.  
 Gummöse Osteoperiostitis (Pick) 410.  
 Gynochrysa Hydrargyri (Crippa) 589.

**Haar:** Augenbrauen und Schnurrbart  
 (Frédéric) 528.  
 — mit Doppelschlinge (Richter) 199.  
**Haare,** Graufärbung der (Cheate) 286.  
**Haarzüge,** schwarze (Charpy) 133;  
 (Schnabel) 133; (Schourp) 465.  
**Haemangioma cavernosum venosum capitis**  
 (Tauber) 244.  
**Hämatoporphyrinurie** (Linser) 550.  
**Haematurie** 539; — im Kindesalter (Lang-  
 stein) 439.  
 — und Nephritis (Fowler) 431.  
**Hämochromatose** (Preiswerk) 570.  
**Haemoglobinurie im Kindesalter** (Lang-  
 stein) 439.  
 — bei Malaria (Greene) 439.  
 —, paroxysmale (Langstein) 439;  
 (Schindler) 440.  
 —, experimentelle, und Nierenverände-  
 rungen (L. Levy) 440.  
**Haemophilie** 273.  
**Hämorrhagien** 598.  
**Haemorrhoiden** 337. 568. 597; — Heilung,  
 unblutige (Hirschcron) 288.  
**Harn s. Urin.**  
**Harnblase s. Blase.**  
**Harnleiter s. Ureter.**  
**Harnorgane,** Pathologie der (Quinke)  
 320; — und Quecksilberoxycyanid (Bar-  
 trina und Oliver) 316.  
**Harnröhre s. Urethra.**  
**Harnseggregator, neuer intravesikaler** (Ve-  
 dova) 471.  
**Harnwege,** Frühdiagnose chirurgischer  
 Erkrankungen der (Tenney) 320.  
 —, Chirurgie der (Blanc) 213.  
**Haut,** Giftaufnahme durch die (Kuhle)  
 567.  
 — und Schleimhaut, Resorptionsvermögen  
 (Fauconnet) 567.

**Hautycisterken** (Adler) 82.  
**Hautentzündungen bei Pyämie und Infek-  
 tionskrankheiten** (Werther) 656.  
**Hauternährungsstörungen nach Hirnver-  
 letzung** (Campana) 559.  
**Haut- und Kopfhautkrankheiten, an-  
 steckende, bei Schulkindern** (Sobel)  
 536.  
**Hautkrankheiten, Compendium der** (Jes-  
 ner) 103.  
 — -Diagnose (Evans) 492.  
 — und innere Krankheiten im Kindes-  
 alter (Corn. Beck) 535.  
 —, symptomatische, Ableitende Bedeutung  
 der (Einie) 566.  
 — und Stoffwechsel (Brocq, Despres  
 und Ayrignac) 20; (Jadassohn) 22;  
 (Waelisch) 531.  
 — und Nervensystem (Leredde) 511.  
 — bei Kindern (Gottheil) 390.  
 —, strichförmige (Fischel) 82.  
 —, praktische Ergebnisse (Bruhns) 572.  
 — -Behandlung (Hecht) 585; (Kling-  
 müller) 575; — externe (Steiner)  
 594.  
 — und Bourboule-Wasser (Ferreyyrolles)  
 571.  
 — und trockene Hitze (Kouroudjief)  
 572.  
**Haut- und Geschlechtskrankheiten, Repet-  
 itorium der** (Kromayer) 361.  
**Hautmifbildungen** (Jeanselme) 530.  
**Hautnaht, Modifikation der** (Samuel) 575.  
**Hautreizende Mittel** (Goebel) 569.  
**Hautalg** (Linser) 520.  
**Hauttemperaturmessung** (Gaertner) 522;  
 (Grünenwald) 523; (Senator) 523.  
**Hautveränderungen nach feuchten Ein-  
 packungen** (Audry) 473.  
 — und Streptococcus (Krzyszczalowicz)  
 537.  
 —, vasomotorische 598.  
**Haut- und Federveränderungen nach Ge-  
 hirnopoperationen bei Tauben** (Saraceni)  
 172.  
**Hautverfärbung, eigentümliche** (Halpern)  
 250.  
**Hautverpflanzung** (Guszmann) 536;  
 (Kennedy) 286.  
**Hautzustand bei Pneumonie** (Gregson)  
 569.  
**Helmitol bei Prostatahypertrophie** (Halb-  
 huber) 378.  
**Hemiplegie, urämische** (Raymond) 557.  
**Hermaphroditismus** 320; — der Geschlechts-  
 wege (Lombardi) 320.  
**Herpes** 211. 271. 427. 598.  
 — febriles 567. 598.  
 — buccalis 598.  
 — iris 87.  
 — labialis 598.  
 — nasalis 598.  
 — praeputialis 100.

- Herpes recidivus der Gesäßsgegend** 208.  
 — tonsurans s. Trichophytia.  
 — Zoster s. Zoster.  
**Heufieber** 599.  
**Hoden, interstitielle Zelle des (Branca)** 363.  
 —, seröse Cysten des (Sawade) 365.  
 — Dystopia transversa (Romanowsky und Winiwarter) 364.  
 — -Ektopie (Lanz) 365; (Thurston) 366; — mit Hydrocele 366.  
 — ohne Vas deferens (Guizetti) 369.  
 — -Erkrankungen, nichtchirurgische (Leder mann) 364.  
 — -Anheftung an den Schenkel (Keetly) 364.  
 — -Verwachsung, künstliche (Maclaure) 168.  
 — -Punktion, diagnostische (Posner) 365.  
 — aus Paraffin (Cantlie) 366.  
**Hodgkinsche Krankheit s. Morbus Hodgkin.**  
**Holzphlegmone (Fichtner)** 227.  
**Homosexualität** 177. 178; (Hammer) 167; (Hirschfeld) 102. 179.  
**Hutchinsonsche Sommerprurigo s. Hydroa vacciniiformis.**  
**Hydrocele** 367.  
**Hydronephrose (H. Morris)** 387.  
**Hydroa aestivalis s. Hydroa vacciniiformis.**  
 — juvenum s. Hydroa vacciniiformis.  
 — puerorum 138.  
 — vacciniiformis (Adamson) 507; (Ehrmann) 89; (Jordan) 137; (Malinowski) 415; — und Hämatorporphyrinurie (Linser) 550; — bullosa (Constantin) 274.  
 — varioliformis s. Hydroa vacciniiformis.  
**Hyperhidrosis** 581. 583. 578. 592. 599; (Deutsch) 86; — pedum 585; — in der Armee (Fischer) 298; (Villaret) 294.  
 — -Behandlung mit Lenicet (Lengefeld) 294.  
**Hyperkeratosis (Dahmen)** 185; (Samberger) 90; — subungualis (Nobl) 85.  
**Hyperleukocytose (Goebel)** 569.  
**Hypospadiabehandlung** 327. 332; (Kirmisson) 327; (Stinson) 327; (Vulliet) 327.  
**Hymen der Erwachsenen und Neugeborenen (Goetzfried)** 443.  
 — bei Gravidität (Bryos) 474.  
 — -Untersuchung, gerichtsarztliche (Breda) 443.  
**Hypertrichosisbehandlung (Amende)** 552.  
**Jahresbeule (Naab)** 186.  
**Japanische Medizin (Fujikawa)** 563.  
**Ichthyosis** 88. 132. 410. 411. 520. 530. 564; (Ehrmann) 411.  
**Ichthyosis und Pemphigus vulgaris (Ullmann)** 200.  
 — circumscripta (Friolet) 184.  
 — congenita (Böhler) 134; (Scherber) 638; (Steiner) 185; — atypische (Zumbusch) 183.  
 — hystrix 562.  
 — universalis (Brandweiner) 201.  
 — vulgaris 184.  
**Ikterus** 291. 600; (Donnan) 383; (Th. Plaut) 600.  
 — neonatorum (Musfield) 295.  
**Peus** 485.  
**Immunität und Harnanalyse (Poehl)** 567.  
**Impetigo** 2. 3. 5. 175. 206. 297. 538. 409.  
 — capillitii 413.  
 — contagiosa 7. 390. 537.  
 — herpetiformis 217; (Borzecki) 165.  
 — neonatorum (Zahorsky) 181.  
 —, pemphigoide 2.  
 — Romanorum 80.  
 — vulgaris 2. 3. 537. 538.  
**Impotentia** 374; (Féré) 470; (Heidingsfeld) 363.  
 — -Behandlung (Terrepson) 362; (Steiner) 363; — mit Muiracitin (Maramaldi) 863; mit Yohimbin „Riedel“ (Topp) 597.  
**Incontinentia urinae nocturna** 3. 207. 337; (Goldberg) 324; (Lange) 325; (Revel) 322.  
 —, familiäre (R. Stern) 324.  
 —, Behandlung der (Goldberg) 324; (Zaugger) 323; —, epidurale (Cantata) 322.  
**Induration im Corpus cavernosum penis (Nobl)** 411.  
**Infektionskrankheiten und Psychosen (Sievert)** 485.  
**Infiltrat, chronisch entzündliches (Deutsch)** 86.  
**Infiltrate, schmerzhaft, in Haut und Muskeln (Lorentzen)** 535.  
**Injektionen, epidurale (Hirsch)** 207.  
**Initialsklerose** 20. 39. 46. 51. 57. 58. 62. 63. 65. 85. 88. 98. 101. 106. 108. 109. 110. 111. 117. 125. 126. 127. 128. 130. 131. 158. 159. 160. 199. 201. 216. 271. 299. 326. 408. 411. 472. 547. 565; (Gaucher) 99.  
 — und Arsenicxanthem (Gaucher) 100.  
 —, multiple (Klotz) 54; (Papagaey) 54.  
 —, extragenitale 46; (Buschke) 355; (Duhot) 55; (Witte) 54; (Wolbarst) 55; — der Brustwarze (Gaucher) 99; — der Conjunctiva (Forshaw) 119; — der Finger (Bauer) 55; — des Gaumens (Herzfeld) 463; — der Lippe (Adler) 82; (W. Bloch) 55; (Mucha) 409; — im Mundwinkel (Oppenheim) 86.  
 — und Radiotherapie (Quadrona und Gramagna) 128.

- Intertrigo 294. 427. 583. 585. 585. 597;  
 (Zeuner) 181.  
 Jodakne vom Typus des Erythema no-  
 dosum (Vörner) 163.  
 Jodausscheidung (Witt) 596.  
 Jodipin (Stenner) 584.  
 Jodismus acutus (Lublinski) 596.  
 Jodkaliumsalben, Resorption der (Fau-  
 connet) 567.  
 Jodtinkturvergiftung der Mundschleimhaut  
 (Witzel) 656.  
 Jothion (Richardt) 585.  
 Isoform (H. Meier) 588; (Necker) 588;  
 (Weik) 597.
- Kaliumpermanganat als Hämostatikum**  
 (Vörner) 591.  
**Karbunkel** 531. 586; — und Barbierstuben  
 (Hardaway) 232.  
 —, Behandlung des (Friedrich) 229;  
 (Reclus) 232; — neue lokale (Marcus)  
 232; — ohne große Inzisionen (Zeuner)  
 230.  
**Katheteraufbewahrung (Dufaux)** 356. 641.  
 — -Behandlung von 29jähriger Dauer  
 (R. H. Fox) 337.  
 — -Sterilisation (Sittler) 66.  
 — -Taschenetui (Oberlaender) 642.  
**Keloid** 304. 610. 618; (Kirsch) 416; (Ra-  
 vogli) 249; (Sederholm) 161; —  
 -Narben (Spiegler) 635. 636.  
**Keramin (Hecht)** 585.  
**Keratoma palmare et plantare** 206; —  
 hereditarium (Ehrmann) 87; (Sam-  
 berger) 90; Sorrentino) 173; — bei  
 fünf Generationen (Jacob und Fulton)  
 182.  
**Keratosis** 185.  
 — diffusa intrauterina 133.  
 — follicularis (Ehrmann) 88; — (Yema)  
 564.  
 — pilaris 271. 290. 314.  
 — suprafollicularis (Ehrmann) 408.  
**Kerion s. Trichophytia.**  
**Kinderflecke (Adachi)** 563.  
**Klinische Erziehung (Guyon)** 210.  
**Kollargol (Bretton)** 591.  
**Kombinationscystoskop (Freudenberg)**  
 465.  
**Komedonen s. Akne.**  
**Kompression in der cutanen Therapie**  
 (Thorel) 575.  
**Kondyloma** 453. 551; — acuminatum 104.  
 — (Pagliaro) 172.  
 —, breites 57. 63. 105. 108. 109. 110. 112.  
 —, spitzes 60. 62. 63. 108. 110. 304.  
 — urethrae, zirkuläres, mit Gefäfs-,  
 Drüsen- und Epithelwucherung (H.  
 Wolff) 331.  
**Kontaktinfektion (Schumburg)** 569.
- Kosmetik als Teil der Dermatologie (E.  
 Saalfeld)** 448.  
**Krätze s. Scabies.**  
**Kranroris vulvae** 636; (Darger) 445.  
**Krebs s. Carcinoma.**  
**Kryoskopie (Wederhake)** 386.  
**Kryptorchismus** 364. 366.
- Labien, die kleinen (B. Levy)** 445.  
**Langue scrotale s. Faltenzunge.**  
**Lanolin (Zeuner)** 181.  
**Leiomyoma** 305.  
**Leistenhodentorsion (Sauerbrey)** 368.  
**Leitendekatheter, Vorsichtsmafsregeln  
 bei (Lamouroux)** 337.  
**Lentigo** 80. 521.  
**Lenigallol (Poör)** 586.  
**Lepra** 65. 80. 173. 183. 218. 225. 410.  
 656; (Carrasquilla) 39; (Glück) 485;  
 (Grossmann) 642; (Hyde) 66.  
 — -Verbreitung 40.  
 — in Frankreich und seinen Kolonien  
 (Jeanselme) 38.  
 — auf Kuba (Laurent) 22.  
 —, konjugale, familiäre und hereditäre  
 (Hirschberg) 505.  
 — maculapapulosa, anaesthetica (Zum-  
 busch) 410.  
 — ophthalmica (Grossmann) 642.  
 — tuberosa 505; (Sokolow) 413.  
**Lepratälle in Christiania (Grön)** 17.  
**Lepra nervorum** 505. 522. 642; — im  
 Röntgenbilde (Deycke-Pascha) 40.  
 — tuberosa 66. 642; (Klingmüller) 17;  
 einheimischer Fall von (Ormsby) 39.  
**Leprabazillen** 485. 607. 622. 623. 624. 626.  
**Leprabericht vom Kap der guten Hoffnung  
 (Gegory)** 17.  
**Lepraprophylaxe (Carrasquilla)** 39.  
**Leprabekämpfung in Livland (Dehio)** 38.  
**Leprahospital auf Guadeloupe (Noël)** 39.  
**Leprafreie Kinder, Heim für** 17.  
**Leprabehandlung** 578; (Dyen) 40.  
 — in Mossi (Laffay und Ruelle) 169.  
 — mit Quecksilbersalzinjektionen (A.  
 Meyer) 44.  
**Leptus autumnalis (MacLennan)** 297.  
**Leukaemia** 272. 291. 416. 578. 579; (Neu-  
 mann) 637.  
 — cutis (Weidenfeld) 83.  
**Leukoderma** 63. 99. 409; (Sachs) 83.  
 — atrophicum 206.  
 — syphiliticum 53. 564; — universale  
 (Brandweiner) 636.  
**Leukocytose (Weber)** 570.  
**Leukonychia** 522.  
**Leukotrieche** 522.  
**Leukoplakia** 568; — linguae (Dillmann)  
 183.  
 — der Blase 464.  
 — der Glans penis (Brandweiner) 636.

- Leukoplakia oris 636.  
 Liehen 80. 411. 593.  
 — pilaris 506. 564.  
 — planus 291. 357. 547. 592; (Brandweiner) 86. 87; (Ehrmann) 638; (Hellmer) 88; (Kaltenbrunner) 409; (Oppenheim) 411; (Paschke) 86; (Rosenthal) 81; (Sachs) 88; (Spiegler) 639; (Weidenfeld) 201; (Zumbusch) 202; — acuminatus 410; — universalis (Ehrmann) 84; — der Schleimhaut, Histologie des (W. Dubreuilh) 425; — mit Dellenbildung (Vörner) 463.  
 — scrophulosorum s. Folliculitis scrophulosorum.  
 — simplex chronicus s. Prurigo.  
 — syphiliticus 355.  
 — urticatus 535; (Brandweiner) 84.  
 — verrucosus 206. 572; (Hoffmann) 82.  
 — Vidal s. Prurigo.  
 Lichenisation (Wechseltmann) 82.  
 Licht s. Phototherapie.  
 Lichtsalbenbehandlung (Axmann) 575.  
 Lipoma 311. 533; (Adler) 82.  
 Lipomata dolorosa, symmetrische (Spitzer) 85.  
 Lithotripsie in verschiedenen Körperlagen (Ringleb) 321.  
 Lues s. Syphilis.  
 Luftcystoskop (Cathelin) 320; (White-side) 470.  
 Lupus 3. 21. 111. 157. 240. 313. 353. 391. 392. 405. 560. 561. 568. 581. 622; (Ehrmann) 638; (Hyde) 66.  
 —, Einschlüsse im Gewebe bei (Pick) 415.  
 — und Finsenbestrahlung, Histologische Untersuchungen über (Doutrelepont) 43.  
 — und Carcinoma (Riehl) 202.  
 — erythematosus s. Ulerythema centrifugum.  
 — exfoliatus 413.  
 — exsudans 413.  
 — exulcerans 45. 413; — serpiginosus (Bureau) 211.  
 — faciei (Brytschew) 640.  
 — follicularis disseminatus (Hoffmann) 355.  
 — hypertrophicus papillaris 408.  
 — lymphaticus 353.  
 — der Mund- und Nasenschleimhaut 580.  
 — des Ohrläppchens (Friedländer) 547.  
 — pernio 353; (Möller) 160. 161.  
 — tumidus 413.  
 — vulgaris 41. 85. 188. 202. 353. 413. 538. 561. 574. 575. 578. 580; (Bogrow) 413; (Ehrmann) 411; (Okukawa) 563; (Oppenheim) 85; — und Röntgenstrahlen (Reschetillo) 457.  
 — disseminatus (Sachs) 83.  
 Lupusbehandlung 289; (Brytschew) 413; (Dreuw) 44; — mit Quecksilbersalz-  
 injektionen (A. Meyer) 44; — mit Röntgenstrahlen und Carcinomentwicklung (MacLeod) 468.  
 Lupusheilstalten (Huber) 41.  
 Lymphadenitis 547; — inguinalis 480.  
 Lymphangiectasia 354; — der Vulva (Lombardo) 276.  
 Lymphangioendothelioma cysticum abdominis (Ernst) 244.  
 Lymphangitis 222. 230. 635.  
 Lymphangioma 353; — cysticum (Leiner) 637.  
 Lymphogranulomatosis cutis 637.  
 Lymphoma colli 85.  
 Magnetismus der Menschenhaut (Harnack) 480.  
 Makrochoilie (Lindenberger) 245.  
 Malleus 65.  
 Malaria 46. 486. 535. 567. 570. 646. 653.  
 Maltafieber (Roosen-Runge) 539.  
 Masern s. Morbilli.  
 Massage und Kosmetik (Zabludowski) 91.  
 Mastdarmobturator (Dreuw) 197.  
 Mastoiditis (Kramer) 231.  
 Masturbation 19. 102. 176. 177. 319; (Féré) 208; — im Kindesalter (Strasser) 319.  
 Mastzellen 264. 272. 395.  
 Maul- und Klauenseuche (Siegel) 30. 185.  
 Melanodermie, kongenitale (Variot) 250.  
 Meningitische Schwiele (Buschke) 355.  
 Mesoarthritis productiva 120.  
 Mesoarteriitis 205.  
 Mikrosporie-Behandlung in den Schulen (Wijk) 427.  
 Mikrosporon 501; (Krzyszalowicz) 174. 428. 561.  
 Miliaria 294; — rubra 593.  
 Miliun 81. 86. 203.  
 Milzbrand (Menschig) 238.  
 Mischgeschwulst der Haut (Vörner) 548.  
 Mischinfektion (Georg Hahn) 27.  
 Mittwochs-Poliklinik Gauchers (Levy-Bing) 99.  
 Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.  
 — giganteum 87.  
 Monilethrix, Anatomie und Klinik der (Guzman) 290. 313.  
 Morbilli 9. 26. 67. 144. 220. 272. 347. 410. 568. 569; (Raven) 28.  
 —, Blutbefunde bei (Doehle) 51.  
 — und Kopliksche Flecken (Steinhardt) 28.  
 — ähnliches Exanthem (Rosewater) 655.  
 Morbilliepidemie (Heissler) 28.  
 Morbus Addisonii 406. 522. 564. 571; (Bramwell) 251; —, Blutdruckunter-

- suchungen (Dresler) 251; — und Nebennieren (Mohr) 251; — geheilt (Variot) 251; — und Nebennierenextrakt (Gulan) 252.
- Morbus Bantii** 579.
- Barlowi (Freund) 654; (Kohl) 654.
- Basedowii 582. 637. 647.
- Brightii 556. 558; Ernährung bei (Widal) 556.
- Darieri s. Psorospermiosis follicularis vegetans.
- Duchenne 101.
- Filatow-Dukes 29.
- Hodgkin 637.
- Morvan (Plateau) 39.
- Raynaud 44. 652; (Blendermann) 651; (Ehrmann) 408; (Wladár) 651.
- Stokes-Adam (Gudowitsch) 124.
- Werlhofii 570; (Leder mann) 356; (Peters) 653; — mit tödlichem Ausgange (Schechner) 654.
- — und Adrenalin (Cianni) 653.
- Morvansche Krankheit** s. Morbus Morvan.
- Mund, Ausgangspunkt eiteriger Gesichtsmundkrankheiten** (Schauberg) 186.
- Mundkrankheiten** (Bulkley) 568.
- Myelitis** 339.
- Myiasis externa et interna** (Cluss) 297.
- Mykosis fungoides** 473. 572. 578; (Oppenheim) 412; (v. Zumbusch) 203. 416.
- , Histologie der (Brandweiner) 502; (Dalous) 472.
- und universelle Alopecia areata (Giovanini) 203.
- und Röntgenstrahlen (Markley) 555; (Schourp und Freund) 558.
- Myocarditis** 117. 125.
- Myoma** 246. 306.
- Myomata cutis disseminata** (Nobl) 460.
- — multiplex (Krzyształowicz) 246. 304.
- laeicellulare 305.
- Myositis suppurativa** 478.
- Myxoedema ohne Schädigung der Haare** (Chapman) 281.
- syphiliticum, familiäres (Pel) 281.
- Myxoma** 304.
- lipomatodes 244.
- Nachruf auf Haslund** (Lesser) 545.
- Nafalan** (Hetzel) 587.
- Nägel, Runzelungen an** (Curtis) 568.
- Nagelverletzungen** 586.
- Naevus** 134. 224. 240. 241. 304. 305. 311. 507. 530; (W. S. Fox) 273; (P. Richter) 77.
- Ätiologie und -Struktur (W. S. Fox) 357. 423.
- und maligne Degeneration (W. S. Fox) 357. 423. 468.
- fibromatosus 69.
- Naevus lentiginosus** 521.
- linearis (Spiegler) 88.
- pigmentosus 165. 564; (Leredde und Martial) 510.
- vasculosus 45; (Riehl) 410; — verrucosus faciei (Kopp) 298.
- verrucosus 510.
- , papillärer (Schauberg und Hirschler) 553.
- Naphta** (Hetzel) 587.
- Narben** 240.
- Narbenkeloid** (Ravogli) 249.
- Narbenkontrakturenbehandlung** (Kennedy) 286.
- Naturforscher- und Ärzte-Versammlung in Meran** (Notthafft) 96.
- Nebenhoden, nichtchirurgische Erkrankungen des** (Leder mann) 364.
- -Epithel, Morphologie und Physiologie des (Jeleniewsky) 364.
- Nebennierentumoren im Kindesalter** (Aisenstein) 442.
- Nekrolog auf Prof. Nitze** 464.
- Nekrospermie** 578.
- Nephritis** 384. 550. 566. 594. 655.
- und Cylindrurie (Gentzen) 432.
- und Hämaturie (Fowler) 431.
- und Urinveränderungen (Buffer und Calvocoressi) 389.
- , hämorrhagische 652.
- akute, mit Erythem (Polland) 416.
- interstitielle, und Chlorsalz (Ambard) 557.
- parenchymatöse 625.
- Neurofibromatosis** 309. 311; (Mucha) 409.
- generalisierte (Sahut) 248.
- multiplex 304; (Pollak) 205.
- Neurodermitis circumscripta chronica** 572.
- Neurosen-Diagnose** (Stursberg) 600.
- Nierensteine** 341; (H. Morris) 387.
- , Diagnose der (Schaich) 387; — mittels Röntgenstrahlen (Smart) 387.
- Nigrities** 250.
- Nitrobenzol** (Zieger) 590.
- Nitrotoluol** (Zieger) 590.
- Noma** 172. 227. 444.
- bei Typhus (Carrière) 228.
- Oedema** 25. 29. 67. 68. 85. 119. 123. 132. 145. 254. 260. 261. 263. 312. 319. 391. 397. 398. 424. 426. 432. 450. 451. 452. 453. 486. 507. 510. 511. 519. 546. 556. 558. 576. 581. 599. 635. 637.
- und elastische Hautspannung (Bönniger) 568.
- akutum (Herter) 648.
- — circumscriptum (Havas) 648; (Morichan) 424.
- — universalis (Diethelm) 646.
- — und Erythromelalgie (Schlesinger) 649.

**Oedema album fugax 424.**

- , angioneurotisches (Mouris) 650; (Halsted) 648; — und geistige Störungen (Diller) 649.
- , arthritisches 424.
- chronicum elephantasticum (Gaucher) 100.
- circumscriptum 424.
- , entzündliches (Best) 652.
- idiopathicum des Säuglings (L. F. Meyer) 646.
- indurativum s. Initialsklerose.
- lymphangiectaticum beim Neugeborenen (Fromme) 645.
- , lymphatisches (Spieler) 85.
- malignum, Bacillus des (Bachmann) 225; (Kirsten) 225.
- , militärisches, der Füße (Hamann) 646.
- pélosique 424.
- und Oedemisierung (E. Joseph) 600.
- Ohrmißbildung, kongenitale (Amberg) 447.
- Oidiomycosis (Sakurane) 415.
- Onanie s. Masturbation.
- Orchidopexie - Frage (Tomaschewsky) 366.
- Orchitis 343. 365. 589.
  - fibrosa (M. Fränkel) 366.
  - rheumatica (Reükel) 366.
  - der Prostatiker (Forgeot) 374.
- Onychogryphosis 533.
- Onychomykosis trichophytica 428.

**Pagets Disease 636; (Hirschel) 235; (Lang) 236; (Lutati) 253; (Ribbert) 235.**

- Panaritium 228. 635.
  - , Behandlung des (Friedrich) 229; (Reclus) 230.
- Paño blanco s. Pinto.
- Papilloma 407. 408; (Vollmer) 551.
  - und Spirochäten (Schaudinn und Hoffmann) 60.
  - der Blase, Rezidive (Legneu) 343.
  - der Brustwarze (Salsac) 249.
  - cutaneum epitheliomatousum angiomatoides (Cerna) 171.
- Papula feri Celsi 80.
- Parakeratosis variegata (Csillag) 134.
- Paraleprose (Hirschberg) 505.
- Paralysis 46. 547; (Fournier) 100; (Guilly) 125; (Kuha) 125.
  - ascendente (Walker) 339.
  - generelle 53; (Marie) 357. 358.
  - progressiva 48. 546; (Seiffer) 126; — Behandlung der mit Quecksilberinjektionen (Leredde) 170.
- Parangi s. Framboësia.
- Paraphimose, septische (Smith) 327.
- Parapsoriasis guttata 555.

**Paraurethrale Gänge des Mannes, Herkunft der (Lichtenberg) 325.**

- Pediculosis 522. 537. 636.
- Peliosis 424.
- Pellagra 279. 358; (Deiaco) 657; — erythematosa (Rummo) 171.
- Pemphigus 3. 62. 98. 106. 215. 537. 538. 594; (Herbst) 355; (Riehl) 410.
  - , Symptom von Nikolsky bei (Truffi) 174.
  - mit eigentümlichem Verlauf (Scherber) 182.
  - chronicus 564; (Poirrier) 182.
  - foliaceus (Brandweiner) 87; (Brousse und Bruo) 208.
  - der Mundschleimhaut und der Augenbindehäute (Hollstein) 81.
  - neonatorum 23. 181; (Dreves) 185.
  - vegetans 187. 217; (Zumbusch) 202.
- Pemphigus vulgaris (Mucha) 409; (Zumbusch) 639; — und Ichthyosis (Ullmann) 200.
- Penis, GröÙe des (Tanaka) 563.
  - -Abscesse (Morère) 327.
  - -Operation, plastische (Jutkowski) 329; — -Amputation, partielle (Kallionzie) 218; — —, totale (Armitage) 329.
  - -klemme, neue (Strauss) 540.
- Pericarditis 478. 570.
- Periostitis 341.
- Perifolliculitis agminata suppurativa 525.
- Perinephritis, eitrige (Nicolich) 510.
- Perniosis 346. 347. 353. 356. 658; (Hodara) 449. 657.
- Pentosuria (Jolles) 434; (Kleroker) 435.
- Perverse (I. Bloch) 178.
- Petechia 424. 488.
- Phimosi 100. 230. 327. 636; (Reclus) 326; — -Behandlung (Lemaire) 326; — mit Circumcision (Reclus) 326.
- Phlebitis 485. 486. 591.
  - leprosa (Glück) 485.
- Phlegmone 171. 481. 581. 584. 601.
  - , Behandlung der (Friedrich) 229.
  - s. auch Holzphlegmone und Gasphlegmone.
- Phosphaturie (v. Düring) 441; (Moraczewski) 441; — im Kindesalter und Ernährungstherapie (Moll) 442.
- Phototherapie 21. 41. 43. 44. 89. 142. 165. 173. 223. 291. 405. 505. 522. 537. 541. 542. 543. 544. 545. 550. 578. 580. (A badie) 575; (Axmann) 575. 576. (Bie) 277; (Hirschberg) 237; (Linsner und Helber) 594; (Schlasberg) 414; (Sorrentino) 561; (Zieler) 312; — -Technik (Eschweiler) 357; — -Wirkung auf gesunde und tätowierte Haut (Meirowsky) 391.
- Phthiriasis 99.
- Physikalische Heilmethoden (Havas) 574.
- Pian s. Framboësia.

- Piedra (Dohi) 563.  
 — nostras (Waelsch und Freund) 164.  
 Pigment (Meirowsky) 541.  
 — und Pigmentanomalien (von Düring) 521.  
 — als Schutzmittel (Solger) 506.  
 — und Arsenikbehandlung (Brice) 250.  
 Pili annulati 522.  
 Pinto (Woolley) 182.  
 Pittylen (Joseph) 206.  
 Pityriasis 594. 610.  
 — circiné 496. 501.  
 — lichenoides (Kaltenbrunner) 412;  
 — chronica (Ehrmann) 83.  
 — marginé 496. 501.  
 — rosea 85. 206. 291. 578. 598; (Szabóky) 495; (Photinos) 547.  
 — rubra pilaris 84. 564; (Lutati) 551.  
 — simplex (Pautrier) 183.  
 — tabescentium 410.  
 — versicolor 206. 249. 291. 356. 535. 578. 589. 593; (Gallois) 296; (Oppenheim) 88; — in einer Anstalt (Nichols) 134.  
 Plasmazellen 88. 152. 157. 260. 264. 396. 637.  
 Plasmom 261. 264.  
 Pocken s. Variola.  
 Pollakiurie 387; — bei Lebercirrhose (Wasserthal) 93.  
 Polyarteriitis nodosa (Schreiber) 121.  
 Polyneuritis alcoholica (Neisser) 654.  
 Polyp 338.  
 Polyurie 557.  
 Pompholyx (Leveiseur) 554.  
 Präputialsekret-Bacillus (Waelsch) 527.  
 Priapismus (Bernstein) 272.  
 Primäraffekt s. Initialsklerose.  
 Principis obsta 494.  
 Prostata und Trauma (Lohnstein) 378.  
 —, Mikroskopie der (Weski) 372.  
 — -Sekret, Reaktion des (Frank Schultz) 372.  
 — -Abscefs 207; — bei Blennorrhöikern (Migliorini) 275; —, idiopathischer 373.  
 — -Erkrankungen 387.  
 Prostata-Hypertrophie 95. 337. 339. 340. 341. 356. 382. 587. 591; (Loumeau) 317; (Mankiewicz) 376; — und Diabetes (Posner) 376; — -Behandlung (Hildebrand) 376; (Oberländer) 376; —, chirurgische (Mohr) 377; — nach Bottini (Engelmann) 378; — mit Bad-Gastein (Altmann) 377; — mit Röntgenstrahlen (Moszkowicz und Stegmann) 378; — und Helmitol (Halbhuber) 378.  
 S. auch Prostataektomia.  
 — -Steine (Delaunay) 375.  
 — -Neubildungen, bösartige (Riedl) 375.  
 — -Massage (Dreuw) 197; (Sard) 510.  
 — -Chirurgie (Barker) 374.  
 — -Traktor, neuer (Barker) 374.  
 Prostataektomia 340. 509. 642; (Czerny) 379; (Desnos) 379; (Loumeau) 317; (Schlesinger) 380.  
 — perinealis (Bonanome) 382; (Voisselle) 381; (Zoeppritz) 382; — subapularis (Freindlsberger) 382.  
 — suprapubica (Mc.Kinnon) 381; — totalis (Rebentisch) 379.  
 — totalis (Cathelin) 213; (Freyer) 381; (Rebentisch) 379; (Thomas) 381; — unter Lachgas (Wiener) 380.  
 Prostatistische und periprostatische Eiterungen, Behandlung der (Desnos) 509.  
 Prostatitis 9. 92. 171. 334. 363. 365. 373. 374. 420. 442. 474. 478. 488. 489. 509. 564.  
 — chronica (Posner) 375.  
 Prostatitisbehandlung (Lensmann) 19.  
 Prostatiker-Hämaturienbehandlung (Deschamps) 168.  
 Prostitution 18. 47. 100. 167. 171. 176. 177. 179. 274. 418. 421. 426. 466. 467. 475. 479. 528. 530. 547; (Hammer) 167. 467; (Kelly) 590; (Marcuse) 643.  
 —, Geschichte der (Wechselmann) 644.  
 — und Geschlechtskrankheiten (Babou) 528.  
 — und venerische Krankheiten (Kinoshita) 563.  
 — und Tuberkulose 559.  
 — und Strafen (Gerland) 528.  
 —, Mädchenverschleppung zur (Hammer) 96; (Notthafft) 97.  
 Prurigo 85. 132. 160. 206. 291. 411. 511. 535. 546. 593. 594. 598. 599. 635.  
 Pruritus 132. 160. 208. 511. 531. 532. 533. 534. 578. 585. 592. 593.  
 — aestivalis 291.  
 — ani (Adler) 291; (Wallis) 292.  
 — gravidarum 291.  
 — hiemalis 291.  
 — localis 592.  
 — rhachiticus sternalis 535.  
 — senilis 291.  
 — vulvae 267. 268. 270.  
 Psammone der Haut und des Unterhautgewebes (Winkler) 245.  
 Pseudo-Area Celsi (Butte) 472.  
 Pseudo-Elephantiasis vulvae (Finlay) 444.  
 Pseudohermaphroditismus masculinus externus (Geiss) 320.  
 Pseudokeloid (Ravogli) 249.  
 Pseudoleukämie 128. 291. 416. 578. 579. 637; (Glaserfeld) 546.  
 Pseudolupus verrucosus 187.  
 Pseudopelade (Blaschko) 271; (Pautrier) 286.  
 Pseudoschanker (Audryu Mazoyer) 472.  
 Psoriasis 21. 22. 86. 106. 160. 171. 241. 291. 357. 390. 502. 520. 531. 532. 533. 567. 572. 574. 575. 584. 589. 597. 610. 625; (Rosenthal) 81; (Spiegler) 636; (Spitzer) 201.

- Psoriasis diffusa** (Hind und Young) 188.  
 — *guttata* (Brandweiner) 411.  
 — *lichenoides* (Hoffmann) 82.  
 — *linguae et buccalis* 240.  
 — *nummularis* (Brandweiner) 411.  
 — *palmaris* 65; — *et plantaris* 558.  
 — *punctata et cummularis* (Spiegler) 88.  
 — *testacea rupoides* (Ehrmann) 408.  
 — *universalis* (Riehl) 208. 410.  
 — *verrucosa* (Hoffmann) 82.  
 — *-Erreger* (Campana) 560.  
**Psoriasisbehandlung** (Dreuw) 133; — mit Röntgenstrahlen (Freund) 636.  
**Psorospermia** 254. 262. 263. 410; (Ehrmann) 88.  
 — *follicularis vegetans* 262. 263. 270. 410. 564; (Ehrmann) 88; (Malinowski) 430. 561.  
**Psychosen infolge interner Erkrankung** (Egli) 566.  
**Purpura** 99. 187. 273. 347. 488. 511. 598; (Friedländer) 547; (Grenet) 652; (Riesel) 652; (Rosenblath) 658; (Saraceni) 172; (Spiegler) 636; — von sumpfigem Ursprung (Miron) 658.  
 — *alcoholica* (E. Neisser) 654.  
 — *exanthematica* 424.  
 — *fulminans* 652.  
 — *haemorrhagica* 121. 347. 354; (Best) 652; —, *chronische* (Loveland) 652.  
 — *infectiosa* (Schofield) 652.  
 — *myelopatica* 424.  
 — *rheumatica blennorrhoeica* 487.  
**Pyämie** 319; (Werther) 656.  
**Pyelitis** 322. 381. 588.  
**Pyelonephritis** 242. 334. 344. 381.  
**Pyelophlebitis** 119.  
**Pyodermie** 535.  
**Pyrenol** (Strauss) 136.  
**Pyrogallol, oxydiertes** (Jamieson) 586.
- Quecksilberlampe** (Axmann) 581.  
 — *-Oxycyanid in den Harnorganen* (Bartrina und Oliver) 316.  
**Quinckesches Ödem s. Oedema circumscriptum.**
- Rabies** 207.  
**Rhachitis** 654.  
**Radium** 21. 219; (Blaschko) 595.  
 — *-Präparat, neues* (Axmann) 577.  
 — *-Wirkung* (Linser und Helber) 594; — auf Gewebe und Organe (Seldin) 578; (Thies) 577.  
**Radiophor** (Axmann) 577.  
**Raynaudsche Krankheit s. Morbus Raynaud.**  
**Rhinophyma** (Egger) 218; (Sokolow) 457.  
**Rhinosklerom** 218. 572; (Petrini) 220; (Toeplitz und Kreuder) 218.  
**Riesenzellen** 503. 637. 688.  
**Ringwurm s. Trichophytia.**  
**Röntgenstrahlen** 21. 66. 85. 128. 134. 135. 136. 162. 184. 202. 219. 249. 255. 291. 292. 296. 407. 414. 481. 522. 537. 541. 547. 550. 553. 572. 594. 595. 636. 637. 640. 645; (Belot) 579; (E. Bender) 503; (M. Cohn) 579; (Desfosses) 340; (Freund) 234; (Freund und Oppenheim) 594; (Lehmann) 136. 578; (Leredde) 510; (Lefevre) 579; (Löser) 241; (H. Morris) 387; (Moszkowicz und Stegmann) 378; (Noiré) 237; (Raoult) 580; (Reschetillo) 457; (Schourp und Freund) 558; (Smart) 387; (Stembo) 506; (Wichmann) 580; (Williams) 241.  
 — und *Uviol-Quecksilberlampe* (Axmann) 581.  
 — *-Gesellschaft, Deutsche, II. Kongress* 298.  
 — *-Wirkung auf das Blut* (Linser und Helber) 594; — auf das Gewebe (Winternitz) 415; — —, *gesundes und carcinomatöses* (Dalous und Lasserre) 473; — auf Haare (Williams) 423; — auf Kaninchenhaut (Grund) 537; — auf den Gesamtorganismus der Tiere (Seldin) 578.  
 — *-Missbräuche* (Heidingsfeld und Markley) 580.  
 — *-Narbe und Carcinom* (MacLeod) 468.  
 — *-Schädigungen und ihre rechtlichen Konsequenzen* (Kirchberg) 252.  
 — *-Schutzvorrichtung* (Freund) 492.  
**Röteln s. Rubella.**  
**Roseola** 54. 108. 110. 115. 124. 181. 159. 473. 495. 598.  
 — *annularis* (Oppenheim) 412.  
 — *pityriaca* 502.  
**Rotz s. Malleus.**  
**Rubeola-Epidemie in Genf** (Audeoud) 29.  
**Rupia** 172.



- Sajodin** (Th. Mayer) 504.  
**Salicylwirkung auf das Urogenitalsystem** (Strauss) 136.  
**Samenkörnchen des menschlichen Sperma** (Wederhake) 95.  
**Sarkoma** 304. 503. 580. 637.  
 —, **Beziehung zu den Angiomen** (Hansemann) 243.  
 — **Direkte Todesursache bei** (Schwarz) 242.  
 — **der Nebennieren, primäres, bei einem Kinde** (Aisenstein) 442.  
 — **der Prostata** (Guyon) 375; (Riedl) 375.  
 —, **kongenitales** (Moldovan) 242.  
 — **multiplex** (Pelagatti) 173.  
 — — **idiopathicum haemorrhagicum** 418. 574; (Weber und Dases) 170.  
 —, **symmetrisches, der Schläfenregionen und der Wangen** (Buschke) 242.  
**Sarkombehandlung mit Röntgenstrahlen** (Stembo) 506.  
**Scabies** 40. 79. 80. 99. 291. 297. 493. 522. 537. 592. 594.  
**Scarlatina** 8. 12. 26. 27. 100. 298. 476. 487. 566. 568. 569. 595. 596. 652.  
 — **mit Conjunctivitis diphtheritica und Lidgangrän** (Kölle) 228.  
 — **des Wochenbettes** (Fr. Meyer) 26.  
 — **und Stillen** (Salge) 27.  
 — **und Urotropin** (Buttersack) 27; (Garlipp) 27.  
**Schafblattern s. Varicella.**  
**Schafpocken s. Varicella.**  
**Schanke** 597; — **gemischter** 565.  
 —, **harter, s. Initialsklerose.**  
 —, **weicher, s. Ulcus molle.**  
**Scharlach s. Scarlatina.**  
**Schaumzellen** 424.  
**Schaumzellentumor der Haut** (Sick) 245.  
**Scheerflechte s. Trichophytia capitis** 135.  
**Schwefel** (Heffter) 587.  
 — **-Thermen, kohlen säurehaltige** (Röthlisberger) 594.  
**Schwefelseife, Nenndorfer** (Rahn) 572.  
**Schweißsekretion im Fieber** (Schwerkenbecher und Inagrki) 567; — **und Wasserausscheidung durch die Lungen** (Lang) 567.  
**Seborrhoea** 132. 184. 416. 520; — **oleosa** 633.  
**Seborrhoide, circinäre, haemorrhagische** (Audry) 472.  
**Seife, kosmetische und therapeutische Bedeutung der** (Jessner) 572.  
**Senilitas praecox** 278.  
**Sepsis** 27. 224. 327. 379. 596.  
**Septikämie** 118; (Thayer) 479.  
**Septische Erkrankungen** (S. Cohn) 598.  
**Sexuelle Aufklärung der Jugend** (Keyes) 602; (Ullmann) 529; (Rosenthal) 530; (C. Valentine) 601.  
 — **Frage** (Forel) 175.  
**Sexuelle Fröhreife** (Féré) 470.  
 — **Neuraethie** (M. A. Stern) 96.  
**Sexuelles Bedürfnis** (Keyes) 319.  
**Sinushaare der Affen** (Frédéric) 523.  
**Sittenfrage** (Butte) 274. 426.  
**Sittenpolizei** (Hammer) 644.  
**Sittliche Zustände in den hamburgischen Wäschereien** (Fürst) 465.  
**Sklerema neonatorum** (Miura) 563.  
**Sklerodaktylie** 412. 637.  
**Sklerodermaartige Verhärtung** (Riehl) 637.  
**Skleroderma** 87. 220. 598; (Ehrmann) 83. 635; (Fischel) 82; (Nobl) 635; (Scherber) 84; (Stanischew) 284.  
 — **Histologie der** (Krzyszalowitz) 283.  
 —, **diffuse** (Krzyszalowitz) 143; (Mohr) 284; (Riehl) 412.  
 —, **strichförmige** (Blaschko) 82.  
**Skleroma** (Gebber) 218; (Rahr) 219; (Schrötter) 220; — **und Radium** (Kahler) 219.  
 — **neonatorum mit vollständiger Heilung** (Sobel) 284.  
**Skorbut** 144. 654.  
 — **und Beri-Beri** (Schubert) 654.  
**Skrophulose** 3. 132. 328. 412. 526. 635.  
**Skrophuloderma** 63. 85. 164. 638; (Bogrow) 413; (Schwarz) 407.  
 — **-Behandlung mit konzentrierter Karbolsäure** (Vörner) 590.  
 — **s. auch Folliculitis scrophulosorum.**  
**Skrotum, seröse Cysten des** (Sawade) 365.  
 — **-Operationen, plastische** (Jutkowski) 329.  
**Sommereruption s. Hydroa vacciniformis.**  
**Soor** 415.  
**Sonden-Aufbewahrung** (Dufaux) 356.  
**Sonnenlichtwirkung auf Kaninchenhaut** (Grund) 537.  
**Spermafleckuntersuchung für gerichtliche Zwecke** (Wederhake) 371.  
**Spermatocele, Ätiologie der** (Krebs) 372.  
**Spermatocystitis** 92. 488. 489. 491.  
**Spermatorrhoea** 315; — **-Behandlung** (Terrepson) 371.  
**Sperminum Poehl** (Hirsch) 585.  
**Spiradenitis disseminata suppurativa** 354; (Heller) 547.  
**Spirochaeta** 58. 84. 115. 159. 200. 361. 425. 473. 559. 560; (Babes und Pagnea) 105; (Bandi und Simonelli) 62. 105; (Bandler) 104; (Blanchard) 360; (Blaschko) 271; (Brandweiner) 639; (Bunch) 98; (Burnet) 207. 360; (Buschke) 271. 360; (Buschke und Fischer) 104; (Davidsohn) 112; (Dudgeon) 525; (Dohi und Tanaka) 565; (Dreyer und Toepel) 553; (Fraenkel) 62; (Friedländer) 447; (Giemsa) 525; (Grouven und Fabry) 109; (Gulzer) 552; (Herxheimer) 107; (— und Hübner) 112; (Hoffmann)

62. 82; (Schaudinn und Hoffmann)  
 60. 61; (Kiolemenoglou und Cube)  
 62; (Kraus und Prantschoff) 111;  
 (Levaditi und Petresco) 215; (Mar-  
 zeochi und Garra) 275; (Melzer) 109;  
 (Menetrier und Rubens-Duval) 360;  
 (Mucha) 409; (Nathan-Larrier und  
 Bergeron) 360; (Nigris) 112; (Ni-  
 kolass, Favre und André) 215; (Noeg-  
 gerath und Staehelin) 62; (Omelt-  
 schenko) 106; (Oppenheim und  
 Sachs) 112; (Ploeger) 62; (Raubit-  
 schek) 105; (Rille) 62; (— und  
 Vockerodt) 62; (Risso und Cipol-  
 lina) 106. 109; (Scherber) 201;  
 (Scholz) 108; (Schov) 110; (Spitzer)  
 106; (Thesing) 62. 525; (Veillon und  
 Girard) 360; (Wany) 104; (Wechsel-  
 mann und Löwenthal) 108; (Wol-  
 ters) 111.  
 — bei Carcinom (Hoffmann) 239.  
 — bei Framboësia (Castellani) 189.  
 — bei hereditärer Syphilis (Moncavo)  
 360.  
 — bei Nosokomialgangrän in Unter-  
 schenkelgeschwüren (Polland) 226.  
 — vaccinae (Bonhoff) 36.  
 Spülsonden und Spüloleiven (Notthafft)  
 93.  
 Stauungstherapie (E. Joseph) 600.  
 Stearinsäureanilidverbindungen als Salben-  
 grundlagen (Protitsch) 587.  
 Stereokystophotographie (Jacoby) 92.  
 509.  
 Stereokystoskopie (Jacoby) 92. 509.  
 Sterilität 578.  
 Stokes-Adamsche Krankheit s. Morbus  
 Stokes-Adam.  
 Stomatitis 22. 98. 99. 109. 227. 428. 549.  
 550. 656.  
 Streptococcus in der Pathologie der Haut  
 (Krzyształowicz) 1.  
 — und Hautveränderungen (Krzyszta-  
 łowicz) 537.  
 — bei Variola und Varicella (de Waele  
 und Sugg) 29.  
 Streptokokkenserum 228; (Lubowski)  
 595.  
 Striae 569; —, Pathogenese der (Zieler)  
 285.  
 — bei Scarlatina (Bókay) 27.  
 — bei Typhus (Tauber) 285.  
 Strichförmige Erkrankungen 598.  
 Strophulus infantum 206; —, behandelt  
 mit Buttermilch (Lesné) 578.  
 Sublimat, hämolytische Wirkung des  
 (Detre und Sellei) 582.  
 Sublimatinjektionen, Gefahren der für die  
 Schleimhaut der Harnröhre 330.  
 Sudamina 294.  
 Sykosis 504. 572. 576. 578. 586.  
 — impetiginiformis 175.  
 — lupoides (Hyde) 66.  
 Sykosis nodularis 175.  
 — non parasitaria barbae 589.  
 — parasitaria, Behandlung der (E. Meyer)  
 229.  
 Syphilid acnéique du nez 636.  
 —, allgemeines papulöses (Gaucher) 99.  
 —, kleinpapulöses 291. 547; — ekzem-  
 ähnliches (Ehrmann) 635.  
 —, makulopapulöses 98; (Ehrmann) 87;  
 (Nobl) 638.  
 —, lichenförmiges (Ehrmann) 115.  
 —, nodöses (Scherber) 548; (Winter-  
 nitz) 461.  
 —, pigmentiertes 521; des Halses (Gau-  
 cher) 99.  
 —, pustulöses (Reines) 409.  
 —, Rezidiv (Mucha) 409.  
 —, serpiginoöses 412; (Ehrmann) 408.  
 635.  
 —, ulceriertes 547; (Ehrmann) 635;  
 (Riehl) 202.  
 Syphilis 3. 8. 18. 21. 22. 25. 39. 53. 82.  
 88. 85. 86. 88. 98. 103. 119. 121. 122.  
 124. 129. 157. 170. 172. 173. 183. 188.  
 189. 207. 215. 218. 228. 239. 247. 256.  
 299. 339. 344. 355. 358. 359. 360. 361.  
 364. 366. 367. 375. 408. 409. 410. 411.  
 422. 427. 444. 462. 475. 482. 485. 498.  
 495. 496. 504. 525. 546. 547. 560. 565.  
 566. 567. 568. 569. 590. 606. 637. 639.  
 640. 643. 645. 649. 656; (Brandweiner)  
 636; (Gaucher) 99. 100; (Hyde) 66;  
 (Massardo) 171; (Zumbusch) 202.  
 —, Ätiologie der (Siegel) 30. 57.  
 — -Erreger 275. 358. 538. 547. 552. 565;  
 (Luca und Casagrandi) 560; (Merk)  
 59; (Niessen) 56; (Schüller) 56;  
 (F. E. Schulze) 59; (W. Schulze) 59;  
 (Siegel) 57; —, lokale Wirkungen des  
 (Hallopeau) 215.  
 — s. auch Spirochaeta.  
 —, experimentelle (Ehrmann) 408; (Fin-  
 ger) 84. 88; (— und Landsteiner)  
 417; (Hoffmann) 360; (Landsteiner)  
 57; (Metschnikoff und Roux) 458;  
 (Neisser) 157. 414; (A. Neisser und  
 Baermann) 57; (Piorkowski) 57;  
 (Ravaut und Le Sourd) 20; (Siegel)  
 58; (Simonelli und Bandi) 549;  
 (Thibierge) 20.  
 —, Histologie nach Kalomelinjektionen  
 (Trabuochi) 276.  
 —, Blutbefunde bei (Doehle) 51; (De-  
 tre und Sellei) 49.  
 — -Infektion (Gaucher) 100; — und  
 Schadenersatz 46.  
 — -Reinfektion (Coutanine) 53; (Mar-  
 cus) 159.  
 — und Ethik des Arztes (Williams) 539.  
 — -Chronik (Barthélemy) 359.  
 —, Pathogenese der (Klotz) 54.  
 — Prognose der (Taylor) 46.  
 — und Lebensdauer (Hyde) 52.

- Syphilis en guérit-on? (A. Fournier) 558.  
 — und Allgemeinparalyse (Fournier) 100; — bei den Arabern (Marie) 357.  
 — und Psychosen (Marchand) 358; (Seiffer) 126.  
 — und Verrücktheit (Barthélemy) 359.  
 — und Aortenaneurysma (Spliedt) 119;  
 — mit Endoarteritis (Dohmeyer) 119.  
 — und Aortensklerose, schwierige (Mönckeberg) 120.  
 — und Epilepsie (Moore) 124.  
 — und Hemiplegie (Valette) 122; — mit Aphasie im ersten Jahre (Dreyer) 546.  
 — und Ikterus (Gaucher) 100; (Stein) 119.  
 — und Polyarthritiden (Schüller) 56.  
 — und Gravidität (Gaucher) 100.  
 — und Heirat (Borzecki) 45.  
 — und Impotenz (Heidingsfeld) 363.  
 — und Kindersterblichkeit (Tuley) 47.  
 — des Sohnes (Richter) 199.  
 — bei der dritten Generation (Marshall) 47.  
 — und Vererbung (Morrow) 45.  
 —, unschuldig erworbene (Bulkley) 47.  
 — und Gangrän 281.  
 — und schwarze Haarszunge (Schourp) 465.  
 — und Myopie (Lapersonne) 557.  
 — und Oedema chronicum elephantiasium (Gaucher) 100.  
 — mit Purpura und Hämorrhagien (Saraceni) 172.  
 — und Reizung (Oppenheim) 85.  
 — und Tätowierung (Kurita) 565; (Lip-schütz) 86.  
 — und Tuberkulose (Marx) 115; (Sergeant) 214. 215; — des Kehlkopfes (Landesberg) 115.  
 — des Anus und Rektums (Puechavy) 117.  
 — der Augenlider (Ingelmann) 119.  
 — der Arterien (Barthélemy) 360; (Darier) 359.  
 — der Gehörgänge (Assai) 563.  
 — der Glandul. sublingualis (Heller) 199.  
 — des Herzens 360.  
 — der Haut (Fischkin) 114.  
 — des Hirns 10. 130; (Bernhardt) 123; (Buschke) 271. 355; (Buzard) 122; (Leredde) 211; (Neumann) 122; (Smit) 211.  
 — der Leber 425; (Funke) 117; (Schaaf) 118; (C. Stern) 117; — mit Fieber (Klemperer) 118; — und Leberschwellung (Reye) 118; — mit Nierenentzündung (Planer) 117.  
 — der Lunge 596; (Barthélemy) 214; (Kokawa) 204; (Wermel und Solowjew) 116; —, tertiäre (Clayton) 214.  
 — des Magens (Barbier) 116.  
 Syphilis der Niere 360. 549; (Rathery) 556; —, Diagnose der (Campbell) 117.  
 — der Vulva und polymorphes Erythem (Gaucher) 100.  
 — acquisita 62.  
 —, basale (Saupe) 124.  
 — corymbosa (Riehl) 202.  
 — floride, bei einem Tabetiker (Gaucher) 99.  
 —, framboëiforme (Riehl) 407.  
 — granulosa miliaris (Gaucher) 100.  
 — gummosa (Brandweiner) 636.  
 — hereditaria 47. 49. 62. 101. 102. 104. 105. 110. 112. 212. 214. 215. 271. 359. 439. 492. 556. 635; (Balerin) 113; (Blanchet) 113; (Buschke) 114; (Hochsinger) 113; (Junghans) 113; (Kokawa) 204; (Neumann und Oberwarth) 361; (Petit) 113; (Pinard) 114; (Rolin) 113; (Sauvage) 360; — der Knochen und Pseudoparalyse (Renand) 121; — der Lunge (Kokawa) 417; (Schinze) 116; — der Niere (Katz) 120; — und Haarausfall (Leiner) 416; — und Augenleiden (Hirschberg) 199; — mit Gelenkerkrankungen (Lesser) 81; — mit Akromegalie und Myxödem (Pel) 281; — tarda (Candidori) 172; (Wallich) 361; — — der Leber (Devic und Froment) 425.  
 —, latente 159. 211. 212.  
 — sine exanthemate (Ehrmann) 88.  
 — mit späten oder fehlenden Sekundärerscheinungen (Wilson) 47.  
 — maligna (Gaucher) 100; (Sandman) 160; — und Nasenrachenverschluss (Valentin) 462. 552.  
 — nervorum 45. 53. 101. 125. 521. 547; (Grinker) 121; (Mantoux) 121.  
 — papillomatosa (Grünfeld) 407.  
 — secundaria, Verhalten der Leukocyten vor und nach der Quecksilbertherapie (Hauck) 204. 417.  
 — — tarda (Fournier) 558.  
 — tertiaria (Gaucher) 99; (A. Fournier) 557.  
 —, verkannte, unter dem Bilde einer lymphatischen Pseudoleukämie (Verrotti) 117.  
 Syphilisbehandlung (Marcus und Weller) 549; (Sakurane) 563; (Stern) 130; (Yema) 563; (v. Zeissl) 128.  
 — bei Gravidität 359; (Boucher) 126.  
 — vom Rektum aus (Audry) 555.  
 — mit Decoctum Zittmanni (Freund) 130.  
 — durch Ernährungstherapie (Iw. Bloch) 126.  
 — durch Hämosoter (Pergola) 130.  
 — durch Injektionen von Hydrarg. bivalentum im Krankenhaus (Batut) 428.  
 — — von Merkuröl (Glück) 549; (Laborie) 129; (Lengfeld) 129.

- Syphilisbehandlung durch Injektionen von Oleum cinereum, Schädigungen bei** (Bizard) 98.  
 — von Sublimat (Krefting) 129.  
 — von Serum (Risso und Cipollina) 461; — und Filtraten (de Luca und Casagrandi) 275.  
 — mit Jodgefatine von Slavo (Pergola) 130.  
 — mit Jodipin (Stenner) 584.  
 — mit Jodpräparaten, Spinale Lähmung durch (Rauchmann) 124.  
 — durch Kapesser-Kuren (Gielen) 130.  
 —, abortive (Duhot) 127; (Feichtmayer) 127.  
 — präventive (Pinkus) 126; (Trzcoinski) 48.  
**Syphilitische Alopecie** (Ehrmann) 408.  
 — Angina (Gazave) 54.  
 — Arteriitis (Buschke) 271; — der Extremitäten (Durandard) 119.  
 — Ernährungsstörungen, Wirkung der Quecksilberbehandlung bei (Moog) 53.  
 — Gangrän (Szadek) 175. 429.  
 — Glossitis (Gaucher) 100. 110.  
 — Iritis (Ehrmann) 408.  
 — Knochen (Lehmann-Nitsche) 54; (Picard) 121.  
 — Osteoperichondritis (Nobl) 408.  
 — Osteoperiostitis (Kohn) 412; (Pick) 410.  
 — Phlebitis 160.  
 — Pseudoparalyse (Renaud) 121.  
 —, Vegetationsplaques (Gaucher) 99.  
**Syphilitischer Lichen** (Wechselmann) 355.  
**Syphilitisches Exanthem** (Lesser) 115.  
 — Fieber 549; (Zentler) 54.  
 — Infiltrat (Nobl) 411.  
 — Leukoderma 53. 564.  
**Syphiloma elephantiasticum** (Cogliati, Ponzì, Mattei) 171.  
**Syphilis-Tabesfrage** (Rosenberg) 124.  
  
**Tabes** 46. 48. 49. 53. 100. 101. 113. 126. 336. 410. 424. 547; (Gaucher) 99. 100; (Gowers) 125; (Guilly) 125; (Kuhn) 125; (Rosenberg) 124; (Trevelyan) 124.  
 — acuta 344.  
 — cephalica (Levy-Bing) 358.  
 — und plötzlicher Tod (Goldflam) 344.  
 — infantilis juvenilis (Hirtz und Lemaire) 101.  
**Tabesbehandlung mit Orthopädie** (Romme) 360; — mit Quecksilberinjektionen (Leredde) 170.  
**Taenia** 337.  
**Tagebuch eines Erziehungshäftlings** (Hammer) 466.  
  
**Talgdrüsen unter der Hornschicht** (Giorgi) 560; (Pasini) 67.  
 — -Sekretion (Bab) 524.  
**Teerbäder** (Afzelius) 160.  
**Teerpräparate** (P. Richter) 591.  
**Teleangiectasia** 279. 353; (Lanceplaine) 245.  
**Teratologia auricularis** (Vadacca) 190.  
**Testis abdominalis, Tumor eines** (Marion) 210.  
 — inguinalis (Marion) 210.  
**Theocin** (Mitterer) 585.  
**Thermen von Baden** (Schweiz) (Röthlisberger) 594.  
**Thyreoiditis acuta** (Lublinski) 596.  
**Tinea tonsurans s. Trichophytia.**  
**Toxidermien des Kindesalters, Behandlung mit Buttermilch** (Lesné) 573.  
**Transplantation** (Amat) 571; (Augères) 571; (Isnardi) 571; (König) 572.  
**Trichoma** (Sokolow) 413.  
**Trichomykosis pallidella axillae** 589.  
**Trichophytia** 183. 206. 287. 357. 496. 537. 555. 578; (Dohi) 563.  
 —, Verbreitung der (Abraham) 186.  
 — corporis totius 589.  
 — faciei 589.  
 — multiple, kleine, ungewöhnliche (Wallis) 554.  
**Trichophytiebehandlung** (Bunch) 135; (Freeland) 135; — mit Röntgenstrahlen (Adamsen) 134; (MacLeod) 135; (Sabouraud und Noiré) 135; — in den Schulen (Wijk) 427.  
**Trichophyton** 496. 498. 499; (Krzyształowicz) 174. 428. 561; im Organismus (Citron) 527.  
**Trichorrhhexis nodosa** 290.  
**Tripper s. Blennorrhoea.**  
**Tropenkrankheiten** (Nocht) 535.  
**Tuberkelbazillen** 10. 21. 37. 42. 43. 189. 207. 214. 322. 353. 367. 375. 413. 462. 469. 526. 527. 607; (Aujeszky) 527.  
**Tuberkulid** 85. 274. 354. 508. 535; (Juliusberg) 42; (Ullmann) 200.  
 —, angiomatöses 354.  
 — atypisches (Pautrier) 43.  
 — papulo-nekrotisches (Ehrmann) 635.  
 — — -squamoses (Civette) 555.  
 — psoriasisähnliches (Hallopeau) 21.  
 — ulerythema centrifugum - ähnliches (Möller) 161.  
**Tuberkulidbehandlung** (Hallopeau) 21.  
**Tuberkulin** 43. 119. 160. 161. 189. 462. 547. 614. 625. 637; (Pardoe) 322; — R (Cerone) 560; — und Neurotrophie (Cerone) 559.  
**Tuberkulöses Lymphom** (Cerone) 560.  
**Tuberkulosis** 10. 21. 22. 25. 87. 42. 43. 46. 53. 56. 65. 96. 100. 103. 111. 117. 118. 119. 124. 128. 161. 168. 173. 183. 189. 191. 204. 211. 215. 218. 228. 229. 247. 274. 285. 291. 339. 343. 353. 354.

355. 362. 375. 407. 431. 439. 441. 442.  
445. 462. 476. 486. 527. 535. 547. 568.  
569. 570. 578. 591. 608. 637. 639. 653.  
654. 655.
- Tuberkulosis und lokale Asphyxie so-  
wie symmetrische Extremitätengangrän  
(Bonnenfant) 44.  
— und Prostitution 559.  
— und Syphilis (Barthélemy) 214;  
(Marx) 115; (Sergent) 214. 215; —  
des Kehlkopfes (Landesberg) 115.  
— der Blase 337. 589; — primäre (Scha-  
pira) 843.  
— der Genitalien und Epididymektomie  
(Mathey) 368; — weiblichen (Il-  
jinski) 443; (Merkel) 444; (Mosen-  
thal) 444.  
— des Harnapparates (Colombino) 469;  
(Hallé und Motz) 471. 508.  
— der Haut 21. 41. 578; (Okukawa)  
563; — atypische (Pautrier) 43; —  
disseminierte (Juliusberg) 42; — pa-  
pulo-necrotica (Licharew) 413.  
— — und Schleimhaut (Spitzer) 43.  
— des Hodens 343; — galoppierende  
(Javelly) 368.  
— —, Behandlung der, chirurgische 368;  
— mit Epididymektomie und Kastration  
(Reclus) 368.  
— des Nebenhodens, Histogenese der  
(Groschopf) 368.  
— der Nebenniere, primäre (Elsässer)  
442.  
— der Niere 337; (Curtis und Carlier)  
317; — chirurgische Momente bei  
(Kelly) 386.  
— des Nierenbeckens (Hallé und Motz)  
471. 508.  
— der Nasenspitze (Adler) 82.  
— der Leber 117.  
— der Lunge (Spiegler) 410.  
— der Prostata 343; (Crowder) 375.  
— der Samenblasen (Teutschlaender)  
372.  
— des Ureters (Hallé und Motz) 471.  
508.  
— des Urogenitalapparates 375; (Baum-  
garten) 321; (Kirmaier) 322;  
(Teutschlaender) 372; — Behandlung  
mit Tuberkulin (Pardoe) 322.  
— vulvae 444; (Bonnin) 443.  
— der Zunge (Nelson) 44.  
Tuberkulosis hereditaria 438.  
—, latente 443.  
— mucosa oris (Scherber) 201.  
—, papilläre hypertrophische (Adler) 82.  
— verrucosa 173. 188; (Heller) 547;  
(Kohn) 412; (Kurita) 563; (Spitzer)  
200; (Weidenfeld) 201; — und Röntgen-  
strahlen (Reschetillo) 458.  
Tumolammonium (Klingmüller) 586.  
Tumor albus (Bogrow) 415.  
— cavernosus 639.
- Tumoren von Mäusen, Wachstum, Alter  
und Gehalt an Kalium und Calcium  
(Claves und Frisbie) 534.  
— maligne 570. 572.  
— multiple (Grosz) 637; — und Atrophie  
der Phalangen der Hände nebst Gelenk-  
affektionen (Watson) 540.  
—, leukämische (Neumann) 637.  
—, pseudoleukämische (Glaserfeld) 546.  
Tylosis toxica (Deutsch) 86.  
Tysonitis (Mazoyer und Audry) 210.  
472; — blennorrhagica (Mazoyer) 210.
- Ulceration der Haut und des subcutanen  
Bindegewebes (Watson) 228.  
Ulceriertes Infiltrat der Unterlippe (Oppen-  
heim) 85.  
Ulcerol (Bollag) 597.  
Ulcus 111. 145. 146. 147. 153. 156. 157.  
188. 211. 228. 240. 233. 284. 292. 551.  
584.  
—, Behandlung des (Fürth) 229. 584;  
(MacMunn) 229.  
Ulcus cruris 45. 121. 157. 416. 576. 597;  
— und Spirochäten (Polland) 226.  
— — Behandlung (Gaucher) 170; —,  
ambulante (Moses) 289; — chirurgische  
(Magin) 290; — mit Balsamum peru-  
vianum (Aronheim) 574.  
Ulcus durum s. Initialsklerose.  
— molle 20. 52. 91. 112. 126. 127. 162.  
163. 299. 427. 444. 462. 472. 566. 597;  
(Gaucher) 99; (Hoffmann) 230.  
Ulcus gangraenosum 230.  
— der Hände (Gautier) 289.  
— phagedaenicum 299; — der heißen  
Länder (Breda) 172.  
Ulcus rodens Behandlung mit Elektrizität  
576; — mit Radium (Heinatz) 238;  
— — -bromid (Manby) 238; (Sokolow)  
640; — mit Röntgenstrahlen 578; (Hu-  
ber) 239; (Jefferiss) 238.  
Ulcus serpiginosum 230. 427.  
— simplex contagiosum (Teraghi) 560.  
— tuberculosum 191. 639; (Heiler) 343;  
— der Blase 343.  
— varicosum (Gädeke) 289; (Keller)  
288.  
Ulcus venereum 91. 157. 299. 472. 643;  
(Ljungström) 161; (Malherbe) 473;  
(Nobl) 85; (Porosz) 167; — des  
Fingers (Amende) 462.  
— vesicae 339.  
Ulerythema centrifugum 21. 42. 43. 66.  
85. 89. 188. 200. 354. 410. 508. 561.  
572. 574. 578. 586; (Brandweiner)  
636; (Ehrmann) 83. 411; (Nobl) 638;  
(Oppenheim) 85. 412; (Richter)  
199; (Riehl) 636; (Spiegler) 639;  
(Thibierge) 273; (Ullmann) 83.  
— —, Schleimhautveränderungen bei  
(Smith) 423.

- Ulerythema centrifugum, Seltener Fall von (Steiner) 231.  
 — — discoides (Riehl) 636.  
 — — -Behandlung mit Chinin-Jod (Oppenheim) 279.  
 — ophryogenes 271.  
 —, teleangiectatisches 353.  
 Urämie 320. 377. 379. 558; (Raymond) 557; (Widal) 556, (Schattenstein) 95.  
 Ureter-Cyste (Junge) 388.  
 — -Divertikel (Ebersbach) 387.  
 Ureteritis 322; — und Pyelitis (Lemaigne) 387; — cystica (Simelew) 388.  
 Uretermißbildungen (Logemann) 387.  
 — -Verletzungen (Maubert) 387.  
 Ureterenstenosierung (Monsarrat) 388.  
 Ureterspiegel (Freundenberg) 19.  
 Ureteren-Bougie, skiagraphisches (Fenwick) 388.  
 — -Cystoskope (Danelius) 648.  
 — -Implantation (Streitberger) 388;  
 —, doppelseitige (Härter) 387.  
 — -Katheterismus (Freundenberg) 465; (Suarez) 317; — und Urinseparation (Koucheff) 385.  
 Urethra-Abnormität (Paschik) 94.  
 — -Dilatation (Bryos) 474.  
 — -Doppelbildung (D. Róna) 332.  
 —, Einkeilung einer Hutnadel in die (Whiteford) 331.  
 — -Epithel (Cedercreutz) 460.  
 — -Erkrankungen und Reflexreizungen (Bengs) 330.  
 — und Neurasthenie (Ravogli) 332.  
 — -Prolaps bei kleinen Mädchen (Lambelin) 447.  
 —, Lokalanästhesie der (Lucke) 97.  
 Urethralruptur beim Kinde (Broca) 508;  
 — und viertägige Urinextravasation (Sutcliffe) 331.  
 Urethral-Schleimhaut und Sublimat (Asch) 330.  
 — -Striktur 330. 341. 442. 446; (Ballenger) 335; (Duhot) 332; (Hamel) 332; —, kongenitale (Lindemann) 332; — beim Manne (Neuhans) 335.  
 — — traumatische (Asahura) 568.  
 — — -Behandlung (Ballenger) 335; (Wossidlo) 334; — mit Elektrolyse (Gallois) 212; (Munier) 332; (Reiss) 333; —, Sonden und Katheter zur Dilatation (Pedersen) 333.  
 — -Massagedehner (Struve) 512.  
 — -Spüler, neuer (Bernstein) 464; (Estrabaut) 209.  
 — -Verlagerung, plastische (Carl Beck) 332.  
 Urethritis 419. 479. 481. 589; — kleiner Knaben (Genevoix) 475.  
 — anterior chronica, Folgen der (Trenwith) 477.  
 — posterior (v. Düring) 476.  
 Urethritis traumatica (Veress) 299.  
 —, nicht blennorrhische, mit Influenzabazillen (P. Cohn) 331.  
 S. auch blennorrhische Urethritis.  
 — -Behandlung (Lebreton) 516; —, lokale (Lebreton) 169; — mit Alumol (Tansard) 518.  
 Urethrotom, neues (Dommen) 94.  
 Urethrotomie, externe (Martel) 336; — interne (Oesterreicher) 336.  
 Urethrovessikaler Coitus (Bryos) 474.  
 Urin, gesunder und kranker (Donnan) 388.  
 — Cytologie des (Colombino) 469.  
 —, Sediment- und Exsudatfärbung (Wederhake) 385.  
 — -Separation (Alvensleben) 389; — und Ureterenkatheterismus (Koucheff) 385; — endovesikale (Loup) 385.  
 — -Untersuchungsmethoden (Cabot) 384.  
 — -Entleerung, Störung der (Kutner) 419.  
 — mit Fäulnisprodukten, Diät und Hefekuren bei (Koziczkowski) 385.  
 —, Ammoniak im (Reich) 438.  
 —, Gallenfarbstoff im (Schildbach) 438.  
 —, Indikan im (Gürber) 440.  
 —, Oxalsäure im (Barth) 441.  
 —, Zucker im (Citron) 433; (Lüthge) 434; (Pickardt) 433; (Salkowski) 433.  
 S. auch Albuminurie, Chylurie, Cylindrurie, Hämaturie, Hämatorporphyrinurie, Hämoglobulinurie, Pentosurie, Phosphaturie und Polyurie, Gonosanharn.  
 — und Immunität (Poehl) 567.  
 Urogosan 588.  
 Urotropin, Hämaturie und Albuminurie 8.  
 — und Nierenreizung (Parry) 587.  
 Urticaria 28. 160. 271. 297. 409. 410. 411. 412. 511. 522. 531. 532. 535. 547. 592. 596. 598. 599. 646. 648. 649.  
 — auf Grund psychischer Störung (Kucera) 599.  
 — acuta mit Komplikation (Wende) 599.  
 — alba blennorrhica 487.  
 — chronica recidivans (Oppenheim) 411.  
 — factitia 81; — blennorrhica 487.  
 — pigmentosa 522; (Lesser) 81; (Little) 97. 167. 272; — maculosa (Vörner) 506.  
 — spontanée 599. 600.  
 Vaccination 32. 186. 272; (Fels) 37; (Groth) 38; (Labbé) 32; (Lynn-Jenkins) 31; (Markus) 32; (Nottbeck) 32; (Paine) 32; (Pfeiffer) 33; (Pierrot) 34; (Solbrig) 32; — nach Ausbruch von Variola (Hibbert) 31; (Robinson) 31; (Schenk) 38.  
 Vaccinationsnarben 161.  
 Vaccine 560; — generalisierte (Freyer) 35.  
 — -Erreger (Anderson) 37; (Bonhoff)

- 86; (Haaland) 87; (Prowazek) 36; (Wasielewski) 35.
- Vaccinerkrankungen des Auges (Gelhausen) 84.
- -Lymphne - Injektion, intrapulmonale (Haaland) 87.
- -Lymphne von Kühen und Tuberkulose (Breit) 87.
- Vaginitis 484.
- Varicella 26. 272. 655; (Bosc) 25; (Waele und Sugg) 29.
- , Ätiologie der (Bett) 24; (Halbhuber) 24.
- , Diagnose der (Somerset) 25.
- gangraenosa (Kieffer) 25.
- der Hornhaut (Oppenheimer) 25.
- Varicen 100. 132. 165.
- , Pathogenie der (Gaulejac) 289.
- und Seborrhoide (Audry) 472.
- Varicenbehandlung (Vince) 289; — chirurgische (Gädeke) 289; (Keller) 288.
- Varicocele 168; — -Behandlung. (Schifone) 369.
- Variola 24. 25. 26. 36. 40. 566. 567; (de Waele und Sugg) 29.
- Ätiologie der (Siegel) 30.
- , Blutbefunde bei (Doehle) 51.
- Laboratoriumsdiagnose der (Howard) 31.
- Epidemiologie der (Celebrini) 30.
- sine exanthemata 33.
- Tödlich verlaufener Fall (Davidsohn) 30.
- -Behandlung 596; — mit Kollargol (Cayla) 31.
- und Vaccine 186; (Hibbert) 31; (Robinson) 31.
- -Narben (Brytschew) 640.
- Vegetationen an weiblichen Genitalien (Lélu) 474.
- Venerische Krankheiten (Balzer) 565; — bei der Garnison in Metz (M. Müller) 530; — bei Prostituierten (Kinoshita) 565.
- Venerologie, Geschichte der (Manassein) 97. 167. 418. 419.
- Verbrennung 55. 249. 252. 283. 286. 587. 597. 610. 617.
- Verkalkungen, subcutane und periartikuläre (Lewandowsky) 296.
- Verruca 237. 240. 241. 328. 346. 347. 349. 537. 572. 597; (Evershed) 250.
- juvenilis 578; — Behandlung mit Arsenik (Pospelow) 458.
- plana 106.
- , Behandlung mit Kalkwasser (Cooper) 250; — mit inneren Mitteln (Hall) 469.
- Verrue téleangiectasique 345. 353.
- Verweilkatheter, neuer (Lebreton) 209.
- Vincentische Ulceration (Malherbe) 473.
- Vitiligo 79. 80. 284. 285. 407. 409. 507. 522; (Riehl) 410; (Scherber) 201.
- Volkswohlsein und ärztliche Hilfe in Rufslund 492.
- Vulvitis (Sachs) 444.
- Vulvovaginitis 484. 485.
- Wärmestrahlung (Axmann) 575.
- Wassercystoskope (Whiteside) 470.
- Weichselzopf s. Trichoma.
- Weinverbände, aromatische (Audry) 472.
- Windpocken s. Varicella.
- Wirbelsäule, chronische Steifigkeit der (A. Krause) 539.
- Wolfsrut 79.
- Wundbehandlung 584. 588. 597; (Friedrich) 229; (Fürth) 229. 584; — mit Celluloidverband (Wiener) 586; — mit Pflaster (Bollag) 597; — mit Balsamum peruvianum (Aronheim) 574; — mit ultraviolettem Licht (Axmann) 576.
- Wurmkrankheit s. Filaria.
- X-Strahlen s. Röntgenstrahlen.
- Xanthoma 22. 304; (Herbst) 82.
- diabeticorum 23; (Procter) 279.
- hepaticum 23.
- planum (Kohn) 86.
- Xeroderma pigmentosum 240. 304. 309. 407. 521. 560. 637; (Forster) 278; (Ohno) 568; (Scherber) 84; (Tsutsui) 563.
- Yaws s. Framboësia.
- Zähne, Runzelungen der (Curtis) 568.
- Zahnerkrankungen und Hautreflexionen (Feiler) 288.
- Zoster 4. 5. 208. 355. 444. 538. 546. 598.
- dorsoabdominalis (Vörner) 206.
- gangraenosus 206.
- , generalisierter, (Beyer) 415.
- recidivus (Vörner) 206.
- Zosterbehandlung (Leulier) 169.

## Namenverzeichnis.

Die mit \* bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

- Abadie, E.**, Über die physikalischen, biologischen und therapeutischen Eigenschaften des Lichtes und über seine Verwendung in der Dermatologie 575.
- Abraham, P. S.**, Die öffentlichen Elementarschulen und die Verbreitung der *Tinea tonsurans* 186.  
— 604.
- Achard** 556.
- Acton** 319.
- Adachi**, Über die Kinderflecke 563.
- Adami** 118.
- Adamson, H. G.**, Über die Behandlung der *Trichophytia capitis* mittels Röntgenstrahlen 184.
- Über *Hydroa aestivalis* milden Charakters, dessen Verwandtschaft mit Hutchinsons „Sommerprurigo“ und Bazins *Hydroa vacciniformis* 507.
- Addison** 251. 252. 522.
- Adler**, Papilläre hypertrophische Tuberkulose der Nasenspitze 82.
- Syphilitischer Primäraffekt an der Innenfläche der Oberlippe 82.
- Hautcystioerken 82.
- , Lewis H., Ein weiterer Beitrag zum Studium des *Pruritus ani*, speziell in bezug auf dessen Therapie 291.
- Aeby** 399. 406. 541.
- Afzelius**, Teerbäder 160.
- Aisenstein, S. M.**, Beitrag zur Kasuistik der Nebennierentumoren im Kindesalter. Ein Fall von primärem Nebennierensarkom bei einem zweijährigen Kinde 442.
- Akutsu**, Komplikation der Blennorrhoe (Prostata und Nebenhoden) 563.
- Albarran** 316. 379.
- Alfonso** 604.
- Allen** 501.
- Allison und Schwab**, Über Tabes und Orthopädie 360.
- Amann** 383.
- Amat**, Die Hauttransplantationen und die Schalenhaut des Hühneries 571.
- Almkvist**, Gumma im *Musculus sternocleidomastoideus* 161.
- Alpar** 147.
- Altmann**, Indikationen und Kontraindikationen Bad-Gasteins bei Prostatahypertrophie 377.
- Alvarenga** 41.
- Alvensleben, Alkmar v.**, Über die Methoden, den Harn jeder Niere getrennt aufzufangen 389.
- Ambard, L.**, Die Retention von Chlorsalzen bei der interstitiellen Nephritis 557.
- Amberg, Emil**, Kongenitale Mißbildung des linken Ohres und des äußeren Gehörganges 447.
- Amende, Dietrich**, Ein Fall von *Ulcus venereum* des Fingers mit Cubitaldrüsenbubo 462.  
— Die Behandlung der Hypertrichosis 552.
- Anacker, Hermann**, Ein Fall von Epispadie beim Weibe 447.
- Anderson** 137. 138.
- , John F., Staatliche Kontrolle von *Vaccinevirus* 37.
- , William 347. 354.
- André** 559.
- , C., Nikolas, J., und Favre, M., Über *Spirochaeta pallida* bei Syphilis 215.
- Argyll** 45. 101.
- Armitage, E. H.**, Totalexstirpation des Penis wegen Epitheliom bei einem 28jährigen Hawaiianer; Heilung 329.
- Arnheim** 596.
- Arning** 574.
- Arnold, G. Julius**, *Sectio alta vesicae* unter lokaler Anästhesie 341.  
— 235. 284.
- Arnozan** 308. 310. 311.
- Arnsperger, Hans**, Die Ätiologie und Pathogenese der Aortenaneurysmen 119.



- Aronheim, Über Verwendung des Balsamum peruvianum bei Behandlung von Wunden und chronischen Unterschenkelgeschwüren 574.
- Aronson 223.
- Asahi, Kenkichi, Über den anatomischen Befund einer durch 30 Jahre getragenen Alopecia totalis 287.
- Asahura, Über die traumatische Harnröhrenstriktur 563.
- Asai, Über Syphilis der Gehörorgane 563.
- Asakura, Komplikation der Blennorrhoe (Niere) 563.
- Asch, Paul, Die Einwirkung der Sublimatinjektionen auf die Schleimhaut der Harnröhre und ihre Gefahren 330.
- Audeoud, H., Die Rubeola-Epidemie in Genf (Januar bis April 1905) 29.
- Audouin 428.
- Audry, Ch., Arbeiten aus der dermo-syphiligraphischen Klinik zu Toulouse. Circinäre, hämorrhagische Seborrhoide auf varikösen Unterschenkeln 472.
- Verbände mit aromatischem Wein 472.
- Vorläufige Mitteilung über die rektale Anwendung des Quecksilbers 473.
- Über die Hautveränderungen nach feuchten Einpackungen 473.
- Dermatitis pustulosa praemycosica 473.
- , und Mazoyer, Tysonitis blennorrhoeica ulcerosa unter dem Bilde eines Pseudoschankers 472.
- Die Behandlung der Syphilis vom Rektum aus 555.
- 21. 76. 263. 270. 308. 309. 311. 345. 353. 354.
- Augères, Gabriel Baure de, Über dermo-epidermische Transplantationen nach Thiersch 571.
- Augsburg, Anita 18.
- Auspitz 131.
- Aujeszký, A., Die Bedeutung der Tbc-ähnlichen säurefesten Bazillen bei Untersuchungen auf Tuberkulose 527.
- Axmann, Hans, „Lichtsälbenbehandlung“ mittels Wärmestrahlung 575.
- Wundbehandlung mittels ultravioletten Lichtes 576.
- Über Radioaktivierung und ein neues Radiumpräparat (Radiophor) 577.
- Die Uviol-Quecksilberlampe und Lichtbehandlung mittels ultravioletter Strahlen 581.
- 576.
- Ayrignac, J., Brocq, L., und Desprez, A., Zum Studium des Stoffwechsels bei den Dermatosen 20.
- Bab, Hans, Die Talgdrüsen und ihre Sekretion 524.
- Babes, V., und Panea, J., Über pathologische Veränderungen und Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis 105. — 311.
- Babinsky 359.
- Babou, A. F., Dokumente über Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Toulouse 528.
- Bachmann, Ernst, Beitrag zur Kenntnis des Bacillus des malignen Ödems 225.
- Bächler 640.
- Baelz 604. 609.
- Baginsky 595.
- Bahr, Friedrich, Ein Beitrag zu der Lehre von den Fremdkörpern in der Harnblase 340.
- Ballenger, E. G., Strikturen der Harnröhre; deren Pathologie und Behandlung 335.
- Balzer, F., Über miliare Aneurysmen des Pericards 215.
- Maladies vénériennes 565.
- 161. 504.
- Bandi, Ivo, und Simonelli, Francesco, Über die Anwesenheit der Spirochaeta pallida in sekundärsyphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden 62.
- Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida im Blute und in den sekundären Eruptionen der Lues 105.
- Experimentelle Untersuchungen über Syphilis 549.
- 65. 559.
- Bandler, Victor, Über Spirochätenbefunde bei Syphilis 104.
- Bangs, Bolton, Reflexreizungen, von Erkrankungen in der Harnröhre des Mannes ausgehend 330.
- Banti 579.
- Barbier, P., Magensyphilis 116.
- Barduzzi 345. 496. 502.
- Barker, R., Beitrag zur Chirurgie der Prostata 374.
- , M. B., Ein neuer Prostatatraktor 374.
- Barlow 654.
- Barlerin, Über syphilitische Säuglinge. Maßnahmen der Fournierschen Klinik. Resultate 113.
- Baroch, Eugen, Zur therapeutischen Anwendung des Dormiols 512.
- Barraud, S., Über Extremitätengangrän im jugendlichen Alter nach infektiösen Erkrankungen 228.
- Barré, Louis, Lokale Asphyxie der Extremitäten und Albuminurie 651.
- Barth, Hans, Über Vorkommen, Nachweis und Bestimmung der Oxalsäure im Harn 441.
- Barthélemy, T., Über Syphilis und Tuberkulose 214.

- Barthelemy, T., Über Verrücktheit und Syphilis (*Syphilis acquisita, hereditaria*) 359.  
 — Chronik 359.  
 — Über Arteritis cerebri tertiaria generalisata 360.  
 — Referat 557.  
 — 42. 359. 556.
- Bartholini 63. 445.
- Barton, P. F., Ein Fall von totaler Alopecie nach Anwendung von Canthariden 287.
- Bartrina, J. M., und Oliver, B., Einige Betrachtungen über die Verwendung des Quecksilberoxycyanids in den Harnorganen 316.
- Basedow 582. 637. 647.
- Bassicalupo, Guglielmo, Über Blennorrhoebehandlung 514.
- Bataille 61.
- Batut, L., Die Krankenhausbehandlung der Syphilitiker mit Einspritzungen von Hydrarg. bijodatatum 428.
- Bauer, Martin, Über Digitalklerosen 55.
- Baumgarten, v., Experimente über ascendierende Urogenitaltuberkulose 321.  
 — 121. 491.
- Bayer 585.
- Baynton 289.
- Bazin 89. 137. 140. 141. 142. 143. 354. 415. 449. 507. 508.
- Bazy 209.
- Beatson, G. T., Die Ätiologie des Carcinoms 239.
- Bebel 177.
- Bechterew 539.
- Beck, Carl, Über urethroplastische Verlagerung der Harnröhre 332.  
 —, Cornelius, Gangraena spontanea s. idiopathica cutis bei einem Säugling 227.  
 — Über den Zusammenhang der Hautkrankheiten mit Erkrankungen der inneren Organe im Kindesalter 535.
- Becker, Ernst, Seltene Komplikationen bei Blennorrhoe 478.
- Béclère 359.
- Begg, C., und Bullmore, C. M. Ed. und H. H., Chronische Cyanose mit Leukocytose und Milzschwellung 650.
- Belot, Josef, Über die Radiotherapie und ihre Applikation bei Hautaffektionen 579.
- Bender, Ernst, Zur Röntgentherapie der Alopecia areata 503.  
 —, Klara, Über die Wirkung von aufrechter Körperhaltung und Muskeltätigkeit auf die cyclische Albuminurie 437.
- Beniqué 518.
- Bequereel 204.
- Berdal 61.
- Berg 373.
- Bergeron, André, und Nathan-Larrier, L., Spirochaeta pallida im Blute Syphilitischer 360.
- Bergh 481.
- , A. A. Hijmans van den, und Grutterink, A., Enterogene Cyanose 651.  
 — 651.
- Bergmann, E. v., Über Krankheiten, die dem Krebs vorangehen 240.  
 — 240. 241.
- Berliner 137. 138. 142. 148.
- Bernard 3. 359.
- Bernhardt, M., Isolierte Lähmung des rechten Nervus musculocutaneus nach Tripper 485.  
 —, Paul, Bemerkungen zur Pathologie der Hirnsyphilis: Schädelödem im Verlaufe von syphilitischen Hirnhautkrankungen 123.
- Bernheim, A., Beitrag zum Studium der latenten Blennorrhoe der Frau 476.
- , Samuel, Über Blasensteine 341.
- Bernstein, Ein Fall von Priapismus 272.  
 — Ein neuer Harnröhrenspüler 464.  
 — 465.
- Bertamini 546.
- Bertarelli 345. 559.
- Bertholle 208.
- Besnier, E., 200. 220. 270. 305. 306. 310. 311. 459. 496. 501. 502. 604.
- Besredka 7.
- Best, Franz, Ein Fall Henochscher Purpura hämorrhagica mit entzündlichem Ödem 652.
- Bett, Josef, Ein weiterer Beitrag zur Ätiologie der Varicellen 24.
- Bettmann, S., Über erworbene idiopathische Hautatrophie (*Atrophia cutis idiopathica e vitiligine*) 284.  
 — 288.
- Beurmann, v., Roubinowitch und Gougerot, Sinnesstörungen bei Lepra. Ein Fall von polyneuritischer Psychose bei einem Leprakranken 642.
- Beyer, Herpes zoster mit generalisierter Lokalisation 415.
- Bezançon 91. 162.
- Bial 435.
- Bibb 41.
- Bidenkop 604.
- Bie, V., Die Anwendung des Lichtes in der Medizin, mit besonderer Berücksichtigung von Prof. Finsens Lebenswerk 277.
- Bieber, Hanna 463.
- Bier 380. 431. 482. 575. 589.
- Billroth 192.
- Bizard, L., Die wesentlichsten Schädigungen, welche bei den Injektionen von Oleum cinereum bei der Behandlung der Syphilis vorkommen können 98.

- Blanc, Robert, Über die Anwendung des Clarschen Reflektors in der allgemeinen Chirurgie und speziell in der Chirurgie der Harnwege 213.
- Blanchard, R., Spirillen, Spirochäten und andere Mikroorganismen mit gewundenem Körper 360.
- Blanchet, Über die Syphilis der Neugeborenen 118.
- Black 604.
- Blaschko, Cl., Sklerodermiestrich 82.  
— Lupus erythematodes 199.  
— Pseudopelade Brocq 271.  
— Schnittpräparate, Spirochäten 271.  
— Erfahrungen mit Radiumbehandlung 595.  
— 81. 199. 241. 271. 347. 399. 405. 498. 541. 546. 547.
- Blasucci, Ernesto, Blasendrainage nach Cystotomia suprapubica 19.
- Blendermann, Ludwig, Ein atypischer Fall von Raynaudscher Krankheit 651.
- Bloch 412.  
—, Felix, Die Aufgaben der Zweigvereine 420.  
—, Iwan, Über Ernährungstherapie bei Syphilis 126.  
—, Die Perversen 178.  
—, Willy, Über extragenitale Syphilisinfektion an den Lippen 55.
- Blokusewski 167. 512.
- Blomquist 129. 131.
- Blumenthal 62.
- Boas 596.
- Bockhart 2.
- Bodin 559.
- Bodlaender, Zur Kenntnis der idiopathischen Colibacillosen des Harntraktes 207.
- Boeck 42. 43. 85. 137. 142.
- Böhler, Erich, Ichthyosis congenita 134.
- Bönninger, Max, Die elastische Spannung der Haut und deren Beziehung zum Ödem 568.
- Börner, Albert, Ein Fall von Aktinomykosis cutis, geheilt durch Jodipin 139.
- Böttiger 79.
- Bogdanik, Josef, Über die Torsion des Samenstranges 370.
- Bogrow, Lupus vulgaris faciei, kombiniert mit Tumor albus und Scrophuloderma 418.  
— Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen 414.  
— Referat 414.  
— 413. 414. 458. 640.  
— und Marzinowski, Blastomycetenbefund bei einer Hautkrankheit 456.
- Boivin, Über das Ekzem der Säuglinge 133.  
—, Maurice, Über Säuglingsekzem 183.
- Bokay, J. v., Weitere Erfahrungen über das Mosersche polyvalente Serum bei Scarlatina 27.
- Bollag, Über die therapeutische Natur des Ulcerols (Wundpflaster) und Clavalins (Hühneraugenpflaster) 597.
- Bollinger 262.
- Bollock 600.
- Bonanome, Über einen Fall von perinealer Prostatektomie 382.
- Bonhoff, H., Die Spirochaeta vaccinae 36.
- Bonnenfant, Maurice, Über die ätiologische Rolle der Tuberkulose bei der lokalen Asphyxie und der symmetrischen Extremitätengangrän 44.
- Bonnin, Ätiologie der Tuberculosis vulvae 443.
- Borrel 262. 559.
- Boruttan 251.
- Botkin 528.
- Boujom 459.
- Borzecki, Eugeniusz, Wann dürfen wir einem Syphilitiker zu heiraten gestatten? 45.  
— Ein Fall von Impetigo herpetiformis 165.  
— 246. 304. 305.
- Bosc, Edouard, Sohafpocken 25.  
— 559.
- Bosellini, Über eine umschriebene, chronische, warzenartige Dermatitis der Hände 173.
- Boss 513.
- Bottini 376. 377. 378. 379. 382.
- Boucher, P., Über den Einfluss der Syphilisbehandlung schwangerer Frauen auf den Fötus 126.
- Bouttier 147.
- Bowen 137. 138.
- Bramwell, B., Ein Fall von Morbus Addisonii 251.
- Branca, A., Die interstitielle Zelle des Hodens 363.
- Brandt 179.  
—, Thure 323.
- Brandweiner, Alfred, Lichen urticatus 84.  
— Lichen ruber planus 86. 87.  
— Pemphigus foliaceus 87.  
— Ichthyosis universalis 201.  
— Psoriasis guttata 411.  
— — nummularis 411.  
— Ein Beitrag zur Histologie der Mykosis fungoides 502.  
— Dermatitis arteficialis pustulosa 636.  
— Lues gummosa 636.  
— Leukoplakie der Glans penis 636.  
— Leukoderma syphiliticum universale 636.  
— Lupus erythematosus 636.  
— Spirochätenfrage 639.  
— 87. 200.

- Brault 263. 270. 604.  
 Brayton, Nelson D., Ainhum, mit Bericht eines Falles 187.  
 Bré, Ruth 177.  
 Breda, Achille, Beitrag zum Studium der phagedaenischen Geschwüre der heißen Länder 172.  
 — Gerichtsärztliche Untersuchung des Hymen 443.  
 — Zum Abschluss des Kapitels über die brasilianische „Bouba“ 560.  
 — Berichtigung zur „Angiokeratomfrage“ 658.  
 — 845. 354.  
 Breit, Zur Tuberkulosefrage der Kuhpockenlymphe 37.  
 Breton, A., Das Kollargol in der klinischen Praxis 591.  
 Brice, E., Ein dunkler Fall von Hautpigmentierung und deren erfolgreiche Behandlung mit Arsenik 250.  
 Brieux 177.  
 Bright 556.  
 Brigidi 309. 310. 311.  
 Brindeau 559.  
 Briquet, Camille, Über die Gangrän der männlichen Geschlechtsorgane bei Fehlen jeder Harnaffektion 320.  
 Broca, A., Die Harnröhrenzerreißungen beim Kinde 508.  
 Brocq, L. 2. 23. 137. 142. 184. 200. 254. 262. 270. 286. 287. 345. 354. 459. 472. 495. 496. 497. 501. 555. 579.  
 —, Desprez, A., und Ayrignac, J., Zum Studium des Stoffwechsels bei den Dermatosen 20.  
 Bronardel 565.  
 Brousse 604.  
 —, A., und Bruc, L., Ein Fall von primärem Pemphigus foliaceus 208.  
 Browicz 429.  
 Brown, W. Langdon 10. 12. 15. 16.  
 Bruc, L., und Brousse, A., Ein Fall von primärem Pemphigus foliaceus 208.  
 Bruce 539.  
 Brüning, Ein Fall von Akrodermatitis atrophicans 284.  
 Bruhns, C., Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Hautkrankheiten 572.  
 —, O., Über Hautjucken, seine Ursachen und Behandlung 291.  
 — 271.  
 Brummud 147.  
 Brunn, v. 388.  
 Bruns, Kayo, und Müller, Willy, Die Durchwanderung der Ankylostomalarven durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit 297.  
 — 382.  
 Bryos, Ernest, Ein Fall von Schwangerschaft bei persistierendem Hymen und Dilatation der Urethra infolge von urethrovessikalem Coitus 474.  
 Brytschew, Lupusfall 413.  
 — Lupus faciei 640.  
 — Cicatrices post variolam verum 640.  
 Buday, v., Histologische und bakteriologische Untersuchungen bei gangränösen Entzündungen des Mundes und des Rachens 226.  
 Büchler, A. F., Ein ungewöhnlicher Fall einer pilzförmigen Bromkaliumeruption 656.  
 Bürgi, Emil, GröÙe und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren 459. 551.  
 Bufe, Ernst, Ein Beitrag zur Kenntnis der Torsion des Funiculus spermaticus 370.  
 Bulkley, L. Duncan, Syphilis als unschuldig erworbene Krankheit 47.  
 — Die medizinischen Beziehungen gewisser Mundzustände 568.  
 — 55.  
 Bullmore, C. M. Ed. und H. H., und Begg, C., Chronische Cyanose mit Leukocytose und Milzschwellung 650.  
 Bulot 426.  
 Bumm 596.  
 Bunch, J. L., Die Spirochäten der Syphilis 98.  
 — Behandlung der Trichophytie 135.  
 Burchardt 179. 490.  
 Bureau, Gustave, Lupus ulcerosus seriginosus der linken oberen Extremität 211.  
 Burger 574.  
 Buri 137. 142.  
 Burokhardt, Emil 93.  
 Burnet, Etienne, Morphologie und Klassifizierung der Spirochaeta pallida 207.  
 — Über Spirochaeta pallida Schaudinn 360.  
 — 358.  
 Burnett, Swan M., Die Gonococcustoxine als Ursache von Augenentzündungen 526.  
 — 559.  
 Burow 412.  
 Busch 311.  
 Buschke, A., Über die Behandlung der Syphilis hereditaria 114.  
 — Über einen Fall von symmetrischen sarkomatösen (?) Tumoren der Schläfenregionen und der Wangen (Chlorom?) 242.  
 — Schnittpräparate Spirochäten 271.  
 — Arteritis syphilitica der Hirnbasis 271.  
 — Meningitische Schwiele 355.  
 — Oedema indurativum 355.  
 — Über Syphilis und Spirochaeta pallida 360.  
 — Über Hodengangrän bei Blennorrhoe 490.  
 — 61. 105. 187. 271. 355. 488.

- Buschke, A., und Fischer, W., Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes 104.
- Busse 187.
- Bussières, B. des 559.
- Butler 262.
- Butlin 253. 270.
- Butte, L., Die außerparlamentarische Kommission zur Regelung der Sittenfrage 274. 426.
- Die Behandlung der Alopecia atrophica, der Brocq'schen Abart Pseudo-Area Celsi 472.
- Buttersack, Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis 27.
- 16.
- Butzke 62.
- Buzzard, T., Ein Fall von syphilitischer Erkrankung in der Schädelhöhle 122.
- Buzzi 345.
- Cabot, Richard C., Klinische Untersuchung des Urins. Eine kritische Studie der gewöhnlichen Methoden 384.
- Calvocoressi, G., und Ruffer, M. A., Über eine bisher noch nicht beschriebene Veränderung am Urin von Nephritikern 389.
- Cambridge 8. 9.
- Campana, Die Ernährungsstörungen in der Haut nach ausgedehnten Zerstörungen der Hirnhemisphären bei Tieren, besonders Kaninchen und Tauben 559.
- Der Parasit der Psoriasis; weitere Untersuchungen 560.
- Campbell, B. R., Die Diagnose des Syphiloms der Nieren 117.
- Camus, Paul, Über das subcutane Emphysem im Verlauf von Pneumonien bei Kindern 295.
- Candidori, Spätformen der hereditären Syphilis 172.
- Canet, Georges, Über Elephantiasis penis et scroti 327.
- Caneus, J. 440.
- Canfield 534.
- Cantas, Die Behandlung der nächtlichen Incontinentia urinae auf epiduralem Wege 322.
- Cantlie, J., Ein Hoden aus Paraffin 366.
- Capellanus 179.
- Carangon 138.
- Cardanus, Hieronymus 78.
- Carini 37.
- Carlier, Die Gefahren der suprapubischen Blasenpunktion 341.
- 382.
- , V., und Curtis, F., Studie über eine eigentümliche Form von primärer Nierentuberkulose: die polycystische tuberkulöse Niere 317.
- Carrasquilla, Die Lepra; Ätiologie, Geschichte und Prophylaxe 39.
- Carrière, Charles, Beitrag zum Stadium des Noma im Verlauf des Typhus 228.
- Casagrandi und de Luca, Versuche einer antiluetischen Prophylaxe und Therapie mit mikrobiefreien Filtraten von Syphilitiden und mit Hundeserum, das mit solchen Filtraten vorbehandelt worden 275.
- Caspary 899. 405. 541.
- Casper 13. 16. 388. 643.
- Castaigne 556.
- Castellani, A., Weitere Beobachtungen über Parangi (Framboësia) 189.
- Cathelin, F., Totale Prostataktomie nach einem neuen kombinierten Verfahren (perineal-suprapubische Methode) 213.
- Eine neue Methode der Cystoskopie: Luftcystoskop ohne optischen Apparat mit umgekehrter, von der Kuppe des Kathetertheils herabhängenden Lampe 320.
- 207. 322. 324. 325. 470.
- Cayla, Louis, Versuch über die Anwendung des Kollargols in der Behandlung der Variola 31.
- Cazenave 279.
- Cazin 262.
- Cederkreutz, Axel, Zur Kenntnis der Topographie des Plattenepithels der männlichen Urethra im normalen und pathologischen Zustande 460.
- Celebrini, Emil v., Ein Beitrag zur Epidemiologie der Blattern 30.
- Celsus 591.
- Cerona, Papilloma cutaneum epitheliomatosum angiomatoides 171.
- Cerone, Das Tuberkulin B beim tuberkulösen Lymphom 560.
- Über Folgezustände der Tuberkulinbehandlung und Neurotrophie 559.
- Cesaris 570.
- Chandler, Twithin, Milchsäure bei Blennorrhoe 518.
- Chapman, C. W., Ein Fall von Myxödem ohne Schädigung der Haare 281.
- Charpy, Henri, Die schwarze Zunge 133.
- Charrière 95. 302. 334. 335. 471. 643.
- Chauveau 35.
- Cheatle, G. L., Über das Auftreten der Graufärbung der Haare 286.
- Cheinisse, L., Die enterogene Cyanose 650.
- Chevalier 311.
- Chiari, H., Über einen Fall von urämischer Dermatitis 655.
- 366. 367.
- Christmas 483.
- Chwostek 121.
- Cianni, Über die Wirkung des Adrenalins beim Morbus maculosus Werlhofii 653.

- Cipollina, A., und Rizzo, A., Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida in den Leistendrüsen bei sekundärer Lues 106.
- Spirochaeta pallida und syphilitische Infektion 109.
- Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis 461.
- Citron, H., Das Gärzuckerrohr, ein neuer Apparat zur quantitativen Zuckerbestimmung 433.
- Civette, A., Beitrag zum Studium der papulo-squamösen Hauttuberkulide 555. Clar 213.
- Claude und Decelle, Ein Fall von periurethralem, frühzeitig erscheinendem Gumma 102.
- Claves, G. H. A., und Frisbie, W. S., Die Beziehungen zwischen Art des Wachstums, Alters und dem Gehalt an Kalium und Calcium bei Geschwülsten von Mäusen (Adenocarcinoma, Jensen) 534.
- Clayton-Greene, W. H., Ein Fall von Anuria calculosa 383.
- , J., Über das Verhalten der Favus- und Trichophytonpilze im Organismus 527.
- Clayton, Syphilis tertiaria der Lunge 214.
- Clénet, Eugène, Beitrag zum Studium des Ekzems beim Kinde 132.
- Cluss, Fritz, Über Myiasis externa et interna 297.
- Cogliati, Ponzi und Mattei, Drei Fälle von Syphiloma elefantasticum 171.
- Cohn, Max, Erfahrungen auf dem Gebiete der Therapie mit Röntgenstrahlen 579.
- , Paul, Eine primäre, nicht blennorrhische Urethritis mit auffallend reichlichen Influenzabazillen 331.
- , Siegfried, Zur Statistik und Kasuistik der septischen Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des pathologisch-anatomischen Befundes 598.
- Cohnheim 468. 604.
- Coleman, Warren 10. 11. 14. 15. 16.
- Colombino, Beitrag zum Studium der Diagnostik der Tuberkulose des Harnapparates; Cytologie des Harnes 469.
- Colt, G. H., Bemerkungen über die Nachbehandlung bei Fällen von Sectio alta vesicae nebst Beschreibung eines Verbandes für dieselben 342.
- Constantin, C., Die bullösen Formen der Hydroa vacciniiformis 274.
- Cooper, J. B., Die Behandlung der Warzen mittels Kalkwassers 250.
- Corlett 138.
- Cornil 101. 270.
- Cotton, Fr., Behandlung der Blennorrhoe 520.
- Couillaud 255. 270.
- Coulson 341.
- Contantine, Marie, Kritische Studie über syphilitische Reinfektion 53.
- Cowper 331. 488. 489.
- Credé 481. 489. 591.
- Crippa, J. F. v., Über Gynochryma Hydrargyri 589.
- Crocker, Radcliffe 41. 134. 138. 143. 147. 217. 236. 279. 309. 310. 311. 345. 354. 501. 540. 604.
- Cropper, J., Ein Fall von Blasenzerreißung bei einem Kinde 338.
- Crosby, D., Blennorrhische Urethritis mit ungewöhnlichen Komplikationen 477.
- Crowder, T. R., Tuberkulose der Prostata 375.
- Caillag, Zur Identität der Parakeratosis variegata und der Dermatitis psoriasiformis nodularis usw. 134.
- 61. 546.
- Cube, Felix v., und Kiolemenoglou, B., Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis 62.
- 63. 64.
- Cumston 118.
- Curtis, G. Lenox, Die Ätiologie von Runzelungen an Zähnen und Nägeln 568.
- , F., und Carlier, V., Studie über eine eigentümliche Form von primärer Nierentuberkulose: die polycystische tuberkulöse Niere 317.
- Czerny, Über Prostatektomie 379.
- 256.
- Dahmen, Franz, Hyperkeratose infolge von Hautatrophie unter Berücksichtigung eines Falles der Straßburger Universitätsklinik für Hautkrankheiten 185.**
- Dalou, Zur Histologie der Mykosis fungoides 472.
- 263. 270.
- , E., und Lasserre, J., Histologische Untersuchung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die gesunde und die epitheliomatös veränderte Epidermis 473.
- Danielius, Ureterencystoskope von dünnem Kaliber 643.
- Daniélopou, D., und Héresco, Pierre, Über die blennorrhische Strikturen der Pars membranacea der Urethra 209.
- Danielsen 604. 620.
- Danlos 174. 604.
- Danzs 577.
- Darger, Wilhelm, Zur Kenntnis der Kranosis vulvae 445.
- Darier, Jean, Über Syphilis der Arterien oder Arteriitis lueticum 359.
- 88. 254. 255. 256. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 268. 270. 298. 311. 312. 430. 561.

- Daser, P., und Weber, F. Parkes, Idiopathisches multiples Pigmentsarkom Kaposi (idiopathisches multiples hämorrhagisches Sarkom) 170.
- David, Eduard 179.
- Davidsohn, Carl, Tödlich verlaufener Pockenfall 80.
- Spirochätenfärbung m. Kresylviolett 112.
- Debove 556.
- Decelle und Claude, Ein Fall von periurethralem, frühzeitig erscheinendem Gumma 102.
- Decloux 209.
- Dehio, Bericht über die Tätigkeit zur Bekämpfung der Lepra in Livland für das Jahr 1908 38.
- Dehn 147.
- Deiaco, Pius, Beitrag zur Symptomatologie der Pellagra 657.
- Dejardin 325.
- Deichstetter, Heinrich, Über einen Fall von primärem Schweißdrüsen-carcinom 240.
- Delafield 468.
- Delaunay, Victor, Beitrag zum Studium der Prostatasteine 375.
- Delbanco 76.
- Demel 570.
- Deschamps, Marcel, Bemerkung über die Behandlung der Hämaturien bei Prostatikern 168.
- Desfosses, P., Radioskopie und Radiographie für die Diagnose von Blasen-fremdkörpern bei Kindern 340.
- Desnos, E., Die Indikationen der Prostataktomie 379.
- Behandlung der chronischen prostatistischen und periprostatistischen Eiterungen 509.
- Desprez, A., Brocq, L., und Ayrignac, J., Zum Studium des Stoffwechsels bei den Dermatosen 20.
- Detre, L., und Sellei, J., Die Bestimmung des Resistenztiters des Blutes gegen Sublimat bei Syphilis 49.
- Weitere Beiträge zur Kenntnis der hämolytischen Wirkung des Sublimats. Entgiftung der mit Sublimat behandelten roten Blutkörperchen mittels Blutlösung 582.
- Deutsch, Hyperhidrosis und Tylosis toxica 86.
- Chronisch entzündliches Infiltrat 86.
- , Ed., Bemerkungen zur internen Behandlung der Blennorrhoe 514.
- 88. 635.
- Devergie 84.
- Devic, E., und Froment, J., Ein Fall von Syphilis hereditaria tardiva der Leber 425.
- 311.
- Dewitzki, W. S., Chorionepitheliom der Harnblase 343.
- Deycke-Pascha, Georg, Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde 40.
- Djakonow 414.
- Diday 492.
- Diethelm, Hans, Über akutes, universelles, angioneurotisches Ödem 646.
- Digne, J., Die salzarme Diät bei Herzkranken 557.
- Diller, Theodor, Zwei Fälle von angioneurotischem Ödem, verbunden mit nervösen und geistigen Störungen 649.
- Dillmann, Heinrich, Über Leukoplakia linguae mit besonderer Berücksichtigung der Histologie und Ätiologie 133.
- Dinkler 157.
- Dittel 336.
- Doehle, P., Über Blutbefunde bei Syphilis, Masern und Pocken 51.
- 639.
- Dönitz 604.
- Dörrien, Ernst, Über Riesenwuchs und Elephantiasis congenita 224.
- Dohi, K., Plenk in der Geschichte der Dermatologie 563.
- Piedra, Herpes tonsurans und Favus 563.
- 563.
- und Tanaka, T., Über Spirochaeta pallida 565.
- Dohmeyer, Wilh., Lustische Endocarditis mit Aneurysma der Brustorta 119.
- Domergue 262. 263. 270.
- Dommen, Ein neues Urethrotom 94.
- Domiuci 639.
- Donath 439.
- Donnan, W. D. und F. G., Die Oberflächenspannung des Urins in gesunden und kranken Tagen mit spezieller Beziehung zum Ikterus 383.
- Donné 433.
- Door, A., Zur Diagnose des Erysipelas faciei 222.
- Dort, Broes van 137. 142.
- Douglas-Crawford, D., Zwei Fälle von Aktinomykose 189.
- 641.
- Doutrelepont, J., Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Finnenbestrahlung bei Lupus 43.
- 463.
- Downen, J. W., Über rezidivierende Torsion des Funiculus spermaticus nebst einem Bericht über fünf Fälle 370.
- Doyon 496. 501.
- Drage, L., Die Behandlung des Carcinoms mit den Salzen der Zimtsäure 242.
- Dreckmann 604. 606. 611. 614.
- \*Dreuw, H., Mitteilungen aus der Praxis 197.
- Behandlung der Psoriasis durch den praktischen Arzt 133.
- Zur Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt 44.

- Dreves, Zum Pemphigus neonatorum 186.
- Dreyer, Eine neue Pflanzendermatitis 463.
- Hemiplegie mit Aphasie im ersten Jahre der Syphilis 546.
- 82. 391. 392. 393. 405. 547.
- und Toepel, Spirochaeta pallida im Urin bei syphilitischer Nephritis 553.
- Dreyfus, Georg, Fibroma molluscum der kleinen Schamlippe 248.
- Dresler, Wilhelm, Blutdruckuntersuchungen mit dem Gärtnerschen Tonometer 251.
- Dubois-Havenith, Einige Fälle von rezidivierendem Carcinom nach Behandlung mit X-Strahlen 645.
- Dubreuilh, Maurice, Über Gonokokkenperitonitis im Kindesalter 485.
- , W., Der rezidivierende Herpes der Gesäßgegend 208.
- Die Histologie des Lichen planus der Schleimhäute 425.
- 138. 163. 345. 358. 354. 604. 614.
- Du Castel 604.
- Duchenne 101.
- Ducrey 20. 91. 230. 462.
- Dudgeon, L. S., Die Färbereaktionen der bei syphilitischen Läsionen gefundenen Spirochäten 525.
- Duer, C., Großer Blasenstein 341.
- Düring, E. von, Zur Therapie des Ekzems 131.
- Über Phosphaturie 441.
- Zur Diagnose der Urethritis posterior 476.
- Hautpigment und Pigmentanomalien 521.
- 18. 131. 353.
- Dufaux, Über die rationelle Aufbewahrung der Sonden und Katheter, insbesondere der elastischen und weichen 356. 641.
- Duhot, Rob., Extragenitaler Schanker 55.
- Ergänzende Bemerkungen zur Abortivbehandlung der Syphilis 127.
- Klinische Untersuchungen über Harnröhrenstrikturen 332.
- Duhring 200. 253. 254. 260. 263. 270.
- Dukes 29.
- Dumesnil 368.
- Dunning, L. H., Blennorrhoe bei der Frau. Ihre Diagnose, Häufigkeit und ihr Einfluss auf die Erzeugung von Sterilität und schweren Veränderungen der Beckenorgane 475.
- Duplay 262.
- Durandard, Beitrag zum Studium der syphilitischen Arteriitis der Extremitäten 119.
- Durante 869.
- Dyer, Isadore, Die Leprabehandlung 40.
- 604. 620.
- Eastman, Joseph Rilus, Drei Fälle von extraperitonealer Ruptur der Blase, kompliziert mit Beckenfraktur und von Heilung gefolgt 888.
- Eberlein 298.
- Ebersbach, Hugo, Über ein Ureterdivertikel 387.
- Ebert, Friedrich, Über Blennorrhoea neonatorum 489.
- Ebstein, W. 16.
- Eddowes 137. 279.
- Edel 437.
- Egdahl, A., Bericht über einen Fall von Epithelioma contagiosum 249.
- Egger, Alois Simon, Zur Kasuistik des Rhinophyma 218.
- Egli, Gottfried, Psychosen infolge interner Erkrankung 566.
- Ehlers 604.
- Ehrenberg 207.
- Ehrenfels 179.
- Ehrlich 264. 439.
- Ehrmann, S., Epitheliom 83.
- Pityriasis lichenoides chronica 83.
- Atrophia cutis idiopathica 83.
- Sklerodermie 83.
- Typische Folliculis 83.
- Lichen ruber acuminatus universalis 84.
- Keratoma hereditarium palmare et plantare 87.
- Keratosis follicularis 87. 88.
- Psorospermiosis Darier 88.
- Lues sine exanthemate 88.
- Versuche über Lichtwirkung bei Hydroa aestivalis (Bazin), Sommereruption (Hutchinson) 89.
- Über lichenförmige Syphilide 115.
- Chloasma solare 407.
- Macacus rhesus mit einem serpiginösen Syphilid, Iritis, Alopecie 408.
- Psoriasis testacea rupoides 408.
- Raynaudsche Asphyxie 408.
- Keratosis suprafollicularis 408.
- Ichthyosis 411.
- Lupus erythematosus 411.
- Lupus vulgaris 411.
- Atrophia cutis idiopathica, Sklerodermie 635.
- Serpiginöses, ulceröses Syphilid 635.
- Papulo-nekrotisches Tuberkulid 635.
- Ekzemähnliches kleinpapulöses Syphilid 635.
- Epitheliome 636.
- Exulceriertes Gamma 638.
- Folliculitis conglobata, Lichen scrophulosorum 638.
- Lichen ruber planus 638.
- Folliculitis exulcerans nasi, Lupusknötchen 638.
- 83. 85. 86. 88. 142. 143. 201. 346. 347. 399. 406. 409. 410. 412. 496. 498. 502. 521. 522. 541. 574. 638.



- Eimer 267.  
 Einis, L., Über die ableitende Bedeutung spontaner und symptomatischer Erkrankungen der Hautdecken 566.  
 Eisendrath, Daniel N., und Ormsby, Oliver S., Ein Fall von systematisierter Blastomykose mit Blastomyceten im Sputum 188.  
 Eisenstadt, L., Ist ein freiwilliger ärztlicher Beirat für Ehekandidaten durchführbar? 540.  
 Elsässer, Otto, Über die Häufigkeit und die Bedeutung der isolierten primären Nebennierentuberkulose 442.  
 Engelbreth 519.  
 Engelmann, Die Behandlung der Prostat hypertrophie nach Bottini 378.  
 Englisch 332. 337. 374.  
 Erb 100.  
 Erdély, Circumcision mit Michelschen Nähklammern 327.  
 Ernst, Paul, Über das Wachstum und die Verbreitung bösartiger Geschwülste, insbesondere des Krebses in den Lymphbahnen der Nerven 235.  
 — Lymphangi endothelioma cysticum abdominis 244.  
 Escande 345. 354.  
 Escherich, Th., Erythema contagiosum 24.  
 — 28. 201.  
 Eschweiler, Zur Technik der Finsenbehandlung 357.  
 Espada 604.  
 Estrabaut, Apparat für Harnröhren-Blasenspülungen 209.  
 Eudokimow, W. N., Zur Kasuistik des blennorrhöischen Rheumatismus und Muskelabscesses 482.  
 Evans, Willmott, Eine Mitteilung über Teak-Dermatitis 167.  
 — Ein Vortrag über praktische Momente in der Diagnose von Hautkrankheiten 492.  
 Evershed, A., Warzen und Hühneraugen 250.  
 Evrard, Georges, Blennorrhöische Polyneuritiden 485.  
 Ewald, C. A. 118. 281.  
 Ewing 14.  
 Eynard 209.
- Faber 536.  
 Fabre 262. 263. 270.  
 Fabry 18. 347.  
 —, H., und Grouven, C., Spirochäten bei Syphilis 109.  
 —, J., und Kirsch, H., Zur Frage der Blastomykose der Haut 163.  
 Falwik 604.  
 Farrant 385.
- Fauconnet, Zur Kenntnis des Resorptionsvermögens der normalen und kranken Haut und der Vaginalschleimhaut für verschiedene Salbengrundlagen und für wässrige Lösungen mit spezieller Berücksichtigung der Jodkaliumsalben 567.  
 Faust 528.  
 Favre 559.  
 —, M., Nikolas, J., und André, C., Über Spirochaeta pallida bei Syphilis 215.  
 Fehleisen 26.  
 Fehren 431.  
 Feiler, Eriob, Über die bei Erkrankung der Zähne auftretenden Reflexionen der Gesichts- und Kopfhaut 288.  
 Fels, J., Die Schutzpockenimpfung 37.  
 Fenwick, E. H., Der Wert der Verwendung eines skiagraphischen Ureterobougies zur Präzisierung chirurgischer Maßregeln bei Nierenkonkrementen 388.  
 Féré, Ch., Beitrag zur Pathologie der Masturbation 208.  
 — Sexuelle Frühreife und Impotenz 470.  
 Fermi 138.  
 Ferrari, G., Tetaniforme Anfälle im Verlaufe einer Blennorrhoe 172.  
 Ferretti 3.  
 Ferreyrolles, Paul, Die Wasser der Bourboule und ihre Wirkung bei Dermatosen 571.  
 Feuchtmayer, Fritz, Gibt es ein Abortivverfahren bei der Lues? 127.  
 Feuerstein, Leon, Referate 37. 45. 49. 109. 111. 120. 126. 175. 232. 233. 246. 250. 284. 334. 335. 344. 386. 430. 433. 439. 442. 448. 477. 478. 480. 490. 492. 513. 514. 538. 563. 570. 574. 581. 586. 588. 592. 649. 653.  
 Feulard 496. 502.  
 Feulloy 426.  
 Fichtner, Über leichte Formen der Holzphlegmone 227.  
 Ficker 640.  
 Filaretopoulos 604.  
 Filatow 29.  
 Finger, Ernst, Syphilisimpfungen auf Affen 84.  
 — Akutes Exanthem 87.  
 — Macacus hamadrias, mit Lues geimpft 88.  
 — 83. 85. 88. 89. 130. 158. 187. 280. 359. 408. 409. 411. 420. 460. 476. 491. 548. 590. 636. 638.  
 — und Landsteiner, K., Untersuchungen über Syphilis an Affen 417.  
 Finlay, D. E., Ein Fall von Pseudo-Elephantiasis der Vulva 444.  
 Finsen 41. 43. 44. 45. 89. 142. 173. 277. 312. 313. 357. 391. 398. 394. 399. 400. 401. 402. 403. 405. 406. 414. 542. 543. 561. 576. 578. 580.

- Fischel, Strichförmige Hautaffektionen 82.  
 — Hemiatrophia facialis progressiva oder Sklerodermie 82.  
 — Streifen eigentümlichen ekzemähnlichen Ausschlags 545.  
 Fischer, Zur Behandlung des Schweissfußes in der Armee 293.  
 — 61. 105. 294. 596.  
 —, Emil 504.  
 —, Karl, Ein seltener Fall von Hirnabscess nach Furunkulose 231.  
 —, W., und Buschke, A., Über das Vorkommen von Spirochäten in inneren Organen eines syphilitischen Kindes 104.  
 Fischkin, E. A., Die Elemente der Diagnose Hautsyphilis 114.  
 Fittig 219.  
 Fiweiski 418.  
 Flemming 396.  
 Fletscher 121.  
 Fletsler 568.  
 Flörsheim 382.  
 Fontanelli 147.  
 Forbes 9. 15. 16.  
 Fordyce 347. 354.  
 Forel, Aug., Die sexuelle Frage 175.  
 Forgeot, M., Über die Orchitis der Prostataker (Pathologische Anatomie) 374.  
 Fornaca, Bemerkungen über das Erysipel 222.  
 — 604.  
 Forshaw, W. J., Primärsyphilid der Conjunctiva 119.  
 Forster, Karl, Beitrag zur Kenntnis des Xeroderma pigmentosum 278.  
 Foulerton 147.  
 —, A. G. R., Carcinom des Hodens 367.  
 Fox 41. 137. 138. 604. 620.  
 —, R. H., Katheterbehandlung von 29jähriger Dauer 337.  
 —, T. Colcott 312. 345. 346. 354.  
 —, Tilbury 147.  
 —, Wilfrid S., Untersuchungen über den Ursprung und die Struktur der Naevi und ihr Zusammenhang mit maligner Degeneration 357.  
 — Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern, und ihre Beziehungen zu Malignität 273.  
 — Untersuchungen über den Ursprung und Bau von Mälern und ihre Beziehungen zu maligner Entartung 423. 468.  
 Fournier 45. 46. 47. 113. 496. 501.  
 —, Alfred, Allgemeinparalyse und Syphilis 100.  
 — Drei neue Werke: 1. Tertiäre Syphilis 557; 2. En guérit-on? 558; 3. Syphilis secundaria tarda 558.  
 Fowler, Harry Atwood, Nephritis und Hämaturie 431.  
 Fowler, Harry Atwood 582. 599.  
 Fraenkel, C., Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis 62.  
 — 62. 63.  
 —, Manfred 596.  
 —, E. 366. 367. 528.  
 —, Max, Über Orobittis fibrosa 366.  
 Frank 512.  
 —, E. R. W., Die blennorrhische Erkrankung der Vorsteherdrüse 419.  
 —, R. 386.  
 Franken 157.  
 Frankenstein, Hans, Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans 247.  
 Frankl 824.  
 Franklin 595.  
 Frauenthal, Henry W., Über blennorrhische Arthritis 431.  
 Freeland, E. H., Die Behandlung der Trichophytia capitis 135.  
 Freeman 279.  
 Frédéric, J., Untersuchungen über die Sinushaarer der Affen, nebst Bemerkungen über die Augenbrauen und den Schnurrbart des Menschen 523.  
 Freudenberg, Albert, Ein neuer Harnleiterspiegel zur Katheterisation eines oder beider Harnleiter 19.  
 — Kombinationscystoskop für Irrigationscystoskopie, Evacuation und Katheterismus des einen oder beider Ureteren 465. — 379. 382.  
 Freund 121. 407. 595.  
 — und Schourp, Ein Fall von Mykosis fungoides mit Berücksichtigung der Röntgentherapie 553.  
 —, Emanuel, und Waelsch, Ludwig, Über Piedra nostras 164.  
 —, G., Zur Kenntnis der Barlowschen Krankheit (Brustkind) 654.  
 —, Leopold, Beitrag zur Röntgenstrahlenbehandlung maligner Neubildungen 234.  
 — Eine Schutzvorrichtung für Radiotherapeuten 492.  
 — und Oppenheim, Moritz, Weitere Beiträge zur Radiometrie 594.  
 —, R., Das Decoetum Zittmanni 130.  
 Frey, Gottfr. 345. 346. 354.  
 Freyer, Paul, Über generalisierte Vaccine 35.  
 — 317. 379. 381.  
 —, G. J., Eine neuerliche Serie von 60 Fällen von Totalausschälung der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben 381.  
 Friedheim 147.  
 Friedländer, Benedikt, Purpura 547.  
 — Spirochäten 547.  
 — Lupus des Ohrläppchens 547.  
 — 103. 180. 546.  
 Friedrich, P. L., Die Behandlung infektionsverdächtiger und infizierter

- Wunden, einschließlic der panaritien, phlegmonösen, furunkulösen Entzündungen 229.
- Friolet, H., Über Ichthyosis circumscripta der Areola mammae 184.
- Frisbie, W. S., und Claves, G. H. A., Die Beziehungen zwischen Art des Wachstums, Alters und dem Gehalt an Kalium und Calcium bei Geschwülsten von Mäusen (Adenocarcinoma, Jensen) 584.
- Frisch, v. 386.
- \*Frohwein, Zur Angiokeratomfrage 345. — 658.
- Froment, J., und Devic, E., Ein Fall von Syphilis hereditaria tardiva der Leber 425.
- Fromme, Über Oedema lymphangiectaticum beim Neugeborenen 645.
- Fuchs, Ernst 16.
- , F., Über den Einfluss des Verweilkatheters auf den spontanen Abgang eines größeren Blasenkonkrementes 356.
- , Robert 80.
- Fürbringer 575.
- Fürst, M., Die sittlichen Zustände in den hamburgischen Wäschereien 465.
- Fürth 18.
- , Ernst, Zur Behandlung von verunreinigten Wunden und Geschwüren 229. 584.
- , Karl, und Weber, F. Parkes, Ein Fall von ulcero-verruköser Endarteriitis der Pulmonalarterie, im Anschluss an eine Blennorrhoe auftretend und eine Endocarditis vortäuschend 479.
- Fujikawa, Plunks Einfluss auf die japanische Medizin 563.
- Fulton, A., und Jacob, F. H., Keratosis palmaris et plantaris bei fünf Generationen 182.
- Funke, John, Syphilis der Leber, skleromatöser Typus 117.
- Gädeke, Hans, Über die chirurgische Behandlung der Varicen und varikösen Geschwüre des Unterschenkels 289.
- Gärtner 251. 318. 523.
- , Gustav, Eine einfache Methode der Hauttemperaturmessung 522.
- Galewsky 206.
- Gallavardin 311.
- Galloway 2.
- Gallois, Die lineäre Elektrolyse bei der Behandlung der Harnröhrenverengungen 212.
- , Paul, Die Pityriasis versicolor 296.
- Gandois, J. F., Über die symmetrische Extremitätengangrän, „Typus Raynaud“ 228.
- Gant 292.
- Gardiner, Ekzem 133.
- Garlipp, O., Urotropin bei Scharlach zur Verhütung von Nephritis 27.
- Garnier 137.
- Garra und Marzocchi, Über die Spirochaeta pallida 275.
- Gassmann 420.
- Gaston 137.
- Gastou 2.
- Gaucher, Perforation des Gaumensegels 99.
- Syphilitische Schanker 99.
- Pigmentiertes Syphilid des Halses 99.
- Vegetationsplaques 99.
- Allgemeines papulöses Syphilid 99.
- Schanker der Brustwarze bei einer Amme. Übertragung durch einen Säugling 99.
- Floride syphilitische Erscheinungen bei einem Tabetiker 99.
- Schankröses Gumma 99.
- Zwei Fälle von schwerer tertiärer Lues 99.
- Arteritis cerebialis 99.
- Icterus bei einem Syphilitischen 100.
- Syphilis maligna 100.
- Hauthydrargyrie 100.
- Zwei Fälle von Tabes 100.
- Gummöse Erscheinungen bei einem Kranken, der vor 41 Jahren einen Schanker hatte 100.
- Gumma 100.
- Infektion 100.
- Syphilis bei zwei Schwangeren 100.
- Drei Fälle von Glossitis exfoliativa marginata 100.
- Multiple Gummata bei einer Kropfkranken 100.
- Syphilis 100.
- Plaques der Vulva und polymorphes Erythem 100.
- Harter Schanker und Arzneiexanthem 100.
- Oedema chronicum elephantasticum 100.
- Syphilis-granulosa miliaris 100.
- Die hochfrequenten Ströme bei der Behandlung der Beingschwüre 170.
- 173. 185. 359.
- Gaulejac, René de, Neue Pathogenie der Krampfadern 289.
- Gautiee, Über die chirurgische Behandlung hartnäckiger Handgeschwüre 289.
- Garjave, M., Über sekundärsyphilitische Angina 54.
- Gebber, Paul, Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten und seine Bekämpfung 218.
- Gegory, A. John, Auszug über Lepra aus dem Bericht des Gesundheitsbeamten für die Kolonie Kap der Guten Hoffnung 17.

- Geiss, Hermann Otto, Über Pseudohermaphroditismus masculinus externus 320.
- Gelhausen, Über Vaccineerkrankungen des Auges 34.
- Genevoix, Octave, Klinische und forensische Studie über die Urethritiden kleiner Knaben 475.
- Genoud 391. 392.
- Gentzen, Max, Über Cylindrurie und Nephritis 432.
- Gerbert 576.
- Gerbsmann 323.
- Gerland, Otto, Die Beschränkung der Dirnen auf das Wohnen in bestimmten Strafen 528.
- Gheorghiu, S., Klinische Beobachtungen über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan 514.
- Ghon 226.
- Gibert 359. 495. 501. 502.
- Gielen, Kapesser-Kuren bei Syphilis 130.
- Giemsa 36. 37. 60. 64. 65. 66. 98. 105. 106. 107. 109. 112. 190. 409.
- , G., Erwiderung zu vorstehenden Bemerkungen 525.
- 525.
- Gierke, Edgar, Über Malakoplakie der Harnblase 362.
- Gieson, v. 366. 468.
- Giorgi, Unter der Hornhaut gelegene Talgdrüsen 560.
- 560.
- Gilbert 565.
- Gilchrist 187. 407.
- Giovanini, Sebastiano, Über einen Fall universeller Alopecia areata in Verbindung mit Mykosis fungoides 203.
- Girard und Veillon, Über Spirochaeta in den syphilitischen Roseolaflecken 360.
- Glaserfeld, Pseudoleukämische Tumoren der Haut 546.
- Glück, Leopold, Die Behandlung der Syphilis mit Merkuriodlinjektionen 549.
- 53. 550. 604. 609.
- Glebowski 390.
- Gmelin 438.
- Goebel, C., Über Bilharziakrankheit der weiblichen Genitalien 444.
- , Walther, Über die hyperleukocytose-erregende Wirkung hautreizender Mittel 569.
- Götz, Referate 28. 30. 36. 38. 47. 59. 66. 166. 169. 171. 183. 185. 186. 187. 210. 212. 214. 222. 228. 230. 232. 251. 277. 286. 294. 297. 315. 318. 320. 326. 327. 328. 331. 337. 340. 341. 343. 362. 365. 366. 368. 375. 378. 379. 385. 463. 471. 488. 507. 510. 512. 518. 523. 524. 530. 540. 572. 574. 577. 580. 591. 597. 601. 652. 655.
- Goetzfried, Eugen, Die Formen des Hymens bei Erwachsenen und Neugeborenen 443.
- Götzl 13. 16.
- Goldberg, Berthold, Zur Symptomatologie und Therapie der Enuresis nocturna 324.
- Über die Müllersche Modifikation der Donnéschen Eiterprobe 433.
- 12. 16. 640.
- Goldflam, S., Über den plötzlichen Tod bei Tabetikern 344.
- Gottheil, Bemerkungen über einige Hauterkrankungen bei Kindern 390.
- Goldsmid 11. 16.
- Gordon, Alfred 10.
- Gosset 879.
- Gougerot, v., Beurmann und Rubinowitch, Sinnesstörungen bei Lepra. Ein Fall von polyneuritischer Psychose bei einem Leprakranken 642.
- Goulin 77.
- Gowers, W. R., Das Wesen der Tabes 125.
- Graefe 326. 489.
- Graf 121.
- Graham 137.
- Gram 105. 188. 227. 656.
- Gramegna und Quadroni, Radiotherapie und initiale Syphilis 128.
- Grandjean, Die Erkrankungen entfernter Drüsen bei den Blasentumoren 316.
- Grant, Horace, Über Diabetesgangrän 282.
- Greef 279.
- Greeff, Richard, Über Metastasen im Auge bei Blennorrhoe 489.
- Greene, Lorin A., Über Malaria-Hämoglobinurie 439.
- Gregson, A. H., Der Zustand der Haut bei Pneumonie 569.
- Grenacher 59.
- Grenet, H., Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Purpura 652.
- Griffith, A. 12. 16.
- Griffon 162.
- Grinker, Julius, Ein Fall von peripherer Nervensyphilis 121.
- Grön, Kristian, Lepatälle in Christiania in 1903 17.
- Groschopf, Karl Ernst, Ein Beitrag zur Histogenese der Nebenhodentuberkulose 368.
- Gross, George, Abortivbehandlung der Blennorrhoe des Mannes 519.
- Grosse, O., Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten 166.
- Grossglik 13. 16.
- Grossmann, Karl, Klinische Studie der Lepra ophthalmica mit einer Beschreibung von Fällen aus dem Leprahospital in Laugarnes (Island) im Jahre 1901 und 1904 642.

- Gross, Tumoren 637.  
 Groth, Alfred, Über Impfschutzverbände 38.  
 Grouven, C., und Fabry, H., Spirochäten bei Syphilis 109.  
 Gruby 428.  
 Grübler 525.  
 Grünwald, Über Hauttemperaturmessung 528.  
 Grünfeld, Josef, Zur Lehre von den Divertikeln der Harnröhre 331.  
 —, L., Lues papillomatosa 407.  
 Grund, Georg, Beiträge zur Einwirkung von Sonnenlicht und Röntgenstrahlen auf die Haut des Kaninchens 537.  
 — 399. 405. 541. 544. 545.  
 Grütterink, A., und Bergh, A. A. Hijmans van den, Enterogene Cyanose 651.  
 Guarnieri 35. 36.  
 Gudowitsch, Franz, Über die Stokes-Adamsche Krankheit 124.  
 Gürber, A., Zur Methodik des Indikationsnachweises im Harn 440.  
 Gütchow, Otto, Zur Kenntnis der Epispadie beim Weibe 447.  
 Guilly, D., Über die Häufigkeit der Koexistenz von Aortitis neben Tabes und Paralyse bei Syphilitikern 125.  
 Guizetti, Pietro, Ein Fall von Fehlen des Vas deferens und Samenbläschens der rechten Seite mit gut entwickeltem Hoden und vollkommener Samenbildung bei einem 25jährigen Manne 369.  
 Gullan, A. G., Über zwei Fälle von Addisonischer Krankheit und die Wirkung von Nebennierenextrakt 252.  
 Gulzer, Paul, Sammelreferat über Spirochätenbefunde bei Syphilis 552.  
 Gundelach 378.  
 Guszman, Josef, Zur Anatomie und Klinik der Monilethrix (Aplasia pilorum intermittens) 290. 313.  
 — Experimentelle Untersuchungen mit implantierten Hautstücken 536.  
 Gutmann 362.  
 Guyon, Das Epitheliom des Penis 328.  
 — Das Verhalten bei Cystitis calculosa 340.  
 — Die latenten Steine der Blase 341.  
 — Das Sarkom der Prostata 375.  
 — 324. 338. 340. 341. 492. 516.  
 —, Félix, Die klinische Erziehung 210.
- Haaland, M., Über Lungenveränderungen nach intrapulmonaler Injektion von Vaccinelymphe nebst Bemerkungen über den behaupteten Nachweis des Vaccinevirus in den inneren Organen 37.  
 Hacket, W. A. 13. 16.  
 Haertel 597.
- Härter, M., Die doppelseitige Implantation der Ureteren in die Blase und ihre Methodik 387.  
 Häser 77.  
 Hagan, J. O' 444.  
 Hagmann, A., Über zwei besonders seltene Fälle von Harnblasenaffektion 464.  
 Hahn 290.  
 —, F., Referate 26. 27. 54. 93. 183. 207. 222. 245. 298. 320. 327. 356. 364. 366. 390. 436. 438. 440. 441. 444. 475. 491. 527. 528. 567. 571. 575. 587. 594. 597. 600. 642. 654. 656.  
 Haines, W. S. 434.  
 —, Georg, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Mischinfektion 27.  
 Halbau 180.  
 Halbhuber, Zur Ätiologie der Variocellen 24.  
 —, Franz, Dauerbehandlung der Harnbeschwerden infolge von Prostatahypertrophie mit Helmitol 378.  
 Hall, Arthur, Zur Behandlung einfacher Warzen mit inneren Mitteln 469.  
 Hall, D. G., Ein Fall von allgemeiner Infektion mit Gonokokken 478.  
 Hallé 209.  
 —, Noël, und Motz, Boleslas, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates; Tuberkulose des Ureters und des Nierenbeckens 471. 508.  
 Hallopeau, H., Die verschiedenen Behandlungsweisen der Tuberkulide 21.  
 — Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und Klinik des Lichen scrophulosorum 21.  
 — Ein psoriasisähnliches Tuberkulid am Knie 21.  
 — Über die lokalen Wirkungen des Syphiliserregers an der Infektionsstelle und im Körper während der ganzen Dauer seiner Tätigkeit 215.  
 — 147. 200. 254. 312. 413. 496. 501. 502. 604. 619. 640.  
 Halpern, Jakob, Eigentümliche Hautverfärbung 250.  
 Halsted, T. H., Angioneurotisches Ödem mit Beteiligung der oberen Luftwege 648.  
 Hamann, Hermann, Über subcutane Frakturen der Metakarpal- und Metatarsalknochen mit besonderer Berücksichtigung des sogenannten „militärischen Fußödems“ 646.  
 Hamel, Otto, Über Harnröhrenstrikturen 332.  
 Hammann, Paul A. L., Über Acrodermatitis 216.  
 Hammer, Friedrich, Die Reglementierung der Prostitution 467.  
 —, W., Zu den Ausführungen des Herrn Dr. Freiherrn von Notthafft-München 96.  
 — Über Prostitution und Homosexualität, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Enthaltensamkeitsstörungen 167.

- Hammer, Friedrich, Tagebuch eines Erziehungshäftlings 466.  
 — Vorschläge zur Abänderung des bisherigen Verfahrens der Berliner Sittenpolizei 644.  
 — 18. 97.  
 Hammonie 382.  
 Handford 137. 142.  
 Hansemann, D. v., Die Beziehung gewisser Sarkome zu den Angiomen 248.  
 — 54.  
 Hansen, Armauer 39. 44. 505. 604. 625.  
 Hardaway, W. A., Die Übertragung von Karbunkeln in Barbierstuben 282.  
 — 312.  
 Harder 279.  
 Hardy 147.  
 Hartmann 210.  
 Harnack, Erich, Studium über Hautelektrizität und Hautmagnetismus des Menschen 430.  
 Hartley, W. D., Ein Fall von Hämatocele des Funiculus spermaticus 371.  
 Hartung, Unglückliche Zufälle bei Hg-Injektionen 815.  
 Haslund 35. 159. 604.  
 Hasse 180.  
 Hauck, Leo, Über das Verhalten der Leukocyten im zweiten Stadium der Syphilis vor und nach Einleitung der Quecksilbertherapie 204. 417.  
 Hauser 486.  
 Hausknecht 255.  
 Havas, A., Über einige neuere physikalische Heilmethoden in der Dermatologie 574.  
 — Über die Quinckesche Erkrankung (Oedema cutis circumscriptum acutum) 648.  
 — 496. 502.  
 Head 286.  
 Hebra 413.  
 —, Hans v. 280. 411.  
 —, Ferdinand 80. 496.  
 Hecht, J., Zur Behandlung von Dermatozen mit besonderer Berücksichtigung des Keramins 585.  
 Heffter, Beiträge zur Pharmakologie des Schwefels 587.  
 Hegar 341.  
 Heidingsfeld, M. L., Blennorrhoe und Syphilis in der Lehre von der Ursache der Sterilität beim Manne 363.  
 — und Markley, A. J., Einige dermatologische Mißbräuche der X-Strahlen 580.  
 Heile 588.  
 Heiler, Adolf, Über den Schwund der Harnblase durch tuberkulöse Geschwüre 343.  
 Heinatz, Die Radiumbehandlung des Ulcus rodens 288.  
 Heineke 577.  
 Heissler, Eine Masernepidemie 28.  
 Hekken 157.  
 Helber und Linser, Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Licht 594.  
 Heller, Syphilis der Glandulae sublingualis 199.  
 — Verruköse Eruptionen von Tuberkelbau 547.  
 — Acnitis 547.  
 — 55. 157. 356. 546.  
 Hellmann 179.  
 Hellmer, Lichen ruber planus 88.  
 Hellpach, Willy, Unser Genusseben und die Geschlechtskrankheiten 421.  
 Henke 31.  
 Henle 290.  
 Hennig, A., Über blennorrhische Epididymitis 420. 466.  
 Henoch 652.  
 Héresco, Pierre, und Daniélopou, D., Über die blennorrhische Strikture der Pars membranacea der Urethra 209.  
 Herbst, Xanthome 82.  
 — Pemphigus 355.  
 Herley, R., Ein Fall von Anthrax; Behandlung mittels Exzision und Solavoschen Serum; Genesung 234.  
 Hermann, Ernst, Über die Bakteriologie der Nephritis nach akuten Infektionskrankheiten 26.  
 —, O., Blennorrhisches Erythema nodosum bei einem Knaben, nach intravenöser Kollargolinjektion geheilt 488.  
 Herter, Ein Fall von akutem, angioneurotischem Ödem 648.  
 Herxheimer, Karl, Über die Beziehung der Spirochaeta pallida zur Syphilis 107.  
 Herxheimer 92. 110. 112. 264. 284. 458. 459.  
 — und Hübner, Hans, Über Darstellungweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaeta pallida 112.  
 Herzfeld, A., Seltene Lokalisation einesluetischen Primäraffektes 462.  
 Herzog 309. 310. 312.  
 Hess 309. 310. 312.  
 Hetzel, Paul, Über Naphta und Nafalan 587.  
 Heubner 27. 596.  
 Heuck, Ein Fall von Chylurie 438.  
 Heuss 278.  
 Heyne 79.  
 Hibbert, J. C., Über den Einfluß von Variola auf Vaccine 31.  
 Hildebrand, Moderne Behandlung der Prostatahypertrophie 376.  
 — 147. 376.  
 Hind, W., und Young, E. E., Ein Fall von Peoriasis diffusa 133.  
 Hinschmann 292.  
 Hippe 18.

- Hippokrates 80.  
Hirsch 142. 143.  
—, Franz, Über die Behandlung der Arthritis blennorrhoeica mit Bierscher Stauung 482.  
—, G., Beitrag zur Organtherapie. Spermium Poehl 585.  
—, Maximilian, Über epidurale Injektionen 207.  
Hirschberg, Die durch angeborene Syphilis verursachten Augenleiden 199.  
— 604.  
—, M., Heilung eines Hautepithelioms durch direkte Sonnenbestrahlung 287.  
—, Matthias, Über konjugale, familiäre Lepra und erblich lepröse Entartung (Paraleprose) 506.  
Hirschel, Georg, Über Pagetsche Krankheit (Pagets disease of the nipple) 235.  
Hirschfeld, Magnus, Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen unter besonderer Berücksichtigung der Homosexualität 102. 179.  
— 178. 180.  
Hirschkron, Johann, Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege nach einer neuen Methode 288.  
Hirschler, Rose, und Schamberg, Jay F., Epitheliom der Stirn, auf papillärem Naevus entstanden 553.  
Hirtz, Edgar, und Lemaire, Henri, Über Tabes infantilis juvenilis 101.  
Hochsinger, Karl, Ein Fall von Polymyositis heredo-syphilitica im Säuglingsalter 113.  
— Zwanzigjährige Dauerbeobachtung eines Falles von angeborener Syphilis 113.  
Hochwart 824.  
Hodara, Menahem, Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen 449.  
— Berichtigungen zu: Histologische Studie über drei Fälle von Frostbeulen 657.  
— 204.  
Hodgkin 637.  
Hoffa 157.  
Hoffmann 67. 73. 74. 75. 76.  
—, Erich, Weitere Mitteilungen über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei Syphilis 62.  
— Psoriasis verrucosa 82.  
— Lichenoide Psoriasis 82.  
— Lichen ruber verrucosus 82.  
— Spirochaeta pallida 82.  
— Ursache des weichen Schankers und seine Folgen 230.  
— Über das Vorkommen von Spirochäten bei ulcerierten Carcinomen 239.  
— Lupus follicularis disseminatus 355.  
— Über Syphilisübertragung auf Affen durch Injektion von Blut oder Ganglionflüssigkeit 360.  
— 82. 110. 159. 160.  
Hoffmann und Schaudinn, Fritz, Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen 60.  
— Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung 61.  
— 52. 62. 63. 65. 104. 107. 109. 112. 358. 360. 485.  
—, F. A. 402. 406.  
Hofmann, C., Zur Blasennaht nach der Sectio alta 342.  
Hoggau 267. 270.  
Hohenegg 642.  
Holländer, E. 127. 279.  
Hollstein, Pemphigus der Mundschleimhaut und der Augenbindehäute 81.  
Holt, Emmet, Gonokokkeninfektion bei Kindern 476.  
Holzer, Wilhelm, Über Albuminurie im Kindesalter 437.  
Holzknecht 237. 239. 407. 595.  
Homann, Paul, Über Bubonen und ihre neuere medikamentöse Therapie, insbesondere mit Merkurkolloid 230.  
Homen 49.  
Hopf, Referate 19. 20. 32. 38. 55. 108. 124. 136. 178. 179. 180. 184. 220. 237. 267. 288. 289. 320. 321. 323. 336. 338. 340. 341. 364. 379. 421. 422. 468. 516. 555. 645.  
Hopff 18.  
Hopkins 604.  
Horwitz 332.  
Hottinger, R., Bemerkungen über Gonosan 514.  
Houg 312.  
Howard, William Travis, Die Anwendung von Laboratoriumsmethoden bei der Pockendiagnose 31.  
Huber, A., Die Röntgenbehandlung des Ulcus rodens auf Grund von drei Fällen 239.  
Hübner, Hans, und Herxheimer, Karl, Über Darstellungsweise und Befund der bei Lues vorkommenden Spirochaeta pallida 112.  
— 107.  
Hüter 223.  
Huldschinsky 312.  
Humiston 476.  
Hunter, W., Ein Fall von akuter Endocarditis infolge von Infektion mit Micrococcus blennorrhoeae 479.  
Huppert 438.  
Hutchinson 40. 41. 81. 89. 187. 140. 141. 142. 254. 270. 353. 507. 604.  
Huxley 290.  
Hyde, James Nevins, Einfluss der Syphilis auf die Lebensdauer 52.  
— Lepra, Blastomykosis, Lupus, Syphilis, Alopecia areata, Sykosis lupoides 66.

- Jackson, Edward**, Eiterige Conjunctivitis und Blindheit 489.
- Jacquet** 459. 496. 502.
- Jacob, F. H., und Fulton, A.**, Keratosis palmaris et plantaris bei fünf Generationen 182.
- Jacobaeus** 235.
- Jacobi** 92. 162. 312.
- , **S.**, Die Stereokystophotographie 92. 509.
- **Die Stereokystoskopie** 92. 509.
- Jadassohn, J.**, Hautkrankheiten bei Stoffwechsellanomalien 22.
- 2. 130. 131. 134. 273. 278. 306. 309. 310. 312. 353. 476. 495. 501. 555.
- **und Schultz, Frank**, Bericht über die Tätigkeit des Finseninstitutes der Dermatologischen Universitätsklinik im Inselehospital zu Bern 41.
- Jaffé** 440. 441.
- Jaeger** 66.
- Jamieson, W. Allan**, Einiges über den Gebrauch des oxydierten Pyrogallols in der Dermatologie 586.
- 137. 259.
- Jamin** 312.
- Jancso** 121.
- Janet** 66. 93. 169. 464. 492. 512. 513. 519.
- Janovsky** 88.
- Jansen** 391. 392. 393. 405.
- Jarisch** 310. 312. 347. 354. 399. 405. 503. 541. 543. 545. 638.
- Javelly, E. A. J. A.**, Beitrag zum Studium der galoppierenden Hodentuberkulose 368.
- Jeanselme**, Die Behandlung des Ekzems 183.
- **Die klinischen Formen des Ekzems** 183.
- **Die verschiedenen Formen von Akne** 185.
- **Erythema multiforme** 187.
- **Die Missbildungen der Haut** 530.
- , **E.**, Die Lepra in Frankreich und seinen Kolonien 38.
- 604.
- **Die symmetrische Asphyxie der gipfelnden Körperteile** 652.
- Jefferies, F. B.**, Über das Verschwinden eines Ulcus rodens bei Behandlung mit Röntgenstrahlen 238.
- Jeleniewsky, Zenon**, Zur Morphologie und Physiologie des Epithels des Nebenhodens 364.
- Jelks, John L.** 292.
- Jensen** 534.
- Jessner, S.**, Kompendium der Hautkrankheiten 103.
- **Diagnose und Therapie des Ekzems. II. Teil: Therapie** 216.
- **Die kosmetische und therapeutische Bedeutung der Seife** 572.
- Jieselstein, J. L. v.** 580.
- Iljinsky, Wladimir**, Über die Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien 448.
- Immelmann, Max** 298.
- Impens, E.**, Über Lokalanästhesie 583.
- Inagrki und Schwerkenbecher**, Über die Schweifsekretion im Fieber 567.
- Ingelmann, Edmund**, Die syphilitischen Erkrankungen der Augenlider nebst einem Beitrage 119.
- Joffroy** 100. 101.
- Jolles, H.**, Über den Nachweis der Pentosen im Harn 434.
- 436.
- Johnson** 501.
- , **Joseph Taber**, Die Wirkung der Blennorrhoe auf die weiblichen Fortpflanzungswerkzeuge 475.
- , **W. S.**, Unerwünschte Wirkung des Adrenalins in der Urethra 587.
- Jones, H. L.**, Einige neue Gesichtspunkte in der Anwendung der Elektrotherapie 575.
- \***Jordan, Arthur**, Ein Beitrag zur Bazilschen Hydroa vacciniiformis s. Hutchinsonschem Sommerprurigo oder Sommereruption 137.
- **Referate** 106. 111. 238. 413. 456. 494. 640.
- Jorissen** 13.
- Joseph, Eugen**, Einige Wirkungen des natürlichen Ödems und der künstlichen Ödemisierung. Ein Beitrag zur Stauungstherapie 600.
- , **Max**, Über Pittylen, ein neues Teerpräparat 206.
- 204. 306. 310. 312. 345. 349. 351. 354. 462. 593.
- **und Kraus, Joseph, Alynin**, ein neues Lokalanästhetikum 534.
- Josserand** 382.
- Isaac** 496. 502.
- Isensee** 78.
- Isnardi**, Über eine Vereinfachung der Technik der Transplantation nach Thiersch 571.
- Jullien**, Über ein wertvolles Hilfsmittel zur klinischen Diagnose 427.
- Juliusberg, Fritz**, Über „Tuberkulide“ und disseminierte Hauttuberkulosen 42.
- , **Max**, Zur Kenntnis des Virus des Epithelioma contagiosum des Menschen 249.
- Junge, Rudolf**, Ein seltener Fall von Uretercyste 388.
- Junghans, Wilhelm**, Zur Genese der Lues hereditaria 113.
- Jungmann** 255. 258. 270.
- Justus**, Die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe. Über Quecksilbervergiftung 129.
- 596.



- Jutkowski, L., Über plastische Operationen an Penis und Skrotum im Anschluß an einen Fall von Schindung der männlichen Genitalien 329.
- \*Kaczvinsky, Johann, Über die Therapie des Erysipels 191.
- Kästner 45.
- Kahlden, v. 121.
- Kahler, Otto, Zur Radiumbehandlung des Skleroms 219.
- Kalindero 604.
- Kallionzis, Über eine neue Methode der partiellen Amputation des Penis 213.
- Kaltenbach 286.
- Kaltenbrunner, Lichen ruber planus 409.
- Pityriasis lichenoides 412.
- Epitheliom 638.
- Kampffmeyer 468.
- Kanitz, H., Der Wert der Röntgenbehandlung bei Favus 184.
- Kapesser 130.
- Kaposi 43. 87. 147. 173. 174. 182. 399. 405. 410. 463. 496. 501. 502. 531. 537. 541. 604.
- Kapsammer 825.
- Karg 254. 263. 264. 270. 541.
- Karwacki, Leon, Beitrag zu den cytologischen Untersuchungen des Gelenks-exsudates bei rheumatischen und blennorrhöischen Prozessen 480.
- \*Karwowski, A. v., Hämaturie und Albuminurie infolge von Urotropin 8.
- Kassai 596.
- Katte 108.
- Katz, Heinrich, Ein Fall von totaler einseitiger Thrombose der Vena renalis bei Lues congenita mit eigenartigen Veränderungen der funktionell überanstrengten anderen Niere 120.
- Katzenellenbogen, Referate 24. 30. 32. 43. 113. 123. 129. 139. 244. 288. 342. 378. 380. 433.
- Kaufmann, Die Behandlung der akuten Cystitis 339.
- 367. 536. 574.
- Keen 237.
- Keetley, C. B., Vorübergehende Anheftung des Hodens an den Oberschenkel 364.
- Keller, W. L., Eine neue Methode, die Vena saphena interna und ähnliche Venen im varikösen Zustande zu extirpieren (Keller) 283.
- Kellogg 504.
- Kelly, Howard A., Einige chirurgische Momente bei Nierentuberkulose 386.
- Die Reglementierung der Prostitution 530.
- 378.
- Kelynaock 386.
- Kennedy, R., Verpflanzung von in toto abgelösten Hautlappen zur Behandlung von Narbenkontrakturen 286.
- Kertbeny, K. M. 102.
- Key, Ellen 177.
- Keyes, E. L., Das sexuelle Bedürfnis 319.
- Soll Aufklärung in sexuellen Dingen einen Teil der Jugenderziehung bilden? In welcher Weise, zu welchem Zweck und in welchem Alter soll sie beginnen? 602.
- 9.
- Kiefer 108.
- Kieffer, Charles F., Varicella gangraenosa 26.
- Kienböck 503. 594.
- Kiermaier, Klement, Zur Kasuistik der Tuberkulose der Harn- und Geschlechtsorgane 322.
- Kinoshita, Statistik über die venerischen Krankheiten bei Prostituierten 563.
- Kiolemenoglou, B., und Cube, Felix v., Spirochaeta pallida und Syphilis 62. — 63. 64.
- Kirchberg, Franz, Röntgenschädigungen und ihre rechtlichen Konsequenzen 252.
- Kireef, Über die Alkaleszenz des Blutes bei akuten exanthematischen Krankheiten 26.
- Kirmisson, Die Hypospadias peno-scrotalis 327.
- Ectopia testis, kompliziert durch Hydrocele 366.
- Kirsch, H., Zwei Fälle von spontanem Keloid 416.
- H., und Fabry, J., Zur Frage der Blastomykose der Haut 163.
- Kirsten, Arthur, Die Varietäten des Bacillus oedematis maligni 225.
- Kishikawa, Über die Gestalt des Haars bei verschiedenen Alopecien 563.
- Klebs 639.
- Klein, Philipp, Zur Syphilistherapie 128.
- Klemperer, F., Über Fieber bei Syphilis der Leber 118.
- , G. 118.
- Klercker, K. J. Otto af, Studien über die Pentosurie 435.
- Klieneberger 335.
- Klieneberger 432.
- Klingmüller, Viktor, Über Veränderungen der Epidermis bei Lepra tuberosa und Ausscheidung von Leprabazillen durch die Haut 17.
- Fortschritte in der Behandlung der Hautkrankheiten 575.
- Über das Tumenolammonium und seine Verwendung in der Dermatotherapie 586.
- Klotz, Jules, Multipler Schanker und Pathogenese der Lues 54.

- Klotz, Jules 21. 42.  
 Koch 41. 44. 354. 526. 528.  
 Kocher 364.  
 Köbner 81. 496. 498. 502. 635.  
 Koehler 16. 382. 595  
 Kölle, Hermann, Ein Fall von Lid-  
 gangrän nach Scharlach mit Conjuncti-  
 vitis diphtheritica 228.  
 Köllioker 76. 399. 406. 541.  
 König, Aug., Zur Kenntnis der Dauer-  
 resultate nach Hauttransplantationen 572.  
 Köpp 293.  
 Korbitz 418.  
 Kohl, August, Klinischer Beitrag zur  
 Kenntnis der Barlowschen Krankheit 654.  
 Kohn, Xanthoma planum 86.  
 — Osteoperiostitis luetica 412.  
 — Tuberculosis verrucosa cutis 412.  
 — Erythema multiforme bullosum 412.  
 —, Albert 18.  
 Kokawa, Ichijiro, Beitrag zur Kennt-  
 nis der Lungensyphilis der Neugeborenen  
 und Erwachsenen 204. 417.  
 Kollarits, B., Referate 28. 42. 129. 134.  
 184. 185. 223. 227. 239. 281. 291. 327.  
 489. 515. 516. 526. 528. 535. 575. 582.  
 649. 652.  
 Kollmann, A. 93. 94. 170.  
 — und Oberländer, F. M., Die chro-  
 nische Blennorrhoe der Harnröhre des  
 Mannes und ihre Komplikationen 474.  
 Koplik 28. 29.  
 Kopp, Zur Kasuistik des Naevus vascu-  
 losus verrucosus faciei (Darier) 298.  
 — 179.  
 Kornfeld, Ferdinand, Ätiologie und  
 Klinik der Bakteriurie 180.  
 Korotneff 262.  
 Koucheff, M., Vergleichende Unter-  
 suchungen über den diagnostischen Wert  
 der Urinseparation und des Ureteren-  
 katherismus 385.  
 Kouroudjief, D. G., Beitrag zur Kennt-  
 nis der physiologischen und therapeu-  
 tischen Wirkung der trockenen Hitze bei  
 lokaler Applikation gegen einige Derma-  
 tosen 572.  
 Koziokowsky, E. v., Über den Einfluss  
 von Diät und Hefekuren auf im Urin  
 erscheinende enterogene Fäulnisprodukte  
 385.  
 Kracht 413. 414.  
 Krafft-Ebing 178. 179. 180.  
 Kramer, M., Ohrfurunkel-Mastoiditis 231.  
 Kraus, Joseph, und Joseph, Max,  
 Alypin, ein neues Lokalanästhetikum 584.  
 —, R., und Prantschhoff, A., Über das  
 konstante Vorkommen der Spirochaeta  
 pallida im syphilitischen Gewebe bei  
 Menschen und Affen 111.  
 Krause 376.  
 —, Arthur, Die chronische Steifigkeit  
 der Wirbelsäule 539.  
 Krebs, Franz, Über die Ätiologie der  
 Spermatocelen 372.  
 Krefling, Rudolf, Wöchentliche große  
 Sublimatinjektionen als reguläre Syphilis-  
 behandlung 129.  
 Kreibich 2. 226. 346.  
 —, K., Zum Problem der Angioneurosen-  
 behandlung 598.  
 Krems, Mikroskopische Präparate einer  
 Acne cachecticorum 412.  
 Kreuder, H., und Toeplitz, M., Rhino-  
 sklerom 218.  
 Kriege 449. 450. 456.  
 Kromayer, E., Die Heilung der Akne  
 durch ein neues narbenloses Operations-  
 verfahren: das Stanzen 183.  
 — Repetitorium der Haut- und Geschlechts-  
 krankheiten 361.  
 — 2. 82. 264. 558. 572.  
 Kropcit, Die Cystoskopie als Hilfsmittel  
 bei der Diagnose der Douglassexsudate  
 641.  
 Krumbholz, Roderich, Über Ernäh-  
 rungsstörungen des Gehirns und der  
 Haut nach Kohlenoxyd- bzw. Leucht-  
 gasvergiftungen (Encephalomalacie und  
 Hautgangrän) 282.  
 \*Krzyszalowicz, Franz v., Ein Bei-  
 trag zur Rolle des Streptococcus in der  
 Pathologie der Haut 1.  
 \*— Ein Beitrag zur Histologie der diffusen  
 Sklerodermie 143.  
 \*— Ein Fall von Myoma cutis multiplex  
 304.  
 — Die pathogenen Haarpilze (Trichophy-  
 ton, Microsporon, Favus) 174. 428.  
 561.  
 — Ein Fall von multiplen Hautmyomen  
 (Myomata cutis multiplicia) 246.  
 — Beitrag zur Histologie der Skleroder-  
 mie 283.  
 — Beitrag zur Rolle des Streptococcus in  
 der Entwicklung der Hautveränderungen  
 537.  
 — 640.  
 Kucera, Jean, Ein Fall von Urticaria  
 auf Grund psychischer Störung 599.  
 Kundrat 429.  
 Kühn 431.  
 Küster 223.  
 Kuhls, H., Quantitative Versuche über  
 Giftaufnahme durch die Haut (Para-  
 nitrochlorbenzol, Tropföl, Dinitrotoluol)  
 567.  
 Kurita, S., Über einen Fall von Tubercu-  
 losis verrucosa cutis und Trichoepi-  
 theliom 563.  
 — Tätowierung und Syphilis 565.  
 Kutner, R., Zur funktionellen Störung  
 der Harnentleerung 419.  
 Kuhn, E., Tabes und Paralyse in Be-  
 ziehung zur Quecksilberbehandlung der  
 Syphilis 125.

- Kuhn, Hans, Zur Kasuistik und Therapie der Elephantiasis 224.  
 —, Wilhelm, Ein Fall von Harnblasenruptur 340.  
 Kupffer 33. 604.  
 Kurkowski 11. 16.  
 Kussmaul 121.  
 Kutner, Zur Bilharziose der Blase 206.
- Labbé, M., Die Fortschritte der Impfung 32.  
 Laborie, Gabriel, Über die Behandlung der Syphilis mit Merkuröl-Injektionen 129.  
 Laboschin 181.  
 Laffay und Ruelle, Eine in Mossi (im französischen Sudan) befolgte Behandlungsweise bei Lepra 169.  
 Lailler 136. 280.  
 Lamblin, Paul, Schleimhautprolaps der Urethra bei kleinen Mädchen 447.  
 Lamouroux, Jean, Vorsichtsmaßregeln beim Gebrauche von Leitsondenkathetern 337.  
 Lanceplaine, R., Zum Studium der essentiellen Teleangiectasien 245.  
 Lancereaux 100.  
 Landesberg, Rudolf, Beitrag zur Diagnostik der Tuberkulose und Lues des Kehlkopfes 115.  
 Landgraf 182.  
 Landsteiner, K., Untersuchungen über die Syphilis der Affen 57.  
 — 158. 362. 439.  
 —, und Finger, Ernest, Untersuchungen über Syphilis an Affen 417.  
 Lang 129. 201. 236. 356.  
 —, Eduard, Dermatosis epithelialis (degenerativa) circumscripta eccemiformis. — Pagets Disease 236.  
 —, G., Beobachtungen über die Wasserausscheidung durch Haut und Lungen unter dem Einflusse des Fiebers und einiger anderer Faktoren 567.  
 Lange, Viktor, Die Enuresis der Kinder als ein neuropathisches, von den adenoiden Vegetationen unabhängiges Leiden 325.  
 Langenbeck 298.  
 Langer 286.  
 Langerhans, P. 267. 402. 406.  
 Langlois 251.  
 Langstein, Leo, Paroxysmale Hämoglobinurie und Hämaturie im Kindesalter 439.  
 Lanz, Der ektopische Testikel 365.  
 Lapersonne, F. de, Syphilis und Myopie 557.  
 Laqueur, August, Zur physikalischen Behandlung der blennorrhoeischen Gelenkerkrankungen 430.
- Laqueur, L., Erfahrungen über die Anwendung von Eisen und Arsen 582.  
 Lardelli, Die Arsenquellen der Val Sinenestra 593.  
 Lassar, O., Über die Behandlung der Ekzeme 132.  
 — Neue Beiträge zur günstigen Wirkung des Radiums auf Hautkrebs 240.  
 — 139. 159. 241. 411. 514.  
 Lasserre, J., und Dalous, E., Histologische Untersuchung über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die gesunde und die epitheliomatös veränderte Epidermis 473.  
 Latham, Vida A. 568.  
 Laurent, Emile 22.  
 Lavallé 296.  
 Lebert 133.  
 Lebreton, Paul, Lokalbehandlung der chronischen Urethritis 169.  
 — Ein neuer Verweilkatheter (modifizierter Maléotscher Katheter) 209.  
 — Die örtliche Behandlung der chronischen Harnröhrenentzündungen 516.  
 Ledermann, Reinhold, Morbus maculosus Werlhofii 356.  
 — Die nichtchirurgischen Erkrankungen des Hodens, Nebenhodens und ihrer Hüllen 364.  
 — Beziehen die bisherigen Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes zur Heilung von Geschlechtskrankheiten aus? 422.  
 — 133. 270. 411.  
 Leduc 575.  
 Lefevre, W. J., Ist die X-Strahlenbehandlung der Hautkrankheiten nur eine Modesache? 579.  
 Legge, T. M., Industrie und Anthrax 233.  
 Legourd, L., Folgen der merkurialen Injektionen 581.  
 Legueu, Fremdkörper (Fragmente von Kathetern und Sonden) in der Harnblase 340.  
 — Die Recidive der Blasenpapillome 343.  
 Lehmann, Wilh., Warum soll Röntgenologie nur vom Arzte ausgeübt werden? 136.  
 — Über Chlorakne 2. 161.  
 — Indikationen zur Röntgentherapie 578.  
 — Nitsche, Altpatagonische, angeblich syphilitische Knochen aus dem Museum zu La Plata 54.  
 Lehr 80.  
 Leibert 287.  
 Lejeune, Erich, gen. Jung, Über die Behandlung der Blennorrhoe mit Gonosan 513.  
 Leiner, Carl, Ätzcchorfe 84.  
 — Bromakne 409.  
 — Über Haarausfall bei hereditärer Lues 416.

- Leiner, Carl, Lymphangioma cysticum 637.  
 — Fibromata mollusca 638.  
 — 416.
- Leiper, R. T., Der Einfluss von Salzsäure auf die im Cyclops eingeschlossenen Larven des Guinea-Wurmes (*Filaria medinensis*) 298.
- Leischmann 98.
- Leishman 190. 525.
- Leistikow 593.
- Leiter 320.
- Leloir 453. 511.
- Lélu, Victor, Über Vegetationen an den weiblichen Genitalien 474.
- Lemaire, Henri, und Hirtz, Edgar, Über Tabes infantilis juvenilis 101.
- , L., Konservative Chirurgie des Präputiums bei der Phimosis 326.
- Lemierre 556.
- Lenartowicz 429.
- Lenzfeld, Über die Behandlung der Syphilis mit 45% Oleum mercurioli 129.  
 — Die Behandlung der Hyperhidrosis mit Lenioet 294.  
 — Über Dermasanpräparate bei der Behandlung von Hautkrankheiten 356.
- Lenhartz 118. 598.
- Lensmann, F. A., Die Behandlung der Prostatitis 19.
- Leon, Adrien, Beitrag zum Studium der Aktinomykose der Tränenkanäle 189.
- Leonhardt 102.
- Lépine 468.
- Le Pileur, Zwei Fälle von Darmblutung infolge von Quecksilbergebrauch 22.
- Leredde, Die Frage bezüglich der Quecksilberinjektionen, besonders bei der Tabes und der progressiven Paralyse 170.  
 — Über Gehirnsyphilis 211.  
 — Die Gefahren der Radiotherapie bei den Hautepitheliomen 510.  
 — Die Rolle des Nervensystems bei den Dermatosen 511.  
 — 2. 147. 157. 185. 204. 208. 312. 354. 391. 392. 398. 405. 689.  
 — und Martial, R., Über einen Fall von melanotischem Naevus, behandelt nach verschiedenen Methoden 510.
- Lesné, Behandlung gewisser Toxidermien des Kindesalters mit Buttermilch (*Strophulus et Ekzema*) 573.
- Le Sourd, Louis, Thibierge, George, und Ravaut, Paul, Studium der experimentellen Syphilis. Teil II: Der experimentelle weiche Schanker des Augenlids beim Makakus 20.
- Lesser, Hereditäre Lues, Gelenkerkrankungen 81.  
 — Urticaria pigmentosa 81.
- Lesser, Epidermolysis bullosa 81.  
 — Syphilitisches Exanthem 115.  
 — Nachruf auf Haslund 545.  
 — Einleitung zur ambulatorischen Behandlung der Prostituierten von Marcuse 643.  
 — 19. 44. 81. 82. 159. 199. 271. 279. 355. 486. 496. 502. 547.
- Leszczynski, Roman, Übersicht der neuen internen Antiblennorrhöika nebst Bemerkungen über ihre Wirkung 518.
- Leube 436.
- Leubuscher 520.
- Leullier, Behandlung des Herpes zoster 169.
- Levaditi 61. 105. 201. 356. 409. 559. 689. 640.  
 — C., und Petresco, G. Z., Über *Spirochaeta pallida* in der Flüssigkeit von Bläschen 215.
- Lévisseur, Fred. J., Beitrag zur Klinik und Behandlung der Pompholyx (*Chinopompholyx Dysidrosis*) 554.
- Levy, Richard, Beiträge zur Anatomie und Pathologie der kleinen Labien 445.
- Lévy-Bing, Aus der Mittwochs-Poliklinik Gauchers 99.  
 — Über Tabes ocephalica 358.
- Levy, L., Untersuchungen über die Nierenveränderungen bei experimenteller Hämoglobinurie 440.
- Lewandowsky, Felix, Über subcutane und periartikuläre Verkalkungen 296.  
 — 312.
- Lewin 157. 487.
- Lewis, Brandford 470.
- Lexer 221. 222.
- Licharew, Tuberculosis papulo-necrotica cutis 413.
- Lichtenberg, Alexander, Über die Herkunft der paraurethralen Gänge des Mannes 325.  
 — und Voelcker, Fritz, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde 337.
- Lichtheim 654.
- Lie 623. 624. 625. 626.
- Liebermeister 196. 523.
- Liebreich 44.
- Liénaux 82.
- Lima 604.
- Lindemann, Ferd. P., Kasuistischer Beitrag zur Frage der angeborenen klappenförmigen Verengung der Pars prostatica urethrae 332.
- Linden, van der 77.
- Lindenberger, Irvin, Ein Fall von Makrocholie, verursacht durch Vergrößerung der Schleimdrüsen der Oberlippe 245.
- Lindström 157.
- Lindt 254. 270.
- Lingner 206.

- Linoissier 13.
- Linser und Helber, Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf das Blut und Bemerkungen über die Einwirkung von Radium und ultraviolettem Licht 594.
- , Paul, Über den Hauttalg beim Gesunden und bei einigen Hauterkrankungen 520.
- Über den Zusammenhang zwischen Hydroa aestivalis und Hämatoporphyrinurie 550.
- Lion 19.
- Lipmann 118. 271. 546.
- Lippe, J., Epitheliom des Gesichts bei einem Kinde 287.
- Lipschütz, Papulöses Rezidiv innerhalb einer Tätowierungsmarbe 86.
- Beitrag zur Pathogenese der venerischen Bubonen 91. 162.
- Little, Graham, Beitrag zum Studium der *Urticaria pigmentosa* 97. 167. 272.
- Litré 94. 170. 830.
- Ljungström, Luetische Geschwüre 161.
- Loeb 18. 481.
- Fritz, Berichtigung zu: Über den therapeutischen Wert des Pyrenol, nebst Bemerkungen zur Frage der Salicyl-wirkung auf das Urogenitalsystem 186.
- Referate 25. 26. 27. 31. 34. 35. 39. 43. 44. 53. 54. 55. 56. 113. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 124. 125. 126. 127. 129. 133. 134. 182. 183. 185. 189. 218. 222. 225. 226. 228. 230. 231. 240. 242. 245. 248. 249. 251. 279. 284. 288. 289. 290. 295. 297. 320. 322. 327. 328. 329. 331. 332. 339. 340. 344. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 372. 374. 375. 381. 382. 383. 385. 387. 388. 389. 437. 438. 441. 442. 448. 444. 445. 447. 474. 475. 476. 484. 485. 487. 489. 492. 513. 523. 539. 567. 570. 571. 572. 575. 578. 579. 581. 583. 587. 588. 590. 593. 596. 598. 646. 648. 651. 652. 655. 656.
- Loebisch 8. 13.
- Löffler 498.
- Löser, Über die Behandlung von Haut-Carcinomen mit Röntgenstrahlen 241.
- Löw, Otto, und Oppenheim, Moriz, Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der blennorrhoidischen Epididymitis 490.
- Der Mechanismus des Blasenverschlusses im Röntgenbild 641.
- Loewald, A., Referate 17. 25. 31. 33. 36. 37. 43. 44. 47. 55. 57. 104. 112. 115. 117. 122. 124. 123. 132. 133. 168. 185. 186. 187. 189. 224. 230. 235. 243. 244. 245. 247. 249. 273. 282. 296. 320. 321. 327. 331. 332. 340. 342. 363. 366. 371. 372. 374. 375. 376. 378. 381. 385. 432. 433. 442. 475. 476. 481. 489. 491. 519. 522. 524. 525. 534. 568. 569. 575.
577. 585. 587. 590. 599. 648. 652. 653. 657.
- Loewald, A. 390.
- Löwenthal 62.
- Löwit 259.
- Logemann, Fritz, Ein Beitrag zu den Missbildungen des Ureters 387.
- Lohnhard 366.
- Lohnstein, H., Prostata und Trauma 373.
- Beiträge zur pathologischen Anatomie der chronischen Blennorrhoe 464. 642. — 483.
- Lombardi, G., Beitrag zum Studium des Hermaphroditismus der Geschlechtswege 320.
- Lombardo, Lymphangiectasien der Vulva 276.
- und Mazza, Über den histochemischen Nachweis von Quecksilber in den Geweben 596.
- Lomer 476.
- Lommel 438.
- Looss 297.
- Lorain 253.
- Lortet 391. 392.
- Lorentzen, Carl, Schmerzhaftes Infiltrat in Haut und Muskeln und ihre Symptome 535.
- Lostorfer 98. 639.
- Lott 604.
- Loumaigne, A., Ureteritis und Pyelitis 387.
- Loumeau, E., Bemerkung über die Prostataktomie bei Prostat hypertrophie 317.
- 382.
- Loup, P., Beitrag zum klinischen Studium der endovesikalen Separation des Urins beider Nieren 335.
- Loveland, H. H., Chronische Purpura hämorrhagica 652.
- Lublinski, Jodismus acutus und Thyreoiditis acuta 596.
- Lubowski, M., Das Aronsonsche Antistreptokokkenserum und dessen therapeutische Verwendung 595.
- 8. 11. 12. 16.
- de Luca und Casagrandi, Versuche einer antiluetischen Prophylaxe und Therapie mit mikrobienfreien Filtraten von Syphiliden und mit Hundeserum, das mit solchen Filtraten vorbehandelt worden 275.
- Über einen neuen und konstanten bakteriologischen Befund bei einigen primären ulcerierten Syphilomen (*Bacterium syphilomatis ulcerosa* 560.
- Luoke, R., Die Lokalanästhesie in Blase und Harnröhre 97.
- Lüthje, H., Über den Einfluss der Außentemperatur auf die Größe der Zuckerausscheidung 434.

- Luithlen 143.  
 Lukasiewicz 128. 308. 309. 310. 312.  
 Lumière 559.  
 \*Lutati, Carlo Vignolo, Über einen  
 seltenen Fall von Pagetscher Krankheit  
 253.  
 — Über Pityriasis rubra pilaris 551.  
 Lutz 604. 614. 620.  
 Luys, Georges, Die Cystoskopie mit  
 direkter Besichtigung 821.  
 Lynn-Jenkins, E., Ein Beispiel von  
 derschützenden Wirkung der Impfung 81.
- M**  
 Macé 358.  
 McKee, E. S., Ärztliche Diskretion 390.  
 — Über Blennorrhoe beim Weibe 475.  
 Mackenzie 187. 188.  
 McKinnon, Über Prostatectomia supra-  
 pubica 381.  
 MacLennan, W., Leptus autumnalis und  
 die dadurch bewirkten Hautläsionen 297.  
 MacLeod, J. M. H., Die Behandlung  
 von Trichophytia capitis mittels Röntgen-  
 strahlen 185.  
 — Weitere Bemerkungen zur Behandlung  
 der Trichophytia capitis mittels Röntgen-  
 strahlen 185.  
 — Epitheliomentwicklung auf einer X-  
 Strahlennarbe in einem Falle von Lupus  
 vulgaris 468.  
 — 391.  
 MacMunn, J., Die Behandlung von  
 chronischen Geschwüren 229.  
 McRae 287.  
 Mc. Wany, E. J., Spirochäten bei Syphilis  
 104.  
 Magin, Jean, Über die chirurgische Be-  
 handlung der Beingeschwüre 290.  
 Maguire, Robert 13. 14. 16.  
 Maier 121.  
 Majocchi, D. 266. 267. 270.  
 Maisonneuve 336.  
 Maléot 209.  
 Malherbe, Henri, Vincentsche Ulce-  
 ration und Ulcus specificum 473.  
 Malinowski, Felix, Über Hydroa vac-  
 ciniformis 415.  
 — Die Dariersche Erkrankung (Psoro-  
 spermocosis follicularis vegetans) 490. 561.  
 — 138.  
 Malpighi 70. 205. 236. 253. 254. 260.  
 261. 262. 263. 284. 503. 571. 641.  
 Manassein, M. P., Beiträge zur Ge-  
 schichte der Dermato- und Venerologie  
 97. 167. 418. 419.  
 Manby, A. R., Die Verwendung von  
 Radiumbromid zur Behandlung von  
 Ulcus rodens 238.  
 Mankiewicz, O., Die Prostatahyper-  
 trophie 376.  
 — 81.
- Mansuroff 279. 604.  
 Mantoux, Charles, Über die latente  
 Nervensyphilis und die nervösen Stig-  
 mata der Syphilis 121.  
 Maramaldi, Das Muiracitin bei der Be-  
 handlung der sexuellen Impotenz 363.  
 Maratneck, L., Aktinomykose (forme  
 neoplasiqne) der Bauchwand 189.  
 Marcaacci 309. 310. 311.  
 Marceau 180.  
 Marchand 204.  
 —, L., Über den ätiologischen Einfluss der  
 Syphilis bei den Psychosen 358.  
 Marcille 316.  
 Marcus, Albert, Eine neue lokale Be-  
 handlungsmethode des Furunkels und  
 Karbunkels 231.  
 —, Carl, und Welfander, Edward,  
 Zur Frage der Behandlung der Syphilis  
 549.  
 —, Josef, Zur Impffrage 32.  
 Marcuse, B., Zur ambulatorischen Be-  
 handlung der Prostituierten 643.  
 — 160.  
 Marie, A., Über Allgemeinparalyse  
 und Syphilis bei den Arabern 357.  
 — Über Allgemeinparalyse in Form von  
 Dementia 358.  
 —, Pierre 344. 539.  
 Marino 98.  
 Marion, Testis inguinalis und Tumor  
 eines Testis abdominalis bei einer Frau  
 210.  
 Markley, A. J., Mykosis fungoides und  
 Röntgenstrahlen 555.  
 — und Heidingsfeld, M. L., Einige  
 dermatologische Mißbräuche der X-  
 Strahlen 580.  
 Marmorek 596.  
 Marschalkó 303. 308. 309. 310. 312.  
 393.  
 Marshall 568.  
 —, C. F., Syphilis bei der dritten Gene-  
 ration 47.  
 Martel, L., Über die Technik der ex-  
 ternen Urethrotomie ohne Leitsonde  
 vom lateralen medianen Wege aus 336.  
 Martial, René 170.  
 —, R., und Lerédde, Über einen Fall  
 von melanotischem Naevus, behandelt  
 nach verschiedenen Methoden 510.  
 Martin 292. 599.  
 Martius 179.  
 Maruyama, Zwei Fälle von Mastdarm-  
 blennorrhoe 563.  
 Marx, Lion, Über Kombination von  
 Syphilis und Tuberkulose 115.  
 — 458. 459.  
 Marzinowski 457.  
 — und Bogrow, Blastomycetenbefund  
 bei einer Hautkrankheit 456.  
 Marzocchi und Garra, Über die Spiro-  
 chaeta pallida 275.

- Massardo, Ein Fall von frischer Syphilis 171.
- Mathey, Paul Emile, Über die Epididymektomie in der Therapie der Genitaltuberkulose 368.
- Matsuura, Über Alopecia areata 563.
- Mattel, Cogliati und Ponzi, Drei Fälle von Syphiloma elephantasticum 171.
- Matzenauer, R. 2. 226. 254. 270. 537.
- Maubert, A., Über die Verletzungen des Ureters 387.
- Maucloire, Die künstlich herbeigeführte Verwachsung der beiden Hoden 168. — 368.
- Maupassant 177.
- Mauriac 212.
- Mauxion, Georges, Epithelioma vulvae 443.
- Maximowitsch, Die Fälle von Hospitalerysipel im Warschauer Ujezdowschen Militärhospital im Verlaufe von zehn Jahren (1893—1902). Material für medizinische und Hospitalzwecke 222.
- Mayer, Theodor, Zur Übertragung der Alopecia areata 314. — Über das Sajodin 504.
- Mayerhofer 8.
- Mazza und Lombardo, Über den histochemischen Nachweis von Quecksilber in den Geweben 596.
- Mazoyer, Die Tysonitis blennorrhagica 210. — und Audry, Tysonitis blennorrhoea ulcerosa unter dem Bilde eines Pseudoschankers 472.
- Meibom 76.
- Meier, Hugo, Über Isoform 588.
- Meiner, Willy, Über Pubertätsalbuminurie 437.
- \*Meirowsky, Untersuchungen über die Wirkungen des Finsenlichtes auf die normale und tätowierte Haut des Menschen 391.
- \*— Beiträge zur Pigmentfrage 541. — 545.
- Meissner, P., Einige Erfahrungen über Arhovin 519. — 267. 268.
- Melampus 77.
- Meltzer, E. 512.
- Mendes da Costa 469.
- Méneau, J., Ein kurzer Überblick über die in der Dermatologie gebräuchlichen Medikamente 645.
- Menetrier und Rubens-Duval, Spirochätenbefund bei einem Neugeborenen 360.
- Menhattan 46.
- Menschig, Carl, Zwei Fälle von Milzbrand 238.
- Mercier 340.
- Mering, J. v. 504.
- Merk, L., Über den Cytorrhoyotes luis (Siegel) 59.
- Merkel, Hermann, Über die Genese der Genitaltuberkulose des Weibes 444.
- Merzbach 513.
- Metscherski, Acrodermatitis continua (Hallopeau) 413. — Acrodermatitis continua suppurativa 640. — 457.
- Metschnikoff 61. 158. 262. 417. 418. — und Roux, Experimentelle Untersuchungen über die Syphilis 458.
- Meyer 13. 16. 604.
- , A., Über den therapeutischen Wert von Quecksilbersalzinjektionen bei Lupus und Lepra 44.
- , E., Zur Behandlung der Sykosis parasitaria 229. — 596.
- , Fritz, Über Wochenbettscharlach 26.
- , Johann, Zwei Fälle von Gummabildung in der Leber 119. — Seltene Ursache einer Facialislähmung 232.
- , Ludwig F., Zur Kenntnis des idiopathischen Ödems des Säuglings 646.
- Mezzetti, Fall von gummöser Ulceration in der Umgebung der Malleolus 172.
- Mibelli 137. 138. 148. 160. 161. 276. 345. 346. 349. 352. 353. 354. 504.
- Michaëlis, Leonor, Die Malakoplakie der Harnblase 361. — 362. 596.
- Michalowitzsch, Über Vulvovaginitis kleiner Mädchen und ihre häufigsten Komplikationen 484.
- Michel 327. 575.
- Migliorini, Betrachtungen über den Prostataabscess bei den Blennorrhoeikern 275.
- Mikulicz 218. 575. 588.
- Milian 173. 354.
- Miller, Charles C., Über Entzündung der Bartholinischen Drüsen 445.
- Milligan 9. 16.
- Milton 595.
- Minnich, K. 315.
- Miquel 604.
- Miron, Blutfleckenkrankheit (Purpura) infolge von sumpfigem Ursprunge 653.
- Mitchell, Wm., Ein Fall von Pustula maligna der Haut; Behandlung mittels Slavoschen Serums ohne Exzision; Heilung 234.
- Mittag, Johann, Über Anurie 383.
- Mitterer, Karl, Über das neue Diuretikum „Theocin“ 535.
- Miura, Über die chemischen Bestandteile des Unterhautfettgewebes bei Sclerema neonatorum 563.
- Moberg 160.
- Moeller, Magnus, Lupus pernio 160.

- Möller, Magnus**, Lupus erythematosus-ähnliche Tuberkulide 161.  
 — 129. 131. 159. 160. 161. 391. 393. 398. 399. 405.
- Mönckeberg, J. G.**, Über die Beziehungen zwischen Syphilis und schweriger Aorten-sklerose vom pathologisch-anatomischen Standpunkt 120.
- Mohr, Heinrich**, Die Erfolge der chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie 377.
- , L., Die Funktion der Nebennieren und ihre Beziehungen zum Morbus Addisonii 251.
- , Rich., Diffuses Skleroderma 284.
- Moingard** 496. 502.
- Moldovan, Julius**, Über kongenitale Sarkom- und Fibrombildung der Haut 242.
- Moll, Albert**, Analyse des Geschlechts-triebes 318.
- , Leopold, Beitrag zur Ernährungstherapie der mit Phosphaturie (Calcarurie) einhergehenden Neurosen im Kindesalter 442.
- Moncavo**, Über Spirochaeta pallida bei hereditärer Syphilis 360.
- Monsarrat, K. W.**, Stenosierung der Ureteren 388.
- Montgomery** 407.
- Moog, Robert**, Beitrag zum Studium der Ernährungsstörungen bei Syphilis. Die Wirkung der Quecksilberbehandlung 58.
- Moore, John T.**, Epilepsie syphilitischen Ursprungs 124.
- Moquet** 344.
- Moraczewski**, Ein Beitrag zur Kenntnis der Phosphaturie 441.
- Moraitis** 604.
- Moreau** 262.
- Moreira** 137.
- Morel** 296.
- Morère, Jean**, Beitrag zum Studium der Abscesse des Penis 327.
- Moreschi** 289.
- Morgagni** 94. 380.
- Morgan-Dockrell** 2.
- Morichau, R.**, Das akute umschriebene Ödem der Haut und der Schleimhäute 424.
- Mosca** 496. 498. 501.
- Mosenthal, Albert J.**, Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulose des Genitalapparates beim Weibe 444.
- Moser** 27. 28.
- Moses**, Zur ambulanten Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 289.  
 — Bubonenbehandlung mit Stauung 356.
- Moszkowicz, L.** und **Stegmann, R.**, Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Röntgenstrahlen 378.
- Morris, H.**, Ein Fall von Hydronephrose und Nierensteinbildung, bei welchem 16 kleine Konkremeute mittels der Röntgenstrahlen entdeckt wurden und wobei die Hydronephrose durch Abschnürung des Nierenbeckens durch eine über den unteren Teil des Organs hinwegziehende Arterie und Vene bedingt war 387.
- Morris, Malcolm** 44. 312.
- Morrow, Prince A.**, Die Prognose der Syphilis in bezug auf Ehe und Vererbung 45.  
 — 47. 147. 475. 604.
- Morvan** 39.
- Motz** 516. 517.
- , **Bolealas**, und **Hallé, Noël**, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tuberkulose des Harnapparates, Tuberkulose des Ureters und des Nierenbeckens 471. 508.
- Mouris, R. S.**, Schlussmitteilung über den Fall II von angioneurotischem Ödem 650.
- Mraček** 7. 86. 143. 412.
- Mucha**, Spirochäten in einer Placenta 409.  
 — Pemphigus vulgaris 409.  
 — Neurofibromatosis 409.  
 — Sklerose der Unterlippe 409.  
 — Rezidivsyphilid 409.
- Mühsam**, Behandlung der Blennorrhoe des Mannes mit Protargol 517.
- Müller** 121. 604.
- , C., Referate 40. 76. 106. 107. 109. 114. 129. 130. 171. 172. 174. 187. 190. 275. 276. 363. 369. 382. 388. 432. 438. 443. 456. 559. 560. 561. 593. 594. 596. 597. 654.  
 —, C. H. F. 580.  
 —, H. F. 186.  
 —, Johannes 483.
- , **Max**, Die venerischen Krankheiten in der Garnison Metz 530.
- , **R.**, Rektale Applikation des Gonosans gegen Blennorrhoe 514.
- , **Willy**, und **Bruno, Kayo**, Die Durchwanderung der Ankylostomalarmen durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit 297.
- Münchheimer** 56.
- Mulzer, Paul**, Über das Vorkommen von Spirochäten bei syphilitischen und anderen Krankheitsprodukten 109.
- Munier, Ferdinand**, Über den Wert der linearen Elektrolyse in der Behandlung der Harnröhrenstrikturen 332.
- Murani** 431.
- Musfield, J.**, Eine Serie von Fällen von Ikterus neonatorum in derselben Familie 295.
- Muslington** 40.



- Naab, J. P., Etwas über die Jahresbeule 186.  
 Nache 262.  
 Näcke 180.  
 Naestätter 19.  
 Nageotte 359.  
 Napp 385.  
 Nathan-Larrier, L., und Bergeron, André, Spirochaeta pallida im Blute Syphilitischer 360.  
 — 559.  
 Naunyn 123.  
 Necker 408.  
 —, Friedr., Über die Verwendung des Isoforms in der dermatologischen Therapie 588.  
 Negroni, G., und Zappi, A., Über Elephantiasis lymphorrhagica des Penis und Scrotums infolge von narbiger Unterbrechung der inguino-cruralen Lymphbahnen 328.  
 Nékám 496. 502.  
 Neisser, Albert, Über die Impfsyphilis der Affen 158.  
 — 496. 502. 517. 521. 555. 586.  
 —, Emil, Zur Kenntnis der Blutungen bei Polyneuritis alcoholica 654.  
 Nelaton 379. 492.  
 Nelson, Siegfried, Über zwei Fälle von Zungentuberkulose 44.  
 Nestorowsky, W. A., Die anatomischen Veränderungen der Haut bei Dysidrosis 504.  
 Neuberg 2. 42. 262. 279. 359. 414. 435. 436.  
 —, A., und Baermann, Gustav, Versuche zur Übertragung der Syphilis auf Affen (zweite Mitteilung) 57.  
 Neuberger 188.  
 Neuhaus, Über Strikturen der Harnröhre beim Manne 335.  
 Neukirch, Über essentielle Albuminurie 436.  
 Neumann, Die Geschlechtskrankheiten und ihre besonderen Beziehungen zur Armee 528.  
 — 83. 85. 86. 87. 133. 157. 187. 200. 279. 309. 310. 312. 407. 408. 409. 411.  
 —, Alfred, Die Behandlung der Gangrän, insbesondere der senilen und der Diabetisgangrän 281.  
 —, Isidor, Beitrag zur Kenntnis der Hirnsyphilis 122.  
 — Beitrag zur Geschichte und Klinik des Fibroma molluscum 248.  
 —, und Oberwarth, L., Über die Häufigkeit hereditärer Syphilis 361.  
 — Leukämische Tumoren 637.  
 — 548. 604. 635. 636. 637.  
 —, M., Operationslose Behandlung der Angiome 243.  
 Neusser 251.  
 Nichols, H. J., Pityriasis versicolor in einer Anstalt 134.  
 Nicolai 8. 10. 13. 15. 16.  
 Nicollas 559.  
 Nicolich, Abscefs der Prostata und der Niere, eitrige Perinephritis, verursacht durch einen Furunkel 510.  
 Niedner, Otto, Zur Frage der Cylindrurie ohne gleichzeitige Albuminurie 432.  
 Nielsen 273.  
 Niemeier, Albert, Referate 41. 53. 61. 128. 135. 332. 333. 339. 475. 489. 514. 519.  
 Niessen, von, Mutabilität und Generationswechsel des Syphiliabacillus als Ursache der variablen Syphilisercheinungen 56.  
 Nigris, Guido, Spirochaeta pallida und refringens nebeneinander im Blute bei hereditärer Lues 112.  
 Nikolas, J., Favre, M., und André, C., Über Spirochaeta pallida bei Syphilis 215.  
 Nikolsky 174.  
 Nitze 92. 320. 321. 343. 641.  
 Nobbe 239.  
 Nobl, G., Hyperkeratosis subungualis 85.  
 — Venerische Geschwüre 85.  
 — Osteoperichondritis luetica 408.  
 — Gummöser Knoten 408.  
 — Knorpelharte Induration im Corpus cavernosum penis 411.  
 — Luetisches Infiltrat 411.  
 — Myomatosis cutis disseminata 460.  
 — Sklerodermie 635.  
 — Hyperkerat. gummöse Infiltrate 635.  
 — Makulopapulöses Syphilid 638.  
 — Lupus erythematosus 638.  
 — 85. 407. 491. 638.  
 Nocht, B., Über Tropenkrankheiten 535.  
 Noeggerath, C. T., und Staehelin, E., Zum Nachweis der Spirochaeta pallida im Blut Syphilitischer 62.  
 — 64.  
 Noël, L. A., Die Lepra. Zwölf Jahre Praxis im Leprahospital zu La Desirade (Guadeloupe) 39.  
 — 604.  
 Noiré, H., Die Technik der Röntgenbehandlung des Hautepithelioms 237.  
 — 595.  
 —, und Sabouraud, R., Die Behandlung der Scheerflechte mit X-Strahlen 136.  
 Nothnagel 399. 406. 541.  
 Notbeck, Projekt eines Impfglements für Estland 32.  
 Notthafft, v., Über Spülsonden und Spülölvien 93.  
 — Schluswort zu der Erwiderung des Herrn Dr. Hammer-Berlin 97.  
 — Referat: Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Meran vom 24. bis 30. September 1905 96.

- Notthafft, v. 97. 157.  
Nové 382.
- Nydegger, James A., Eine ungewöhnliche Komplikation bei Blennorrhoe 478.
- Oberländer, F. M., Die Therapie der Prostatahypertrophie 376.  
— Ein antiseptisches Kathetertaschenetui 642.  
— 373.  
—, und Kollmann, A., Die chronische Blennorrhoe der Harnröhre des Mannes und ihre Komplikationen 474.
- Oberwarth, L., und Neumann, I., Über die Häufigkeit hereditärer Syphilis 861.
- Obermayer 440. 441.
- Oesterreicher, Gustav, Über interne Urethrotomie 336.
- Ohlemann, Julius, Beitrag zur Kenntnis des Erysipeloids und dessen Ätiologie 220.
- Ohno, Über Xeroderma pigmentosum in Japan 563.
- Okukawa, Über die einigen Fälle der Hauttuberkulose und Demonstration von Lupus vulgaris 563.
- Oliver, B., und Bartrina, J. M., Einige Betrachtungen über die Verwendung des Quecksilberoxycyanids in den Harnorganen 316.
- Ollivier, Eugène, Über akute blennorrhische Vaginitis 484.
- Omeltschenko, Zur Spirochätenfrage bei Syphilis 106.
- Oppenheim 407.  
—, Moritz, Die Hautblastomykose (Dermatitis blastomycetica) 187.  
— Die kombinierte Chinin-Jodbehandlung des Lupus erythematosus nach Holländer und eine Erklärung für diese Therapie (Oppenheim) 279.  
—, und Sachs, O., Eine einfache und schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaeta pallida 112.  
— Urticaria chronica recidivans 411.  
— Lichen ruber planus 411.  
— Prämykotisches Exanthem 412.  
— Roseola annularis 412.  
— Lupus erythematosus 412.  
— und Freund, Leopold, Weitere Beiträge zur Radiometrie 594.  
—, Moritz, und Löw, Otto, Klinische und experimentelle Studien zur Pathogenese der blennorrhischen Epididymitis 490.  
— Der Mechanismus des Blasenverschlusses im Röntgenbild 641.  
— 635.
- Oppenheimer, E. H., Varicellen der Hornhaut 25.
- Oppenheimer, E. H., Ulceriertes Infiltrat der Unterlippe 85.  
— Lupus erythematosus 85.  
— Syphilis und Reizung 85.  
— Lupus vulgaris 85.  
— Primäraffekt im Mundwinkel 86.  
— Biersche Stauung 87.  
— Pityriasis versicolor 88.  
— Erythrasma 88.  
— Alopecia decalvans 88.
- Oreline 8.
- Orlipski, Ein Beitrag zur Frage: „Gibt es blennorrhische Exantheme?“ 487.  
— 546.
- Oro 157. 496. 498. 501.
- Ormsby, Oliver S., Ein einheimischer Fall von Lepra tuberosa 89.  
—, und Eisendrath, Daniel N., Ein Fall von systematisierter Blastomykose mit Blastomyceten im Sputum 188.
- Ortner 637.
- Oslon 237.
- Osterspey, Wilhelm, Ein Fall von Enochondrom zweier Rippen und Metastasen in der Haut 245.
- Otis, W. K., Ein neues Electrocyoskop 320.  
— 169.
- Oxenius 432.
- Pacini 267.
- Padoa, Fibrinöse Harnocylinder 432.
- Page 369.
- Pagel 77.
- Paget, James 235. 236. 253. 270.
- Pagliari, Condylomata acuminata 172.
- Paine, W. H., Schutzwirkung der Vaccination 32.
- Paldrock, Alex., Die Wirkung der gebräuchlichsten Antiblennorrhoea auf Gonokokken 93.
- Panea, J., und Babes, V., Über pathologische Veränderungen und Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis 106.
- Pantz, W., Zur Anwendung von Mesotan bei Erysipel 224.
- Papagaey, Achille, Über die Multiplizität des syphilitischen Schankers. Statistik des Hospital Ricord (früher Midi) 54.  
— 54.
- Pappenheim 88. 95. 395. 396. 401. 406. 468. 542. 543.
- Pappritz, Anna, Welchen Schutz können Bordellstrafen gewähren? 466.
- Paramore 273.
- Pardoe, J. G., Die Behandlung der Tuberkulose des uropoetischen Systems mittels Tuberkulins (TR) 322.
- Park 14.

- Parry, F. W., Ein Fall von Nierenreizung infolge von Urotropin 587.
- Pascale 168.
- Paschkis, Rudolf, Lichen ruber planus 86.
- Über eine seltene Abnormität der Urethra bei einem menschlichen Embryo 94.
- \*Pasini, A., Unter der Hornschicht gelegene intraepidermale Talgdrüsen 67.
- Kaustische Wirkung des Arsenigsäure-Anhydrids auf die epithelialen Gewebe 276.
- Die Pathogenese des Bromexanthems 423.
- 560.
- Passini, Fritz, Über Giftstoffe in den Kulturen des Gasphegmonebacillus 528.
- Pasteau 316.
- Patois 386.
- Patschkowski 27.
- Patte, E., Die ätiologischen Beziehungen der Alopecia areata zum Zahnfleisch 268.
- Paulus, Fritz, Beitrag zur Klinik des Favus 463.
- Beitrag zur Anatomie des Favuscuticulum 504.
- Pautrier, L., Die atypischen Hauttuberkulosen (Tuberkulides) 43.
- Die Behandlung der kleinförmigen Gesichtsflechten bei Kindern und jungen Frauen (Pityriasis simplex) 183.
- Die Pseudopelade 286.
- 391. 392. 398. 405.
- Pawlow 414.
- Payenneville, Joseph, Kongenitale symmetrische Faltenzunge („Langue scrotale“) 492.
- Payne 14. 279.
- Payr, E., Wölflers Erysipelbehandlung 223.
- Pedersen, Victor Cox, Über Strikturen der Harnröhre: vorläufiger Bericht über höhlen- und rinnenförmige Sonden und Katheter zur Dilatation 333.
- Pelagatti, Über das primäre multiple Hautsarkom von Kaposi 173.
- 204. 415.
- Pel, P. K., Familiäres Vorkommen von Akromegalie und Myxödem aufluetischer Basis 281.
- Pelnar, Zur Pathogenese der orthostatischen Albuminurie 438.
- Pels-Lensden, Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten 246.
- Pennington 292.
- Pergola, Über die angebliche Wirksamkeit des „Hämosoters“ bei der Behandlung der Syphilis 130.
- Über die Wirkung der Jodgelatine von Slavo auf das Blut der Syphilitiker 180.
- Pergola, Neuer klinischer Beitrag zur Behandlung der Syphilis mit der Jodgelatine von Slavo 180.
- Pernet 125.
- Perret, Albert Emile, Zur Kenntnis der toxischen Lähmungen im Anschluss an äußerliche Anwendung von Arsenpräparaten 588.
- Perrin, Über einen Fall von Ileus nach Salpingitis blennorrhoeica 485.
- Peters, Morbus Werlhofii 658.
- , v. 113.
- Petersen 131. 262.
- Petit, Marcel, Ammen- und Säuglings-syphilis (Diagnostik und Prophylaxe) 113.
- Petresco 559.
- , G. Z. und Levaditi, C., Über Spirochaeta pallida in der Flüssigkeit von Bläschen 215.
- Petri 526.
- Petrini, Rhinosklerom oder Gléosklerom 220.
- Pezzar 209.
- Pfalz, Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum, ein paar Worte zur Ehrenrettung des Protargols 489.
- Pfeiffer, Ludwig, Die Impfklauseln in den Weltpolen der Versicherungsgesellschaften 33.
- 32. 33.
- Pflüger 434.
- Philippi, Referate 29. 31. 32. 39. 47. 97. 99. 106. 122. 125. 133. 134. 135. 167. 170. 182. 186. 189. 190. 219. 229. 233. 234. 268. 239. 242. 249. 250. 251. 252. 274. 279. 281. 286. 287. 293. 295. 298. 321. 322. 327. 329. 331. 337. 338. 339. 341. 342. 364. 366. 368. 370. 371. 372. 375. 381. 383. 384. 387. 388. 390. 420. 427. 444. 466. 472. 479. 488. 492. 525. 539. 540. 569. 575. 581. 582. 587. 648. 650. 652. 657.
- Philipsson 43.
- Photinos, Pityriasis rosea des Gesichts und Halses 547.
- Picard, Paul, Beitrag zur Kenntnis der syphilitischen Osteomyelitis der langen Knochen 121.
- Pichardt, Max, Ein neuer Apparat zur Zuckerbestimmung im Urin für die Praxis 433.
- Pick 496. 502. 589.
- , Walter, Gummöse Osteoperiostitis 410.
- Über die Einschlüsse im Lupusgewebe 415.
- Folliclis 639.
- Erythema nodosum perstans 639.
- Picker, R., Ein Fall von Rektalblennorrhoe beim Manne im Gefolge eines komplizierten Harnröhrentrippers 92.
- Prophylaxe der Heredesyphilis 114.

- Picker, R., Blennorrhische Infektion des Rektum beim Manne als Folge von Komplikationen des Harnröhrentrippers 488.
- Pielicke 82.
- Pierrot, Charles, Über die Vaccination der Neugeborenen 34.
- Piffard 604. 620.
- Piffault 345. 354.
- Pilnow 391.
- Pinard 359.
- Pini, Beitrag zur Kenntnis der Dermiten 187.
- Pinkus, Felix, Circumskripte Cutis anserina 366.
- Die Präventivbehandlung der Syphilis 126.
- Referate 81. 127. 199. 271. 355. 545. 546. 547.
- Pintor, Pinna 318.
- Piorkowski, Weitere Mitteilung über Syphiliimpfung am Pferde 57.
- Ueber Arhovin 590.
- Pirogow 414.
- Pismataro, Epididymitis blennorrhagica 171.
- Pitres 459.
- Plachte, Zur Therapie der akuten Blennorrhoe mit Protargol 517.
- Planer, H., Ein Fall von Nierenentzündung bei bestehender syphilitischer Lebercirrhose mit Thrombose der ganzen Pfortader 117.
- Plateau, G. J., Historische und topographische Studien über die Lepra in der Bretagne. Über die Beziehungen der Lepra zu dem „Syndrome de Morvan“ 39.
- Plato 521. 527.
- Plaut, Th., Ein Fall von Dermographismus bei einem Iktischen 600.
- 174.
- Ploeger, H., Die Spirochäten bei Syphilis 62.
- 64. 65. 110.
- Plucker 604.
- Poehl, Alexander, Die Beurteilung des Immunitätszustandes auf Grund der Harnanalyse 567.
- 586.
- Poirrier, L., Die nervöse Pathogenese des chronischen Pemphigus 182.
- Pollacci 276.
- Pollak, Josef, Die Atrophie bei multipler Neurofibromatose 205.
- Polland, Rudolf, Spirochätenbefunde bei Nosokomialgangrän in Unterschenkelgeschwüren 226.
- Ein Fall von nekrotisierendem, polymorphem Erythem bei akuter Nephritis 416.
- Pollitzer, A. 255. 258. 270.
- , J., Referate 83. 200. 407. 635.
- Pollitzer, J. 134.
- Pollosson, Auguste, und Violet, H., Primäres Cylinderzellencarcinom der vorderen Scheidenwand 317.
- Poncetton, F., Die durch Antipyrin verursachten Eruptionen 656.
- Ponzi, Cogliati und Mattei, Drei Fälle von Syphiloma elephantiacum 171.
- Poór, Franz, Die dermatotherapeutische Brauchbarkeit zweier Pyrogallusderivate (Lenigallol und Eugallol) 586.
- Poor 426.
- Porosz, M., Ein Ulcus venereum von großem Umfange 167.
- Die Anatomie und die physiologische Rolle des Ductus ejaculatorius und des Colliculus seminalis 315.
- Portal 77.
- Posner, C., Über Blasengeschwülste 342.
- Die diagnostische Hodenpunktion 365.
- Neue Gesichtspunkte in der Diagnose und Therapie der chronischen Prostatitis 375.
- Prostatahypertropie und Diabetes 376.
- Über essentielle Albuminurie 436.
- 365.
- Pospélow, Behandlung der Verruca juvenilis mit Arsenik 458.
- 413. 414. 457.
- Post 399. 405. 541.
- Potet 528.
- Praetorius, Numa 179.
- Prantschoff, A., und Kraus, R., Über das konstante Vorkommen der Spirochaeta pallida im syphilitischen Gewebe bei Menschen und Affen 111.
- Pravaz 61. 230. 365. 591.
- Preindlsberger, Josef, Zur Prostatectomia perinealis subsapularis 382.
- 325.
- Preis, Über die im menschlichen Organismus vorkommenden säurefesten Bazillen 525.
- Preiswerk, Adolf, Über allgemeine Hämochromatose 570.
- Price 475.
- Priessnitz 132. 481.
- Pringle 345. 347. 349. 351. 352. 353. 354.
- Prochaska, Bakteriologische Untersuchungen bei blennorrhöischer Allgemeinfektion 491.
- Procter, W. J., Ein Fall von Xanthoma diabeticorum 279.
- Profichet 296.
- Protarchos 80.
- Protitsch, Georg, Stearinsäureanilidverbindungen als Salbengrundlagen 587.
- Proust 379.
- Prowazek, S., Untersuchungen über das Wesen der Vaccineerreger 36.

- Puechavy, Leon, Beitrag zum Studium der Pathogenie der ano-rektalen Syphilome 116.
- Pulliet 262.
- Pullmann, Willy, Beitrag zur Kenntnis der Elephantiasis penis 828.
- Puschmann 77. 80.
- Putzler, Referate 88. 104. 118. 115. 116. 117. 118. 128. 188. 220. 223. 224. 229. 281. 284. 285. 286. 243. 245. 249. 283. 285. 294. 295. 320. 323. 324. 325. 332. 369. 371. 378. 383. 485. 513. 514. 516. 517. 519. 526. 529. 530. 568. 585. 599. 654. 656.
- Quadrone und Gramagna, Radiotherapie und initiale Syphilis 128.
- Quincke, H., Zur Pathologie der Harnorgane 320.
- 424. 468. 648. 649. 650.
- Quinquaud 472.
- Raab 2.
- Rabl 399. 405. 541.
- Rahn, Arthur, Die innere Blennorrhoebehandlung und deren Diätetik bei Gonocoeen 518.
- Die Nenndorfer Schwefelseife in der modernen Kosmetik 572.
- Referate 23. 24. 27. 29. 32. 45. 52. 60. 66. 105. 106. 108. 110. 111. 112. 116. 119. 126. 127. 131. 132. 184. 181. 182. 219. 224. 226. 231. 237. 252. 239. 290. 294. 319. 325. 386. 362. 363. 373. 374. 434. 445. 479. 482. 490. 494. 512. 515. 521. 525. 528. 536. 576. 578. 590. 581. 582. 587. 588. 589. 590. 595. 596. 597. 598. 600. 646. 650. 651. 653. 655. 657.
- Rahr, Erich, Ein Fall von Sklerom bei einem sechsjährigen Mädchen 219.
- Rake, Beaven 625.
- Ramm 382.
- Rammson 157.
- Ramu 282.
- Ranvier 259. 262. 270.
- Ranzi 219.
- Raoult, Was ein Arzt von der Radiotherapie wissen muß 580.
- Rathery, F., Über Nierensyphilis 556.
- Rathowski 270.
- Rau, Richard 346. 347. 351. 352. 354.
- Raubitschek, Hugo, Über einen Fund von Spirochaeta pallida im kreisenden Blut 105.
- Rauchmann, Ein Fall von spinaler Lähmung infolge tertiärer Syphilis bei Behandlung desselben durch Jodpräparate 124.
- Rausch, Heinrich, Referate 229. 376. 488. 484.
- Ravaut 559.
- , Paul, Thibierge, George, und Le Sourd, Louis, Studium der experimentellen Syphilis. Teil II: Der experimentelle weiche Schanker des Augenlids beim Makakus 20.
- Raven, H. M., Masern 23.
- Ravogli, A., Ein Pseudo- oder Narbenkeloid 249.
- Veränderungen in der hinteren Harnröhre als Ursache der Neurasthenie 332.
- Ravold, Amand N., Eine genaue Probe auf Eiweiß im Urin 436.
- Raymond 358.
- , F., Über urämische Hemiplegie 557.
- Raynaud 228. 408. 651.
- Bebentisch, Die radikale Heilung der durch Prostatahypertrophie bedingten Harnverhaltung mittels Prostatectomia suprapubica totalis 379.
- Recklinghausen 409. 449. 639.
- Reclus, Die Behandlung des Panaritiums 230.
- Behandlung des Furunkels und Karbunkels 232.
- Phimose und Circumcision 326.
- 227. 228.
- , Paul, Behandlung der Tuberkulose des Hodens. Kastration und Epididymektomie 368.
- Rédei-Szépfa, M., Zur internen Behandlung der Blennorrhoe 515.
- Reich, Otto, Zur Methodik der Bestimmung des Ammoniaks im Harn 438.
- 574.
- Reichel 279.
- Reines, Pustulöses Syphilid 409.
- Reiniger 576.
- Reiss 144. 158. 283. 304. 538.
- , Wladislaw, Beitrag zur Behandlung der Strikturen der Harnröhre mit Elektrolyse 333.
- Reissner 604.
- Reitmann 105. 107. 110.
- Renaud, Joseph, Über die Osteomyelitis der Säuglinge und ihre Beziehung zu der syphilitischen Pseudoparalyse 121.
- Rénon, Über Ernährung mit kochsalzhaltigen Stoffen 557.
- Reschetillo, Vier Kranke, mit Röntgenstrahlen behandelt 457.
- 457.
- Reulos, Auguste, Orchitis rheumatica 366.
- Revel, Joseph, Über essentielle Incontinentia urinae nocturna 322.
- Rey 324.
- Reye, Ein Beitrag zur Frage der fieberhaftenluetischen Leberschwellung 118.
- Reyn 43. 393. 394.
- Ribb 604.
- Ribbert, Hugo, Über den Pagetkrebs 285.

- Ribbert, Hugo** 536.  
**Richardière** 571.  
**Richardtz, Heinz**, Über ein percutan anwendbares Jodpräparat (Jothion) 585.  
**Richter** 279.  
 \*—, **Paul**, Über die angeblich älteste dermatologische Schrift, d. d. Melampus „de naevia“ 77.  
 — Syphilis des Sohnes lokalisiert 199.  
 — Haar mit Doppelschlinge 199.  
 — Ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung der Arzniausschläge 550.  
 — Über alte und neue Teerpräparate 591.  
**Ricord** 91. 481.  
**Riecke** 183. 201.  
**Riedel** 363.  
**Riedl, Martin**, Über bösartige Neubildungen der Vorsteherdrüse 375.  
**Riegler** 438.  
**Riehl, Ulceriertes Syphilitid** 202.  
 — *Lues corymbosa* 202.  
 — Carcinoma in lupo 202.  
 — Universelle Psoriasis 203.  
 — Framboëisforme Syphilis 407.  
 — Vitiligo, Naevus vasculosus und Ekzem 410.  
 — Psoriasis universalis 410.  
 — Urticarielles Erythem 410.  
 — Pemphigus 410.  
 — Scleroderma 412.  
 — Lupus erythematosus discoides 636.  
 — Lupus erythematosus 636.  
 — Sklerodermieartige Verhärtung 637.  
 — Fibrom 639.  
 — 200. 201. 202. 399. 405. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 415. 496. 502. 541. 548. 635. 636. 637. 638.  
**Ries** 19.  
**Riesel, Hans**, Ein Beitrag zu den Purpuraerkrankungen 652.  
**Rietke** 204.  
**Rille**, Über Spirochätenbefunde bei Syphilis 62.  
 — 63. 64. 65.  
 — und **Vockerodt, A.**, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis 62.  
**Ringleb, Otto**, Cystoskopie und Lithotripsie in verschiedenen Körperlagen 321.  
**Riollet, Jules**, Über die Rolle der Blennorrhagie in der Ätiologie der Spondylose rhizomelique und des chronischen Wirbelsäulenrheumatismus 485.  
**Risso** und **Cipollina**, Über das Vorhandensein der Spirochaeta pallida in den Leistendrüssen bei sekundärer Lues 106.  
 — Spirochaeta pallida und syphilitische Infektion 109.  
 — Unsere Resultate in der Serumtherapie der Syphilis 461.  
**Ritterhaus, A.**, Erfahrungen über intravenöse Kollargolinjektionen beim Erysipel 223.  
**Roberts** 282. 308. 309. 310. 312.  
**Robertson** 45. 101.  
**Robin** 253.  
**Robinson, F.**, Mitteilung über erfolgreiche Impfung nach dem Ausbruch von Variola 31.  
**Robson, A. W. Mayo**, Der Krebs und seine Behandlung 240.  
**Rodier** 204.  
**Röhmman** 521.  
**Römer** 108.  
**Röntgen** 21. 66. 81. 85. 134. 135. 136. 162. 184. 202. 219. 234. 237. 238. 239. 241. 252. 255. 291. 296. 298. 340. 387. 407. 408. 414. 415. 417. 473. 503. 506. 522. 537. 541. 572. 636. 640. 641. 645.  
**Röthlisberger, P.**, Zum Studium der kohlenstoffhaltigen Chlornatrium-Schwefelthermen von Baden (Schweiz) 594.  
**Rogers, John**, Die Behandlung des blennorrhoeischen Rheumatismus durch ein Antigonococcusserum 483.  
**Rolin**, Über die kindliche Syphilis 113.  
**Romanowsky** 60. 105.  
 — und **Winiwarter**, Dystopia testis transversa 364.  
**Romme**, Über Tabes und Orthopädie 360.  
**Róna** 409. 496. 502. 525.  
 —, **Desider**, Über Doppelbildung der Harnröhre 332.  
 —, **Samuel**, Zur Therapie des Erysipels auf Grund von ca. 5000 Fällen 222.  
 — 191.  
**Roosen-Runge, v.**, Über zwei Fälle von Maltafieber 539.  
**Rosenbach, O.** 118. 220. 222.  
**Rosenberg, Adolf**, Über Tabes dorsalis mit Hemiplegie; ein Beitrag zur Syphilis-Tabesfrage 124.  
**Rosenblath, W.**, Über einen eigenartigen Fall von Blutfleckenkrankheit 653.  
 — 121.  
**Rosenstein, Siegmund** 641.  
**Rosenthal, Lichen planus, Psoriasis** 81.  
 — Dermatitis nach Resorcin 271.  
 — Sexuelle Aufklärung der Jugend 305.  
 — 81. 138. 271. 355. 356. 496. 502. 546.  
**Rosewater, Nathan**, Ein masernähnliches Exanthem im Anschluss an Magen-darmstörungen 655.  
**Rost** 625.  
**Both, Viktor**, Zur Kasuistik des „hyperkeratotischen“ blennorrhoeischen Exanthems 487.  
**Roubinowitsch, v. Beurmann und Gougerot**, Sinnesstörungen bei Lepra. Ein Fall von polyneuritischen Psychose bei einem Leprakranken 642.  
**Roux** 417. 418.  
 — und **Metschnikoff**, Experimentelle Untersuchungen über die Syphilis 458.

- Rubens-Duval und Menetrier, Spirochätenbefund bei einem Neugeborenen 360.
- Rudnik, Josef, Kasuistische Beiträge zur Therapie der Blennorrhoe 519.
- Ruelle und Laffay, Eine in Mossi (im französischen Sudan) befolgte Behandlungsweise bei Lepra 169.
- Ruffer, M. A., und Calvocressi, G., Über eine bisher noch nicht beschriebene Veränderung am Urin von Nephritikern 389.
- Ruffini 267.
- Rummo, Pellagra erythematosa 171.
- Russel 459.
- Saalfeld 188. 271. 355.
- , Edmund, Über die Berechtigung der Kosmetik als Teil der wissenschaftlichen Dermatologie 448.
- Über die Behandlung des Trippers beim Manne durch den praktischen Arzt 491.
- Sabouraud, R., Manuel élémentaire de Dermatologie topographique - régionale 277.
- 2. 3. 5. 7. 184. 174. 428. 498. 537. 595.
- und Noiré, H., Die Behandlung der Scheerflechte mit X-Strahlen 185.
- Saburin 496. 502.
- Sachs, Lichen ruber planus 88.
- Leukoderma 83.
- Lupus vulgaris disseminatus 88.
- , Otto, Beiträge zur Pathologie der Vulvitis 444.
- 86. 226.
- und Oppenheim, M., Eine einfache und schnelle Methode zur deutlichen Darstellung der Spirochaeta pallida 112.
- Sack 593.
- Saemisch 489.
- Sahut, P., Die generalisierte Neurofibromatose 248.
- Sakurane, S., Ein Fall von Oidiomykosis der Haut und des Unterhautzellgewebes 415.
- Therapie der Syphilis 565.
- 604. 609.
- Salge, B., Kann eine an Scharlach erkrankte Mutter stillen? 27.
- Salkowski, E., Über die Gärungsprobe zum Nachweis von Zucker im Harn 433.
- Salmon 61. 858.
- Salsac, Eugène, Über Hautpapillome der Brustwarze 249.
- Salus 13. 16.
- Samberger, Franz, Zur Pathologie der Hyperkeratosen 90.
- 117.
- Samuel, M., Über eine Modifikation der Hautnaht nach Michel 575.
- Sandman, Lues maligna 160.
- Santi 184.
- Saraceni, Veränderungen an den Federn und in der Haut von Tauben, bei denen Operationen am Gehirn vorgenommen wurden 172.
- Die obliterierende Enderteriitis und die perikapilläre Infiltration als Ursache der Purpura und der Hämorrhagien bei den Syphilitikern 172.
- Sard, J. de, Neue Methode der Prostatamassage 510.
- Sasserath, Friedrich, Phlebitis blennorrhoeica 485.
- Sauerbrey, Ludwig, Ein kasuistischer Beitrag zur Torsion des Leistenhodens 368.
- Saupe, Alfred, Ein Fall von basaler Lues 124.
- Sauvage, Über einen Fall von hereditärer Syphilis 360.
- Savill 604.
- Sawade, Johann, Über seröse Cysten des Skrotums, Hodens und Samenstranges 365.
- Schaaf, Georg, Einige Fälle von Lebersyphilis 118.
- Schaich, Julius, Über die Diagnose der Nierensteine 387.
- Schall, K. 321. 576.
- Schallmeyer 177.
- Schamberg 568.
- , Jay F., und Hirschler, Rose, Epitheliom der Stirn, auf papillärem Naevus entstanden 558.
- , M. J., Die Behandlung vom Munde ausgehender eiteriger Affektionen des Gesichtes und Halses 186.
- Schaphir 604.
- Schapira, S. William, Primäre Blasen-tuberkulose 343.
- Schattenstein, J. L., Urämie und enterogene Autointoxikation und deren Beziehungen zu einander 95.
- Schaudinn, Fritz. 105. 159. 189. 207. 208. 226. 271. 560.
- und Hoffmann, Erich, Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen 60.
- Über Spirochaeta pallida bei Syphilis und die Unterschiede dieser Form gegenüber anderen Arten dieser Gattung 61.
- 52. 62. 63. 65. 104. 107. 109. 112. 358. 860.
- Schaumann, Karl, Spontanruptur der Blase nach Cystitis 338.
- Schechner, Michael, Über einen Fall von vikariierender Menstruation unter dem Bilde des Morbus maculosus Werlhofii mit tödlichem Ausgange 654.
- Schenk, Paul, Impfresultate und Impftechnik 38.

- Scherber, Xeroderma pigmentosum 84.  
 — Fast universelle Sklerodermie 84.  
 — Spirochaeta pallida 201.  
 — Vitiligo 201.  
 — Tuberculosis mucosa oris 201.  
 —, G., Ein Fall von Pemphigus mit eigen-  
 tümlichem Verlauf 182.  
 — Beiträge zur Klinik und Histologie der  
 nodösen Syphilide 548.  
 — Ichthyosis congenita 638.  
 — Blasenbildungen 638.  
 — 635.
- Schick, Béla 12. 16.  
 Schiff 594.  
 Schiffmacher 204.  
 Schifone, Klinischer und experimenteller  
 Beitrag zur radikalen Behandlung der  
 Varicocele nach der Methode von Du-  
 rante 369.
- Schildbach, Fr. H., Über die Riegler'sche  
 Methode zum Nachweis von Gallenfarb-  
 stoff im Harn 438.
- Schindler, Conr., Zur Frage der pa-  
 roxysmalen Hämoglobinurie 440.
- Schinze, Wilhelm Karl, Beitrag zur  
 kongenitalen Lungensyphilis 116.
- Schlagintweit 382.
- Schlasberg, H. J., Über Hautepitheliome  
 und deren Behandlung mit Finsenlicht  
 414.
- Schleich 289.
- Schlesinger, Arthur, Über Prosta-  
 tektomie 880.  
 — 240.  
 —, Erich, Akutes, umschriebenes Ödem  
 (Quincke), kombiniert mit Erythro-  
 melalgie 649.  
 — 648.
- Schloth 378.
- Schnabel, Fritz, Schwarze Haarzunge  
 138.
- Schneider, Paul, Ein Beitrag zur Ka-  
 suistik des Carcinoma penis 328.
- , Walter, Über Anthrasol als Teer-  
 ersatz 592.
- Schöndorf 434.
- Schönlein 428.
- Schofield, S. B., Purpura infectiosa 652.
- Scholtz 358.
- , W., Über den Spirochätennachweis bei  
 Syphilis 108.  
 — 2.
- Scholz 393. 405.
- Schorer 180.
- Schott 576. 581.
- Schourp, Ein Fall von schwarzer Haar-  
 zunge bei Syphilis 465.  
 — Referate 220. 325. 328. 380. 386. 435.  
 438. 465. 529. 530. 540. 642. 643. 646.  
 652. 654.  
 — und Freund, Ein Fall von Mykosis  
 fungoides mit Berücksichtigung der  
 Röntgentherapie 563.
- Schov, Zur Frage der Spirochaeta pallida  
 110.
- Schramm, H. 277.
- Schreiber, Richard, Über Polyarteriitis  
 nodosa 121.
- Schrötter, v., Verbreitung des Skleroms  
 bis zum Jahre 1908 220.  
 — 218. 219.
- Schroth 126.
- Schubert, M., Beri-Beri und Skorbut  
 654.
- Schüler, Martin, Über funktionelle  
 Albuminurie 437.
- Schüller 385.  
 —, Max, Über den Nachweis der hantel-  
 förmigen Bazillen bei der chronischen,  
 zottenbildenden Polyarthrit und über  
 Beziehungen der Syphilis zu derselben 56.  
 — 571.
- Schultz, Frank, Notiz zur Reaktion  
 des normalen Prostatasekrets 372.  
 — und Jadassohn, J., Bericht über die  
 Tätigkeit des Finseninstitutes der Der-  
 matologischen Universitätsklinik im  
 Inselepital zu Bern 41.
- Schultze 639.
- Schulz, Johann Heinrich 77. 78.
- Schulze, Bernhard, Referate 27. 30.  
 37. 38. 40. 56. 59. 61. 62. 92. 94. 102.  
 104. 109. 112. 115. 124. 126. 129. 130.  
 165. 206. 216. 238. 240. 241. 242. 252.  
 281. 284. 297. 322. 336. 337. 348. 357.  
 361. 365. 376. 377. 418. 434. 435. 436.  
 438. 440. 462. 463. 474. 481. 482. 486.  
 487. 492. 512. 513. 519. 535. 552. 553.  
 559. 565. 566. 567. 572. 579. 594. 595.  
 651.  
 —, Franz Eilhard, Cytorrhocytes luis  
 Siegel 59.  
 —, Walter, Impfungen mit Cytorrhocytes  
 luis an Kaninchenaugen 59.
- Schumburg, Über Kontaktinfektion 569.
- Schwab 263. 270.
- und Allison, Über Tabes und Ortho-  
 pädie 360.
- Schwalbe 399. 405. 541.
- Schwarz 476.  
 —, Eduard, Novargantherapie der Blen-  
 norrhoe 519.  
 —, Karl, Über die direkten Todesursachen  
 bei Carcinom und Sarkom 242.  
 — Scrophuloderma 407.
- Schweninger 536.
- Schwerkenbecher und Inagrkı, Über  
 die Schweifsekretion im Fieber 567.
- Sclavo 233. 234.
- Secretan, Charles 177.
- Sederholm, Keloide 161.
- Sée 604.
- Seidlitz 655.
- Seifert, Über Alypin 583.
- Seiffer, W., Syphilitische Psychose oder  
 progressive Paralyse? 126.



- Seldin, M., Über die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf innere Organe und den Gesamtorganismus der Tiere 578.
- Selenew 110.
- Seligsohn, W., Über Alypin, ein neues lokales Anästhetikum 583.
- Sellberg 237.
- Sellei, Josef, Behandlung der Blennorrhoe mit prolongierten Injektionen (Pansements intraurethraux) 515.
- Mit Harnröhrenwaschung kombinierte Harnröhrenfüllung bei der Behandlung des Trippers 517.
- Referat 51.
- 491.
- und Detre, L., Die Bestimmung des Resistenztiters des Blutes gegen Sublimat bei Syphilis 49.
- Weitere Beiträge zur Kenntnis der hämolysierenden Wirkung des Sublimats. Entgiftung der mit Sublimat behandelten roten Blutkörperchen mittels Blutlösung 582.
- Senator, H., Über die Messung der Hauttemperatur 523.
- 436.
- Senckenberg 120.
- Sereni 204.
- Sergent, Emile, Über Syphilis und Tuberkulose 214. 215.
- Sfameni 267.
- Shattuck, E. C., Erfolge der Kaltwasserim Vergleich zu den Warmwasser-Irrigationen bei der Behandlung der blennorrhoeischen Urethritis und Endometritis 515.
- Shearman, G., Die erfolgreiche Diagnose von chronischem Tripper 20.
- Shiwult 640.
- Sicherer, v., Alypin, ein neues Anästhetikum 583.
- Sick, K., Schaumzellentumor der Haut 245.
- Sieb 444.
- Siedlecki 640.
- Siegel, John, Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis 30.
- Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Syphilis. I. Morphologie der Cytorrhocytes luis 57. II. Impfungen auf Affen, Kaninchen und Meerschweine 58.
- Bericht über gelungene Übertragung der Maul- und Klauenseuche auf Kaninchen, nebst ergänzenden Bemerkungen über die Beobachtungs- und Färbemethoden der gesamten Cytorrhocytesgattung 185.
- 56. 59. 60. 560. 639. 640.
- Sievert, Johannes, Beitrag zur Lehre von den Psychosen bei Infektionskrankheiten. Ein Fall von Psychose bei blennorrhoeischer Infektion 485.
- Simanowski 18.
- Simelew, Über einen Fall von Ureteritis cystica 388.
- Simmond 491.
- Simonelli, Francesco, und Bandi, Ivo, Über die Anwesenheit der Spirochaeta pallida in sekundär-syphilitischen Manifestationen und über die zu ihrem Nachweis angewendeten Färbungsmethoden 62.
- Experimentelle Untersuchungen über Syphilis 549.
- 65. 559.
- Simonsen, Ein Fall von Gangraena scroti bei einem Diabetiker, geheilt durch Sitzbäder und Kompressen mit Borsäurelösung 282.
- Sittler, Paul, Die Sterilisation elastischer Katheter 66.
- Slavo 130.
- Slawyk 29.
- Smart, M., Das Diagnostizieren von Nierensteinen mittels der Röntgenstrahlen 387.
- Smit, J. A. Roorda, Einige Beobachtungen von Gehirnsyphilis 211.
- Smith, Alfred 596.
- , H. A., Ein Fall von septischer Paraphimose 327.
- , Thomas, Schleimhautveränderungen bei Lupus erythematosus 423.
- Sobel, Scleroma neonatorum: Bericht über einen Fall mit vollständiger Heilung 284.
- , Jacob, Allgemeine Betrachtung über die ansteckenden Haut- und Kopfhauterkrankungen bei Schulkindern 536.
- Söhngen 378.
- Soiland, Albert 579.
- Sokolow, Trichoma 413.
- Lepra tuberosa 413.
- Rhinophyma 457.
- Ulcus rodens 640.
- Referat 458.
- Solbrig, Über die von den Impfarzten zu befolgenden Vorschriften 82.
- Solger, F. B., Der Hautfarbstoff als Schutzmittel und der partielle Albinismus 506.
- Solowjew, N. W., und Wermel, S. B., Syphilis der Lungen 116.
- 596.
- Somerser, William L., Die Diagnose der Schafblattern 25.
- Sommer, Die Natur der elektrischen Vorgänge an der Haut, besonders der Finger 524.
- 431. 604.
- Sorrentino, Keratoma palmare et plantare hereditarium 173.
- Ist es möglich, die Haut mit Finsenschem Lichte zu sensibilisieren? 561.

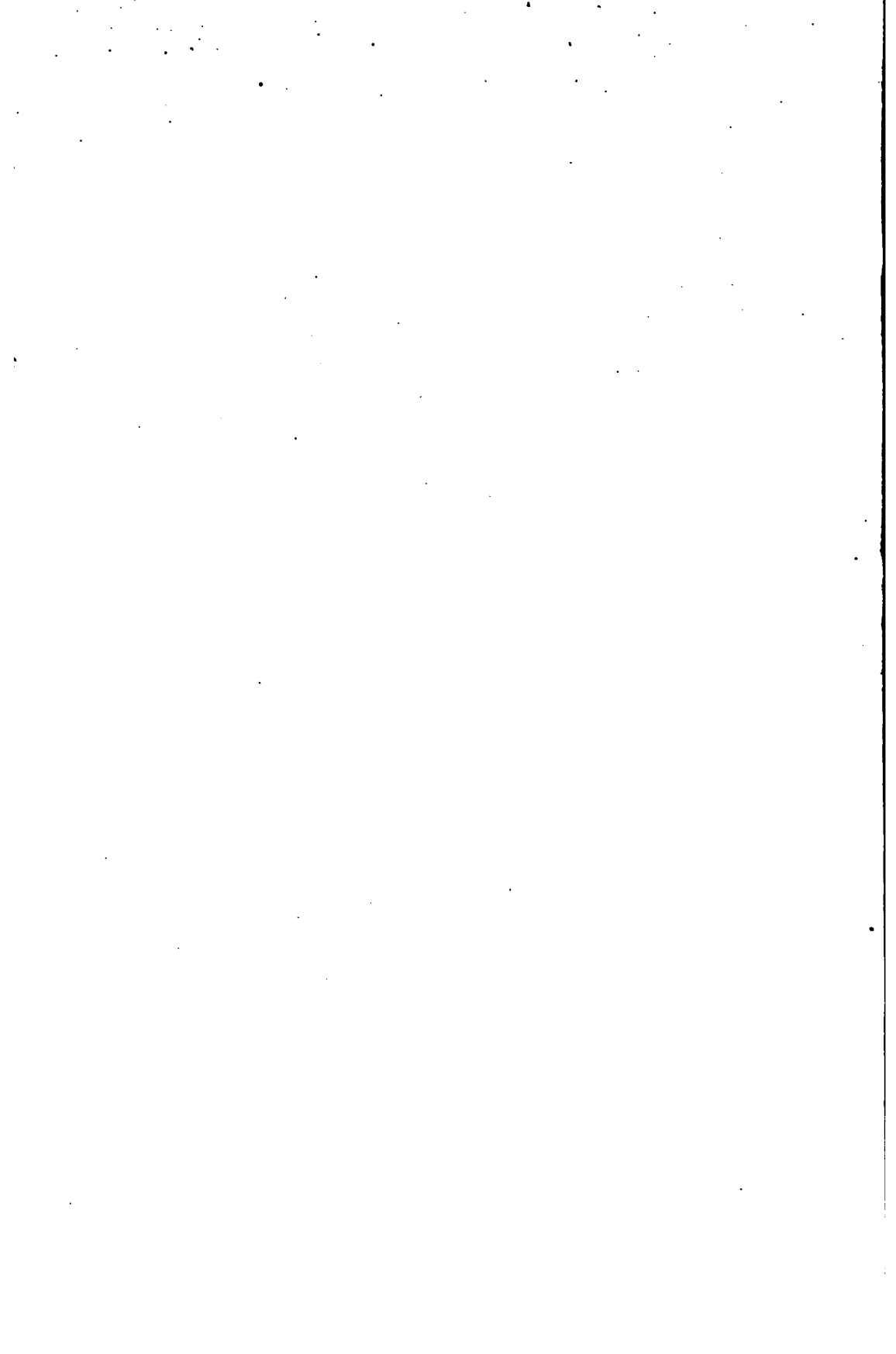
- Sota y Lasta, Ramon de la 604.  
 Sourd 162.  
 Sowinski, Zdzislaw, Ein Fall von Blennorrhoe, kompliziert durch multiple Gelenkaffektionen und blennorrhoeische Lymphangitis mit Ausgang in Veresterung 480.  
 Spearman, Fred. S., Hautemphysem in einem Falle von Bronchopneumonie 296.  
 Speranski 457.  
 Spiegelhoff, Johannes, Beitrag zu der Lehre von der Conjunctivitis blennorrhoeica 489.  
 Spiegler, Naevus linearis 88.  
 — Erythema multiforme 410.  
 — Tuberculosis pulmonalis 410.  
 — Keloidnarben nach Akne 635. 636.  
 — Purpura 636.  
 — Psoriasis 636.  
 — Lichen ruber planus 639.  
 — Gumma des Zahnfleisches 639.  
 — Lupus erythematosus 639.  
 — 87. 200. 202. 411. 436.  
 Spieler, Lymphatisches Ödem 84.  
 Spitzer, Carl, Tuberculosis verrucosa cutis 200.  
 — Psoriasisflecke 201.  
 — Actinomykose 201.  
 — Epithelioma serpinginosum 201.  
 —, Ernest, Über Haut- und Schleimhauttuberkulose durch Inokulation und Autoinfektion 43.  
 — Symmetrische Lipomata dolorosa 85.  
 — Rezidiv-Carcinomknoten 85.  
 —, L., Über Spirochätenbefunde im syphilitischen Gewebe 106.  
 —, Ludwig, Über den praktischen Wert der Silber-Eiweißpräparate (Protargol, Albargin, Largin, Iochthargan) bei der Behandlung der Blennorrhoe 516.  
 Spliedt, Gustav, Aortenaneurysma und Syphilis 119.  
 Sprengel 77. 78. 79.  
 Stachow 18.  
 Staehelin, B., und Noeggerath, C. T., Zum Nachweis der Spirochaeta pallida im Blut Syphilitischer 62.  
 — 64.  
 Stalkartt, W. H. S., Erythema ocarlatiniforme und Blennorrhoe 488.  
 Stanischew, Constantin, Zur Kasuistik der Sklerodermie 284.  
 Stassano 639.  
 Steffan 182.  
 Stegmann, B., und Moszkowicz, L., Die Behandlung der Prostatihypertrophie mit Röntgenstrahlen 378.  
 Stein, Arthur, Der Ikterus, ein Symptom sekundärer Syphilis 119.  
 Steiner, Zur Therapie der Impotentia coeundi 363.  
 —, J., Ein Fall von Ichthyosis congenita s. foetalis 185.  
 Steiner, Ein seltener Fall von Lupus erythematosus 281.  
 —, Michael, Die Behandlung der Blennorrhoe mit Arhovin 519.  
 — Zur externen Behandlung Hautkranker 594.  
 — 576.  
 Steinhardt, Ignaz, Über Kopliksche Flecken (zur Frühdiagnose der Masern) 28.  
 Stembo, L., Zwei Fälle von gebessertem resp. geheiltem Sarkom mit Hilfe von Röntgenstrahlen 506.  
 Stenner, Benno, Therapeutische Versuche mit Jodipin bei Hautkrankheiten und Syphilis 584.  
 Sterian, Eraili, Zur Behandlung der Blennorrhoe 514.  
 Stern, Referate 25. 26. 41. 46. 48. 55. 66. 96. 98. 114. 118. 136. 181. 182. 187. 218. 233. 237. 245. 272. 282. 288. 291. 292. 296. 315. 319. 330. 332. 333. 335. 338. 357. 374. 381. 390. 423. 431. 432. 436. 437. 440. 447. 469. 477. 478. 481. 482. 483. 484. 508. 515. 519. 527. 585. 537. 569. 579. 602. 650.  
 —, Carl, Untersuchungen zur Pathogenese der Anämie und zur Funktionsprüfung der Leber bei Syphilitikern 117.  
 —, M. A., Über sexuelle Neurasthenie 96.  
 —, Margarete, Histologische Beiträge zur Sekretion der Bürzeldrüse 521.  
 —, Paula, Beiträge zur Therapie der Syphilis 130.  
 —, Richard, Familiäre Enuresis nocturna 324.  
 Sternberg, C. 637.  
 Stieda, Alexander, Die accessorischen Gänge am Penis 325.  
 Stinson, J. Coplin, Verbesserte Operation für Hypospadien der Glans und des Penisteils der Urethra 327.  
 Stintzing 651.  
 Stoerk 362.  
 Stokvis 650. 651.  
 Stotzer, E., Alypin, ein neues Lokal-anästhetikum 533.  
 Strasburger, Julius, Der qualitative Nachweis des Zuckers im Urin (nach W. S. Haines) 434.  
 Strasser, Aug. Adrian, Masturbation im Kindesalter 319.  
 Strauch, Aug., Emphysema mediastinale et subcutaneum universale bei einem Keuchhustenanfall 295.  
 Strauss 325.  
 —, Arthur, Die Ausschabung der Harnblase beim Manne bei chronischer Cystitis ohne deren Eröffnung 339.  
 — Welche Vorteile bietet eine Penisklemme bei der Behandlung der Blennorrhoe? 419.  
 — Eine neue Penisklemme 540.

- Strauss, Arthur, Referate 277. 280. 517. 518. 520. 583. 584. 585. 586. 592. —, H. 16. 133.
- Strebel, Hermann, Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mittels Glimmlicht 165.
- Streitberger, Otto, Über die Implantation des Ureters in die Harnblase 388.
- Stretton, J. L., Ein Fall von Anthrax und dessen erfolgreiche Behandlung mit Sclavoschem Serum 233.
- Stricker 24.
- Stross, Oskar, Über das Wachstum der Gonokokken auf serumhaltigen Nährböden 526.
- Strümpell 539.
- Struppi 481.
- Struve, Harnröhrenmassagedehner zur mechanischen Behandlung der Blennorrhoe der vorderen Harnröhre 512.
- Stursberg, Über die Bedeutung der Dermographie für die Diagnose funktioneller Neurosen 600.
- Suarez, L., Ureterenkatheterisierung 317.
- Sugg, E., und Waele, H. de, Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varicellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren 29.
- Sutcliffe, W. G., Ein Fall von Harnröhrenruptur und viertägiger Urinextravasation 331.
- Swoboda, Norbert, Ein weiterer Fall von sogenannter Elephantiasis congenita 224.
- \*Szabóky, Johann v., Beiträge zur Ätiologie der Pityriasis rosea 495.
- Szadek, Karol, Beitrag zur Kasuistik der spontanen Gangrän syphilitischen Ursprungs (Gangraena spontanea syphilitica) 175. 429.
- Szépfa, M. Rédei, Zur internen Behandlung der Blennorrhoe 515.
- Szumann 382.
- Taenzer 149. 259. 366.
- Talma 651.
- Tanago, Gonzales 137.
- Tanaka, T., Komplikation der Blennorrhoe (Harnröhre und Blase) 563. — Über die Größe des Penis und die Kapazität der Blase bei Japanern 563. — Ein Beitrag zur Pathologie und Statistik der Epididymitis blennorrhoeica 564. — und Dohi, K., Über Spirochaeta pallida 565.
- Tandler 496. 498. 501.
- Tansard, Die Behandlung der chronischen Blennorrhoe mit Kollargol 518. — Das Alumol bei der Behandlung der Urethritiden 518.
- Tarnowski 47.
- Tashiro 604.
- Tauber, Siegfried, Striae bei Typhus 285. — Haemangioma cavernosum venosum capitis 244.
- Taylor, R. W., Die Prognose der Syphilis 46. — 45. 56.
- Tenholdt, A., Über Ankylostomiasis mit besonderer Berücksichtigung der Loosschen Lehre über die Einwanderung der Larven durch die Haut 297.
- Tennessee 501.
- Tenney, Benjamin, Frühdiagnose chirurgischer Erkrankungen der Harnwege 320.
- Teraghi, Über die Natur des Ulcus simplex contagiosum auf Grund histobakteriologischer und klinischer Untersuchungen 560.
- Terrepson, E., Die Therapie der Impotenz 362. — Zur physiologisch-mechanischen Therapie der Spermatorrhoe 371. — Die Rolle der bakteriologischen Untersuchung in der Therapie der Blennorrhoe 491.
- Teutschlaender, O., Die Samenblasentuberkulose und ihre Beziehungen zur Tuberkulose der übrigen Urogenitalorgane 372.
- Thayer, W. S., Über blennorrhoeische Septikämie und Endocarditis 479.
- Theobald 446.
- Thesing, Curt, Kritische Bemerkungen zur Spirochaeta pallida bei Syphilis 62. — Ein Wort zu dem Aufsatz von Dr. Giemsa, „Bemerkungen zur Färbung der Spirochaeta pallida“ 525. — B. 62. 63. 64.
- Thibault 262.
- Thibierge, George, „Atrophodermie en Plaques“, eine Form des Lupus erythematosus 278. — 345. 354. 496. 501. 559.
- , Bavaut, Paul, und Le Sourd, Louis, Studium der experimentellen Syphilis. Teil II: Der experimentelle weiche Schanker des Augenlids beim Makak 20.
- Thiersch 329. 571.
- Thies, Anton, Wirkung der Radiumstrahlen auf verschiedene Gewebe und Organe 577.
- Thin 253. 260. 262. 263. 270. 604.
- Thirier 232.
- Thomalla, R., Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf dem flachen Lande und in kleinen Städten 529.
- Thomas 147. 157.
- , J. Lynn, Bemerkungen über totale Prostataktomie auf Grund von 15 Fällen 381.

- Thompson 341.  
 —, R. L., Laboratoriumsdiagnose der Pocken 31.  
 Thorel, Louis, Über die Kompression in der cutanen Therapie, besonders über methodische Kompression 575.  
 Thost 182.  
 Thurston, E. O., Ein Fall von Ectopia testis 366.  
 Tiling, Johannes H. M. A. v., Die Behandlung der blennorrhöischen Arthritis mittels Hyperämie 481.  
 Toepfer, Carl 585.  
 Toepel und Dreyer, Spirochaeta pallida im Urin bei syphilitischer Nephritis 553.  
 Toepflich, M., und Kreuder, H., Rhinosklerom 218.  
 Török 262.  
 Toff, E., Über die intermittierende Behandlung des Trippers 518.  
 — Referat 573.  
 Tomaschewitsch, Acroangioma haemorrhagicum multiplex cutis 413.  
 Tomaschewsky, W., Zur Frage der Orchidopexie 366.  
 Tomaszewski, E., Zur subcutanen Jodipinanwendung 597.  
 Tommasoli 345. 354.  
 Tonkin 41. 604. 609.  
 Tophoven, Friedrich, Über Cystadenom der Prostata 375.  
 Topp, Rudolf, Über die therapeutische Anwendung des Yohimbin „Riedel“ als Aphrodisiacum, mit besonderer Berücksichtigung der funktionellen Impotentia virilis 597.  
 Torrey, John C., Ein Antigonokokkenserum zur wirksamen Behandlung des blennorrhöischen Rheumatismus 482.  
 Tourtoulin 604. 619.  
 Touton 347.  
 Trabucchi, Zur Struktur der Infiltrationsknoten nach intramuskulären Kalomelinjektionen 276.  
 Trachtenberg, Sophie, Poliklinische Beobachtungen über die Blennorrhoe beim Weibe 476.  
 Trautwein, Eduard, Eupicin, ein neues Teerpräparat 592.  
 Treadwell 594.  
 Trendelenburg 380.  
 Trenwith, W. D., Die Behandlung der Folgezustände der chronischen Urethritis anterior 477.  
 — Blennorrhöische Vaginitis bei kleinen Kindern 484.  
 Trevelyan, E. F., Familien-Rückenmarkadarre; Tabes dorsalis bei Ehemann, Gattin und Tochter 124.  
 Tropowitz 593.  
 Truffi, M., Über das Symptom von Nikolsky beim Pemphigus 174.  
 Truneczek 256.  
 Trzciński, T., Über die Verhütung parasyphilitischer Affektionen 48.  
 Tscherne, R. 589. 590.  
 Tschlenow 457.  
 Tsunoda, Ein Fall von Hautkrebs mit seltener Degeneration 563.  
 Tautsui, Über Xeroderma pigmentosum 563.  
 Türkheim, Referate 21. 22. 208. 211. 274. 426. 473. 556. 645.  
 Tuffier 373.  
 Tuley, Henry Enos, Syphilis und ihr Einfluss auf die Kindersterblichkeit 47.  
 Tuttle 292.  
 Tyson 76. 210.  
 Ullmann, Karl, Lupus erythematosus 83.  
 — Blennorrhöische Iritis 83.  
 — Multiple, totale Alopecie 85.  
 — Ichthyosis und Pemphigus vulgaris 200.  
 — Tuberkulid 200.  
 — Die sexuelle Aufklärung der Jugend 529.  
 — 83. 85. 204. 410. 411. 412. 496. 502.  
 Ulrich 178.  
 Ullmann 93. 492. 516.  
 \*Unna, P. G., Über die Pathologie und Therapie der Lepra 603.  
 — 2. 41. 76. 77. 80. 115. 132. 134. 138. 149. 150. 164. 184. 188. 280. 245. 254. 259. 260. 261. 263. 264. 270. 271. 284. 288. 311. 312. 366. 390. 392. 393. 395. 398. 399. 401. 405. 406. 414. 424. 496. 502. 504. 521. 534. 541. 542. 543. 545. 606. 633. 634. 637.  
 Vadacca, Ein seltener Fall von Teratologia auricularis 190.  
 Vaillard 308. 310. 311.  
 Valentin, Zur Kasuistik der Epidermolysis bullosa hereditaria 205.  
 Valentine, Ferd. C., Die sexuelle Frage in der Erziehung 601.  
 —, 325.  
 Valette, Paul, Über den diagnostischen Wert der Lymphocytose des Liquor cerebrospinalis bei syphilitischer Hemiplegie 122.  
 Vallentin, Ernst, Totaler Nasenrachenverschluss und Lues maligna 462. 552.  
 Vargas, J., Zur Kenntnis des Gonosanharns 438.  
 Variot, Das Erysipel der Neugeborenen 222.  
 — Die kongenitale Melanodermie 250.  
 — Ein Fall von geheilter Addison'scher Krankheit 251.

- Vaughan, George Tully, Circumcision 326.
- Vedova, Riccardo Dalla, Ein neuer intravesikaler Harnseggregator 471.
- Veiel 279.
- Veillon und Girard, Über Spirochaeta in den syphilitischen Roseolaflecken 360.
- \*Veress, Franz v., Über einige Fälle der Urethritis traumatica 299. — 391. 392. 393. 398. 399. 405.
- Verneuil 305. 312.
- Verrotti, Ein Fall von multipler Lymphdrüschenschwellung infolge von verkannter Syphilis, verlaufend unter dem klinischen Bilde einer lymphatischen Pseudoleukämie 117.
- Vesspremi 121.
- Veyrières 604.
- Vidal 85. 200. 254. 312. 496. 501. 546. 604.
- Vieth, H., Über die Wirkungsweise der Balsamika 573.
- Villaret, Zur Behandlung des Schweissfußes in der Armee 294.
- Villemin 208.
- Vince, Behandlung der varikösen Geschwüre 289.
- Vincent 262. 358. 473.
- Vincenzo, Über einen Fall von Chylurie 488.
- Vindevogel 13. 16.
- Violet, H., und Pollosson, Auguste, Primäres Cylinderepitheliom der vorderen Scheidenwand 317.
- Virchow 142. 143. 248. 305. 312.
- Vires 604.
- Viro 512.
- Vockerodt, A., und Rille, Weitere Spirochätenbefunde bei Syphilis 62. — 65.
- Voelcker, Fritz, und Lichtenberg, Alexander, Die Gestalt der menschlichen Harnblase im Röntgenbilde 337.
- Vörner, Hans, Ein Fall von Herpes zoster recidivus, Zoster dorsoabdominalis in loco 206. — Dellenbildung bei Lichen ruber planus der Schleimhaut 463. — Ein Fall von Urticaria pigmentosa maculosa 506. — Über eine Mischgeschwulst der Haut 548.
- Vogel, Julius, Zum Kapitel der nervösen Blasenstörungen 336. — Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der Urologie. Die Prophylaxe und Abortivbehandlung der Blennorrhoe 512. — Karl, Experimentelle Beiträge zur Frage der Desinfektion der Haut 575. — Über die Verwendbarkeit der konzentrierten Karbolsäure zur Behandlung des Skrophuloderma und der Furunkulose 590.
- Vogel, Karl, Kaliumpermanganat als billiges lokales Hämostatikum 591. — 576.
- Voigt 35. 546.
- Voiselle, J., Beitrag zum Studium der perinealen Prostataktomie 381.
- Volkmann 392.
- Vollmer, E., Über Papillomatose 551. — 204.
- Volpino 559.
- Vulliet, Eine einseitige Operation der Hypospadias penis und penoscrotalis mit vorausgehendem Perinealschnitte 327.
- Waele, H. de, und Sugg, E., Der Streptokokkenbefund bei Variola und Varicellen in bezug auf ein differentialdiagnostisches Verfahren 29.
- Waelsch 188. 504. — Ludwig, Über einen eigenartigen Mikroorganismus im Präputialsekret (Bacillus involutus) 527. — Hautkrankheiten und Stoffwechsellanomalien 531. — und Freund, Emanuel, Über Piedra nostras 164. — Die Geschlechtskrankheiten, ihre Bedeutung, Gefahren und Verhütung 566.
- Wahl 476.
- Walker, H. J., Quecksilbervergiftung in der Technik; Bericht über zwei Fälle 581. —, T. J., Akute ascendente Paralyse bei chronischer Cystitis 339.
- Walko 323.
- Wallich, Über Syphilis hereditaria tarda 361. — 559.
- Wallis, F. C., Ursache und Behandlung von Pruritus ani 292. —, J. Frank, Kleines multiples Kerion, ein ungewöhnlicher Fall von Trichophytie 554.
- Wanscher 391. 392. 405.
- Ware, Martin M., Über blennorrhoidischen Rheumatismus 482.
- Wasielewski, Th. v., Über die Technik des Guarnierischen Impfxperimentes und seine Verwendung zum Nachweis von Vaccineserregern in den inneren Organen von Impftieren 35.
- Wassermann 209. 483.
- Wasserthal, Pollakiurie bei Lebercirrhose 93.
- Watson, W. B., Ein Fall von ausgedehnter Ulceration der Haut und des subcutanen Bindegewebes 228. — Ein Fall von Atrophie der Phalangen der Hände nebst Gelenkaffektionen im Anschluß an multiple Tumoren der Haut 540. —, Chalmers 469.

- Weber, Arthur, Klinische Beobachtungen über die febrile Albuminurie 487.
- , Ernst, Die Bedeutung der Leukocytose für die Diagnose der akuten Eiterung 570.
- , F. Parkes, und Daser, P., Idiopathisches multiples Pigmentsarkom Kaposi (idiopathisches multiples hämorrhagisches Sarkom) 170.
- , und Fürth, Karl, Ein Fall von ulceroverrukköser Endarteriitis der Pulmonalarterie, im Anschluß an eine Blennorrhoe auftretend und eine Endocarditis vortäuschend 479.
- , K. 15.
- Wechselmann, Dermatitis exfoliativa 82.
- Lichenisation 82.
- , Wilhelm, Ein Fall von Elephantiasis teleangiectodes der rechten unteren Extremität und Skrotalhälfte mit hemiatrophischer Hypoplasie der rechten Gesichtshälfte 164.
- Favus 355.
- Erytheme 355.
- Lichen syphiliticus 355.
- Artefakte 355.
- Aus der Geschichte des Prostitutionswesens in Deutschland 644.
- 61. 81. 855. 356. 547.
- , und Loewenthal, Waldemar, Zur Kenntnis der Spirochaeta pallida 108.
- Wederhake, Über die Samenkörnchen des menschlichen Sperma 95.
- Zur Untersuchung menschlicher Samenflecke für gerichtliche Zwecke 371.
- Zur Färbung der Sedimente des Harns und der Exsudate 385.
- Der heutige Stand der Kryoskopie 386.
- Weeks, John E., Cylindrom der Orbita und Lider 249.
- 288.
- Wehner, H., Wachstum der Nägel 448.
- Weichselbaum 121.
- Weidenfeld, Leukaemia cutis 83.
- Lichen ruber planus 201.
- Tuberculosis verrucosa cutis 201.
- Eczema seborrhoicum 638.
- 86. 88. 200. 283. 409. 638. 639.
- Weigert 188. 227. 264.
- Weik, Therapeutische Versuche mit Isoform 597.
- 588.
- Weinrich 641.
- Welander, Edvard, Ein Fall von Erythema multiforme exsudativum mit tödlichem Ausgang 92.
- 159. 460.
- , und Marcus, Carl, Zur Frage der Behandlung der Syphilis 549.
- Welz, R. de 20.
- Wende, Ein Fall von akuter Urticaria mit besonderer Komplikation 599.
- 599.
- Wermel, S. B., und Solowjew, N. W., Syphilis der Lungen 116.
- 596.
- Weski, Oskar, Beiträge zur Kenntnis des mikroskopischen Baues der menschlichen Prostata 372.
- Werther, Über metastatische Hautentzündung bei Pyämie und über Hautentzündungen bei Infektionskrankheiten im allgemeinen 656.
- Wheatland, Markus F., Ein Fall von Ainhum 187.
- White 138. 143. 310. 382.
- , James C. 274.
- Whiteford, C. H., Einkeilung einer Hutnadel in der Urethra eines Mannes 331.
- Whiteside, George, Luft- und Wassercystoskope 470.
- Whitfield 204.
- Wichmann, P., Zur Röntgentherapie 580.
- Wick 637.
- Wickham 254. 255. 262. 263. 270.
- Widal, Fernand, Über die Ernährung mit chlorarmen Stoffen bei Brightscher Krankheit, Chlorurämie und Azotämie 556.
- Über die Ernährungsweise mit Entziehung von Chlor 558.
- 456. 556.
- Widowitz, J. 12. 16. 27.
- Wiener, Alex. C., Celluloid als Wundverband 586.
- Über totale Prostataktomie unter Lachgas 380.
- Wightwick, A., Ein Fall von Quecksilbervergiftung 581.
- Wijk, T. A. van der, Über die Behandlung des Favus capitis, der Trichophytia capitis und der Mikrosporie in den Schulen 427.
- Wildholz, H., Eine neue Methode zur Heilung von Rectourethral fisteln 642.
- Wildholz 296.
- Wile 253. 254. 260. 263. 270.
- Wilkinson, G., Zwei seltene Blasenaffektionen: Totalinversion der Blase und kongenitales Diverticulum am Blasengrund 338.
- 554. 592.
- Willan 80.
- Williams, A. Winkelried, Über gewisse Erscheinungen von mit X-Strahlen behandelten Haaren 423.
- , Chisholm, Die Verwendung der Röntgenstrahlen beim Carcinom 241.
- Die ethischen Pflichten des Arztes in bezug auf Syphilis und Blennorrhoe 539.











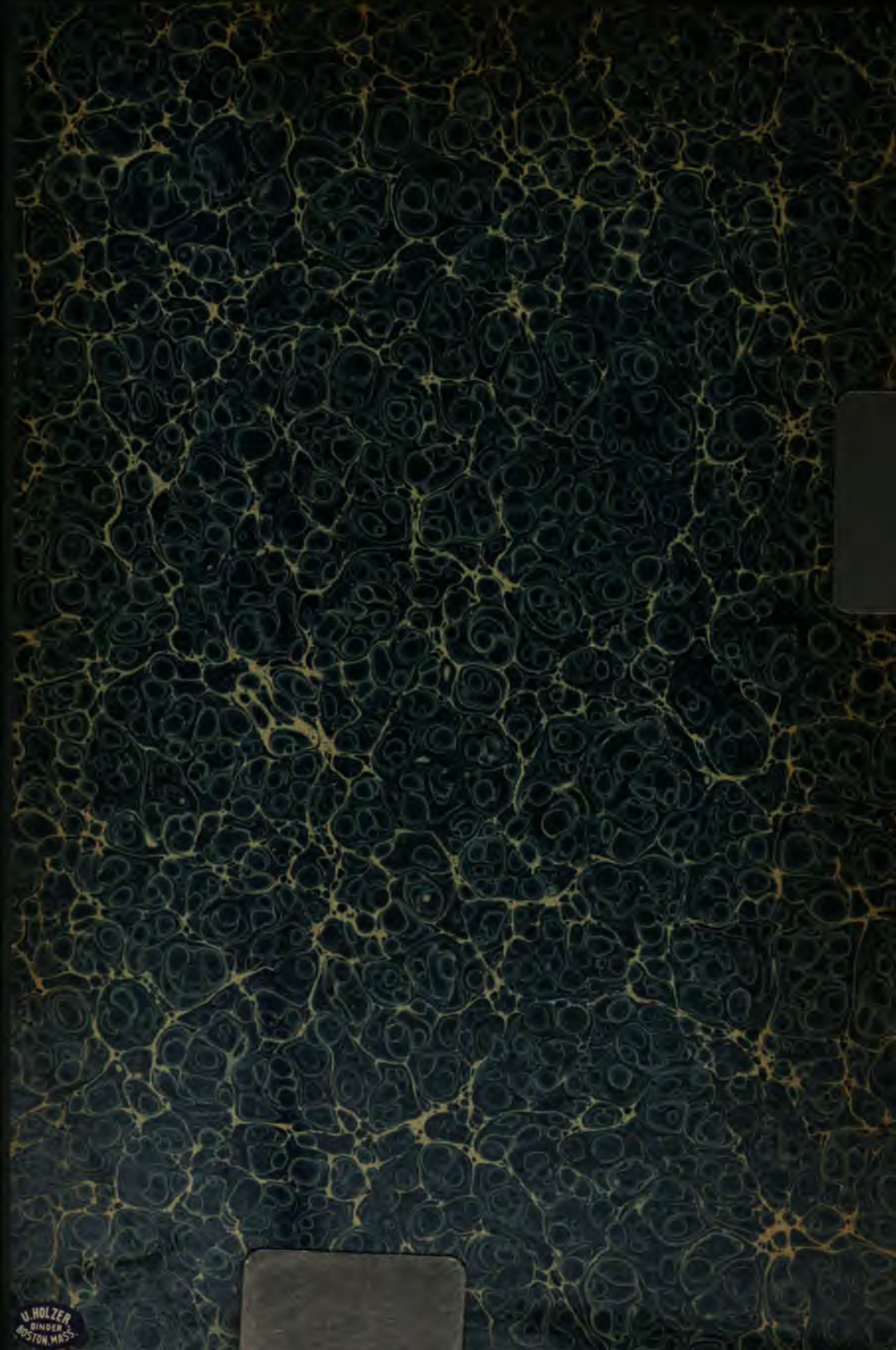


~~413~~

~~341+~~

MC 1608





W. HOLZER  
BINDER  
BOSTON, MASS.