

610.5
D43
C4



**DERMATOLOGISCHES
CENTRALBLATT.**

**INTERNATIONALE RUNDSCHAU
AUF DEM
GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTS-
KRANKHEITEN.**

**HERAUSGEGEBEN
VON
PROFESSOR DR. MAX JOSEPH
IN BERLIN.**

**SIEBZEHENTER JAHRGANG.
MIT ABBILDUNGEN IM TEXT.**



**LEIPZIG
VERLAG VON VEIT & COMP.
1914**



Medical
Muehler
1-20-27
13902

Inhalt.

a) Originalabhandlungen.

	Seite
Breitenstein, H. Ist die Framboesia tropica Syphilis?	162
Chajes, B. Über nicht-gonorrhöische Urethritiden und ihre Komplikationen .	194
Christ, J. Zur Kasuistik des „dentalen“ bzw. „neurogenen“ Ekzems	98
Cohn, Paul. Zur Behandlung der Pyelonephritis	11
— Willy. Über Ichthyosis atypica	229
Eliasberg, Julius. Über den therapeutischen Wert des Salvarsans	7
Eschbaum. Beitrag zur Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis	291
Eschweiler. Pemphigus vulgaris; Heilung durch Neosalvarsaninjektionen . .	262
Fischer, Franz. Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der Ulcera cruris	227
Heim, Gustav. Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten . 130. 170.	200
Kopytowski, W. Über die durch Sulfoform hervorgerufenen anatomisch-patho- logischen Veränderungen in der gesunden Haut	323
Lalajanz. Über Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat	353
Meyer, Johann. Beitrag zur Behandlung juckender Dermatosen	258
Mitschke. Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän	292
Neisser, A. Offener Brief an den Herausgeber	226
Paldrock, A. Wanzen und Schaben als Verbreiter des Lepraerregers	66
Rühl, Karl. Ein Fall von abnormer Verfärbung der Kopfhare unbekanntem Ursprungs	40. 72
Schuster, Paul. Die Beziehungen der sogen. tuberosen Sklerose des Gehirns zur Dermatologie	2
Starke. Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter)	35
Winkler, H. Über Albinpuder	167
Winter, F. Autovakzinebehandlung bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut	37

b) Übersichtsreferate.

Goldberg, Die neuen Behandlungsmethoden der Geschwülste der Harnblase und der Vorsteherdrüse	74
— Tripperbehandlung	137

c) Therapeutische Revue.

Joseph, Max	11
-----------------------	----

d) Referate.

1. Allgemeine Pathologie und Therapie

Seite 14. 43. 80. 107. 141. 174. 206. 235. 263. 294. 328.

2. Entzündliche Dermatosen.

Seite 16. 82. 109. 143. 177. 207. 239. 264. 298. 333.

3. Zirkulationsstörungen der Haut.

Seite 45. 83. 179. 208.

4. Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

Seite 18. 46. 111. 145. 179. 208. 240. 266. 334.

5. Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

Seite 20. 83. 112. 180. 209.

6. Neuritische Dermatosen.

Seite 21. 47. 114. 211. 300.

7. Parasitäre Dermatosen.

Seite 22. 48. 85. 115. 147. 267. 301. 336.

8. Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

Seite 23. 49. 85. 116. 147. 181. 211. 241. 268. 301. 337.

9. Gonorrhoe.

Seite 25. 52. 87. 116. 150. 182. 212. 243. 270. 303. 337.

10. Venerische Helkosen.

Seite 88. 183. 213.

11. Syphilis.

Seite 27. 54. 88. 118. 152. 184. 213. 246. 273. 307. 338.

12. Krankheiten des Urogenitalapparates.

Seite 60. 125. 155. 219. 252. 282. 315.

e) **Bibliographie.**

Seite 62. 94. 126. 156. 220. 253. 285. 316. 348. 361.

f) **Therapeutische Notizen.**

Seite 30. 62. 94. 127. 157. 190. 221. 254. 286. 318. 349.

g) **Vermischtes.**

Seite 32. 64. 96. 128. 160. 192. 224. 256. 288. 320. 352.

h) **Offener Brief an den Herausgeber.**

Seite 288.

i) **Vereinsberichte.**

Berliner Dermatologische Gesellschaft Seite 127. 191. 222. 255. 350.

Deutsche Dermatologische Gesellschaft in Wien Seite 80.

Internationaler medizinischer Kongreß in London Seite 63.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft Seite 158. 286.

Norddeutsche dermatologische Vereinigung Seite 94. 318.

k) **Personalien.**

Seite 32. 64. 128. 160. 192. 288. 320. 352. 362.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1913.

Oktober.

Nr. 1.

Inhalt. I. Originalmittellungen. 1) Die Beziehungen der sogen. tuberösen Sklerose des Gehirns zur Dermatologie, von Prof. Paul Schuster. 2) Über den therapeutischen Wert des Salvarsans, von Dr. Julius Eliasberg. 3) Zur Behandlung der Pyelonephritis, von Dr. Paul Cohn.

II. Therapeutische Revue. Von Prof. Dr. Max Joseph.

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Zur Frage der experimentellen Thalliumalopécie. Bemerkungen zu der Arbeit von A. Pöhlmann: Beiträge zur Ätiologie der Alopecia areata mit experimentellen Untersuchungen über die Thalliumalopécie, von A. Buschke. 2) Über das Wesen des sogen. Unnaschen Flaschenbacillus, von Kraus. 3) Ein neues Wundpulver, von Kammer. 4) Weitere Mitteilung über „Ulsanin“, von R. Mandl. 5) Les éruptions artificielles provoquées par le Goudron de houille brut, par Brocq. 6) Recherches sur la vaccinothérapie de Wright en ce qui concerne les staphylococques et le microbacille séborrhoïque, par Sabouraud et Noiré. 7) Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten, von F. Hammer. — Entzündliche Dermatosen. 8) Über Acne neonatorum, von A. Kraus. 9) Sopra un caso di dermatite esfoliativa generalizzata, per Palumbo. 10) Die Behandlung des Ulcus varicosum mit einfachen Kleisterverbänden, von Wertheimer. 11) Epithel und Tätowierung, von Schrwald. 12) Tuberculose inflammatoire et psoriasis, par Petges et Desqueyroux. 13) Ist die Psoriasis ein Symptom chronischer Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis)? von W. Schoenfeld. 14) Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyreoidienne et testiculaire, par Léopold-Lévi. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 15) Fall von Röntgenulcus von 11 monatiger Dauer ohne Heilungstendenz. Heilung mit Zellerscher Pasta, von R. Eben. 16) Über das Rhinophyma, eine histologische Studie; zugleich ein Beitrag zur Frage der postfötalen Talgdrüsen- und Haarneubildung, von J. Kyrle. 17) Three cases of granuloma annulare, by I. L. Bunch. 18) Tumeurs multiples de la peau à type sarcomatoïde, par Brault et Argaud. 19) Élastome diffus de la peau, par Dubreuilh. 20) Di alcune affezioni granulomatoze della cute osservate a Tripoli, per Sabella. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 21) Knotenförmige Hautverdickungen bei Sklerodaktylie, von B. Lipschütz. 22) Beitrag zum Studium der Sklerodermie der Zunge und der Munschleimhaut, von Vignolo-Lutati. 23) Dermatoses congénitales et familiales à lésions trophiques progressives et chroniques ulcéro-végétantes à debut pemphigoïde avec dystrophiques unguéales. Variété de pemphigus congénital de forme dystrophique, par Nicolas, Mentot, Charlet. 24) Über die kongenitalen ektodermalen Defekte und ihre Beziehungen zueinander; vikariierende Pigment- für Haarbildung, von J. Christ. — Neuritische Dermatosen. 25) Über Herpes facialis bei Diphtherie, von F. Reiche. 26) Pelade et goitre exophtalmique, par Sabouraud. — Paratitäre Dermatosen. 27) Histologische Untersuchungen über Trichophytheilung und -allergie beim Meerschweinchen, von S. Hanawa. 28) Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen, von Br. Bloch. 29) A case of dermatitis gangraenosa infantum, by A. H. H. Howard. 30) Sopra un caso di scabbia norvegese, per Radaelli. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 31) Die Pathologie und Therapie der Lepra, von W. Ebstein. 32) Über die

Kultivierbarkeit und Morphologie des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen, von **J. Recustierna**. 33) Die Lepra in Estland, von **A. Kupffer**. 34) Über die Beziehungen des chronischen Lupus erythematodes zur Tuberkulose, von **Bloch** und **H. Fuchs**. 35) Risultati ottenuti dalle inoculazioni intraperitoneali di emulsione di leproma nei conigli, per **Verrotti**. 36) Erythema nodosum und Tuberkulose, von **Moro**. 37) Case of erythema induratum giving no evidence of tuberculosis, by **J. Halloway**. — Gonorrhoe und deren Komplikationen. 38) Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und deren Komplikationen, von **Keil**. 39) Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen, von **Bruck** und **Sommer**. 40) Ein schwerer Anfall zerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektion, von **Fischer**. 41) Die Behandlung des gonorrhoeischen Gelenkrheumatismus mit intravenösen Arthigoninjektionen, von **E. Steinitz**. 42) Die Sonderstellung der Staphylomykosen der Harnwege, von **Goldberg**. 43) Über Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparates, von **Drucker**. — Syphilis. 44) I. Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von **M. Rabinowitsch**. II. Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von **H. Neue**. 45) Über die Häufigkeit der syphilitischen Sklerose der Aorta relativ zur gewöhnlichen Atherosklerose und zur Syphilis überhaupt, von **F. Lenz**. 46) Über die diagnostische Wertlosigkeit der negativen Wassermann-Reaktion, von **K. Bühl**. 47) Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums, von **E. v. Gierke**. 48) Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von **A. Zlotiecki**. 49) Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leukocytozoon syphilidis), von **J. E. R. McDonagh**. 50) Über die Verdauungsfähigkeit des Normal- und Luesserums, von **Manoloff**. 51) Erfahrungen mit der Hermann-Perutzschen Syphilisreaktion an 600 Fällen, von **Fr. Lade**. 52) Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion, von **Brütigam**. 53) Quantitative Ausflockungsreaktionen bei Syphilis, von **V. Ellermann**. 54) Experimentelle Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion im Inhalte von Kantharidenblasen, von **A. Buschke** und **E. Zimmermann**. 55) Weitere Mitteilungen über die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen für das Kaninchen, von **Uhlenhuth** und **Mulzer**. 56) Die Notwendigkeit einer obligatorischen Einführung der Blutuntersuchung nach Wassermann bei der Kontrolle der Prostituierten und deren Bedeutung für die allgemeine Prophylaxe der Syphilis, von **Müller**. 57) Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung, von **E. Hoffmann**. 58) Unterschiede zwischen dem Blutserum bei Paralyse und Dementia praecox in bezug auf die Auflösung von Immunhämolytinen, von **L. Benedek** und **St. Déak**.

IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

1. Die Beziehungen der sogen. tuberösen Sklerose des Gehirns zur Dermatologie.

Von Prof. Paul Schuster in Berlin.

Wohl den interessantesten Berührungspunkt zwischen Dermatologie und Neurologie haben uns die letzten etwa 10 Jahre in dem Krankheitsbild der tuberösen Sklerose des Gehirns kennen gelehrt. Das anatomische Bild der durch die tuberöse Sklerose im Gehirn geschaffenen Veränderungen war schon seit etwa 30 Jahren durch Hartdegen und besonders durch den Psychiater Bourneville bekannt geworden. Es be-

steht darin, daß sich im Gehirn — meist im frühen Kindesalter verstorbenen — epileptischer Idioten¹ knotenartige Rindenverdickungen, welche manchmal etwas mehr tumorartigen Charakter tragen, zeigen. Außer diesen Rindenveränderungen finden sich weiter noch stecknadelknopf- bis erbsengroße unregelmäßige Knoten in den Seitenventrikeln und Verlagerungen von Rindensubstanz in die Marksubstanz. Alle diese Veränderungen sind angeboren.

Schon Bourneville hatte beobachtet, daß die geschilderten makroskopischen Veränderungen im Zentralnervensystem außerordentlich häufig mit einer eigentümlichen Geschwulstbildung in den Nieren einhergingen. Bald fand man, daß noch andere Organe, besonders das Herz, Geschwulstbildungen aufwiesen, und daß sich häufig auch am übrigen Körper der Kranken, an den Därmen, am Skelett und an anderen Orten Mißbildungen zeigten.

Erst relativ spät lernte man — besonders durch Ponfick und durch Vogt — welch letzterer sich die allergrößten Verdienste um die Erforschung der Krankheit erworben hat — auch die Veränderungen der Haut kennen.

Da mir der Herausgeber dieses Centralblattes, dessen Freundlichkeit ich einen Fall von tuberöser Sklerose verdanke, mitteilt, daß in den dermatologischen Kreisen die Beziehungen zwischen den Veränderungen der Haut und der tuberösen Sklerose des Hirns wenig bekannt sind, so folge ich gern seiner Aufforderung, über die wichtigsten Daten des Krankheitsbildes kurz zu referieren.

Die hauptsächlichsten makroskopischen Veränderungen des Gehirns wurden soeben schon genannt. Die Rindenknoten sind an dem frischen Präparat durch größere Resistenz sowie dadurch kenntlich, daß der graue Saum der Hirnrinde an der Stelle des Knotens unterbrochen ist. In der Regel erscheint die Rinde an der Stelle des Knotens etwas eingesunken, manchmal auch etwas erhöht. In den Seitenventrikeln sieht man meist mehrere kleine tumorartige Erhebungen. Auch in histologischer Hinsicht sind die zerebralen Veränderungen außerordentlich charakteristisch. Kurz gesagt, findet man eine starke Wucherung der Neuroglia, eine gewisse Desorientierung der Nervenzellen, sowie schließlich als pathognomonischen Befund eigentümliche, sehr große Zellen, welche manchmal den Ganglienzellen sehr ähneln, manchmal sich in ihrem Aussehen mehr den Gliazellen nähern. Der makroskopische und mikroskopische Befund des Gehirns ist in ausgesprochenen Fällen so typisch, daß er nicht verkannt werden kann.

Genau das gleiche wie von den zerebralen ist von den Hautveränderungen zu sagen; denn die bei weitem wichtigste der mit der tuberösen

¹ Es gibt auch Fälle, welche geistig unauffällig sind und gleichzeitig nur wenig auffallende epileptische Störungen zeigen.

Sklerose vergesellschafteten Hautanomalien ist so eigenartig, daß sie kaum mit irgend einer anderen verwechselt werden kann. Diese Hautveränderung ist das *Adenoma sebaceum*, nach seinem Hauptforscher auch Pringle'sche Krankheit genannt. Als Pringle im Jahre 1890 das *Adenoma sebaceum* eingehend beschrieb und durch eine farbige Abbildung in den Monatsheften für praktische Dermatologie bekannt machte, verwies er selbst auf fünf gleiche Beobachtungen, welche in den 80er Jahren von französischen Autoren beschrieben waren bzw. sich in Moulagen des Hospital St. Louis dargestellt fanden.

Schon Pringle war es aufgefallen, daß viele der mit *Adenoma sebaceum* behafteten Patienten „mit nur beschränkter Intelligenz begabt und von unstätem Charakter“ waren. Ähnliche Beobachtungen machten auch die anderen Autoren, welche sich mit der Hautaffektion befaßten. Benkmann sammelte 1909 in einer Dissertation 40 Fälle von *Adenoma sebaceum* aus der Literatur. Er fand dabei von 24 Fällen, welche eine Notiz über das geistige Verhalten der Patienten aufwies, die Hälfte als mehr oder weniger geistesschwach beschrieben. Nun steht zwar durch die Untersuchungen der Psychiater und Neurologen, von denen ich an dieser Stelle außer den schon zitierten nur Geitlin, Pellizzi, Volland, Buchholz, Bonfigli nenne, fest, daß das *Adenoma sebaceum* nicht bei allen Fällen von tuberöser Sklerose beobachtet worden ist, man hat aber bis jetzt noch darauf nicht systematisch geachtet, ob es auch Fälle von tuberöser Sklerose gibt, welche überhaupt keine Hautveränderungen hatten. Es kommen nämlich außer dem *Adenoma sebaceum* noch eine Reihe anderer Hautveränderungen bei der tuberösen Sklerose vor, welche als bloße Begleiterscheinungen des *Adenoma sebaceum* von dermatologischer Seite, besonders auch von Pringle, in der Mehrzahl schon lange beschrieben worden sind. Diese Hautanomalien sind kleine Warzen auf der Rumpfhaut, das *Fibroma molluscum*, *Naevi* und *Pigmentablagerungen*. Ebenso wie man die Mehrzahl der genannten unauffälligen Gebilde als angeborene Mißbildungen ansehen muß, so ist, wie die Untersuchungen der letzten Zeit ergeben haben, auch das *Adenoma sebaceum* nicht — wie Pringle und andere Autoren gemeint hatten — eine von den Talgdrüsen ausgehende adenomatöse Wucherung, sondern eine den *Naevi* gleichzusetzende fibromatöse oder angiofibromatöse Bildung.

Auf die genannten naevusartigen Gebilde nun der Rumpf- und Extremitätenhaut habe ich bei der Untersuchung von 7 Fällen¹ von tuberöser Sklerose, welche ich im Laufe der letzten Jahre beobachten konnte, mein besonderes Augenmerk gerichtet. Ich glaube eine ganze Reihe von Varie-

¹ Herrn Sanitätsrat Dr. Hebold bin ich für die Erlaubnis, das Material der Anstalt Wuhlgarten untersuchen zu dürfen, zu größtem Danke verpflichtet.

täten jener Hautveränderungen unterscheiden zu können: u. a. die aus der Symptomatologie der Recklinghausenschen Krankheit bekannten café au lait-Flecke (leicht erhabene schmutzig-gelbliche, ovale oder runde, etwa linsengroße Gebilde), ferner ausgeprägte, manchmal behaarte Warzen, weiter linsengroße, schwarzbraune Pigmentflecke, und schließlich noch zwei andere Formen, die sich von den übrigen durch eine bestimmte Lokalisation unterscheiden. Während nämlich alle übrigen Naevusarten sich ohne wesentliche Lokalisationsunterschiede über die ganze Körperhaut zerstreut finden, gibt es zwei Arten von Hautanomalien, die sich an bestimmte Körperregionen halten. Die eine besteht in einer eigenartigen an Chagrinleder gemahnenden, flächenartigen Hautverdickung, welche von feinen Furchen durchzogen ist und wie genabt aussieht. Derartige Stellen treten in länglichen oder ovalen Flecken auf und finden sich, soviel ich sehe, nur in der Gegend des Beckens und der Lenden. Die zweite lokalisierte Form der naevusartigen Gebilde findet sich in der Nacken- und Halsgegend und besteht in stecknadelkopf- bis erbsengroßen pendelnden Fibrömchen.

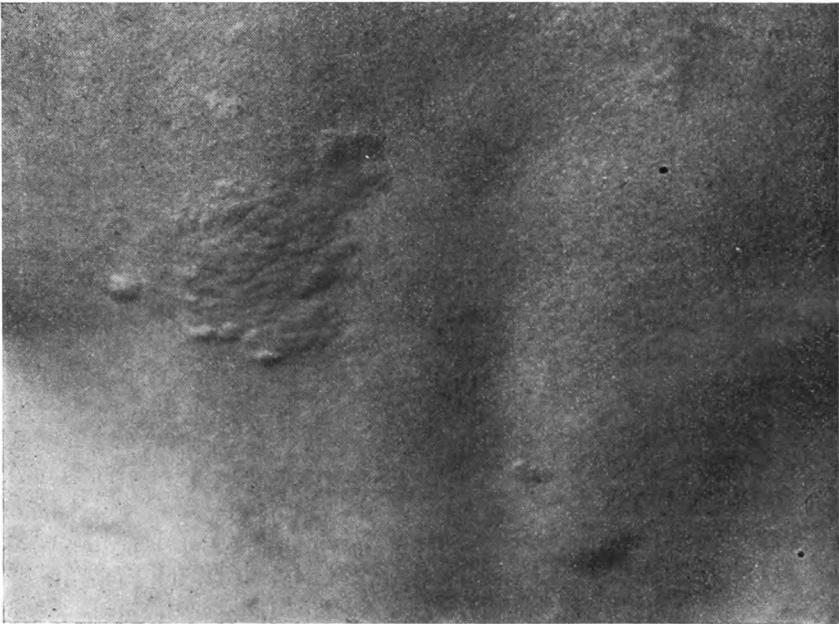
Die meisten der geschilderten Veränderungen des Integumentes, welche wir bei der tuberösen Sklerose antreffen, kommen auch bei der vorhin schon erwähnten Recklinghausenschen Krankheit vor. Schon hieraus ergibt sich eine nahe Verwandtschaft beider Affektionen, eine Tatsache, welche durch histologische Untersuchungen (Orzechowski und Nowicki, Pick und Bielschowsky) bestätigt worden ist.

Die Beziehungen zwischen der Neigung der Haut zur Naevusbildung und der tuberösen Sklerose des Gehirns sind durch das weiter oben Mitgeteilte noch keineswegs erschöpft. Durch einen — von Herrn Geh. Rat Lesser freundlichst meiner Poliklinik überwiesenen — Fall von Adenoma sebaceum, welcher selbst keine nervösen Symptome aufwies, dafür aber eine epileptische und idiotische Tochter hatte, wurde ich auf die Verwandten der tuberös-Sklerotiker aufmerksam. Ich versuchte — leider war es nur bei wenigen meiner Fälle möglich — die Blutsverwandten meiner Patienten auf Hautanomalien zu untersuchen. Dabei erhielt ich einige Resultate, welche trotz der geringen Zahl der untersuchten Fälle zu weiteren Nachforschungen anregen. Ich fand nämlich in einem Fall auf der Bauchhaut der Mutter meines Patienten ziemlich reichliche café au lait-Flecke und andere Naevi und erfuhr hierbei, daß auch die Mutter der Mutter, also die Großmutter des Patienten, viele äußerst auffällige Naevi gehabt hatte.

In einem zweiten Fall fand ich gleichfalls bei der Mutter des Patienten etwa 30 Naevi verschiedener Art auf der Rumpfhaut. In einem dritten Fall hatte der verstorbene Onkel des Patienten — ebenso wie dieser —

ein Adenoma sebaceum gehabt, zwei ältere Schwestern des Patienten sollen, nach Aussage der Mutter, große Muttermale haben.

Nehme ich zu diesen meinen eigenen Erfahrungen die in der Literatur des Adenoma wiederholt vermerkte Notiz des familiären Auftretens des Adenoma hinzu, so glaube ich mich zu dem Schlusse berechtigt, daß wir es bei dem Symptomenkomplex, welcher sich aus den geschilderten Hautveränderungen, den Veränderungen des Zentralnervensystems und auch den — weiter oben kurz erwähnten — geschwulstartigen Bildungen gewisser innerer Organe zusammensetzt, mit einem familiär auftretenden Krankheitsbild zu tun haben, dessen Entstehung auf Schädigungen der Keimzelle zurückzuführen ist.



Ich halte es dabei auf Grund der klinischen Erfahrung für wahrscheinlich, daß in der Mehrzahl der Fälle die soeben skizzierte familiäre Keimanlage entweder klinisch völlig latent bleibt oder nur die für das körperliche Wohlbefinden gleichgültige Naevose der Haut erzeugt, und daß es nur bei vereinzelt Individuen jener Familien zur Entwicklung der schweren, das Nervensystem und die inneren Organe treffenden Erscheinungen kommt.

Dabei muß bemerkt werden, daß sich Hautnaevi der geschilderten Art in geringerer Zahl auch bei Mitgliedern von Familien finden, welche sonst durchaus gesund erscheinen, daß jedoch ein gehäuftes Vorkommen

solcher Hautanomalien in neuropathischer Hinsicht immer als suspekt gelten muß. Hier eröffnet sich der Dermatologie und Neurologie die Perspektive, in Zukunft in noch innigere Beziehungen zueinander zu treten, als es bisher der Fall war und gemeinschaftlich der medizinischen Familienforschung als Hilfswissenschaften zu dienen.

2. Über den therapeutischen Wert des Salvarsans.¹

Von Dr. Julius Eliasberg in Riga,
Spezialarzt für Hautkrankheiten, Leiter des serolog. Laboratoriums
am Städtischen Krankenhause zu Riga.

Bei jedem neuen Medikament müssen wir uns klar werden, erstens ob es an sich gefährlich ist und zweitens ob es die Krankheit behebt. Nun sind schon mehrere Arbeiten veröffentlicht worden, die die Toxizität des Salvarsans beweisen. Nur ein geringer Teil der Mitteilungen fußt auf unanfechtbaren Sektionsprotokollen, wie die letzte Arbeit von Schmorl. Gegen die meisten Beobachtungen rein klinischer Natur konnten die Anhänger des Salvarsans sehr scharfsinnige Einwendungen erheben und so die Zahl der Salvarsantodesfälle bzw. der schweren Gesundheitsschädigungen durch das Salvarsan auf ein Minimum reduzieren. Ich glaube nun durch die Mitteilung des folgenden Falles in der Lage zu sein, klinisch die Toxizität des Salvarsans nachweisen zu können, andererseits auch die Untersuchungsmethoden angewandt zu haben, die auch der schärfsten Kritik der Salvarsananhänger standhalten müssen. Es handelt sich um folgenden Fall: Primäraffekt, Exanthem, Skleradenitis universalis, ausgebreitete, nässende Plaques bei einem 20jährigen, sonst völlig gesunden jungen Manne, keinerlei hereditäre Belastung, keinerlei nervöse Störungen in der Anamnese. Der Patient bekam im Krankenhause, also stationär, drei intravenöse Salvarsaninjektionen und darauf 20 intramuskuläre Hydrarg. salicylic.-Injektionen. Etwas über 2 Monate nach der letzten intravenösen Salvarsaninjektion schwere epileptische Anfälle, ganz genau denen entsprechend, wie sie von allen Beobachtern nach Anwendung des Salvarsans beschrieben worden sind. Die Untersuchung des Blutes und des Liquor cerebrospinalis nach Wassermann ergab folgendes Resultat: 1—2 + im Blutserum, negativ im Liquor, und zwar auch bei 0,8 Liquor negativ. Nun hat ja Wassermann eben die Behauptung aufgestellt, daß die Liquoruntersuchung auch bei den minimalsten Erkrankungen des Zentralnervensystems bzw. der Meningen, sofern sie syphilitischer Natur sind, positive Reaktion ergibt, eine Behauptung, die ich auf Grund meiner an Tausenden von Liquoruntersuchungen gewonnenen Erfahrung voll bestätigen kann. Außerdem

¹ Nach einem Vortrag auf dem Internationalen Kongreß in London, August 1913.

möchte ich hervorheben, daß der negative Ausfall der Liquorreaktion nicht durch die vorangegangene Salvarsan- und Quecksilbertherapie erklärt werden kann. Denn erstens reagierte das Blut noch schwach positiv, zweitens kann ich auf Grund meiner sehr zahlreichen Liquoruntersuchungen bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems die Behauptung aufstellen, daß die positive Reaktion im Liquor bei Quecksilber- und Jodbehandlung nur sehr langsam, bei Salvarsanbehandlung fast gar nicht schwächer wird bzw. verschwindet. Ich bin überzeugt, daß diese meine Behauptung von allen Forschern bestätigt werden wird. Wir sehen, daß wir es hier mit epileptischen Anfällen zu tun haben, die keinesfalls der Syphilis in die Schuhe geschoben werden können; daß die Syphilis weder direkt noch indirekt als Ursache dieser Anfälle angesehen werden kann. Dieser Fall beweist, daß wir auch bei den anderen Fällen, bei richtigen Untersuchungsmethoden, werden den Beweis liefern können von der toxischen Wirkung des Salvarsans. Dadurch werden alle die sinnreichen Hypothesen (wie das unglückliche Wort „Neurorezidiv“!) zur Erklärung der beobachteten schweren Gesundheitsschädigungen bzw. Todesfälle nach Salvarsanbehandlung hinfällig. Was die statistischen Angaben über die Todesfälle anlangt, so glaube ich, daß die in der Literatur angeführten Daten an einem Fehler kranken. Es wird immer mit der Zahl der gemachten Salvarsaninjektionen operiert und die Mortalität aus der Gesamtzahl der von jedem Beobachter gemachten Injektionen berechnet. Diese Methode ist aber falsch; die Mortalität muß vielmehr berechnet werden im Verhältnis zu der Zahl der behandelten Patienten und nicht nach der Zahl der gemachten Injektionen. Jedem objektiven Beobachter wird dann einleuchten, daß wir schon jetzt die Mortalität zumindest als dreimal so groß annehmen müssen, als aus den bisherigen statistischen Angaben hervorgeht. Es kommt noch ein schwerwiegendes Moment hinzu. Unglücklicherweise besitzen wir gar keine Kriterien zur Beurteilung dafür, welche Patienten empfänglich sind für die toxische Wirkung des Salvarsans, somit stehen uns auch keine Mittel zu Gebote, die Todesfälle zu vermeiden. Bei jedem Patienten muß bei uns die Frage entstehen: Wird er das Mittel vertragen oder nicht? Bleibt er am Leben oder nicht? Und nun sehen wir zu, ob der therapeutische Effekt wirklich ein so bedeutender ist, daß wir die moralische Berechtigung haben, unsere Patienten zu bestimmen (bei der Gefährlichkeit des Salvarsans darf nur mit Zustimmung des Patienten die Injektion gemacht werden), sich dieser Gefahr auszusetzen.

Zunächst die Abortivbehandlung der Syphilis: Nach der Meinung der Anhänger des Salvarsans ist gerade die erste Periode der Syphilis, wo noch keine Anschwellung der regionären Lymphdrüsen eingetreten ist, am geeignetsten für die Salvarsanbehandlung; in dieser Periode feiert das Salvarsan seine Triumphe. Leider kann ich selbst aus meinen persönlichen

Erfahrungen dies nicht bestätigen. Die Zahl meiner Beobachtungen ist nicht sehr groß, weil ich nur die wirklich geeigneten Fälle dazu ausgesucht habe. Dies beweist auch, wie gering die Ausbeute ist im Verhältnis zur ungeheuren Zahl der frischen Infektionen. In keinem einzigen Falle ist es mir gelungen, die Syphilis zu kupieren. Alle meine Patienten, die abortiv behandelt worden sind, bekamen eine positive Wassermannsche Reaktion und Sekundärererscheinungen. Und ich muß hier gleich vorweg nehmen, daß die Syphilis bei ihnen einen sehr schweren Verlauf genommen hat, eine Tatsache, die ich ganz besonders betonen möchte. Einen Fall, der die vermeintlichen Erfolge der Abortivbehandlung mit Salvarsan ins richtige Licht bringt, möchte ich hier anführen: Es handelt sich um einen Patienten, der von einem Kollegen mit 6—7 intravenösen Salvarsaninjektionen abortiv behandelt wurde. 1½ Jahre später stellte er sich mir vor mit der Bitte, ihm den Ehekonsens zu erteilen. Gestützt auf meine persönlichen Erfahrungen verweigerte ich ihm denselben. Die Wassermannsche Reaktion ergab im Serum 4+ und 2 Wochen später stellten sich Plaques ein. Der Fall figuriert in der Statistik als geheilt. Sie sehen, wie spät manchmal die Sekundärererscheinungen auftreten können. Für diejenigen aber, die noch an die Erfolge der Abortivbehandlung glauben, ergibt sich aus diesem Fall folgendes Postulat: die abortiv Behandelten sind als latent syphilitisch zu betrachten und ihnen darf der Ehekonsens nur nach den für die Syphilitiker allgemein gültigen Regeln erteilt werden.

Ich gehe nun zur Syphilis recens im Sekundärstadium über: Ich habe schon betont, bei der Besprechung der Abortivbehandlung, daß der Verlauf ein überaus schwerer war. Ich konnte nun die Beobachtung machen, daß das Salvarsan zwar häufig die jeweilige Dauer des Bestehens der Manifestationen abkürzt, somit jeweilig die Infektionsgefahr vermindert, aber den Verlauf der Syphilis verändert und erschwert. Auch vermag das Salvarsan als solches die Wassermannsche Reaktion von der positiven in die negative Phase nicht hinüber zu bringen. Wenn ich auch dem Ausfall der Wassermannschen Reaktion nur einen bedingten Wert für die Beurteilung der Prognose und Therapie der Syphilis zuerkenne, so muß ich doch die Tatsache betonen, daß das Quecksilber und Jod bei der chronisch-intermittierenden Behandlungsmethode in 60—70% der Fälle den positiven Wassermann in einen dauernd negativen umwandelt. Das Salvarsan hingegen übt auf die Wassermannsche Reaktion fast keinen Einfluß aus; und dies bei Patienten, die intermittierend mit mehrmaligen intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt worden sind. Die Rezidive bei Salvarsanbehandlung sind viel schwererer Natur und befallen lebenswichtige Organe, Vorkommnisse, denen wir bei sachgemäßer chronisch-intermittierender Quecksilberbehandlung nur selten begegnen.

Was die tertiäre Syphilis anlangt, so muß ich zugeben, daß in einigen Fällen, namentlich bei den Patienten, die mit Quecksilber und Jod übermäßig saturiert waren, das Salvarsan die gummösen und ulzerös-gummösen Prozesse an der Haut, im Pharynx und Larynx, in der Leber und auch in den Knochen und Periost auffallend schnell die Erscheinungen zum Verschwinden bringt. Aber auch hier konnte ich eine Tatsache konstatieren, die dafür spricht, daß das Salvarsan den Verlauf der Syphilis modifiziert und erschwert. Nämlich Patienten, die seit langen Jahren keine Sekundärerscheinungen mehr zeigten, bekamen 2—6 Wochen nach dem Schwunde der gummösen Prozesse plötzlich einen Schub von Sekundärerscheinungen; dies ist eine sehr schwerwiegende Tatsache. Denn Patienten, die seit Jahren fast keine Infektionsgefahr mehr darboten, werden nun plötzlich für ihre Umgebung eminent gefährlich. Dies ist um so schlimmer, weil die Patienten von ihrer Ungefährlichkeit überzeugt sind und keine Vorsicht üben. Ich konnte diese Beobachtung häufig machen. Was die Syphilis des Zentralnervensystems anlangt, so ist meiner Ansicht nach die Tabes und die progressive Paralyse vollständig von der Salvarsanbehandlung auszuschließen. Bei der Lues spinalis gibt Salvarsan mitunter gute Resultate. Aber auch nach mehrmaligen intravenösen Salvarsaninjektionen kommen Rezidive vor, und in einigen Fällen konnte ich eine Verschlimmerung des Zustandes nach Salvarsan beobachten. Ich habe die Beobachtung machen können, daß diese bei Patienten einzutreten pflegt, bei denen nach 1—2maliger Salvarsaninjektion im Liquor die Pleozytose zunimmt; denn sonderbarerweise wirkt das Salvarsan, im Gegensatz zu seinem Einfluß auf die Wassermannsche Reaktion, auf die Pleozytose direkt ein, indem es sie häufig auf ein Minimum reduziert, ja zum Schwunde bringt. Bei systematisch und wiederholt vorgenommenen Untersuchungen können wir allerdings feststellen, daß nach einiger Zeit die Pleozytose wieder zuzunehmen beginnt. Bei der Lues cerebri konnte ich mit dem Salvarsan nicht nur keine besseren, sondern nur schlechtere Resultate als mit Quecksilber und Jod erzielen.

Fasse ich das Gesagte nun kurz zusammen, so komme ich zu folgenden Sätzen:

1. Das Salvarsan kann eminent toxische Wirkungen erzeugen und sogar den Tod herbeiführen.
2. Wir verfügen über keine Kriterien zur Erkennung der Fälle, bei denen die toxische Wirkung eintreten wird und keine Vorbeugungsmittel zur Verhinderung der toxischen Wirkung.
3. Die Abortivbehandlung gibt (nach meinen persönlichen Erfahrungen) keine günstigen Resultate.
4. Die mit Salvarsan abortiv behandelten Patienten sind als latente

Syphilitiker zu betrachten; ihnen darf der Ehekonsens nur nach den für Syphilitische gültigen Regeln erteilt werden.

5. Das Salvarsan bringt zwar häufig die Manifestationen der Syphilis schnell zum Verschwinden, modifiziert und erschwert aber den Verlauf der Syphilis als solchen.

6. Das Salvarsan ist ein Symptomatikum, ist aber keinesfalls ein Heilmittel gegen die Syphilis.

7. Zurzeit ist die chronisch-intermittierende Quecksilber- und Jodbehandlung die Behandlung *κατ' ἐξοχήν*. Das Salvarsan kann in Anbetracht seiner Gefährlichkeit nur in Ausnahmefällen Verwendung finden.

3. Zur Behandlung der Pyelonephritis.

Von Dr. Paul Cohn in Charlottenburg.

In einem Falle von akuter Pyelonephritis, welche sich bei einem Tabiker an die Blasenbehandlung bei seiner Zystitis anschloß und tägliche Temperaturen um 39° herum machte, hatte ich einen sofortigen und dauernden Erfolg mit Einreibung von Unguentum Credé; und zwar je 3 g, nur 3 Tage lang. Die Temperatur fiel sogleich nach der ersten Einreibung zur Norm ab und ist normal geblieben; der Urin reinigte sich sehr rasch, die Schmerzen in der Nierengegend verschwanden. Es liegt nahe, diese Behandlung bei fieberhaften Affektionen gleicher oder ähnlicher Art nachzuprüfen. Es wäre auch ein Versuch bei der akuten gonorrhöischen Salpingitis ernstlich angezeigt, wo möglicherweise eine Kupierung des sonst so oft unrettbar schleichenden Verlaufs zu erreichen wäre.

II. Therapeutische Revue.

Von Prof. Dr. Max Joseph.

Die Salvarsanliteratur nimmt auch im letzten Berichtsjahre wieder die erste Stelle ein. Wir haben getreulich in zahlreichen Referaten über die Fortschritte berichtet. Nur das von A. Neisser für den Londoner internationalen medizinischen Kongreß bestimmte Referat (Berlin, Springer, 1913) über Syphilis und Salvarsan sei hier noch ausführlich erwähnt. Neisser faßt in geradezu klassischer Art seine und vieler anderer Standpunkt hier in markanten Sätzen zusammen. Eine Spontanheilung der Lues hält er so gut wie ausgeschlossen, dagegen sind sowohl Quecksilber wie Salvarsan die Syphilis-spirochäten angreifenden chemischen Stoffe, welche sowohl abtötend wie entwicklungs- und vermehrungshemmend wirken. Es ist vorteilhaft, um eine möglichst sichere parasitizide Wirkung zu erzielen, in jedem Falle und in jedem Stadium beide Medikamente kombiniert anzuwenden, es müßten denn bestimmte Kontraindikationen gegen eines der beiden Heilmittel vorliegen. Die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung erklärt Neisser nach seinen

Erfahrungen aber nicht nur für wirkungsvoller, als die mit Salvarsan oder Quecksilber allein durchgeführten Kuren, sondern in striktestem Gegensatz zu Wechselmann auch für weit ungefährlicher. Die größere Wirkung der Kombinationstherapie im Vergleich zur gänzlich unzureichenden Wirkung der in gleicher Dosierung verwendeten Einzelmedikamente läßt sich nur durch direkte Beeinflussung der Parasiten erklären. Die bei ersten Injektionen früher spirochätenreicher Fälle auftretende Fieberreaktion ist am plausibelsten durch akute Spirochätenabtötungen zu erklären, und Ullmanns Untersuchungen, daß spirochätenreiche Organe viel reichlicher Arsen enthalten als spirochätenfreie, sprechen für die Affinität des 606 zu den Spirochäten. Das Salvarsan ist als spirochätentötendes Mittel beim Menschen dem Quecksilber weit überlegen; es wirkt schneller und intensiver, vorausgesetzt, daß man bei vergleichenden Versuchen sowohl bei der Einzel- wie der Gesamtdosis der beiden Mittel innerhalb der Dosis bene tolerata bleibt. Das Salvarsan ist daher jedenfalls für alle frischen Fälle (Primäraffekte und frischsekundäre Fälle) das souveräne, weil mit größter Wahrscheinlichkeit eine „abortive“ Heilung ermöglichende Mittel. Neisser zweifelt nicht, daß es sehr oft gelingt — und zwar um so häufiger und sicherer, je zeitiger nach der Infektion die Behandlung beginnt —, mit Salvarsan allein eine vollkommene abortive Heilung zu erzielen. Sicherer aber erscheint ihm die Kombination mit Quecksilber. Die bereits zu Hunderten veröffentlichten und von Neisser sehr reichlich beobachteten abortiven Heilungen und zahlreichen Reinfektionsfälle beweisen in exaktester Weise diese parasitizide Eigenschaft und damit den eminenten Fortschritt, den die Syphilitherapie dem Salvarsan verdankt. Diese glänzenden Abortiverfolge verdanken wir einzig und allein der Einfügung des Salvarsans in die Therapie. In das Gebiet der abortiven Heilungen gehören auch die großen Erfolge der Salvarsanbehandlung mit Bezug auf das Zustandekommen einer gesunden und gesund bleibenden Nachkommenschaft syphilitischer Mütter. So zeitig wie möglich post infectionem mit Salvarsan plus Quecksilber eine energische Behandlung beginnen, das ist die Parole. Neisser steht auf dem Standpunkt, jeden Syphilitiker, falls nicht besondere Gegen Gründe vorliegen, mit Salvarsan zu behandeln. Doch muß eine ganz bestimmte Methode der Behandlung geübt werden. Eine zu schwache Salvarsanbehandlung (zu kleine Gesamtdosis während einer bestimmten Behandlungsperiode) kann durch die auf solche Weise zustande kommende „Fastheilung“ unter Umständen mehr Schaden als Nutzen anrichten. Es kann nicht der geringste Zweifel darüber bestehen, daß die Zahl der Rezidive bei gut mit Salvarsan (plus Hg) behandelten Fällen unendlich viel geringer ist als selbst bei guter Hg-Behandlung. Um den Rezidiven mit möglichster Sicherheit vorzubeugen, hält Neisser es für absolut notwendig, in jedem Falle der ersten Kur nach etwa 5 bis 6 Wochen eine zweite Kur folgen zu lassen, ehe das Rezidiv sich entwickeln kann. Auch bei dieser ist Salvarsan unter allen Umständen anzuwenden. Ob man sich mit 1—2 Salvarsaninjektionen begnügt oder eine der ersten Kur entsprechende Hg-Salvarsantherapie anwendet, macht Neisser bei dieser zweiten wie bei event. weiteren Kuren von der Reaktion des Blutes abhängig. Bleibt bei den alle 6—8 Wochen wiederholten Blutuntersuchungen die Reaktion negativ, so verwendet er jedesmal 1—2 Salvarsaninjektionen, bei positiv werdenden oder bleibenden Reaktionen aber wieder die kombinierte Therapie: Hg plus Salvarsan (plus Jod plus Hydro-Balneotherapie). Eine bestimmte Vorschrift, wie lange man behandeln soll, läßt sich natürlich nicht geben.

Neisser hört mit der Behandlung erst auf, wenn 4—5 mal, also bei fortgesetzter Therapie, die Reaktion negativ war. Natürlich muß auch nach Aussetzen jeder Therapie immer weiter alle 6—8 Wochen die Reaktion geprüft werden. Als Gesamtdosis für eine Kur verwendet er im Durchschnitt 2,5—3,0 bei einem sonst gesunden kräftigen Mann, bis 2,0 bei Frauen, bei spezifischen Veränderungen im Nervensystem müsse man meist zu noch größeren Mengen greifen: 5,0—6,0. Natürlich beginne man event. nach vorausgeschickter Hg-Injektion mit ganz kleinen Dosen 0,1—0,2 in zweimaliger Wiederholung und steige, wenn nicht durch Kopfschmerzen eine Warnung zu besonderer Vorsicht erfolgt, zu 0,4—0,6. Die Intervalle sind bei den letzten Injektionen auf 10 Tage zu bemessen, die kleinen Dosen gestatten geringere. Neisser hat seine kombinierten Kuren fast immer mit Salvarsan und grauem Öl durchgeführt derart, daß entweder an demselben oder an zwei aufeinander folgenden Tagen die jeweilig erste Zufuhr der beiden Medikamente erfolgte. Die Resultate waren tatsächlich außerordentlich günstig, nicht bloß im therapeutischen Heileffekt, sondern auch darin, daß Rezidive, speziell Neurorezidive, zu den allergrößten Seltenheiten gehörten und er einen plötzlichen Todesfall (Enzephalitis) überhaupt noch nicht erlebt hat. Im ganzen empfiehlt er da, wo die Möglichkeit vorliegt, „abortive akute“ Heilung herbeizuführen (also bei primären und frisch-sekundären Fällen), größere Einzeldosen zu bevorzugen (mit Beginn kleinerer Anfangsdosen), während bei älteren inveterierten Fällen häufigere Verabreichung kleiner Einzeldosen vielleicht mehr am Platze sein wird. Die Gesamtdosis für die einzelne Kur darf aber auch bei letzterer Methode nicht verkleinert werden. Die Erfahrung, daß negative Reaktionen durch eine Salvarsaninjektion in positive umgewandelt werden (Untersuchung am 1. und 13. Tag post injectionem), ist so oft gemacht worden, daß Neisser in möglichst allen Fällen von dieser provokatorischen Wirkung Gebrauch macht, wenn er vor die Entscheidung der Frage: geheilt oder latent? gestellt wird. Zur Abschwächung einer event. sich einstellenden Herxheimerreaktion wird es gut sein, mit kleinen Dosen zu beginnen und event. eine milder und langsamer wirkende Hg-Applikation der Salvarsankur vorzuschicken. Neisser bekennt sich zu dem Grundsatz, bis auf ganz seltene Ausnahmen jeden Syphilitiker mit Salvarsan zu behandeln.

Von einschneidender Bedeutung für die Dermatologie sind die Versuche, welche Sauerland (Biochem. Zeitschrift. XL) über die Resorption von Arzneimitteln aus Salben bei Anwendung verschiedener Salbengrundlagen angestellt hat. Es wurde an der menschlichen Epidermis die perkutane Resorption untersucht. Es wurden Versuche mit Jodpräparaten und Salizylsäureverbindungen angestellt. Jothionsalben mit Adeps suillus, Vaseline, Adeps lanæ ließen bis zu 40% der aufgetragenen Menge zur Ausscheidung gelangen. Dabei begünstigt Vaseline die Resorption gegenüber Adeps lanæ um das 2—3fache, gegen Adeps suillus um das 1,5fache. Schweinefett läßt 1,5mal mehr als Adeps lanæ zur Resorption kommen. Die Dauer der Ausscheidung ist durchweg fast gleich, nämlich annähernd 62 Stunden. Die Ausscheidung beginnt stets innerhalb der zwei ersten Stunden. Bei den Salizylsäureestern scheint es dagegen, als ob die Salbengrundlagen einen hemmenden Einfluß auf die zur Resorption gelangende Menge ausüben.

Als ein wertvolles Antiscabiosum scheint sich nach zahlreichen Berichten das **Ristin**, zumal es farb- und geruchlos ist, zu bewähren.

Für juckende Ekzeme empfiehlt P. Sick (Deutsche med. Wochenschrift.

1912. Nr. 45) eine 50%ige Zyκλοform-Paste oder Zyκλοform, Amyli ana. Auch bei *Ulcera cruris* wurde von Käsbohrer (Inaug.-Dissert. München 1913) das Zyκλοform mit gutem Erfolge verwandt, ebenso bei tuberkulösen und syphilitischen *Ulcera*, bei Verbrennungen.

Als ein neues Wasserstoffsperoxydpräparat in fester Form wird von M. Strauss (Allg. med. Central-Zeitung. 1913. Nr. 8) das *Ortizon* empfohlen. Besonders praktisch sind die *Ortizonwundstifte*, die aus *Ortizon* und etwas *Amylum* als Bindemittel zusammengesetzt sind und ähnlich wie der *Höllensteinstift* verwendet werden können. Auch die *Ortizon-Mundwasserkugeln* sind von Vorteil für die *Mundpflege*.

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Zur Frage der experimentellen Thalliumalopecie.** Bemerkungen zu der Arbeit von A. Pöhlmann: Beiträge zur Ätiologie der *Alopecia areata* mit experimentellen Untersuchungen über die *Thalliumalopecie*, von A. Buschke. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Verf. hebt hervor, daß es ihm zuerst gelungen sei, durch Verfütterung minimaler Dosen von *Thallium acetic.* bei Ratten *Alopecie* nicht nur auf der Dorsal-, sondern auch auf der Bauchseite der Tiere zu erzeugen. In den erkrankten Hautstellen konnten im Gegensatz zu den Befunden anderer Autoren keine histologischen Veränderungen nachgewiesen werden. Das Mittel scheint vorzugsweise vom Zentralnervensystem aus zu wirken, wenn auch die mehrfach beobachtete Kataraktbildung noch andere Angriffspunkte des Mittels annehmen läßt.

Lilienstein-Hamburg.

2) **Über das Wesen des sogen. Unnaschen Flaschenbacillus,** von A. Kraus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Bei der Untersuchung des Pustelinhaltes der als „*Akne neonatorum*“ beschriebenen Fälle fand Verf. den *Unna'schen Flaschenbacillus* in Gemeinschaft mit Pilzfäden. An Ausstrichpräparaten gelang ihm der Nachweis eines genetischen Zusammenhanges zwischen *Flaschenbazillen* und *Pilzhyphen* derart, daß die ersteren als abgeschnürte Sporen der letzteren zu betrachten waren. Durch den positiven Kulturversuch wurde diese Beobachtung bestätigt. Unter Würdigung der bisherigen Untersuchungen über den *Flaschenbacillus* gelangt Verf. zu dem Schluß, daß der *Flaschenbacillus* mit Sicherheit kein *Spaltpilz* ist, daß einzelne Formen sich als echte Hefen, andere jedoch als „*sporoiden Elemente höherer Hyphenpilze*“ erweisen.

Lilienstein-Hamburg.

3) **Ein neues Wundpulver,** von Kammer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Sägespäne von *Hartholz* wurden im Tiegel geröstet und dann fein gesiebt. Dieses Pulver ist sehr leicht, aufsaugungsfähig, eignet sich besonders für eiternde Höhlenwunden z. B. *Ulcus molle*.

Raff-Augsburg.

4) **Weitere Mitteilung über „Ulsanin“,** von R. Mandl. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Ulsanin — *Hydrojodborat* — eignet sich vorzüglich zur Behandlung frischer, selbst infizierter Wunden, da eine gründliche *Desinfektion* bewirkt wird, welche rasch und ohne giftige Nebenwirkung vollzogen wird. Die Wunde

reinigt sich nach rascher Abstoßung der nekrotischen Gewebsetszen in kurzer Zeit und granuliert.

Schourp-Danzig.

5) **Les éruptions artificielles provoquées par le Goudron de houille brut,** par Brocq. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 6.)

So sehr gut der vom Verf. schon oft empfohlene rohe Steinkohlenteer auch bei nässenden Ekzemen vertragen wird, so kommen doch auch Fälle von Idiosynkrasie vor und Verf. hat einen solchen Fall beobachtet. Hier kam es jedesmal nach Anwendung des Präparates zu Blasenbildung auf der Haut. Doch sind diese Fälle sehr selten.

Raff-Augsburg.

6) **Recherches sur la vaccinothérapie de Wright en ce qui concerne les staphylocoques et le microbacille séborrhoïque,** par Sabouraud et Noiré. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 5.)

Die vorliegende Arbeit setzt sich zum Zweck, die Wrightsche Behandlung den Dermatologen bekannt zu machen. Die Technik der Herstellung einer guten Vakzine ist eine so komplizierte, daß man Wright vorgeworfen hat, nur er allein könne dies machen. Die Verff. haben sich nun bemüht, diese Technik zu vereinfachen. Sie haben z. B. die umständliche und zeitraubende Zählung der Blutkörperchen und der Mikroben durch die Wägung mit der Präzisionswaage ersetzt, und verzichten auch auf die Feststellung des opsonischen Index, ferner auf die Herstellung der Vakzine aus den Bakterien des Patienten selbst. Unter diesen Umständen ergab die Methode sehr gute Resultate und bot keine Gefahren. Die Verff. haben die Methode bloß für die obengenannten Bakterien ausprobiert. Am besten wirkt die Vakzine bei Furunkeln. Hier werden 5 Injektionen von zuerst 1 ccm, später 2 ccm gemacht. Bei der zweiten Injektion ist schon alles im Rückgang. Die Injektionen werden subkutan in den Vorderarm gemacht; die Beschwerden sind gering. Weniger sicher war die Wirkung der Vakzine des von Cederkreutz gefundenen *Coccus polymorphe*. (*Coccus butyricus* von Sabouraud, *Mikrococcus* von Unna.) Für den von Sabouraud 1896 gefundenen *Mikrobacillus* der Seborrhoe haben die Verff. einen neuen Nährboden gefunden, auf dem er sehr gut wächst. Die Resultate mit der Vakzine waren schwankend bei Akne; in manchen Fällen waren sie sehr gut, wenn man der betreffenden Vakzine noch Staphylokokkenvakzine beifügte. Bei der gewöhnlichen Seborrhoe waren die Resultate negativ.

Raff-Augsburg.

7) **Die Verwendung des Spiritus bei Hautkrankheiten,** von F. Hammer. (Württemb. med. Korresp.-Blatt. 1913. S. 7.)

Die Formen, in denen nach Verf. der Spiritus (und zwar unbedenklich auch der denaturierte) bei der Behandlung von Hautkrankheiten Anwendung findet, sind die Waschung, der Umschlag und das örtliche Bad, wobei die Wirkungen des Alkohols noch durch Zusatz von Sublimat (1—3%), Borsäure (3%), Holzessig und namentlich essigsäure Tonerde (10%) verstärkt werden kann. Durch Spirituswaschungen werden *Hyperidrosis pedum*, *Erythrasma* der Schenkelbeugen, Ekzeme der Genital- und Analgegend sehr günstig beeinflusst oder gänzlich beseitigt, ausgezeichnet wirken Sublimatwaschungen bei *Foetor axillaris* und (mit nachfolgender Puderung) bei *Pruritus ani*. Eine fast spezifisch zu nennende Wirkung aber entfaltet der Spiritus unter Zusatz von *Liqu. Alum. acet.* 10% oder *Acet. pyrolygn.* bei allen oberflächlichen, vesiculösen, bullösen und pustulösen Dermatosen, vor allem bei der *Vesiculosis* der Hände und Füße (*Dysidrosis*, *Cheipompholyx*), und zwar in Form von Bädern oder Umschlägen, die übrigens, wenn der Verlust

von größeren Strecken der Hornschicht das Aufstreichen einer Zinkpaste nötig macht, zweckmäßig erst über diese Salbenschicht appliziert werden. Schließlich rühmt Verf. mit Recht den günstigen Einfluß der Spiritusbehandlung auf Verbrennungen unter Hinweis auf den schon längst in der Volksmedizin slavischer Länder geübten Brauch. (Ref. erlaubt sich hier an seine vor einiger Zeit in diesem Blatte veröffentlichte Notiz über Spiritus als Volksheilmittel bei Verbrennungen in Pommern und Mecklenburg zu erinnern.)

B. Solger-Bad Kissingen.

Entzündliche Dermatosen.

- 8) **Über Acne neonatorum**, von A. Kraus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Bei Neugeborenen kommen gelegentlich Erkrankungen der Gesichtshaut vor, die in ihrer Lokalisation und Anatomie mit der Acne vulgaris der Erwachsenen die größte Übereinstimmung aufweisen. Auch hier ist wie bei den Erwachsenen die Seborrhoe als auslösende Ursache zu betrachten. Deshalb ist es unrichtig, diese Bildungen als Milien zu bezeichnen, wie es noch häufig von seiten der Kinderärzte geschieht.

Lilienstein-Hamburg.

- 9) **Sopra un caso di dermatite esfoliativa generalizzata**, per Palumbo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Ein 48 jähriger Mann erkrankt an einer diffusen Rötung der Haut, ohne Infiltration derselben und mit stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, harten, follikulären Knötchen mit deprimiertem, schuppendem Zentrum. Dorsum der Hände und Füße, Gesicht und Nägel sind frei, dagegen die Hohlande stark verdickt. Beträchtliches Jucken vorhanden. Etwa 4 Monate später ist die Haut überall infiltriert, es finden sich nässende Herde und Geschwüre an den Fußsohlen. Bemerkenswert ist der Befund von 25% eosinophilen Leukocyten im Blut. Nach einem weiteren Monat tritt unter kachektischen Erscheinungen der Exitus ein. Histologisch fanden sich Parakeratose, leichte Atrophie des Rete, Entzündungsherde mit Ödem namentlich um die Gefäße der unteren Cutis herum. Die Sektion ergab: pneumonische Herde der Lungen, fettige Degeneration im Myokard, in der Peripherie des Leberacini ebenfalls fettige Degeneration, in den Nieren trübe Schwellung der Zellen der Bowmanschen Kapseln und der gewundenen Kanälchen, Sklerose der Gefäßwände, Infiltration der Marksubstanz und der ganzen Rinde, namentlich um die Glomeruli und die Gefäße herum, und verschiedene Retentionszysten. Die bakteriologische Untersuchung des Knochenmarks ergibt nur einmal eine Staphylokokkenkolonie. Impfungsversuche mit Haut- und Drüsensubstanz auf Meerschweinchen ergeben keine Tuberkulose, sondern nur Hyperämie aller Organe. Dreyer-Cöln.

- 10) **Die Behandlung des Ulcus varicosum mit einfachen Kleisterverbänden**, von Wertheimer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 27.)

Verf. bedeckt das Geschwür mit einem Salbenläppchen, darüber eine gewöhnliche und 2—3 Kleisterbinden. Verbandwechsel alle 4—5 Tage, später alle 8 Tage. Bei kleineren Verbänden genügen 4—5, bei größeren 8—10 Verbände. Der Patient geht seiner Beschäftigung nach. (Die Behauptung des Verf.'s: „Bedeckt man das Ulcus mit einem feuchten Verbands, so reinigt es sich zwar etwas, zeigt aber keine Neigung zur Heilung“ und „wird die komprimierende Gummistoffbinde regelmäßig getragen, so bleibt das Ulcus geheilt und der Patient von seinen varikösen Beschwerden dauernd verschont“ möchte Ref. nicht unterschreiben.)

Raff-Augsburg.

- 11) **Epithel und Tätowierung**, von Sehrwald. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 18.)

Ein Erysipel, vom Nacken ausgehend, befiel sprungweise fortschreitend nur die roten Stellen einer Tätowierung, und als diese Schwellung wieder im Rückgang begriffen war, in seiner ganzen Masse, rote und blaue Stellen. Verf. führt das anfängliche Befallensein der rot (mit Zinnober) tätowierten Stellen darauf zurück, daß der wahrscheinlich nicht reine Zinnober eine Infiltration und damit eine Verengung der Lymphspalten verursachte; diese wirke dann als Bakterienfilter. Ähnliche Beobachtungen sind bei papulösen Syphiliden mit Spirochäten gemacht worden.

Raff-Augsburg.

- 12) **Tuberculose inflammatoire et psoriasis**, par Petges et Desqueyroux. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Der Fall betraf einen jungen Mann mit chronischen Arthropathien mit Tendenz zur Ankylose, Schwellung der Phalangenknochen der Hände, Freisein der Knorpel, Betroffensein der Wirbelsäule. Schmerzen waren gering. Leichter Spitzenkatarrh, Reaktion auf Tuberkulin positiv. Später bekam der Patient eine Psoriasis. Die Frage, ob dieselbe eine Folge der Tuberkulose ist, glaubten die Verf. auf eine Anzahl gleichartiger Fälle von anderen Autoren gestützt, bejahen zu können. Die Frage, ob die Psoriasis der Ausdruck einer tuberkulösen Infektion ist, glauben die Verf. vorläufig bezweifeln zu dürfen; Vermutungen wären allerdings da. So z. B. sei eines der wirksamsten Medikamente gegen Tuberkulose und Psoriasis Arsenik, ferner habe man schon bei anderen Krankheiten ihre wirkliche Ursache richtig vermutet, ehe es gelang sie wirklich nachzuweisen. So sei es z. B. bei der Pleuritis und ihrem ätiologischen Faktor, der Tuberkulose, gegangen, ferner bei der Tabes und der Syphilis usw. Beobachtungen wie die vorliegenden mit ihren Vermutungen seien sehr wertvoll und deshalb von den Verf. mitgeteilt worden.

Raff-Augsburg.

- 13) **Ist die Psoriasis ein Symptom chronischer Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis)?** von W. Schoenfeld. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

Die Hauterscheinungen einer anderen Krankheit können unter dem Bilde einer Psoriasis auftreten. Aber irgendwelche Beweise, daß die Psoriasis Beziehungen zu der Tuberkulose oder anderen konstitutionellen Krankheiten (Syphilis) hat, liegen bisher nicht vor.

Schourp-Danzig.

- 14) **Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyroïdienne et testiculaire**, par Léopold-Lévi. (Compt. rend. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1156.)

Die Verf. bestreiten, daß es eine „arthropathische Psoriasis“ gäbe. In Wirklichkeit entwickeln sich die beiden Krankheitsprozesse, wenn sie zusammen vorkommen, auf gemeinsamem pathologischen Boden, sie sind die Folgen von Störungen der inneren Sekretion. Bei einem Kranken von 72 Jahren wich der chronische Rheumatismus der Schilddrüsenhypertrophie, die gleichzeitig bestehende, ziemlich schwere Psoriasis der Behandlung mit Hodentabletten. Da nun bei dem Patienten auch Zeichen einer Schilddrüsenhypertrophie vorlagen, werfen die Verf. schließlich die Frage auf, ob nicht eine Hodeninsuffizienz, ähnlich wie eine solche der Ovarien, imstande sei, eine reaktionale Schilddrüsenhypertrophie hervorzurufen.

B. Solger-Bad Kissingen.

von größeren Strecken der Hornschicht das Aufstreichen einer Zinkpaste nötig macht, zweckmäßig erst über diese Salbenschicht appliziert werden. Schließlich rühmt Verf. mit Recht den günstigen Einfluß der Spiritusbehandlung auf Verbrennungen unter Hinweis auf den schon längst in der Volksmedizin slavischer Länder geübten Brauch. (Ref. erlaubt sich hier an seine vor einiger Zeit in diesem Blatte veröffentlichte Notiz über Spiritus als Volksheilmittel bei Verbrennungen in Pommern und Mecklenburg zu erinnern.)

B. Solger-Bad Kissingen.

Entzündliche Dermatosen.

- 8) **Über Acne neonatorum**, von A. Kraus. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Bei Neugeborenen kommen gelegentlich Erkrankungen der Gesichtshaut vor, die in ihrer Lokalisation und Anatomie mit der Acne vulgaris der Erwachsenen die größte Übereinstimmung aufweisen. Auch hier ist wie bei den Erwachsenen die Seborrhoe als auslösende Ursache zu betrachten. Deshalb ist es unrichtig, diese Bildungen als Milien zu bezeichnen, wie es noch häufig von seiten der Kinderärzte geschieht.

Lilienstein-Hamburg.

- 9) **Sopra un caso di dermatite esfoliativa generalizzata**, per Palumbo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Ein 48 jähriger Mann erkrankt an einer diffusen Rötung der Haut, ohne Infiltration derselben und mit stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, harten, follikulären Knötchen mit deprimiertem, schuppendem Zentrum. Dorsum der Hände und Füße, Gesicht und Nägel sind frei, dagegen die Hohlande stark verdickt. Beträchtliches Jucken vorhanden. Etwa 4 Monate später ist die Haut überall infiltriert, es finden sich nässende Herde und Geschwüre an den Fußsohlen. Bemerkenswert ist der Befund von 25% eosinophilen Leukocyten im Blut. Nach einem weiteren Monat tritt unter kachektischen Erscheinungen der Exitus ein. Histologisch fanden sich Parakeratose, leichte Atrophie des Rete, Entzündungsherde mit Ödem namentlich um die Gefäße der unteren Cutis herum. Die Sektion ergab: pneumonische Herde der Lungen, fettige Degeneration im Myokard, in der Peripherie des Leberacini ebenfalls fettige Degeneration, in den Nieren trübe Schwellung der Zellen der Bowmanschen Kapseln und der gewundenen Kanälchen, Sklerose der Gefäßwände, Infiltration der Marksubstanz und der ganzen Rinde, namentlich um die Glomeruli und die Gefäße herum, und verschiedene Retentionszysten. Die bakteriologische Untersuchung des Knochenmarks ergibt nur einmal eine Staphylokokkenkolonie. Impfungsversuche mit Haut- und Drüsensubstanz auf Meerschweinchen ergeben keine Tuberkulose, sondern nur Hyperämie aller Organe. Dreyer-Cöln.

- 10) **Die Behandlung des Ulcus varicosum mit einfachen Kleisterverbänden**, von Wertheimer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 27.)

Verf. bedeckt das Geschwür mit einem Salbenläppchen, darüber eine gewöhnliche und 2—3 Kleisterbinden. Verbandwechsel alle 4—5 Tage, später alle 8 Tage. Bei kleineren Verbänden genügen 4—5, bei größeren 8—10 Verbände. Der Patient geht seiner Beschäftigung nach. (Die Behauptung des Verf.'s: „Bedeckt man das Ulcus mit einem feuchten Verbands, so reinigt es sich zwar etwas, zeigt aber keine Neigung zur Heilung“ und „wird die komprimierende Gummistoffbinde regelmäßig getragen, so bleibt das Ulcus geheilt und der Patient von seinen varikösen Beschwerden dauernd verschont“ möchte Ref. nicht unterschreiben.)

Raff-Augsburg.

- 11) **Epithel und Tätowierung**, von Sehrwald. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 18.)

Ein Erysipel, vom Nacken ausgehend, befiel sprungweise fortschreitend nur die roten Stellen einer Tätowierung, und als diese Schwellung wieder im Rückgang begriffen war, in seiner ganzen Masse, rote und blaue Stellen. Verf. führt das anfängliche Befallensein der rot (mit Zinnober) tätowierten Stellen darauf zurück, daß der wahrscheinlich nicht reine Zinnober eine Infiltration und damit eine Verengung der Lymphspalten verursachte; diese wirke dann als Bakterienfilter. Ähnliche Beobachtungen sind bei papulösen Syphiliden mit Spirochäten gemacht worden. Raff-Augsburg.

- 12) **Tuberculose inflammatoire et psoriasis**, par Petges et Desqueyroux. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Der Fall betraf einen jungen Mann mit chronischen Arthropathien mit Tendenz zur Ankylose, Schwellung der Phalangenknochen der Hände, Freisein der Knorpel, Betroffensein der Wirbelsäule. Schmerzen waren gering. Leichter Spitzenkatarrh, Reaktion auf Tuberkulin positiv. Später bekam der Patient eine Psoriasis. Die Frage, ob dieselbe eine Folge der Tuberkulose ist, glaubten die Verf. auf eine Anzahl gleichartiger Fälle von anderen Autoren gestützt, bejahen zu können. Die Frage, ob die Psoriasis der Ausdruck einer tuberkulösen Infektion ist, glauben die Verf. vorläufig bezweifeln zu dürfen; Vermutungen wären allerdings da. So z. B. sei eines der wirksamsten Medikamente gegen Tuberkulose und Psoriasis Arsenik, ferner habe man schon bei anderen Krankheiten ihre wirkliche Ursache richtig vermutet, ehe es gelang sie wirklich nachzuweisen. So sei es z. B. bei der Pleuritis und ihrem ätiologischen Faktor, der Tuberkulose, gegangen, ferner bei der Tabes und der Syphilis usw. Beobachtungen wie die vorliegenden mit ihren Vermutungen seien sehr wertvoll und deshalb von den Verf. mitgeteilt worden. Raff-Augsburg.

- 13) **Ist die Psoriasis ein Symptom chronischer Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis)?** von W. Schoenfeld. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

Die Hauterscheinungen einer anderen Krankheit können unter dem Bilde einer Psoriasis auftreten. Aber irgendwelche Beweise, daß die Psoriasis Beziehungen zu der Tuberkulose oder anderen konstitutionellen Krankheiten (Syphilis) hat, liegen bisher nicht vor. Schourp-Danzig.

- 14) **Psoriasis et rhumatisme chronique. Transformation par l'opothérapie thyroïdienne et testiculaire**, par Léopold-Lévi. (Compt. rend. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1156.)

Die Verf. bestreiten, daß es eine „arthropathische Psoriasis“ gäbe. In Wirklichkeit entwickeln sich die beiden Krankheitsprozesse, wenn sie zusammen vorkommen, auf gemeinsamem pathologischen Boden, sie sind die Folgen von Störungen der inneren Sekretion. Bei einem Kranken von 72 Jahren wich der chronische Rheumatismus der Schilddrüsen-therapie, die gleichzeitig bestehende, ziemlich schwere Psoriasis der Behandlung mit Hodentabletten. Da nun bei dem Patienten auch Zeichen einer Schilddrüsenhypertrophie vorlagen, werfen die Verf. schließlich die Frage auf, ob nicht eine Hodeninsuffizienz, ähnlich wie eine solche der Ovarien, imstande sei, eine reaktionale Schilddrüsenhypertrophie hervorzurufen. B. Solger-Bad Kissingen.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 15) **Fall von Röntgenulcus von 11 monatiger Dauer ohne Heilungstendenz. Heilung mit Zellerscher Pasta**, von R. Eben. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Ein Patient, der seit 1906 ohne Schutz mit Röntgenapparaten gearbeitet hatte, bekam nach etwa 4 Jahren an der Hand ein Ekzem mit hyperkeratotischen Herden, das nach 10% igem Salizylseifenpflaster bis auf zwei kleine Stellen heilte, die als Karzinom angesehen wurden und zur E nukleation der Endphalanx des linken Daumens führten. Ein Jahr später entstand über dem Metakarpophalangealgelenk ein etwa zweimarkstückgroßes Röntgenkarzinom mit sekundärer Schwellung der ganzen Hand, so daß die eventuelle Amputation der Hand vorgeschlagen wurde. Patient verweigerte die Operation. Es wurde die Zellersche Paste angewandt, wegen der starken Schmerzen wie folgt modifiziert: Acid. arsenicos. 2,5, Hydrargyr. sulfur. rubr. 7,5, Carbo animalis 4,0, F. l. art. pasta ad 100,0. Wegen der starken Sekretion mußte die Paste täglich frisch aufgelegt werden, gleichzeitig erhielt Patient 3 mal täglich 15 Tropfen Kalii et natrii silicii. Nach 9 Tagen Airolverband, täglich Verbandwechsel mit Perhydrolspülung. Nach 5 Wochen hatten sich alle nekrotischen Gewebs-teile abgestoßen, nach 3 Wochen völlige Epithelisierung. R. K l o k o w - Berlin.

- 16) **Über das Rhinophyma, eine histologische Studie; zugleich ein Beitrag zur Frage der postfötalen Talgdrüsen- und Haarneubildung**, von J. Kyrle. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. August.)

Der Prozeß des Rhinophyms ist histologisch hauptsächlich durch zwei Momente charakterisiert: einmal durch die oftmals geradezu enorme Entwicklung der Talgdrüsen und zweitens durch die Massenzunahme des kutanen und subkutanen Bindegewebes bei gleichzeitig vorhandener Gefäßdilatation. Was die Talgdrüsen betrifft, so ist als erster und auffälligster Punkt die öfters geradezu exzessive Vergrößerung derselben zu erwähnen. Außer dieser Hyperplasia kann noch ein zweiter sehr wichtiger Prozeß konstatiert werden, nämlich die Neubildung von Talgdrüsen durch Differenzierung gewucherter epidermoidaler Elemente zu Talgdrüsenzellen. Das höchste Maß ist erreicht, wenn schon recht große Komplexe solcher differenzierter Zellen anzutreffen sind, stets umgeben von dickeren oder schwächeren Mänteln epidermoidaler Elemente. In der letzten Tatsache liegt der Unterschied gegenüber normalen Talgdrüsen. Wir haben hier also eine postfötale Talgdrüsenneubildung nach embryonalem Typus vor uns. Es entwickeln sich hierbei die Drüsenzellen nicht aus Elementen der äußeren Wurzelscheide, sondern direkt von der Epidermis. Der Versuch einer Haarneubildung kommt so zustande: Mit der Oberflächenepidermis steht ein ziemlich langer, lumenloser, nicht überall gleich dicker Epithelzapfen in Verbindung, der an dem unteren Ende beträchtlich angeschwollen erscheint und hier eine vollendete Papillenbildung erkennen läßt. Die letzte Ursache für diese Erscheinungen ist in der enormen Vaskularisation beim Rhinophym mit allen ihren Konsequenzen zu suchen. Außerdem kommt noch die besondere örtliche Eignung für solche Wucherungsvorgänge in Betracht.

Immerwahr - Berlin.

- 17) **Three cases of granuloma annulare**, by J. L. Bunch. (British Journ. of Dermatology. 1913. Juni.)

Das klinische Bild des Granuloma annulare ist ein sehr verschiedenartiges. Die ringförmige Eruption tritt meist auf den Extremitäten, aber oft auch an

anderen Stellen auf, mit oder ohne Vorangehen eines Erythems, entwickelt sich häufig zentrifugal, andere Male durch Zusammenfließen mehrerer Knötchen. Der eine der 3 Fälle des Verf.'s ist bemerkenswert durch das frühe Lebensalter, $2\frac{1}{2}$ Jahre, und durch die Lokalisation auf dem Fußrücken. Das erkrankte Gewebe erschien rund umgrenzt, fest, etwas erhaben und nodulär. Wenig entfernt bestand eine gleichartige, aber unregelmäßig geformte, kleinere Eruption. Histologisch zeigte sich das Bild einer chronischen Entzündung in Epidermis und Derma: Verdickung der Hornschicht, Verlängerung der interpapillären Körper in der Epidermis, perivaskuläre Infiltration kleiner Rundzellen, Lymphozyten und Leukozyten, einige Mastzellen und Erythrozyten. Im Zentrum der entzündlichen Zone war bereits Neigung zu Nekrosen vorhanden. Die anderen Fälle verliefen typisch und betrafen die Handrücken, der histologische Befund wich nur geringfügig von dem oben beschriebenen ab.

18) **Tumeurs multiples de la peau à type sarcomatoïde**, par Brault et Argaud. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 6.)

Bei einem 80jährigen Manne entwickelten sich Tumoren der Fußsohle. Mikroskopisch fand sich eine Anhäufung von Bindegewebszellen, die einem Sarkom ähnlich war. Die Tumoren gehören aber ins Gebiet der Bindegewebs-tumoren, wie Chalazion, parasitäre Fibrome. Raff-Augsburg.

19) **Élastome diffus de la peau**, par Dubreuilh. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 4.)

Die vom Verff. beschriebene Affektion ist nahezu identisch mit dem von Darier beschriebenen Pseudoxanthoma elasticum. Während aber dieses an den bedeckt getragenen Körperstellen auftritt, war die Affektion in den drei beschriebenen Fällen des Verf.'s an der Stirn und am Halse lokalisiert. Die betreffenden Hautstellen waren schlapp, runzlig, gelblich gefärbt. Die mikroskopische Untersuchung zweier Fälle ergab fast dasselbe Bild: Zwischen Epidermis und Unterhautzellgewebe fand sich eine förmliche Neubildung von elastischem Gewebe, während das Bindegewebe fast völlig fehlte. Raff-Augsburg.

20) **Di alcune affezioni granulomatose della cute osservate a Tripoli**, per Sabella. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Verf. gibt eine kulturhistorisch interessante Schilderung der Zustände in Tripolis, unter denen ansteckende Hautkrankheiten üppig gedeihen, so daß sich in seinem Material 40% parasitäre Erkrankungen und zudem noch 15% Pyodermien fanden. Frambösie wurde in etwa 10 Fällen beobachtet. Bei der großen Ansteckungsfähigkeit der Erkrankung hält Verf. es für ratsam, die Fälle zu isolieren und mit den modernen Ehrlichen Arsenpräparaten zu behandeln. Granuloma ulcerosum der Genitalorgane wurde nicht bloß bei Erwachsenen, sondern einmal auch bei einem 7jährigen Kinde gefunden. Verf. ist der Ansicht, daß die Übertragung durch Wäsche oder Hände oder dergleichen erfolgen kann. Diese sehr ansteckende Erkrankung, die sich immer nur lokal verbreitet und das Allgemeinbefinden nicht beeinflußt, widersteht allen lokalen chemischen Prozeduren, wurde aber durch Neosalvarsaninjektionen in 2 Fällen zur Heilung gebracht. Syphilis wird auch in Tripolis vielfach auf extragenitalem Wege übertragen. Lepra wurde nicht beobachtet, Lupus seltener als ulzeröse und verruköse Hauttuberkulose. Die Übertragungsversuche eines ulzerierten Frambösieknotens auf zwei Makaken mißlangen dem Verf. Die histologischen Strukturbilder der Frambösie und des Granuloma ulcerosum zeigen Verschiedenheiten gegenüber der Syphilis, sind aber unter sich so ähnlich, daß diese Krankheiten vielleicht als identisch angenommen werden

müssen, zumal da auch die bei beiden gefundenen sehr feinen Spirochäten nicht voneinander zu unterscheiden sind.

Dreyer-Cöln.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 21) **Knotenförmige Hautverdickungen bei Sklerodaktylie**, von B. Lipschütz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Typischer Fall von Sklerodaktylie bei einem 24-jährigen Mädchen im Anschluß an eine Erkältung und unter Auftreten rheumatischer Beschwerden. Besonders bemerkenswert ist das Vorhandensein mehr oder weniger scharf umschriebener, ziemlich derber, verschieden großer in der Haut eingelagerter knotenförmiger Verdickungen, die dem Krankheitsbild ein eigenartiges Gepräge verleihen. Die Verdickungen sitzen in den mittleren und tieferen Koriumanteilen und prominieren flach über das Hautniveau, sind von glatter und gespannter Oberfläche, zeigen keinerlei abnorme Sensationen und sind auf Druck nicht schmerzhaft. Ihre Größe schwankt zwischen der einer Linse und eines Hellers. Sie sind mit der Haut verschieblich und finden sich an der Volarfläche der Grundphalanx sämtlicher Finger der rechten Hand mit Ausnahme des Daumens, und der Finger der linken Hand mit Ausnahme des Mittel- und Zeigefingers.

Schourp-Danzig.

- 22) **Beitrag zum Studium der Sklerodermie der Zunge und der Mundschleimhaut**, von Vignolo-Lutati. (Dermatolog. Zeitschr. 1913. August.)

Verf. berichtet über einen Fall von diffuser universeller Sklerodermie mit Sklerodaktylie. Auch die Schleimhäute waren von Sklerodermie befallen; die Zunge hatte ihr normales Aussehen vollständig verloren und erschien zu einer kleineren, schmalen, flachen und harten Masse reduziert. Die Zungenschleimhaut war gelblichweiß, glänzend und fast vollständig glatt. Alle Papillen waren verschwunden. Die übrige Mundschleimhaut war gleichfalls glatt, glänzend und atrophisch.

Immerwahr-Berlin.

- 23) **Dermatose congénitale et familiale à lésions trophiques progressives et chroniques ulcéro-végétantes à debut pemphigoïde avec dystrophiques unguéales. Variété de pemphigus congénital de forme dystrophique**, par Nicolas, Mentot, Charlet. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 7.)

Bei der vorliegenden Beobachtung handelte es sich um drei Geschwister im Alter von 15 Jahren, 4 Jahren, 8 Monaten, die alle die aus dem Titel ersichtlichen Anomalien aufwiesen, wogegen fünf andere Geschwister völlig normal waren. Bei zwei Kindern sollen die Knoten im Anschluß an die Impfung aufgetreten sein. Die Nagelveränderungen stellen eine Form von Perionyxis dar. Alle drei Patienten zeigten auch eine Erschwerung der Respiration, die sich beim Weinen so steigerte, daß eine förmliche Asphyxie eintrat. Ein Fall, der laryngoskopiert wurde, zeigte Narben auf den Stimmbändern, es handelte sich also um eine Larynxstenose. Einen ähnlichen Fall haben die Verf. in der Literatur nicht gefunden. Die Ätiologie ist dunkel, doch ist sicher, daß die Affektion familiärer Natur und kongenital war, aber nicht hereditär. Der Krankheit begann stets im Gesichte, die primäre Effloreszenz wurde von den Verf. nicht beobachtet, doch waren es jedenfalls Blasen. Die Affektion ging stets langsam vom Gesichte auf Schultern und obere Extremitäten, aber nicht in allen Fällen. Drüsenschwellung war nie vorhanden, das Allgemeinbefinden stets ungestört. Wassermannreaktion war negativ, ebenso Impfung auf Kaninchen; die histologische Untersuchung bot

nichts Besonderes. Jede Art von Behandlung (Hg, Jodkali, Auskratzung usw.) war ohne Erfolg. Ausführlich besprechen die Verf. die Diagnose der Erkrankung. Auszuschließen ist die kongenitale Syphilis schon wegen der Wirkungslosigkeit der antisiphilitischen Behandlung, ebenso aus verschiedenen anderen Gründen. Gegen Tuberkulose spricht das Aussehen der Herde, der negative Ausfall der Tuberkulinprobe und des Tierversuches, die histologische Untersuchung. Zu denken wäre an Xeroderma pigmentosum, doch hat es eine andere Entwicklung, auch fehlen die Pigmentierungen, Warzen sowie die Hautatrophie. Der Beginn der Atrophie mit Blasen und die Verbreitung derselben lassen sie zu den Hautkrankheiten mit Blasenbildung stellen. Dermatitis Duhring, Pemphigus chronicus in seinen gewöhnlichen Formen, Epidermolysis bullosa hereditaria sind leicht auszuschließen. So bleibt denn nur eine Form, die „Pemphigus congenital à kystes epidermiques“ genannt wird, eine äußerst seltene Affektion, von der in einer Dissertation im Jahre 1906 14 Fälle gesammelt wurden. Auch bei dieser Diagnose bleiben die Fälle außergewöhnlich, denn der Pemphigus tritt in Schüben auf, sitzt gewöhnlich an den Extremitäten und lokalisiert sich auch auf den Schleimhäuten, die Blasen heilen spurlos. All das ist bei den vorliegenden Erkrankungen anders; gemeinsam sind jedoch die Nagelveränderungen, die bullösen weit verbreiteten Effloreszenzen, die leichte Blutung der Geschwüre, der kongenitale und familiäre Charakter. Aus diesen Gründen und um nicht durch ein neues Krankheitsbild Verwirrung zu schaffen, betrachten die Verf. die vorliegenden Erkrankungen als eine Varietät des kongenitalen Pemphigus. Raff-Augsburg.

24) **Über die kongenitalen ektodermalen Defekte und ihre Beziehungen zueinander; vikariierende Pigment- für Haarbildung,** von J. Christ. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Die Beobachtung eines Falles von angeborenem totalen Fehlen der Schweißdrüsen bei gleichzeitiger hochgradiger Hypertrichosis und fast völligem Mangel der Zahnkeime gibt dem Verf. Veranlassung, die Beziehungen der Defekte der Abkömmlinge des Ektoderms zueinander zu erörtern. In dem zitierten Fall war es nur im Trigeminusgebiete zu einer Behaarung gekommen, die jedoch an manchen Stellen durch eine starke Pigmentierung unterbrochen wurde. Verf. folgert aus dieser interessanten Erscheinung, daß Pigmentbildung vikariierend für Haarkeimbildung auftreten kann. Lilienstein-Hamburg.

Neuritische Dermatosen.

25) **Über Herpes facialis bei Diphtherie,** von F. Reiche. (Med. Klinik. 1913. Nr. 35.)

Unter 4830 Diphtheriekranken wurde Herpes facialis in 6,96% beobachtet, meist als Herpes labialis und häufiger in den höheren Altersklassen. Augenfällig für das Auftreten des Herpes war die Bevorzugung des dritten Krankheitstages. Eine prognostische Bedeutung geht den Herpeseruptionen ab. Biberstein-Gleiwitz.

26) **Pelade et goitre exophthalmique,** par Sabouraud. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Auf Grund von fünf selber beobachteten Fällen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Verschiedene Fälle von Pelade (Alopecia areata), und zwar stets schwere und chronische Fälle, scheinen in direktem Zusammenhang mit der Basedowschen Krankheit zu stehen. 2. Manchmal bessern und verschlimmern sie sich mit der Basedowschen Krankheit. 3. Die Kinder dieser

Kranken mit Schilddrüseninsuffizienz können Pelade ohne Vitiligo oder Vitiligo allein zeigen. 4. Über die Beziehung der verschiedenen Symptome von seiten der Schilddrüse mit der Pelade wissen wir fast nichts. 5. Auch hier zeigen sich die schon früher beobachteten Beziehungen zwischen Pelade und Störungen der Ovarien.

Raff-Augsburg.

Parasitäre Dermatosen.

- 27) **Histologische Untersuchungen über Trichophytieheilung und -allergie beim Meerschweinchen**, von S. Hanawa. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Bei der experimentellen Gipseumtrichophytie des nicht immunen Meerschweinchens wurde die Entwicklung histologisch verfolgt und festgestellt, daß dem klinisch recht plötzlichen Umschwung zur Heilung auch histologisch eine in kurzer Zeit sich einstellende Umwandlung der relativ unbedeutenden subakuten in eine ganz akute stark nekrobiotische Entzündung entspricht. Dabei finden sich auch nach der in Form einer Kruste erfolgenden Abstoßung in dieser noch gut färbbare Pilzelemente. Die Heilung findet also nicht in erster Linie durch Pilzvernichtung, sondern durch Elimination statt, welche ihrerseits die Folge ist der durch die Pilzinfektion bedingten, sich relativ plötzlich manifestierenden allergischen Reaktion. Am immunen Tier entwickelt sich in kürzester Zeit eine sehr demarkierende Entzündung mit nekrotischen Veränderungen der obersten Hautschichten, an deren unterer Grenze ein Wall von degenerierten Leukozyten sich ausbildet. Auch hier führt also die allergische Reaktion zu einer Elimination des eingebrachten Pilzmaterials. Die Trichophytieintradermoreaktion bedingt beim immunen Tier eine starke, partiell nekrobiotische, sich knötchenförmig auch in die Umgebung ausbreitende Entzündung.

Schourp-Danzig.

- 28) **Die allgemein-pathologische Bedeutung der Dermatomykosen**, von Br. Bloch. (Halle, Marhold, 1913. 112 S. 3 Mk.)

Eine ausgezeichnete Monographie, welche anknüpfend an eigene Untersuchungen des Verf.'s uns einen vollständigen Überblick über den heutigen Stand unseres Wissens auf diesem Gebiete gibt. Jetzt verstehen wir in der Tat erst, weshalb den Trichophytien tierischen Ursprungs, welche durchweg stärkere Entzündungsallergiesymptome und daher eine intensivere und raschere Umstimmung und Immunisierung im Gefolge haben, eine bessere Prognose zukommt als den torpiden, d. h. nicht allergisierenden Formen der rein humanen Pilzgruppe. Die ganze Entwicklung der Dermatomykosen in einen animalen und einen humanen Typus ist nicht nur eine ätiologische, nach der Herkunft der Pilze, sondern ebenso sehr eine biologische und eine prognostische. J.

- 29) **A case of dermatitis gangraenosa infantum**, by A. H. H. Howard. (British Journ. of Dermatology. 1913. Juli.)

Bei dem 10 Monate alten, elenden und unter schlechten hygienischen Verhältnissen lebenden Kinde traten nach Ablauf von Windpocken Blasen auf Hals, Wange, Lenden und Ohren auf. Die Blasen bedeckten sich mit schwarzen, nekrotischen Schorfen, unter denen sich ulzerierte eiternde Flächen bildeten. Fieber und starke Diarrhoe bestanden daneben. Trotz sorgfältigster antiseptischer Behandlung und kräftigender Diät trat der Exitus ein. J.

- 30) **Sopra un caso di scabbia norvegese**, per Radaelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Der Kopf der befallenen Frau ist mit einer bis zu 2—3 cm Dicke an-

steigenden, aus hornigen Massen bestehenden Kappe bedeckt. Auch am übrigen Körper tragen die Hautauflagerungen mehr einen hornigen als krustösen Charakter. An den weniger befallenen Stellen ist eine feinkleilige Schuppung und Rötung vorhanden, so daß die Diagnose einer Psoriasis vulgaris oder Pityriasis rubra pilaris in Erwägung gezogen wurde. Bei der histologischen Untersuchung fanden sich zahlreiche männliche Acari, Larven und Eier vor, weniger weibliche Acari. Das histologische Bild zeigte stark verlängerte Zapfen und Papillen, Ödem, Gefäßerweiterung und leichte Lymphozyteninfiltration in Papillen und Subpapillarschicht. In der Epidermis finden sich außerdem Kernteilungen in der Basalschicht und einige Leukozyten in den erweiterten Interzellularräumen. Das Stratum granulosum fehlt fast ganz. Das Stratum corneum ist erheblich verdickt, parakeratotisch, von Hohlräumen durchsetzt, die teilweise Leukozyten, teilweise Acari, Larven, Eier und Fäzes enthalten. Dort, wo gelegentlich ein Acarus in das Stratum Malpighii ein wenig hineingelangt, bildet sich alsbald eine Verhornung desselben heraus. Durch Helferichsche und Wilkinsonische Salbe wurde Heilung erreicht. Die aufgefundenen Acari entsprachen in ihren Maßen den auch sonst bei Scabies hominis gefundenen. Eine gewisse Verhornung der Haut, wie sie sich ja auch häufig bei Lepra findet und hier im vorliegenden Fall durch ein Kopfkemmer hervorgerufen wurde, ist vielleicht die anatomische Basis für das Entstehen der sog. norwegischen Scabies.

Dreyer-Cöln.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 31) **Die Pathologie und Therapie der Lepra**, von W. Ebstein. (Bibliothek mediz. Monographien. IX. Leipzig, Klmkhardt. 3,50 Mk.)

Bei der immer noch verhältnismäßig recht großen Verbreitung der Lepra hat sich Verf. in der vorliegenden Arbeit die Aufgabe gestellt, die dazu erforderlichen Materialien zusammenzustellen und kritisch zu beleuchten. So werden Ärzte und Studierende hier eine gute Übersicht über den heutigen Stand der Leprafrage vorfinden.

- 32) **Über die Kultivierbarkeit und Morphologie des Lepraerregers und die Übertragung der Lepra auf Affen**, von J. Recustierna. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Trotz der bisher wenig ermutigenden Resultate der Lepraforschung hat Verf. von neuem die Züchtbarkeit und Übertragung des Lepraerregers auf den Tierorganismus versucht. Mittels subtiler Technik ist ihm auch die Reinkultur des Lepraorganismus durch verschiedene Generationen hindurch gelungen. Auch die Impfungen von Affen, die teils mit Emulsion menschlichen Lepromgewebes, teils mit aus dem Blute eines Leprösen gezüchteten Stäbchen angestellt wurden, waren insofern erfolgreich, als im Tierkörper Veränderungen hervorgerufen wurden, die mit größter Wahrscheinlichkeit als leprös anzusehen waren. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß dem Leprabacillus ein „großer Polymorphismus“ eigen ist, so daß er in verschiedenen Formen auftreten kann, die als sich selbständig entwickelnde Bruchstücke eines Pilzmycels aufzufassen sind. Die durch ihn im Tierkörper hervorgerufenen Veränderungen unterscheiden sich in nichts von denen, die bei Tuberkulose beobachtet werden. Lillienstein-Hamburg.

- 33) **Die Lepra in Estland**, von A. Kupffer. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 1.)

Über die Einschleppung und Entwicklung der Lepra in Estland wird

ein fesselnder historischer Bericht gegeben, der durch eine Karte weitere Veranschaulichung erfährt. Neben anderen vielfältigen Einflüssen spielten Kosakeninvasion und Rückwanderung aus dem Innern des Reichs eine bedeutende Rolle bei der Verbreitung der Seuche. Die Internierung von mindestens $\frac{1}{3}$ aller Leprösen Estlands, welche bereits 1906 im Landesleprosorium erfolgte, der stetige Zuwachs der Anstalt, die den statutenmäßigen Etat von 60 Betten seit 3 Jahren übersteigt, die gesetzliche Regelung der Behandlung Lepröser, die Kontrolle der außerhalb der Anstalt lebenden Kranken haben neben Hebung der sanitären Zustände, der Belehrung der Bevölkerung und der immer weiter fortschreitenden Kenntnisse der Verbreitung der Lepra viel für die Bekämpfung der Lepra getan. J.

34) **Über die Beziehungen des chronischen Lupus erythematodes zur Tuberkulose**, von Bloch und H. Fuchs. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. Heft 3.)

Nach eingehender Würdigung der mannigfachen über die Ätiologie des Lupus erythematodes herrschenden Ansichten haben die Verff. durch experimentelle Untersuchungen einen Beitrag zur Klärung dieser Streitfrage geliefert. Sie haben aus frischen Effloreszenzen dieser Lupus erythematodes-Fälle ein Extrakt hergestellt, das sie Patienten, die eine starke Tuberkulinüberempfindlichkeit aufwiesen, intradermal injizierten. Die an der Injektionsstelle entstehenden Impfpapeln wiesen tuberkulösen Bau auf und zeigten nach subkutaner Tuberkulineinverleibung eine deutliche Herdreaktion. In einer weiteren Versuchsreihe von 4 Fällen von typischem Lupus erythematodes ist es den Verff. gelungen, durch Verimpfung frischer Effloreszenzen beim Meerschweinchen Tuberkulose zu erzeugen. Auf Grund dieser Tatsachen wird man zu dem Schlusse gedrängt, daß der Tuberkelbacillus die Ursache des Lupus erythematodes ist, wozu allerdings vielleicht noch eine besondere Reaktionsfähigkeit der befallenen Haut, eine „Umstimmung des Terrains“ kommt.

Lilienstein-Hamburg.

35) **Risultati ottenuti dalle inoculazioni intraperitoneali di emulsione di leproma nei conigli**, per Verrotti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 1.)

Verf. hat eine Emulsion aus frischen, einzelstehenden, geschlossenen, leprösen Knoten in die Bauchhöhle von Kaninchen übertragen. Zunächst erhielten vier früher noch nicht geimpfte Kaninchen je $\frac{1}{2}$ ccm dieser Emulsion. 3 Tiere starben nach 3—5 Monaten, ohne daß Erscheinungen bei ihnen beobachtet wurden. Vier weitere Kaninchen, die früher bereits mit Erfolg mit leprösem Material in die vordere Augenkammer geimpft waren, erhielten je 2 ccm der Emulsion injiziert. Bei sämtlichen Tieren wurde die vorher negative, mit leprösem Extrakt angestellte Wassermannreaktion positiv. Bei einem Kaninchen entstand außerdem ein größerer Knoten im Peritoneum, bei einem zweiten in der Leber und bei einem dritten eine Anzahl kleinerer Knötchen in der vorderen Augenkammer an der nasalen Seite, wo 1 Jahr vorher lepröses Material injiziert war und wo damals reaktive Entzündungserscheinungen aufgetreten waren, die unter Persistieren eines Irisvorfalls abheilten. In dem peritonealen Knoten wie in dem der Leber fanden sich zerfallene, säurefeste Bazillen.

Dreyer-Cöln.

36) **Erythema nodosum und Tuberkulose**, von Moro. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Die Behauptung Pollaks, daß das Erythema nodosum im Kindesalter

eine tuberkulöse Affektion ist, wird auf Grund eigener Beobachtungen widerlegt, indem nämlich nicht alle Patienten auf Tuberkulin reagierten. Damit soll nicht gesagt sein, daß Erythema nodosum und Tuberkulose nichts miteinander zu tun haben, denn in einem Fall trat ein Erythema nodosum auf nach Einreibung einer Tuberkulinsalbe. Überimpfung vom Blut des Erythemknotens auf Meerschweinchen und Verimpfung der Knoten von Tuberkulininjektionen in der Hoffnung eine Herdreaktion der Knoten zu erzielen, ergaben ein negatives Resultat. Über Natur und Wesen des Erythema nodosum läßt sich also vorläufig nichts Bestimmtes sagen. Raff-Augsburg.

37) **Case of erythema induratum giving no evidence of tuberculosis**, by J. Hallows. (British med. Journal. 1913. Juli.)

Bemerkenswert ist an dem vorliegenden Falle, daß bei gründlichster Untersuchung, Tuberkulinprobe usw. sich keine Spur von Tuberkulose bei der nicht mageren, aber sehr anämischen, an Verstopfung und Schwächegefühl leidenden Patientin fand. Verf. betont daher, daß neben der tuberkulösen noch eine zweite Form des Erythema induratum vorkomme, die unabhängig von der Erkrankung anderer Organe sei. In dem vorliegenden Falle bestanden 10—12 harte, purpurrote, etwas schmerzhaft Flecke auf Beinen und Füßen, die in der Cutis und im subkutanen Gewebe entstanden waren, nach jeder Anstrengung auftraten und unter Ruhe und allgemeiner Pflege bald mit Hinterlassung einer leichten Pigmentierung, niemals einer Narbe, heilten. Histologisch fand sich im Zentrum von ödematöser und kongestiver Haut eine Wucherung, die das Bild eines Granuloms zeigte: mononukleäre, Plasmazellen gleichende Zellen und Riesenzellen. J.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

38) **Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und deren Komplikationen**, von Keil. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Verf. bestätigt die schon früher von anderen Autoren mit dem Bruckschen Arthigon gemachten Erfahrungen. Die besten Erfolge hatte er bei Arthritis und Epididymitis gonorrhoeica; schwerer zu beeinflussen seien Prostatitis, Vulvovaginitis, Zervix- und Adnexerkrankungen. J. Schumacher-Berlin.

39) **Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen**, von Bruck und Sommer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 22.)

Schon 1909 wandte Bruck Arthigon intramuskulär an und erzielte günstige Resultate bei Epididymitis und Arthritis, schwankende bei Prostatitis, Vulvovaginitis und Zervikalgonorrhoe. Diagnostisch traten Herdreaktionen aber nicht konstant auf. Das Präparat war unschädlich. Die Verf. wendeten also Arthigon intravenös an bei etwa 60 Fällen. Zu diagnostischen Zwecken angewendet brachte es bei einer Dosis von 0,1 und Gonorrhoe Fieber mit einer Steigerung von über 1,5°; war die Temperatursteigerung unter 1,5°, so lag keine Gonorrhoe vor. Schaden wurde mit den Injektionen nie angerichtet. Die Injektionen wurden mit der Pravazschen Spritze gemacht und zwar die betreffende Arthigonmenge mit steriler Kochsalzlösung auf 0,5 verdünnt. Therapeutisch wurde das Mittel in 19 Fällen angewendet und zwar alle 3—4 Tage und Steigerung der Dosis bis 0,5 im ganzen höchstens 6 Injektionen. Der Effekt war um so größer, je stärker die Reaktion war. Bei Epididymitis und Arthritis gingen die Schwellungen rasch zurück. Fieber

bildete kein Hindernis für Injektionen. Ebenso wurden 3 Fälle von Prostatitis sehr günstig beeinflusst. In 9 Fällen von Urethritis anterior und posterior und Prostatitis verschwanden die Gonokokken sehr rasch und die Sekretion blieb aus, während 2 Fälle von Urethritis anterior allein keine Besserung zeigten, ein dritter mit Prostatitis zeigte Erfolg, aber bald folgte ein Rezidiv. Bezüglich des Auftretens von Komplikationen der Gonorrhoe kommen dem Arthigon keine präventiven Eigenschaften zu. Raff-Augsburg.

40) **Ein schwerer Anfall zerebraler Erkrankung nach Arthigoninjektion**, von Fischer. (Dermatologische Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Der Fall vertrug die erste intramuskuläre Arthigoninjektion ohne Beschwerden, nach der zweiten und dritten trat Schwindelgefühl und Frösteln auf. Nach der vierten Injektion traten Hitzegefühl, Ohrensausen, Schüttelfröste auf. Die Pupillen reagierten nicht auf Lichteinfall, das Bewußtsein war aufgehoben, starkes Erbrechen trat ein und die Körperwärme stieg im Rektum auf 40°. Dazu kamen starke Zuckungen der Gesichtsmuskulatur und Umsichschlagen mit Händen und Füßen. 25 Minuten nach dem Anfall erfolgte Erwachen wie aus tiefem Schlaf. Am anderen Tage vollkommenes Wohlbefinden. Schourp-Danzig.

41) **Die Behandlung des gonorrhoeischen Gelenkrheumatismus mit intravenösen Arthigoninjektionen**, von E. Steinitz. (Therapie der Gegenwart. 1913. Heft 8.)

Verf. hat bei gonorrhoeischer Gelenkerkrankung nach erfolgloser Behandlung mit Bierscher Stauung und Heißluft sehr gute Besserung gesehen bei einem Fall nach intravenöser Injektion von Arthigon und zwar von 0,12 ccm in dreitägigen Pausen zweimal, 0,24, 0,36 und 0,6 je einmal mit einem Tage Zwischenpause. Franz Fischer-Düsseldorf.

42) **Die Sonderstellung der Staphyloomykosen der Harnwege**, von Goldberg. (Zeitschrift f. Urologie. VII. 1913.)

Verf. kommt auf Grund eigener Beobachtungen und nach dem Studium der vorliegenden Literatur zu dem Schlusse, daß die Staphyloomykosen der Harnwege mit den durch andere Erreger verursachten Infektionen alle Grade und Lokalisationen von Erkrankungen der Harnwege gemeinsam haben, daß ferner die Keime sowohl exogen als auch endogen in die Harnwege gelangen können, und daß „aufsteigend“ Pyelitiden und Pyelonephritiden exzeptionell bei Harnrückstauung zustande kommen, und daß hämatogen „absteigende“ Staphylokokkenpyelitiden und -cystitiden häufiger sind als man bisher annahm. Vor anderen Infektionen zeichnen sich die Staphyloomykosen durch relativ kurze Dauer aus, falls sie nur im Anfang in Behandlung kamen und diese geeignet durchgeführt wurde. Chronische Staphylomonoinfektionen seien selten, manche dieser Fälle seien primäre Phosphatdiathesen mit sekundärer Staphylokokkeninfektion. Manchmal werde Albuminurie beobachtet. Bei und nach Gonorrhoe wurden alle Varietäten der Staphylokokkeninfektion beobachtet, ferner sei die Verschleppung der Staphylokokken aus den Harnwegen ins Blut und in die Nieren in besonders hohem Grade lebensgefährlich. J. Schumacher-Berlin.

43) **Über Hetralin bei Infektionen des Urogenitalapparates**, von Drucker. (Zentralblatt f. d. ges. Therapie. XXXI. 1913. August.)

Verf. hebt die hohe antiseptische Wirkung des Präparates hervor und betont die Unterstützung der Formaldehydabspaltung durch die azidifizierende Wirkung des Resorzins, der anderen Komponente des Präparates. Neben-

wirkungen wurden selbst bei längerer Darreichung nicht beobachtet. Bei Phosphaturie soll es die Bildung der Phosphate verhindern und dadurch gewisse subjektive Symptome, wie die durch die Reizung der Harnröhrenschleimhaut durch die Phosphate verursachten Miktionschmerzen beseitigen. Bei Harnröhren- und Blasen gonorrhoe wurden oft in 1—2 Tagen schon der Tenismus und die Blasenreizsymptome gelindert. Die tägliche Dosis beträgt dreimal 1,0 g.

J. Schumacher-Berlin.

Syphilis.

- 44) I. Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von M. Rabinowitsch. — II. Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von H. Neue. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Beide Verf. wenden sich gegen die Schlüsse Sterns über die durch die eigenlösenden Eigenschaften des Meerschweinchenserums bedingte Fehlerquelle der Wassermannreaktion. Eine genaueste Kontrolle aller benutzten Reagentien, insbesondere auch des hämolytischen Systems im Vorversuch, ist und bleibt ein Haupterfordernis bei jeder Anstellung der Wassermannreaktion — nur so kann ihre Stellung als ein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel, als welches es nicht gemißt werden möchte, gewahrt werden.

Schourp-Danzig.

- 45) Über die Häufigkeit der syphilitischen Sklerose der Aorta relativ zur gewöhnlichen Atherosklerose und zur Syphilis überhaupt, von F. Lenz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 24.)

Die Betrachtung der von 1907—1912 im Freiburger pathologischen Institut zur Sektion gekommenen Leichen ergab unter 3318 Fällen 38 Fälle sicherer Aortitis syphilitica und 18 wahrscheinliche Fälle. Bei Paralyse fand sich Aortitis nicht häufiger als sonst bei Syphilis. Niemals waren Paralyse und Aneurysma kombiniert. Die Aortitis ist die häufigste Form der Syphilis im Spätstadium. Sie findet sich etwa in einem Viertel aller Syphilisfälle.

Biberstein-Gleiwitz.

- 46) Über die diagnostische Wertlosigkeit der negativen Wassermann-Reaktion, von K. Rühl. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Bei einem Manne fiel die Wassermannreaktion dreimal, in Abständen von je zwei Monaten, negativ aus; dennoch infizierte er seine Frau mit Lues. Bei einer jungen Frau, die ein luetisches Kind gebar und selbst deutliche Syphiliserscheinungen aufwies, war die Wassermannreaktion durchaus negativ. Beide Fälle bilden eine Bestätigung der Wertlosigkeit der negativen Wassermannreaktion selbst bei wiederholtem negativen Ausfall. Schourp-Danzig.

- 47) Über eigenlösende Eigenschaften des Meerschweinchenserums, von E. v. Gierke. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Die Eigenlösung kommt auch bei tuberkulosefreien Tieren in schwachem Grade vor, vornehmlich bei jüngeren Tieren. Bei tuberkulösen Meerschweinchen aber wird diese Eigenschaft weit häufiger angetroffen und kann hier viel stärkere Grade erreichen.

Schourp-Danzig.

- 48) Über „eigenlösende“ Eigenschaften des Meerschweinchenserums und dadurch bedingte Fehlerquellen der Wassermannschen Reaktion, von A. Złoziecki. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)

Die theoretische Bedeutung der von Stern mitgeteilten Tatsachen ist nicht von Belang, da ihre Grundlagen bereits nach allen Richtungen hin bekannt sind. In praktischer Beziehung ist die durch die Vermehrung der Hammelblutambozeptoren des Komplements bedingte Fehlerquelle nicht allzu hoch einzuschätzen, da sie im Vorversuch erkennbar werden muß; auch liegt sie in anderer Richtung, als es Stern vermutet. Schourp-Danzig.

49) **Der Lebenszyklus des Mikroorganismus der Syphilis (Leukocytozoon syphilidis**, von J. E. R. Mc Donagh. (Dermat. Wochenschr. 1913. Nr. 15.)

An der Hand einer Reihe von Abbildungen beschreibt Verf. die Lebensgeschichte des Organismus der Syphilis. Er glaubt, berechtigt zu sein, ihn in die Klasse der Sporozoen und innerhalb dieser in die Unterklasse der Telosporidien einzureihen, da die Sporen erst am Schlusse des Zyklus entstehen. Die Ordnung ist unzweifelhaft die der Kokzidien, und die geeignetste Spezies ist das Leukozytozoon, weshalb ein angemessener Name für den syphilitischen Parasiten sein würde: Leukozytozoon syphilidis. Schourp-Danzig.

50) **Über die Verdauungsfähigkeit des Normal- und Luesserums**, von Manoiloff. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. H. 5.)

Wie Verf. schon früher festgestellt hat, kann der Ambozeptor in der Wassermannreaktion durch natürlichen Magensaft gleichwertig ersetzt werden. Verf. kann auch jetzt noch keine Erklärung hierfür geben. Luesserum wird nach der Mettschen Methode durch Magensaft bedeutend stärker verdaut als Normalserum. Pürckhauer-Dresden.

51) **Erfahrungen mit der Hermann-Perutzschen Syphilisreaktion an 600 Fällen**, von Fr. Lade. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Verf. rät zur Anwendung der Hermann-Perutzschen Reaktion, vorzüglich, wenn die Benutzung eines serologischen Instituts aus zeitlichen oder ökonomischen Gründen unratsam ist. Schourp-Danzig.

52) **Die Hermann-Perutzsche Reaktion im Vergleich zur Wassermannschen Reaktion**, von Bräutigam. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Nach Verf. ist die Ausflockungsreaktion von Hermann und Perutz eine sehr brauchbare Methode, die der Wassermannreaktion an die Seite gestellt werden kann. Jedenfalls verdient sie schon ihrer einfachen Technik wegen mehr Berücksichtigung als bisher und der Nachprüfung. Lengefeld-Brandenburg a/H.

53) **Quantitative Ausflockungsreaktionen bei Syphilis**, von V. Ellermann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.)

Durch Veränderung der Mengenverhältnisse des Hermann-Perutzschen Reagens und Zufügen von Kochsalz erhält man Gemische, die je nach der Zusammensetzung mehr oder weniger fein und mehr oder weniger spezifisch mit syphilitischen Sera reagieren. Schourp-Danzig.

54) **Experimentelle Beobachtungen über die Wassermannsche Reaktion im Inhalte von Kantharidenblasen**, von A. Buschke und E. Zimmermann. (Med. Klinik. 1913. Nr. 27.)

Im allgemeinen reagiert der Inhalt der Blasen wie das Blutserum, aber graduell verschieden. Der Blaseninhalt scheint weniger Luesreagine als das Blutserum zu enthalten. Biberstein-Gleiwitz.

55) **Weitere Mitteilungen über die Infektiosität des Blutes und anderer Körperflüssigkeiten syphilitischer Menschen für das Kaninchen**, von Uhlenhuth und Mulzer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 17.)
In 19 verimpften Fällen primärer Syphilis war zehnmal (= 84,2%) die

Impfung positiv, wobei es gleichgültig war, ob bei klinisch einwandfreien Primäraffekten Spirochäten gefunden waren, ob gleichzeitig lokale Lymphdrüsenkrankungen bestanden oder ob Wassermann positiv oder negativ war. Unter 36 Impfungen mit Blut von sekundär syphilitischen Menschen mit manifesten Erscheinungen wurden in 27 Fällen (= 75%) positive Resultate erzielt, d. h. zusammen in 78,1%. Aus weiteren Versuchen mit Blut latent syphilitischer Personen ließen sich noch keine Schlüsse ziehen. Verschiedene andere Versuche sind im Gange. Impfungen mit anderen Flüssigkeiten — Sperma, Harn, Sputum, Milch, Spinalflüssigkeit — fielen negativ aus.
Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 56) **Die Notwendigkeit einer obligatorischen Einführung der Blutuntersuchung nach Wassermann bei der Kontrolle der Prostituierten und deren Bedeutung für die allgemeine Prophylaxe der Syphilis**, von Müller. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 6.)

Verf. konstatierte durch Konfrontation Infektion von Puellen die latent syphilitisch waren und nur positive Wassermannreaktion zeigten. Er fordert daher, daß jede latente Lues durch die Wassermannreaktion festgestellt und die betreffende, wenn sie in den ersten 3—5 Jahren ohne Lues sich befindet, behandelt wird. Nach fünf Jahren braucht man eine Puella nicht mehr zu behandeln, ja vom polizeiärztlichen Standpunkt wäre es besser, die betreffenden behalten ihren negativen Wassermann, weil sie immun und ungefährlich sind. Diesen bedenklichen Standpunkt beschränkt Verf. allerdings sofort ein, indem er sagt, der Polizeiarzt sei auch Arzt und müsse die Puella auf den positiven Wassermann aufmerksam machen und wenn sie einwillige behandeln. So schwer es oft auch ist, man muß versuchen den positiven Wassermann zum Verschwinden zu bringen. Verf. rechnet für die Metzger Verhältnisse aus, daß eine Puella innerhalb drei Jahren schätzungsweise an 210 weiteren Infektionen schuld ist. Dieser Grund dürfte wohl die Forderung rechtfertigen, daß durch die Internierung und zwangsweise Heilung einer jeden einzelnen, an und für sich infektiösen Puella, die dem Verkehr entzogen wird, im Laufe der Jahre sicherlich Tausende von neuen Syphilisinfectionen vermieden werden können.

Raff-Augsburg.

- 57) **Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung**, von E. Hoffmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Die Wassermannreaktion kann für die Erteilung des Ehekonsens nicht maßgebend sein; sie ist nicht selten beim Auftreten infektiöser Rezidive negativ und bei alten, erfahrungsgemäß nicht mehr ansteckenden Fällen oft lange oder dauernd positiv. Für den Ehekonsens gilt die aus der Erfahrung gewonnene Eheregel, wonach Patienten, die fünf bis sechs Quecksilberkuren durchgeführt haben und während der letzten zwei Jahre ohne Erscheinungen blieben, drei bis fünf Jahre nach der Infektion heiraten dürfen. An Stelle von fünf bis sechs Hg-Kuren darf man hoffen, mit zwei bis drei starken Salvarsankuren auszukommen.

Schourp-Danzig.

- 58) **Unterschiede zwischen dem Blutserum bei Paralyse und Dementia praecox in bezug auf die Auflösung von Immunhämolytinen**, von L. Benedek und St. Deák. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Die Kaninchenimpfungen mit Paralytikerserum führten ständig zu 200 bis 500 g Gewichtsverlust. Bei Dementia praecox zeigt sich in zwei Fällen danach schwere Nephritis, bei Paralyse in keinem Fall. Die hämolytische

Wirkung der Blutsera der gegen die Sera immunisierten Kaninchen wird durch Immunhämolyse verursacht. Die als Antigene dienenden Stromarezeptoren sind in dem dialytischen Blutserum in sehr geringer Menge oder molekular verändert vorhanden, während das Blutserum der Präcoxkranken an Hämolyseantigenen reich ist. Die Wirkung der Agglutinine, Präzipitine, Eiweißantikörper, Lipide, Antisolyse kann bei der Differenz in der Stärke der Hämolyse mit vollem Recht ausgeschlossen werden. Die haloide Kieselsäure ist imstande, die Wirkung der Immunhämolyse in vitro bis zu einem gewissen Grade zu vertreten. Sublimat — als Blutgift — gegenüber zeigen die roten Blutkörperchen der mit Paralytikerblutserum geimpften Kaninchen eine verringerte, diejenigen der mit Serum von Dementia praecox-Kranken geimpften eine gesteigerte Resistenz. Lezithin und Quecksilberchloridinjektionen beeinflussen die hämolytische Wirkung der Immunhämolyse in keiner Weise.

Schourp-Danzig.

IV. Therapeutische Notizen.

Eczema ani:

- 1) Rez. Calomelan. 0,2—5,0
Zinci oxyd.
Talc. pulv. ana 15,0
Vasel. amer. alb. ad 100,0
(Veiel.)

J.

Hämorrhoidalsuppositorien:

- 2) Rez. Aiol
Zinci oxydat. ana 6,0
Balsam. Peruv. 1,2
Ol. Cacao 24,0
M. f. supp. Nr. XII.

(Deutsch-Amerik. Apotheker-Zeitung. 1912.)

J.

Pruritus:

- 3) Rez. Menthol.
Chloralhydrat.
Camphor. ana 10,0
Vaselin. 70,0

(Kolisch, Wiener med. Wochenschrift. 1912.)

J

V. Vereinsberichte.

IX. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft am 19. und 20. September in Wien.

19. September: Tuberkulide. Referenten: Jadassohn und Ehrmann.

Jadassohn: Nach Erörterung des allgemeinen Standpunktes der Tuberkulidfrage, der Abgrenzung der Tuberkulide von anderen Erkrankungen, ihrer gegenseitigen Unterschiede bespricht Vortr. eingehend die Pathogenese der Tuberkulide, ihre Entstehungsmöglichkeit 1. durch Tuberkelbazillen selbst, 2. durch die von den Bazillen abgegebenen Giftstoffe (Toxine, Endotoxine).

Votr. neigt zur bazillären Genese der Tuberkulide. So ist durch Tuberkulininjektion die Auslösung eines latenten Tuberkulids möglich. Es sind jedoch sicher nicht alle Fälle tuberkulöser Natur: Lichen nitidus, Angiokeratom. Unter den Sarkoiden, Lupus pernio, Erythematodes, Erythema induratum dürfte nur ein Teil der Fälle, unter denen des Lichen scrophulosorum, der Acne scrophulosorum, Acnitis des papulo-nekrotischen Tuberkulids wohl sämtlich tuberkulösen Ursprungs sein. Das Gros der Tuberkulide entsteht hämatogen; möglich ist auch eine lymphogene oder exogene Entstehung oder mittelbar auf dem Umweg über das Nervensystem. Der Nachweis der Tuberkelbazillen sowie der positive Tierversuch sind nicht unbedingt beweisend für die Tuberkulosenatur der Tuberkulide. Für die Genese kommt auch die Allergie in Frage. Die Allergisierung an der Haut ist eher möglich als an inneren Organen. Tuberkulidträger reagieren anders auf die in den Körper gelangten Tuberkelbazillen als Tuberkulöse.

Ehrmann: Klinischer Teil. 1. Der Lichen scrophulosorum ist eine auf hämatogenem Wege entstandene, sicher bazilläre, abgeschwächte Tuberkulose, zeigt Übergänge zu tuberkulösen Erythrodermien und zuweilen verruköse Formen. 2. Das akneiforme papulonekrotische Tuberkulid ist eine mehr oder weniger abgeschwächte hämatogene embolische Tuberkulose, zuweilen bazillären Ursprungs oder durch Bazillenrümmer erzeugt. 3. Das Erythema induratum hat dieselbe Ätiologie wie das akneiforme und subkutane Tuberkulid. Es zeigt zwei klinische Formen, eine torpide ohne wesentliche Störung des Allgemeinbefindens, eine fieberhafte mit sepsisähnlichem Ausgang, besonders bei in der Gravidität entstandenen metastatischen Fällen. Der Lupus pernio ist trotz mancher Ähnlichkeit mit dem Erythema induratum klinisch und histologisch davon verschieden, dessen Ätiologie unklar. Das Lupoid scheint eine Infektion zu sein, von Verletzungen ausgehend. 4. Der Erythematodes ist eine zuweilen exanthematische Toxikutuberkulose der Haut und zeigt Übergänge nach dem akneiformen Tuberkulid, mit dem es zuweilen kombiniert ist. Als Chilblainlupus wird von Hutchinson eine Kombination von Erythematodes mit venöser Stase und Hämorrhagie im Gesicht und den Extremitäten, zuweilen mit papulonekrotischem Tuberkulid bezeichnet.

Zum Thema sprechen ferner bzw. demonstrieren Fälle: Volk-Wien; Lewandowsky-Hamburg: Tierexperimentelle Studien über Hautimmunität bei Tuberkulose; Kyrle-Wien: I. Fälle von pemphigusähnlichem Ausschlag toxischer Natur, II. Fall von diffuser Tumorbildung bei Lymphogranulomatose; Delbanco-Hamburg: I. Elephantiasis auf tuberkulöser Basis, II. Tuberkulöser Primäraffekt mit folgendem Tuberkulid; Herxheimer-Frankfurt: Sarcoid Boeck; Nobl-Wien: Histologische Präparate von Sarkoiden; Oppenheim-Wien: Lupoid Boeck nach subkutaner Injektion; Klausner-Prag: Granuloma annulare; Hartung-Breslau.

An der folgenden Diskussion beteiligten sich: Zieler, Werther, Kreibich, Kren, Hoffmann, Bloch, Ullmann, Heuk, Ehrmann, Jadassohn.

20. September vormittags: Besuch der Klinik Riehl; nachmittags: Besuch der Klinik Finger, woselbst eine Fülle interessanter, zum Teil sehr seltener Krankheitsfälle demonstriert wurden.

In der Klinik Riehl demonstrieren u. a.: Groß und Nobl: Fälle von Hydroa vacciniiforme mit Ausscheidung von Hämatoporphyrin im Harn; Riehl: Xanthomatosis tuberosum areolaris, charakterisiert durch große braunrote tumorartige Erhabenheiten; Havas-Budapest: Haarimplantation durch eine

vom Votr. angegebene Stanzmethode. Das zu implantierende Haar wird mittels einer Nadel bis ins Unterhautzellgewebe geschoben und hier die Nadel, an der sich ein Häkchen befindet, um 180° gedreht. Das Haar haftet fest. In einem Quadratcentimeter können 200 Haare implantiert werden. Votr. demonstriert drei Patienten, darunter einen mit Alopecia totalis, bei welchen er mit seiner Methode glänzende Resultate erzielte. Selbst Haarerkrankungen können in den implantierten Haaren auftreten; Henning-Wien: Glänzende Nasenformationen durch vom Votr. angegebene Prothesen, die Jungmann besonders bei Nasenlupus empfiehlt; v. Petersen-St. Petersburg: Die Verbreitung der Orientbeule in Turkestan (mit Lichtbildern), woselbst eine Epidemie entstanden war. Als Erreger wurden Trypanosomen festgestellt. Die Erkrankung, die besonders an Armen und Beinen auftritt, scheint durch Hunde auf den Menschen übertragen zu werden. Das Trinkwasser spielt keine Rolle bei der Übertragung.

In der Klinik Finger demonstrieren: Brandweiner: Lupus vulgaris der Glans, geheilt nach Exstirpation der tuberkulös erkrankten Niere; Kyrle: Kinder mit unterentwickelten Testikeln, die zu Dermatosen neigen; Scherber: Urticaria chronica perstans; Nobl: Typische und atypische Purpura annularis teleangiectodes Majocchi; Sachs: White spote disease, Naevi; Finger: Erythrodermien en plaques, Xanthoerythrodermie, Poikilodermie mit Atrophien; Ehrmann: Eine unter dem Aussehen einer tuberosen Lepra (facies leontina) verlaufende Mycosis fungoides, Psorospermiosis follicularis vegetans Darier, idiopathische Hautatrophie; Lier: Neurofibromatosis Recklinghausen, Staphylo-dermie der Hände und Finger. Pürckhauer-Dresden.

VI. Vermischtes.

Aus dem IX. Jahresbericht des Vereins „Lupusheilstätte“ in Wien (1913) sei hervorgehoben, daß bis zum Ende des Jahres 1912 hier 2061 Lupusranke erschienen. Bei den meisten trat Heilung oder entschiedene Besserung ein. Nach dem Berichte Jungmanns belief sich die Zahl der mittels Exstirpation Behandelten auf 561. Fast alle diese Kranken sind als Dauergeheilte zu betrachten. 605 Lupöse wurden mit Finsenlicht behandelt und eine beträchtliche Anzahl hiervon schon geheilt. Auch die Bestrahlung mit Radium entwickelt sich immer mehr zu einer ausgezeichneten Heilmethode für Lupusranke. Bei etwa 17% (340 Kindern unter 14 Jahren) begann die Hauttuberkulose bereits im Kindesalter, eine Mahnung, die Kranken recht früh aufzusuchen und zur Behandlung heranzuziehen. J.

VII. Personalien.

Privatdozent Dr. v. Zumbusch wurde zum a. o. Professor und Leiter der Dermatologischen Poliklinik in München berufen.

Dr. H. Königstein habilitierte sich in Wien für Dermatologie.

Unser langjähriger Mitarbeiter und fleißiger Referent Baschkopf in Krakau ist gestorben.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTE in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VEIT & COMP. in Leipzig.

1918.

November.

Nr. 2.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), von Dr. Starke. 2) Autovakzinebehandlung bei Staphylokokken-erkrankungen der Haut, von Stabsarzt Dr. F. Winter. 3) Ein Fall von abnormer Verfärbung der Kopfhare unbekanntem Ursprungs, von Dr. Karl Rühl.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über Serumbehandlung von Hautkrankheiten, von G. Stülpke. 2) Spätschädigungen der Haut und innerer Organe nach therapeutischer Röntgenbestrahlung, von H. E. Schmidt. 3) Zur Frage der röntgenrefraktären Fälle, von Fritz M. Meyer. 4) Über die Beziehungen der Reizbarkeit der menschlichen und tierischen Haut zu ihrem Pigmentgehalt, von S. Hanawa. 5) Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut, von O. Sachs. 6) Färbung der marklosen Nerven, von Krelbich. 7) Weiße Zilien, von Lucie Oesterreicher. 8) Unguentum vitellinum compositum Rino. Ein neues Hausmittel von J. Neubauer. 9) Eine einfache, neue Bestrahlungsampe für Gleich- und Wechselstrom, von Wolff. — Zirkulationsstörungen der Haut. 10) Über ein Purpuraexanthem nach Balsamum Copaivae, von J. Odstreil. 11) Untersuchungen über die Histologie der Urticaria factitia (Dermographismus) und der Urticaria chronica, sowie über die Mastzellen bei beiden Affektionen, von M. Hodara. 12) Zur Ätiologie des Pantoponerythems, von Klausner. 13) Experimenteller Beitrag zur Frage der „Idiosynkrasien“, von A. Glück. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 14) Die Verwendung des Radiums bei der Behandlung der Hautepitheliome, der Angiome und der Keloide, von Wickham und Degrais. 15) Spontaner Schwund der Warzen des Gesichtes nach chirurgischer Entfernung solcher der Handrücken, von L. Merlan. 16) Keratosis follicularis spinulosa, von Coppolino. 17) Syringadenoma papilliferum (Naevus syringadenomatosus papilliferus), von Werther. 18) Neuritis optici bei Neurofibromatosis, von Fr. Plucus. — Neuritische Dermatosen. 19) Bakteriologische Untersuchungen über Pemphigus, von M. Copelli. 20) Symmetrische Hautgangrän, von Polland. — Paratitäre Dermatosen. 21) Trichophytie der Erwachsenen, von S. L. Bogrow und N. A. Tscheregubow. 22) Beitrag zur spezifischen Behandlung der Trichophytie, von E. Klebe. 23) Staphylo- und Streptokokken bei Skabies und einigen anderen banalen Dermatosen, von Minna Model. 24) Beiträge zur Kenntnis der Pyämie, von Werther. 25) Sur un cas de bouton d'orient (clou de Gafsa), par Ufferte et Pellier. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 26) Ein Fall von Sporotrichosis, von Hecht. 27) Zur Kenntnis des chronischen Rotzes der Haut und der Gelenke, von R. O. Stein. 28) Über histologische Befunde in der Plazenta Tuberkulose- und Leprakranker, von Sugai und Monobe. 29) Über die Vererblichkeit der Lepra und einiger anderen Infektionskrankheiten, von Sugai und Monobe. 30) La lépre dans les alpes-maritimes, par Gaucher. 31) Dernières recherches sur l'inoculation de matériel lépreux dans l'oeil du lapin, par A. Serra. 32) Über Lymphogranulomatose, von R. v. Jaksch. 33) Über den Wert des Aurum-Kalium cyanatum bei der Behandlung des Lupus vulgaris und erythematosisus, von A. Ruete. 34) Über tödliche Wirkung des Aurum-Kalium cyanatum als Blutgift beim Menschen, von Hauck. 35) Die Behandlung des Lupus, von Scholtz. 36) Bemerkungen zur Lupusbekämpfung, von Neisser. 37) A propos des tuberculides lichénoides à type

de lichen de Wilson. Lichen scrophulosorum atypique, par **Vignolo-Lutati**. 38) Beitrag zur Tuberkulose des Penis, von **J. Lewinski**. — Gonorrhoe und deren Komplikationen. 39) I. Traitement antigonococcique au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisées vivants. II. Traitement de l'orchite blennorragique, au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés de Besredka. III. Traitement des complications utéro-annexielles de la blennorragie au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés. IV. Traitement du rhumatisme blennorragique aigu, au moyen de la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka, par **L. Cruveilhier**. 40) Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylenhetramins (Urotropin), von **Cuntz**. 41) Ein Fall von gonorrhoeischer Tendovaginitis, von **Rauschenberger**. 42) Ein Fall von Spondylarthritis gonorrhoeica, von **Sander**. 43) Über kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhoe, von **K. Hedén**. 44) Über Kollargol bei Zystitis, von **J. Trebling**. 45) Wie wirken die Balsamika? von **C. Cronquist**. 46) Die Behandlung der gonorrhoeischen Arthritis mit Gonargin, von **K. Hedén**. 47) Note sur un milieu de culture pour le gonocoque, par **P. E. Weil et Noiré**. 48) Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum, von **Mattisohn**. — Syphilis. 49) Brevi commenti ai risultati di mille seicento reazioni di Wassermann, per **M. Pasquale**. 50) Die Wassermannsche Reaktion als Indikator bei der Therapie der Syphilis, von **H. Hecht**. 51) Weiteres über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer für Kaninchen, von **Aumann**. 52) Recherches du tréponème dans les taches de la roséole syphilitique, par **L. Spillmann et J. Watrin**. 53) La cholestérinémie des syphilitiques. Influence du „606“, par **Bouzaud, Suequet et Cabanis**. 54) Effets prophylactiques de la pomade à la quinine dans la syphilis. Durée de l'action prophylactique, par **J. Scherschewsky**. 55) Über die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von **W. Scholtz und E. Riebies**. 56) Contributo alla conoscenza della sifilide gastrica, per **Coppelli**. 57) Reinfezione sifilitica in soggetto curato col salvarsan, par **Pappagallo**. 58) Zur Kritik der Nebenwirkungen des Salvarsans (bzw. Neosalvarsans) mit besonderer Berücksichtigung des „Wasserfehlers“, von **Obermiller**. 59) I. Zur Frage der Parasitotropie und Toxizität des Salvarsans (Neosalvarsans). II. Zur Organotropie der Salvarsanpräparate, von **Ullmann**. 60) Technique simplifiée de néosalvarsan en solution concentrée préparée à l'abri de l'air dans la seringue même, par **Duhot**. 61) Nouveau procédé d'injection intraveineuse du néosalvarsan, par **P. Ravaut**. 62) Wann müssen wir Syphilitiker behandeln? von **Schottmüller**. 63) Indikationen und Kontraindikationen der subkutanen Neosalvarsaninjektionen, von **J. Fabry**. 64) Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Salvarsaninjektionen auf die Funktion der Niere, insbesondere bei bestehender Quecksilberintoxikation, von **Loewy und Wechselmann**. 65) Wirkliche und angebliche Schädigungen durch Salvarsan, von **A. Schmitt**. 66) Über die Hirndruckerhöhung nach Salvarsan, von **Spiethoff**. 67) Über 1000 subkutane Neosalvarsaninjektionen, von **Wechselmann**. 68) Über ein neues Verfahren der intravenösen Neosalvarsaninjektionen, von **A. Persea**. 69) Ein merkwürdiger Todesfall nach Salvarsan, von **Ehret**. 70) Über den Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment, von **Berger**. 71) Accident nerveux à type de neuralgie intercostale chez un syphilitique traité par le salvarsan. Son origine meningée démontrée par le ponction lombaire, par **Ravaut**. 72) Resultats rapprochés du traitement de la syphilis par arsenobenzol et Hg, par **Audry**. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 73) Vier Fälle von Prostataatrophie, von **Caesar**. 74) Wandlungen in der Lehre der Prostatahypertrophie, von **Kiellleuthner**. 75) Neuere, insbesondere röntgenologische und zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis-nocturna-Kranken, von **F. Trembur**. 76) Über den Nachweis von Jod im Urin, von **Ehrmann**. 77) Über eine neue Behandlungsmethode der sexuellen Impotenz, von **Lissmann**. 78) Die Bakterienflora der normalen Prostata, von **Unterberg**. 79) Preliminary report on the cutaneous deposit reaction of gonococcic bacterin, by **Aronstam**. 80) Essential hematuria with a report of a case cured by injection of adrenalin through the urethral catheter, by **Moore**.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte.
— VI. Vermischtes. — VII. Personallen.

I. Originalmitteilungen.

[Aus der Kgl. Dermatologischen Universitätsklinik zu Breslau.]
(Direktor: Geheimrat Neisser.)

1. Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter).

Von Dr. Starke.

Das von Richter in die Hg-Behandlung der Lues eingeführte Präparat Kontraluesin ist eine Suspension molekular zerstäubten Quecksilbers in einer wäßrigen Lösung von Sozodol-Chininverbindungen, der zum Zwecke einer gleichzeitig akut-antiluetischen Wirkung Sublimat und Arsen zugesetzt ist. Richter ging bei der Herstellung des Präparates von der Absicht aus, in jeder Injektion eine dreifache Wirkung zu vereinen: Eine akut-antiluetische, durch Sublimat und Arsen, eine chronisch-antiluetische, durch ein kolloidales molekulares Hg und schließlich eine allgemein-bakterizide, wofür er die Körper Salizyl, Sozodol und Chinin wählte. Als eine weitere technische Vervollkommnung seines Präparates hebt Richter die außerordentlich feine und konstant bleibende Verteilung seines metallischen Quecksilbers bis zu Kokkengröße hervor, „womit — unter gleichzeitiger Vermeidung eines fettigen Vehikels — günstigere Bedingungen für die Resorption des unlöslichen Quecksilbers geschaffen werden.“ Was die dem Kontraluesin in neuerer Zeit noch hinzugefügten Verfeinerungen anbetrifft, so verweise ich auf die von Richter veröffentlichte Arbeit.¹ Ebenso wie Richter haben Schourp² und Klausner³ eine größere Anzahl von Luetikern mit Kontraluesin mit vollem Erfolg behandelt und betonen das erstaunlich rasche Abheilen der luetischen Symptome nach wenigen, drei bis höchstens fünf Injektionen, die Schmerzlosigkeit des Präparates sowie die geringe Gefahr der Stomatitis und Enteritis — wenigstens jetzt nach Fertigstellung eines in seiner Dosierung und Zusammensetzung festgelegten Präparates.

Wir haben seit mehr als einem halben Jahr das Kontraluesin bei den in klinischer Behandlung befindlichen Luetikern verwendet und können uns den von anderer Seite bisher veröffentlichten Resultaten vollkommen anschließen. Die Verträglichkeit der Injektionen war im allgemeinen eine recht gute — abgesehen von einigen wenigen Injektionen, die mit dem anfangs noch nicht vollständig ausgebauten Präparaten vorgenommen wurden. Über den Heileffekt einer reinen Kontraluesinbehandlung besitzen wir allerdings keine genügende eigene Erfahrung, da wir die Mehrzahl der Fälle mit Salvarsan kombiniert behandelt haben, doch möchte ich erwähnen, daß in den

¹ Dermatolog. Wochenschrift. LVII. 1913.

² Dermatolog. Centralbl. 1912. Nr. 3.

³ Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 2.

Fällen, die zur Kontrolle des Präparates im Anfang ihrer antiluetischen Kur nur mit Kontraluesin behandelt worden waren, etwa am 4.—5. Tag nach der ersten Injektion keine Spirochäten mehr nachzuweisen waren. Am Tier — Primäraffekt nach subkutaner Hodenimpfung — ließen sich bereits am 2. Tage nach einer intramuskulären Injektion von 0,3 ccm pro Kilo Kaninchen — bei anfangs reichlichem Befund — keine Spirochäten mehr nachweisen.

Bei unseren klinischen Fällen handelte es sich größtenteils um Luetiker im Frühstadium, die neben einer Gesamtdosis von 1,8 Neosalvarsan drei Injektionen Kontraluesin à 1 ccm — in wenigen Fällen 1,5 — mit viertägigen Pausen erhielten. In vereinzelt Fällen sind wir bis zu vier und als Maximum bis zu fünf Injektionen gegangen. Die Gesamtdosis betrug also durchschnittlich nicht mehr als 0,3—0,45 Hg.

Die Resultate — soweit wir bisher die Patienten nach ihrer Entlassung kontrollieren konnten, sind, sofern die kombinierte Behandlung mit Salvarsan Schlüsse zuläßt, durchaus gute zu nennen und decken sich mindestens mit den von uns bisher durch die kombinierte Behandlung mit einer gleichen Menge Salvarsan und Mercinol (Ol. einer. 40%) in der Gesamtdosis von 0,7 (Einzeldosen à 0,07—0,14 Hg) erzielten Erfolgen.

Die Empfindlichkeit für die Injektionen variierte, wie schließlich bei der Mehrzahl unserer gebräuchlichen Hg-Präparate, entsprechend der Empfindlichkeit des Patienten. Doch haben wir nie Nekrosen oder Abszesse beobachten können. Die hier und da auftretenden Schmerzen waren gewöhnlich am nächsten Tage wieder vollständig geschwunden. Ganz selten und nur im Anfang, als das Präparat, wie oben bereits erwähnt, in seinen Dosierungen noch nicht festgelegt war, trat mitunter einmal eine Stomatitis auf und, abgesehen von einem Fall, der sofort nach der ersten Injektion von 1 ccm mit einer Stomatitis reagierte, auch nur dann, wenn die Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik die ihnen anempfohlene Mundpflege vernachlässigt hatten. Seitens des Darmes traten nie Störungen auf, ebenso wurden seitens der Nieren (Albumen, Urinmengen-Kontrolle) nie Schädigungen beobachtet. Jedenfalls haben wir im großen ganzen nicht mehr Nebenerscheinungen auftreten sehen als bei dem unsererseits bisher fast ausschließlich verwendeten grauen Öl (Mercinol 40%). Dies bedarf vielleicht um so mehr einer Erwähnung als die Resorptionsverhältnisse beim Kontraluesin tatsächlich günstiger zu liegen scheinen:

Bei einer intramuskulären Injektion von 0,07 Hg (Kontraluesin) pro Kilo Kaninchen starben uns von sechs Tieren drei nach 3,5 und 14 Tagen unter den Erscheinungen einer Hg-Intoxikation; während von vier mit der gleichen Dosis Hg eines Mercinolpräparates gespritzten Kontrolltieren kein einziges an den Erscheinungen einer Hg-Vergiftung zugrunde ging.

Wie eingangs bereits erwähnt, besteht das Präparat aus zwei antiluetischen Komponenten; dem feinverteilten metallischen Quecksilber als chronisch wirkende und dem Sublimat plus Arsen als akut wirkende. Ob die akutere Wirkung des Präparates nun lediglich auf Rechnung des löslichen Hg-Bestandteiles zu setzen ist und wieviel dabei die feinere Verteilung des unlöslichen Hg eine Rolle spielte, ist natürlich nicht ohne weiteres zu entscheiden.

Es war uns ursprünglich daran gelegen, die vermutlich bessere Resorption des molekularen Hg in einem Vergleich mit grauem Öl experimentell nachzuweisen, doch stieß die Darstellung eines ebenso fein verteilten Hg in einer indifferenten wäßrigen Flüssigkeit (ohne Sublimat und Arsen) auf Schwierigkeiten, so daß uns nur der Versuch blieb, die durch Zentrifugieren von dem molekularen Hg befreite Kontraluesinflüssigkeit (also nur die akut wirkende, lösliche Komponente) gegenüber dem Kontraluesin selbst zu prüfen. Dabei starben bei entsprechend gleicher Dosis wie oben von neun Tieren zwei unter typischen Erscheinungen einer Hg-Intoxikation nach 2 und 4 Tagen, fünf Tiere nach vorübergehender Enteritis nach 14 Tagen bis 2 Monaten, zwei blieben am Leben. Damit stellten sich die gelösten Bestandteile des Präparates schon allein als recht akut wirkend dar und es dürfte wohl zur Dosierung bis zu einem gewissen Grade zu berücksichtigen sein, daß das Kontraluesin in erster Linie ein akut wirkendes Präparat darstellt. Auf Grund unserer bisherigen klinischen Erfahrungen können wir das Kontraluesin als ein gut verträgliches und wirksames Präparat für die Praxis empfehlen.

2. Autovakzinebehandlung bei Staphylokokkenerkrankungen der Haut.¹

Von Stabsarzt Dr. F. Winter in Berlin-Schöneberg.

Angeregt durch ein größeres Krankenmaterial an sogenannter Soldatenfurunkulose, die eine große Zahl der auf der Hautabteilung des Garnisonlazarets I in Berlin zu behandelnden Dermatosen darstellt, haben wir in Zusammenarbeit mit unserer bakteriologischen Station besonders ausgedehnte Fälle bezüglich der Erreger untersucht und, wie ja bekannt, in der Mehrzahl der Fälle Staphylokokken verschiedener Art in dem Inhalt der Furunkel nachweisen können. Damit war der für die Therapie einzuschlagende Weg gegeben, „die Vakzinebehandlung“. Da beim Militär alle ausgedehnteren Furunkel oder besser gesagt Staphylokokkenerkrankungen stationärer Behandlung unterzogen werden, so konnte ich im Laufe des letzten Jahres 56 Kranke mit Autovakzinen behandeln, unter klinischer Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs und eventuell auftretender Reaktionen beobachten und den größten Teil (34 Fälle) Nachuntersuchungen nach etwa einem Jahre zurückliegender Behandlung unterziehen. An der Hand dieser Fälle bin ich heute in der Lage kurz zusammengefaßt folgendes zu berichten: Um dem Praktiker immer mehr das Ideal der Vakzinebehandlung, die Autovakzination, zu ermöglichen, bedarf es — selbstverständlich unter genauer Berücksichtigung der klinischen Forderungen — einer möglichst Vereinfachung in der Herstellung und Anwendung der Vakzine. Es würde über den Rahmen dieses

¹ Vortrag, angemeldet für den Dermatologenkongreß in Wien 1913.

Vortrages hinausgehen über die Berechtigung des Verzichtes auf den opsonischen Index zu diskutieren, abgesehen davon, daß auch Wright und seine Schüler die Forderung der Bestimmung des opsonischen Index bei lokalen Staphylokokkenerkrankungen der Haut mit der Zeit haben fallen lassen. Nach den von mir gemachten Erfahrungen wäre jedenfalls bei keinem der behandelten Fälle die Bestimmung des opsonischen Index erforderlich gewesen.

Beim Sichten der in den letzten Jahren recht erheblich angewachsenen Literatur über die Staphylokokkenvakzinetherapie brachte mich die Einverleibung der überaus großen Bakterienzahl, die als Anfangsdosis meist schon 50 und mehr Millionen Bakterien enthielten auf den Gedanken, ob nicht dieselbe, wenn nicht eine höhere Wirksamkeit, durch Gewinnung einer möglichst hochwertigen Vakzine bei möglichst geringer Bakterienanzahl zu erreichen sei. Während bisher zur Abtötung der Staphylokokkenkulturen in der Regel Temperaturen von 50—60° verwendet wurden, konnten wir ein völliges Abtöten der Kulturen bereits in einem Wasserbade von 48° erreichen. In den meisten Fällen war die Lebensfähigkeit der Staphylokokken, wie die exakt durchgeführten Kontrolluntersuchungen ergaben, schon bei zweistündigem Einwirken eines 48° warmen Wasserbades zerstört. Wenn nun bei 1—5—10 Millionen Bakterien enthaltender Vakzine von uns bisweilen auftretende Allgemeinreaktionen mit Temperaturen von 38—38,8° neben häufig zu verzeichnendem Rückgang der Staphylokokkenherde beobachtet wurden, so liegt m. E. die Vermutung nahe, daß eine durch Abtöten der Staphylokokkenkulturen bei dem niedrigsten gerade ausreichenden Wärmegrad gewonnene Autovakzine einerseits eine höhere Wirksamkeit im Organismus des Kranken hervorzurufen imstande ist, andererseits aber eine geringere Schädigung des Körpers durch die geringeren Bakterienmengen zu erwarten stellt.

Recht mühevoll und zeitraubend ist für den Praktiker das Auszählen der Bakterien in der Zählkammer. Die Gefahr der Ungenauigkeit durch einen nur zu menschlichen Rechenfehler, der häufig zu Differenzen, die sich auf Millionen belaufen, führen kann, ist m. E. weit größer als durch das bei uns geübte Verfahren der Bakterienbestimmung durch die Normalöse. Ist man genügend vertraut mit der Technik der Entnahme der zu verarbeitenden Kulturen vermittelt der Normalöse, so enthält nach den angestellten Kontrolluntersuchungen, mittelst Auszählens der Bakterien in der Zählkammer, eine Normalöse regelmäßig ungefähr 1 Million Staphylokokken. Bei der nötigen Technik stehen daher m. E. keinerlei Bedenken dieser äußerst einfachen und dabei doch genügend genauen Auswertung der einzuverleibenden Bakterienmenge entgegen.

Meinen heutigen Ausführungen liegen nur Fälle von ausgedehnteren Herden von Staphylokokkenerkrankungen alias Furunkulose zugrunde. Ich

schicke voraus, daß sämtliche 56 nach der später zu beschreibenden Methode behandelten Fälle dienstfähig zur Truppe entlassen wurden und, soweit mir bekannt ist, keiner bisher einer erneuten stationären Behandlung unterzogen zu werden brauchte. Von den 34 nachuntersuchten Fällen litten 11 Kranke bereits vor ihrer Militärzeit wiederholt an Furunkulose, 3 von diesen bedurften wegen geringfügiger Rezidive zwar, erneuter aber nur ambulanter Behandlung, von den 23 nachuntersuchten, vor ihrer Dienstzeit nicht mit Furunkeln behaftet gewesenen Kranken kamen in der jetzt fast 1 Jahr zurückliegenden Beobachtungszeit fünf Rezidive, darunter bei einem Kranken zwei innerhalb des ersten Vierteljahres, nach erfolgter Vakzination zur ambulanten Behandlung. 18 von 34 nachuntersuchten Fällen brauchten keiner weiteren Behandlung unterzogen zu werden und sind bisher völlig rezidivfrei geblieben.

Die Herstellung der verwendeten Autovakzinen erfolgte folgendermaßen:

Mit einem steril entnommenen Furunkelinhalt wird ein Agarröhrchen beschickt. Nach 24stündigem Aufenthalt im Brutschrank ist ein üppiger Rasen entstanden, aus dem sämtliche Arten der gewachsenen Staphylokokken ihre Verwendung finden. Der Inhalt einer Normalöse = ca. 1 Million Staphylokokken wird in 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung aufgeschwemmt und die dadurch entstandene trübe Flüssigkeit durch $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ stündiges Schütteln in der Hand oder im Schüttelapparat homogen gemacht. 2stündiges Erwärmen der Suspension in einem Wasserbade von 48° bringt in der Mehrzahl der Fälle die Staphylokokken zur Abtötung und liefert uns die gewünschte Autovakzine, deren Sterilität durch erneute Ausstriche auf Agarplatten- oder Röhrchen selbstverständlich erst sicher gestellt wird. Hat sich diese einwandfrei ergeben durch Sterilbleiben der Kontrollplatten- oder Röhrchen, so wird, da die frischgewonnene Vakzine sogleich injiziert wird, ohne Zusatz einer Karbol- oder Phenollösung dieselbe den Kranken eingespritzt. Auf Grund der an der Neisserschen Klinik erprobten und erlernten Injektionstechnik, injizieren wir intramuskulär möglichst in den oberen äußeren Quadranten der Glutaeen. Die von den Kranken selbst stets angegebene fast völlige Schmerzlosigkeit und die lokale Reaktionslosigkeit der Injektionen haben mich, abgesehen von den vielleicht auch günstigeren Resorptionsverhältnissen, die intramuskuläre stets der intra- oder subkutanen Injektion vorziehen lassen. Die Frage, wodurch die im Gegensatz zu anderen Autoren z. T. erzielten Allgemeinreaktionen auf 38—38,8° schon bei Einverleibung geringer Bakterienmengen von 1—5—10 Millionen zu erklären sind — ob durch eine höhere Wirksamkeit der nach der beschriebenen Methode hergestellten Vakzine oder durch die intramuskuläre Injektion — möchte ich offen lassen. Nach den mir vorliegenden Krankengeschichten war

jedenfalls in den Fällen, wo es zu einer kurzen kräftigen Allgemeinreaktion kam, ein besserer Erfolg zu verzeichnen, als bei den nicht mit Temperatursteigerung reagierenden Fällen. Es war daher auch für uns bei der Dosierung das leitende Motiv „Erzielung kurzer kräftiger Allgemeinreaktionen“. Dementsprechend steigerten oder verringerten wir die Dosen. Im allgemeinen ließen sich auf diese Weise die Injektionen zweimal wöchentlich durchführen, und wir glauben auch so im Sinne der Wrigthschen Opsoninlehre zu handeln, wenn wir erst nach völligem Ablauf der durch die Injektion erzielten Allgemeinreaktion durch eine neue Injektion die Leukozyten zur Phagozytose anzuregen versuchen.

Es dürften daher meines Erachtens Injektionen mit Staphylokokken — Autovakzine nur an der Hand einer sorgfältigen Temperaturbestimmung nach erfolgter Injektion vorgenommen werden; wählt man aus diesem Gesichtspunkte heraus die fast in jedem einzelnen Falle verschiedene Dosierung, so wird man auch über ebenso gute Erfolge berichten können; wie wir es heute taten.

3. Ein Fall von abnormer Verfärbung der Kopfhare unbekanntem Ursprungs.

Von Dr. Karl Bühl,

Oberassistent der venereolog. und dermatolog. Abteilung
der Allgemeinen Poliklinik und des städt. Ambulatoriums
für Geschlechtskrankheiten in Turin.

Gegenwärtigen Fall habe ich bereits 1909 beobachtet; es war meine Absicht, ihn zum Gegenstand eingehender Untersuchungen zu machen: dies war mir aber aus von mir unabhängigen Gründen unmöglich, weshalb ich mich dazu entschieden habe, den jedenfalls ein äußerst seltenes Kuriosum darstellenden Fall, mit den wenigen unvollständigen fragmentarischen Daten, die ich sammeln konnte, heute zu veröffentlichen.

F. Pramotton, 53 Jahre alt, aus Donnaz (Valle d'Aosta), klagt seit einiger Zeit darüber, daß seine Haare eine grünlichgelbe Farbe angenommen haben, und hat sich bereits mehrmals an den dortigen Apotheker gewendet, mit der Bitte, ihm ein Mittel gegen diese Verfärbung zu geben. Auf Veranlassung des Herrn Dr. Peyretti stellte sich mir Patient am 7. April 1909 in Donnaz (wo ich mich zufälligerweise auf einen Tag befand) vor. Bei meiner Untersuchung fand ich folgendes:

Kräftiger Mann, mit normalem Skelettbau, reichlich entwickeltes Muskelsystem. Patient hat einen großen, in zwei Lappen geteilten Kropf; der rechte Lappen erreicht die Größe eines ganz großen, der linke diejenige eines mittelgroßen Apfels; infolge der durch den Kropf ausgeübten Kompression der oberen Luftwege atmet Patient schnaufend, so daß man das Atemgeräusch in einer Entfernung von 4—5 m deutlich hören kann, und spricht ferner mit stark näseler Stimme. Er ist außerdem stark schwerhörig. Als Folge des

Kropfes besteht auch ein ziemlich starker Grad von Lungenemphysem. An der Hautdecke ist, abgesehen von einer starken Behaarung der Brust, der Arme und Beine, nichts Besonderes zu beobachten.

Patient ist während einer langen Reihe von Jahren als fleißiger zuverlässiger Arbeiter in einer Messinggießerei tätig gewesen; seit einigen Jahren beschäftigt er sich als Tagelöhner oder auf eigenem Grundstücke mit Acker- und Weinbau. Diesbezüglich ist zu bemerken, daß er in letzter Zeit oft mit Schwefel und mit Kupfersulfat zu tun gehabt hat; ersteres wird auf die Weinreben gestäubt, zweites in Lösung auf die Weinreben gespritzt, als Vorbeugungsmittel gegen zwei parasitäre Krankheiten dieser Pflanzen. Ich habe dies erwähnt, weil Herr Dr. Peyretti der Ansicht war, die Verfärbung der Haare sei einfach auf Beschmutzung mit Fremdstoffen zurückzuführen.

Patient ist in den letzten Jahren ziemlich starker Potator geworden und hat, nach Angabe seiner Tochter, die Gewohnheit, oft, besonders wenn er etwas mehr als gewöhnlich getrunken hat, statt im Bette, im Freien oder im Heuschober zu schlafen. Ich erwähne dies, weil seine Tochter die Verfärbung der Haare darauf zurückführt, daß Patient oft beim Schlafen den Kopf auf Gras oder Heu gelehnt und somit gerieben hat.

Was nun die behaarte Kopfhaut anbelangt, so ist erstens zu bemerken, daß Patient einen für sein Alter ziemlich beträchtlichen Reichtum an Haaren besitzt. Die Haare haben verschiedene Farbe; ein Teil ist noch schwarz, ein Teil schon grau oder weiß, und ein großer Teil hat eine grünlich gelbe Farbe. Bei diesen abnorm verfärbten Haaren ist jedoch die schwarze bzw. graue oder weiße Grundfarbe deutlich zu erkennen; bei den im Grunde grauen und weißen Haaren tritt natürlich die grünlich-gelbe Farbe deutlicher als bei den dunklen hervor. Die Haare fühlen sich sehr fettig bzw. schmierig an; wenn man ein Haarbüschel zwischen zwei Fingern mit einem weißen Taschentuch zusammenreibt, so nimmt dieses etwas von der grünlich gelben Farbe an. Die grünlich-gelbe Farbe ist nicht gleichmäßig über den ganzen Kopf verteilt, sondern tritt in gewissen Zonen, besonders in der Schläfengegend deutlicher hervor; es kann sich aber hierbei auch um eine optische Täuschung handeln, indem an den betreffenden Stellen die grauen und weißen Haare vor den noch dunklen vorwalten und infolgedessen die grünlich-gelbe Farbe deutlicher sichtbar machen.

Die Haut des Kopfes ist, so weit makroskopisch zu beobachten ist, abgesehen von einer abnorm starken Fettigkeit (Seborrhoe) normal gestaltet.

Da mir der Fall äußerst interessant erschien, ich aber die zur geeigneten Entnahme und vorläufigen Aufbewahrung von Material für histologische und bakteriologische Untersuchungen nötigen Instrumente nicht bei mir hatte, so bat ich den Patienten, in einigen Tagen (auf meine Kosten) nach Turin in mein Sprechzimmer zu kommen, und beschränkte mich inzwischen darauf, einige Büschel der Haare mit einer gewöhnlichen Schere abzuschneiden und in gewöhnliches weißes Papier eingewickelt, nach Turin mitzunehmen.

Während ich nun auf den Besuch des Patienten und auf die mir dadurch gebotene Gelegenheit wartete, meine histologischen und bakteriologischen Untersuchungen auszuführen, habe ich, da mir auch dies interessant schien, einige chemische Versuche angestellt, über deren Ergebnisse ich im folgenden berichten werde.

Ich verteilte einen Teil der Haare auf drei kleine Fläschchen mit destilliertem Wasser bzw. Äthylalkohol bzw. Chloroform, die ich einige Tage

stehen ließ. Aus meinen mit diesem Material ausgeführten Untersuchungen ergab sich folgendes:

Das längere Zeit bei Zimmertemperatur in einer mit Korkstöpsel verschlossenen Flasche mit den Haaren in Berührung gelassene destillierte Wasser färbt sich blaßgelb, mit einem Stich ins grünliche.

Der wäßrige Auszug zeigt mit Ammoniak keine Veränderung; ebenso wenn noch Schwefelwasserstoff zugesetzt wird. (Hierdurch ist die Gegenwart von Schwermetallen [Cu, Fe, Zn, Pb usw.] völlig ausgeschlossen und die Annahme von Herrn Dr. Peyretti, die Verfärbung sei durch Beschmutzung mit Kupfersulfat bedingt, erweist sich als unbegründet). Wird dann durch Zusatz von Salzsäure das Ammoniak neutralisiert, so verschwindet die ursprünglich gelbliche Farbe fast gänzlich (reduzierende Wirkung des Schwefelammoniums.)

Der unveränderte (d. h. ohne Zusatz von NH_3 und H_2S) wäßrige Auszug nimmt bei Zusatz von einem Tropfen Salzsäure eine schöne rosarote Farbe an, etwa wie eine sehr verdünnte Lösung von Kaliumpermanganat. Weder Benzin noch Chloroform nehmen diese Färbung beim Schütteln mit der Flüssigkeit auf. Wird die zugesetzte Salzsäure durch Ammoniak neutralisiert, so erscheint die grünlich gelbe Farbe wieder. Dieses Umschlagen der Farbe kann durch abwechselnden Zusatz von Salzsäure und Ammoniak beliebig oft wiederholt werden. Die durch HCl gerötete Flüssigkeit verliert auch bei monatelangem Stehen im offenen Reagenzrohr ihre Farbe nicht.

Bringt man in die durch HCl gerötete Lösung ein Stückchen metallisches Zink, so verschwindet die Färbung allmählich. Dies beruht aber nicht darauf, daß die freie Salzsäure durch das metallische Zink (ähnlich wie oben durch Ammoniak) neutralisiert wird, sondern auf einer weitergehenden Veränderung des Farbstoffes durch den naszierenden Wasserstoff, denn bei erneutem Ansäuern mit HCl erscheint die Farbe nicht wieder. Dies entspricht der oben erwähnten Zerstörung des Farbstoffes durch die reduzierende Wirkung des Schwefelammoniums.

28,838 g der wäßrigen Lösung ohne irgendwelchen Zusatz hinterließen beim Abdampfen auf dem Wasserbade und Trocknen bei 100°C (im Trockenschrank) 0,0066 g (= 0,023%) Rückstand, bräunlich gelb, fest.

Bei schwachem Erwärmen wird der Rückstand etwas dunkler, ohne einen besonderen Geruch zu entwickeln. Bei stärkerem Erhitzen schwärzt er sich ohne zu schmelzen und verbrennt mit einem schwachen Geruch, der an verbrannte Federn erinnert, ist also stickstoffhaltig (Keratin kann es nicht sein, denn dieses ist in kaltem Wasser unlöslich). Die Kohle verbrennt etwas schwer; dabei bleiben 0,0033 g Glührückstand (Asche) = 0,0115% der Lösung = 50% des Abdampfrückstandes zurück. Die Asche ist schneeweiß, anscheinend geschmolzen, löst sich Salzsäure ohne Aufbrausen.

Die salzsaure Lösung der Asche gibt eine Flammenreaktion auf Natrium und Kalium, doch ist letztere sehr schwach und verschwindet schnell (geringer Gehalt an Na und noch geringerer an K). Auf Zusatz von Ammoniak erfolgt keine Reaktion. Versetzt man die salzsaure Lösung mit Chlorbarium, so tritt eine starke weiße Trübung von Bariumsulfat ein (Gehalt an Schwefelsäure). Bei Zusatz von Ammoniak + Ammoniumkarbonat tritt keine Reaktion ein (also kein Gehalt an Kalzium). Setzt man der salzsauren Lösung Ammonium + Natriumphosphat + Alkohol zu, so tritt ziemlich starke Trübung ein, von Ammonium-Magnesiumphosphat (in An-

betracht der winzigen Substanzmenge sogar recht erheblich). Es ist also in der Lösung reichlich Magnesium enthalten. Der gelbe wasserextrahierbare Farbstoff enthält also außer Kohlenstoff, Wasserstoff und Sauerstoff auch noch Stickstoff, Schwefel und Magnesium, neben wenig Natrium und Kalium.

Alkohol von 90°, in einer geschlossenen Flasche einige Tage bei Zimmertemperatur mit den Haaren in Berührung gelassen, färbt sich, ähnlich wie das destillierte Wasser, nur stärker, blaßgelb mit schwachem Stich ins grünliche.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Über Serumbehandlung von Hautkrankheiten**, von G. Stümpke. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

Die Blut- bzw. Serumtransfusionen stellen eine Bereicherung der dermatologischen Therapie dar. Die Methode ist aber noch zu neu und zu wenig erprobt, um ein allgemeines abschließendes Urteil zu gestatten. Erfreulich ist, daß eine Anzahl von hartnäckigen Dermatosen auf Bluttransfusionen allein günstig reagieren. Erschwerend für die Einbürgerung in die Praxis sind die nach den Infusionen bisweilen beobachteten Zufälle, ferner bei den Seruminjektionen der Technik der Gewinnung des Serums.

Schourp-Danzig.

- 2) **Spätschädigungen der Haut und innerer Organe nach therapeutischer Röntgenbestrahlung**, von H. E. Schmidt. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Nach Applikation größerer Dosen harter, filtrierter Röntgenstrahlen können gelegentlich Monate bis 1½ Jahre nach Abschluß der Röntgenbehandlung Ulzerationen der Haut auftreten, ohne daß Röntgenerythme vorgegangen sind und ohne daß die Haut atrophisch geworden ist (echte Spätulzerationen). Äußere Reize und ungünstige Zirkulationsverhältnisse (Unterschenkel) begünstigen das Auftreten der Spätulzerationen, bei deren Entstehung noch eine besondere Empfindlichkeit des Gefäßsystems mitzuspielen scheint, da nach den gleichen Dosen an den gleichen Körperstellen relativ selten Spätulzerationen beobachtet sind. Diese echten Spätulzerationen sind nicht zu verwechseln mit den Ulzerationen, die gelegentlich auch auf dem Boden einer nach Applikation unfiltrierter, mittelweicher Strahlen entstandenen Hautatrophie nur durch Einwirkung äußerer Reize entstehen können. Auch an den inneren Organen, besonders am Magendarmtraktus, sind Spätschädigungen nach Applikation großer Dosen harter, filtrierter Strahlen möglich. In der Röntgentherapie ist daher die Intensivbestrahlung im allgemeinen zu verwerfen. Die Dosen sollen nicht größer gewählt werden, als für den gewünschten Effekt unbedingt erforderlich ist, auch wenn dieser Effekt dann nicht so rasch erreicht wird.

Schourp-Danzig.

- 3) **Zur Frage der röntgenrefraktären Fälle**, von Fritz M. Meyer. (Strahlentherapie. II. 1913. H. 2)

Verf. weist darauf hin, daß mit der verfeinerten Technik und dem besseren Erkennen der biologischen Vorgänge durch Röntgenbestrahlungen immer mehr

diejenigen Fälle im Abnehmen begriffen sind, die man als röntgenrefraktär bezeichnet. Wir wissen heute, daß der Erfolg einer Bestrahlung nicht nur von einer richtigen Dosierung, sondern auch einer richtig gewählten Röhre abhängt. Die weiteren Aussichten der Röntgentherapie sind vielverheißend, da man erst in letzter Zeit auf den Gedanken gekommen ist, die Wirkung der Röntgenstrahlen durch vorangehende Einwirkung anderer therapeutischer Mittel bzw. durch Kombination mit denselben zu erhöhen. Barinbaum-Berlin.

- 4) **Über die Beziehungen der Reizbarkeit der menschlichen und tierischen Haut zu ihrem Pigmentgehalt**, von S. Hanawa. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. September.)

In Übereinstimmung mit klinischen und experimentellen Erfahrungen Kreibichs konnte Verf. feststellen, daß beim Leukoderm und bei der Vitiligo die pigmentarmen bzw. -freien Stellen gegenüber den verschiedensten Hautreizen sich weniger empfindlich erweisen als die nicht stärker pigmentierte Umgebung. An glatten pigmentierten Naevus ergaben sich keine Differenzen. Die weißhaarigen Stellen gescheckter Tiere erwiesen sich gegen Krotonöl, Jodtinktur, Kanthariden weniger empfindlich als die dunkelhaarigen. Die durch diese Mittel gesetzten Dermatitisen heilten an den ersteren Stellen schneller ab. Auch Infektionen der Tierhaut mit Staphylokokken, Streptokokken und Kuhpockenvakzine führten zu den gleichen Resultaten. Die Trichophytoninfektionen der Meerschweinchenhaut kommen an den weißbehaarten Stellen schneller zur Abheilung. Vor allem aber tritt an diesen Stellen die durch das Überstehen der Krankheit bedingte Hautimmunität schneller auf als an den pigmenthaarigen. Wunden von gleichen Dimensionen heilen an den dunkelhaarigen Stellen der Tiere langsamer als an den hellhaarigen. Diese geringere Empfindlichkeit pigmentarmer oder -freier Stellen steht in einem gewissen Gegensatz zu den bisherigen Anschauungen. Ihre Erklärung kann bisher nur hypothetisch sein.

Immerwahr-Berlin.

- 5) **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Anilinfarbstoffen auf die menschliche und tierische Haut**, von O. Sachs. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Aus der umfangreichen Arbeit, die im Original nachgelesen werden muß, seien nur die Schlußsätze kurz wiedergegeben: Wenn Anilinfarbstoffe, sei es in Pulverform oder mit Terpentin, Firnis usw. gemischt, auf die Haut einwirken, so entwickelt sich eine Dermatitis mit papulös-verrukösen Exkreszenzen. Experimentell läßt sich durch Einreiben sowie Injektion von Anilinfarbstoffen in die tierische Haut ein den klinischen Erfahrungen analoges Verhalten nachweisen. Es kommt auch hier zu verrukösen Bildungen, die histologisch eine Verbreiterung und Proliferation des Rete Malpighi mit Epithelzysten sowie eine Wucherung der Talgdrüsen darstellen. Diese epithelproliferierende Eigenschaft der Anilinfarbstoffe läßt sich praktisch verwerten zur Epithelisierung granulierender Wundflächen. Außer der vielfach erprobten 8⁰/₀igen Scharlachrotsalbe eignen sich nach den Erfahrungen des Verf.'s zur Wundbehandlung auch die 10⁰/₀ige Brillantrotsalbe und die entsprechenden Anilinfarbstoffpulver.

Lilienstein-Hamburg.

- 6) **Färbung der marklosen Nerven**, von Kreibich. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Verf. empfiehlt folgende drei Flüssigkeiten: a) 50 ccm physiologische Kochsalzlösung (9:1000) + 3 Tropfen Rongalitweiß (etwa 0,3⁰/₀), Firma Grübler-Leipzig. Dazu b) 0,5 ccm = 1⁰/₀ Hämatoxylin Delafield oder c) 0,5 ccm = 1⁰/₀

saures Hämatoxylin nach Ehrlich. In der frisch bereiteten Lösung bleiben die Präparate unter Lichtschutz bei kühler Zimmertemperatur $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden, dann etwa 2 Minuten an der Luft, dann in 5%iger wäßriger Ammoniummolybdatlösung ohne Salzsäure mindestens $\frac{1}{2}$ Stunde, dann etwa 2 Minuten in H_2O , dann in Alkohol, dann in Kanadabalsam. Die Bilder sind, wie die Abbildungen zeigen, vorzüglich.

Klokow-Berlin.

7) **Weißer Zilien**, von Lucie Oesterreicher. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Das verhältnismäßig sehr seltene Vorkommen weißer Zilien — Canities oder Poliosis — wird von der Verfasserin besonders auf die Ätiologie hin untersucht. Angeboren findet sich der Zustand des öfteren bei Albinos, weit seltener ist er erworben, so bei Vitiligo; das Auge kann dabei gesund sein, es finden sich aber auch schwere entzündliche Prozesse an der Uvea, sympathische Ophthalmie, Iridozyklitis und Keratitis parenchymatosa als begleitende Veränderungen. Diese Fälle dürften als neurotische Poliosis aufzufassen sein, wie sie bei Trigeminusneuralgien, Hemikranien und Hysterie beobachtet sind. Auch ein Fall, der nach längerer Kälteeinwirkung auftrat, dürfte durch Nervenläsion zu erklären sein. Als Folgen tropischer Störung werden 2 Fälle bei öfters operierten Trachomkranken beschrieben. Histologisch war Pigmentmangel zu konstatieren. Luftgehalt zwischen Rinde und Mark oder weißes Pigment wurde nicht festgestellt. Therapeutisch kommen Haarfärbemittel und Epilation in Betracht.

Klokow-Berlin.

8) **Unguentum vitellinum compositum Rino**. Ein neues Hausmittel von J. Neubauer. (Wiener therap. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Das von Schubert & Co.-Weinböhl-Dresden hergestellte Unguentum vitellinum compositum Rino enthält als Salbengrundlage: Cetaceum, Cera flava, Terenbinth. venet., Ol. olivar. Vitell. ovi, in dieses Gemisch sind Borsäure, Salizylsäure, Bismuthum subgallicum und Anthrasol fein verrieben. Die leicht reizende Salbe wird ganz dünn aufgelegt und ein fest schließender Verband darauf gemacht, der je nachdem 2—3mal täglich erneuert werden muß. Verf. hat gute Erfolge erzielt bei akutem und chronischem Ekzem, Psoriasis, Lichen ruber, Lupus erythematosus, Prurigo, Pruritus, Sykosis barbae, Brandwunden, Riß-, Quetschwunden und Ulcera cruris.

Klokow-Berlin.

9) **Eine einfache, neue Bestrahlungsampe für Gleich- und Wechselstrom**, von Wolff. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 4.)

Zum teilweisen billigeren Ersatz der Quarz- und Finsenlampe hat Verf. einen Apparat konstruiert, für den er eine Art Reginalampe oder Kopierlampe verwendet, die reich an violetten und arm an den irritierenden kurzwelligen ultravioletten Strahlen ist. Der Apparat findet vorläufig hauptsächlich Verwendung in der Dermatologie.

Barinbaum-Berlin.

Zirkulationsstörungen der Haut.

10) **Über ein Purpuraexanthem nach Balsamum Copaivae**, von J. Odstreil. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Der Fall des Verf.'s hatte oft an längerdauerndem Nasenbluten gelitten und selbst bei kleinen Schnittwunden intensiv und lange geblutet. Diese Neigung zu Blutungen begünstigte wohl das Auftreten der Purpura nach Balsamgenuß. Nach Aussetzen des Medikaments schwand das Exanthem rasch.

Schourp-Danzig.

- 11) **Untersuchungen über die Histologie der Urticaria factitia (Dermographismus) und der Urticaria chronica, sowie über die Mastzellen bei beiden Affektionen**, von M. Hodara. (Dermatolog. Wochenschr. 1913. Nr. 33.)

Die Urticaria factitia weist die Kennzeichen wirklicher Entzündung auf, Ödem der Cutis, Hyperplasie der perithelialen Zellen, Proliferation der Bindegewebszellen und Mastzellen. In der normalen Haut bei Urticaria chronica fanden sich dieselben Veränderungen wie in der normalen Haut bei Dermographismus bei Urticaria chronica. Es zeigt demnach die anscheinend normale Haut von Leuten mit Urticaria chronica, ob sie nun Dermographismus haben oder nicht, die gleichen persistierenden, entzündlichen Veränderungen, diese sind den beim chronischen Dermographismus gefundenen analog mit dem Unterschiede, daß das Ödem der Cutis und Epidermis beim Dermographismus stärker ausgesprochen ist.

Schourp-Danzig.

- 12) **Zur Ätiologie des Pantoponerythems**, von Klausner. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVII. H. 1.)

Verf. hat nach subkutanen Pantoponinjektionen ein Erythem beobachtet, das von der Injektionsstelle sich schnell in zentrifugaler und zentripetaler Richtung über dieselbe, manchmal auch über die andere Extremität ausbreitet und an der Einstichstelle zu Quaddelbildung führt. Er erklärt die Entstehung desselben durch Reizung des Vasomotorenzentrums infolge reflektorischer Einflüsse.

Lilienstein-Hamburg.

- 13) **Experimenteller Beitrag zur Frage der „Idiosynkrasien“**, von A. Glück. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 14.)

Verf. hat, von der von Wolf-Eisner angenommenen Möglichkeit eines Zusammenhanges der Urticaria ex ingestis mit anaphylaktischen Vorgängen ausgehend, versucht, die passive Übertragung der Überempfindlichkeit auf Meerschweinchen durchzuführen. Die mit Kawa-Santalöl, Neosalvarsan- und Primelserum von Patienten, die gegen Neosalvarsan und Primeln eine Idiosynkrasie zeigten, angestellten Experimente ergaben ein negatives Resultat. Diesem Befunde stehen positive Befunde von anderen Autoren bei anderen Idiosynkrasien gegenüber.

Barinbaum-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 14) **Die Verwendung des Radiums bei der Behandlung der Hautepitheliome, der Angiome und der Keloide**, von Wickham und Degrais. (Handbuch der Radium-Biologie u. Therapie. Wiesbaden, Bergmann, 1913.)

Die Verff. betonen, daß man mit Radiumbestrahlungen nur dann wirkliche Erfolge mit Vermeidung von Verbrennungen erzielen kann, wenn man die Bestrahlungen genau zu individualisieren versteht. Für sogen. gutartige Fälle von Hautepitheliomen sind sehr intensive Dosen zu verwenden, für hartnäckige sind elektive Dosen zu wählen, indem man sich die besondere Empfänglichkeit der Krebszellen zunutze macht. Die Resultate sind günstig und geben auch kosmetisch gute Narben. Ferner erreicht man therapeutisch vorzügliche Erfolge bei ausgedehnten Angiomen, wenn alle anderen Mittel, die unbequem und schmerzhaft sind, versagen, auch bei schwieriger Lokalisation, z. B. an den Augenlidern. Endlich können auch Keloide durch Radium vollkommen zum Schwund gebracht werden.

Barinbaum-Berlin.

- 15) **Spontaner Schwund der Warzen des Gesichtes nach chirurgischer Ent-**

fernung solcher der Handrücken, von L. Merian. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Nachdem die Warzen auf den Handrücken mit dem scharfen Löffel entfernt waren, schwanden die Warzen des Gesichts von selbst in wenigen Wochen.

Schourp-Danzig.

16) **Keratosis follicularis spinulosa**, von Coppolino. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Ein klinisch sowie histologisch genau besprochener Fall dieser seltenen Affektion.

Lilienstein-Hamburg.

17) **Syringadenoma papilliferum (Naevus syringadenomatosus papilliferus)**, von Werther. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Bei einem 45jährigen Mann findet sich in der rechten Achselhöhle eine Gruppe dichtstehender erbsen- bis kirschkerngroßer Geschwülstchen, die teilweise in ihrer Mitte eine Pore tragen, aus der sich eine trübe, serös-blutige Flüssigkeit herauspressen läßt. Das histologische Bild dieser Neubildung ergibt ein Adenom der Schweißdrüsenausführungsgänge, ein sogen. Syringadenom. Das Vorhandensein von Naevuszellen spricht für die kongenitale Entstehung der Knoten. Trotz zweimaligen schnellen Rezidivierens nach Entfernung der Tumoren ist eine Malignität nicht zu konstatieren. Lilienstein-Hamburg.

18) **Neuritis optici bei Neurofibromatosis**, von Fr. Pineus. (Med. Klinik. 1913. Nr. 29.)

In dem ausführlich beschriebenen Falle handelte es sich um eine chronische, gutartig verlaufende doppelseitige Sehnervenentzündung bei Neurofibromatosis, bei der jede sonstige Allgemeinerkrankung sowohl als jedes Hirntumorsymptom fehlte, bei der daher die Möglichkeit der Fibrombildung an den Sehnerven vorlag.

Biberstein-Gleiwitz.

Neuritische Dermatosen.

19) **Bakteriologische Untersuchungen über Pemphigus**, von M. Copelli. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

In dieser vorläufigen Mitteilung erkennt Verf. die Ergebnisse Radaelis und Pasinis als zutreffend an. Während des ganzen Krankheitsverlaufes ließ sich der Mikrobazillus Radaelis in Reinkultur züchten. Durch recht deutliche Wiederhervorrufung der Krankheit beim Affen und beim Kaninchen konnten die dermatotropischen Eigenschaften des Mikroorganismus dargetan werden. Wie beim Pemphigus, so trat auch bei den Versuchstieren ein chlorotischer Zustand der roten Blutkörperchen ein, bei gleichzeitigem Auftreten von jungen roten Gebilden im Kreislauf, sowie ein Zustand von Leukozytose, charakterisiert durch Lymphopenie, neutrophile und eosinophile Polynukleose, Mononukleose, Myelozytose, Myeloblastose. Beim Kaninchen fand sich myeloide Umwandlung der Milz.

Schourp-Danzig.

20) **Symmetrische Hautgangrän**, von Polland. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Fall einer 62jährigen Frau. Die Frau litt an alter Lues, sie bekam gummöse Geschwüre; diese verheilten; es stellte sich aber allmählich eine schwere Anämie mit Hyperleukozytose ein. Später kam es zu Gerinnungen in verschiedenen Hautgefäßbezirken, zu anämischen Infarkten und zu Nekrosen.

Schourp-Danzig.

Parasitäre Dermatosen.

- 21) **Trichophytie der Erwachsenen**, von S. L. Bogrow und N. A. Tschergubow. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Die Trichophytie bei Erwachsenen wird am meisten durch stark virulente Pilze mit pyogenen Eigenschaften, d. i. vorzüglich durch Pilze tierischen Ursprungs, hervorgerufen. Verhältnismäßig häufig wird *Trichophyton violaceum* als Erreger gefunden. Aus 50 *Trichophyton*kulturen erhielten die Verf. in 9 Fällen *Trichophyton acuminatum*, in 7 *Mikrosporon lanosum*, in 6 *Trichophyton crateriforme*, in 28 *Trichophyton violaceum*. Auch in Japan, wo die Kopftrichophytie der Erwachsenen so verbreitet ist, wird *Trichophyton violaceum* sehr häufig gefunden.

Schourp-Danzig.

- 22) **Beitrag zur spezifischen Behandlung der Trichophytie**, von E. Klebe. (Inaug.-Dissert. Gießen 1913.)

Bei fünf Patienten wurde 0,2—0,8 Trichophytin intrakutan appliziert in 2—6 tägigen Zwischenräumen. Die erste Dosis pflegte zuweilen eine stürmische Reaktion bis 39,2° hervorzurufen; die Patienten konnten alle bis auf einen, der sich der Behandlung entzog, geheilt werden. Von Interesse ist es, daß die Heilung fortschreitet trotz der Anwesenheit der Krankheitserreger und daß selbst an den abgeheilten Herden *Trichophyton*pilze, allerdings in gequollenem Zustand, nachgewiesen werden konnten. Die Immunisierung gelang nur bei intrakutaner Einverleibung des Trichophytins, während sie bei subkutaner und intraperitonealer ausblieb. „Es scheint also, daß bei der Trichophytie, die ja eine bloße Erkrankung der Haut ist, nur Zellen des Hautgewebes für die *Trichophytintoxine* empfänglich sind, daher auch nur von diesen spezifische Antikörper gebildet werden.“ Die drei Stämme der 18 *Trichophyton*arten, die man in drei große Gruppen teilt: die *Achorion*gruppe, die echten *Trichophyten* und die *Mikrosporon*gruppe, haben gleiche Immunitätsreaktionen; wer also eine Trichophytie überstanden hat, ist auch gegen alle anderen Arten immun. Die Immunität ist also nicht artspezifisch. Eine einzige Ausnahme hiergegen ist bisher bekannt.

Klokow-Berlin.

- 23) **Staphylo- und Streptokokken bei Skabies und einigen anderen banalen Dermatosen**, von Minna Model. (Fortschritte der Medizin. 1913. Nr. 20.)

Verfasserin hat nach einer von Lewandowsky angegebenen Methode die Effloreszenzen bei Skabies, *Impetigo contagiosa* und *Ekthyma* bakteriell untersucht. Unter den Skabieseffloreszenzen waren die wenigsten steril, die meisten enthielten Strepto- und Staphylokokken, bei den beiden anderen Erkrankungen konnte Verfasserin den schon von Lewandowsky angegebenen Befund bestätigen, daß vor allem die Streptokokken vorherrschen.

Barinbaum-Berlin.

- 24) **Beiträge zur Kenntnis der Pyämide**, von Werther. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Pyämide nennt Verf. nach Merk die metastatischen Hautentzündungen bei Streptokokkensepsis; die Diagnose steht fest, wenn dasselbe Bakterium im kreisenden Blut, wie in der Haut nachzuweisen ist. Verf. hat 4 Fälle dieser Erkrankung gesehen, die Hauterkrankung verlief unter dem Bilde eines *Erythema exsudativum*. In einem Falle wurde die Ätiologie des Krankheitsbildes in einem Eiterherd der Keilbeinhöhle entdeckt und operativ beseitigt. Dieser einzige Fall kam auch zur Heilung.

Raff-Augsburg.

- 25) **Sur un cas de bouton d'orient (clou de Gafsa)**, par Ufferte et Pellier. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 6.)

Der erste Verf. beobachtete an sich selbst diese Krankheit, die von ihm monatelang verkannt und erst von Audry diagnostiziert wurde. Monatelang trotzte die Erkrankung jedem Heilversuche, und erst durch Auskratzung wurde sie beseitigt. Die ausgekratzten Stücke zeigten mit Giemsalösung die bekannten runden Körperchen, welche als Parasiten anzusprechen sind. Die Krankheit charakterisiert sich also als Orientbeule. Raff-Augsburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 26) **Ein Fall von Sporotrichosis**, von Hecht. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Die Diagnose dieser in Form multipler Ulzerationen am Unterarm sich manifestierenden Erkrankung wurde durch Kultur, histologisches Bild, Intradermoreaktion und Komplementbindung sichergestellt. Die Behandlung wurde mit spezifischer Vakzine durchgeführt, unter der tatsächlich ein günstiger Einfluß auf die Krankheitsherde beobachtet wurde. Zu einer radikalen Ausheilung kam es jedoch infolge vorzeitiger Unterbrechung der Behandlung nicht.

Lilienstein-Hamburg.

- 27) **Zur Kenntnis des chronischen Rotzes der Haut und der Gelenke**, von R. O. Stein. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Ein 23jähriger Patient erkrankt an multiplen serpiginösen Geschwüren beider Unterschenkel, die sich durch Beteiligung des tiefen Unterhautzellgewebes auszeichnen. Dazu treten in der Folgezeit Periostitiden einzelner Röhrenknochen, Empyeme beider Knie- und Sprunggelenke, und schließlich tritt infolge amyloider Degeneration der Nieren und des Darmes der Exitus ein. Weder die klinische Beobachtung noch die Sektion konnten die Ätiologie des Falles aufklären. Aus dem Empyemeiter der Kniegelenke ließ sich ein Bacillus züchten, der schließlich mittels des Agglutinationsverfahrens als Rotzbacillus agnosziert wurde. Meerschweinchen, die mit der Bazillenkultur oder dem Eiter des Patienten geimpft waren, erkrankten unter denselben Symptomen wie der Patient. Es gibt also Formen des Rotzes, welche nur Haut und Gelenke befallen und die inneren Organe und Schleimhäute freilassen, ein Verhalten des Rotzbacillus, das bis jetzt nicht bekannt war.

Lilienstein-Hamburg.

- 28) **Über histologische Befunde in der Plazenta Tuberkulose- und Lepra-kranker**, von Sugai und Monobe. (Centralbl. f. Bakteriologie. LXVII. H. 4.)

Während Leprabazillen sehr häufig im Hyalin oder Fibrin der Plazenta angetroffen wurden, fanden sich daselbst niemals Tuberkelbazillen. Dieser Befund dürfte seinen Grund haben in dem aeroben Wachstum der Tuberkelbazillen, dem anaeroben der Leprabazillen.

Pürckhauer-Dresden.

- 29) **Über die Vererblichkeit der Lepra und einiger anderen Infektionskrankheiten**, von Sugai und Monobe. (Centralblatt f. Bakteriologie. LXVII. H. 5.)

Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen die Verff. zu folgenden Resultaten: 1. Tuberkelbazillen können vom Hoden in die Samenblasen gelangen; sie bleiben im Samen lebensfähig und können sich an geeigneten Stellen vermehren und dort tuberkulöse Prozesse hervorrufen. 2. Die Leprabazillen, Tuberkelbazillen und kleine Kokkenarten können die gesunden Plazentargefäße von Menschen und Tieren passieren und vom mütterlichen Blut in das fötale gelangen. Die Zahl der betreffenden Mikroorganismen im letzteren ist

immer eine ganz kleine. 3. Eine väterliche direkte Vererbung und mütterliche Infektion mit Lepra, Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten im Fötalleben kann man nicht ausschließen. 4. Bacterium coli und Typhusbazillen können die Plazentargefäße kaum passieren. Pürckhauer-Dresden.

30) **La lèpre dans les alpes-maritimes**, par Gaucher. (Bull. Soc. fr. de dermatol. 1913. April.)

Im Anschluß an eine Mitteilung von Milian spricht sich Verf. ebenfalls dahin aus, daß die Lepra weit davon entfernt ist, in dem genannten Landstrich selten zu sein, aber man versteckt die Kranken. Ein Arzt des Littoral hat dem Verf. versichert, daß er über 60 Lepröse von Mentone bis Cannes kenne. Es hat nicht den Anschein, als ob diese Lepra stets hereditär wäre. In zwei vom Verf. mitgeteilten Beispielen lagen keine diesbezüglichen Antezedentien vor.

H. Netter-Pforzheim.

31) **Dernières recherches sur l'inoculation de matériel lépreux dans l'oeil du lapin**, par A. Serra. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1913. Fasc. 4.)

Verf. gibt einen ausführlichen Überblick seiner bisherigen Forschungen über Impfversuche, Kulturen, Wassermannreaktion bei Lepra. Der aus Lepromen isolierte Bacillus erzeugte im Kaninchenaugelpräparat lepröse Knoten, welche die gleichen Bazillen enthielten. Der dem tierischen Leprom wieder entnommene Bacillus konnte mit dem von Campana und Ducrey kultivierten identifiziert werden und erzeugte bei Weiterimpfung wiederum typische lepröse Erscheinungen. Zwischen den leprösen Knoten, welche durch Impfung mit dem experimentell erhaltenen Material entstanden, und jenen, welche von direkter Inokulation menschlicher Leprafragmente herrührten, bestand nur ein geringer Unterschied.

J.

32) **Über Lymphogranulomatose**, von R. v. Jaksch. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Die hauptsächlichsten Symptome sind in dem vorgestellten Fall multiple Drüenschwellungen, besonders am Hals, in den Axillen und im Mediastinum; Milztumor; auffällige Pigmentierung der Haut, Prurigo; polynukleäre und lymphozytäre Leukopenie. Verf. geht des genaueren auf die Differentialdiagnose ein, bespricht die Unterschiede bei dem Lymphosarkom, der Drüsentuberkulose und den Hodgkinschen Krankheitsbildern. Als Therapie wird Röntgenbehandlung empfohlen, die am erfolgreichsten ist, wenn die Fälle recht früh zur Behandlung kommen.

Klokoew-Berlin.

33) **Über den Wert des Aurum-Kalium cyanatum bei der Behandlung des Lupus vulgaris und erythematosis**, von A. Ruete. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Die von Bruck und Glück angegebene kombinierte Behandlung mit Aurum-Kalium cyanatum plus Alttuberkulin hat bei 5 Fällen keine befriedigende Wirkung gehabt, sondern nur geringfügige Abschwellung der Herde ergeben. Die histologische Untersuchung zeigte in 2 Fällen auch nach der Behandlung intakte Lupusknötchen. In einem eigenartigen Fall von Lupus erythematosis disseminatus, der früher auf Tuberkulin allein eine sehr schwere und für die Patientin fast verderbliche Reaktion gezeigt hatte, ergab die Aurum-Kalium cyanatum-Behandlung einen günstigen Erfolg. Ein gewöhnlicher Lupus erythematosis blieb unbeeinflusst.

Schourp-Danzig.

34) **Über tödliche Wirkung des Aurum-Kalium cyanatum als Blutgift beim Menschen**, von Hauck. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)
Ein 37jähriger Mann mit ausgebreitetem Lupus des Gesichts und der

Schleimhäute bekam im Verlauf von 33 Tagen nach der Vorschrift von Bruck und Glück 0,34 Goldcyanat in 10 Infusionen, als Höchstdosis 0,04. Am Abend nach der letzten Injektion Fieber, dann starker Ikterus, mäßige Leberschwellung, Benommenheit, Exitus nach 14 Tagen. Die lupösen Stellen röteten sich, vom 4. Tage zeigten sie Zerfallserscheinungen, Geschwürsbildung. Bei der Sektion fanden sich diese Geschwüre sehr verbreitet in den oberen Luftwegen, einzelne am Mesenterium und Anus und im Dünndarm mit Tuberkelnötchen. Es handelt sich um eine Vergiftung, die hauptsächlich dem Gold zugeschrieben werden muß. Das Gold zeigte sich als ein schweres Blutgift, das nach den Untersuchungen des Verf.'s auch in anderen Fällen die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen stark herabsetzte. Die Zerfallserscheinungen führt Verf. auf eine Schädigung der Kapillaren durch die Leukopenie zurück. Diese Annahme wird gestützt durch das Fehlen einer entzündlichen Zellreaktion um die nekrotischen Herde. Infolgedessen wurde dem Zerfall auch kein Einhalt geboten. Sicher ist jedenfalls die elektive Wirkung des Goldes auf das tuberkulöse Gewebe. Auffallend war, daß eine Tendenz zu fibröser Induration, also zur Heilung, fehlte. Die Therapie mit Goldcyan erfordert also große Vorsicht. Die bisher angewandten Dosen von 0,02 sind infolge ihrer blutschädigenden Wirkung zu hoch; fraglich erscheint allerdings, ob geringere Dosen noch Einwirkung erzielen. Gewarnt muß werden vor der Anwendung bei Lungentuberkulose, und zwar ebenfalls wegen der Zerfallswirkungen. Nähere Aufschlüsse müssen Experimente an tuberkulösen Tieren ergeben.

Raff-Augsburg.

35) **Die Behandlung des Lupus**, von Scholtz. (Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. X. 1913. Nr. 7.)

Verf. gibt eine Zusammenstellung aller Mittel, die uns zur Bekämpfung des Lupus vulg. zur Verfügung stehen. Er bespricht die Beschaffenheit der Quarzlampe und des Finsenapparats, die Art ihrer Wirkung und Erfolge, ferner die Behandlung mit dem Paquelin, Heißluft, Tuberkulin und Pyrogallussalben. Verf. selbst kombiniert bei seinen Patienten Pyrogallus, Quarz, Finsen und Röntgentherapie.

Barinbaum-Berlin.

36) **Bemerkungen zur Lupusbekämpfung**, von Neisser. (Strahlentherapie. II. 1913. H. 1.)

Verf. weist darauf hin, daß der ärztlichen Behandlung noch immer zu wenig Initialfälle zugeführt werden. Schulärzte, Ärzte, die bei der Rekrutenaushebung beteiligt sind, und Gemeindefürsorgern, die alle reichlich Gelegenheit haben, Jugendliche zu sehen, sollten amtlich verpflichtet werden, dem Lupus mehr ihre Aufmerksamkeit zu schenken. Der Kostenaufwand würde billiger sein als die spätere Fürsorge für Erwachsene mit ausgedehnten Herden.

Barinbaum-Berlin.

37) **À propos des tuberculides lichénoides à type de lichen de Wilson. Lichen scrophulosorum atypique**, par Vignolo-Lutati. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 4.)

25jährige Frau mit Lungentuberkulose zeigte an Händen und Vorderarmen eine lichenähnliche Dermatose. Im mikroskopischen Bilde zeigten sich auf sehr dünnen Schnitten nach der Methode von Weiss spärliche Tuberkelbazillen im infiltrierte Gewebe. Riesenzellen fanden sich nicht. Impfungen in die Peritonealhöhle von Kaninchen blieben negativ. Nach einigen Monaten heilten die Papeln spurlos ab. Verf. rechnet diese Krankheit zu den Tuberkuliden, da aber bei ihnen wohl tuberkulöse Struktur, aber keine Bazillen

gefunden wurden, so schlägt er mit Pantrier vor, sie jetzt „atypische Hauttuberkulose“ zu nennen. Übrigens meint Verf., daß auch die beschriebenen Fälle von Lichen scrophulosorum sich nicht alle mit der Beschreibung von Hebra decken, so daß auch der vorliegende Krankheitsfall dazu gerechnet werden könnte. Schließlich könnte der vorliegende Fall auch als bazilläre Embolie von der Lunge aus aufgefaßt werden. Die geringe Anzahl der Bazillen würde dann die Gutartigkeit der Dermatose sowie das negative Resultat der Tierimpfung erklären.

Raff-Augsburg.

38) **Beitrag zur Tuberkulose des Penis**, von J. Lewinski. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. August.)

Bericht über 2 Fälle von tuberkulösen Geschwüren auf der Glans penis. Der erste Patient starb bald an Lungentuberkulose. Der zweite litt an Lungen- und fortgeschrittener Urogenitaltuberkulose.

Immerwahr-Berlin.

Gonorrhoe und deren Komplikationen.

39 I. **Traitement antigonococcique au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés vivants.** II. **Traitement de l'orchite blennorragique, au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés de Besredka.** III. **Traitement des complications utéro-annexielles de la blennorragie au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisés.** IV. **Traitement du rhumatisme blennorragique aigu, au moyen de la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka**, par L. Cruveilhier. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV, S. 10, 806, 1377; LXXV, S. 2.)

Verf. berichtet in der ersten Arbeit über das Material der von ihm benutzten sensibilisierten Antigonokokkenvirusvakzine nach Besredka und über die von ihm befolgte Technik. Er behandelte mit dem Mittel Patienten, die an verschiedenen Erscheinungen der Gonorrhoe (akuter und chronischer Urethritis, „orchite“ und Arthritis) litten und zwar ausschließlich damit und mit dem Erfolg, daß bei allen Kranken die Dauer der Krankheit deutlich abgekürzt wurde und die Schmerzen, sowie die lokalen und allgemeinen Erscheinungen schon nach der ersten Injektion zurückgingen. Freilich verschwand der eitrige Ausfluß aus der Harnröhre erst am Ende der 2. oder im Laufe der 3. Woche. Bestand er noch länger fort, so waren wenigstens Gonokokken nicht mehr nachweisbar. Der zweite Artikel ist ausschließlich dem Bericht über die Behandlung von 14 Patienten mit einseitiger „Orchite“ gewidmet, wobei nochmals der günstige Einfluß der Injektionen (2—3 Einspritzungen in das Unterhautgewebe in Zeiträumen von 48 Stunden) auf den spontanen Schmerz, die lokalen und allgemeinen Erscheinungen hervorgehoben wird. In derselben günstigen Weise wirkten, wie im dritten Artikel auseinandergesetzt wird, die Injektionen in zwei Fällen von Metrosalpingitis, von denen einer mit einem Tubenexsudat kompliziert war. Die Besredkasche Vakzine scheint sogar veraltete Fälle dieser Art günstig zu beeinflussen. Die vierte Arbeit endlich bezieht sich auf die Behandlung verschiedener Formen des Tripperrheumatismus, nämlich auf 5 Fälle der arthralgischen Form, ein Fall von Hydrarthros und 5 Fälle von akuter Arthritis. Auch hier führte schon die erste Injektion einen deutlichen Nachlaß der Schmerzen herbei; um die Beschwerden vollständig zu beseitigen, brauchte Verf die Einspritzungen nie länger als 2 Wochen fortzusetzen.

B. Solger-Bad Kissingen.

- 40) **Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylenhetramins (Urotropin)** von Cuntz. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

In zwei Fällen traten nach Gebrauch des Medikaments Schmerzen, Harn-
drang und Albuminurie auf, die sich nach dem Weglassen desselben wieder
verloren. Ein weiterer Fall zeigte sogar Hämaturie. Raff-Augsburg.

- 41) **Ein Fall von gonorrhöischer Tendovaginitis**, von Rauschenberger.
(Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

23jähriges Mädchen mit starker Schwellung des Fußgelenks. Punktion
ergab Gonokokken. Bei der Operation ergab sich eine Eiterung der Sehnen-
scheide des Musculus peroneus longus und brevis. In Urethra und Zervix
fanden sich keine Gonokokken. Raff-Augsburg.

- 42) **Ein Fall von Spondylarthritis gonorrhöica**, von Sander. (Münchener
med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Ein 40jähriger Mann mit Gonorrhoe und Epididymitis bekam sehr starke
Kreuzschmerzen. Die Dornfortsätze der drei letzten Lendenwirbel und ihre
Umgebung waren sehr schmerzhaft. Diese Erscheinungen verloren sich mit
der Besserung der Gonorrhoe. Raff-Augsburg.

- 43) **Über kolloidalen Schwefel gegen Gonorrhoe**, von K. Hedén. (Dermatolog.
Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Aus den Versuchen des Verf.'s geht hervor, daß der kolloidale Schwefel
eine gewisse, nicht unbedeutende gonokokkentötende Wirkung hat. Diese
Wirkung ist aber nicht so kräftig wie die der Silbereiweißverbindungen.
Vielleicht werden neue Schwefelverbindungen gefunden werden, deren anti-
gonorrhöische Wirkung dem ungebundenen kolloidalen Schwefel weit über-
legen ist. Schourp-Danzig.

- 44) **Über Kollargol bei Zystitis**, von J. Trebing. (Deutsche med. Wochen-
schrift. 1913. Nr. 38.)

Kollargol besitzt gegenüber dem Argentum nitricum den großen Vorzug,
für die entzündete Blasenschleimhaut schmerzlos und reizlos zu sein. Kollargol
ist zum mindesten dem Argentum nitricum gleichwertig, in der Dauerwirkung
aber überlegen. Schourp-Danzig.

- 45) **Wie wirken die Balsamika?** von C. Cronquist. (Dermatolog. Wochen-
schrift. 1913. Nr. 37.)

Verf. behauptet seinen Standpunkt, daß die Balsamika direkt auf die
Gonokokken abschwächend bzw. abtötend einwirken. Den Wirkungsweg kann
für eine Reihe von gonorrhöischen Affektionen nur die Bluthahn bilden. Be-
sonders für die Gebärmutter kann man keine anderen Wege annehmen. Verf.
bevorzugt besonders das von ihm angegebene balsamische Gemisch: Extract.
fluid. kawa-kawa 50, Extract. fluid. Cubeb. 40, Ol. Santal. 10, welches von
der Firma G. Pohl, Schönbaum, unter dem Namen „Kteinokapseln“ als Gelodurat-
kapsel in den Handel gebracht ist. Schourp-Danzig.

- 46) **Die Behandlung der gonorrhöischen Arthritis mit Gonargin**, von
K. Hedén. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 37.)

Das Gonargin der Farbwerke vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst,
übertrifft durch seine therapeutische Wirksamkeit andere bisher angewandte
Mittel in Fällen von gonorrhöischer Arthritis. Neunenswertes Unbehagen nach
den Injektionen, lokaler oder allgemeiner Natur, ist nicht beobachtet worden.
Schourp-Danzig.

- 47) **Note sur un milieu de culture pour le gonocoque**, par P. E. Weil et
Noiré. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol, LXXIV. S. 1321.)

Nach den Verf. ist für Gonokokkenskulturen der von Sabouraud und Noiré für Staphylokokken empfohlene Nährboden der Aszitesgelose Wert-
heims weitaus vorzuziehen. Die Herstellung jenes Nährbodens, wobei in
erster Linie Milchserum, dann Peptonwasser unter Zusatz von etwas Rohr-
zucker und einer kleinen Menge Harnstoff zur Verwendung kommen, ist im
Original nachzulesen. Auf ihm halten sich Gonokokkenskulturen aus frischen,
aber auch aus wochen-, ja selbst monatelang bestehenden Blennorrhöen lange
Zeit, so daß man sie noch nach 2—3 Wochen mit Erfolg übertragen kann.

B. Solger-Bad Kissingen.

- 48) **Die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum**, von Mattis-
sohn. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Verf. zeigt an dem Material des Rudolf-Virchow-Krankenhauses, daß
die Prognose der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum bezüglich der definitiven
Heilung relativ günstig zu stellen ist. Allerdings ist eine mehrmonatige Be-
handlung erforderlich, ohne daß dadurch die Möglichkeit des Auftretens von
Rezidiven ausgeschlossen bleibt. Er empfiehlt zur Behandlung ein energisches
antiseptisches Verfahren. Durch Nachuntersuchungen ließ sich feststellen,
daß der Prozeß keine Neigung zum Aszendieren hat und keine nachteiligen
Folgen für die späteren Geschlechtsfunktionen daraus resultieren.

Lilienstein-Hamburg.

Syphilis.

- 49) **Brevi commenti ai risultati di mille seicento reazioni di Wassermann**,
per M. Pasquale. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 2.)

Die Wassermannreaktion war negativ bei nicht syphilitischen Psoriatikern.
Unter sechs Leprakranken reagierten drei positiv. Unter neun Pemphigus-
kranken befand sich ein positiv reagierendes, zehn Jahre altes, nicht syphi-
litisches Kind. Bei Unterschenkelgeschwüren fanden sich 33 positive und
fünf zweifelhafte Resultate unter 135 Fällen. Die analogen Befunde von
Zinsser scheint Autor nicht zu kennen. Bei 25 Fällen von Malum per-
forans fiel die Reaktion achtmal positiv, zweimal zweifelhaft aus. Auch ge-
legentliche therapeutische Erfolge mit spezifischen Kuren fordern zur Fort-
setzung der Untersuchungen bei diesen Geschwüren auf. Bei Primäraffektion
schwankte der Prozentsatz positiver Reaktionen, je nachdem bereits Drüsen-
schwellungen vorhanden waren oder nicht, zwischen 83,5% und 61%.
Interessant ist die Feststellung, daß bei Lues latens II der Prozentsatz posi-
tiver Reaktionen 70% betrug, wenn Drüsen-schwellungen vorhanden waren,
dagegen nur 52%, wenn jene fehlten. Bei ausgesprochener Tabes war die
Reaktion in 82% positiv (39 Fälle). Unter 50 nur mit Salvarsan behan-
delten Fällen reagierten 33%, unter 35 mit Salvarsan und Kalomelinjektionen
behandelten Fällen reagierten 11,5% positiv, unter 102 nur mit Hg be-
handelten Fällen reagierten 18,5% positiv. Verf. fügt seinen Beobach-
tungen die treffende Bemerkung hinzu, daß nur der behandelnde Arzt, der
Anamnese und Status des Patienten genau kennt, zu einer Wertung der
Wassermannreaktion in der Lage ist.

Dreyer-Cöln.

- 50) **Die Wassermannsche Reaktion als Indikator bei der Therapie der
Syphilis**, von H. Hecht. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 23.)

Positive Wassermannreaktion bedeutet heute aktive Lues. Der Einfluß
der Behandlung auf die Wassermannreaktion hängt von dem Mittel ab. Die

Wirkungsweise der Antiluetica ist noch nicht völlig geklärt. Der Ausfall der Wassermannreaktion kann nur mit Berücksichtigung des ganzen bisherigen Krankheitsbildes als Wegweiser für die Therapie dienen. Bei primärer Syphilis und negativer Wassermannreaktion ist Abortivbehandlung angezeigt, während bei positiver Wassermannreaktion Salvarsan und protrahierte Hg-Anwendung erfolgen muß. Bei florider sekundärer Lues kann die Wassermannreaktion wenig von Einfluß auf die Therapie sein, während sie im Latenzstadium große Dienste leistet, ebenso im Spätlatenzstadium. Nach provokatorischer Salvarsaninjektion zeigt das positive Schwanken der Wassermannreaktion einen syphilitischen, also zu behandelnden, Organismus an. Klokow-Berlin.

51) **Weiteres über die Infektiosität des Blutes Syphilitischer für Kaninchen**, von Aumann. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 3.)

Auch bei den Kaninchen ist die Inkubationszeit regelmäßig unter der Voraussetzung, daß als Ausgangsmaterial solches gewählt wird, das die Krankheitskeime ohne Begleitbakterien enthält. Die Inkubationszeit sinkt nach Anpassung des Stammes an den Tierkörper gleichmäßig. Schourp-Danzig.

52) **Recherches du tréponème dans les taches de la roséole syphilitique**, par L. Spillmann et J. Watrin. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1356.)

Aus der Beobachtung der Verff. geht mit voller Sicherheit hervor, daß aus einer syphilitischen Roseolaeffloreszenz schon durch leichtes Kratzen mit dem Nagel Spirochäten frei werden können. Die Verff. konnten in den wenigen Serumtropfen, die sie aus einer ganz geringfügigen, im Bereich eines Roseolaflecks bestehenden Epidermisabschilferung (éraillure) gewonnen hatten, im Dunkelfeld Spirochäten nachweisen. Dieser Befund war in dem vorliegenden Fall um so wichtiger, weil dadurch beim Fehlen von sonstigen Zeichen einer vorausgegangenen Infektion und dem Konfluieren der Roseola die Diagnose erst gesichert wurde.

B. Solger-Bad Kissingen.

53) **La cholestérinémie des syphilitiques. Influence du „606“**, par Rouzaud, Sucquet et Cabanis. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1396.)

Während bei gesunden Individuen der Cholesteringehalt des Blutes nur sehr geringe Schwankungen aufweist, pflegt er in der Sekundärperiode der Syphilis regelmäßig zu sinken. Salvarsaninjektionen führen, nach einer manchmal vorkommenden vorübergehenden Verminderung, regelmäßig zu einer Steigerung der Cholesterinämie, die den normalen Wert überschreitet und die mit der durch diesen Eingriff herbeigeführten Besserung der klinischen Symptome Hand in Hand geht.

B. Solger-Bad Kissingen.

54) **Effets prophylactiques de la pommade à la quinine dans la syphilis. Durée de l'action prophylactique**, par J. Schereschewsky. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 1147.)

Verf., der schon früher auf die günstige Wirkung einer 40%igen Salbe von Chin. hydrochl. hingewiesen hatte, berichtet über neuere Versuche, die er an Affen anstellte. Nachdem die Tiere an mehreren Stellen der Stirn mit syphilitischem Virus vom Menschen geimpft waren, wurde in die Läsionen der einen Körperhälfte 3 Minuten lang etwas Chininsalbe eingerieben, und zwar 2, 3 oder 4 Stunden nach der Impfung. In allen Fällen zeigten sich an den Impfstellen der nicht mit der Salbe behandelten Körperhälfte deutliche syphilitische Erscheinungen, während die der anderen Körperhälfte davon frei blieben. Verf. schließt aus seinen Beobachtungen, daß die Chininsalbe,

auch wenn sie erst 4 Stunden nach der Einimpfung des syphilitischen Virus in Anwendung kam, noch das Auftreten eines spezifischen Prozesses zu verhindern vermag. (Daß die Salbe Primäraffekten vorbeugt, ist sicher; daß sie auch das Auftreten sekundärer Erscheinungen zu verhindern vermag, läßt sich durch die gewählte Versuchsanordnung nicht beweisen. Darum erscheint es doch sehr wünschenswert, bei Nachprüfung dieser Versuche statt einer Kontrollseite lieber ein ganzes Kontrolltier zu verwenden. Ref.)

B. Solger-Bad Kissingen.

- 55) **Über die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung**, von W. Scholtz und E. Riebes. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

Die Dauerresultate, welche die Verf. bei der von ihnen verwandten kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung beobachteten, berechtigen zu der Annahme, daß durch eine derartige Kur in der Mehrzahl der Fälle eine definitive Heilung der Krankheit erzielt wird. Der Prozentsatz, in dem die Verf. eine Heilung durch eine kombinierte Kur annehmen, beläuft sich bei primärer Syphilis, auch bei bereits positiver Wassermannreaktion, auf 90—100%, bei frischer sekundärer Syphilis auf etwa 80—90%. Das Salvarsan scheint dem Neosalvarsan hinsichtlich seiner Wirkung etwas überlegen zu sein und dabei nicht so oft zu Intoxikationserscheinungen Veranlassung zu geben wie Neosalvarsan. Die unter dem Bilde eines akuten Hirnödems oder einer Encephalitis haemorrhagica meist 2—3 Tage nach der Salvarsanbehandlung plötzlich auftretenden und meist tödlich verlaufenden Erkrankungen sind als echte Salvarsanintoxikationen aufzufassen. Warum in manchen Fällen das Salvarsan und Neosalvarsan derartige toxische Wirkungen entfalten, ist noch ungeklärt, vielleicht spielt neben einer gewissen Disposition des Gehirns auch eine verzögerte Ausscheidung des Salvarsans eine Rolle. Schourp-Danzig.

- 56) **Contributo alla conoscenza della sifilide gastrica**, per Coppelli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Eine 36jährige Frau erkrankt $\frac{1}{2}$ Jahr nach Beginn der Syphilis, die mit 30 Sublimatinjektionen im ersten Sekundärstadium behandelt war, an Schwere im Epigastrium, Appetitlosigkeit, Übelkeit bei nüchternem Magen und häufigem, plötzlichem Erbrechen nach den Mahlzeiten. Die Beschwerden nehmen nach einer Woche zu. Das Erbrochene ist mit Blut vermischt. Schließlich tritt das Erbrechen 20—30 mal am Tag auf. Die Ernährung wird fast unmöglich. Beträchtliche Abmagerung, heftige Kopfschmerzen stellen sich ein. Tägliche Einspritzungen von 0,03—0,04 Hg. bijodatum bringen zuerst das Erbrechen in 5—6 Tagen zum Verschwinden, dann kehrt der Appetit zurück, und das Allgemeinbefinden bessert sich. Nach 26 Tagen verläßt die Patientin bei bestem Wohlbefinden die Klinik. Außerdem berichtet Verf. über 3 Fälle tertiärer Magensyphilis mit ähnlichem klinischen Symptomenkomplex, von denen zwei durch den therapeutischen Erfolg, der dritte durch die Sektion bestätigt wurde. Es fand sich eine oberflächliche Sklerose der Magenschleimhaut mit obliterierender Endarteriitis, Perivaskulitis und mikroskopischen Gummern. Verf., der unter 200 Fällen von Syphilis 3 Fälle von Magensyphilis ($= \frac{1}{2}\%$) sah, hält diese Zahlen nicht für zufällige, sondern glaubt, daß die spezifische Erkrankung der Magenwand in dieser Häufigkeit allgemein vorkommt und gewöhnlich verkannt wird.

Dreyer-Cöln.

- 57) **Reinfezione sifilitica in soggetto curato col salvarsan**, per Pappagallo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Die beiden Infektionen liegen 19 Monate auseinander. Als der zweite harte Schanker beobachtet wurde, waren gleichzeitig ein Erythem und eine spezifische Alopecie vorhanden. Zumal die Angaben über die Dauer des Bestehens des Schankers und der sekundären Erscheinungen fehlen, kann man diesen Fall von angeblicher Reinfektion nicht als solchen ansehen. Die Tatsache einer zwischen den beiden vermeintlichen Infektionen liegenden negativen Wassermannreaktion und der Geburt eines scheinbar gesunden Kindes in dieser Zeit können an dieser Auffassung nichts ändern.

Dreyer-Cöln.

- 58) **Zur Kritik der Nebenwirkungen des Salvarsans (bzw. Neosalvarsans) mit besonderer Berücksichtigung des „Wasserfehlers“**, von Obermiller. (Straßburg, 1913.)

Verf. beleuchtet unter Anführung einer umfangreichen Literatur kritisch die schädlichen Nebenwirkungen des Salvarsans bzw. Neosalvarsans. Schädigungen können in drei Formen auftreten: als reine Arsenvergiftung mit enzephalitischen und myelitischen Erscheinungen, als Neurorezidive und als nervöse Herxheimerreaktion. Der von Wechselmann angenommene „Wasserfehler“ kann in vielen Fällen nicht die Nebenerscheinungen febriler Natur erklären.

Willy Cohn-Berlin.

- 59) **I. Zur Frage der Parasitotropie und Toxizität des Salvarsans (Neosalvarsans). II. Zur Organotropie der Salvarsanpräparate**, von Ullmann. (Wiener klin. Wochenschrift, 1913. Nr. 5, 6 u. ff.)

Nach kurzer kritischer Besprechung der bekannten unangenehmen Nebenwirkungen des Salvarsans berichtet Verf. über Tierversuche, welche sowohl über die Verhältnisse der Ausscheidung und Remanenz der Salvarsanpräparate, als auch über das Wesen von Funktionsstörungen einzelner Organe Klarheit verschaffen sollten. Aus seinen interessanten Versuchen ergab sich, daß nach Salvarsaninjektionen in syphilitischen Geweben am Menschen und ebenso in der untersuchten tierischen Hodensubstanz relativ recht bedeutende Arsenmengen festgestellt werden konnten, während in allen Kontrolluntersuchungen von nicht spirillenhaltigem Gewebe keine Spur von Arsen nachweisbar war. Auf Grund histologischer Untersuchungen an Hunden, Ratten, Meerschweinchen und Kaninchen kommt Verf. zum Schlusse, daß beide Salvarsanpräparate, das Neosalvarsan vielleicht nur in etwas anderem Grade, neben den parasitropen auch organotrope Eigenschaften besitze.

Willy Cohn-Berlin.

- 60) **Technique simplifiée de néosalvarsan en solution concentrée préparée à l'abri de l'air dans la seringue même**, par Duhot. (Revue Belge d'Urologie et de Dermato-Syphiligraphie. 1913. Januar, Februar, März.)

Verf. empfiehlt statt der bisherigen Infusionen von Neosalvarsan intravenöse Injektionen mit einer von ihm modifizierten 10 ccm-Rekordspritze.

Willy Cohn-Berlin.

- 61) **Nouveau procédé d'injection intraveineuse du néosalvarsan**, par P. Ravaut. (Communication faite à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie du 6. février 1913.)

Verf. empfiehlt Salvarsaninjektionen mittels einer 15 ccm-Glasspritze, in welche zuvor aus einem kleinen Fläschchen das Medikament aufgesogen wird. Mit dieser Methode hat Verf. weniger unangenehme Nebenerscheinungen (Fieber und Erbrechen) beobachtet.

Willy Cohn-Berlin.

- 62) **Wann müssen wir Syphilitiker behandeln?** von Schottmüller. (Therapie der Gegenwart. 1913. H. 8.)

Verf. verwirft mit Recht den veralteten Standpunkt, die Syphilis nur dann zu behandeln, wenn sie Erscheinungen macht, sowie die Anschauung, daß die Krankheit geheilt sei, wenn sie 3 Jahre keine Erscheinungen gemacht habe. Letzteres begründet er vor allem damit, daß gerade die deletären Formen der Lues, wie Paralyse und die bisher zu wenig beachtete Lues des Gefäßsystems wie Aortenerkrankungen und Koronarstenose später, meistens im zweiten Dezennium, auftreten. Da erfahrungsgemäß eine Heilung bei manifester Lues des Gefäßsystems nicht mehr zu erzielen ist und eine intensive Behandlung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ungünstig wirkt und häufig zu stürmischem Ende führt, während in dem latenten Stadium der Prozeß aufzuhalten ist, so ergibt sich die Mahnung zu prophylaktischer Behandlung in diesem Latenzstadium. Verf. empfiehlt daher im zweiten Dezennium häufige Wassermannsche Untersuchungen und bei positivem Ausfalle intermittierende prophylaktische spezifische Kuren vorzunehmen.

Franz Fischer-Düsseldorf.

63) **Indikationen und Kontraindikationen der subkutanen Neosalvarsaninjektionen**, von J. Fabry. (Med. Klinik. 1913. Nr. 33.)

Die Kupierung einer initialen Syphilis wird um so sicherer gelingen, wenn zunächst intravenös zwei bis drei Injektionen appliziert werden, denen eine subkutane Depotinjektion folgt. Die übrigens nicht einfache subkutane Neosalvarsaninjektion kann die intravenöse nicht ersetzen, aber ergänzen.

Biberstein-Gleiwitz.

64) **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung intravenöser Salvarsaninjektionen auf die Funktion der Niere, insbesondere bei bestehender Quecksilberintoxikation**, von Loewy und Wechselmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Die Untersuchungen geben den Beweis, daß ein krankhafter Zustand der Nieren, wie er durch Hg-Vergiftung gesetzt wird, die Gefahr einer nachträglichen Anwendung des Salvarsans bedeutend erhöht. Die harnausscheidende Fähigkeit der Nieren versagt bedeutend früher als bei vorher gesunden Nieren.

Lengefild-Brandenburg a/H.

65) **Wirkliche und angebliche Schädigungen durch Salvarsan**, von A. Schmitt. (Würzburger Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Medizin. II. Suppl.-Band. Würzburg, Kabitzsch, 1913. 4 Mk.)

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, die bisherige Salvarsanliteratur, soweit sie über die Schädigungen durch dieses Medikament berichtet, einer kritischen Sichtung zu unterziehen. Er bietet im wesentlichen daher nur eine Zusammenstellung aller bekannten Arten der Injektion, bespricht die Vor- und Nachteile derselben: Schmerzhaftigkeit, Fieber usw. Ferner geht er auf die Einwirkung des Salvarsans auf die wichtigsten Organe ein, auf die Neurorezidive und die nach Salvarsaninjektionen vorkommenden Exantheme.

Barinbaum-Berlin.

66) **Über die Hirndruckerhöhung nach Salvarsan**, von Spiethoff. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 22.)

Spätluetiker hatten 130 mm Druck ohne, einen wesentlich höheren nach der Salvarsanbehandlung. Als eine Herdreaktion ist dies jedoch nicht aufzufassen, sondern als eine Wirkung des Salvarsans. Die nähere Begründung und die Ausführungen des Verf.'s sind als ungeeignet für ein kurzes Referat im Original nachzulesen. Wenn Verf. die Erhöhung des Drucks dem Salvarsan zuschreibt, so will er damit nicht etwa vor dem Salvarsan warnen. Raff-Augsburg.

- 67) **Über 1000 subkutane Neosalvarsaninjektionen**, von Wechselmann. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 24.)

Verf. hat trotz der „Ächtung“ seiner subkutanen Salvarsanmethode, wie er sagt, dieselbe Methode beim Neosalvarsan angewendet und gefunden, daß nur minimale Schmerzen und keine Infiltrate auftraten und nur eine geringfügige Nekrose. Er nahm ein sehr kleines Flüssigkeitsquantum 0,1—0,5 Neosalvarsan auf 1 ccm Kochsalzlösung in der Pravazspritze. In einzelnen Fällen ging er bis 0,9 Neosalvarsan. Schmerzen traten nur selten auf und nur geringe Schwellungen. Auch Privatpatienten hat Verf. so behandelt. Es kommt alles darauf an, daß man nicht in den Muskel einsticht, sondern genau über der Fascie bleibt. Die Injektionen wurden in die Gegend des Trochanter major, selten in die Rückenhaut gemacht. Daß die Nadel auf der Fascie sitzt, erkennt man daran, daß eingespritzte NaCl-Lösung wieder ausfließt. Nebenerkrankungen kamen nicht vor. In einer Woche werden 75—85% des Neosalvarsans resorbiert. Verf. meint, daß es nötig sei, neben der intravenösen Methode noch eine andere zu besitzen, z. B. zur Anwendung bei Säuglingen, Herz- und Nierenkranken. Die Wirkung auf die Lues ist eine sehr gute, allerdings ist Neosalvarsan etwas toxischer als Salvarsan, aber gerade nach Verf. deshalb wirksamer. (Ob sich die Methode wohl einbürgern wird? Ref.)

Raff-Augsburg.

- 68) **Über ein neues Verfahren der intravenösen Neosalvarsaninjektionen**, von A. Persca. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 29.)

Verf. hat ebenfalls die von Ravaut empfohlenen konzentrierten Neosalvarsaninjektionen angewendet, und zwar in einer Lösung von 1—2 ccm Wasser. Die Erfolge waren befriedigende.

Raff-Augsburg.

- 69) **Ein merkwürdiger Todesfall nach Salvarsan**, von Ehret. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Ein Tabiker erhielt während 2 Jahre sechs Salvarsaninjektionen. 14 Tage nach der letzten erschien eine schmerzhaftes Suzillation über beiden Musculi recti abdominis, dann erfolgte Coma und Exitus. Die Sektion ergab keine Erklärung für den Todesfall; es fanden sich hyaline und hämorrhagische Degenerationen beider Recti, in Leber, Milz und Nieren schwacher Arsengehalt. Verf. glaubt bei dem vorliegenden Todesfall an eine Insuffizienz der Niere. Ganz aufzuklären ist der Fall nicht.

Raff-Augsburg.

- 70) **Über den Nachweis der Spirochäten des Paralytikergehirns im Tierexperiment**, von Berger. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Verf. hat bei 20 Paralytikern mittelst Punktion Zylinder aus den Hirnlappen entnommen (einer, der Hämophile war, starb infolge einer Blutung aus einem Rindengefäß), diese mit Wasser zu einem Brei verrührt und Kaninchen in den Hoden injiziert. In 17 Fällen war nach Tötung der Tiere 4 Monate später der Befund negativ. In dreien jedoch zeigte der Nebenhoden Knötchen und die mikroskopische Untersuchung der Schnitte allerdings sehr vereinzelte Spirochäten. Die Spirochäte des Paralytikergehirns ist also lebend und kann auch syphilitische Veränderungen hervorbringen. Verf. ist der Ansicht, daß das Auffinden der Spirochäte im Gehirn bei Paralytikern wieder Anlaß geben sollte zur Inangriffnahme der Behandlung; am meisten verspricht er sich von lokaler Behandlung nach Hassley und Anton.

Raff-Augsburg.

- 71) **Accident nerveux à type de neuralgie intercostale chez un syphilitique traité par le salvarsan. Son origine meningée démontrée par**

le ponction lombaire, par Ravaut. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Der Inhalt der vorliegenden Mitteilung ist aus dem Titel ersichtlich. Verf. weist nochmals darauf hin, wie wenig zuverlässig die Wassermannreaktion in derartigen Fällen ist. Sie war negativ, während das Lumbalpunktat wertvolle Aufschlüsse lieferte.

Raff-Augsburg.

72) **Resultats rapprochés du traitement de la syphilis par arsenobenzol et Hg**, par Audry. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Verf. bespricht die Resultate der Salvarsanbehandlung zugleich mit grauem Öl 5—24 Monate nach derselben bei 152 Patienten. Unter 35 Kranken nur mit Primäraffekt wenigstens während 6 Monaten behandelt, blieben 29 von Sekundärserscheinungen frei, 17 mit negativer Wassermannreaktion. Die Resultate waren also denen vor der Salvarsanära bedeutend überlegen. Von 93 Sekundärsyphilitischen bekamen 26 Rezidive, also fast eben so viele wie früher unter Hg-Behandlung. Von 14 Tertiärsyphilitischen bekamen 5 Rezidive, also eben so viele wie früher. Die Schlußfolgerungen des Verf.'s sind sehr bezeichnend. „Im allgemeinen gibt es keine Beziehung zwischen der Intensität der Behandlung und dem Ausbleiben der Rezidive. Diese können sehr wohl bei Patienten kommen, die große Dosen erhielten und häufig injiziert wurden und fehlen bei sehr wenig Behandelten. Eine derartige Tatsache wird keinen erfahrenen Syphilidologen in Erstaunen setzen; es gehört eine außerordentliche Unwissenheit dazu, um zu glauben, die spätere Entwicklung der Lues beruhe allein auf der Behandlung. Es gibt Fälle von Syphilis, die immer leicht bleiben und andere, die immer gefährlich sind. Und wir wissen nicht warum und besitzen auch kein konstantes und sicheres Mittel für die Prognose. Zur letzteren die Wassermannreaktion zu benutzen, daran denkt niemand, denn jedermann weiß oder sollte wissen, daß sie monate- und jahrelang negativ bleiben und plötzlich wieder positiv werden kann.“ Die Schlußfolgerungen des Verf.'s sind: 1. Salvarsan und Hg sind die wirksamsten Methoden zur Beseitigung der syphilitischen Erscheinungen. 2. Noch besser sind die Resultate, wenn der Primäraffekt sofort behandelt wird. 3. Bei den Sekundärsyphilitischen sind die Rezidive ebenso häufig als bei der früheren Behandlung.

Raff-Augsburg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

73) **Vier Fälle von Prostataatrophie**, von Caesar. (Zeitschrift f. Urologie. VII. 1913.)

Verf. beschreibt vier Fälle von Prostataatrophie, von welchen zwei auf gonorrhöische Ätiologie zurückzuführen waren, während die beiden anderen ätiologisch unklar blieben, eine entzündliche Pathogenese dem histologischen Befunde nach jedoch anzunehmen war. In einem Fall erzielte die Freyersche Operation einen geradezu vorzüglichen Erfolg, in einem zweiten Fall kam es zur wesentlichen Besserung der Beschwerden, die hauptsächlich in erschwerter Entleerung oder Harnverhaltung bestanden. In einem Fall legte sich ein Stück der nur 3 g schweren Prostata wie ein Bürzel ventilartig vor die Harnröhrenöffnung und führte zur Harnverhaltung. Verf. weist darauf hin, daß im Gegensatz zu einigen Angaben in der Literatur Residualharn bei Prostataatrophie vorkomme und empfiehlt, die Prostata in mehrfachen Stellungen der Patienten zu untersuchen, um eine richtige Vorstellung von ihrer Größe zu bekommen.

J. Schumacher-Berlin.

- 74) **Wandlungen in der Lehre der Prostatahypertrophie**, von Kielleuthner. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Aus anatomischen und chirurgischen Betrachtungen schließt Verf., daß bei der Hypertrophie der Prostata nur ein kleiner Lappen sich vergrößert. Dieser wird bei der fälschlich so genannten Prostatektomie nach Freyer entfernt, die übrige Drüse bleibt zurück. Die Operation wird warm empfohlen.

Raff-Augsburg.

- 75) **Neuere, insbesondere röntgenologische und zystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis-nocturna-Kranken**, von F. Trembur. (Med. Klinik. 1913. Nr. 37.)

Die Untersuchungen an 13 Soldaten, die an typischem Bettnässen litten, ergaben außer Reflex- und Sensibilitätsstörungen in fast 70% der Fälle noch das Vorhandensein von Spina bifida occulta in 84,6% und sichere Balkenblase in 53,8%. Die Befunde bestätigen die Ansicht, daß der Enuresis nocturna der Erwachsenen eine Hemmungsbildung des untersten Rückenmarksabschnitts, eine sogen. Myelodysplasie, zugrunde liegt. Biberstein-Gleiwitz.

- 76) **Über den Nachweis von Jod im Urin**, von Ehrmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

2,0 ccm Urin + 1,0 verdünnte Salzsäure + 0,5 H₂O₂-Lösung + 1,0 Toluol oder Chloroform. Bei Toluolzusatz bildet sich über der Flüssigkeit eine rote Toluolschicht, bei Chloroformzusatz unter der Flüssigkeit eine etwas tiefer rote Chloroformschicht.

Lengeföld-Brandenburg a/H.

- 77) **Über eine neue Behandlungsmethode der sexuellen Impotenz**, von Lissmann. (Centralblatt f. d. ges. Therapie. 1913. Juni.)

Verf. wendet bei der Erschöpfungsimpotenz, die an und für sich auftritt und wohl zu unterscheiden ist von einer Impotenz infolge allgemeiner Neurasthenie, Epiduralinjektionen mit durchschnittlich 30 ccm NaCl + 10—15 Tropfen 2%igem Yohimbin mit sehr gutem Erfolg an.

Barinbaum-Berlin.

- 78) **Die Bakterienflora der normalen Prostata**, von Unterberg. (Pester med.-chirurg. Presse. 1913. Nr. 41.)

Verf. untersuchte die Prostata von 25 Personen, die nie an Gonorrhoe oder einem sonstigen urogenitalen Leiden litten, auf ihren Bakteriengehalt und fand diesen in 48% seiner Fälle positiv. Was die Art dieser Bakterien anlangt, so stimmten sie meist mit den Bewohnern der Harnröhre überein, können jedoch auch von diesen differieren. Es wurde auch ein Bakteriengehalt der Prostata in einigen Fällen konstatiert, wo die Urethra steril befunden wurde. Am häufigsten fand Verf. den Staphylococcus aureus, seltener den Staphylococcus albus und Streptokokken. Der Colibacillus wurde einmal angetroffen. Mit zunehmendem Alter fand Verf. die Sterilität der Prostata immer seltener.

J. Schumacher-Berlin.

- 79) **Preliminary report on the cutaneous deposit reaction of gonococcic bacterin**, by Aronstam. (Urologie and cutaneous Review. 1913. Nr. 8.)

Bei der Frage des Ehekonsenses dürfe das Mikroskop nicht das letzte Wort sprechen, seien doch noch oft später Gonokokken gefunden worden, wenn öftere mikroskopische Untersuchungen diese auch nicht auffinden konnten. Auch die Alkoholprobe und provokatorischen Spülungen seien nicht ganz zuverlässig. Verf. unterzieht alsdann die Hautreaktion einer eingehenderen Betrachtung und verweist auf die dabei gemachten Fehler hin, indem häufig das gesetzte Trauma schon eine positive Reaktion vortäusche, wie er dies auch durch Injektion einer physiologischen Kochsalzlösung zeigen konnte. Verf.

schlägt daher vor, statt der gewaltsamen Einimpfung nur das Auftragen auf die Haut mit der geringsten Verletzung anzuwenden. Zum Schluß erwähnt Verf. einige Fälle, in denen ihm der Nachweis der Gonokokken auf diese Weise gelang, was auch mikroskopisch bestätigt wurde. J. Schumacher-Berlin.

80) **Essential hematuria with a report of a case cured by injection of adrenalin through the urethral catheter**, by Moore. (Urologie and cutaneous Review. 1913. Nr. 8.)

Verf. berichtet über einen durch Injektion von Adrenalin vermittelt der Ureterenkatheter geheilten Fall von Hämaturie. Er empfiehlt das Katheterisieren der Ureteren nicht nur als ein vorzügliches diagnostisches Mittel, sondern auch als geeignet, die Hämaturie in manchen Fällen zu beseitigen. Von einem operativen Eingriff mit seinem zweifelhaften Erfolg sei Abstand zu nehmen, solange nicht die Adrenalintherapie versucht worden sei. J. Schumacher-Berlin.

III. Bibliographie.

E. Finger, **Die Geschlechtskrankheiten**. (7. Aufl. Wien, Deuticke, 1913. 10 Mk.) — Seit der 6. Auflage im Jahre 1908 hat die Syphilislehre eine Revolution durchgemacht. Die experimentelle Syphilis, die Serodiagnose und die Salvarsantherapie bedeuten eine enorme Erweiterung des einschlägigen Gebietes. Selbstverständlich hat Verf. diesen Fortschritten in seiner neuen Auflage nach jeder Richtung Rechnung getragen. So liegt hier ein nach jeder Richtung formvollendetes Werk vor, welches dem Studierenden und Arzte vielfache Belehrung gewährt. J.

S. Jessner, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten einschließlich der Kosmetik**. (Würzburg, Kabitzsch, 1913. 10 Mk.) — Aus dem früheren Kompendium des Verf.'s ist nunmehr ein Lehrbuch geworden, dessen erster Teil entsprechend den neueren Fortschritten in der Dermatologie eine erhebliche Erweiterung nach der diagnostischen und therapeutischen Seite erfahren hat. Dazu kommen zur Unterstützung des Inhalts noch 33 farbige Reproduktionen von Hautmoulagungen aus der Neisserschen Klinik und 6 farbige histologische Bilder aus dem Lehrbuche der Histologie von Szymonowicz. 172 Rezeptformeln im Anhang vervollständigen das Lehrbuch, welches gewiß auch in seiner neuen Gestalt sich viele Freunde erwerben wird. J.

Axel Reyn, **Die Finsenbehandlung, ihre Grundlage, Technik und Anwendung**. (Berlin, Meusser, 1913. VI. Bd. der Bibliothek der physikalisch-medizinischen Techniken, herausgegeben von Heinz Bauer. 5,40 Mk.) — Eine vorzügliche Monographie, welche in objektivster Weise unseren heutigen Stand über die Finsenbehandlung ausgezeichnet schildert. Die Darstellung ist übersichtlich und klar, 86 Figuren im Text tragen viel zum Verständnis des Ganzen bei. J.

Alexander Strubell, **Zur Klinik der Opsonine**. (Jena, Fischer, 1913. 8 Mk.) — Der rühmlichst bekannte Verf., der sich um den Ausbau der Opsoninlehre die größten Verdienste erworben hat, gibt uns hier einen vorzüglichen Abriss dessen, was er mit seinen Schülern selbst gesehen hat. Für unser Spezialfach sind des Verf.'s Erfahrungen bei den lokalen Tuberkulosen und bei den lokalen Staphyloomykosen der Haut von fundamentalem Werte. Sie müssen sorgfältig studiert werden und werden gewiß für die Praxis von größtem Vorteil sein. Das Buch soll eifrig gelesen werden und wird nach vielen Richtungen stark anregend wirken. J.

IV. Therapeutische Notizen.

	Stomatitis ulcerosa:	
1)	Rez. Acid. salicyl.	2,0
	Glycerin. neutr.	20,0
	(Barié.)	

J.

Dreuwische Salbe:

- Rez. Acid. salicyl. 10,0
Chrysarobini
2) Pinosoli ana 20,0
Sapon. kalin.
Vaselini ana 25,0

(Polland, Öster. Ärzte-Zeitung. 1913. Nr. 3.)

J.

Pruritus vulvae:

- Rez. Ungt. pic. liq.
Ungt. bellad.
3) Tinc. aconiti ana 8,0
Ungt. aq. ros q. s. ad 30,0
(Evans.)

J.

V. Vereinsberichte.

17. Internationaler medizinischer Kongreß in London (August 1913).

Dermatologische Sektion:

Der Anziehungspunkt, welchen für viele von uns der Besuch des Londoner Kongresses bot, bestand hauptsächlich in der Erwartung zahlreicher und seltener Krankendemonstrationen. Wer mit mir schon vor 17 Jahren den Internationalen dermatologischen Kongreß in London mitgemacht hatte, erinnerte sich noch voller Dankbarkeit der damaligen zahlreichen Demonstrationen. Und in der Tat sind wir auch dieses Mal wieder voll und ganz auf unsere Kosten gekommen, ja unsere Erwartungen sind noch weit übertroffen worden. Die zahlreichen und seltenen Kranken boten in ihrem freien Meinungs-austausche vor den Sitzungen gar viel des Interessanten. Ihre Zahl war so groß, daß ich nicht alle, nur die wichtigsten, hier erwähnen kann.

Pringles Fälle von Mycosis fungoides mit ihren überraschenden Rückbildungen durch Röntgenbehandlung, das mehrfache Vorkommen von Angiokeratom in der gleichen Familie, eine Pseudoleukämie der Haut sowie ein Trichoepitheliom standen in erster Reihe. Sequeira zeigte sehr interessante Fälle von Xeroderma pigmentosum, Frühstadien von Kaposi's multiplem Pigmentsarkom, ein plexiformes Neurom, Granuloma annulare, Lepra und zahlreiche durch Röntgen geheilte Kankroide, Lupus usw. Littles Fälle von Pityriasis rubra pilaris und Urticaria pigmentosa, Mac Leods Xanthoma tuberosum multiplex, P. Webers Fall von multipler subkutaner Kalzifikation, Pernets Blastomycosis seien hier aus der großen Reihe der Demonstrationen hervorgehoben.

Das Diskussionsthema über gut- und bösartige Epitheliome ließ keinen Zweifel darüber, daß die Naevi allgemein heute zu den Epithelgeschwülsten gerechnet werden. Mit Recht gab Unna seiner Freude darüber Ausdruck, daß auch Darier und Dubreuilh sich jetzt dieser Anschauung anschließen. Therapeutisch wurde die Röntgenbehandlung und von Nobl das Mesothorium hervorgehoben.

Für das Thema der Alopecia areata waren Sabouraud und Pellizari als Referenten bestellt, und sie sowohl wie die meisten übrigen Diskussions-

redner waren mit Ausnahme von Jadassohn der Meinung, daß die parasitäre Theorie keine Berechtigung habe, ebensowenig steht die Lues mit der Alopecia areata in einem ätiologischen Zusammenhang, dagegen glaubten einige die Beziehungen von Zahnläsionen zur Alopecie in Übereinstimmung mit Jacquet anerkennen zu können.

Von den Einzelvorträgen aus dem Gebiete der Dermatologie seien die guten Erfolge hervorgehoben, welche Petersen mit **Salvarsan** bei der Blastomykose erzielte, Degrais betonte die günstige Einwirkung des Radiums auf Hyperkeratosen, Tomkinson lobt nach vorangegangenem Auflegen eines 5%igen Salizyl-Kreosotpflasters beim Lupus die Röntgenbehandlung, Max Joseph und L. Kaufmann empfehlen das **Sulfoform** speziell bei der Alopecia seborrhoica.

Die **Vakzinebehandlung** der Hautkrankheiten steht nach dem Berichte von Gilchrist noch nicht über allen Zweifel gefestigt da, auch Whitfield, Janovsky und Nakano halten mit ihrem Urteil noch zurück.

Das größte Interesse erregte natürlich wieder die Syphilisbehandlung mit **Salvarsan**, und hier war es wiederum Ehrlich an erster Stelle, der die größte Begeisterung erweckte; in der englischen Armee hat sich Salvarsan nach dem Berichte von Gibbard und Harrison gut eingebürgert. Man gibt gewöhnlich zwei Injektionen à 0,6 und drei intramuskuläre Hg-Injektionen im Verlaufe von etwa 10 Wochen. In der französischen Armee ist dagegen nach Vennins Bericht die Quecksilberbehandlung an erster Stelle angewandt, das Salvarsan werde nur in ganz bestimmten Fällen herangezogen. Wassermann dagegen glaubt, daß die Salvarsanbehandlung vor dem Quecksilber den großen Vorzug habe, in der Frühperiode das Serumphänomen definitiv beseitigen zu können. Nur Eliasberg und Levy-Bing verhalten sich der Abortivbehandlung gegenüber ablehnend. Von verschiedenen Seiten wurde die intravenöse Injektion von konzentrierten Neosalvarsanlösungen sehr günstig beurteilt.

Auch das Diskussionsthema, die **Syphilis** als Staatsgefahr und die Frage der Staatskontrolle, für welche Blaschko, Finger, French, Gaucher und Gougerot als Referenten bestellt waren, gab zu interessanten Bemerkungen Anlaß, welche im wesentlichen auf eine gänzliche Umänderung der polizeilichen Reglementierung abzielen.

J.

VI. Vermischtes.

Von Carl Bruck (Bauers Beitr. zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung. L. H. 3. Würzburg 1913) ist eine ausgezeichnete Übersicht über den Einfluß der Anaphylaxieforschung auf Dermatologie und Venerologie erschienen, die wir unseren Spezialkollegen zum eingehenden Studium auf das wärmste empfehlen.

VII. Personalien.

Am 5. Oktober starb im Alter von 46 Jahren der bekannte Urologe Prof. Robert Kutner.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Verr & Comp. in Leipzig.

1913.

Dezember.

Nr. 3.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Wanzen und Schaben als Verbreiter des Lepraerregers, von Privatdozent A. Paldrock. 2) Ein Fall von abnormer Verfärbung der Kopfhaare unbekanntem Ursprungs, von Dr. Karl Rühl. (Schluß.)

II. Übersichtsreferat. Die neuen Behandlungsmethoden der Geschwülste der Harnblase und der Vorsteherdrüse. Sammelbericht von Goldberg.

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Die Pathogenese der Lichtentzündung der Haut, von A. Jeslonek. 2) Essai sur l'autohématothérapie dans quelques dermatoses, par Ravaut. 3) Neuere über Beziehungen von Augenleiden zu Hauterkrankungen, von Gilbert. 4) Über „Trivalin locale“, von A. Glück. 5) Über Noviform, von O. Frese. 6) Ärztliche Kosmetik der Haut. I. Fortbildungsvorträge, von Kromayer. 7) Glättolin als Ursache einer hartnäckigen Dermatitis colli, von Kohn. 8) Testikulin in der Praxis der Dermatologie und Urologie, von P. Scharff. — Entzündliche Dermatosen. 9) Über eine Rollhaarzyste des Menschen nebst Bemerkungen zum Schrotausschlag des Schweines, von E. Hoffmann und Hochstetter. 10) Zur Frage der postfötalen Talgdrüsenneubildungen, von Kyrle. 11) Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodens, von A. Ruete. 12) Lanukomedonen, von Csillag. 13) Der Furunkel und Auftritt und ihre Behandlung mit Furunkulin, von N. Galdonyl. 14) Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre durch den praktischen Arzt, von L. Grünfeld. — Zirkulationsstörungen der Haut. 15) A case of urticaria pigmentosa, by J. Spangenthal. 16) A case of purpura following trauma, by W. J. Oliver. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 17) Über die Brocq'sche Form der atrophierenden Alopecie, von G. Nobl. 18) La morphee en gouttes et le white-spot disease, par Petges. 19) Über Haarbruch, von Herxheimer. — Parasitäre Dermatosen. 20) Klinische, histologische und bakteriologische Beiträge zur Kenntnis von Mycetoma pedis in Japan, von K. Dohl und M. Kolke. 21) Studium der Trichophytien in Japan, von F. Kusunoki. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 22) Tierexperimentelle Untersuchungen über den Nachweis von Tuberkelbazillen bei Tuberkulose, besonders des Gesichts, von C. Stern. 23) Über intravenöse Infusionen von Aurum Kalium cyanatum bei Hauttuberkulose, von H. Walter. 24) I. Di alcuni casi di tubercolosi cutanea curati con il cianuro d'oro e di potassio (Merck), per Pasini. II. Primi risultati della cura del lupus volgare con iniezioni indovenose di cianuro d'oro e di potassio, par D. Favera. 25) Bacillurie et bacillémie hansénienne. Le rein des lepreux, par de Beurmann et Gougerot. 26) L'antileprol dans le traitement de la lèpre, par A. Serra. — Gonorrhoe. 27) Über Fortschritte in der Argentumtherapie bei der Gonorrhoe des Mannes, von E. Rosenfeld. 28) Behandlung der Epididymitis mit Arthigon in Kombination mit Ichthyol, von Saynisch. 29) Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthiginjektionen, von R. Frühwald. 30) Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe, von A. Brandweiner. 31) Über die Behandlung der Gonorrhoe mit dem gonorrhoeischen Sekrete, von F. So und J. Yamamoto. 32) Sur la nature anaphylactique de la conjonctivite blennorragique endogène (métastatique), par D. Michall. — Venerische Helkosen. 33) Phenolkampfer bei Ulcus venereum, von Fr. Horowitz. 34) Phenolkampfer bei Ulcus venereum, von R. Rühl. — Syphilis. 35) Étude sur un nouveau procédé d'injection du néosalvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions, par Ravaut et

Schenkevitsh. 36) Pourquoi l'on doit traiter les paralytiques généraux, par **Audry.** 37) Experimentelle und klinische Studien über Kutireaktion und Anaphylaxie bei Syphilis, von **Nakano.** 38) Untersuchungen über Nojuchis Luetinreaktion, von **H. Boas** und **Chr. Ditlevsen.** 39) Noguchis Luetinreaktion, von **A. Cedererentz.** 40) The treatment of syphilis with salvarsan, by **T. T. W. Gibbard** and **L. W. Harrison.** 41) Über die intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans, von **M. Joseph.** 42) Sur l'emploi des injections intra-musculaires de salvarsan, per **A. Bertarelli.** 43) Nochmals über das Schicksal von Salvarsan im Injektionsorte, von **A. Jakahashi.** 44) Kurze Bemerkungen über Salvarsan respektive Neosalvarsaninjektionen, von **Schreiber.** 45) Some observations on two hundred cases of syphilis treated with salvarsan, by **Bowman.** 46) Beobachtungen an lebenden Spirochäten, von **Meirowsky.** 47) Über den Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung bei Syphilis, von **K. Altmann.** 48) Über ein eigentümliches Beispiel künstlich erzeugter Hautimmunität bei sekundärer Lues, von **Stimpke.**

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Wanzen und Schaben als Verbreiter des Lepraerregers.¹

Von Privatdozent **A. Paldrock.**

Bei mehreren Krankheiten kennen wir Insekten als Vermittler der Erkrankung. So z. B. die Anophelinen bei Malariaerkrankung; *Glossina palpalis* als Überträgerin der verheerenden Schlafkrankheit, welche durch das von Dutton (1903) als Erreger erkannte *Trypanosoma gambiense* hervorgerufen wird; der Überträger des Gelbfiebers ist die Stechmücke *Stegomyia fasciata*, eine Culicide. Als Yersin 1894 den Erreger der Bubonenpest entdeckt hatte, tauchte die Vermutung auf, daß dieser durch Insekten, wie Fliegen, Moskitos und Ameisen verschleppt werden könne.² Vor dem Auftreten der Menschenpestepidemien beobachtet man ein Vorhergehen einer Rattenseuche. Bei den Ratten findet die Pestübertragung vornehmlich durch Flöhe statt und erfolgt die Infektion durch den Kot letzterer. Wenn nämlich der Floh saugen will, klammert er sich mit seinen Krallen fest und krümmt dabei den Leib so, daß sich der After dem Munde nähert. Durch das Pressen beim Beißen und Saugen entleert er ein Tröpfchen flüssigen Kotes, der bei Anwesenheit der Pesterreger das die Bißwunde infizierende Material bildet. In letzter Zeit hat **J. S. Schurupoff**³ auf die zu den Nagetieren gehörenden *Tarbagane* und *Ziesel-Spermophilus guttatus* als besonders gefährliche Pestverbreiter hingewiesen; bei welch letzteren es **J. J. Stepanoff-**

¹ Vortrag, gehalten am 26. September 1913 in der 500. Festsitzung der Naturforschergesellschaft zu Jurjew (Dorpat).

² Reinh. Müller, Arthropoden als Krankheitsüberträger. Münchener medizin. Wochenschrift. 1910. Nr. 46.

³ Centralbl. f. Bakteriologie. LXV. 1912. S. 244.

Grigorjew aufgefallen ist, daß sie eine besondere Läuseart beherbergen; die Übertragung von Milzbrand bei Schafen durch die Laus *Haematopinus* hat Bongert beobachtet; Bertarelli¹ hat die Beteiligung der Fliegen an der Verschleppung von Typhusbazillen nachgewiesen. Die Fliegen saugen infiziertes Bakterienmaterial auf und entleeren virulentes Bakterienmaterial mit den Fäzes, oder sie verschleppen an Füßen, Rüssel und Flügeln anhaftendes Material; sehr wahrscheinlich wird der Erreger der tropischen Framboesia die *Spirochaeta pertenuis* Castellani durch Mücken und Fliegen übertragen.

Mich auf angeführte Daten beschränkend, verweise ich auf die Arbeit Robert Müllers: Die Übertragung von Krankheiten durch Insekten-Therapeutische Berichte der Farbenfabriken vorm. Friedrich Bayer 1912 Nr. 10 und 11, als eine sehr sachliche Abhandlung.

Es lag sehr nahe, auch das Verhältnis der Insekten zur Lepra-Verbreitung näher zu studieren; zumal die II. Internationale Leprakonferenz in Bergen 1909 unter anderem in seinen Resolutionen es als wünschenswert ausgesprochen hat, daß die Möglichkeit einer Lepravermittlung durch Insekten näher untersucht werden soll.²

Während ich meine diesbezüglichen Untersuchungen vornahm, sind mir folgende Arbeiten zu Gesicht gekommen.

E. v. Bassewitz berichtet über einen Fall, bei dem die Übertragung der Lepra nachweisbar durch Krätzmilben erfolgte.³

Im Jahre 1909 fand unter der Leitung Prof. Ehlers eine dänisch-französische Expedition nach den Antillen statt. Im Frühling 1909 begab sich die Expedition aus London nach St. Croix, um den Magensaft von Moskitos, Wanzen, Flöhen und Läusen, welche Lepröse beißen mußten, zu untersuchen. Nur kurze Zeit nach dem Biß konnten Leprabazillen im Magensaft der Insekten nachgewiesen werden.⁴

Nach T. L. Sandes lassen die beträchtliche Anzahl von Leprabazillen in dem infiltrierten oder ulzerierten Haut- und Schleimhautläsionen der Leprösen eine Übertragung der Krankheit durch Fliegen, Mücken, Flöhe, Moskitos usw. möglich erscheinen, doch ist eine solche Infektion stets durch besondere Zufälle bedingt und daher nicht allzu häufig. Da sich bei der *Acanthia lectularia* nach 16 Tagen, nachdem sie an Leprösen saugten, säurefeste Leprabazillen fanden, kann man diese Insekten wohl als besonders gefährliche Übermittler ansehen. Die Krankengeschichte

¹ Centralbl. f. Bakteriologie. LIII. 1910. S. 486.

² Dermatolog. Zeitschrift. 1909. Nr. 10.

³ Münchener med. Wochenschrift. 1907. S. 1981 u. Dermatolog. Jahresbericht. I. 1907. S. 249.

⁴ Leprakonferenz in Bergen. III. 1910.

eines Knaben, der öfters seinen im Leprosorium wohnenden Vater besucht hatte und endlich auf der Stelle, wo ihn dort eine Wanze gebissen hatte, längere Zeit nach dem Bisse einen leprösen Primäraffekt zeigte, soll diese Übertragungsmöglichkeit erläutern.¹

E. C. Long sieht in Flöhen und Wanzen gefährliche Krankheitsvermittler, da dieselben bei dem reichlichen Einsaugen menschlichen Blutes während ihrer Stiche sicher auch von Leprösen zahlreiche Leprabazillen aufnehmen und dieselben leicht auf Nichtlepröse, welche sie bald darauf stechen, noch lebensfähig übertragen. Einen eigentümlichen Beweis hierfür liefert folgende Erkrankungsgeschichte: Ein Eingeborener lebte in einem leprafreien Dorf mit seiner völlig gesunden Familie, besuchte öfters einen Leprösen, welcher 50 Meilen entfernt wohnte, ohne bei demselben zu essen oder zu trinken und nahm keinen Schaden dabei. Nachdem jener aus der Hütte fortgezogen war, brachte dieser (sein Patient) eine Nacht daselbst zu, wurde unglücklicherweise dabei von Wanzen gebissen und erkrankte darauf an Lepra.²

Das Material zu meinen Versuchen lieferten Lepröse des in nächster Nähe unserer Stadt gelegenen Leprosoriums Muhli. Ausgeschnittene Lepraknoten wurden ausgehungerten Wanzen vorgesetzt, welche sich gierig an ersteren vollsogen und nach gewissen Zeitabständen zunächst in Benzin gebracht, um ihre Chitinschicht für die, nach der stattgehabten Alkoholhärtung, vorzunehmende Paraffineinbettung gefügiger zu machen. Bei mikroskopischer Untersuchung der herzustellenden Serienschnitte hoffte ich dann über das Verhalten der Lepraerreger im Darmtraktus der Wanzen aufgeklärt zu werden; zugleich aber hätte auch festgestellt werden können, ob sich nicht die Lepraerreger noch weiter im Körper der Wanzen verbreiten. Beim Herstellen der Schnitte erwiesen sich aber die Wanzen als so harte und feste Massen, daß sie nur abbröckelten, ohne Schnitte zu geben, und dabei aus dem sie umgebenden Paraffin herausgerissen wurden. Daher mußte diese Versuchsordnung geändert werden. Wanzen, die lepröses Material in sich aufgenommen hatten, stach ich mit der Nadel so an, daß sie den Inhalt ihres Verdauungstraktus als kleine Tröpfchen auf daruntergehaltene Deckgläschen entleeren mußten. Teils Tröpfchen wurden mit destilliertem Wasser, teils mit Antiformin, um störende Nebenprodukte zu entfernen, verdünnt und dann in möglichst dünner Schicht über dem ganzen Deckgläschen verteilt. Lufttrockene Deckgläschenpräparate wurden entweder auf der Flamme fixiert und dann nach Baumgarten gefärbt, wobei der Lepraerreger als

¹ Dermatolog. Centralbl. 1912. Nr. 6. S. 179 u. Lepra Bibliothek. XII. 1911. Fasc. 2.

² Dermatolog. Centralbl. 1912. Nr. 6. S. 179 u. Lepra Bibliothek. XII. 1911. Fasc. 2.

ein säurefestes rotes Stäbchen erscheint; oder lufttrockene Deckgläschenpräparate wurden nach Fixieren im Alkohol nach Unnas Thymenviktoriablau-Safraninmethode gefärbt, wobei der Lepraerreger schön blau gefärbt erscheint.

Beide Färbemethoden will ich hier kurz wiedergeben. Die Baumgartensche¹:

1. 5—7 Minuten Färben in Fuchsin (5%ige konzentrierte alkoholische Lösung auf 5 ccm Wasser);
2. Entfärben $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Minute in einem Gemisch von 10 ccm Alkohol und 1 ccm Acid. nitric.;
3. Abspülen in Wasser;
4. Nachfärben in wäßriger Methylenblaulösung 3 Minuten;
5. Abspülen in Wasser;
6. Trocknen, Kanadabalsam.

Auf blauem Grunde erscheinen die Lepraerreger schön rot gefärbt.

Die P. G. Unnasche²: Man bereitet sich eine Thymenviktoriablau-lösung, indem man 2 Tropfen Thymen mit 100 ccm Wasser schüttelt, die Mischung filtriert und darin 1 g Viktoriablau auflöst:

1. Färben mit Thymenviktoriablau 12 Stunden lang bei Zimmertemperatur;
2. in Salpetersäure (30%) 5 Sekunden;
3. in Alcohol absolutus, bis keine Farbe mehr abgeht; Abspülen in Wasser;
4. Färben in 1%igem Safranin 10 Minuten; Abspülen in Wasser;
5. in Salpetersäure (30%) 5 Sekunden;
6. Alkohol; Öl; Kanadabalsam.

Durch diese Färbemethode will Unna entscheiden, ob die im Präparate sich findenden Lepraerreger beim Fixieren noch lebend in den Alkohol gebracht worden sind oder nicht, da die lebenden Lepraerreger sich blau färben; während die damals schon völlig abgestorben gewesenen metachromatisch safranengelbe oder seltener rosa Farbe annehmen.

Erwähnt sei hier, daß ich mich zu Anfang meiner Versuche darüber vergewisserte, daß die Wanze (*Cimex lectularius*), die deutsche Schabe (Prussak, *Blatta germanica*) und die Küchenschabe (*Tarakan*, *Periplaneta orientalis*) von Natur aus keine den Lepraerregern ähnliche, säurefeste Stäbchen beherbergen.

Ausgehungerte Wanzen erhielten exstirpierte Lepraknoten vorgesetzt — sie befanden sich in einem Glaskolben — und wurden nach gewissen Zeitabständen, nachdem sie sich vollgesogen hatten, untersucht.

¹ E. Riecke, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankh. 1912. S. 360.

² Histotechnik der leprösen Haut. Hamburg, L. Voss, 1910. S. 8.

Schon nach 12 Stunden nach der Fütterung fand ich im Darminhalt der Wanzen keine Stäbchenformen des Lepraerregers mehr vor; es waren nur körnig zerfallene, bisweilen stäbchenförmig angeordnete Exemplare noch zu konstatieren.

In den ersten 3 Tagen nach der Fütterung änderte sich das mikroskopische Untersuchungsbild nur in dem Sinne, daß die stäbchenartig angeordneten körnig zerfallenen Lepraerreger immer seltener wurden, um zum Schluß ganz aufzuhören. 10 Tage nach der Fütterung konnten nur noch einige wenige körnig zerfallene und unregelmäßig verstreute Lepraerreger, und nach weiteren 4 Tagen nicht einmal mehr diese nachgewiesen werden.

Hierauf nahm ich gewölbte, aus Zelluloid hergestellte Impfschutzvorrichtungen, legte dieselben auf mit Knoten dicht besetzte Körperstellen vom Leprösen und brachte unter die Wölbung einige 20 ausgehungerte Wanzen, die Ränder des Impfschutzes mit Leukoplast gut an die Körperoberfläche befestigend. Bis zum nächsten Tage hatten sich die Wanzen vollgesogen und gaben das Untersuchungsmaterial ab. Mir scheint, daß diese Art, den Wanzen lepröses Material zuzuführen, weniger zweckentsprechend ist als die vorhin beschriebene, weil die Wanzen neben leprösen Knoten auch noch gesunde Hautstellen zu ihrer Sättigung wählen können, was den Wert der nachfolgenden mikroskopischen Befunde herabsetzt. In Präparaten, welche nach Baumgarten gefärbt wurden, ließen sich nur in den ersten 24 Stunden einige wenige körnig zerfallene Lepraerreger nachweisen; später fanden sich keine mehr. In Präparaten, welche nach Unna gefärbt wurden, konnten auch in den ersten 24 Stunden keine Lepraerreger nachgewiesen werden.

Die hier wiedergegebenen Versuchsergebnisse lassen wohl keine andere Folgerung zu, als daß der Lepraerreger im Verdauungstraktus der Wanze verhältnismäßig schnell einer Auflösung unterworfen wird.

Weitere Versuche stellte ich mit deutschen Schaben, welche mit exstirpierten Lepraknoten gefüttert wurden, an. Die deutsche Schabe saugt nicht nur an dem Futter, sondern nagt es auch an. 24 Stunden nach der Fütterung fanden sich im Darminhalt und auch im ausgeschiedenen Kot nur einige gut erhaltene Stäbchenformen des Lepraerregers, welche, nach Baumgarten gefärbt, schön rot und auch bläulichrot — nach Unna gefärbt, blau und auch orangegelb erschienen. Während die Stäbchen nur vereinzelt und zerstreut im Präparate sich fanden, lagen körnige Zerfallsformen des Lepraerregers, zu Globi angeordnet, in Haufen.

An den weiteren Tagen untersuchte ich nur den Kot von 18 zum Versuch dienenden deutschen Schaben, welche jeden folgenden Tag in

eine frische Behausung gebracht wurden, wozu Glaskolben dienten; so daß man an bestimmten Tagen frisch entleerte Exkremente zur Untersuchung bekam und Fehlerquellen bezüglich der Tage ausgeschlossen erschienen.

Im 3 Tage nach der Fütterung entleerten Kot wurden gut erhaltene Stäbchenformen des Lepraerregers selten gefunden, während körniger Zerfall derselben vorherrscht. Jetzt fanden sich aber auch noch reichlich Kokken und verschiedene sonstige Stäbchen.

8 Tage nach der Fütterung fanden sich im ausgeschiedenen Kot körnig zerfallene und auch nur einige wenige stäbchenförmige Lepraerreger vor; letztere als Globi.

Im Kot, welcher 10 Tage nach der Fütterung ausgeschieden wurde, fanden sich reichlich körnig zerfallene Lepraerreger vor, die, nach Baumgarten gefärbt, rotviolett erschienen; auch fand sich nur ein einziges Stäbchen, das sich gut rot gefärbt hatte.

Im Kot, welcher 14 Tage nach der Fütterung entleert wurde, fanden sich vorherrschend körnig zerfallene Lepraerreger neben gut gefärbten stäbchenförmigen.

Wir sehen also, daß die deutsche Schabe sich gegen den Lepraerreger anders verhält als die Wanze, indem die Lepraerreger in ihrem Verdauungstraktus nur langsam zur Auflösung gebracht werden. Selbst nach 14 Tagen nach dem Genuß von leprösem Material scheiden die deutschen Schaben noch wohlerhaltene stäbchenförmige Lepraerreger mit ihrem Kote aus.

Eine Küchenschabe erhielt nach einer Hungerpause lepröses Material als Futter, welches sie gierig verspeiste. An den nächstfolgenden Tagen schied sie mit dem Kote stäbchenförmige und körnig zerfallene Lepraerreger aus; nach 14 Tagen fanden sich im entleerten Kote noch reichlich schön gefärbte Stäbchen neben körnig zerfallenen.

Die Ergebnisse obiger Versuche zusammenfassend, komme ich zu folgenden Schlüssen: Die in den Verdauungstraktus gelangten stäbchenförmigen Lepraerreger werden von den Wanzen schon in 12 Stunden in körnig zerfallene Formen übergeführt; von deutschen und Küchenschaben aber nicht alle im Verlauf von 14 Tagen; letztere scheiden in dieser Zeit neben körnig zerfallenen auch noch wohlerhaltene stäbchenförmige Exemplare mit ihrem Kote aus. Zurzeit ist es uns noch unbekannt, welche von beiden Formen, die stäbchenförmigen oder die körnig zerfallenen Lepraerreger, die größere Rolle bei der Verbreitung der Lepra spielen. Sollten es die stäbchenförmigen sein, so sind obige Schabenarten gefährlichere Verbreiter der Lepra als die Wanzen. Die Möglichkeit eines Verstreutwerdens der körnig zerfallenen Formen des Lepraerregers durch Wanzen, und der stäbchenförmigen sowie auch körnig zerfallenen durch deutsche und Küchenschaben halte ich für erwiesen.

2. Ein Fall von abnormer Verfärbung der Kopfhare unbekanntem Ursprungs.

Von Dr. Karl Bühl,

Oberassistent der venereolog. und dermatolog. Abteilung
der Allgemeinen Poliklinik und des städt. Ambulatoriums
für Geschlechtskrankheiten in Turin.

(Schluß.)

Die alkoholische Lösung erzeugt beim Eingießen in destilliertes Wasser eine starke milchige Trübung, die durch bloßes Kochen nicht verschwindet, auch unverändert durchs Filter geht. Nachdem der Alkohol durch Kochen verjagt ist, kann die Flüssigkeit durch Schütteln mit Chloroform geklärt werden; die die Trübung hervorrufenden Teilchen sind also in Chloroform löslich. Die durch ein nasses Filter vom Chloroform getrennte wäßrige Lösung II¹ ist gelblich und wird bei Zusatz von einem Tropfen Salzsäure rosarot, verhält sich also wie die direkt hergestellte wäßrige Lösung. Ein weiter zugesetzter Tropfen Salpetersäure entfärbt die Flüssigkeit nach einigem Stehen bei Zimmertemperatur. Die Farbe wird durch metallisches Zink (naszierender Wasserstoff) nicht wieder hergestellt.²

Die wäßrige Lösung II erzeugt beim Kochen mit Fehlingscher Lösung keinen roten Niederschlag von Kupferoxydul, auch nicht, wenn man sie vorher mit Salzsäure längere Zeit gekocht hat, enthält also keine zucker- oder glykosidartigen Stoffe.

Die wäßrige Lösung II kann längere Zeit mit Ätznatronlauge gekocht werden, ohne daß der Farbstoff zerstört wird, denn nach dem Ansäuern mit Salzsäure wird er wieder rosarot wie vorher.

Die rosarote Farbe der sauren Lösung wird durch Jod (in Jodkalium gelöst) nicht zerstört, sondern kommt, nachdem das Jod durch Ausschütteln mit Chloroform entfernt ist, wieder unverändert zum Vorschein.

Die wäßrige Lösung II mit Eisenchlorid (FeCl_3) und Ammoniak versetzt, färbt sich, nachdem das ausgeschiedene Eisenhydroxyd abfiltriert ist, beim Ansäuern wieder rosarot. Der Farbstoff bildet also mit Eisenhydroxyd (welches auch die gewöhnlich braunrote Farbe behält) keinen unlöslichen Farblack.

Der Farbstoff wird in saurer Lösung durch Kaliumpermanganat sehr schnell entfärbt.

25,067 g der filtrierten alkoholischen Lösung hinterlassen auf dem

¹ Unter „wäßriger Lösung II“ ist im folgenden stets die aus der alkoholischen Lösung durch Eingießen in Wasser erhaltene und durch Chloroform geklärte zu verstehen.

² Wenn die Salpetersäure durch eine nicht bis zur Zerstörung des Moleküls fortschreitende Oxydation die Entfärbung bewirkt hätte, so wäre es immerhin möglich gewesen, die Farbe durch naszierenden Wasserstoff wiederherzustellen. Da aber der Farbstoff durch naszierenden Wasserstoff selbst entfärbt wird, so hätte er in diesem Falle nur vorübergehend zum Vorschein kommen können, da ihn ja der überschüssige Wasserstoff sofort wieder entfärbt haben würde. Es scheint also, daß auch durch HNO_3 (Oxydation) der Farbstoff weitergehend zersetzt wird, so daß er durch Reduktion $\text{Zn} + \text{Cl}$ nicht wieder hergestellt werden kann.

Wasserbade 0,0218 g Rückstand (= 0,087%), von der Farbe des rohen Bienenwachses, geschmolzen, in Tropfen erstarrt.

Der Rückstand löst sich ziemlich klar in wenig Alkohol, gibt beim Eingießen in Wasser starke Trübung. Beim Wegkochen des Alkohols schäumt die Flüssigkeit stark. Beim Schütteln mit Chloroform wird die Flüssigkeit nicht klar, sondern noch bedeutend trüber und klärt sich erst nach mehrtägigem Stehen durch Absetzen so weit, daß sie filtriert werden kann und eine ziemlich klare Lösung liefert. Das an der Luft getrocknete Filter wird mit Chloroform ausgezogen, welches beim Verdunsten (auf dem Wasserbade und dann noch 24 Stunden im Exsikkator) 0,0102 g Rückstand (= 0,041% der alkoholischen Lösung = 46,79% des Gesamtrückstandes der alkoholischen Lösung) hinterläßt. Der Rückstand ist gelblich, fettähnlich, bei der Temperatur des Wasserbades schmelzbar. Beim Erhitzen verbrennt die Masse unter Schwärzung mit heller Flamme, und mit nicht unangenehmem Geruch, der an verbranntes Fett erinnert. Die Asche ist unwägbare.

Die aus obigen 25,067 g alkoholischer Lösung erhaltene wäßrige Lösung hinterläßt auf dem Wasserbade 0,0131 g Rückstand (= 0,052% der alkoholischen Lösung) von gelblicher Farbe, der sich ebenso verhält wie der aus der direkt wäßrigen Lösung erhaltene.

Mit den frischen Haaren mehrere Tage in Berührung gelassenes Chloroform bleibt völlig farblos und hinterläßt beim Verdunsten eine fast weiße, fettähnliche Substanz, die unter 100° C schmilzt und durch Kochen mit Natronlauge völlig verseifbar ist. Die vollkommen klare Seifenlösung wird durch Salzsäure stark getrübt (ausgeschiedene Fettsäuren).

Die mit Chloroform entfetteten Haare färben darauf gegossenen Alkohol ebenso lebhaft grünlich gelb wie die ursprünglichen frischen Haare.

Erwähnt sei noch, daß in dem wäßrigen Auszuge aus den frischen Haaren auch bei längerem Stehen in verkorktem Glase keine Schimmelbildung eintrat.

Die geringe Menge der durch Wasser und durch Alkohol extrahierbaren Substanz, sowie auch die Beschränktheit der chemischen Hilfsmittel, die mir zur Verfügung standen, erlaubten natürlich keine genaue Identifizierung des Farbstoffes; auch konnte nicht annähernd ermittelt werden, zu welcher Körperklasse der Stoff gehört. Man kann jedoch auf Grund obiger chemischer Ergebnisse ausschließen, daß die Verfärbung der Haare auf Kupfersulfat oder auf Schwefel zurückzuführen sei. Bemerkenswert ist der anscheinend hohe Gehalt des wäßrigen Auszuges an Magnesium.

In frischem Zustande in etwas Glycerin oder Wasser unter dem Mikroskop untersucht, zeigten die Haare, d. h. die Haarschäfte eine völlig gleichmäßige Verteilung des grünlich-gelben Farbstoffes; nur bei einigen sah man in der Mitte eine zentrale längliche longitudinale dunklere d. h. bräunliche Zone, welche offenbar dem Mark entsprach. Bemerkenswert war die Tatsache, daß die Haare, die in destilliertem Wasser bzw. Alkohol gelegen und, wie wir oben sahen, diesen Flüssigkeiten einen Teil des Farbstoffes abgetreten hatten, unter dem Mikroskop dieselbe grünlich-gelbe Farbe aufwiesen, wie die frischen Haare: der Farbstoff bildete also nicht etwa eine äußerliche Schicht, eine externe Anlagerung, sondern es war der ganze Haarschaft damit durchdrungen.

Da von bakteriologischen und genaueren histologischen Untersuchungen bei den nicht aseptisch und ohne Wurzel entnommenen d. h. einfach abge-

schnittenen Haaren keine Rede sein konnte, behielt ich mir damals vor, daß zu derartigen Recherchen geeignete Material bei dem von Patienten mir versprochenen Besuche zu entnehmen.

Es wäre ja gerade besonders interessant gewesen, festzustellen, bis wo sich die abnorme Färbung ausdehnte, ob es sich nicht eventuell um eine abnorme Verfärbung des Talges oder um eine Pilzkrankheit der Talgdrüsen handelte.

Ich habe aber leider auf den Besuch des Patienten vergebens gewartet, und meine Untersuchungen mußten auf die wenigen oben beschriebenen beschränkt bleiben.

Erst als ich im August desselben Jahres bei meiner Ferienreise nach dem Hochgebirge einige Stunden in Donnaz verweilte, hatte ich zufälligerweise Gelegenheit, den Patienten auf der Straße zu sehen; ich hatte aber kein Instrumentarium zur Entnahme und Aufbewahrung von Untersuchungsmaterial bei mir und mein Aufenthalt war auch ein zu kurzer, als daß ich die nötigen Vorrichtungen dazu hätte treffen können. Bei dieser Gelegenheit konnte ich beobachten, daß auf dem seit kurzer Zeit kurzgeschorenem Kopfe des Patienten die neu heranwachsenden Haare zwar wieder eine grünlich-gelbe Nuance aufwiesen, diese aber nicht mehr so ausgesprochen war.

Ich habe später von Herrn Dr. Peyretti erfahren, daß die Haare nach und nach wieder die abnorme Farbe verloren haben und nach ungefähr einem Jahr keine Spur von derselben mehr zu beobachten war.

Ich habe einen Teil der Haare bis heute in einem geschlossenen Fläschchen trocken aufbewahrt; bei denselben ist noch heute die grünlich-gelbe Farbe deutlich zu erkennen; vielleicht ist, wenn mich mein Gedächtnis nach 3 Jahren nicht täuscht, der grünliche Ton etwas abgeschwächt.

Bemerken möchte ich noch, daß mir von Herrn Dr. Peyretti mitgeteilt wurde, er habe einmal auf dem Markte in Pont St. Martin (eine Ortschaft in der Nähe von Donnaz) einen Mann mit ähnlich grünlich-gelb gefärbten Haaren gesehen und erfahren, er sei in einem Dorfe des Gressoney-Tales wohnhaft, es sei ihm aber nicht gelungen, denselben dazu zu veranlassen, nach Turin (auf meine Kosten) zu reisen und sich mir vorzustellen.

II. Übersichtsreferat.

Die neuen Behandlungsmethoden der Geschwülste der Harnblase und der Vorsteherdrüse.

Sammelbericht von Goldberg-Wildungen.

Strahlenwirkung und Diathermie scheinen auf der Urologie neue Wege weisen zu wollen.

Eine Röntgentiefentherapie ist bisher in die Behandlung der Harnleiden nicht eingeführt. Über die Wirkung der Gammastrahlen des Radiums auf Erkrankungen der Harnorgane liegen erst von zwei Seiten, von Pasteau und Degrais-Paris und von Schüller-Wien Berichte vor. Wir werden uns am Schluß unserer heutigen Übersicht mit denselben beschäftigen. Dagegen sind die Wirkungen hochfrequenter elektrischer Ströme in den letzten 3 Jahren von vielen Ärzten, insbesondere in Amerika zur Behandlung von Blasengeschwülsten und anderen urologischen Erkrankungen verwertet worden.

Edwin Beer (1, 2, 3, 4) war wohl der erste unter ihnen. Von dem Gedanken geleitet, daß die intravesikale Operation der Blasengeschwülste der transperitonealen und der transvesikalen Schnittmethode zwar weit überlegen, aber technisch und instrumentell zu kompliziert und zu schwierig sei, unternahm er Versuche über die Verwendbarkeit der Fulguration in einem mit Wasser gefüllten Medium. Er kam dann aber dazu, die wirksame Elektrode nicht, wie bei der Fulguration, in die Nähe, sondern in Kontakt mit der Geschwulst zu bringen, und fand hierin, in dem Fehlen eines Luftzwischenraums zwischen Elektrode und Gewebe, einen wichtigen Unterschied gegenüber der Fulguration, bei der man ja Funken überspringen läßt. Der Strom wird mittels eines Oudinresonators dem Wechselstrom der Leitung entnommen, und mittels einer gut isolierten Kupferelektrode durch den Kanal eines Ureterenkystoskops unter Leitung des Auges an die Geschwulst in der Blase herangebracht. Die Blase ist mit destilliertem Wasser gefüllt. B. läßt nun die Elektrode 15—30 Sekunden an einer Stelle aufreffen; in ihrem Bereich wird nach Einschaltung des Stromes das Gewebe nekrotisch; daneben können noch 6 bis 10 Stellen verschorft werden, so daß man 3 bis 5 Minuten Sitzungsdauer nicht überschreitet. Nachdem der Kranke die nekrotischen Massen ausuriniert hat, kann man das Verfahren, im allgemeinen nach 5 bis 10 Tagen, wiederholen. Eine Sammelforschung, die er jüngst anstellte, ergab, daß in Amerika bereits 200 Fälle, mit günstigen augenblicklichen und endgültigen Erfolgen, von verschiedenen Chirurgen nach seiner Methode behandelt worden sind.

Geben wir einigen selbst das Wort.

Judd(5)-Rochester hat 17 Blasengeschwülste mit Fulguration nach B. behandelt, und hält sie für eine nützliche Ergänzung der Operationen, insbesondere bei Rezidivpapillomen, von denen er elf so beseitigen konnte.

Binnay-Boston(6) hat gleichfalls Papillome, die nach Sectio alta multipel und wiederholt rückfällig geworden waren, durch Hochfrequenzstrom endgültig geheilt. Er schließt aus seinen Erfahrungen, daß die Behandlung bei oberflächlichen und nicht infiltrierte Tumoren vorzügliche Erfolge gebe, daß sie gefahrlos sei, abgesehen von Blutungen, und daß sie Rezidive verhüte.

Carthy-Neuyork(7) kommt aus einer reichen Erfahrung über sämtliche Behandlungsarten der Blasengeschwülste zu folgenden Schlüssen: 1. Die Oudinbehandlung ist für kleine und mittelgroße, isolierte und multiple, leicht zugängliche und dem Anschein nach gutartige Geschwülste empfehlenswert. 2. Hilft sie nicht schnell, so soll man sie nicht fortsetzen. 3., 4. Bei Blutungen, und bei dunklem Arbeitsfeld ist sie unexakt und gefahrvoll. 5. Ausgebreitete multiple Papillomatosis soll man durch Zystostomie für die Funkenanwendung freilegen. 6. Die Methode scheint berufen, große Dienste zu leisten.

Watson(8) hält die Beersche Methode für die beste Therapie der benignen Tumoren der Harnblase.

Harpster(9) hat einen Urethralpolypen, ein solitäres Papillom und ein stark blutendes Papillom am Collum mit bestem Erfolg fulguriert.

Die Beersche Technik, unipolare Verschorfung, hat von den europäischen Ärzten Bacharach(10, 11, 12), auf Zuckerkanals Klinik beibehalten. Er behandelte — bis Mitte 1913 — 20 Blasengeschwülste. Allmählich ist er dazu übergegangen, 6 bis 8 Schorfe in eine Sitzung zu setzen, also bis zu 8×30 Sekunden zu koagulieren; man müsse sich nur hüten, länger als 30 Sekunden eine Stelle zu treffen. Von großen Geschwülsten trägt er vorher mit der Schlinge ein Stück ab. Seine Erfolge sind gute. Insbesondere ist es ihm gelungen, drei Implantationsmetastasen nach Sectio alta, also Rezidive von klinisch bösartigem Charakter, zu heilen; bisher ist das Rezidiv schon 1 Jahr ausgeblieben.

Casper(13) hat gegen die Beersche Operation schwere Bedenken; er fürchtet, mit der Spitze der Elektrode, die mit dem Beginn des Brennens sich dem Auge des Operateurs entzieht, die Blase zu durchbohren.

Um diese Gefahr zu vermeiden, haben Kutner, Bucky, E. R. W. Frank Legueu eine andere Art Hochfrequenzstrom, die Diathermie an Stelle der Fulguration der Blasen Chirurgie dienstbar gemacht.

Die Thermopenetration arbeitet ebenso wie der Oudinresonator mit sehr hohen Schwingungszahlen, hat aber eine weit geringere Spannung (300 Volt statt 10000 Volt); es springen keine Funken über, sondern es entsteht nur Wärme im Stromkreis; durch Verringerung des Stromquerschnitts kann diese Wärme an jeder Stelle des Stromkreises bis zur Kochhitze gesteigert werden; somit wird hier das Gewebe koaguliert, gekocht, aber nicht gebrannt. Die Applikation erfolgt bipolar. Störungen, wie elektrische Schläge, Durchbrennen der Elektrode durch Kurzschluß sollen nicht vorkommen; die Möglichkeit vorgängiger Stromeinstellung an Fleischstückchen nach Zeit und Milliampère schließt die Gefahr einer übermäßigen Tiefenwirkung aus.

Geeignete Thermopenetrationsmaschinen wurden bisher gebaut von Reiniger, Gelbert & Schall(14), Siemens & Halske(15) und Louis & H. Löwenstein(16).

Kutner(17) füllt die Blase mit Kochsalzlösung. Er hat ein für die Führung der Blasen elektrode besonders geeignetes Operationskystoskop konstruiert; er hatte damit bis Ende 1912 8 Blasengeschwülste diathermisch beseitigt. Die koagulierten Geschwulststücke trägt er mit der Schlinge ab; dadurch wird die sonst Monate dauernde Behandlung abgekürzt. Kaustische Schlingen und Diatherm konkurrieren nicht miteinander, sondern ergänzen sich; für den einen Fall ist die alte, für den anderen die neue Methode die beste.

Bucky(18) gibt eine lichtvolle Darstellung der elektrotechnischen Grundlagen der Diathermie; E. R. W. Frank(19, 20) hat der Blasen elektrode Messerform gegeben und mit dem Buckyschen Diatherm bis Februar 1913 bereits 6 Blasengeschwülste erfolgreich behandelt; auf dem IV. Urologenkongreß teilte er weitere Erfahrungen mit. Lohnstein(21) und Wossidlo(22) haben ebenfalls mit dem Hochfrequenzstrom Blasengeschwülste behandelt. Wichtig sind die Mitteilungen von Legueu(23), dem Nachfolger von Guyon und Albarran; er hat seit 10 Monaten 10 Patienten so behandelt; bei fünf multiplen, nach Zystotomie rezidivierten Papillomatosen konnte er die Blutungen heilen; 5 Tumoren beseitigte er radikal und endgültig in 5, 5, 4, 6, 3 Sitzungen. Er zieht den bipolaren Diatherm der unipolaren Fulguration vor. Große

Geschwülste soll man unter Leitung des Auges breit abtragen; für kleine und mittlere Geschwülste bedeutet die Methode einen außerordentlichen Fortschritt der endovesikalen Technik.

Ob „die intravesikale Behandlung der Blasenpapillome durch Elektrolyse“ wie sie Oppenheimer(24) vorschlägt, der Diathermie gleichwertig ist, dürfte doch noch zu beweisen sein. O. füllt die Blase mit $\frac{1}{4000}$ Hydrargyr. oxycyanat., führt durch ein Ureterenkystoskop eine 6 bis 10 Charrière dicke Elektrode mit 1 bis 5 mm langen Metallenden in die Geschwulst und läßt einen Strom von 25 bis 40 M.-A. ein; man drückt nun an verschiedenen Stellen die Elektrode in oder auf die Geschwulst. Aufsteigende Gasblasen bedecken bald wie Eisblumen die roterleuchtete Geschwulst; man muß dann neu füllen oder enden. Die nachher vom Patienten ausurinierten Gewebstückchen sind nekrotisch, ohne histologische Struktur. Die Elektrolyse sei technisch einfacher, mit dünnen Ureterenkystoskopen möglich, ohne starke Blutung und ohne Schmerz durchführbar, ungefährlich selbst bei direkter Applikation auf dem Geschwulstgrund in der Schleimhaut. Allerdings erforderte die Beseitigung eines großen Papilloms 19 Sitzungen.

Die Anwendung der bisher lediglich in ihrer vesikalen Verwertung besprochenen Elektrokoagulation in der Urethra wird von Bacharach(11), Wossidlo(22), Lohnstein(21) inauguriert.

Bacharach bringt zum Beweis für die Möglichkeit der endourethralen Elektrokoagulation folgende Fälle: 1. 38 jähr. Mann, seit 10 Jahren urethrale Parästhesie und Pollakiurie, nie Gonorrhoe. Urethroskopie: Hypertrophie und zarter Polyp am Colliculus seminalis. 10 Sekunden Bestrahlung mit dem Kabel des Hochfrequenzstroms; nach 14 Tagen Colliculus normal groß, mit Delle; Patient seitdem geheilt. 2. 30 jähr. Frau. Prolapsus recti; Incontinentia urinae. Miculicische Resektion; darnach Nässen verschlimmert. Urethroskopie: rechts und links Polypen am Sphincter internus, durch 5 Sekunden Bestrahlung beseitigt; Inkontinenz nicht geheilt. — Auf Grund weiterer Erfahrungen schließt Bacharach, daß es „immerhin feststehe, daß der Hochfrequenzstrom ebenso für die endourethrale Behandlung geeignet ist als für endovesikale“. Ebenso weist Frank (l. c.) darauf hin, „daß sich operative Eingriffe in die Harnröhre, und ganz besonders im prostatiscen Teile derselben, unter Kontrolle des Auges mit Hilfe von Hochfrequenzströmen weit einfacher und besser als auf galvanokaustischem Wege ausführen lassen“.

Trotzdem Wossidlo und Lohnstein gleichfalls der endourethralen Elektrokoagulation das Wort reden, möchte ich dieselbe höchstens gelten lassen für hochgradige anatomische und an sich krank machende Veränderungen; denn bei der Kleinheit des Stromwirkungskreises und bei der Nähe hochwichtiger gesunder Organgewebe gerade in der Urethra prostatica muß ein so großer und unsichtbarer Tiefenwirkung fähiges therapeutisches Agens, wie die diathermische Elektrokoagulation es ist, allzuleicht geradezu deletär im Gesunden wirken. Unverständlich ist mir die Empfehlung einer solchen Behandlung für sexuelle Neurasthenie! Eigentliche Diathermie, d. h. weitverteilte, gleichmäßig durch die Gewebe der Urogenitalorgane gesandte Innenwärme, bei welcher beide Elektroden breit und gleich groß aufliegen, wird sicherlich auch chronische Urethral- und Prostatinfiltrate gut beeinflussen; herüber berichten auch nicht spezialistische Ärzte Gutes. Diese, wie ich sie nennen möchte, interne Diathermie möchte ich ausdrücklich von meinem Einspruch ausgenommen wissen.

Während aber hier Krankheitszustände in Frage kommen, gegen die man auch bisher schon mancherlei andere Mittel und Methoden mit mehr oder minder Erfolg ins Feld geführt hat, wendet sich die Radiumtherapie gegen Blasen- und Vorsteherdrüsenkrankheiten, welchen wir bisher vollkommen machtlos gegenüberstanden. Die Ergebnisse der Radikaloperationen der bösartigen Geschwülste dieser Region sind traurige; darüber ist nicht zu streiten. Um so freudiger müssen wir daher die Radiumtherapie begrüßen; denn daß sie glänzende palliative Erfolge bei Prostatakarzinom erzielt, ist nach den Berichten von Pasteau und Degrais nicht zu bezweifeln.

Schüller (24) hat 124 Krebse, darunter eine Anzahl in der Blase und Vorsteherdrüse, mit Radium und Mesothorium bestrahlt. In einem immerhin beträchtlichen Prozentsatz der urologischen Fälle eröffnet sich die Aussicht, die Beschwerden des Kranken zu mildern, eine wirkliche Besserung, ja selbst zeitweilige Heilung herbeizuführen. Schüller warnt jedoch davor, in der Hoffnung auf Heilung durch Radium eine radikale Operation zu unterlassen.

Seine Technik ergibt sich, abgesehen von seinen eigenen Mitteilungen und Demonstrationen auf dem Wiener Naturforschertag und dem Berliner Urologenkongreß, aus dem Katalog über Instrumente zur Radiumtherapie, konstruiert von Josef Leiter-Wien (29). Das Instrument für die Harnröhre besteht aus Nickelinspirale, peripherer Olive, Radiumträger, zentraler Olive, Bougie filiform; diese Teile sind in der angegebenen Richtung miteinander verbunden; der zwischen den zwei Oliven befindliche röhrenförmige Träger kommt an die Stelle der Erkrankung. Das Schüllersche Radiuminstrument für die Prostatabestrahlung ist nach Art eines Lithotriptors konstruiert; die männliche gefenstertere Branche nimmt den entsprechend geformten Radiumträger auf; die weibliche rückwärtige Branche fixiert nach Anziehen der Schraube den Träger, dem prostatawärts Silberfilter vorgesetzt werden können. Für die Blase hat Schüller ein Radiumkystoskop und einen Radiumkatheter angegeben, ein Metallkatheter, in welchem neben einem Kystoskop das Radiumträgerrohr läuft. Mit einer Metallspange kann der Radiumträger von außen her aufgerichtet und in das Rohr zurückgezogen werden; auch können fast alle Stellen der Blase bestrahlt werden. Details der sinnreichen Konstruktion sind ohne Abbildungen nicht klarzumachen.

Die Pasteau-Degrais'sche (26, 27, 28) Instrumentation ist einfacher. Ein Mercierkatheter mit einem Auge in dem zentralen Winkelstück wird so weit in die Blase eingeführt, daß eben noch Harn abtropft; alsdann liegt das Ende des geraden langen Katheterarms gerade in der Urethra prostatica; an dieser Stelle ist an den Metallfaden, der den Katheter bis nach außen durchläuft, das Radiumträgersröhrchen fixiert. Das Kathetermaterial kann auch so gewählt werden, daß damit die gerade gewünschte Filterung der Radiumstrahlen erzielt wird. Pasteau und Degrais wenden $\frac{5}{10}$ und $\frac{3}{10}$ mm Silber-röhrchen mit 2 oder 4 oder 5 cg Radiumelement je nach Lage des Falles an. Beginnende Prostatakarzinome werden am besten beeinflusst, vorgeschrittene, auch bereits metastatische, in Schranken gehalten. Die Harnröhre muß mindestens 18—20 Charrière weit sein, damit das Instrument leicht und ohne Blutung eingehen und 2—4 Stunden liegen kann. Strengste Antisepsis und Asepsis ist unerlässlich, Anästhesie nicht ratsam.

Bei der Einführung des Radiumkatheters muß die Blase gefüllt sein. Während ihr Inhalt abfließt, zieht man den Katheter langsam so weit zurück, daß gerade das Tropfen aufhört; nach der nunmehr bekannten Lage des

Katheterauges kann man das Radiumröhrchen auf Blasenhal, Mittellappen, prostatistische Harnröhre einstellen. Pasteau und Degrais bestrahlen mit 2—5 cg 3 Stunden lang alle 4—6 Tage; nach 6 Sitzungen 4 Wochen Pause. Nach jeder Bestrahlung tritt eine allgemeine und eine örtliche Reaktion auf. Die Patienten werden nach einigen Stunden oder später matt, müde, zer schlagen, und bleiben es zuweilen 2—3 Tage. In der Prostata fühlen sie während der Bestrahlung Wärme oder Jucken oder Beißen, fast nie Schmerz, nach der Sitzung dagegen tritt regelmäßig für einige Stunden ein unangenehmer Reiz in der Blasen-, Damm- und Aftergegend auf, ferner Sphinkterenspasmus, Pollakiurie, Dysurie, sehr selten Blutung aus Harnröhre und Blase; diese letztere hat aber mit dem Radium nichts zu tun. 2 mal wurden reichliche Eiterbrocken abgesetzt, die aspiriert werden mußten.

Pasteau und Degrais haben nach dieser Methodik seit 4 Jahren 15 Patienten mit Prostatakarzinom bestrahlt. Da Pasteau in der Urologie ebenso bewährt ist, wie Degrais in der Radiologie, so dürfen ihre Schlußfolgerungen das allergrößte Interesse beanspruchen. Dieselben lauten wörtlich:

„Das Radium hat auf das Prostatakarzinom eine bestimmte Einwirkung. Man kann das Radium anwenden, indem man es in die Drüse einführt: 1. nach Eröffnung der Bedeckungen auf dem üblichen Wege durch Damm oder Harnblase hindurch; 2. ohne Operation auf dem natürlichen Wege, durch das Rektum oder besonders durch die Harnröhre hindurch, wobei man mitten in die Geschwulst hineinkommt. Diese Behandlung ist imstande, eine vorher inoperable Prostata so zu verkleinern, daß eine gefahrlose Prostatektomie möglich wird. In anderen Fällen kann sie die Blutungen beseitigen, ja manchmal die Geschwulst und geschwollenen Drüsenmassen gänzlich zum Schwinden bringen.

Literatur.

1. E. Beer, Journ. of the Amer. Med. Association. 1910. 28. Mai. — 2. Derselbe, Centralblatt f. Chirurgie. 1910. Nr. 34. — 3. Derselbe, Annals of Surgery. 1911. Aug. — 4. Derselbe, Berliner urolog. Gesellschaft, 1. Okt. 1912; Zeitschrift f. Urologie. 1912. S. 1008. — 5. Judd, Journ. of the Amer. Med. Association. 1912. 16. Nov. — 6. Binney, Boston Med. and Surg. Journ. 1913. 27. Febr. — 7. Carthy, New York Med. Journ. 1912. 7. Sept. — 8. Watson, The Urolog. and Cutan. Review. 1913. 2. Febr. — 9. Harpster, American Journ. of Surgery. 1913. — 10. Bacharach, Wiener med. Wochenschrift. 1912. Nr. 31. — 11. Derselbe, Folia urologica. VII. 1913. H. 11. — 12. Derselbe, 4. Kongreß der Deutschen urolog. Gesellschaft Berlin. — 13. Casper, Diskussion zu 4., Berliner urolog. Gesellschaft, 1. Okt. 1912. — 14. Reiniger, Gebbert & Schall, Prospekt: Kutners Elektrokoagulation der Blasen geschwülste mittels Hochfrequenzstrom. — 15. Siemens & Halske, Katalog Nr. 52. 1. u. 7. Teil. — 16. Louis & H. Löwenstein, Katalog Nr. 48. — 17. Kutner, Diskussion zu 4. (s. auch 14). 1912. Okt. — 18. Bucky, Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 7. — 19. E. K. W. Frank, Ebenda. — 20. Derselbe, 4. Kongreß der Deutschen urologischen Gesellschaft. Berlin 1913. — 21. Lohnstein, Ebenda. — 22. Wossidlo, Ebenda. — 23. Legueu, Archives urologiques de la clinique de Necker. 1913. 2. Juni. — 24. H. Schüller, Über Radiumbehandlung in der Chirurgie und Urologie. 85. Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte, Debatte über Radium und Karzinom. Wien 1913. 25. Okt. — 25. Derselbe, Radium und Mesothoriumtherapie in der Urologie. IV. Deutscher Urologenkongreß. Berlin 1913. 1. Okt. — 26. Pasteau et Degrais, De l'emploi du radium dans le traitement des cancers de la prostate. Journ. d'urologie. 1913. Sept. S. 341. — 27. Pasteau, Wickham et Degrais, Traitement du cancer de la prostate par le radium. 2. Internationale Konferenz für Krebsforschung. Paris 1910. — 28. Pasteau, Degrais et Bellot, Modifications cliniques et histologiques d'une tumeur de la prostate sous l'influence du radium. Assoc. française pour l'étude du cancer. 1913. Juli. — 29. J. Leiter, Instrumente zur Radiumtherapie. Wien 1913. — 30. Kutner, Zeitschrift f. ärztl. Fortbildung. 1913. Nr. 9; ref. Dermatolog. Centralblatt. XVI. S. 287.

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Die Pathogenese der Lichtentzündung der Haut**, von A. Jesionek (Ergebn. d. inn. Medizin u. Kinderheilkunde. XI. S. 525.)

Die Arbeit ist eine ebenso klar und knapp dargestellte, als tief und umfassend angelegte Monographie der durch Licht hervorgerufenen pathologischen Veränderungen der Haut. Verf. geht von zwei lichtbiologischen Grundgesetzen aus: 1. Lichtwirkungen kommen nur dort zustande, wo Licht absorbiert wird; 2. Licht vermag Zellen zu schädigen und zu töten. Als ein Hauptschuttmittel gegen diese schädigende Wirkung des Lichtes, als das Lichtschuttmittel *kat exochen*, lernen wir das Pigment der Basalschicht, das Melanin, kennen. Von diesem Pigment werden die chemischen, ultravioletten Strahlen absorbiert. Dieser Aufgabe entsprechend stellt sich die Haut gewissermaßen automatisch in ihrem Pigmentgehalt auf ein bestimmtes Maß von Licht ein. Immerhin reicht bei starkem Licht dieser Filter, den das Pigment darstellt, nicht aus, so daß chemische Strahlen in die Körpergewebe eindringen. Übrigens erliegen die Epidermiszellen selbst der Wirkung des Lichtes. Besonders klar zeigt das Krankheitsbild der *Hydroa aestivalis* die zelltötende Wirkung des Lichtes. Daß die Lichtempfindlichkeit durch gewisse Einwirkungen beeinflusst werden kann, lehrt uns die Buchweizenkrankheit der Tiere. Diese und andere Lichterkrankungen sind auf gewisse fluoreszierende Körper (Sensibilisatoren) zurückzuführen. Auch das Hämatorporphyrin ist ein derartiger Körper. Es fand sich im Urin von Hydroakranken. Bei der Pellagra handelt es sich höchstwahrscheinlich wie bei der Buchweizenkrankheit um eine kombinierte Wirkung des Lichtes und eines photodynamischen Stoffes. Die gewöhnlichste Lichterkrankung ist die *Dermatitis solaris*. Weniger bekannt in seiner Häufigkeit ist das *Eczema solare*. Stets liegen den Lichtentzündungen der Haut primäre Alterationen des Gewebes zugrunde. Bei den entzündlichen Lichtdermatosen sind sie in der Epidermis gelegen. Am Zustandekommen der primären Alteration ist neben dem Licht die chemische Beschaffenheit des betroffenen Gewebes von ausschlaggebender Bedeutung. Wo immer von biologischer Lichtwirkung die Rede ist, handelt es sich bei der Stärke des Lichtes um einen relativen Begriff; einer hochempfindlichen Haut gegenüber ist auch schwaches, diffuses Tageslicht stark genug, um Lichtentzündung zu verursachen.

F. B. Solger-Rostock.

- 2) **Essai sur l'autohématothérapie dans quelques dermatoses**, par Ravaut. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 5.)

An Stelle des Serums eines anderen, wie es von Linser und Mayer injiziert wurde, spritzte Verf. den Patienten ihr eigenes Blut, und zwar sofort nach der Entnahme, nicht defibriniert ein, und zwar in die Nates alle 8 Tage. Wenn man schnell operiert, hat man keine Gerinnung zu befürchten. Es wurden 13 Fälle so behandelt, und zwar: Psoriasis, *Eczema seborrhoicum*, Ekzem, Lichen planus; *Dermatitis exfoliativa chronica*, Akne, Gonorrhoe, Epididymitis. Namentlich groß war der Erfolg bei den juckenden Dermatosen, wo der Pruritus sofort nachließ. Nebenwirkungen lokaler oder allgemeiner Art traten nicht auf.

Raff-Augsburg.

- 3) **Neuères über Beziehungen von Augenleiden zu Hauterkrankungen**, von Gilbert. (Fortschritte der Medizin. 1913. Nr. 26.)

Unter den Hautaffektionen, die das Auge in Mitleidenschaft ziehen, ist es die Rosacea, deren Studium wir wiederum Erdmann verdanken. Außer der Liderkrankung äußert sich der Prozeß an der Konjunktiva, und zwar am Limbus im Aufschießen eines Knötchens, dann an der Hornhaut als oberflächliche oft rezidivierende Entzündung und als tiefere, in Form von Infiltraten und Trübung des Parenchyms. Endogen wirkende Noxen sind wahrscheinlich die Ursache dieser Erscheinungen. Da Ulcus rodens der Hornhaut sehr der Rosaceakeratitis gleicht, sollte man künftig auf Rosacea bei Ulcus rodens achten. Auch Skleritis kann ihre Ursache in einer bestehenden Rosacea haben. Das Erythema exsudativum multiforme kann sich in allen seinen Stadien am Auge zeigen, die erythematöse Form als Conjunctivitis catarrhalis mit glasig durchscheinendem Ödem, die vesikulöse Form als Conjunctivitis crouposa mit reichlichem zähen Exsudat. Bei dieser Erkrankung kann die Hornhaut geschwürig zerfallen. Die papulöse Knötchenform befällt die Konjunktiva besonders im Lidspaltenteil, selten ist die Hornhaut affiziert. Die Prognose ist gut, doch kann es auch zur Bindehautschumpfung kommen. Bei der Hydroa vacciniforme hat man Blasen und Infiltrate auf der Bindehaut und Hornhaut beobachtet, Kuhnt sah symmetrische Skleralnekrosen. Entzündungen des Uvealtrakts treten bei Purpura, Peliosis und Erythema nodosum auf. Ein echtes Erythem der Iris beschreibt Reis, Episkleritis Allan. Ebenfalls Erkrankungen des Uvealtrakts gehen mit erworbener Pigmentatrophie, Vitiligo, Hand in Hand. Es zeigten sich Iritis mit Vorderkammerblutungen, Hemeralopie mit Chorioretinitis und Pigmentschwund. Verf. teilte als erster einen solchen Fall mit. Die Vitiligo, bei der sich also ähnliche Augensymptome wie bei Herpes zoster, Herpes corneae febrilis und Keratitis neuroparalytica fanden, faßt Verf. deshalb als vasomotorische bzw. trophische Störungen auf. Zu den neueren Feststellungen, die hier in Betracht kommen, gehört noch, daß die Chrysarobinkonjunktivitis tatsächlich eine Keratitis superficialis ist und daß Kreibich den Frühjahrskatarrh den Sommerdermatosen zurechnet, was allerdings bis jetzt noch nicht ganz bewiesen ist.

G. Erlanger-Berlin-Schöneberg.

4) **Über „Trivalin locale“**, von A. Glück. (Med. Klinik. 1913. Nr. 39.)
Empfehlung des Präparates als lokales Anästhetikum bei kleinen Eingriffen in der dermatologischen Praxis. Biberstein-Gleiwitz.

5) **Über Noviform**, von O. Frese. (Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 36.)
Empfehlung des Präparates wegen seiner antiparasitären Eigenschaften und seiner austrocknenden und aufsaugenden Fähigkeiten. Schourp-Danzig.

6) **Ärztliche Kosmetik der Haut. I. Fortbildungsvorträge**, von Kromayer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)
Therapie der rauhen Haut, der Tylositäten, der Rosacea, Teleangiektasien und der Naevi vasculosi. Schourp-Danzig.

7) **Glättolin als Ursache einer hartnäckigen Dermatitis colli**, von Kohn. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 22.)

Glättolin besteht aus 50 Teilen Talcum, 50 Teilen Kanaubawachs, 0,2 Benzaldehyd, 0,5 Paraffin. liquid. und wird bekanntlich zur Glättung von rauhen Kragen verwendet. Der Fall des Verf.'s beweist, daß es auch dagegen bzw. gegen das von einer brasilianischen Palme gewonnene Kanaubawachs eine Idiosynkrasie gibt. Der betreffende Patient wurde monatelang behandelt, bis sich die Ursache herausstellte. Auch einen zweiten Fall beobachtete Verf. und konnte hier durch eine ad hoc vorgenommene Ein-

reibung mit Kanaubawachs die Dermatitis erzeugen. Eine Einreibung an sich selbst sowie an verschiedenen anderen Personen blieb ohne Folgen.

Raff-Augsburg.

- 8) **Testikulin in der Praxis der Dermatologie und Urologie**, von P. Scharff. (Med. Klinik. 1913. Nr. 36.)

Die Schilderung von fünf prägnanten Fällen zeigt den analeptischen und tonisierenden Einfluß des Testikulins, das hauptsächlich überall da, wo neurasthenische Erscheinungen überwiegen, indiziert ist. Biberstein-Gleiwitz.

Entzündliche Dermatosen.

- 9) **Über eine Rollhaarzyste des Menschen nebst Bemerkungen zum Schrotausschlag des Schweines**, von E. Hoffmann und Hochstetter. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Oktober.)

Die von den Verf. beschriebene Rollhaarzyste ist eine Retentionszyste eines Haarbalges von flacher bikonkaver Scheibenform, deren wesentlicher Inhalt eine etwa 44 cm lange, aus mehreren starken Haaren bestehende Haarspirale war. Dieser Rollhaarzyste ähnlich sind die beim Schrotausschlag des Schweines beobachteten Zysten, welche neben Talg ebenfalls aufgerollte Haare und hornige Massen enthalten.

Immerwahr-Berlin.

- 10) **Zur Frage der postfötalen Talgdrüsenneubildungen**, von Kyrle. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Oktober.)

Verf. fand in einem exstirpierten Pigmentnävus, daß im Bereiche eines größeren Epidermisabschnittes die gesamten Zellen der interpapillären Zapfen ihren morphologischen Charakter verloren hatten und jetzt das Aussehen von Talgdrüsenzellen darboten. Verf. glaubt daher mit aller Sicherheit, die betreffenden Bilder als postfötale Talgdrüsenneubildungen ansehen zu dürfen.

Immerwahr-Berlin.

- 11) **Ein Fall von Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens**, von A. Ruete. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Oktober.)

Die Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens hat in ihrem Anfangsstadium zwar nichts, in ihrem Ende aber manches gemeinsam mit der Acne decalvans, der Pseudopelade und der Dermatitis follicularis conglobata. Sie unterscheidet sich aber von ihnen durch ihre kugeligen Abszesse, die den ganzen Hinterkopf einnehmen und die Haut desselben unterwühlen. Sie ist bedeutend weniger chronisch als die eben erwähnten Erkrankungen und reagiert gut auf Schwefel- und Röntgenbehandlung.

Immerwahr-Berlin.

- 12) **Lanugokomedonen**, von Csillag. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVII. H. 1.)

Man findet öfters besonders bei Personen über 25 Jahren komedonenähnliche Gebilde an Nase, Kinn und Stirne, die sich aber nicht wie die banalen Talgkomedonen auspressen lassen. Mikroskopisch bestehen diese Gebilde aus Bündeln von 20 bis 30 sich im Kolbenstadium befindlichen Lanugohaaren, die Produkte der Haarfollikel darstellen und zum Unterschiede von den Talgkomedonen als Lanugokomedonen bezeichnet werden.

Lilienstein-Hamburg.

- 13) **Der Furunkel und Aufritt und ihre Behandlung mit Furunkulin**, von N. Galdonyi. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Das Furunkulin, ein Präparat aus gereinigter Bierhefe und Vaselinum flavum, wird in Pasten und Seifenform von der Fabrik Zyma in l'Aigle hergestellt. Es wird messerrückendick auf Gaze gestrichen und dann auf die

Wunde gelegt. Die Seife wird gleichfalls auf neutraler Grundlage hergestellt, wobei als Seifenkörper eine reizlose neutrale Fettseife dient, welche in entsprechendem Verhältnis dem Furunkulin Zyma beigefügt wird. Verf. hat mit beiden Präparaten bei der Behandlung von Furunkulose und Aufritten sehr gute Erfolge erzielt. Er empfiehlt zur Unterstützung noch Hefepräparate innerlich.

Klokov-Berlin.

14) **Die Behandlung der Unterschenkelgeschwüre durch den praktischen Arzt**, von L. Grünfeld. (Die Heilkunde. 1913. Nr. 16 u. 17.)

Auf Grund einer 4jährigen Erfahrung an mehr als 2300 Fällen von Unterschenkelgeschwüren skizziert Verf. die Methoden der Therapie, mit denen er zum Ziele gekommen ist und die er jedem praktischen Arzt zur Nachahmung empfiehlt. Nach kurzem Hinweis auf die Wichtigkeit der Diagnose und einigen diagnostischen Fingerzeigen beschreibt Verf. die mannigfachen Verbände und Behandlungsarten, die das Ulcus je nach seinem Ursprung erheischt. Die Materie ist in knappester Form auf verhältnismäßig kleinem Raum so erschöpfend und prägnant dargestellt, daß es dankbar zu begrüßen wäre, wenn die Abhandlung — vielleicht noch mit Hinzufügung der Ergebnisse von Löwensteins Tuberkulinfällen — durch den Buchhandel bezogen werden könnte.

Klokov-Berlin.

Zirkulationsstörungen der Haut.

15) **A case of urticaria pigmentosa**, by J. Spangenthal. (Buffalo med. Journ. 1913. September.)

Das kräftige, mit Muttermilch ernährte Kind zeigte von der 7. Woche bis zu dem jetzigen Alter von 8 Monaten eine zunehmende Rötung über den ganzen Körper, aus der sich allmählich rote bis bräunliche Macula an verschiedenen Stellen, ödematöse Schwellungen im Gesicht, kleinste bis bohnen-große pigmentierte Knötchen an Händen und Füßen, zuletzt zahlreiche Quaddeln entwickelten. Dabei bestand ausgeprägte Dermographie. Bemerkenswert und für die Ätiologie zu beachten erschien die nervöse Veranlagung der Mutter und einer Schwester einerseits und die Überfütterung der Mutter mit Medikamenten während der Schwangerschaft andererseits. Diese medikamentöse Behandlung soll einem schmerzhaften Exanthem an der Brust gegolten haben. J.

16) **A case of purpura following trauma**, by W. J. Oliver. (British Journ. of Dermatology. 1913. August.)

Der sonst gesunde Patient aus nicht mit Hämophilie belasteter Familie zeigte längere Zeit nach einer beim Fußballspiel erlittenen Knieverrenkung Purpuraflecken am Bein. Er hatte die Verrenkung selbst wieder hergestellt, trug eine elastische Binde und fühlte nur nach längerem Gehen Schmerzen. Nach 6 Monaten renkte sich das Gelenk bei einem geringfügigen Anlaß wieder aus, was aber wieder leicht zurückgebildet wurde. Hierauf entstand Schwellung, vorübergehende Schmerzen und bald darauf erschienen die roten Flecke am Bein, die nach etwa 3 Wochen wieder verschwanden. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

17) **Über die Brocqsche Form der atrophierenden Alopecie**, von G. Nobl. (Klin.-therap. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Im Jahre 1885 hatte Brocq eine Alopecie beschrieben, die er für ein selbständiges Krankheitsbild hielt und mit dem Namen Pseudopelade belegte.

Gekennzeichnet ist dies Bild durch das Auftreten multipler kahler, der Follikularstruktur entbehrender Herde der Kopfhaut und die definitive Involution der Haarpapillen und Rarefizierung der Haut ohne vorangehende Eiterung. Aus verschiedenen Gründen und mit wegen der etwas unglücklichen Bezeichnung wurde dieses Krankheitsbild als selbständiges nicht anerkannt, obwohl Brocq noch mehrere derartige Fälle mitteilen konnte. Verf. beschreibt nun neun Beobachtungen, die er im Laufe der Jahre gesammelt, die sich unzweifelhaft mit dem Brocqschen Bilde decken, und liefert so den Beweis für die Richtigkeit der Brocqschen Behauptung. Die zeitige Stellung der Diagnose ist schon wegen der nicht ganz ungünstigen Prognose wichtig. Das Bild ist kurz skizziert folgendes: Ohne Veränderungen der Kopfhaut treten besonders in der Hinterhaupt-Scheitelregion matt rosenrot verfärbte, erbsen- bis kronenstückgroße Herde auf, die zu zackigen haarlosen Plaques konfluieren. Völlig kahle Stellen wechseln ab mit solchen, auf denen noch einzelne Haarbüschel stehen geblieben. An den Rändern ist oft eine leicht erythematöse Zone mit leicht erhöhten Follikularmündungen. Die Haare lassen sich leicht mit den anhaftenden Wurzelscheiden ausziehen, die im Gegensatz zur Alopecia areata nicht atrophisch sind. Differentialdiagnostisch können noch die Folliculitis decalvans in Betracht kommen, bei der die schon anfänglich bestehende Pustulation eine Verwechslung ausschließt, ferner die Folgen der Furunkulose und Lues, die wieder an den unregelmäßig hügeligen Narben als solche erkannt werden. Nur abgeheilte Favusscheiben und die im atrophischen Endstadium befindlichen Herde des Lupus erythematosus können täuschend ähnliche Bilder zuweilen imitieren. Therapeutisch wären desinfizierende und hyperämisierende Prozeduren zu empfehlen, denn es kann bei der völligen Unkenntnis der auslösenden Noxen von einer kausalen Therapie nicht die Rede sein. Bei konsequenter Durchführung des angegebenen Verfahrens wird gelegentlich nicht nur ein Stillstand beobachtet, sondern es kommt auch zur Regeneration überall da, wo die Haaranlage nicht völlig verödet war. Klokow-Berlin.

18) **La morphée en gouttes et le white-spot disease**, par Petges. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 7.)

Gelegentlich eines vom Verf. beobachteten Falles der Morphaea bespricht Verf. ausführlich diese Krankheit. Nach Ansicht des Verf.'s gehört sie zur Sklerodermie, ist identisch mit der sogen. white-spot disease der Engländer und Amerikaner, von dem Lichen planus sclerosus aber zu trennen. Im Falle des Verf.'s handelte es sich um ein 22jähr. Mädchen, das etwa 10 weiße Flecken der Brust und des Halses seit $1\frac{1}{2}$ Jahren aufwies. Auch histologisch war die Affektion anders als ein Lichen. Verf. sichert die Diagnose seines Falles, indem er die anderen seltenen Fälle von Montgomery, Unna, Westberg, Juliusberg vergleichend bespricht. Dann stellt er eine vergleichende Tafel auf und führt die diagnostischen Zeichen für jede der beiden Erkrankungen ausführlich auf. Die Ätiologie der Krankheit ist unbekannt, doch scheint sie bei tuberkulös Belasteten vorzukommen. Raff-Augsburg.

19) **Über Haarbruch**, von Herxheimer. (Müncheuer med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Die Haare einer 46jähr. Frau waren in Masse abgebrochen. Als Ursache wurde ein Haarfärbemittel konstatiert. Es waren zwei Lösungen, die eine Kobaltnitrat mit Ammoniak im Überschuß, die andere Pyrogallol mit Alkalisulfid im Überschuß. Letzteres wirkte direkt zerstörend wie bei Depilatorien, während die Alkaleszenz die Haare noch brüchig machte. Raff-Augsburg.

Parasitäre Dermatosen.

- 20) **Klinische, histologische und bakteriologische Beiträge zur Kenntnis von *Mycetoma pedis* in Japan**, von K. Dohi und M. Koike. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 7.)

Die zwei hier beschriebenen Fälle dieser Fußkrankung sind die ersten in Japan bekannt gewordenen. Der Infektion gingen Quetschwunden voran, welchen dann Anschwellung, Bildung roter Knötchen und Blasen folgte. Die Erkrankung beschränkte sich auf die Weichteile, bei Intaktbleiben der Knochen. Wassermannreaktion und Pirquet waren negativ. Die im Inhalt der Knötchen und Blasen gefundenen Mikroben glichen in ihrem kulturellen Verhalten dem *Streptothrix madurae* Vincent, wichen aber erheblich von den *Aktinomyces* ab. Vakzineinspritzungen in steigenden Dosen erzielten sichtbare Besserung. J.

- 21) **Studium der Trichophytien in Japan**, von F. Kusunoki. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 6.)

Die 26 Fälle des Verf.'s betrafen Kopftrichophytien, Hauttrichophytie, fünf Eczema marginatum, davon einer mit Nageltrichophytie kombiniert. Die Kopferkrankung befiel Kinder bis zum 13. Lebensjahre hauptsächlich als Schupledemie unter dem Bilde runder, kahler, mit feinen Schuppen bedeckter Flecken. Das Haar brach bei leichtem Zuge ab oder krümmte sich spontan. Pityriasisähnliche, rötliche Flecken „Hatake“ können hinzutreten, leichtes Jucken wird manchmal geklagt. Mikroskopisch wurden Sporen und Sporenketten am Haare, aber nicht an der Umgebung des Haarbulbus festgestellt. Kulturversuche erwiesen den Pilz als *Megalosporon*, ähnlich dem *Trich. violaceum*, in anderen Fällen wurde ein *Trich. acuminatum* gezüchtet. Letzterer fand sich beständig bei *Trichophytia vesiculosa superficialis* und *Eczema marginatum*. J.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 22) **Tierexperimentelle Untersuchungen über den Nachweis von Tuberkelbazillen bei Tuberkulose der Haut, besonders des Gesichts**, von C. Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 42.)

Im Sekret von lupösen Geschwüren im Gesicht gelang es durch Tierexperiment unter 16 Fällen 11mal (68%) vollvirulente Bazillen nachzuweisen. Es wird auf die Bedeutung dieser Befunde hingewiesen und im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege strengere Isolierung der Lupusfälle und Beachtung der Übertragungsgefahr, die von ulzerativen Prozessen, besonders im Gesicht, ausgeht, gefordert. Wieweit durch therapeutische Maßnahmen gesetzte ulzerative Prozesse eine gleiche oder ähnliche Gefahr bieten, steht noch nicht fest.

Schourp-Danzig.

- 23) **Über intravenöse Infusionen von *Aurum Kalium cyanatum* bei Hauttuberkulose**, von H. Walter. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. H. 5.)

Verf. nahm mit den von Bruck und Glück empfohlenen intravenösen Infusionen von *Aurum Kalium cyanat*. Versuche bei 5 Patienten mit Lupus faciei vor und hielt seine Patienten 2½ Monate in Beobachtung. Hierbei stellte sich heraus, daß die Infusionen zwar gut vertragen wurden, auch bereits im Beginn der Kur die lupösen Stellen hellere Farbe annahmen, eine Tendenz zu Regression und Epithelisierung von Geschwüren sich zeigte, einzelne Knötchen verschwanden und bei Lupus der Nasenschleimhaut bessere Atmung eintrat, daß aber nach 7—8 Infusionen diese Besserung stillstand. 1 bis

1½ Monate später nötigten Weiterschreiten der Infiltrationen und erneuter Zerfall der vernarbten Ulzerationen zu operativen Eingriffen und Gebrauch von Pyrogallol. Von einem direkten Heilmittel gegen Lupus kann also hier nicht die Rede sein. J.

24) I. Di alcuni casi di tubercolosi cutanea curati con il cianuro d'oro e di potassio (Merck), per Pasini. — II. Primi risultati della cura del lupus volgare con iniezioni indovenose di cianuro d'oro e di potassio, per D. Favera. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 4.)

P. behandelte 7 Lupusranke mit Injektionen von Kalium aurocyanatum, zuerst nach der ursprünglichen Bruckschen Technik, später mit einer Lösung von 0,05 in 20 ccm physiologischer Kochsalzlösung. Die Dosierung begann mit 5 mg und stieg bis zu 5 cg. 12—16 Injektionen wurden in 3—4 tägigen oder (bei Fieber) größeren Zwischenräumen und im ganzen 48—54 cg des Medikamentes gegeben. Bei einigen Kranken wurde gleichzeitig $\frac{1}{100}$ — $\frac{9}{100}$ mg Tuerkulin des Mailänder Seruminstututs eingespritzt. Die Injektionen wurden im allgemeinen gut vertragen, nur einmal trat schlechtes Allgemeinbefinden, Fieber und ein adynamischer Zustand ein. In 6 Fällen folgte ein entzündliches Ödem im Lupusherd, das in 3 Fällen ziemlich stark auftrat. Etwa bei der 6. Injektion hörten die Reaktionen auf, die Herde blaßten ab, waren weniger infiltriert und zeigten an Haut wie Schleimhaut Epidermisierung. In 3 Fällen waren diese Heilungsvorgänge außerordentlich deutlich, während sie in anderen kaum zu bemerken waren. In einem Fall erfolgte sogar am Ende der Kur ein Fortschreiten des Prozesses am harten Gaumen. Dagegen wurde gerade in diesem Falle eine gleichzeitig bestehende tuberkulöse Myelitis transversa so gebessert, daß der Kranke wieder gehen konnte. Aber auch bei den am meisten gebesserten Fällen waren immer noch Lupusknötchen vorhanden. Niemals erfolgte völlige Heilung. — F. hat 16 Lupusfälle und ein papulonekrotisches Tuberkulid mit Dosen von 5 g bis 6 cg behandelt. Die Zahl der Einspritzungen schwankte zwischen 10 und 21, die Gesamtdosis zwischen 0,2 und 0,65. Die Injektionen wurden jeden zweiten Tag oder bei eintretender Reaktion seltener gemacht. Nur in 2 Fällen stieg die Temperatur über 38,4°. In diesen beiden Fällen soll das nicht frisch destillierte Wasser die Ursache des Fiebers gewesen sein. Ein leichter Icterus catarrhalis und Neigung zum Erbrechen nach jeder Injektion traten in je einem Falle auf. Eine lokale Reaktion, die von leichten subjektiven Beschwerden bis zu starkem Erythem schwankte, trat mit Ausnahme des Tuberkulids in jedem Falle auf. Erzielt wurden auch hier nur Besserungen, keine Heilung. Dreyer-Cöln.

25) **Bacillurie et bacillémie hansénienne. Le rein des lepreux**, par de Beurmann et Gougerot. (Lepra. Biblioth. internat. 1913. Fasc. 2.)

An der Hand von Krankheitsberichten werden die beiden Formen der leprösen Nierenerkrankung erörtert: Die erste, akute und chronische Nephritis, bei welcher der Leprabacillus in den Nieren selbst zerstörend wirkt. Hier ist die Nierenentzündung zwar nicht heilbar, sondern chronisch, aber die Hämaturie tritt wie bei ähnlichen tuberkulösen Prozessen in den Vordergrund. Die zweite Form, die lepröse Bazillurie, entsteht, wenn der Hansensche Bacillus die Nieren passierte, ohne dort merkliche Schädigungen zurückzulassen und eine diesem Bacillus entstammende Bazillämie die Grundursache ist. Im allgemeinen scheint der Leprabacillus die Nieren nicht zu bevorzugen. Die lepröse Bazillurie erscheint seltener als die Bazillämie. J.

- 26) **L'antileprol dans le traitement de la lèpre**, par A. Serra. (Lepra. Biblioth. internat. 1913. Fasc. 2.)

Die Erfahrungen des Verf.'s gehen dahin, daß eine so chronische Erkrankung wie die Lepra nur durch eine chronische Behandlung zu heilen sei. Hierzu eigne sich vorzüglich das Antileprol, ein Derivat des Chaulmoograöls, dessen Wirkung es übertreffe, dessen Unzuträglichkeiten es vermeide. Das Antileprol wird in höheren Dosen ohne schädliche Nebenwirkung vertragen, übt einen wirksamen Einfluß sowohl auf den pathogenen Bacillus als auf die Krankheitssymptome und stellt sich so als ein schätzenswertes Spezifikum gegen die Lepra dar. Bei 10 Patienten wurde das Mittel intern in Pillenform und hypodermal mit Erfolg angewandt. J.

Gonorrhoe.

- 27) **Über Fortschritte in der Argentumtherapie bei der Gonorrhoe des Mannes**, von E. Rosenfeld. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 41.)

Die Behandlung der Gonorrhoe des Mannes soll nach den Grundsätzen Neissers mit Silbereiweißpräparaten ausgeführt werden. Unter den einzelnen Mitteln steht wohl Hegenon an erster Stelle. Der Vorzug des Mittels liegt in seiner geringen Reizwirkung. Die ganz akuten Fälle von oberflächlicher Anteriongonorrhoe mit vorwiegend noch extrazellulärer Lagerung der Gonokokken im Eiter und mit Fehlen einer früheren Infektion (Mangel an Infiltraten und Strikturen) geben die beste Prognose. Schourp-Danzig.

- 28) **Behandlung der Epididymitis mit Arthigon in Kombination mit Ichthyol**, von Saynisch. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 40.)

Unter Arthigoninjektionen und Ichthyoleinpinselungen sah Verf. sofortiges Schwinden der Schmerzhaftigkeit, Abnahme der Schwellung, deutliche Resorption des Infiltrates. Verf. bezeichnet daher diese Kombination als die den Erfolg am meisten sichernde und beschleunigende Methode der Epididymistherapie. Schourp-Danzig.

- 29) **Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen**, von R. Frühwald. (Med. Klinik. 1913. Nr. 44.)

Intravenöse Injektionen von Arthigon in der Dosis 0,04 bis 0,05 bei gonorrhoeischen Frauen erzeugten in der Mehrheit der Fälle eine positive Reaktion, als deren untere Grenze Verf. eine Temperatursteigerung um $1,3^{\circ}$ betrachtet, wobei eine Maximaltemperatur von $37,8^{\circ}$ erreicht wird. Von nicht gonorrhoeischen Frauen reagierte die Mehrzahl negativ. Die Reaktion ist stets im Zusammenhange mit dem klinischen und mikroskopischen Befund zu werten. Wahrscheinlich wird sie durch die Anwesenheit von Gonokokken und nicht durch eine überstandene Infektion bedingt. Mit der Wiederholung der Injektionen wird auch ein häufigerer negativer Ausfall der Reaktion konstatiert; am häufigsten ist der positive Ausfall bei der zweiten Einspritzung. Bei mehr als zwei Injektionen ist dem positiven Ausfall Wert beizulegen. Längere Beobachtungen werden entscheiden, ob durch intravenöse Arthigoninjektionen der Eintritt der Heilung der Gonorrhoe bei der Frau festzustellen ist.

Biberstein-Gleiwitz.

- 30) **Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe**, von A. Brandweiner. (Med. Klinik. 1913. Nr. 43.)

Die Untersuchungen über die diagnostische Verwertbarkeit mit Gonokokkenvakzine ergaben, daß Kutireaktionen und Stichreaktionen weder mit Arthigon noch mit monovalenten Gonokokkenvakzinen verwertbare Resultate

zeitigten. Die positiven Stichreaktionen fallen stärker aus bei der Anwendung autogener als allogener Vakzine. Therapeutisch leistet die Anwendung von Vakzinen in vorsichtiger Dosierung gutes bei Komplikationen der gonorrhöischen Urethritis. Die letztere selbst wird durch die Vakzination der Wirksamkeit der Lokalbehandlung zugänglicher gemacht. Biberstein-Gleiwitz.

- 31) **Über die Behandlung der Gonorrhoe mit dem gonorrhöischen Sekrete**, von F. Sō und J. Yamamoto. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 6.)

Fünf Ösen mit frischem gonorrhöischen Sekret wurden mit 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung verdünnt, $\frac{1}{2}$ Stunde bei 60°C erhitzt, Karbolsäure im Verhältnis von 0,5% zugesetzt. Einspritzungen mit dieser Flüssigkeit wurden zuerst an Tieren, dann am Verf. selbst versucht und ergaben später als subkutane Injektion bei gonorrhöischen Patienten häufig günstige Resultate. J.

- 32) **Sur la nature anaphylactique de la conjonctivite blennorrhagique endogène (métastatique)**, par D. Michail. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. S. 978.)

Nach Verf. darf man sich, um zu einer richtigen Auffassung der endogenen blennorrhagischen Konjunktivitis zu kommen, nicht, wie bisher, auf bakteriologische Untersuchungen beschränken, sondern muß die pathologische Anatomie dieser Affektion berücksichtigen, wobei sich ein wesentlicher Unterschied mit Bezug auf die exogene Form ergibt. Während bei der exogenen blennorrhagischen Konjunktivitis uns eine profuse polynukleare Infiltration der Bindehaut in ihrer ganzen Dicke entgegentritt, erstreckt sich bei der endogenen Form, wie bei der Ophthalmoreaktion und bei der durch Pferdeserum hervorgerufenen anaphylaktischen Konjunktivitis, die dichte Lymphozyteninfiltration nur auf die Tunica propria conj. (derme conj.). Die endogene blennorrhagische Konjunktivitis ist also eine klinische Form der anaphylaktischen Konjunktivitis, die ebenso wie eine Gelenkentzündung, den Verlauf der Gonorrhoe kompliziert.

B. Solger-Bad Kissingen.

Venerische Helkosen.

- 33) **Phenolkampfer bei Ulcus venereum**, von Fr. Horowitz. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Verf. macht darauf aufmerksam, daß die Ursache des Fehlens der ätzenden Wirkung in der Mischung Acid. carbolic. 30,0, Camphor. 60,0, Alkohol 10,0 der neutralisierende Einfluß des Alkohols auf die Ätzwirkung der Karbolsäure ist.

Schourp-Danzig.

- 34) **Phenolkampfer bei Ulcus venereum**, von K. Rühl. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Die Ulcera werden betupft mit einem Wattebausch, der getränkt ist mit Acid. carbol. puriss. 3,0, Camphor. trit. 6,0, Alkohol 1,0. Der Phenolkampfer ruft keine Schmerzen hervor. Die Heilung erfolgt stets befriedigend. Auch bei inzidierten Bubonen leistet der Phenolkampfer sehr gute Dienste, wenn die Wunde mit mit Phenolkampfer durchtränkten Wattestreifen ausgestopft wird.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

- 35) **Étude sur un nouveau procédé d'injection du néosalvarsan en solutions concentrées. Technique et réactions**, par Ravaut et Schenkewitsch. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 4.)

Die verschiedenen Nebenwirkungen, welche das Neosalvarsan veranlaßte, wurden bereits auf chemische bzw. bakteriologische Verunreinigung des Wassers, überhaupt als hämolytisch, teils auf die Oxydation des Salzes an der Luft zurückgeführt. Die Verff. haben deshalb diese Übelstände durch eine neue Methode auszuschalten gesucht. Durch Vorversuche stellen sie fest, daß bei einer Dosis von 0,45 Neosalvarsan 10 ccm, bei einer solchen von 0,6 12 ccm, bei 0,75 15 ccm und bei 0,9 17 ccm Wasser in frisch entnommenes Blut gebracht noch keine Hämolyse herbeiführen. Darauf bauten die Verff. ihr neues Verfahren: man gießt in eine 15 ccm haltende Flasche Wasser und schüttet das Neosalvarsan hinein. Dann aspiriert man die Lösung mit einer Glasspritze und injiziert wie gewöhnlich. Auch diese Methode haben die Verff. noch verbessert: Die Ampulle mit Neosalvarsan, die gerade 10 ccm enthält, wird geöffnet und das Wasser darauf geschüttet. Dieses Wasser ist steril und doppelt destilliert, braucht aber nicht frisch destilliert zu sein. In der Spritze, mit welcher man aspiriert, befindet sich ein Gazetampon, um die Glassplitter zurückzuhalten. Noch mehr wie sonst muß man sich hüten, in das Gewebe neben der Vene zu spritzen, da die konzentrierte Lösung lebhaft Reizerscheinungen bedingt. In dieser vereinfachten Form machten die Verff. vom Dezember 1912 bis März 1913 228 Injektionen. Der Wasserfehler darf hier bei der geringen Wassermenge als ausgeschaltet gelten, trotzdem wurden Nebenerscheinungen beobachtet, die nach dem Urteil der Verff. dann nur dem Medikament, dem Alter der Krankheit und dem Zustand des Kranken zugeschrieben werden können. Zunächst wurde 6—8 Stunden nach der Injektion Fieber beobachtet, und zwar wie schon länger bekannt, fast regelmäßig bei recenter unbehandelter Syphilis, selten bei behandelter. Sehr selten kommen Fiebererscheinungen tardiv vor, etwa am 3. Tage. Sie zeigen, daß man mit der Wiederholung der Injektionen mindestens 8 Tage warten muß. Es wurde aber auch regelmäßig eine Hypothermie beobachtet bei wiederholten Injektionen, so zwar, daß das Ausbleiben dieser Reaktion bei wiederholter Einspritzung die Aufmerksamkeit des Arztes verdient! Fast ebenso häufig wie Fieber waren Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, gewöhnlich leichter Natur. Auftreten hiervon bei jeder Injektion muß die Aufmerksamkeit des Arztes auf das Nervensystem lenken. Diarrhoe wurde in der Nacht nach der Injektion seltener beobachtet, in einigen Fällen Urobilinurie. Bei manchen Kranken, aber nur wenn eine gewisse Dosis überschritten, wenn das Nervensystem affiziert war und nach mehreren Injektionen zeigten sich Reaktionserscheinungen des Nervensystems, meist starke Kopfschmerzen. Die bekannte Theorie der Neurorezidive erkennen die Verff. nicht an, weil diese auch ohne Behandlung zurückgehen. Die Symptome sind klinischer oder biologischer Natur, letztere gekennzeichnet durch Veränderungen des Liquors. Diese Untersuchung ist genauer als die Wassermannreaktion und hat überdies auch therapeutischen Wert. Im Schlußkapitel fassen die Verff. die Vorteile ihrer Methode nochmals zusammen und geben dem Arzt folgende Vorschriften: 1. Man beginne mit einer schwachen Dose. 2. Man mache zwischen 2 Injektionen wenigstens 8 Tage Pause. 3. Werden die Injektionen gut vertragen, erhöhe man die Dosis allmählich aber niemals über 0,9. 4. Mit Ausnahme der ersten Injektion darf kein Fieber auftreten. 5. Sind nach 8 Tagen Zeichen aufgetretener Intoleranz verschwunden, so gebe man eine Injektion aber ohne Erhöhung der Dose. 6. Wenn trotz Verminderung der Dosen Zeichen von Intoleranz auftreten, gehe man zum Hg über. Die Arbeit enthält eine Abbildung des

zu der Methode gehörigen Instrumentariums, ferner 12 instruktive Krankengeschichten mit Temperaturkurven und Epikrise.

Raff-Augsburg.

36) **Pourquoi l'on doit traiter les paralytiques généraux**, par Audry. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 5.)

Durch die Tatsache der frühzeitigen Veränderungen der Spinalflüssigkeit und den Befund von Spirochäten ist man genötigt, die Paralyse als eine Enzephalitis mit Spirochäten zu betrachten. Vielleicht ist ihr anatomischer Beginn auf die ersten Tage, jedenfalls aber auf die ersten Wochen der Lues zurückzuführen. In den meisten Fällen heilt diese Enzephalitis durch die Behandlung und wird nicht progressiv. Behandeln muß man alle Paralytiker, die noch nicht ausgesprochene Störungen der Intelligenz zeigen. Man darf auch ruhig etwas riskieren, wenn nur eine Möglichkeit der Heilung vorliegt. Man gebe zuerst eine starke Hg-Kur, dann Salvarsan oder Neosalvarsan, man nehme vom Neosalvarsan mittlere Dosen: 0,6 dann 0,75, nach der Methode von Ravaut (konzentrierte Injektionen in 5—6maligen Wiederholungen). Hg verabreiche man viele Monate; Verf. hält die Schmierkur für die beste Methode. Die Prognose richtet sich nach dem frühen Beginn der Behandlung. Da man aber weiß, daß die Paralyse bei Gutbehandelten selten ist, so kann man auch daraus schließen, wie viele Fälle von Enzephalitis bei solchen geheilt worden sind.

Raff-Augsburg.

37) **Experimentelle und klinische Studien über Kutireaktion und Anaphylaxie bei Syphilis**, von Nakano. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. CXVI. 1913. Heft 2.)

Verf. stellt Versuche über Kutireaktion bei Lues an mit einem Luesleberextrakt, mit Spirochätenreinkulturextrakt und einem Filtrat von Spirochätenreinkulturen. Mit Luesleberextrakt erzielte Verf. bei sekundärer Lues in 78% der Fälle positive Resultate. Schwächer und weniger häufig vorhanden waren die Resultate mit Spirochätenreinkulturen, dagegen erweisen sich die Versuche mit Spirochaeta-pallida-Filtrat zur Kutireaktion für diagnostische Zwecke als ein sehr brauchbares Hilfsmittel ähnlich dem Alttuberkulin bei Tuberkulosekranken. Bei subkutaner Vorbehandlung mit syphilitischen Organextrakten konnte Verf. bei Reinjektion eine starke positive Kutireaktion erzeugen. Auch bei Kaninchen konnte Autor bei intravenöser und intraperitonealer Reinjektion anaphylaktische Erscheinungen feststellen. Diese Symptome treten auch auf, wenn Verf. einen mit Kochsalzlösung verdünnten alkoholischen Syphilisleberextrakt verwandte. Bei subkutanen Reinjektionen mit Luesleberextrakt konnten allergische Erscheinungen nachgewiesen werden. Die Gummabildung bei tertiärer Lues will Verf. als den Ausdruck einer anaphylaktischen Erscheinung aufgefaßt wissen. Durch weitere Versuche bezüglich der Anaphylatoxinbildung stellt Verf. fest, daß durch ein Gemisch von Luesserum und wässrigem Luesextrakt, welche eine gewisse Zeit bei 37° C. digeriert und dann Meerschweinchen intravenös injiziert wurden, bei denselben anaphylaktische Symptome erzeugt wurden. Die Anaphylaxieerscheinungen wurden durch Lues I und II Seren seltener ausgelöst als durch Lues III Seren. Nach Komplementzusatz zu Lues I und II Seren konnten häufiger anaphylaktische Erscheinungen nachgewiesen werden als vorher. Kontrollversuche verliefen negativ. Auch Spirochätenreinkulturen verursachten nach Zusatz von Komplement anaphylaktische Erscheinungen und zwar sowohl die Spirochäten selbst als auch die von ihnen produzierten Gifte. Kontrollversuche waren auch hier negativ. Auch die Digerierung von ge-

züchteten Spirochäten oder Material von luetischen Produkten mit Meer-schweinchenkomplement konnte Verf. als Anaphylatoxin nachweisen.

Schumacher-Berlin.

- 38) **Untersuchungen über Noguchis Luetinreaktion**, von H. Boas und Chr. Ditlevsen. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Die Verf. haben die Luetinreaktion, eine der v. Pirquetschen Kutanreaktion bei Tuberkulose analoge Syphilisreaktion mit abgetöteten Spirochätenreinkulturen, an einem größeren Material bezüglich ihrer Verwertbarkeit für die Praxis nachgeprüft. Es hat sich dabei gezeigt, daß die Reaktion bei tertiärer und hereditärer Lues konstant positiv ausfiel und damit der Wassermannreaktion überlegen war, während sie bei primärer und sekundärer Lues, ebenso bei Paralyse häufig versagte. Allerdings reagierte auch eine größere Anzahl von Kontrollfällen positiv, wodurch die Brauchbarkeit der Methode stark eingeschränkt wird. Der Umstand, daß die Kontrollflüssigkeit, die ohne Verwendung von Spirochäten hergestellt war, in Fällen von tertiärer und hereditärer Syphilis zu analogen Kutanreaktionen geführt hat, läßt darauf schließen, daß die Luetinreaktion überhaupt keine spezifische Immunitätsreaktion darstellt, sondern daß es sich bei diesem Vorgang um eine „Umstimmung der Haut“ bei tertiärer Syphilis gegenüber traumatischen Eingriffen handelt.

Lilienstein-Hamburg.

- 39) **Noguchis Luetinreaktion**, von A. Cedercreutz. (Finska Läkaresällskapets Handlingar. 1913. Oktober.)

Verf. nimmt gegenüber der Luetinreaktion einen zurückhaltenden Standpunkt ein, da dieselbe mehrfach mit andern Methoden differierte. Von 11 Fällen tertiärer Lues reagierten auf Luetin 8 positiv, die 3 negativen zeigten aber positive Wassermannreaktion. Dieselben betrafen Lues cerebri und ulzeröse Syphilide. Unter 40 Kontrollfällen von Gonorrhoe und Hautkrankheit, welche alle negative Wassermannreaktion zeigten, reagierten 10 deutlich positiv auf Luetin, 3 davon sogar mit pustulösen Erscheinungen. J.

- 40) **The treatment of syphilis with salvarsan**, by T. T. W. Gibbard and L. W. Harrison. (British Journ. of Dermatology. 1913. Nr. 10.)

Aus den reichhaltigen Erfahrungen, welche die englischen Militärärzte aus Anwendung des Salvarsans in der englischen Armee zogen, geht hervor, daß 2 intravenöse Injektionen von 0,6 g Salvarsan und 9 intramuskuläre Injektionen von Quecksilber über 9—10 Wochen verteilt gute Heilerfolge ergaben, fast noch bessere Resultate erzielten 3 Salvarsan- und 10 Quecksilberinjektionen. Die schnelle Wirkung, die Verhütung sekundärer Symptome bei in primärem Stadium behandelten Syphilitikern sparte den Patienten viele Leiden und der Armeeverwaltung die Kosten vieler Hospitalstage. Nur verlangt Verf. dringend, daß mit dieser ernst zu nehmenden Kur nur Ärzte betraut werden, die in gründlicher Ausbildung die Technik beherrschen lernten und die Indikationen und Kontraindikationen der Methode zu beurteilen verstehen. J.

- 41) **Über die intravenöse Injektion konzentrierten Neosalvarsans**, von M. Joseph. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 40.)

Die von Fontana angegebene Injektionsspritze mit Zahnstangentrieb des Kolbens erfordert die Tätigkeit zweier Hände. Praktischer ist die von W. Elges-Berlin N, 24, hergestellte Astraspritze „Modell Rote Marke“; sie hat ihren Zylinder in einer Metallhülse, an welcher zu beiden Seiten Griffe an-

gebracht sind, so daß nur eine Hand zur Injektion nötig ist. Näheres über diese Spritze ist in d. Centralbl. XVI. Nr. 11 angegeben. Schourp-Danzig.

42) **Sur l'emploi des injections intra-musculaires de salvarsan**, per A. Bertarelli. (Annales des Mal. vener. 1913. August.)

Im Gegensatz zu vielen anderen Dermatologen zieht Verf. die intramuskuläre Salvarsaninjektion der intravenösen vor, die er für bedenklicher und nur zum Koupieren ganz frischer Syphilis oder bei schweren, bedrohlichen Formen für zweckmäßig hält. Er erzielte mit der intramuskulären Methode stets befriedigende Resultate. Um die starken Reaktionen der alkalischen Suspension und der Wechselmannschen Methode zu vermeiden, stellte Verf. sich eine schwache saure Lösung aus Salvarsan, Guaiacol, destilliertem Glycerin und sterilisiertem Wasser her, nahm hiermit zwei Injektionen gleichzeitig in die Gesäßmuskeln beider Seiten vor, wiederholte diese Einspritzungen nach 12—15 Tagen und verabreichte hierbei dem Patienten im ganzen 0,50—1 g Salvarsan. Die Schmerzen waren bei dieser Kur erträglich, die Temperatur selten und nur gering erhöht, keine schweren lokalen Reaktionen vorhanden, während sich die Symptome schnell bis zu scheinbar völliger Heilung zurückbildeten. In 2 $\frac{1}{2}$ Jahren trat kein Rezidiv auf und die Wassermannreaktion blieb stets negativ.

J.

43) **Nochmals über das Schicksal von Salvarsan im Injektionsorte**, von A. Takahashi. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. XIII. 1913. H. 5.)

Während in den ersten 14 Tagen die eingespritzte subkutane und intramuskuläre Salvarsaninjektion in verschieden großen Mengen in Lymphräume und Lymphgefäße übergang, blieb ein Rest des Salvarsan lange in der Injektionsstelle haften, wurde nur in geringen Mengen und langsam resorbiert oder teilweise aus einem inzwischen hier entstandenen Abszesse wieder ausgeschieden. Über ein Jahr konnten einige Salvarsankörner zurückbleiben, wobei die feineren in Granulationszellen übergangen, gröbere von Fremdkörnerzellen aufgelöst wurden. Die totale Resorption dauerte bis 400 Tage. Die Gewebsveränderung geht in vier Stadien vor sich: 1. Nekrotisierung, 2. Stillstand, 3. Wiederherstellung, 4. Narbenbildung. Das Narbengewebe kann jahrelang als harter Knoten fortbestehen.

J.

44) **Kurze Bemerkungen über Salvarsan respektive Neosalvarsaninjektionen**, von Schreiber. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Konzentrierte Lösungen von Neosalvarsan sind nicht giftiger als verdünnte, wegen seiner leichten Löslichkeit in Wasser (im Gegensatz zu Salvarsan). Wegen der leichten Autooxydation des Neosalvarsans sind größere Mengen Wassers sogar bedenklicher. Dazu kommt, daß konzentrierte Lösungen z. B. in 10 g Flüssigkeit der Isotonie des Blutes kommen. Deswegen empfiehlt Verf. Neosalvarsan mit der Spritze zu injizieren 0,75 in 10 g Kochsalzlösung (nicht Wasser) in 8 tägigen Intervallen. Damit kein Blut in die Spritze kommt, sticht man erst die Nadel ein und erst wenn diese in der Vene liegt, setzt man diese Spritze auf. Sorgfältig ist darauf zu achten, daß nichts von der Flüssigkeit unter die Haut kommt, denn die konzentrierte Lösung macht starke lokale Reaktionserscheinungen. Die Einspritzungen werden gut vertragen.

Raff-Augsburg.

45) **Some observations on two hundred cases of syphilis treated with salvarsan**, by Bowman. (Urologie and Cutaneous Review. St. Louis. 1913. Nr. 8.)

Verf. gibt einige statistische Aufzeichnungen über die Art der Infektion, über die Beteiligung von Weißen und Farbigen und bespricht seine bei den Injektionen verwandte Apparatur. Er sieht in dem Salvarsan ein spezifisches Spirochätengift, dessen Wirkung in direktem Verhältnis zum Alter der Infektion stehe. Einer intravenösen Injektion ist der Vorzug zu geben wegen ihrer reinigenden Wirkung und der geringen Komplikationen. Die gleiche Menge Salvarsan wirke, intravenös appliziert, nicht so stark bakterizid, da das Gift zu rasch eliminiert werde. Der ersten Injektion müßten stets weitere folgen. Die Gefahr scheine eher in einer unzureichenden Behandlung zu liegen als in einer zu ausreichenden. Die Wassermannreaktion sei von größtem Wert, sowohl hinsichtlich der Diagnose als auch der Kontrolle während der Behandlung. Die besten Dienste leiste das Salvarsan im primären und sekundären Stadium der Lues, ehe der Wassermann positiv sei. Hier sei es ein vorzügliches Gegenmittel, sowohl vom klinischen als auch vom serologischen Standpunkt. Wiederholte intravenöse Injektionen versprochen in diesem Stadium, besonders mit Quecksilber kombiniert einen hohen Prozentsatz der Abortivbehandlung. Die Gefahren bei Salvarsananwendung seien sehr überschätzt worden. Die unglücklichen Folgen seien so gering im Vergleich zu den hervorragenden Erfolgen, daß sie ein eingehendes Studium zu ihrer Beseitigung veranlassen sollten. Verf. sieht in dem Salvarsan einen mächtigen Verbündeten des Quecksilbers und Jodkaliums im Kampfe gegen die Lues, besonders wertvoll sei es durch seine augenblickliche Wirkung auf floride Prozesse.

J. Schumacher-Berlin.

46) **Beobachtungen an lebenden Spirochäten**, von Meirowsky. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Verf. hat eine Methode gefunden, um die Spirochäten lebend und gefärbt zu beobachten. Die anscheinend strukturlose Spirochäte gibt durch das Auftreten einer end- oder seitenständigen Knospe ihre Eigenschaft und Fähigkeit zur Produktion neuer Elemente kund. Diese Knospen verhalten sich wie der Kern einer echten Zelle: sie teilen sich, und dann entwickelt sich eine neue Spirochäte. Ist die Spirochäte ausgereift, so kann sie die Knospe verlieren und wieder ein strukturloses Aussehen annehmen. Verf. glaubt, daß die Spirochäte den Protozoen zuzurechnen ist. Analoge Veränderungen fanden sich bei Spirochäten der Balanitis und Stomatitis; sie ließen sich auch bei dunkelster Beleuchtung konstatieren.

Raff-Augsburg.

47) **Über den Einfluß der Temperatur auf die Komplementbindung bei Syphilis**, von K. Altmann. (Archivf. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Bei vergleichenden Untersuchungen der Resultate der Wassermannreaktion und zwar der Originalmethode und der von Jacobsthal empfohlenen Methode der Kältebindung zeigte sich, daß im Primär- und frühen Sekundärstadium die Originalmethode, also die Wärmebindung, der Jacobsthalschen Modifikation überlegen war, während umgekehrt im Tertiärstadium die Kältebindungsmethode mehr positive Reaktion ergab. Es wird also die gleichzeitige Anwendung beider Methoden empfohlen.

Lilienstein-Hamburg.

48) **Über ein eigentümliches Beispiel künstlich erzeugter Hautimmunität bei sekundärer Lues**, von Stämpke. (Archiv für Dermatologie und Syphilis. CXVII. H. 2.)

Bei einem über den ganzen Körper ausgebreiteten papulösen Exanthem eines Luetikers fand sich in der Kreuzgegend eine Hautpartie, die vorher von einem Kapsikumpflaster bedeckt war, absolut frei von Effloreszenzen.

Die durch das Kapsikumpflaster hervorgerufene Hyperämie scheint die Spirochäten in ihrer Stoffwechsellätigkeit gehemmt zu haben, sodaß es an dieser Stelle nicht zur Entstehung spezifischer Effloreszenzen kam. Demnach müssen die Zirkulationsverhältnisse bei der Entwicklungluetischer Exantheme von größter Bedeutung sein. Lilienstein-Hamburg.

IV. Bibliographie.

Nagelschmidt, Die Lichtbehandlung des Haarausfalles. (Berlin, Springer, 1913. 87 Abbildungen. 3,20 Mk.) — Verf. bekennt sich als unbedingten Anhänger der Quarzlampenbestrahlung bei Hautkrankheiten und, wie man hinzufügen kann, bei fast allen Haarerkrankungen. Da hierdurch eine plausible Erklärung für die so verschiedenartigen Krankheitsprozesse unwahrscheinlich ist, so hat Verf. kein Recht, die „mittelalterliche“ Anschauung der Beeinflussung des Haarkleides durch bestimmte Ernährungsstörungen in Frage zu stellen. Denn hierfür liegen wenigstens vom tierärztlichen Standpunkte gewichtige Erfahrungen vor. Dagegen wird man bei den Beobachtungen des Verf.'s am kranken Menschen noch immer Zweifel genug hegen, ob denn auch andere Beobachter zu der gleichen Anschauung gelangen werden. Verf. hat z. B. von den seborrhoischen Alopecien 53 Fälle beobachtet, welche sämtlich, und zwar meist durch eine einmalige Bestrahlung, geheilt worden sind. Es muß aber auffallen, daß fast von allen übrigen Seiten diese Behandlung als unwirksam aufgegeben ist. J.

V. Therapeutische Notizen.

Ekzem:

- | | | | |
|----|------|--------------|------|
| | Rez. | Zinci oxyd. | 3,5 |
| 1) | | Lenigallol | 2,0 |
| | | Lanolin | 3,5 |
| | | Vaselin | 30,0 |
| | | (Churchill.) | |

J.

Scabies:

- | | | | |
|----|------|------------------|------|
| | Rez. | Kalii carbon. | 1,0 |
| 2) | | Sulf. praec. | 3,0 |
| | | Adip. benzoinat. | 12,0 |

J.

Teerbäder:

- | | | | |
|----|------|---|------------|
| | Rez. | Ol. Cadin. | 50,0—100,0 |
| 3) | | Eigelb | 1—2 |
| | | Extr. fluid. quillayae | 10,0—20,0 |
| | | Aq. q. s. | ad 500,0 |
| | | (Gougerot, Paris médical. 1913. H. 10.) | |

J

VI. Vereinsberichte.

Nordostdeutsche dermatologische Vereinigung.

Zweite Sitzung am 19. Oktober 1913 in Königsberg i/Pr.

Scholtz: a) Demonstrationen. 1. *Hydroa vacciniiformis* bei einem 10 jähr. Mädchen. Der Prozeß ist jetzt, wie stets im Winter, mit Narben abgeheilt. Ursache in diesem Falle unbekannt; Behandlung mit Zeozonsalbe. Jessner gibt bei *Hydroa* prophylaktisch Ichthyolpasten. 2. *Mycosis fungoides*, lichenoides Stadium bei einzelnen Infiltraten. Salvarsan war erfolglos, dagegen trat Besserung ein nach Kakodyl

und Röntgenbestrahlungen. Es sollen auch intravenöse Chinininjektionen versucht werden. 3. *Scleroderma circumscriptum*, nach Fibrolysininjektionen gebessert. Jessner sieht in solchen Fällen durch Massage und Salizylöl gute Erfolge, die Vortr. bestätigt. 4. 2 Fälle von idiopathischer Hautatrophie. In dem einen typische Lokalisation am Bein mit scharfer Abgrenzung nach der gesunden Haut hin, oben gegen die Inguinalfalte, unten gegen die Malleolen hin. Als Endstadium sieht man schlaffe Atrophie im Gegensatz zur Narbenbildung bei der Sklerodermie. Histologisch wurden Entzündungsprozesse nachgewiesen. Therapie: Heiße Bäder und Massage; Ichthyol innerlich war ohne Erfolg. 5. *Pemphigus vegetans*. Beginn wie meistens im Mund, Blasenbildung mit Brennen beim Essen. Ein Jahr später traten zunächst Blasen am Nabel auf. Jetzt bestehen große Wucherungen in den Achselhöhlen, ähnlich breiten Kondylomen. Die Behandlung besteht in Kakodylinjektionen, nachdem Salvarsan wirkungslos geblieben ist. Dies hat in einem anderen Fall zusammen mit Durchspülungen des Körpers guten Erfolg gebracht, der aber nur vorübergehend war. Es kam zum Rezidiv, bei dem Infusion mit undefibriniertem Blut angewandt wurde. Die zweite derartige Infusion verursachte Krämpfe; vielleicht handelte es sich um Anaphylaxie. Jessner will diese Erklärung nicht gelten lassen und glaubt eher an eine Embolie; wegen derartiger Zufälle solle man lieber von der Infusion undefibrinierten Blutes absehen. Im übrigen wird nach seiner Meinung die Prognose des *Pemphigus* meist zu ungünstig gestellt; selbst Fälle mit Schleimhautaffektion, *Pemphigus foliaceus*, pruriginosus und vegetans können heilen. Als Therapie des letzten kommen Auskratzen und Jodtinkturpinselungen in Betracht, auch wären Versuche mit Tuberkulininjektionen angezeigt. Votr. stimmt den Äußerungen Jessners über die *Pemphigus*prognose zu; der *Vegetans* sei jedenfalls der bösartigste. Histologisch bestehen die kleinen Wucherungen aus Epithel, in den größeren findet sich auch Bindegewebe. 6. Großes Nackenkeloid, mit Epilation, Fibrolysininjektionen und Röntgenbestrahlungen erfolgreich behandelt. 7. *Poikilodermie*. Die Haut zeigt Erytheme, die mit kleinen Blutungen einhergehen, und Atrophien. Die Flecken verschwinden auf Druck. 8. Abbildung einer *Paget disease* von einer kürzlich verstorbenen Patientin. Die Krankheit war nicht, wie gewöhnlich, an der Brustwarze lokalisiert, sondern saß in der Interglutäalfalte; sie bestand aus einer geröteten, leicht indurierten Fläche mit einem Tumor in der Mitte. Beginn vor 7 Jahren, langsamer Verlauf; 6 Jahre bestand nur ein Ekzem, seit einem Jahr traten Knötchen auf. Die Therapie bestand, da eine Operation wegen zu großer Ausdehnung unmöglich war, in Röntgenbestrahlungen. Diese beseitigten wohl das Ekzem, hatten aber ein schnelles Wachstum des Tumors zur Folge mit Metastasenbildung in der Haut und Exitus. 9. Karzinom der Unterlippe. 10. Fall zur Diagnose: Patient mit diffusen und zirkumskripten knochenharten Verdickungen unter der Haut der Hände; subjektiv besteht Jucken. Die Röntgenaufnahme zeigte keine Schatten, es kann sich also nicht um Kalkeinlagerungen handeln, wie bei dem Fall, der in der ersten Sitzung vorgestellt wurde. Vielleicht ist es eine *Sklerodermie (Sklerodaktylie)*. 11. *Pseudopelade Brocq*; kahle, atrophische Stellen der Kopfhaut. Behandlungsversuche mit Höhensonne und Röntgenstrahlen. 12. Fall zur Diagnose: Bei einem Patienten entstehen an den Beinen kleine Hämorrhagien mit histologisch sichtbarer entzündlicher Infiltration, die in hartnäckige Ulzerationen übergehen. Wassermann und Pirquet negativ. Peter glaubt, daß es sich um ein *Skleroderma* handelt. Votr. gibt zu, daß der Patient Jod bekommen hat, hält aber einen Zusammenhang für unwahrscheinlich, weil ein solcher Schub beim Patienten immer erst wochenlang nach Aussetzen des Jods aufgetreten ist. Jessner denkt an ein *Erythema nodosum*. Die Salizyltherapie war in diesem Fall erfolglos gewesen. 13. Fall von *Erythema migrans*, das bei einem Mädchen ohne nachweisbare Ursache, speziell ohne Stich, in der Ellenbeuge entstanden ist und sich über den Arm verbreitet hat. Es besteht nur eine leichte Rötung ohne Jucken. 14. Fall von wahrscheinlicher *Reinfectio luetica* nach Salvarsan und Hg: Ulcus am Penis, keine Bazillen, Drüsenschwellungen. Wassermannreaktion nach der Kur negativ, Autoinokulation erfolglos. 15. Sichere *Reinfectio syphilitica* bei einem mit Hg und Salvarsan behandelten Patienten; frisches Ulcus durum nach einer Inkubation von 12 Tagen. 16. *Lupus vulgaris*, mit Höhensonne behandelt und gebessert. 17. Patientin mit verschiedenen Ulzerationen, die sich als Artefakte herausstellten. 18. *Lupus*, bei dem die Knötchen mit Tuberkulin geimpft waren. Es tritt danach eine Reaktion auf. 19. Kutanreaktion bei Lues: Quaddelartige Schwellung und Rötung an den geimpften Stellen. Der Wert der Reaktion ist illusorisch, da ein negativer Ausfall nicht sicher für und ein positiver nicht gegen Heilung spricht.

b) Vortr. zeigt Präparate von Nervenfärbung der Haut nach Kreibich und spricht über Haarimplantation nach Havas. Das Prinzip derselben besteht in einem an die Haare befestigten kleinen goldenen Haken, der ins Unterhautzellgewebe kommt. Die Implantation geschieht mit Hilfe einer Kanüle der Pravazspritze. Die Haken heilen reaktionslos in die Haut ein; nur in der ersten Zeit besteht leichte Rötung und Empfindlichkeit, die sich aber später verlieren.

c) Referat über Nierenprothesen nach Hennig: Nötig ist ein Abdruck des Defekts, der nach Wien eingeschickt werden muß. Die Prothese besteht aus einer Gelatinemasse, die wie die Haut aussieht und einfach aufgeklebt wird. Nach 2 Tagen kann man sie abnehmen und nach dem Modell neu gießen.

Karwowsky demonstriert Abbildungen eines psoriasisähnlichen Exanthems in der linken Achselhöhle bei einer Patientin, das sich als eine Dermatomykose herausstellte: eine runde, nicht nässende Plaque, die sich vergrößerte, und in gleicher Weise auch in der anderen Achselhöhle und an der Vulva auftrat. Im Schnitt konnten Pilze nachgewiesen werden. Eigenartig war eine Hochhebung der Epidermis am Rande der Affektion.

Döring spricht über seine Erfahrungen mit Kontraluesin. Das Präparat enthält 9,3% metallisches Quecksilber, man macht 4—5 Injektionen alle 4—5 Tage. Die Erfolge waren nicht ungünstig, wenn auch dem Hg. salicyl. und Kalomel nicht überlegen, eher war die Wirkung etwas langsamer. Die Spirochäten verschwanden nach 2—3 Tagen, also langsamer als nach Hg. salicyl., das in der Spirochätentötung anderen Quecksilberpräparaten überlegen ist. Einmal wurde als Nebenerscheinung eine Stomatitis beobachtet, Albumenausscheidung kam nicht vor; die Injektionen verursachten zuweilen Infiltrate. Die Resorption wurde röntgenologisch nach Injektion in Kaninchenohren bzw. in den Schenkel mit nachfolgender Exzision studiert. Dabei zeigte sich eine schnelle Resorption des Kontraluesins, nach der man eine schnellere Rückbildung der klinischen Erscheinungen bei der Behandlung erwarten sollte, als es in Wirklichkeit der Fall ist. — Diskussion: Scholtz findet den Gegensatz zwischen der schnellen Resorption des Mittels und dem verhältnismäßig langsamen Rückgang der klinischen Erscheinungen ebenfalls auffallend und erklärt ihn dadurch, daß bei reichlicher Einverleibung des Quecksilbers — dreimal soviel als beim Hg. salicyl. — ein Teil desselben in unwirksamer Form im Körper zirkuliert. Schourp ist mit seinen Erfolgen zufrieden, speziell in Verbindung mit Salvarsan. Chzelitzer will sogar einen prompteren Rückgang der Syphilide nach Kontraluesin als nach anderen Hg-Präparaten gesehen haben. Jessner hält die Anwendung des Kontraluesins wegen seines hohen Preises für unnötig (Ampulle 6 Mk.). Er stellt das Hg. salicyl. an Wirksamkeit Injektionen und Kalomelinjektionen nach. Scholtz dagegen lobt die schnelle Wirksamkeit des Hg. salicyl.; an Dauerwirkung dagegen und gegen hartnäckige Fälle ist das Kalomel vorzuziehen. Nach Chzelitzer pflegt Chinin die Toxizität des Quecksilbers aufzuheben. Walter Schneider-Königsberg.

VII. Vermischtes.

Aus dem Jahresbericht der von Fabry geleiteten Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke der städtischen Krankenanstalten in Dortmund entnehmen wir, daß man daselbst mit den durch Neosalvarsan erzielten Resultaten dauernd sehr zufrieden ist. Fabry verabreicht das Präparat in nicht zu großen Dosen, und fand das Neosalvarsan weniger toxisch wie Altsalvarsan. Man beginne immer mit kleinen Dosen und überschreite nicht die sogenannten mittleren Dosen. Dann bleibt man vor unangenehmen Erfahrungen bewahrt. Die Behandlung der Syphilis wird durch das Salvarsan ganz erheblich abgekürzt, die Rückfälle sind viel seltener und leichter Art. J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN
VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1914.

Januar.

Nr. 4.

Inhalt. I. Originalmitteilung. Zur Kasuistik des „dentalen“ bzw. „neurogenen“ Ekzems, von Dr. med. J. Christ.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtorganismus durch Injektionen von Eigen serum, Eigenblut und Natrium nucleicum, von B. Spiehoff. 2) Über die therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen, von E. Ullmann. 3) Local treatment of Vincents angina with salvarsan, by J. D. Rolleston. 4) Fisiologia e patologia della pelle nella tosi-infezione colerica, per Sabella. 5) Zur Kenntnis des Glykogens und Eleidins in der Oberhaut, von G. Hanawa. 6) Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kohlensäureschnee, von P. Haslund. 7) Über eigentümliche Pigmentverteilung an den Voigtschen Linien (Beitrag zur Kenntnis der Voigtschen Grenzen), von Sh. Matsumoto. 8) Cellules pigmentaires et associations cellulaires, par A. Borrell. 9) L'action des rayons X sur les tissus néoplasiques comparativement à celle sur les tissus normaux, par J. Steinhaus. — Entzündliche Dermatosen. 10) Basic fuchsin in chronic leg ulcer, by Eugene S. May u. M. L. Heldingsfeld. 11) Lichen nitidus (Pinkus), per Bosselli. 12) Ein Fall von Acanthosis nigricans, von A. Klein. 13) Psoriasis als Konstitutionskrankheit, von Menzer. 14) Die Strahlenbehandlung der Psoriasis vulgaris, von L. Freund. 15) The vaccine treatment of skin diseases, by A. Whitfield. 16) Note sur le lichen plan aigu et la punction lombaire, par Pernet. 17) Ulerythema sycosiforme Unna (Sycosis lupoides Brocq), von Sprinz. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 18) Zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi, von J. Saphier. 19) Sopra un caso di sarcoide sottocutaneo di Darier, per Aldo Narzlassi. 20) Zur Entstehung der Pigmentnaevi, von J. Kyrle. 21) Le traitement du cancer par le radium, par A. Bayet. 22) Verruga peruana, its comparative histological study in man and the ape, per H. N. Cole. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 23) Ein Fall von Sklerodermie, seine Beziehungen zur inneren Sekretion und Bemerkungen über die Ätiologie dieser Erkrankung, von H. Mosenthin. 24) Zwei Fälle von multipler, kleinfleckiger Scleroderma circumscripta, von E. Kretzmer. 25) Dell' azione della tiroidina scleroderma, per L. Martinotti. 26) Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq), von Dreuw. — Neuritische Dermatosen. 27) Herpes zoster generalisatus bei Leucaemia lymphatica, von F. Fischl. 28) Weitere Erfahrungen mit Chininfusionen bei Pemphigus, von R. v. Leszezynski. 29) Ulteriori ricerche sulla etiologia e patogenesi del pemfigo cronico, par P. Longo e A. Speciale. 30) The prurigo of Hebra in five generations, by F. J. Bomberg. — Parasitäre Dermatosen. 31) I tricofti della provincia di Roma, per Pecori. 32) Ein Fall von Scabies norvegica mit einem Beitrag zur Histologie dieser Krankheit, von R. Nagel. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 33) Die intravenöse Behandlung des Lupus vulgaris mit Aurum-Kalium cyanatum, von F. v. Poor. 34) Die Chemotherapie der Tuberkulose mit Ausschluß der Kupferbehandlung, von C. Bruck. 35) Über eine neue Mycosis (Acauliosis), von Vignolo-Lutati. — Gonorrhoe. 36) Zur Behandlung gonorrhöischer Komplikationen, speziell der Epididymitis gonorrhöica, mit Elektrargol, von J. Fürth. 37) Erfahrungen über die endourethrale Massage nach Sellei, von Cronquist. 38) Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhöica, von H. Hecht.

- 39) Die biologische Diagnose der Gonorrhoe, von A. Sommer. 40) Traitement de la blennorrhagie chez la femme par la méthode des virus-vaccins sensibilisés des Besredka, par L. Cruveilhier. 41) Behandlung der Komplikationen der Blennorrhagie mittels der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virusimpfstoffe, von L. Cruveilhier. 42) Zur Frage von der Heilbarkeit der Gonorrhoe bei Prostituierten, von H. Schlasberg. 43) Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe, von Th. Matzumoto. — Syphilis. 44) Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie, von M. Joseph. 45) Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mittels Salvarsan, von U. Müllern-Aspegren. 46) Zur Gabengröße des Neosalvarsans, von Neumayer. 47) Über intravenöse konzentrierte Neosalvarsaninjektionen, von Frühwald. 48) L'action du néosalvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses, par Ravaut. 49) Sur l'hépatite consécutive aux injections d'arsénobenzol et de néosalvarsan, par Rouvière. 50) Erythème scarlatiniforme récidivant consécutif à des injections de néosalvarsan, par Bulliard. 51) Weitere statistische und klinische Beobachtungen in der Salvarsantherapie der Syphilis, von Berger. 52) Die Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohrerkrankungen mit Salvarsan und anderen Arsenpräparaten, von Gerber. 53) Über intravenöse Injektionen von konzentriertem Neosalvarsan, von Katz. 54) Die Injektionen konzentrierter Alt-salvarsanlösungen mit der Spritze, von Dreyfus. 55) Syphilis und Neosalvarsan, von M. L. Heidingsfeld. 56) Überleitungsstörung im Verlauf der Salvarsanbehandlung bei einem Patienten mit später Sekundärlues, von Fuchs. 57) Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica nach Salvarsan und zur Biologie der humanen Syphilis, von Gennerich. 58) Über Abortivbehandlung der Syphilis, von W. Lier. 59) Über die Behandlung der Syphilis mit Antiluëtin Tsutsukis, von K. Sakurane und Sh. Yamada. 60) Über den klinischen Wert von Antiluëtin Tsutsukis, von A. Takahashi. 61) Beitrag zur Behandlung der Lues mit Aurum kalium cyanatum, von Grünberg. 62) Über Erfahrungen mit Embarln, von M. Salomonski. 63) Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis, von B. v. Planner. 64) Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis, von J. Almqvist. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 65) Zur Therapie der Induratio penis plastica, von A. Dreyer. 66) Unilateral polycystic Kidney, by Ch. Barnett. 67) Calcified Kidney, by C. Stewart. 68) An interesting case of venal hematuria, with three anomalous venal arteries, by Harpster. 69) Über subkutane Blasenruptur, von G. Dobreiner.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte.
— VI. Vermischtes.

I. Originalmitteilung.

Zur Kasuistik des „dentalen“ bzw. „neurogenen“ Ekzems.

Von Dr. med. J. Christ, Arzt und Zahnarzt in Wiesbaden.

Gemeinschaftlich mit meinem Assistenten, Zahnarzt Oskar Henn, habe ich folgenden Fall beobachtet, welchem 3 Momente besonderes Interesse verleihen: erstens der offensichtliche Zusammenhang eines akuten Ekzems mit einer dentalen Affektion, zweitens das gleichzeitige Vorkommen von Schleimhautalterationen im Mund und drittens die Lokalisation des Ekzems, welche genau dem Verästelungsgebiet des 3. Trigeminusastes entspricht.

Etwa 52 jähriger sonst gesünder Herr, der angibt nie an Ekzem bzw. Hautaffektionen gelitten zu haben, bekommt Schmerzen an den unteren Zähnen links und nach dem Ohr hin; dann traten „Bläschen“ an Zunge und Zahnfleisch derselben Seite auf. Die Beschwerden halten in wechselnder aber beträchtlicher Stärke an, bis etwa 14 Tage nach dem Beginn der Zahnschmerzen ganz akut eine entzündliche Schwellung an der linken Gesichtshaut auftritt; die

Spannung und Beschwerden werden derart heftig, daß Patient noch in der Nacht einen Arzt kommen läßt. Dieser hält eine eventuelle Infektion für die Ursache der Entzündung und verordnet entsprechende Aufschläge usw. Da nach 3 Tagen neben der Schlaflosigkeit und dem Jucken die Zahnschmerzen noch im Vordergrund der Beschwerden stehen, ließ er den Patienten zahnärztliche Hilfe aufsuchen.

Die gerötete, ödematös geschwollene und gespannte Haut zeigt zahlreiche nässende Partien, welche zum Teil schon unter leichter Krustenbildung im Vertrocknen begriffen sind; hier und da sind kleinste Bläschen bemerkbar; das Ganze bietet das unverkennbare Bild des akuten Ekzems. Die Schleimhaut des Unterkiefers zeigt mehrere oberflächliche Erosionen, die bis doppelte Linsengröße erreichen; auch am Alveolarfortsatz des Oberkiefers sind solche vereinzelt zu sehen. An der Zunge waren auf der linken Hälfte noch einige stärker gerötete Flecken sichtbar, augenscheinlich von abgeheilten Geschwürcen herührend.

An den Zähnen wies der erste Molar unten links leichte pulpitische Erscheinungen auf; der dritte Molar unten links, den Patient als den vermutlich schuldigen Zahn angab, hatte außer einer alten kleinen Plombe keinen kariösen Defekt, saß sehr fest im Kiefer, war weder druck- noch temperaturempfindlich, nur zeigte er deutliche, wenn auch mäßige Perkussionsempfindlichkeit. Kauterisation der Pulpa des ersten Molaren mit arseniger Säure hatte auf die Beschwerden keinen nennenswerten Einfluß, so daß Patient am 5. Tag der Behandlung die Extraktion des Weisheitszahnes verlangte, die in lokaler Anästhesie ausgeführt wurde. Obwohl der Eingriff nicht unkompliziert war (trotz langsamster Luxation frakturierte die festsitzende Wurzel in der unteren Hälfte) verlor Patient daraufhin seine Schmerzen, sowohl im Kiefer als im Gesicht, noch am selben Tage fast vollständig; in den 3 Tagen, die er noch beobachtet werden konnte, ging auch die Dermatitis so merklich zurück, daß an einen ursächlichen Zusammenhang der Hautaffektion mit der Erkrankung des unteren Weisheitszahnes nicht gezweifelt werden kann.

Zahnaffektionen werden bekanntlich unter mehr oder minder Berechtigung mit verschiedenen krankhaften Erscheinungen der Kopf- bzw. Gesichtshaut in ursächlichen Zusammenhang gebracht. Es wäre hier z. B. zu erinnern an die von Jacquet (1) und seinen Schülern mit Eifer vertretene Theorie des dentalen Ursprungs vieler Fälle von Alopecia areata, eine Auffassung, welcher sich Bettmann (1), Pöhlmann (3) u. a. bei der Nachprüfung nicht anschließen konnten. Ein von Jacquet für seine Auffassung benutztes Moment ist z. B. auch das notorische Ansteigen der Häufigkeit der Alopecia areata zur Zeit der zweiten Dentition, während andere hinwiederum eher geneigt sind, dies auf die beginnende Pubertät zu beziehen.

Bulliard (4) führt eine ganze Reihe Fälle von Haarausfall an, in welchen kariöse Zahndefekte, erschwerter bzw. verlangsamer Durchbruch des Weisheitszahnes, starke Zahnsteingingivitis u. dgl. vorhanden war. Bulliard bringt diese Befunde mit dem diffusen Haarausfall in kausalen Zusammenhang. Barden (13), ebenfalls ein Schüler Jacquets, zählt als trophoneurotische Störungen der Haut, welche durch kranke Zähne ausgelöst werden können, auf: Herpes, Impetigo, Alopecia, Herpes zoster und Ekzeme.

Zweifellos deutlichere ursächliche Beziehungen dürften für diejenigen Fälle bestehen, in denen eine ausgesprochene Neuralgie dentalen Ursprungs vorhanden ist, und gleichzeitig lokalisierte Depigmentationen oder Depilation in benachbarten Haargebieten oder einer der Headschen Reflexzonen auftreten.

Bei schweren Fällen von Trigemimusneuralgien sind, geradeso wie bei Neuralgien an anderen Körpergebieten, pathologische Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde aus zahlreichen Beobachtungen bekannt. Austie (6), Knaggs (1), Murray (31), Wyss, Bulliard (4), Bernhardt (6), Seeligmüller (5), Riehl (9), Eulenburg (5) u. a. haben das einseitige Ergrauen der Wimperhaare, der Augenbrauen, bestimmter Streifen der Kopf- und Barthaare im Anschluß an Trigemimusneuralgien beobachtet. Paget (5) sah bei einer an nervösem Kopfweh leidenden Dame nach jedem Anfall das dunkelbraune Haar weiß werden, als wäre es mit Puder bestreut, und nach dem Anfall die normale Farbe wiederkehren. Bellingeri (6), Canstatt (6), Bulliard, Schwimmer, Michelson (31), Eulenburg (31), E. Wilson (31), O. Simon (31) haben beobachtet, daß bei Trigemimusneuralgien, besonders des N. supraorbitalis, die Haare leichter ausfallen können, gelegentlich aber (Bellingeri) auch struppiger und dicker werden und sich leicht spalten (Canstatt). Auch die Schweißdrüsen können bei Gesichtsneuralgien affiziert werden, wie die Beobachtung Schwimmers (7) beweist, welcher bei einem Fall von rechtsseitiger Prosopalgie bei jedem Anfall Erythem und profuse Hyperhidrose derselben Seite sich einstellen sah. Samuel (8) zitiert die Angabe Hasses, daß bei Trigemimusneuralgien „Aknepesteln in der leidenden Gesichtshälfte habituell werden können“. Hallopeau (10) demonstrierte einen Fall von vesikulobullösem Exanthem in der Nasolabialfalte, das im Anschluß an heftige Zahnschmerzen auftrat, und welches er in ursächlichen Konnex mit der Zahnerkrankung bringt. Isaak (1) beobachtete Alopecia areata nach einer Zahnextraktion. Bei einem an Alopecie der Kopfhaut erkrankten Patienten Bettmanns (1) trat 14 Tage nach dem Plombieren des zweiten rechten unteren Prämolaren ein alopecischer Herd rechts am Kinn auf. Goldscheider (34) erwähnt das Vorkommen von Vitiligo bei heftigen Neuralgien.

Bei dem vielfachen Zusammenhang der Trigemimusneuralgien mit Zahnaffektionen kommen alle die eben erwähnten Beobachtungen für den vorliegenden Gegenstand in Betracht. Bården läßt die von den Zähnen ausgehende Reflexwirkung in 5 Arten sich äußern: „Störungen der sensiblen, vasomotorischen, sekretorischen, trophischen Nerven und der Temperatur der betreffenden Zone“. Hierzu wäre zu bemerken, daß erhöhte oder subnormale Temperatur einer Hautstelle doch in vasomotorischen Vorgängen begründet ist, und daß nach unseren heutigen Anschauungen für „trophische Nerven“ zu setzen wäre „trophische Funktion der Nerven“. Ein mehr historisches Interesse haben die Angaben einiger älterer anerkannten Autoren der Zahnheilkunde, z. B. Nessel (11), Pfeffermann (12), von einem „metastatischen Zahnschmerz“, der durch zurückgetretene „Hautausschläge“ verursacht werde. Derartige Behauptungen finden in der neueren zahnärztlichen Literatur anscheinend nirgends eine Bestä-

tigung; vielleicht liegen aber jenen Angaben doch bestimmte Beobachtungen zugrunde, wie ja z. B. auch einzelne Dermatologen und Kinderärzte (Brocq, Henoch u. a.) das Vorkommen sogenannter Ekzemetastasen, Bronchitis, Enteritis usw. nach raschem Verschwinden von Gesichtsekzemen bei Säuglingen für nicht unmöglich halten. Einzelne Autoren glauben sogar an den „Ekzemtod“ (Feer):

Das dentale Ekzem scheint durch Reize pulpitischer, periodontaler und gingivialer Art ausgelöst werden zu können.

Es ist eine jedem Zahnarzt geläufige Erfahrung, daß in bestimmten Nervenbahnen auftretende Reflexschmerzen viel häufiger auf Pulpenerkrankungen als auf periodontale Affektionen schließen lassen. Auch Head (14) erwähnt, daß die reflektierten Neuralgien so gut wie ausschließlich bei Pulpenerkrankungen auftreten, während Affektionen der Wurzeln nur lokalen Schmerz verursachen, der sich auch wohl durch Druck weiterhin ausbreiten und ausstrahlen kann. Jedenfalls sind Neuralgien im Zusammenhang mit Wurzelerkrankungen unzweifelhaft seltener. Es muß bei der Prüfung dieser Verhältnisse auffallen, daß Trigemineuralgien ungleich häufiger mit pulpitischen Reizungen verknüpft sind; die weit selteneren sogen. dentalen Ekzeme im Trigeminusgebiet dagegen viel eher in Verbindung mit periodontalen Affektionen als mit rein pulpitischen beobachtet worden sind. Als Beispiel für ein dentales Ekzem im Anschluß an Pulpaerkrankungen sei die Beobachtung von Denison Pedley (15) zitiert, daß bei einem 4 jährigen anämischen Knaben Ekzem bestand; die zweiten Milchbackzähne bis zur Pulpa kariös; Entfernung dieser Zähne, das Ekzem verschwindet schnell; 14 Tage nach der Zahnextraktion völlige Heilung.

Weniger selten scheinen wie gesagt periodontale oder gingiviale Reize für den dentalen Ursprung mancher „reflektorisch entstandener“ Ekzeme in Betracht zu kommen. So gibt z. B. Jarisch der traditionellen Ansicht Ausdruck, wenn er sagt, daß Ekzeme zur Zeit der Dentition entstehen, oder ein bestehendes hierdurch verschlimmert werden kann. Es soll aber nicht verschwiegen werden, daß im Gegensatz zu dieser Auffassung der ältere Hebra es ablehnt „den physiologischen Vorgang der Dentition als ekzemerzeugendes Moment“ anzuerkennen. v. Kaczorowski (16) bringt ebenfalls die Ekzeme der Kinder mit den Dentitionsvorgängen in Zusammenhang; Quillier (17) nur insoweit, als durch dieselben Störungen des Gesamtorganismus hervorgerufen werden. Block (18) hat darauf hingewiesen, daß in dem zweiten Lebensjahre die Ekzembhäufigkeit gegen das erste merklich abnimmt, und Joseph scheint deshalb den z. B. auch von Unna angenommenen Zusammenhang gewisser Ekzemformen mit den Dentitionsvorgängen in Frage zu stellen. Andere lehnen entweder ausdrücklich eine kausale Brücke zwischen Dentition und Ekzem ab, oder sie suchen den tieferen Grund der Ekzembildung bei Säuglingen vor allem in gastrointestinalen Störungen, während die Dentition dabei nur eine nebensächliche Rolle spiele. Je mehr man bei der Dentition ins Auge faßt, daß es sich dabei um einen physiologischen Vorgang handelt, um so weniger wird man (Kassowitz) dieselbe als Ursache für einen gleichzeitigen pathologischen Zustand des Organismus zu halten geneigt sein. Moro (32) erinnert jedoch daran, daß auch unzweifelhaft physiologische Geschehnisse, wie die Menstruation und der Geburtsakt ganz ausgesprochene Beschwerden hervorrufen können.

Zu der Gruppe von Ekzemen, die reflektorisch durch Reizung des

Peridentiums entstanden zu sein scheinen, dürfte auch der oben beschriebene Fall zu rechnen sein. Zu betonen ist allerdings, daß sich die Diagnose Periodontitis nicht mit völliger Sicherheit stellen ließ; es fehlte vor allem die Druckempfindlichkeit, die aber bei sehr fest steckenden Zähnen manchmal erst im weiteren Verlauf der Wurzelentzündung zum Vorschein kommen kann. Das Fehlen jeglicher Temperaturempfindlichkeit ließ aber Pulpitis als unwahrscheinlich erscheinen. Eine stärkere Vaskularisation an dem Wurzelperiost des extrahierten Zahnes spricht für die periostale Reizung. Die gleichzeitige beginnende Pulpitis des ersten Molaren ist als zufälliger, mit der Erkrankung des Patienten nicht zusammenhängender Nebenfund zu betrachten.

Ekzembildung bei Wurzelspitzenenerkrankungen scheinen recht selten zu sein; ich habe bei einer — allerdings nicht umfassenden — Suche nur noch einen etwa entsprechenden Fall gefunden; Ritter (19) sah im Anschluß an eine Wurzelaffektion lokale Ekzembildung in der Fossa canina, welche nach der Behandlung der Wurzelreizung wieder schnell verschwand.

Mayrhofer (20) beobachtete kürzlich gemeinsam mit dem Hausarzte ein chronisches Ekzem beider Lippen, welches aller medikamentösen Behandlung trotzte; an den Frontzähnen war ziemlich reichliche Zahnsteinablagerung, die bekanntlich stets einen entzündlichen Reiz auf die Gingiva ausübt. Nach Beseitigung dieser Ablagerungen verschwand das Ekzem innerhalb einer Woche. Wenn man nicht die örtliche Wirkung des gingivitären Speichels für das Auftreten dieses Ekzems verantwortlich machen kann, was ich nicht ganz ausschließen möchte, hätten wir nach Mayrhofer hier eine Beobachtung, welche die Entstehung eines Ekzems reflektorisch durch Gingivareizung als wahrscheinlich erscheinen läßt. Ter Gregoriantz (1) sah bei einer gingivitären Reizung in der Umgebung einer kariösen Zahnwurzel Alopecia areata des benachbarten Schnurrbartteiles auftreten. Über die gingival entstandenen Ekzeme äußert sich Ritter: „daß auch, wenngleich weniger häufig, Gesichtsekzeme bei Erwachsenen vorkommen, die infolge schlechter Zähne an intensiver Gingivitis leiden, und schwinden dieselben ohne lokale Behandlung, nachdem die Mundhöhle ausgeheilt ist“ (S. 256).

Die zweite beachtenswerte Begleiterscheinung des beschriebenen Falles ist das gleichzeitige Auftreten von Alterationen der Mundschleimhaut, die einen mehr als rein katarrhalischen Charakter zeigen und auf Störungen schließen lassen, welche der Ekzembildung der äußeren Haut analog sind. Zu erwähnen ist hierbei, daß die „Bläschenbildung“ auf Zunge und Zahnfleisch nach den Angaben des Patienten der äußeren Eruption voranging, und daß auch an der Schleimhaut des Oberkiefers — wenn auch in geringerer Zahl — die gleichen Erscheinungen wie an dem Unterkiefer zu bemerken waren. Die Innenseite der Wange sowie den Gaumen zu besichtigen habe ich leider versäumt.

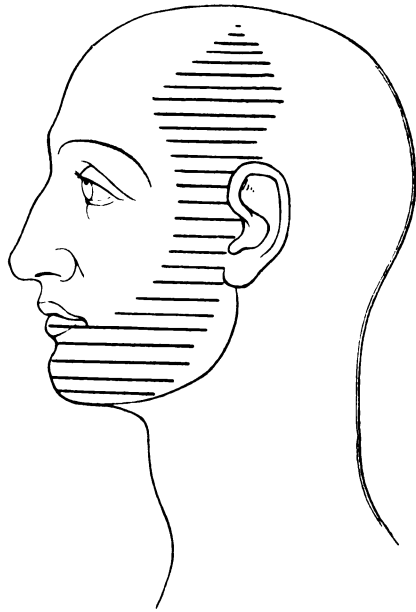
Da z. B. Jarisch (21) ausdrücklich erklärt, daß es bezweifelt werden müsse, ob das Ekzem primär und selbständig auch an den Schleimhäuten auftreten

könne, so scheint diese Beobachtung vielleicht von einigem dermatologischen Interesse.

In diesem Zusammenhang darf wohl auch darauf hingewiesen werden, daß Moro (22) umgekehrt für die Stomatitis aphthosa ein Analogon auf der äußeren Haut gefunden zu haben glaubt, eine Affektion, welche er als Dermatitis fibrinosa faciei, als „Hautaphthen“ bezeichnet. Es darf ferner hier herangezogen werden, daß bei manchen Trigemini-neuralgien bekanntlich das Zahnfleisch in dem Anfälle geradeso anschwillt, wie die äußere Haut glänzend und gedunsen werden kann.

In seltenen Fällen kann man während der Behandlung von Zahn-erkrankungen eine meist einseitige Bildung kleiner Bläschen in regionären Gaumenpartien bemerken. Ein Beispiel:

62 jähr. Dame, seit mehreren Tagen periodontitische Schmerzen in M', kommt zur Behandlung. Da dieser Zahn Pfeiler einer dreigliedrigen Goldbrücke ist, nur symptomatisch Jodaconitpinselung des umgebenden Zahnfleischs. Am 4. Tage der Beobachtung Abnahme der Schmerzen, leichte ödematöse Schwellung, nirgends palpable Fluktuation, subjektives geringes Fiebergefühl; an Gaumenwölbung beiderseits stecknadelkopf-große rote Erosionen auf einem Bezirk von je 2—3 qcm. Am 8. Tage Beschwerden nur noch durch das Wundsein des harten Gaumens. Dieser beiderseits von der Raphe, unter Freibleiben der letzteren und einer mit der Lingualseite des Zahnbogens parallelen Zone von etwa 2 cm Breite, bedeckt mit roten epithelentblösten Stellen, die augenscheinlich zum Teil aus den ursprünglichen konfluieren. Bei einigen größeren (bis halbe Linsengroße) auch leichte Trübung des Bodens der Erosion. Für eine feste Einfügung dieser Schleimhautveränderung unter einen bestimmten klinischen Begriff möchte ich mich nicht aussprechen. Der Erscheinung nach könnte man am ehesten an zosterähnliche Eruptionen denken, wogegen jedoch das symmetrische Auftreten zu beiden Seiten der Mittellinie und der Mangel offensichtlicher Beziehungen zum Verlauf peripherer Nerven zu sprechen scheinen. Was den letzteren Punkt betrifft, so wäre möglicherweise vielleicht an einen Konnex mit der medianen Doppelinnervation zu denken.



Als letztes Symptom, welches ganz besonders betont sei, wäre das absolute Zusammenfallen des Ekzems mit dem Innervationsgebiet des 3. Trigemini-astes zu nennen, wie es R. Zander (23) durch den präparatorischen Nachweis festgestellt hat. Die Abbildung läßt diese völlige

Übereinstimmung erkennen. Auf dem behaarten Kopfe fällt die mediale Begrenzung zusammen mit der vorderen Grenze der noch vorhandenen Schädelbehaarung. Das Verhalten zu der Mittellinie konnte nicht völlig klar gestellt werden, da dichter Bartwuchs hier die Haut bedeckte; an einzelnen Stellen schien die Mittellinie etwa 1 cm überschritten; die Unterlippe war auch auf der rechten Seite rissig und borkig.

Die Ekzemlokalisierung bei meinem Patienten entspricht augenscheinlich genau dem Falle von Cavafy: 38 jähriger Mann, der einen Anfall von Trigeminusneuralgie erlitten, nach 9 tägiger Dauer der Krankheit ein konfluierendes akutes Ekzem auf der ganzen linken Wange und der Kopfhaut bekam (zitiert nach Schwimmer S. 122). Beobachtungen von Ekzemeruptionen, die sich über das Verästelungsgebiet bestimmter Hautnerven erstrecken, finden sich in der Literatur nur sehr spärlich, während die Kasuistik der lineären Ekzeme, besonders an den Extremitäten, eine ungleich reichere ist. Außer dem eben angeführten Falle von Cavafy ist vor allem noch hinzuweisen auf die Fälle von Plumert (24), Bettmann (24), Brocq, Brouardel (25), Purdon (25), und „namentlich den von Marcacci (25), welcher anatomische Veränderungen im Sympathicus nachweisen konnte“.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, die Frage der Abhängigkeit des „neurogenen“ Ekzems von den angioneurotischen oder den trophischen Einflüssen, welche von den peripheren Nerven ausgehen, eingehender zu erörtern. Von beiden Innervationsbahnen können Einflüsse auf die Haut übermittelt werden, welche für die trophischen Einflüsse des Organes von größter Bedeutung sind. Zwischen beiden bestehen, wie R. Cassirer (26) wiederholt betont, enge Beziehungen. Das ganze Thema wäre um so schwieriger zu behandeln, da die Ansichten über die eigentliche Ursache des Ekzems, wie so vieler anderer Hautaffektionen, unter den Dermatologen noch ganz divergierende sind. Und selbst wenn wir eine offensichtlich „neurogene“ Ekzemform wie hier sehen, ist uns damit noch gar nichts Näheres über das „Wie“ der feineren nosogenen Vorgänge gesagt.

Da das Ekzem im Anschluß an eine dentale neuralgische Affektion des Trigeminus begann, wäre die Frage nach dem Entstehen der Dermatitis in unserem Falle vielleicht eher zu beantworten, wenn wir über das Wesen der Neuralgie selbst etwas Genaueres wüßten. Leider ist die Pathogenese der letzteren immer noch sehr dunkel, „ja man kann sagen, daß wir eine befriedigende Aufklärung zu geben heute noch ganz außerstande sind“. Sichere direkte pathologisch-anatomische Befunde sind keine vorhanden, „für die Mehrzahl aller Fälle muß,“ wie Bernhardt sagt, „eine für unsere heutigen Hilfsmittel erkennbare Veränderung geradezu ausgeschlossen werden“. Aber wenn eine solche vorhanden ist — und wir müssen eine solche erwarten —, so muß sie nach der übereinstimmenden Ansicht fast aller Forscher (Erb, Eulenburg, Gowers, Austie, Bernhardt) in den zentralen sensiblen Elementen auftreten.

Unna beschreibt bei den Dentitionsekzemen die „reflektorisch“ von der Wangen- und Stirngegend an entfernteren Körperstellen, z. B. Handrücken und Handgelenke auftretenden Ekzemeruptionen. Wenn die Experimente und Schlußfolgerungen Csillags richtig sind, so gibt es kein derartiges Reflexekzem, d. h. mit anderen Worten: ein an einer Stelle entstandenes Ekzem könne nicht „reflektorisch“ eine Eruption an anderer Stelle hervorrufen; immer bewirke eine gemeinsame Ursache selbständig die verschiedenen Ausbrüche. Nehmen wir für die Entstehung mancher Ekzeme — uns der Auffassung französischer Dermatologen oder auch Ullmanns (30) anschließend — toxische (autotoxische?) Ursachen an, also „in der Blutbahn kreisende schädliche Substanzen“, so könnten wir uns nach den heutigen Ergebnissen der Nervenphysiologie das Gebundensein eines Ekzems an größere oder kleinere Nervenbezirke einigermaßen erklären.

Wenn wir den Fall einer Trigemimusneuralgie infolge dentaler Reizung ins Auge fassen, so können wir sehen, wie unzweifelhaft sympathische Fasern des Trigemimusbezirkes in ursächlichem Zusammenhang mit der Zahnaffektion reflektorisch in ihren Funktionen gestört werden; als einwandfreien Beleg hierfür weiße ich auf die verschiedenen vasomotorischen Störungen der Gesichtshaut hin, welche dabei zu beobachten sind. Ob auf die oben aufgezählten sonstigen gelegentlichen pathologisch-trophischen Begleiterscheinungen ebenfalls Sympathicuselemente einwirken, können wir nicht gerade so bestimmt behaupten; aus verschiedenen Erwägungen erscheint dies wahrscheinlich, zum mindesten aber ist nichts gegen eine solche Annahme bewiesen. Für bestimmte Ekzemfälle vermuten z. B. auch Besnier und Brocq „eine plötzliche angioneurotische Störung der Gesamthaut als Ursache“.

Gerade über die sympathischen und die (für das Trigemimusgebiet ebenfalls in Betracht kommenden) parasymphatischen Fasern sind durch das Tierexperiment die toxischen Wirkungen zahlreicher Gifte geprüft, und es ist festgestellt worden, daß „ungemein zahlreiche und komplizierte Giftwirkungen am Nervensystem möglich sind“ (30). Die meisten Sympathicusgifte greifen an den peripheren Nerven-Endapparaten an; von den mehr zentral wirkenden werden manchmal die Elemente einzelner Sympathicusganglien stärker betroffen als die benachbarter Ganglien; sogar innerhalb der Ganglien werden einzelne Zellen und Zellgruppen zeitlich und graduell verschieden toxisch beeinflusst.

Durch den starken dentalen Reiz, welcher längere Zeit im 3. Trigemimusaste zentripetal fortgeleitet wurde, sind jedenfalls zunächst die zentralen, sensiblen Ganglien in eine pathologische Erregung versetzt worden, und von hier ausgehend gerieten dann die sensiblen Fasern des ganzen 3. und zum Teil des 2. Astes in den Zustand, den wir als die hypothetische „neuralgische Veränderung“ bezeichnen. Bei den engen Beziehungen, welche zwischen den sensiblen und sympathischen Fasern der Haut anzunehmen sind, wird die Alteration der ersteren imstande sein, auch die feinen biochemischen Vorgänge in den letzteren zu be-

einträchtigen. So wird gewissermaßen die Haut in diesem Bereich sensibilisiert sein, und auf diese Weise können die latenten Noxen in dem affizierten Gebiete eine pathologische Äußerung in Form eines akuten Ekzems hervorrufen, zu welcher ihre Toxizität an nicht sensibilisierter Haut zu gering war.

Es wäre dies eine ähnliche Auffassung, wie sie z. B. v. Tappeiner und nach ihm Busck (27) zur Entstehung des Buchweizenexanthems heranziehen. Der Hinweis auf das merkwürdige ausschließliche Auftreten des Buchweizenexanthems an den wenig bzw. nicht pigmentierten Hautstellen dürfte bei dieser Gelegenheit schon aus dem Grunde nicht unangebracht erscheinen, weil auch bei der Pigmentierung der Haut eine Mitwirkung nervöser und zwar sympathischer Faktoren aus vielen Fällen wahrscheinlich ist.

Nur ist das sensibilisierende Agens hier chemisch nachweisbar, das durch die Buchweizennahrung dem Kreislauf beigemischte Fluorophyll, während die Noxe keine innere, sondern eine von außen einwirkende ist, nämlich die Aktinität gewisser, normalerweise unschädlicher Lichtstrahlen. Das Tertium comparationis wäre das supponierte Zusammenwirken zweier ganz verschiedener Faktoren, durch welche die resp. Dermatosen entstehen.

Verwandten Gedanken, allerdings von anderen Beobachtungen ausgehend, begegnen wir bei Blaschko und Brocq (24), die zu der Annahme geneigt sind, daß der Zoster bzw. die Neuritis, welche ihren Fällen von Lichen bzw. Ekzem vorausgingen, einen locus minoris resistentiae geschaffen haben, auf dem sich dann diese Hautaffektionen mit derselben Lokalisation entwickelten.

Bei einer Hineinbeziehung des Begriffes der Sensibilisierung würde die Rolle, welche die Nerven bei der Entstehung des Ekzems in unserem und in ähnlichen Fällen spielen, nur eine solche zweiten oder dritten Ranges sein.

Eine derartige Auffassung dürfte jedenfalls unserem heutigen medizinischen Denken am ehesten entsprechen, ohne Zweifel weit mehr, als wenn wir etwa annehmen wollten, daß die Nerven dabei irgendeine wesentliche und direkte Veranlassung zu der Ekzembildung abgeben könnten.

Literatur.

1. Bettmann, Beziehungen der Alopecia areata zu dentalen Reizungen. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXX. 1904. — 2. J. Glogauer, Über Beziehungen zwischen Zahn- und Hautkrankheiten. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. 1903. S. 246. — 3. A. Pöhlmann, Beiträge zur Alopecia areata. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1913. — 4. H. Bulliard, Dépilation diffuse. Paris 1912. — 5. G. Behrend, Haarkrankheiten. Eulenburgs Realencykl. d. ges. Heilkunde. VIII. 1886. S. 557. Wien u. Leipzig. — 6. Bernhardt, Erkrankungen der peripheren Nerven. Wien 1897. Nothnagels Spez. Pathologie u. Therapie. — 7. Schwimmer, Neuropathische Dermatonosen. Wien u. Leipzig. 1883. S. 216. — 8. S. Samuel, Die trophischen Nerven. Leipzig 1860. S. 167. — 9. Riehl, Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. LXXXII. 1906. S. 423. — 10. Hallopeau, Ebenda. XCII. 1908. S. 471. — 11. Nessel, Zahnheilkunde. Wien 1855. — 12. Pfeffermann, Zahnheilkunde. Erlangen 1862. — 13. A. Barden, Répercussions cutanées des irritations gingivo-dentaires. Schweiz. Vierteljahrsschrift f. Zahnheilkunde. 1906. Heft 3. — 14. H. Kron, Bedeutung der Headschen Lehre von den Sensibilitätsstörungen für die Zahnheilkunde. Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde. 1905. S. 16. — 15. R. Denison Pedley, The relationship between Dental and other Diseases. Ref. in der Deutschen Monatsschrift f. Zahnheilkunde. 1906. S. 449. — 16. v. Kaczorowski, Ätiologischer Zusammenhang zwischen Entzündung des

Zahnfleisches und anderweitigen Krankheiten. *Allgem. med. Centralzeitung* 1885. — 17. Quillier, L'Ekzéma des nourrissons. Thèse de Paris 1901. Ref. im *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*. LXVIII. 1903. S. 310. — 18. M. Joseph, *Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten*. 7. Aufl. Leipzig 1910. S. 61. — 19. P. Ritter, *Zahn- und Mundleiden mit Bezug auf Allgemeinerkrankungen*. Berlin 1897. — 20. B. Mayrhofer, *Zähne und Haut*. *Ergebn. d. ges. Zahnheilkunde*. III. 1913. Heft 5. — 21. A. Jarisch, *Hautkrankheiten*. Wien 1900. — 22. E. Moro, *Über Dermatitis fibrinosa faciei*. *Münchener med. Wochenschrift*. 1911. Nr. 6. — 23. R. Zander, *Beiträge zur Kenntnis der Hautnerven des Kopfes*. *Anatom. Hefte*. I. Abteil. 1897. Heft 28—30. — 24. Blaschko, *Nervenverteilung in der Haut usw.* Wien u. Leipzig 1901. — 25. H. v. Hebra, *Krankhafte Veränderungen der Haut*. Braunschweig 1884. S. 48. — 26. R. Cassirer, *Vasomotorisch-trophische Neurosen*. 2. Aufl. Berlin 1912. — 27. G. Busck, *Über die Pathogenese des Buchweizenexanthems*. *Mittel. aus Finsens Medicinske Lysinstitut in Kopenhagen*. Jena 1905. Heft 9. S. 193. — 28. J. Csillag und S. Róna, *Zur Ekzemfrage: Gibt es ein Reflexekzem?* *Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis*. LXIII. 1902. S. 213. — 29. Gottlieb und Meyer, *Experimentelle Pharmakologie*. 1911. 2. Aufl. S. 24. — 30. K. Ullmann, *Über autotoxische und alimentäre Dermatosen*. *Wiener med. Presse*. 1905. Nr. 23. — 31. A. Sack, *Haarkrankheiten*. *Mraček's Handbuch d. Hautkrankheiten*. IV. Wien 1910. — 32. E. Moro, *Erkrankungen der Mundhöhle*. *Handb. d. Kinderheilkunde (Pfaundler u. Schlossmann)*. II. 1906. 1. Hälfte. — 33. P. G. Unna, *Ekzem*. *Mraček's Handbuch d. Hautkrankheiten*. II. S. 224. — 34. A. Goldscheider, *Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems*. Berlin 1911. S. 92. — 35. K. Sibley, *The relation between the teeth and certain diseases of the skin and mucous membrane*. *Lancet*. 1911. S. 1206.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Die Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut und des Gesamtorganismus durch Injektionen von Eigenserum, Eigenblut und Natrium nucleinicum**, von B. Spiethoff. (*Dermatolog. Wochenschrift*. 1913. Nr. 42.)

Bei der klinischen Verwendung der Eigenserum-Eigenblutbehandlung beobachtete Verf. Erscheinungen, die er als Umstimmungen der Haut im Sinne einer Herabsetzung der Empfindlichkeit auf äußere Reize deutet. Damit erweitert sich die Indikationsstellung für die Anwendung der Eigenserum- oder Eigenbluttherapie auf Fälle, die während der Behandlung eine besondere Empfindlichkeit gegen chemische Stoffe darbieten, und bei denen deshalb die Abheilung auf große Schwierigkeiten stößt. Wertvoll wird diese Wirkung von Serum oder Blut ganz besonders bei der Ekzembehandlung werden, bei der man nicht selten Fällen begegnet, die auf chemische Stoffe selbst milder Art mit Zunahme entzündlicher Erscheinungen reagieren. Hierfür führt Verf. einen Fall als Beispiel an.

Schourp-Danzig.

- 2) **Über die therapeutische Anwendung von Normalserum bei juckenden Dermatosen**, von E. Ullmann. (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*. CXVIII.)

Verf. hat folgende Resultate erzielt: Bei 2 Kindereczemen kein Erfolg, ebenso bei mehreren Fällen von Duhring. Bei 2 Urticariafällen trat eine Abnahme des Juckreizes auf. Die verhältnismäßig günstigsten Ergebnisse wurden bei rein nervösem Pruritus und bei einem Fall von Prurigo Hebrae erzielt.

Barinbaum-Berlin.

- 3) **Local treatment of Vincents angina with salvarsan**, by J. D. Rolleston. (*The Practitioner*. London 1913. Dezember.)

In einem Falle von Vincents Angina, dessen genaueste Untersuchung Fehlen von Diphtheriebazillen, keinerlei Zeichen oder Vorgeschichte von Syphilis, sowie negative Wassermannreaktion feststellte, hingegen im Ausstrich typische Vincentsche Bazillen nachwies, versagten die verschiedensten lokalen Maßnahmen Schließlich versuchte Verf. das Einreiben der Tonsillenulzeration mit Salvarsanpulver und zwar 3 Einreibungen an 3 aufeinander folgenden Tagen und eine 4. nach weiteren 6 Tagen. Hiernach trat prompte Heilung der Erkrankung ein und die Bazillen verschwanden aus den Ausstrichen. J.

4) **Fisiologia e patologia della pelle nella tossi-infezione colerica**, per Sabella. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 5).

In 15 % aller Fälle von Cholera traten zirkumskripte oder diffuse Erytheme oder pustulöse Exantheme auf, die 2 bis 5 Tage andauerten und keine Spuren hinterließen. Das Exanthem soll von prognostisch günstiger Bedeutung sein. Verf. beobachtete außer einfachem Pruritus, Erythemen, papulösen Exanthenen seltener, namentlich bei Kindern und unreinlichen Leuten auch Pusteln, sodann Furunkel und Abszesse, Hautangrän und Ikterus. Diese Exantheme hängen nicht von einer begleitenden Nephritis ab, sondern sind mit dieser eine direkte Folge der Toxine des Cholera vibrio. Dreyer-Cöln.

5) **Zur Kenntnis des Glykogens und Eleidins in der Oberhaut**, von G. Hanawa. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Das von Unna und Golodetz in der sogenannten infrabasalen Schicht nachgewiesene Glykogen unterscheidet sich von dem Glykogen der Schweinsdrüsen dadurch, daß es nie bei gewöhnlicher Bestscher Färbung in Körnchenform auftritt und dadurch, daß es sich nur bei kurzdauernder Bestscher Färbung distinkt färben soll. Verf. hat keine scharfe Abgrenzung der infrabasalen Schicht konstatieren können. Auch geben andere Glykogenmethoden keine einwandfreien Resultate, so daß Unnas Behauptung von dem Vorhandensein von Glykogen in der infrabasalen oder basalen Schicht nicht mit Sicherheit bewiesen werden kann. Zur Darstellung des Eleidins empfiehlt Verf. Alkoholhärtung mit Kongorotfärbung. Bemerkenswert für die Beziehungen von Glykogen und Eleidin sind ihr gemeinsames Auftreten, ihr Erscheinen in Tropfenform, ihr Verhalten zur Meyerschen Färbung. Zum Schluß berichtet Verf. über eine von ihm dargestellte Substanz, die in Form von Körnchen und Tropfen besonders in der infrabasalen Schicht zu finden ist und die er Hämatox-Eleidin nennt. Barinbaum-Berlin.

6) **Über die Behandlung von Hautkrankheiten mit Kohlsäureschnee**, von P. Haslund. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. hat bei verschiedenen Hautkrankheiten Kohlsäureschnee angewendet. Bei Lupus erythematosus wirkt die Methode, auch wenn die üblichen Mittel versagen, ausgezeichnet. Bei den rein erythematosen Formen ist das kosmetische Resultat vorzüglich, abgesehen von einer leichten Depigmentierung. In den als geheilt entlassenen Fällen sind bisher keine Rezidive eingetreten. Bei Rosacea gelingt es mit mäßigem Druck und geringer Zeitdauer (6 bis 7 Sekunden) die Haut schnell zum Erblassen zu bringen. Bei flachen und kavernenösen Angiomen ist das Resultat nicht einwandfrei, besser bei pigmentierten Naevi, Verrucae vulgares und Epitheliomen. Lupus vulg. und Psoriasis sind für diese Therapie nicht geeignet. Barinbaum-Berlin.

7) **Über eigentümliche Pigmentverteilung an den Voigtschen Linien (Beitrag zur Kenntnis der Voigtschen Grenzen)**, von Sh. Matsumoto. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte von mehreren Patienten mit reinen Pigmentnaevi, die in den sogenannten Voigtschen Linien lokalisiert, bisher in der Literatur nicht beschrieben sind. In 11 Fällen waren die oberen, in 2 die unteren Extremitäten befallen; charakteristisch war fast immer eine scharfe manchmal spiralig geformte Grenzlinie zwischen der dunkel gefärbten Streck- und der normal gefärbten Beugeseite. Barinbaum-Berlin.

- 8) **Cellules pigmentaires et associations cellulaires**, par A. Borrel. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXIV. 1913. S. 1215.)

Verf. glaubt zeigen zu können, daß im pigmentierten Ektoderm die Pigmentgranula nicht zur Epidermis gehören, sondern ihnen auf dem Wege einer Zellensymbiose durch besonders differenzierte Zellen des Mesoderms zugeführt werden und zwar durch Fortsätze, welche in die Interzellularlücken der Epidermis hineinwachsen und von hier bis zu dem Kern der Oberhautzellen vordringen können. Diese Pigmentophoren bilden beim Neger auf der ganzen Oberfläche des Koriums eine zusammenhängende Lage, treten aber beim Weißen viel weniger zahlreich auf. Sie sind mit den Langerhansschen Zellen identisch. Anfangs von geringer Größe mit kaum sichtbaren Pigmentkörnchen, entwickeln sie später, namentlich unter dem Einfluß des Sonnenlichts, ihre pigmentierten Fortsätze und haubenartigen Verbreiterungen (calottes). Auf diese Weise kommt es zum Braunwerden durch die Sonne und zum Auftreten von Sommersprossen, während beim Ergrauen der Haare die Pseudopodien in Masse eingezogen werden und ihre Endausbreitungen samt den Zellen, mit denen sie Verbindungen eingegangen waren, sich abschilfern. B. Solger-Neiße.

- 9) **L'action des rayons X sur les tissus néoplasiques comparativement à celle sur les tissus normaux**, par J. Steinhaus. (Journal médical de Bruxelles. 1913. Nr. 35.)

Die normalen Zellen haben eine große Sensibilität gegenüber den Röntgenstrahlen, wenn sie kurz nach oder vor der Zellteilung stehen. Je langsamer die Entwicklung und die Proliferation der Zellen vor sich geht, um so geringer ist ihre Sensibilität. Am wenigsten radiosensibel sind solche Gewebe, deren Zellen nur sehr langsam proliferieren. Analog verhalten sich auch die Tumorzellen: Ihre Radiosensibilität vermehrt sich mit ihrer Proliferationsfähigkeit. Pürckhauer-Dresden.

Entzündliche Dermatosen.

- 10) **Basic fuchsin in chronic leg ulcer**, by Eugene S. May u. M. L. Heidingsfeld. (Journ. of Americ. medic. Assoc. 1913. Mai.)

Bei 20 Fällen von besonders hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren wurden mit einer Salbe von basischem Fuchsin ausgezeichnete Erfolge, Heilungen oder erhebliche Besserungen erzielt. Das Medikament, welches sich als durchaus ungiftig erwies, wurde in folgender Zusammensetzung täglich angewendet: Grüblers Fuchsin für Bakterien 5 Teile, Eukalyptusöl 10 Teile, Lanolin 100 Teile. Wenn, was gelegentlich vorkommt, diese Zusammensetzung eine leichte Dermatitis erzeugt, wird folgende Salbe stets gut vertragen: 1 Teil Fuchsin, 5 Teile Petrolat, 100 Teile Lanolin. Bereits nach kurzem Gebrauch reinigten sich die Geschwüre, sekundäre Entzündungen verschwanden, und die Schmerzen ließen schnell nach. J.

- 11) **Lichen nitidus (Pinkus)**, per Bosselli. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 4.)

Bei einem 36jährigen Mann erschienen vor 2 Jahren zwischen den Fingern kleine, punktförmige, wenig erhabene, bräunliche Papeln, die später auf Hohlhände, Ober- und Unterarme, die seitlichen Bauchpartien, die mittlere Thoraxgegend und den Penis übergriffen. Bis auf eine Vermehrung der einzelnen Elemente trat in 2 Jahren keine Veränderung an denselben auf. Eine wegen gleichzeitig bestehender Syphilis unternommene Hg-Kur hatte keinen Einfluß auf die Papeln. Bei diaskopischem Druck sah man eine graue zentrale, eine braune mittlere und eine blasse periphere Zone. Bei Punktion der Effloreszenz konnte man aus der zentralen Zone etwas Serum herauspressen. Mikroskopisch fand sich ein gut umschriebenes ovales bis rundes Infiltrat, das in seiner Mitte einen Ausläufer nach unten (um ein Gefäß herum) schickte. Das Infiltrat bestand peripher aus einkernigen Rundzellen und Mastzellen, in der Mitte aus Riesenzellen, epitheloiden und einigen Bindegewebszellen und Kapillaren. Über dem Infiltrat ist die Epidermis verdünnt, während sie seitwärts etwas wuchert und das Infiltrat einzuschließen versucht. Tuberkelbazillen oder Mucosche Granula fehlen in den Schnitten. Auf menschliches wie tierisches Tuberkulin läßt sich keine lokale Reaktion erzielen.

Dreyer-Cöln.

- 12) **Ein Fall von Akanthosis nigricans**, von A. Klein. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Verf. beschreibt einen typischen Fall von Akanthosis nigricans. Er hebt als charakteristisch eine Vergrößerung des Reliefs der Haut bis zur papillomatösen Wucherung hervor; begleitet von einer eigentümlich schiefergrünen Pigmentierung. Bei der mit dieser Krankheit behafteten Patientin trat das Hautleiden 10 Monate nach einer Radikaloperation wegen Pyloruskarzinoms auf, im Gegensatz zu den meisten in der Literatur beschriebenen Fällen von Akanthosis nigricans, die zusammen mit dem vorhandenen bösartigen Tumor sich bemerkbar machten. Verf. glaubt deshalb, daß seine Krankengeschichte die von Darier aufgestellte Hypothese von der Reizung des Bauchsympathikus durch die Geschwülste stütze, da bei seiner Patientin die Akanthosis nigricans nicht infolge der giftigen Stoffwechselprodukte des Tumors, sondern durch die Metastasen entstanden sei.

Barinbaum-Berlin.

- 13) **Psoriasis als Konstitutionskrankheit**, von Menzer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Verf. sieht in der Psoriasis ein Hautsymptom konstitutionell bakterieller Erkrankung, und zwar vorwiegend der latenten Tuberkulose. Hierfür spricht die klinische Beobachtung von 10 Patienten des Verf.s (interne Untersuchung und Tuberkulinprüfung). Die Tuberkulinreaktion äußert sich in vermehrter Rötung und Schuppung der Psoriasisherde, häufig in anfänglichem Heraustreten neuer Herde; bei Fortsetzung der Einspritzungen von $\frac{1}{10}$ — $\frac{5}{10}$ mg Tuberkulin erfolgt fortschreitende Rückbildung.

Schourp-Danzig.

- 14) **Die Strahlenbehandlung der Psoriasis vulgaris**, von L. Freund. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 12.)

Um das häufige Rezidivieren der mit Röntgenstrahlen behandelten Psoriasis zu verhüten, empfiehlt Verf. die Effloreszenzen mit einer Kurette bis zur leichten Blutung abzuschaben und dann erst mit einer einzigen nicht an die Epilationsdosis heranreichenden Dosis zu bestrahlen. Rezidive sollen nach dieser Methode nur in geringem Umfange auftreten. Verf. erklärt diese Tatsache dadurch, daß bei der gewöhnlichen Bestrahlung die Röntgenstrahlen

durch die parakeratotischen Auflagerungen zu stark filtriert werden. Dieselbe Methode wird auch für Lichen ruber planus, Mycosis fungoides, chron. Ekzemen empfohlen.

C. Siebert-Charlottenburg.

- 15) **The vaccine treatment of skin diseases**, by A. Whitfield. (British med. Journ. 1913. Nr. 10.)

Bei Hautinfektionen akuter Natur, bei welchen zwar meist nach mehr oder minder langer Zeit Genesung eintritt, oft aber auch schwere Erscheinungen schnell zum Tode führen können (Erysipel), fand Verf. die Vakzinebehandlung von höchstem Werte, oft das einzige Rettungsmittel. Auch bei Furunkulosis wird eine zweckmäßige Vakzination das innere erneute Erscheinen von Furunkeln verhindern, den Verlauf der Erkrankung mildern und abkürzen. Wo Dermatosen, z. B. Sycosis, zu chronischem Charakter neigen, kann eine günstige Beeinflussung erzielt werden. Bei Hauttuberkulose wirkt die Reaktionsmethode stimulierend und aufklärend, ebenso bei Erythema induratum. Für Lupus vulgar. will Verf. Tuberkulin und Bestrahlung kombinieren.

J.

- 16) **Note sur le lichen plan aigu et la puncture lombaire**, par Pernet. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

Sehr gutes Resultat einer Lumbalpunktion bei Lichen planus.

Raff-Augsburg.

- 17) **Ulerythema syosiforme Unna (sycosis lupoide Brocq)**, von Sprinz. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. November.)

Typischer Fall von Ulerythema syosiforme im Anschluß an ein nässendes Ekzem.

Immerwahr-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 18) **Zur Kenntnis des Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi**, von J. Saphier. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 2.)

Ein klinisch und histologisch genau beobachteter Fall dieser seltenen Erkrankung, der dadurch bemerkenswert ist, daß bezüglich der Propagation des Prozesses ein neues, noch nicht erwähntes Moment in Erscheinung trat. Es ließ sich an Serienschnitten nachweisen, daß die Verbreitung der Affektion nicht nur an die Blutgefäße, sondern auch an die Nervenscheiden gebunden ist.

Lilienstein-Hamburg.

- 19) **Sopra un caso di sarcoide sottocutaneo di Darier**, per Aldo Narziassi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 5.)

Bei einem 24jährigen Bauern sind mehrfach bei Anfällen von polyartikulärem Gelenkrheumatismus Hautknoten aufgetreten, die hirsekorn bis nußgroß waren, am Kopf und oberen Extremitäten zuerst lokalisiert waren und von selbst wieder verschwanden. Bei dem letzten Anfall bildeten sich 27 solcher sehr schmerzhafter Knoten am Nacken, in der Schläfe und an den Extremitäten aus, während gleichzeitig am ganzen Körper eine mehrfach rezidivierende Urticaria auftrat. Die Knoten bestanden aus einem in der Subcutis gelegenen nekrotischen Anteil und einem die Nekrose umgebenden halbkreisförmigen Infiltrat, das von Lymphocyten, epitheloiden und Riesenzellen gebildet wurde. Verf. weist darauf hin, daß solche Fälle den Rheumatismus als eine der Ursachen dieser Darier-Roussyschen subkutanen Knotenerkrankungen erkennen lassen.

Dreyer-Cöln.

- 20) **Zur Entstehung der Pigmentnaevi**, von J. Kyrle. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. vertrat bisher im Gegensatz zu der von Unna aufgestellten Theorie der Abstammung der Naevuszellen aus der Epidermis die Ansicht, daß das Bindegewebe der Mutterboden derselben sei. Hauptsächlich stützte sich diese Annahme auf die Tatsache, daß man zwischen allen Naevuszellen, auch denen, die dicht an der Epidermis liegen, Bindegewebssubstanz nachweisen konnte. Erst durch die Untersuchung ganz junger Naevi, die eben im Entstehen begriffen waren und solcher, die eine Fortsetzung in der Entwicklung ersterer zu sein scheinen, konnte Verf. nicht nur Gruppen von Naevuszellen finden, die in Form eines Kolbens durch einen schmalen Hals mit der Epidermis in Verbindung standen, sondern auch Naevuszellen, die innerhalb der Epidermis saßen. Auf diesen Befund gestützt erkennt Verf. Unnas Theorie an.
Barinbaum-Berlin.

- 21) **Le traitement du cancer par le radium**, par A. Bayet. (Journ. med. de Bruxelles. 1913. Nr. 32.)

Um gute Resultate mit der Radiumtherapie zu erhalten, sind beträchtliche Mengen Radium (mindestens 10 mg Radium) erforderlich. Die Behandlung selbst ist sehr leicht ausführbar, verursacht keine Schmerzen und setzt, selbst forciert, niemals solch schwere Schädigungen wie gelegentlich die Röntgenstrahlen. Als Methode der Wahl empfiehlt Verf. das Radium: 1. Bei oberflächlichen Epitheliomen der Haut und Schleimhaut, 2. bei Rezidiven und bei inoperablen Karzinomen des Uterus, der Prostata und des Oesophagus. Sehr zu empfehlen ist die prä- und postoperative Radiumbestrahlung, ferner die Bestrahlung bei tiefer gelegenen aber noch zugänglichen Karzinomen und bei gewissen Formen von Lymphomen und Lymphosarkomen.

Pürckhauer-Dresden.

- 22) **Verruga peruana, its comparative histological study in man and the ape**, per H. N. Cole. (Journ. of Cutan. dis. incl. Syph. New York, Juni 1913.)

Verf. konnte zwar die Verruga peruana in 3 Generationen vom Menschen auf Affen übertragen, doch gelang es ihm nicht in den Tumoren einen der für diese Krankheit als pathogen vermuteten Mikroorganismen zu finden. Größe und Struktur der menschlichen und tierischen Tumoren glichen einander. Verf. nimmt einen noch unbekannt in den Blutbahnen kreisenden Erreger an, der die Lymphwege entzündet und verstopft, wobei subakute entzündliche Veränderungen und Nekrosen entstehen. Charakteristisch für das mikroskopische Bild der Verruga peruana sind: Ausdehnung der Lymphgefäße, Infiltration von Plasmazellen, Fibroblasten und Leukozyten, Bildung und Dilatation von Blutkapillaren, Einwanderung von roten Blutkörperchen in die Gewebe, Ruptur oder starke Ausdehnung der Lymphgefäße, deren Zelleninhalt pyknotische Degeneration und hyaline Veränderung zeigt. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 23) **Ein Fall von Sklerodermie, seine Beziehungen zur inneren Sekretion und Bemerkungen über die Ätiologie dieser Erkrankung**, von H. Mosenthin. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 2.)

Bei einer Patientin, deren Ovarien beiderseits vor 14 Jahren wegen maligner Degeneration entfernt waren, findet Verf. eine ausgebreitete Sklerodermie, verbunden mit auffallenden Pigmentierungen. Dazu kommt noch der Nachweis von adrenalinähnlichen Stoffen im Blut, Blutdrucksteigerung, Tachykardie, leichte Vergrößerung der Thyreoidea und im Röntgenbild des

Schädels eine deutliche Vertiefung und Vergrößerung der Sella turcica. Zur Erklärung dieses Symptomenkomplexes nimmt Verf. eine innere Sekretionsstörung an und zwar eine Hyperfunktion des chromaffinen Systems, d. h. eine Alteration der von den inneren Blutdrüsen, der Hypophyse, der Thyreoidea und der Nebennieren ausgeübten Funktionen, deren Beziehungen zueinander und zum Zirkulationssystem er eingehend an der Hand der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen und mehr oder weniger begründeten Theorien bespricht. Allen übrigen zur Ätiologie der Erkrankung herangezogenen Momenten wie Infektionen, psychischen und lokalen Traumen aller Art, z. B. Temperaturwechsel kommt nach Ansicht Verf. nur eine lokal auslösende Wirkung zu.

Lilienstein-Hamburg.

24) **Zwei Fälle von multipler, kleinfleckiger Scleroderma circumscripta**, von E. Kretzmer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

In dem einen Falle befanden sich mehrere linsen- bis bohngroße weiß gefärbte Flecken im Nacken mit dünn gefalteter Haut, die nach mehreren Wochen an Größe zunahmen und stark juckten. Mikroskopisch starke Atrophie der Epidermis mit relativer Verdickung des Stratum corneum. Unter der Epidermis ein zellarmer Kutisbezirk, umgeben von Infiltrationen, die aus Bindegewebszellen bestehen. Beim zweiten Fall je ein Herd an der linken Jochbeingegend und im Nacken, an deren Stelle nach der Anamnese eine Blasenbildung vorangegangen war. Kleine weiße Flecken bildeten sich an anderen Körperstellen ohne Blasenbildung. Mikroskopisch Hyperkeratose mit Atrophie des Rete. Darunter kernloses Bindegewebe mit Verlust der elastischen Fasern, umgeben von Infiltraten, die hauptsächlich aus Lymphozyten bestehen.

Barinbaum-Berlin.

25) **Dell' azione della tiroidina nella sklerodermia**, von L. Martinotti. (Biol. d. Soc. medic. chirurg. di Modena. 1913. Nr. 28.)

Verf. verzeichnet einen außerordentlich günstigen Heilerfolg durch Thyreoidin bei einem ungemein hartnäckigen und ausgedehnten Fall von Sklerodermie. Bei dem sonst gesunden 23jährigen Manne aus gesunder Familie waren nach prodromalen neuralgischen Schmerzen harte bläulichrote Flecke zuerst auf dem Abdomen, dann am Bein, Rücken, Nacken, nach einer manuellen Anstrengung an den Händen erschienen. Sobald die Flecke, welche die linke Seite bevorzugten, völlig sichtbar waren, hörten die Schmerzen auf, zwischen den einzelnen Schüben lagen 2 bis 8 Monate, schließlich bedeckten sklerodermatische Gebilde Rumpf und Glieder. Nachdem Bestrahlung und Thiosinamin erfolglos geblieben, auch Scharlachrot nur einige Besserung erzielt hatte, versuchte Verf. das von Vasale empfohlene Thyreoidin. Langsam aber stetig blaßten die Effloreszenzen ab und verschwanden schließlich gänzlich. Ein nach 3 Monaten erscheinendes geringes Rezidiv am Arme heilte schnell nach der gleichen Behandlung. Das Medikament wurde in Tropfenform bei den Mahlzeiten verabreicht und mit 2 Tropfen täglich beginnend bis auf 50 Tropfen pro Tag, je morgens und abends die Hälfte gestiegen. Schädliche Nebenwirkungen, z. B. von seiten der Niere, traten nicht auf. J.

26) **Das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans (Pseudopelade Brocq)**, von Dreuw. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Verf. sieht in der Alopecia parvimaclata das Anfangsstadium der Alopecia atrophicans. Er empfiehlt daher die möglichst energische Behandlung dieses Anfangsstadiums, um die scheußlichen, dauernden und unheilbaren Entstellungen der Krankheit zu vermeiden.

Scho urp - Danzig.

Neuritische Dermatosen.

- 27) **Herpes zoster generalisatus bei Leucaemia lymphatica**, von F. Fischl. (Archiv für Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. hat Gelegenheit gehabt, die Komplikation des an und für sich schon selten vorkommenden Herpes zoster generalisatus mit Leucaemia lymphatica zu beobachten. Als Ergebnis seiner Untersuchungen: Veränderungen im Ganglion Gasseri in Form von leukämischen Infiltraten, wie sie in der Literatur bisher nicht beschrieben sind. Zur Erklärung für das Auftreten von Zosterbläschen außerhalb des Nerven gebiets liegen zwei Möglichkeiten vor: a) bereits bestehende leukämische Infiltrate in der Haut sind als Locus minoris resistentiae aufzufassen; b) die Zostereruption trat primär auf und in den Effloreszenzen bildete sich bei bestehender Leukämie ein spez. Infiltrat.

Barinbaum-Berlin.

- 28) **Weitere Erfahrungen mit Chinininfusionen bei Pemphigus**, von R. v. Leszczyński. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 2.)

Verf. hat seine Versuche, Pemphiguskranke mit Chinininfusionen zu beeinflussen, an größerem Material fortgesetzt. Er berichtet über neue, teilweise sehr schwere Fälle auch von Pemphigus exfoliatus, die sämtlich günstig durch seine Methode beeinflusst wurden. Allerdings hat er in einzelnen Fällen über 50 Infusionen innerhalb weniger Monate verabreichen müssen. Ganz eklatant ist der Erfolg bei dem zuletzt beschriebenen Fall, der durch ausgebreitete Schleimhauterscheinungen kompliziert war. 2 Infusionen genügten schon, um dieselben zur Rückbildung zu bringen. Bezüglich der Technik bemerkt Verf., daß er sich einer Lösung von 1 ccm Chinin auf 250 ccm physiologische NaCl-Lösung bedient, die er jeden zweiten Tag, nach Bedarf jeden Tag infundiert. Nebenerscheinungen wurden bei diesen Konzentrationen nicht beobachtet. Verf. rühmt an seiner Behandlungsmethode die beschleunigte Epithelregeneration, die Beschränkung der Exsudation, das Seltenerwerden der Rezidive und die subjektive Besserung aller Kranken. Immerhin muß er zugeben, daß trotz gehäufter Serien von Infusionen ein Dauererfolg nicht zu erzielen war.

Lilienstein-Hamburg.

- 29) **Ulteriori ricerche sulla etiologia e patogenesi del pemfigo cronico**, per P. Longo e A. Speciale. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 5.)

Die Verf. fanden bei Pemphigus vulgaris und foliaceus (in je einem Fall) ziemlich große, grampositive Diplokokken, die sich auf allen Nährböden bei Zimmer- wie bei Bluttemperatur leicht züchten ließen und die mit den früher bei Pemphigus vegetans von denselben gefundenen Diplokokken identisch waren, woraus auf die Zusammengehörigkeit der verschiedenen Pemphigusformen geschlossen wird. Bei Tieren riefen die Kulturen der Kokken weder lokale Eiterung noch pyämische Erscheinungen hervor. Daß Protozoen in der Ätiologie des Pemphigus keine Rolle spielen, glauben die Verff. daraus schließen zu dürfen, daß sie solche nicht fanden und die Salvarsantherapie in ihren Fällen wirkungslos blieb.

Dreyer-Cöln.

- 30) **The prurigo of Hebra in five generations**, von F. J. Bomberg. (St. Paul medic. Journ. 1913. Oktober.)

Die ausgeprägte Prurigo bestand bei 4 Männern und 3 Frauen der gleichen Familie und umfaßte 5 Generationen. Sie war mit Ausnahme eines Falles stets in frühester Kindheit entstanden, dauerte lebenslang an und äußerte sich als stark juckende, papilläre Eruption auf den Außenflächen

von Ellbogen und Knien. Die Familie zeigte nervöse Veranlagung, sowie Neigung zu Arthritis und Drüsenschwellungen. J.

Parasitäre Dermatosen.

31) **I tricofti della provincia di Roma**, per Pecori. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 3.)

Im Hospital San Gallicano in Rom wurden in den Jahren 1910—1912 jährlich 134—188 Trichophytenkrankte aus der Stadt Rom und 77—119 aus der Provinz Rom beobachtet. Auffallend ist ein starkes Überwiegen der Kopftrichophyten, die über 60% aller Fälle betrafen. In technischer Hinsicht ist bemerkenswert, daß Verf. aus Haaren, die ein Jahr lang zwischen Objektträgern gelegen hatten, noch Kulturen erzielte. Feuchtigkeit und Luftzufuhr sind für die Entwicklung der Kulturen von Wichtigkeit. Nur *Trichophyton gypseum* gedeiht auf trockenen Nährböden besonders gut. Bei kleinen Endemien wurde immer derselbe Pilz bei allen Kranken gefunden. *Trichophyton violaceum* wurde bei 46 Kopf-, 1 Bart- und 4 Hauttrichophytien gefunden, *Trichophyton glabrum* bei 1 Kopftrichophytie, *Trichophyton acuminatum* bei 1 Kopf-, 2 Bart- und 2 Hauttrichophytien, *Trichophyton cerebriforme* bei 12 Kopf-, 8 Bart-, 5 Hauttrichophytien, *Trichophyton umbilicatum* bei 1 Kopf-, 5 Bart-, 2 Hauttrichophytien, *Trichophyton paracrateriforme* bei 14 Kopf-, 3 Bart-, 7 Hauttrichophytien, *Trichophyton gypseum asteroides* bei 2 Barttrichophytien, *Trichophyton rosaceum* bei 1 Kopf-, 2 Barttrichophytien und *Trichophyton faviforme* bei einer Nageltrichophytie. Der Vergleich der Statistiken der Autoren lehrt, daß die Häufigkeit der einzelnen Pilzarten an verschiedenen Orten, selbst in benachbarten Provinzen, durchaus verschieden ist. *Trichophyton glabrum* bildete in seinen Kulturen feine Fäden mit wenigen Septen und Seidensprossen und glich den Fäden des *Trichophyton violaceum*. In den kranken Haaren fanden sich bis auf frische Invasionen nur intrapilare Sporenketten. Verf. lehnt es ab, alle Varietäten für sich zu rubrizieren, ohne indes zur Einheit der Trichophytonpilze zurückkehren zu wollen. So wurden namentlich neben dem *Trichophyton crateriforme* eine Anzahl parakrateriformer Arten gefunden. Zu den Endothrixformen, die nur zeitweise auch außerhalb der Haare Myzelien treiben, zählt Verf. auch diese parakrateriformen Pilze. Der Grund, aus dem einzelne Pilze mehr als andere zu tieferen Trichophytieformen führen, läßt sich weder aus ihrer Herkunft vom Tier noch aus der Myzellagerung im Haar allein herleiten, sondern steht auch zu der zufällig befallenen Lokalisation, zur Virulenz der einzelnen Pilze und den Immunkräften des Körpers in Beziehung. So fallen auch Übertragungsversuche auf Tiere mit gleichen Pilzkulturen von verschiedener Provenienz häufig verschieden aus. Den einzelnen Pilzen entsprechen nicht bestimmte Krankheitserscheinungen. Indes bildet das *Trichophyton violaceum* ziemlich häufig kleine, zerstreute, linsenförmige Herde, die zuweilen zu unregelmäßigen, größeren Herden konfluieren, während das *Trichophyton cerebriforme* verhältnismäßig oft runde, münzenförmige, mehr oder weniger infiltrierte Herde bildet, die aber auch vom *Trichophyton rosaceum* gelegentlich gebildet werden. Dreimal hat Verf. Mikrosporie in Rom gesehen, welche bisher dort nicht beobachtet war, einmal mit *Microsporon pubescens* bei einem aus England zugereisten Kind und zweimal bei römischen Kindern mit *Microsporum villosum*.

Dreyer-Cöln.

- 32) **Ein Fall von Scabies norwegica mit einem Beitrag zur Histologie dieser Krankheit**, von R. Nagel. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. 1913. H. 2.)

Bericht über einen wegen seiner Intensität bemerkenswerten, etwa 3 Jahre bestehenden Fall von Skabies, der mit enormer Hyperkeratose und Borkenbildung einherging. Histologisch werden die Befunde anderer Autoren im allgemeinen bestätigt. Die Milben sitzen in der Hornschicht, nur an Stellen mit schmalem Rete Malpighii kommen sie auch in der Basalschicht des Rete vor, wobei jedoch das Gewebe den eingedrungenen Fremdkörper durch eine Lage verhornter Zellen abkapselt.

Lilienstein-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 33) **Die intravenöse Behandlung des Lupus vulgaris mit Aurum-Kalium cyanatum**, von F. v. Poor. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 47.)

In 12 Fällen von Lupus vulgaris sah Verf. entschieden gute Beeinflussung durch das intravenös eingeführte Mercksche Aurum-Kalium cyanatum. Für die allgemeine Praxis eignet sich das Präparat noch nicht.

Schourp-Danzig.

- 34) **Die Chemotherapie der Tuberkulose mit Ausschluß der Kupferbehandlung**, von C. Bruck. (Med. Klinik. 1913. Nr. 46.)

Goldcyaninjektionen üben einen sichtbaren Einfluß auf tuberkulöse Herde aus, von dem es noch nicht erwiesen ist, ob er in einer direkten Schädigung der Tuberkelbazillen oder in einer durch Kapillarschädigung gesetzten Nährbodenverschlechterung besteht. Bei Gelenk- und Lungentuberkulose ist auch durch Cholin günstiger Effekt beobachtet worden. Weitere Studien müssen sich auf die Entdeckung von Substanzen erstrecken, die neben stärkster Parasitotropie die schwächste Organotropie besitzen. Biberstein-Gleiwitz.

- 35) **Über eine neue Mykosis (Acauliosis)**, von Vignolo-Lutati. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 2.)

Bei einer 63jähr. Bäuerin entwickelte sich im Anschluß an eine Verletzung des rechten Mittelfingers durch einen Dorn ohne irgendwie erheblichere subjektive Störungen ein hartes Ödem des betreffenden Gliedes, das in der Folgezeit zu zirkumskripten erbsen- bis kirschgroßen Schwellungen und Erweichungen mit schließlichem Ausgang in Ulzerationen führte. Im Laufe einer Reihe von Monaten erschienen sukzessiv ähnliche Prozesse an der Haut des Vorder- und Oberarmes, ohne daß die benachbarten Drüsen infiltriert waren. Im Sekret dieser Erweichungen und Ulzerationen konnte Verf. einen Pilz nachweisen, der bezüglich seines kulturellen und biologischen Verhaltens zwar eine große Ähnlichkeit mit dem Sporotrichon Beurmanni aufwies, jedoch als ein dem Genus Acaulium angehörige, bisher noch nicht beschriebene Varietät von Matruchot, Paris identifiziert werden konnte. Es handelt sich also um eine neue Erkrankung in der Gruppe der Dermatomykosen, die sehr gut auf große Dosen Jodkali reagierte. Lilienstein-Hamburg.

Gonorrhoe.

- 36) **Zur Behandlung gonorrhöischer Komplikationen, speziell der Epididymitis gonorrhöica, mit Elektrargol**, von J. Fürth. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 25.)

Empfehlung intraglutäaler Injektionen von Elektrargol-Clin, die fast

schmerzlos sind und ohne Hinterlassung eines Infiltrates vorzüglich resorbiert werden. Die Zahl der Injektionen beträgt durchschnittlich 3—4 in zweitägigen Zwischenräumen. In fast allen Fällen rascher Rückgang der Schmerzhaftigkeit und der Temperatur, ziemlich rasche Abschwellung des Nebenhodens und Verkleinerung des Tumors.

Schourp-Danzig.

37) **Erfahrungen über die endourethrale Massage nach Sellei**, von Cronquist. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Verf. hält die Dilatationsverfahren zur Beseitigung von Follikulitiden und Sekretretentionen nicht für die geeignetste Behandlungsmethode. Schon theoretisch sei der Fall anzunehmen, daß die beabsichtigte Dehnung gerade am Drüsenhals einsetzen könne und durch Abschnürung der Drüse eben das Gegenteil von dem Gewünschten erreicht werde. Er empfiehlt zur Behandlung von Follikulitiden die endourethrale Massage nach Sellei. Er kam mit dieser Methode bei Behandlung von Follikulitiden häufiger zum Ziel als mit der Dilatation. Zur Entfernung von Retentionszysten gebraucht er das von ihm modifizierte Selleische Instrument, das er in jedem Fall von Gonorrhoe gebraucht zu wissen wünscht, sobald die akuten Symptome geschwunden sind, da ein größerer Wert auf die Prophylaxe als auf die Therapie der Follikulitiden zu legen sei. Der Wert der endourethralen Massage werde noch erhöht durch die Tatsache, daß die Methode unter die provokatorischen Maßnahmen eingereiht werden könne, wie sich Verf. in verschiedenen Fällen überzeugen konnte.

J. Schumacher-Berlin.

38) **Ein Fall von Tendovaginitis gonorrhoeica**, von H. Hecht. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 46.)

Bei dem Fall handelt es sich um eine Tendovaginitis gonorrhoeica musculi extens. digiti V propr. Die Diagnose wurde mittelst provokatorischer Vakzineinjektion gestellt. Die Heilung erfolgte nach weiteren sieben Vakzineinjektionen ohne Funktionsstörung im Laufe eines Monats. Schourp-Danzig.

39) **Die biologische Diagnose der Gonorrhoe**, von A. Sommer. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 2.)

Im Hinblick auf die Schwierigkeit und Unmöglichkeit, in manchen Fällen von gonorrhoeischen Prozessen bezüglich der Infektiosität der vorliegenden Erkrankung zu einer exakten Diagnose zu gelangen, hat sich Verf. die dankenswerte Aufgabe gestellt, die Ergebnisse der Immunitätslehre für die Diagnose und Therapie der Gonorrhoe verwertbar zu machen. Auf Grund der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und eigener Untersuchungen kommt er zu folgenden Schlüssen: Weder die Agglutination, noch die Komplementbindungsmethode, noch die Kutireaktion, noch die intrakutane Arthigoninjektion und Ophthalmoreaktion sind als diagnostisches Hilfsmittel bei der Gonorrhoe verwertbar, da die gefundenen Resultate teils unsicher und unregelmäßig, teils unspezifisch sind. Auch der praktische diagnostische Wert intramuskulärer Injektionen von Gonokokkenvakzin ist nicht allzu hoch anzuschlagen, da eben nur positive Herd- oder Allgemeinreaktionen durch Temperaturanstiege für die Diagnose Gonorrhoe sprechen, das Ausbleiben dieser Reaktionen jedoch das Bestehen einer Gonorrhoe nicht ausschließen. Von großer diagnostischer Bedeutung sind dagegen intravenöse Injektionen von 0,1 Arthigon, und zwar darf man Temperatursteigerungen von mindestens $1,5^{\circ}$ mit größter „Wahrscheinlichkeit“ für die Diagnose „Gonorrhoe und gonorrhoeische Komplikationen“ ansprechen, während das Auftreten eines Temperaturunterschiedes von über $2,5^{\circ}$ und das Symptom der sogen. Doppel-

zacke, d. h. einer im Verlaufe der nächsten 24 Stunden einsetzenden zweiten Reaktion mit „Bestimmtheit“ die Diagnose Gonorrhoe stellen läßt. In vielen Fällen üben diese intravenösen Arthigoninjektionen auch eine diagnostisch provozierende Wirkung auf den Schleimhautprozeß aus. Lilienstein-Hamburg.

40) **Traitement de la blennorrhagie chez la femme par la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka**, par L. Cruveilhier. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 416.)

Verf. berichtet zum Beweis für die überaus günstige Wirkung von Injektionen der sensibilisierten Virusvaccine nach Besredka eingehender über 2 Fälle von Gonorrhoe bei Frauen. In dem einen Fall war eine doppel-seitige Salpingitis nach 5 Einspritzungen geschwunden und Gonokokken im Vaginalsekret nicht mehr nachweisbar. Verf. begnügte sich aber nicht mit diesen Erfolgen, sondern versuchte eine Art Sensibilisation in vivo, indem er namentlich bei gonorrhöischer Urethritis, Metritis und Vulvovaginitis mit Hilfe von Bougies, Suppositorien u. dgl. ein nach Art des Martinschen Antidiphtherieserums hergestelltes Antigonokokkenserum in die betreffenden Hohlräume einführte. Genauere Mitteilungen sollen später folgen.

B. Solger Neisse.

41) **Behandlung der Komplikationen der Blennorrhagie mittels der Besredkaschen Methode der sensibilisierten Virusimpfstoffe**, von Cruveilhier. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Verf. sah gute Erfolge bei Epididymitis und Arthritis gonorrhöica.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

42) **Zur Frage von der Heilbarkeit der Gonorrhoe bei Prostituierten**, von H. Schlasberg. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. November.)

Die Gonorrhoe bei Prostituierten kann in den meisten Fällen geheilt werden; und zwar haben wir in der 2%igen Cusylolgrütze, das ist Cuprum citricum solubile 6 g in Tragakanthgrütze (Tragakanth 8 g und Wasser 286 g) aufgelöst und mit der Salbenspritze injiziert, ein für die Patientin unschädliches, kräftig wirkendes Mittel im Kampfe gegen die weibliche Gonorrhoe.

Immerwahr-Berlin.

43) **Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe**, von Th. Matsumoto. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 40.)

Alle bisher veröffentlichten Fälle von Zylinderepithelzysten liegen in der Nähe der Raphe und sind angeboren; sie lassen sich als infolge embryonaler Entwicklungsstörung in der Schlußlinie der Genitalrinne entstehende Mißbildung erklären. Am zweckmäßigsten erscheint dem Verf. die Einteilung der Zylinderepithelzysten in solche mit Schleimdrüsen, in solche ohne Schleimdrüsen und in Adenomzysten.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

44) **Der jetzige Stand der Quecksilbertherapie**, von M. Joseph. (Therapie der Gegenwart. 1913. Oktober.)

Verf. bespricht zunächst die Fälle, in denen ein Mann einen verdächtigen Koitus ausgeführt hat und in denen bei der Frau sichere Lues festgestellt ist. Er glaubt in solchem Falle zu prophylaktischer Behandlung, bestehend in einer intravenösen konzentrierten Salvarsaninjektion mit folgender Quecksilberkur, raten zu müssen. Sodann folgen die Erkrankungen, in denen schon *Spirochaeta pallida* nachzuweisen sind, die Wassermannreaktion aber noch negativ ist. Bei diesen Fällen ist aber eine sofortige Abortivbehandlung un-

bedingt erforderlich und gibt die besten Resultate. Am sichersten ist hierbei die kombinierte Salvarsanquecksilberkur. Verf. empfiehlt als kombinierte Kur intravenöse Neosalvarsaninjektionen in Dosen von 0,3, 0,4 und 0,5 g in Zwischenräumen von 8 Tagen, sodann eine Quecksilberkur als Schmier- oder Spritzkur, bei letzterer zunächst mit schneller wirkenden wasserlöslichen Salzen oder Hydrarg. salicyl. oder Calomel und später mit unlöslichen Salzen als Depots. In den so behandelten Fällen kann man, wenn auch nicht mit Sicherheit, von einer Heilung sprechen, wenn in 2 Jahren vierteljährlich Wassermann negativ war. Aus Vorsicht sollte aber noch in den nächstfolgenden Jahren jährlich einmal das Blut untersucht werden. Alsdann erörtert Verf. die vorgeschrittenen Erkrankungsfälle, in denen bei Eintritt in Behandlung das vollkommen klinische Bild samt Lymphadenitis und positivem Wassermann besteht. In solchen Fällen verfährt Verf. folgendermaßen: Zunächst intravenöse Injektion von Neosalvarsan Dos. III, nach 2 Tagen täglich eine Einreibung à 3 g Hg 10 Tage lang, dann Neosalvarsan Dos. IV, folgend 10 Innunktionen à 4 g, hierauf Neosalvarsan Dos. V und zum Schlusse 10 Einreibungen à 5 g. Innerhalb von 2 Jahren läßt er 4—6 derartige Kuren durchführen, bei Erscheinungen noch mehr, nur daß statt der Schmierkuren zur Abwechslung Spritzkuren eingelegt werden mit Hydrarg. salicyl. oder Ol. ciner. In besonders hartnäckigen Fällen, zumal bei Gehirn- und Rückenmarksyphilis, verwendet er etwa 10 Injektionen 40% Ol. Calomelan Zieler. Nebenbei werden die Drüsen mit Hg-einreibungen lokal behandelt. In den Zwischenpausen läßt man Jodpräparate einnehmen, von denen Jodkali immer noch das stärkstwirkende ist, auch sind Geloduratkapseln empfehlenswert oder Jothioneinreibungen bei Erkrankungen des Magendarmkanals. Wann kann man den so behandelten Patienten den Ehekonsens geben? Wenn innerhalb von 4 Jahren post. infect. bzw. von Beginn der Kur viermal Wassermann in den letzten 2 Jahren negativ war. Später soll aber noch in den ersten Jahren je einmal das Blut untersucht werden. Falls nach ungenügender Kur oder trotz reichlicher Kuren im dritten oder vierten Jahre Wassermann positiv ausfällt ohne manifeste Erscheinungen, scheint das Quecksilber allein bessere Wirksamkeit zu entfalten. Wo aber gleichzeitig gummöse Prozesse vorhanden sind, ist wieder die kombinierte Behandlung am Platze. In beiden Fällen sind die Quecksilberdosen von 5—10 g pro die bei Einreibungen zu steigern, während zur Injektion Ol. ciner. oder Kalomelöl am besten benutzt werden. Auch darf eine folgende energische Jodkur nicht vergessen werden. Bei regelrechter Durchführung obiger Behandlungsmethoden besteht die begründete Hoffnung, daß wir zu einer absoluten Befreiung des Körpers von dem syphilitischen Virus gelangen können, während es auch Fälle gibt, die trotz genügender Behandlung einen stets positiv ausfallenden Wassermann haben und andere, die bei ungenügender oder zu spät einsetzender Behandlung vorübergehend negativ werden, aber bald wieder in positive Reaktion umschlagen.

Franz Fischer-Düsseldorf.

45) Beitrag zur Abortivbehandlung der Syphilis mittels Salvarsan, von U. Müllern-Aspegren. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. November.)

Die Erfahrungen des Verf.'s zeigen, daß von Patienten mit Lues recens, bei welchen kräftige intermittierende Hg-Injektionstherapie zur Anwendung gekommen ist, mindestens 60% während des ersten Jahres einen Rückfall gehabt haben, wogegen nur 18% von den mit Salvarsan Behandelten ein Rezidiv bekommen haben.

Immerwahr-Berlin.

- 46) **Zur Gabengröße des Neosalvarsans**, von Neumayer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 48.)

Während überall die Einzeldosen von Neosalvarsan verringert wurden, ging Verf. damit in die Höhe. Er tat es, weil er eine Sterilisatio magna erreichen wollte und die bosnische Bevölkerung zu einer zweiten Einspritzung schwer zu haben ist. Er gibt allerdings noch Hg dazu, manchmal noch einmal Neosalvarsan. Bei Männern gibt er Neosalvarsan = 0,8—0,9—1,00, bei Frauen = 0,6—0,8—1,00 Salvarsan. Nebenwirkungen hat er nicht gesehen und will sogar noch zu höheren Dosen übergehen. (Wenn Verf. nur nicht noch schlimme Erfahrungen macht! Ref.) Raff-Augsburg.

- 47) **Über intravenöse konzentrierte Neosalvarsaninjektionen**, von Frühwald. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Die Erfahrungen des Verf's waren folgende: 1. Die dreimalige Injektion von 0,6 Neosalvarsan auf 10 ccm Wasser innerhalb von 10 Tagen wirkt prompt auf die syphilitischen Erscheinungen aller Stadien ein und bringt sie in etwa 2 Wochen zum Schwinden. 2. Etwa $\frac{2}{3}$ aller Patienten werden nach der ersten Injektion von Nebenerscheinungen in Form von Fieber, Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfall befallen, in erster Linie Kranke mit floriden Symptomen. 3. Nach der zweiten Spritze werden die genannten Folgeerscheinungen bedeutend seltener, nach der dritten etwas häufiger. 4. Kutane Reaktionserscheinungen in Form von Früh- und Späterythemen werden häufig beobachtet. 5. Infiltrationsbildungen durch Austritt der Lösung in das subkutane Gewebe sind sorgfältig zu vermeiden. Sind sie entstanden, so sind sie bei entsprechender Behandlung für die Funktion des Armes unschädlich. 6. Schwere Schädigungen wurden nicht beobachtet. Raff-Augsburg.

- 48) **L'action du néosalvarsan et la réaction de Wassermann chez des malades atteints de tuberculides diverses**, par Ravaut. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

Von 10 Fällen von Tuberkuliden hatten Injektionen von Neosalvarsan einen bemerkenswerten Erfolg in 7 Fällen. In 3 Fällen handelte es sich um papulo-nekrotische Formen, in zweien um Angiolupoiden, in einem um Lupus erythematosus, in einem weiteren um Sarkoide. Bei keinem der Fälle waren Symptome von Syphilis vorhanden, doch war die Wassermannreaktion in 5 Fällen positiv. Raff-Augsburg.

- 49) **Sur l'hépatite consécutive aux injections d'arsénobenzol et de néosalvarsan**, par Rouvière. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

2 Fälle von Ikterus wenige Tage nach je zwei Einspritzungen von Salvarsan à 1,6 und 0,5 bzw. Neosalvarsan à 0,6 mit Leber- und Milzschwellung. Raff-Augsburg.

- 50) **Erythème scarlatiniforme récidivant consécutif à des injections de néosalvarsan**, par Bulliard. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

Fünf Einspritzungen von Neosalvarsan innerhalb 4 Wochen; nach der zweiten, vierten und fünften Auftreten des Exanthems. Am stärksten war dasselbe nach der letzten Injektion, wo auch eine Abschuppung folgte. Raff-Augsburg.

- 51) **Weitere statistische und klinische Beobachtungen in der Salvarsantherapie der Syphilis**, von Berger. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Die nach der kombinierten Methode des Verf's behandelten Fälle blieben bei Primäraffekt in 100% rezidivfrei und serologisch negativ. Bei Lues II

in 96% im ersten Jahr. Dieses Resultat sank im dritten Jahr auf 58%. Also 60% aller Fälle, so behandelt, dürfen auf serologische Dauerheilung hoffen. Trotzdem behandelt Verf. die ersten 5 Jahre chronisch intermittierend. Hg verwendet Verf. stets in Form der Schmierkur. Die von einzelnen Patienten angegebenen Schmerzen während der Injektion deutet Verf. als Überempfindlichkeit und unterläßt dann die Einspritzung, weil er im Anschluß daran zwei Fälle von Enzephalitis, darunter einen letalen, erlebte. Zum Schluß weist Verf. noch auf die Unentbehrlichkeit des Salvarsans hin. Raff-Augsburg.

52) **Die Behandlung der Hals-, Nasen- und Ohrerkrankungen mit Salvarsan und anderen Arsenpräparaten**, von Gerber. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Verf. nennt in diesem (auf dem Londoner med. Kongreß gehaltenen) Referat Salvarsan das Spirochätenmittel *κατ' ἐξοχήν* und hebt die bekannten ausgezeichneten Erfolge des Mittels bei sekundärer Schleimhautsyphilis hervor, ganz besonders auch bei narbigen Stenosen infolge von Gummen, dann auch bei der Plaut-Vincentischen Angina. Bezüglich der Neurorezidive am Acusticus glaubt Verf., daß sie jetzt bei der kombinierten Behandlung immer seltener werden. Bei den Erkrankungen des inneren Ohres sind am verblüffendsten die Heilwirkungen bei inveterierten Affektionen. Neurorezidive hat Verf. nie gesehen. Zuletzt gibt Verf. die von ihm angewendete Methode an. Intravenöse Injektion, Verdünnung 0,5:150. Dosis durchschnittlich 0,5—0,6 Salvarsan = 0,9 Neosalvarsan bei Männern. Kombinierte Kur: a) 0,4—0,5 Salvarsan = 0,6 Neosalvarsan, 6 Tage Hg; b) 0,5 Salvarsan = 0,8 Neosalvarsan, 2. Woche Hg; c) 0,6 Salvarsan = 0,8 Neosalvarsan, 3. Woche Hg; d) 0,7 Salvarsan = 0,9 Neosalvarsan, 4. Woche Hg. Bei Lokalisation in der Nähe lebenswichtiger Organe wird zuerst mit Hg begonnen. Verf. ist ein begeisterter Lobredner des Salvarsans trotz der — seltenen — Unglücksfälle.

Raff-Augsburg.

53) **Über intravenöse Injektionen von konzentriertem Neosalvarsan**, von Katz. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 42.)

Verf. konstatierte bei seinen 130 Injektionen, daß die Spirochäten der Primäraffekte in 24 Stunden verschwunden waren. Er benutzt die Rekordspritze mit 10 g Lösung. Verf. glaubt, daß die Heilwirkung des Neosalvarsans bei den konzentrierten Injektionen infolge der langsameren Ausscheidung besser sei.

Raff-Augsburg.

54) **Die Injektionen konzentrierter Altsalvarsanlösungen mit der Spritze**, von Dreyfus. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 42.)

Verf. injiziert seit $\frac{1}{2}$ Jahr Salvarsan nur noch in konzentrierter Lösung, und zwar 40 g Flüssigkeit. Als Einzeldosis wird 0,4 nicht überschritten. Das ganze Instrumentarium besteht aus Jenaer Glas, dazu einen etwa 5—6 cm langen Schlauch, der alle paar Tage erneuert wird. Das Instrumentarium nach Angaben des Verf.'s kostet 51 Mk. (! Ref.). Als Lösungsmittel kann man biodesilliertes steriles Wasser nehmen. Die Zubereitung der Lösung muß im Original nachgelesen werden. Beim Einstechen muß man die Spritze von der Kanüle abnehmen und erst dann injizieren, wenn Blut fließt. Man muß sehr langsam spritzen (1—2 Minuten) und sofort aufhören, wenn man daneben gekommen ist. Man kann bei richtiger Technik die Vene mehrmals zu Injektionen benutzen. Fieberreaktionen beobachtete Verf. in 2%, Allgemeinreaktion in $4\frac{1}{2}$ %. Solange Verf. nach der alten Methode mit viel Flüssigkeit spritzte, hatte er häufigere und stürmischere Reaktionen. Aber

ausgeblieben sind sie auch nach der neuen Methode nicht, und Verf. erklärt: „Die Temperatursteigerung ist nach unserer Ansicht noch nicht restlos geklärt.“ Bei Untersuchung des Urins wurde bei der konzentrierten Injektion bei keinem der 320 Kranken eine wesentliche Nierenschädigung gefunden, dagegen Spuren von Eiweiß und vereinzelt Zylinder. Es wurde aber Hg stets auch gegeben. Bei bestehender Nephritis empfiehlt Verf. die konzentrierte Injektion nicht, sondern die alte Methode. Auch Neosalvarsan hat Verf. in konzentrierter Lösung (20 g Flüssigkeit) eingespritzt; es wird noch besser vertragen als Salvarsan. Als Vorteile der konzentrierten Injektionen gegenüber den nicht konzentrierten führt Verf. an: 1. Die geringere Zahl von Reaktionen. 2. Die geringere Belastung des Kreislaufs (Verf. macht 12—15 Injektionen innerhalb mehrerer Wochen). 3. Die längere Zurückhaltung des Salvarsans im Körper. 4. Der Wegfall der Kochsalzlösung. 5. Wegfall der Trockensterilisation; man kann sein ganzes Instrumentarium einfach auskochen. 6. Die kürzere Dauer des Eingriffs. 7. Zeitersparnis für den Arzt. Ein Nachteil der neuen Methode besteht darin, daß Durchstechungen der Vene und Infiltrationen des Nachbargewebes schmerzhafter und verhängnisvoller (wegen Gefahr der Thrombose) sind. Derartige Zufälle sind aber mangelnder Übung und nicht der Methode zur Last zu legen.

Raff-Augsburg.

55) **Syphilis und Neosalvarsan**, von M. L. Heidingsfeld. (Lancet Clinic. Cincinnati. 1913. März.)

Die reichen Erfahrungen des Verf.'s ergaben das meist berichtete Resultat, daß wir in dem Neosalvarsan zwar nicht ein unfehlbares, aber ein überaus wirksames Mittel gegen die Syphilis empfangen haben. Als beste Einführung wird die intravenöse Injektion empfohlen. Die Wassermannreaktion diente als wichtigstes diagnostisches Hilfsmittel.

J.

56) **Überleitungsstörung im Verlauf der Salvarsanbehandlung bei einem Patienten mit später Sekundärlues**, von Fuchs. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 42.)

Bei einem Patienten mit sekundärem Spätsyphilid und klinisch normalem Herzbefund, der innerhalb 9 Wochen 2,3 g Salvarsan teils intramuskulär, teils intravenös bekommen hatte, trat 2mal 24 Stunden nach der letzten intravenösen Injektion eine Herzstörung ein. Der Puls verlangsamte sich von 80 auf 40 Schläge, es zeigten sich Frequenzdifferenzen von Radial- und Jugularpuls, Dissoziation der Herzaktion, aber keine Ohnmachtsanfälle oder epileptiforme Krämpfe. Diese Erscheinungen verschwanden nach einer Woche wieder unter weiterdauernder milder antiluetischer Behandlung; sowohl die vorhergehenden als auch die nachfolgenden Injektionen wurden reaktionslos vertragen. Während der Herzstörung waren die luetischen Hauterscheinungen bereits geheilt. Verf. bezeichnet diese Affektion als Überleitungsstörung im Hischen Bündel, wie sie auch bei verschiedenen akuten Infektionskrankheiten beschrieben wurden. Bei Besprechung der Ursachen dieser Störungen glaubt Verf. nicht an eine direkte Schädigung des Salvarsans, ebenso auch eine Überempfindlichkeit gegen Salvarsan, die schon dadurch auszuschließen ist, daß nach der Störung Salvarsan wieder gut vertragen wurde. Verf. glaubt, daß es sich um einen luetischen Prozeß im Hischen Bündel gehandelt hat, der erst durch die Therapie in Form der Herxheimerreaktion floride Erscheinungen gemacht hat, und zwar nicht wie sonst nach der ersten, sondern nach der fünften Injektion. Es handelte sich um eine *Sterilisatio fere completa* eines Spirochätentestes im Hischen Bündel, wie bei Neurorezidiven; es sind Endotoxine

frei geworden und haben die umgebenden Muskelfasern bzw. Gefäße geschädigt, aber nur vorübergehend (7 Tage), so daß eine Reparatur des Bündels nach Resorption der Toxine eintreten konnte. (Man muß dem entgegenhalten, daß Neurorezidive meist nach geringen Salvarsandososen eintreten; 2,3 Salvarsan in 9 Wochen kann man nicht als eine zu geringe Menge ansehen. Ref.)

Raff-Augsburg.

57) **Weitere Beiträge zur Reinfectio syphilitica nach Salvarsan und zur Biologie der humanen Syphilis**, von Gennerich. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 44)

Aus der ausführlichen Arbeit des Verf.'s seien die Schlußfolgerungen hervorgehoben: 1. Es wurden hier 15 Fälle von Reinfectio syphilitica beobachtet, welche nach abortiver Behandlung der ersten im Primär- oder Sekundärstadium befindlichen Syphilis bis zur zweiten Infektion einen einwandfreien Verlauf nahmen und nach der Wiederansteckung den Befund einer frischen Infektion aufweisen. 2. Es besteht ein offensichtlicher Antagonismus zwischen noch erhaltenen sekundärer Durchseuchung und monosyphilitischen Erscheinungen. Die Ursache der Syphilislazenz ist darin zu suchen, daß eine in ihrem ubiquitären Charakter wenig oder gar nicht geschädigte Infektion keinen Anlaß nimmt zu neuen Expansionen. 3. Die klinische Beobachtung weist in Übereinstimmung mit den experimentellen Untersuchungen Schereschewskys auf das Vorhandensein von wirksamen Immunvorgängen bei Syphilis hin, welche die Infektion einschränken und neue Expansionen hemmen. Der Rückgang der Allgemeininfektion unter der Wirkung der Immunvorgänge bildet schließlich den Anlaß zur virulenteren Entwicklung restlicher Herde im Spätstadium der Lues (gummöse Prozesse, Metalues, Aortitis). Es ist unrichtig, das dritte Stadium der Syphilis als das gummöse zu bezeichnen. Unter Tertiarismus ist der Eintritt wirksamer Immunvorgänge zu verstehen. 4. Eine oberflächliche Salvarsanbehandlung, wie die provokatorische Salvarsaninjektion, übt in allen Stadien der Syphilis eine anregende Wirkung auf die Fortentwicklung des Syphilisvirus aus, weil dieses die unabänderliche Neigung besitzt, verlorenes Terrain wieder zu gewinnen. Solange noch keine hinreichenden Immunvorgänge entgegenstehen, stellt sich eine Allgemeindurchseuchung wieder her. Im anderen Falle kommt es infolge der weiteren Einschränkung der Allgemeinausbreitung zu einer gesteigerten Entwicklung der restlichen Herde. Diese Zunahme des Krankheitsvorganges ist durch eine zweite provokatorische Salvarsanbehandlung auch bei den ältesten Fällen an einer positiven Schwankung der Sehnenreflexe erkenntlich. Je älter jedoch der Fall, desto mehr müssen die beiden provokatorischen Injektionen auseinander gerückt sein (1—1½ Jahre). 5. Durch die Feststellung eines einwandfreien Verhaltens eines größeren mit Salvarsan behandelten Krankenmaterials bei fortlaufender klinischer, serologischer und Liquorkontrolle, verschärft durch zwei provokatorische Behandlungen im Abstände von 1—1½ Jahren, sowie durch die Beobachtung von Reinfektionen bei in gleicher Weise behandelten und fortbeobachteten Fällen läßt sich ein Urteil gewinnen über ein ausreichendes Behandlungsmaß in den einzelnen Stadien der Syphilis.

Raff-Augsburg.

58) **Über Abortivbehandlung der Syphilis**, von W. Lier. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 46.)

In jedem Fall von primärer Syphilis, sowohl bei negativer als auch bei positiver Wassermannreaktion, sollte sofort eine kombinierte Salvarsan-Quecksilberkur begonnen werden. Ihr soll die breite Exzision oder radikale Zer-

störung der Sklerose vorausgehen. Die Behandlung muß unbedingt bis zum Schwinden der klinischen Symptome und zum Negativwerden der Komplementbindung fortgesetzt werden. Schourp-Danzig.

59) **Über die Behandlung der Syphilis mit Antiluetin Tsutsukis**, von K. Sakurane und Sh. Yamada. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 7.)

Das Antiluetin Tsutsukis wurde von den Verff. an 22 Syphiliskranken erprobt und bewährte sich gut bei sekundären und meist bei tertiären Stadien, blieb aber erfolglos beim Primäraffekt und einigen tertiären Fällen. Außer einer Reaktion an der Injektionsstelle und 2mal Temperatursteigerung traten keine Nebenwirkungen auf. Die Verff. raten das Mittel in Kombination mit Quecksilber zu gebrauchen, da es allein die Syphilis kaum heilen würde. J.

60) **Über den klinischen Wert von Antiluetin Tsutsukis**, von A. Takahashi. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 7.)

Die Erfahrungen des Verf.'s gehen dahin, daß das Antiluetin die sekundäre und tertiäre Syphilis in gleicher Weise beeinflusse wie Jodpräparate. Die Spirochäten erschienen durch die Behandlung aber nicht vermindert. J.

61) **Beitrag zur Behandlung der Lues mit Aurum kalium cyanatum**, von Grünberg. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Verf. bestätigt bei Nachprüfung der Erfahrungen von Bruck und Glück den günstigen Einfluß des Mittels auf Lues in 4 Fällen. Raff-Augsburg.

62) **Über Erfahrungen mit Embarin**, von M. Salomonski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

In der ersten Behandlungswoche zeigten sich äußerlich sehr geringe Veränderungen, von da ab deutlicher Rückgang sämtlicher Symptome. Ein schädlicher Einfluß auf die Nieren ließ sich nicht nachweisen. Schourp-Danzig.

63) **Erfahrungen mit Embarin in der Privatpraxis**, von R. v. Planner. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 40.)

Das Embarin ist ein sehr wirksames Hg-Präparat, von dem es sich annehmen läßt, daß es die Spirochäten in kräftigen Einzelschlägen zu vernichten geeignet ist, da eine verhältnismäßig große Hg-Menge auf einmal in das Blut gelangt. Da es örtlich sehr gut vertragen wird, so kann es auch bei zarten Individuen verwendet werden, nur empfiehlt es sich, in solchen Fällen vorsichtig tastend vorzugehen und nicht gleich die volle Dosis zu verwenden. Dies gilt namentlich auch von den metaluetischen Prozessen des Gehirns und Rückenmarks, bei denen ein Insult des Nervensystems vermieden werden muß. Da der Wert des Embarins als lösliches Quecksilberinjektionsmittel nicht angezweifelt werden kann, wird es sich vielleicht empfehlen, es auch in schwächeren Lösungen in den Handel zu bringen. Schourp-Danzig.

64) **Über quecksilbernukleinsaures Natrium bei sekundärer Syphilis**, von J. Almqvist. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Das quecksilbernukleinsaure Natrium hat bei der menschlichen Sekundärsyphilis eine deutliche Einwirkung auf verschiedene Symptome. In chemischer Hinsicht verhält es sich ungefähr so wie die sogen. halbkomplexen Verbindungen. Die meisten dieser Verbindungen, bei welchen das Hg an den Kohlenstoff des Benzolkerns oder der aliphatischen Reihe gebunden ist, haben keinen großen therapeutischen Erfolg gezeigt. Da im Hg-nukleinsäuren Na das Hg nicht an den Kohlenstoff, sondern an den Stickstoff gebunden ist, scheint es möglich, daß diese Art der Bindung des Quecksilbers die kräftigere parasitrope Wirkung dieses Präparates bedingt. Das Hg-nukleinsaure Na

remaniert nicht lange im Körper, sondern ist nach kurzer Zeit — in einem Fall 20 Tage — aus dem Körper ausgeschieden. Das Hg-nukleinsäure Na scheint nicht so leicht wie die gewöhnlichen Hg-Präparate stomatische Veränderungen zu verursachen, vielleicht weil in der Lösung des Hg-nukleinsäuren Na kein HgS durch den H₂S ausgefällt werden kann. Die Verwendung des Hg-nukleinsäuren Na in der Praxis wird sehr erschwert infolge der lokalen wie allgemeinen Reaktionserscheinungen, die sich bis zur Unerträglichkeit steigern können.

Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

65) **Zur Therapie der Induratio penis plastica**, von A. Dreyer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Nachdem bei dem 37jähr. Patienten vergeblich heiße Leinsamenumschläge, heiße Luftduschen, Sitzbäder und Fibrolysininjektionen angewandt waren, benutzte Verf. einen 2 cm langen, 1 $\frac{1}{2}$ cm breiten Wickhamschen Radiumfirnisapparat, der mit 3 cg Radium von 500000 Aktivitäten beschickt war und im wesentlichen β -Strahlen, außerdem etwa 10% γ -Strahlen aussandte. Es trat zwar eine Verkleinerung eines Knotens ein, die funktionellen Beschwerden blieben aber unverändert. Danach wurde mit 2 mm dickem Bleifilter und 20 Lagen eingeschalteten schwarzen Papiers im ganzen 169 Stunden bestrahlt. Hiernach war die Potenz wieder hergestellt. Schourp-Danzig.

66) **Unilateral polycystic Kidney**, by Ch. Barnett. (Urolog. and Cutan. Review. 1913. Juli.)

Ein multilokuläres Nierenkystom wurde bei einer 42jähr. Frau entfernt, guter Heilungsverlauf (letzte Untersuchung 11 Monate später). Verf. folgert daraus, daß einseitige Zystenniere durchaus nicht so selten ist wie bisher angenommen worden und „daß einen Kranken sich selbst zu überlassen, weil er eine Zystenniere besitzt, ein Zeichen schlechter Logik sowie armseliger Chirurgie“ ist. Es wäre zu bemerken, daß dieser eine Fall — bei dem übrigens nach 11 Monaten zum erstenmal nahezu einwandfreier Urin gefunden worden — in keiner Hinsicht beweisend ist. Die vorläufig kompensierende andere Niere kann trotzdem zystisch sein, die zystische Entartung aber vorläufig noch nicht weit genug fortgeschritten sein, um urämische Erscheinungen zu machen. Ferner wurden auch bisher solche Kranke nicht allgemein im Stich gelassen. Marion z. B. legt bei genügender Indikation auch doppelseitige Zystennieren frei, eröffnet ausgiebig die oberflächlichen Zysten und hat oft damit Besserungen erzielt, ohne den Kranken einer übermäßig großen Gefahr auszusetzen.

Stutzin-Berlin.

67) **Calcified Kidney**, by C. Stewart. (Urolog. and Cutan. Review. 1913. Juli.)

Der Fall ist palpatorisch und röntgenographisch als verkalkte Niere anzusprechen. Da keine Beschwerden vorlagen, wurde nicht operiert. Ureterenkatheterismus oder Blauprobe wurden nicht gemacht infolge besonderer Umstände.

Stutzin-Berlin.

68) **An interesting case of venal hematuria, with three anomalous venal arteries**, by Harpster. (Urolog. and Cutan. Review. 1913. Juli.)

Ein Fall von Nierenblutung unklarer Ursache. Bei der Operation (Nephrektomie) fanden sich drei überzählige Nierenarterien und ein kleiner Erweichungsherd im Nierenparenchym. Verf. bringt die Blutung in Zusammenhang mit den Arterienanomalien.

Stutzin-Berlin.

69) **Über subkutane Blasenruptur**, von G. Dobereiner. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Verf. gibt die Krankengeschichte von 2 Fällen. Der eine Patient hat sich bei stark nach reichlichem Alkoholgenuß gefüllter Blase die Verletzung durch Fall mit dem Unterleib gegen eine Türkante zugezogen, der andere ist in schwer krankem Zustande berauscht auf der Straße gefunden worden. Die Blasenruptur ist hier erst am dritten Tage diagnostiziert worden. Bei ihrer Entstehung scheinen, da ein eigentliches Trauma fehlt, die gespannten Bauchdecken auf die prall gefüllte Blase als Fremdkörper gewirkt zu haben. Bei beiden Patienten bestand starker Harndrang und Unmöglichkeit zum Urinieren. Im Anschluß an diese Krankengeschichten bespricht Verf. die Symptome der subkutanen Blasenruptur und ihre Therapie. Barinbaum-Berlin.

III. Bibliographie.

P. Linser, **Über neuere Bestrebungen zur Heilung von Hautkrankheiten durch Blutverbesserung**. (Samml. zwangl. Abhandlungen, herausgeg. von Jadasohn. Halle, Marhold, 1913. II. H. 8. 0,75 Mk.) — Die vom Verf. zuerst empfohlene Anwendung normalen menschlichen Serums hat sich nicht nur bei dem Herpes gestationis und anderen Schwangerschaftsdermatosen, sondern auch bei der Urticaria, Strophulus, Prurigo und Pruritus bewährt. Auch bei Melaena neonatorum, Arzneiexanthenen, Erythema exudativum multiforme und nodosum, sowie bei Purpura, ausgedehnten Ekzemen und einzelnen Schwangerschaftsfällen war ein günstiger Erfolg zu verzeichnen, während die Dermatitis herpetiformis nicht beeinflußt zu werden scheint. J.

H. E. Schmidt, **Kompendium der Röntgentherapie (Oberflächen- und Tiefenbestrahlung)**. (Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. 80 Abbildungen. Berlin, August Hirschwald, 1913. 6 Mk.) — Das vorliegende Buch macht zwar nicht das Studium der umfangreicheren Lehrbücher der Röntgentherapie überflüssig, denn dazu ist es, was besonders den physikalisch-technischen Teil betrifft, zu knapp gehalten. Es ist aber außerordentlich wertvoll, um sich die Haupttatsachen der Röntgenheilkunde wieder zu vergegenwärtigen. Besonders zweckmäßig sind die Fingerzeige für die Therapie der einzelnen Hautkrankheiten, aus denen eine große persönliche Erfahrung des Verf.'s spricht. Diese Hinweise werden jedem Röntgentherapeuten, besonders dem Anfänger, sehr willkommen sein. C. Siebert-Charlottenburg.

M. Nonne, **Diagnose und Therapie der syphiligen Erkrankungen des Zentralnervensystems**. (Halle, Marhold, 1913. 1,50 Mk.) — Von dem rühmlichst bekannten Verf. liegt hier wieder eine ausgezeichnete Monographie vor, welche außerordentlich belehrend ist und zum eingehenden Studium nicht warm genug empfohlen werden kann. Besonders eingehend wird neben den serologischen Untersuchungsmethoden die Therapie besprochen. Verf. besteht unter anderem, wo es irgendwie durchführen kann, auf einer Inunktionskur, weil diese am gründlichsten und schnellsten wirkt. Das Salvarsan beeinflußt die spezifisch syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems oft sehr günstig und schnell, während Tabes und Paralyse eine wesentliche Änderung in ihrem Bilde nicht zeigen. J.

M. Oppenheim, **Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten**. (Wien, Deuticke, 1913. 5 Mk.) — Verf. wünscht einen kurzen Leitfaden zu geben, welcher die Ansichten der Wiener Schule wiedergeben soll. Im Großen und Ganzen ist dieser Zweck wohl auch erfüllt. J.

E. Wossidlo, **Die chronischen Erkrankungen der hinteren Harnröhre**. (Leipzig, Klinkhardt, 1913. 10 Mk.) — Die chronischen Erkrankungen der Urethraposterior sind uns erst durch die hintere Urethroskopie zugleich in ihrer Beziehung mit der chronischen Prostatitis, Prostatahypertrophie und Impotenz klar geworden. Da hierbei auch ein großer Vorteil für die endoskopische Therapie herauskommt, so hat Verf. einem wirklichen Bedürfnisse abgeholfen, als er diese Affektionen einer zwar kurzen, aber ausgezeichneten Besprechung unterzog. Hierbei wird die Darstellung wesentlich unterstützt durch 82 vorzügliche meist farbige Abbildungen auf 19 Tafeln. J.

J. Schwenter, **Leitfaden der Momentaufnahme im Röntgenverfahren.** (Leipzig, Nemann, 1913.) — Die Bedeutung der Röntgenographie in der Medizin hat seit der Einführung der Momentaufnahme wesentlich zugenommen. Die gewaltig gesteigerte Leistungsfähigkeit der Wechselstrommaschinen und des Induktors erlaubt heute Aufnahmen in $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{400}$ Sekunden auszuführen. Diese Abkürzung der Expositionszeit bedeutet natürlich einen bedeutenden Fortschritt und eine Vereinfachung der Aufnahmetechnik. Der vorzügliche Leitfaden Schwenters mit 47 Abbildungen im Text und 17 radiographischen Tafeln kann nicht warm genug empfohlen werden. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Haarpomade:

- 1) Rez. Euresol 2,0
Ceresin 8,0
Ol. Cocos. 25,0

J.

Teerbäder:

- 2) Rez. Anthrasol 75,0
Colophon. 30,0
Natr. caust. 12,0
(Gougerot, Paris médical. 1913. H. 10.)

J.

Ulcus molle:

- 3) Rez. Acid. salicylic. 1,0
Tct. benzoës 2,0
Vaselin. 30,0
(Szanto.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 11. November 1913.

Lippman-Wulf demonstriert ein **hereditär-luetisches Kind** mit zahlreichen Papeln, Parrotscher Lähmung des linken Armes und, als besonders charakteristisch, spezifischen Knochenaufreibungen an mehreren Fingern, die klinisch der Spina ventosa sehr ähnlich sehen.

Heller zeigt eine Patientin mit **Lupus erythematodes**; die Affektion ist außer an der Nase und den Ohren besonders stark an den Nägeln lokalisiert, diese sind sämtlich hochgradig deformiert, auch die Knochenphalangen sind zum Teil, wie das Röntgenbild ergibt, stark erkrankt, bzw. bereits eingeschmolzen.

Ledermann demonstriert 1. eine Patientin mit ausgebreiteter **Neurofibromatose**; ein Tumor sitzt auf dem linken oberen Augenlide; die vorhandene Amaurose ist möglicherweise auf einen auf den Nervus opticus drückenden Tumor zurückzuführen;

2. eine Patientin mit **universellem Lichen ruber planus** und Lokalisation um die Augen herum;

3. eine Patientin mit **Acrodermatitis chron. atrophicans** in großer Ausdehnung an beiden unteren Extremitäten;

4. einen Fall von Möllerscher **Glossitis** mit den charakteristischen roten Kreisen an der Zunge, den Lippen und der Wangenschleimhaut; Spülungen mit Myrtilen wirkten günstig;

5. einen Fall von **Lupus erythematodes** an der Wange in Form eines runden Tumors, der nach einem Trauma entstanden war;

6. ein **Cancroid** im rechten Augenwinkel bei einem alten Luetiker.

Blumenthal zeigt ein 6monatiges Kind mit **ausgebreiteten Angiomen** im Gesicht und an den oberen Extremitäten, charakterisiert durch schnelles Wachstum und symmetrischer Lokalisation, während die Medianlinie frei ist.

H. Mayer demonstriert eine **Lumbalpunktionskanüle**, die nach Angabe des Votr. drei Vorzüge hat: sie ermöglicht exakte Druckmessung, sie macht Assistenz entbehrlich und sie verhindert, daß der Druck im Zentralkanal plötzlich sinken kann.

Heller bespricht eine **neue wichtige Reichsgerichtsentscheidung über die Frage der Anfechtung der Ehe wegen relativ geheilter Geschlechtskrankheit**. Auf Grund der bisherigen Judikatur konnte eine Ehe mit Erfolg angefochten werden, wenn eine vorhergegangene Geschlechtskrankheit nicht in vollem Umfange von dem betreffenden Ehegatten vor der Hochzeit bekannt gegeben war. Diese Rechtsprechung war vom ärztlichen Standpunkt aus durchaus zu bekämpfen und ist denn auch durch eine neuerliche Reichsgerichtsentscheidung modifiziert worden: da der Ehemann die ärztliche Heiratslaubnis hatte und deshalb in gutem Glauben war, so wurde der Eheanfechtung zwar stattgegeben, der Anspruch auf Alimentierung aber abgewiesen, eine Entscheidung, die für die Praxis sehr wichtig ist, da viele Ehestandskandidaten sich wahrscheinlich jetzt vor der Hochzeit die Heiratslaubnis sichern werden.

Diskussion über den Vortrag von H. Isaac: **Salvarsan oder Neosalvarsan**:

H. Mayer glaubt nach seinen Erfahrungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, daß **Altsalvarsan**, im Primärstadium angewandt, erheblich bessere abortive Wirkung hat, als **Neosalvarsan**, dagegen ist dieses weniger toxisch als das erstere.

H. Isaac hält die Abortivbehandlung mit **Neosalvarsan** für ebenso erfolgreich, wie mit **Salvarsan**, ersteres ist weniger gefährlich.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

Eine ausgezeichnete Übersicht über die Methoden zur Darstellung oder Züchtung von Spirochäten gibt H. Sowade (Beitr. zur Klinik der Infektionskrankh. u. zur Immunitätsforschung. II. H. 1. Würzburg, Kabitzsch, 1913). Die Färbungsmethoden der Spirochaete pallida im Ausstrichpräparat und im Schnitt, die Kultur und Reinzüchtung der Spirochaete pallida nach den verschiedensten Methoden werden eingehend geschildert. Aber auch die übrigen Spirochätenarten finden ihre eingehende Würdigung.
J.

VII. Personalien.

Privatdozent Dr. Heuck wurde Oberarzt der dermatologischen Abteilung des Schwabinger Krankenhauses in München.

Privatdozent Dr. Friboes in Bonn wurde mit der interimistischen Leitung der Rostocker Dermatolog. Klinik beauftragt.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber **PROF. DR. MAX JOSEPH** in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von **VEIT & COMP.** in Leipzig. — Druck von **METZGER & WITTE** in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle
Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung
VEIT & COMP. in Leipzig.

1914.

Februar.

Nr. 5.

Inhalt. I. Originalmitteilung. Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten, von Dr. Gustav Heim.

II. Übersichtsreferat. Von Dr. Goldberg.

III. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Analyse physiologique de l'action des rayons ultraviolets sur l'oreille du lapin, par V. Moycho. 2) Die Einwirkung hoher X-Strahlendosen, welche durch Filtration durch eine 3 bis 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die Haut und ihre Anwendung in der Röntgentherapie, von Ch. Regoud und Th. Nogier. 3) Dauernde Epilation durch Röntgenstrahlen ohne Schädigung der Haut, von D. Chilaiditi. 4) A method of standardising the tufts given by the Sabouraud-Noiré method, by D. Corbett. 5) Über die therapeutische Anwendung der Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten, von T. Aoki. 6) Über die Verwendung des Sulfoforms in der Dermatologie, von M. Joseph und L. Kaufmann. 7) Über die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln, von J. Colman. 8) Skin diseases among full-blood Indians of Oklahoma, by E. S. Lalin. — Entzündliche Dermatosen 9) Zur Pathologie der generalisierten exfoliativen Erythrodermien, von O. Sachs. 10) Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids (Pemphigus neonatorum bzw. infantilis), seiner Beziehungen zur Ritter von Rittershauschen Dermatitis exfoliativa neonatorum und zur Impetigo contagiosa (s. vulgaris) staphylogenes, von L. Hofmann. 11) Über eine seltene Erythemform, von B. Lipschütz. 12) Dermatitis atrophicans reticularis, von A. Glück. 13) Forschungsergebnisse über Psoriasis, von Fr. Schamberg, J. A. Kolmer, A. J. Ringer und G. W. Balzies. 14) Über therapeutische Versuche mit Pilocarp. hydrochlor. bei Parapsoriasis, von Herxheimer und Köster. 15) Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbehandlung der Furunkulose, von F. Berger. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 16) A case of xanthoma tuberosum multiplex associated with tumours about the joints, by J. M. H. Macleod. 17) Lupoidähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen, von M. Oppenheim. 18) Multiple idiopathic pigment sarcoma (so-called) of Kaposi, with report of an early case, by J. H. Sequeira. 19) Sulla pseudobotriomicosi umana, per L. Martinotti. 20) Ein Beitrag zu den Tumoren des Penis, von A. Heigel. — Parasitäre Dermatosen. 21) Beitrag zur Kenntnis des Eczema marginatum (Hebra) oder der Epidermophytia inguinalis (Sabouraud), von D. V. Dudumil. 22) Der Mäusefavus beim Menschen, von Fischer. 23) Tinea imbricata (Tokelan), by A. Castellani. 24) Un caso di tricosporia, per A. Paoli. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 25) Über Versuche, eine lokale Resistenz der Haut gegen Tuberkuloseinfektion zu erzeugen, von O. Stiner und S. Abellin. 26) Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis, von Arnold. 27) Die Tuberkulose der Haut und der benachbarten Schleimhäute, von A. Havas. 28) La lepra del globo oculare e dei suoi annessi, per A. Breda. 29) La lépre des rats (Lepra Murium), par E. Marchoux et F. Sorel. — Gonorrhoe. 30) Über Rektalgonorrhoe bei Prostituierten, von F. Schmidt. 31) Un vaccin antigonococcique atoxique, son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications, par Nicolle. 32) Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe, von C. Bruck. 33) Praktische Resultate mit Caviblenherapie, von A. Sommer. 34) Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens, von A. Glück. 35) Traitement de la cystite blennorrhagique au moyen de la méthode des virus-vaccins sensibilisés de

Besredka, par L. Cruveilhier. 36) Zur Frage der Vakzinetherapie der gonorrhoeischen Erkrankungen, von Gerschun und Finkelstein. 37) Grundlagen und Varianten einer externen Jodtherapie (Behandlung der Gonorrhoe mit Joddämpfen), von Ig. Saudeck. — Syphilis. 38) Heilung tertiärer Syphilis durch sehr kleine Gaben Jodtropon, von V. Otz. 39) Experimentelle Beiträge zur chemotherapeutischen Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenkrankungen, von S. Hügel. 40) Einige Versuche über die Wirkung der Antimonsalze auf die Kaninchen-syphilis, von P. Dubois. 41) Experimentelle Untersuchungen über Heredoimmunität bei afrikanischer Rekurrens und über den etwaigen Einfluß von Immunitätsvorgängen auf die Wirksamkeit eines chemotherapeutischen Mittels, von Kusunoki. 42) Zur Therapie und Klinik der Lues congenita, von E. Müller. 43) Syphilis ohne Primäraffekt, von Polland. 44) Über akute Polyarthrit im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis, von J. Rubin. 45) Der Wert desluetischen Index bei Lues und Paralues, von B. P. Sorman. 46) Über den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt- und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie, von A. Saenger. 47) Wert und Bedeutung der Karvonschen Reaktion für die Diagnose der Syphilis und der progressiven Paralyse, von F. v. Veress und J. Szabo. 48) Due casi di sifilide grave, per K. Rühl. 49) Die Rossaschen Körperchen bei Syphilis und anderen Krankheiten, von H. Reschad. 50) Die Syphilis in deutschen Schutzgebieten, von G. Heim. 51) Der Ursprung der Syphilis, von K. Sudhof. 52) Bildet die aktive Lungentuberkulose eine Kontraindikation für die intravenöse Salvarsaninjektion? von Klogow. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 53) Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie, von Wossldo. 54) Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen, von E. H. W. Frank. 55) Die Funktion der Prostata und Behandlung der Prostatahypertrophie durch indirekte Beirahlung, von J. Jacobsohn.

IV. Bibliographie. — V. Therapeutische Notizen. — VI. Vereinsberichte. — VII. Vermischtes. — VIII. Personalien.

I. Originalmitteilung.

Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten.

Von Dr. Gustav Heim in Bonn.

Während einer dreijährigen ärztlichen Tätigkeit in Deutsch-Südwestafrika hatte ich hinlänglich Gelegenheit, mich von der großen besorgniserregenden Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter Europäern und Eingeborenen zu überzeugen. Ich fühlte mich zu Nachforschungen darüber in sämtlichen deutschen Schutzgebieten veranlaßt und habe durch Umfrage bei den dort tätigen Ärzten und Durchsicht der bisher veröffentlichten Medizinalberichte¹ einiges Material gesammelt.

Um zunächst einigermaßen eine Vorstellung von der Ausdehnung der Gonorrhoe in unseren Schutzgebieten zu machen, habe ich aus dem Bericht für das Jahr 1909/10, dem letzten der bisher erschienenen, nachstehende Tabelle zusammengestellt.

Diese Aufstellung sagt zunächst, daß die Gonorrhoe in allen deutschen Schutzgebieten vorkommt, sowohl bei den Europäern wie bei den Farbigen. Zwar hat bei ersteren die Station

¹ Medizinalberichte über die deutschen Schutzgebiete, Jahrgänge 1903/04 bis einschl. 1909/10. Berlin; Verlag von E. S. Mittler & Sohn.

Jahrgang 1. April 1909 bis 31. März 1910	Europäer											Farbige										
	Gonorrhoe						Gonorrhoe					Gonorrhoe						Gonorrhoe				
	Bevölke- rung	Krankheitsfälle	Bestand war	Zugang	im Ganzen	% der Bevölkerung	% der Kranken	gehellt	Kranken- haus	Politiklinik	Durch- schnitt	Bevölke- rung	Krankheitsfälle	Bestand war	Zugang	im Ganzen	% der Bevölkerung	% der Kranken	gehellt	Kranken- haus	Politiklinik	Durch- schnitt
Ostafrika ¹	3578	4317	—	157	157	4,3	3,6	113	322	3096	22	5375000 (6—9 Mill.)*	51881	36	764	800	0,013	1,54	704	6654	7356	18
Kamerun ²	1284	561	1	23	24	1,9	4,3	16	199	96	12	3500000 (2 1/2 Mill.)*	5688	9	437	446	0,014	7,47	371	3670	6167	22
Togo	372*	816	—	60	60	16,1	7,4	33	12	1450	24	931327*	7204	5	192	197	0,128	2,73	126	122	4012	21
Südwestafrika ⁴	11791	2568	7	167	174	1,5	6,8	130	2251	—	—	63117 ⁵	1578	7	209	216	0,342	13,69	184	4975	—	—
Neu-Guinea ³	1254	505	—	9	9	0,7	1,8	9	—	—	—	—	2161	4	66	70	—	3,24	60	2639	—	38
Westkarolinen	Jap: 43	53	—	3	3	6,9	5,7	3	—	—	—	6500	735	—	7	7	0,108	0,95	5	—	—	—
Ostkarolinen	Nauru: 86	41	—	2	2	—	4,9	2	—	6	3	—	1742	—	13	13	—	0,75	9	220	35	20
Marshall-Inseln	Saipan: 41	243	2	11	13	15,1	5,3	8	—	—	—	Nauru: 2140 Saipan: 2855	4516	5	11	16	0,748	0,35	9	—	—	—
Marianen (Saipan)	41	67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3205	—	12	12	0,420	0,42	9	146	111	21
Samoa	473*	153	—	1	1	0,2	0,7	—	—	1	1	33478* ⁶	1783	—	5	5	—	0,28	—	—	12	2

¹ Dazu kommt noch eine Anzahl Kranker der Firma Lenz (Usambara-Eisenbahn), bei denen Gonorrhoe nicht gesondert angegeben ist.
² Ohne Schutztruppe, nur die in den Regierungshospitälern Behandelten.
³ Ohne das Arbeiterhospital in Friedrich-Wilhelm-Hafen.
⁴ Jahrg. 1908/9, da Südwestafrika für 1909/10 keinen Bericht geliefert hat.
⁵ Außer Ovamboland und Caprivizipfel.
⁶ 1. Oktober 1906 Upoli und Savaii ohne Mischlinge und Chinesen.
* Aus „Die deutschen Schutzgebiete in Afrika und der Südsee“ 1909/10. Berlin 1911.

Saipan (Marianen) keinen Fall verzeichnet, ebensowenig wie in den früheren beiden Berichten. Indessen kann die Gonorrhoe auch hier bei den Europäern schon deshalb nicht gefehlt haben, weil diese sie offenbar ins Land gebracht haben. Von der Syphilis wenigstens, die ebenfalls durch den ganzen deutschen Kolonialbesitz verbreitet ist¹, dürfte genügend erwiesen sein, daß sie die farbigen Rassen aus Europa empfangen haben. Auch die Meldung aus dem Jahre 1903/04, daß „Gonorrhoe auf Saipan zurzeit nicht vorkommt“, spricht für die Einschleppung, da sie ja später aufgetaucht ist.

Weiterhin wäre die Frage zu beantworten, ob die Gonorrhoe in den Schutzgebieten häufiger oder seltener sei als in Deutschland. Zur Ermöglichung eines Vergleichs stelle ich einige Zahlen zusammen über die Gonorrhoe in den allgemeinen Krankenanstalten Preußens²:

Jahr	Bevölkerung	alle Kranken	Gonorrhoe	% der Bevölkerung	% der Kranken
1907	rund 40000000	1 132 461	20609	0,05	1,73
1908		1 141 936	22418	0,06	1,96

Die Vergleichung wäre recht einfach, wenn in Preußen sowohl wie in den Schutzgebieten alle Kranken in diesen Listen aufgeführt wären. Die Gonorrhoe gehört nun zu den Krankheiten, für welche das Krankenhaus verhältnismäßig selten in Anspruch genommen wird, und welche daher in der Statistik der allgemeinen Heilanstalten weniger hervortritt. In den Listen der Schutzgebiete sind dagegen wohl alle Kranken aller Ärzte enthalten, wodurch der hier fast überall bei den Europäern sowohl gegenüber der Bevölkerung als auch gegenüber der Zahl aller Kranken hervortretende viel höhere Prozentsatz der Gonorrhoeiker wenigstens zum Teil eine Erklärung findet. Zwar behandeln sich manche von ihnen selbst und entgehen daher der Statistik. Dazu besteht in Südwestafrika und wahrscheinlich allgemein in den Schutzgebieten bezüglich der Regierungsbeamten die gewiß wenig zweckmäßige Vorschrift, daß Geschlechtskrankheiten in den Personalpapieren vermerkt werden, wodurch diese Kranken, wie auch viele Soldaten, zur Selbstbehandlung, zur Konsultation von Lazarettgehilfen und dergleichen Leuten gedrängt werden, sich allerdings vielfach auch an nichtbeamtete Ärzte wenden,

¹ G. Heim, Die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten. Archiv f. Dermat. u. Syphilis. 1913.

² Medizinalstatistische Nachrichten d. K. Statist. Landesamts. Berlin 1909/10.

von denen gleichfalls Berichte für die Statistik eingefordert werden. Schon aus diesen Gründen müssen in den Schutzgebieten auch mehr Gonorrhöiker sein, als in den Listen verzeichnet sind. Unverständlich sind mir die starken Unterschiede, die in den verschiedenen Schutzgebieten die Prozentsätze der weißen Tripperkranken gegenüber der Bevölkerung zeigen, während sie gegenüber der Gesamtzahl der Kranken viel weniger schwanken. Vielleicht wissen unsere Kolonialärzte dafür eine Erklärung.

Wenden wir uns nun zu den Farbigen. In meiner Tabelle fällt auf, daß die kleinen Inseln der Südsee mit bezug auf die Bevölkerung einen viel höheren Prozentsatz des Trippers aufweisen als die großen afrikanischen Kolonien, während es mit bezug auf die Zahl aller Kranken gerade umgekehrt ist. Das ist nur ein scheinbarer Widerspruch. Auf den kleinen Inseln konnte die importierte Gonorrhoe schnell allerwärts Fuß fassen. In jenen ungeheuren Länderstrecken Afrikas vermochte sie jedoch die weit zerstreut wohnenden Farbigen nur zum geringen Teil und erst nach und nach mit zunehmendem Verkehr zu ergreifen. Und wegen der riesigen Entfernungen, der Rückständigkeit der Verkehrsmittel, namentlich auch wegen der höchst geringen Zahl der Ärzte kam nur ein Teil der Infizierten zur Beobachtung. In Deutsch-Ostafrika z. B., welches doppelt so groß als Deutschland ist, sind nur etwa vierzig Ärzte. Aus Neu-Guinea wurde mir von einem Kollegen geschrieben, es gebe sehr große Strecken, in welche noch nie ein Arzt gekommen sei. Alles das läßt es verstehen, warum in den großen Schutzgebieten der Tripper, an der Bevölkerungszahl gemessen, fast durchgängig spärlicher erscheint, als in den kleinen.

Um so mehr muß es auffallen, daß in den großen Kolonien Togo und namentlich Südwestafrika, in welchen die eben geschilderten Verhältnisse ebenfalls bestehen, dieser Prozentsatz (0,128 und 0,342) schon sehr viel höher ist als in den Krankenanstalten Preußens (0,06), während er auf einigen Südseeinseln noch viel höher steigt, auf den Marshallinseln gar zu 0,748. Ein Blick auf meine Tabelle lehrt weiter, daß gegenüber der Gesamtzahl der Kranken die farbigen Gonorrhöiker zwar in Ostafrika etwas weniger, in den übrigen großen Kolonien dagegen sehr viel zahlreicher als in den preußischen Krankenhäusern (1,96%) sind, während sie an diesem Maßstabe gemessen auf den kleinen Inseln viel spärlicher zu sein scheinen.

Gegen diese Ausführungen könnte man einwenden, daß in Preußen, wie schon angedeutet, verhältnismäßig viel weniger Tripper im Krankenhaus behandelt wird als andere Leiden, während in den Schutzgebieten alle Krankheiten gleichmäßiger in die Krankenlisten kommen, so daß hier die Gonorrhoe viel mehr hervortritt. Darauf muß aber geant-

wortet werden, daß von den farbigen Gonorrhöikern, denen ärztliche Behandlung leicht zugänglich ist, nur der kleinere Teil davon Gebrauch macht, so daß auch hier die Mehrzahl in der Statistik fehlt. So berichtet 1907/08 der Stationsarzt von Bukoba in Ostafrika:

„Der mit Gonorrhöe behaftete Eingeborene sucht erfahrungsgemäß nur dann ärztliche Hilfe nach, wenn die Krankheit infolge irgendwelcher Komplikationen unbequem wird. So lange diese ausbleiben, verläßt man sich auf die Hilfe der eigenen „dawa“, die Pflanzenkundige aus gewissen Wurzeln durch Auskochen herzustellen pflegen. Häufig genug überläßt man wohl auch das Leiden sich selbst.“

Und schon im Bericht von 1904/05 für Ostafrika heißt es:

„Daß der Neger eines Trippers wegen aus eigenem Antriebe den Arzt aufsucht, gehört zu den größten Seltenheiten. In Kilimatinde kurieren sich die tripperkranken Eingeborenen angeblich öfters selbst durch Trinken eines aus Papayenwurzeln zubereiteten Tees.“

In Lome (Togo) übersteht der größte Teil der Kranken das akute Stadium mit Hilfe von in Faktoreien käuflichen Mitteln und läßt das chronische Stadium unbeachtet. Es gilt dies ebensowohl von den Eingeborenen, wie von den Europäern.¹ Auch auf Jap (Westkarolinen) behandeln die Eingeborenen diese ihnen nur zu bekannte Krankheit selbst.² Von Jaluit (Marshall-Inseln) wird im Bericht für 1908/09 geklagt:

„Es kommt jedenfalls nur ein ganz geringer Prozentsatz der wirklich an Tripper leidenden Eingeborenen zum Arzt. Während Männer sich häufig mit Tripper an den Arzt wenden, kommen Weiber fast nie; sie also behandeln sich nach Eingeborenenart, um später mit chronischem gonorrhöischen Cervixkatarrh und anderen Katarrhen behaftet zu sein und für gründliche Weiterverbreitung des Leidens zu sorgen.“

Nun entgehen aber wohl nicht nur der Tripper, sondern die meisten Krankheiten wegen der Nachlässigkeit der Farbigen der Kenntnis der Ärzte, so daß das prozentuale Verhältnis doch weniger verschoben wird, als es nach den eben gemachten Bemerkungen scheinen könnte.

Jedenfalls führt unsere bisherige Betrachtung zu dem Urteil, daß die Gonorrhöe wenigstens in manchen deutschen Schutzgebieten sowohl unter den Europäern wie unter den ihnen zugänglichen Farbigen heute schon verbreiteter sei als in Deutschland.

Ich habe meiner Tabelle nur einen Jahrgang zugrunde gelegt, und es ist darum nötig, auf die früheren zurückzugreifen.

¹ Med.-Ber. f. 1909/10. S. 397.

² Med.-Ber. f. 1907/08. S. 457.

Südwestafrika¹, welches in meiner Tabelle mit der Gonorrhoe seiner Farbigen mit bezug auf die Bevölkerung an zweiter Stelle steht, mit bezug auf die Gesamtzahl der Kranken (13,69% Gonorrhoe) alle anderen Schutzgebiete weit überragt, nimmt diesen ersten Platz schon im vorhergehenden Jahrgange ein, indem 0,471% der Bevölkerung und 16,12% der Kranken gonorrhöisch waren. Mit den weißen Südwestafrikanern stand es jedoch in diesem Jahrgang viel weniger schlimm als 1909/10, wo sie mit 6,8% an zweiter Stelle stehen. 1908/09 waren nämlich nur 3,64% der weißen Kranken gonorrhöisch und beim Militär noch viel weniger (1,07%). Daß es jedoch schon früher bezüglich der Geschlechtskrankheiten der Europäer recht schlecht bestellt war, lehrt eine Bemerkung im Bericht für 1906/07:

„Auffallend war die starke Zunahme der Geschlechtskranken bei der Truppe. Sie stand offenbar mit der Zunahme der Gefangenen und Zuwanderung der Eingeborenen aus dem Felde in gewissem Zusammenhang. Die Zahl dieser Kranken steigerte sich zeitweise derart, daß die Lazarette und Reviere zu ihrer Aufnahme nicht mehr genügten. Durch Erweiterung der Lazarette an der Bahnlinie konnte auch für die große Zahl der Zugänge nicht genügende Unterkunft geschaffen werden. Alle Belehrungen, Gesundheitsbesichtigungen, Austeilung von Merkblättern und Selbstschützern war ergebnislos. Da es nun keinem Zweifel unterlag, daß diese Geschlechtskranken weiterhin zur Verbreitung von Geschlechtskrankheiten unter den eingeborenen Weibern beitragen, so blieb nichts anderes übrig, als durch Heimsendung der Erkrankten eine Besserung dieses Zustandes zu erzielen. Es wurden deswegen alle diejenigen Geschlechtskranken, deren Wiederherstellung voraussichtlich längere Zeit als acht Wochen in Anspruch nahm, nach Hause geschickt.“

Auch bezüglich der Syphilis gehört Südwestafrika zu den am meisten verseuchten Schutzgebieten, sowohl hinsichtlich der Weißen wie der Farbigen.

An zweiter Stelle, jedoch mit viel weniger Gonorrhoe, nämlich 7,4% der farbigen Kranken (4,9% der weißen), kommt in meiner Tabelle Kamerun. Aus allen Bezirken Kameruns wird in diesem Jahrgang über die starke Verbreitung der Geschlechtskrankheiten geklagt. Stabsarzt Dr. Jäger von der Station Ebolowa untersuchte in 30 Dörfern von Eingeborenen die Gesundheitsverhältnisse und fand unter 568 Männern 110 = 20% Fälle von Tripper und 19 von Schanker. Da Jäger kaum mit Mikroskop und anderen Hilfsmitteln untersucht haben dürfte und Tripper häufig latent ist,² muß dieser Prozentsatz

¹ Unter Südwestafrika, Ostafrika, Neu-Guinea ist hier immer Deutsch-Südwestafrika, Deutsch-Ostafrika, Deutsch-Neu-Guinea verstanden.

² In Lüderitzbucht (D.-Südwestafrika) fand ich bei einem Weißen, welcher nur über etwas Brennen und Stechen in der Harnröhre klagte, im Harnröhrenschleim massenhafte durch die Gramsche Differenzialdiagnose bestätigte Gonokokken, ob- schon kein Ausfluß vorhanden war. Bald darauf trat schwere doppelseitige Epididymitis auf.

vermutlich noch höher gewesen sein. Auch in den früheren Jahren wird von verschiedenen Stationen Kameruns auf die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten, besonders des Trippers hingewiesen.

Gemäß meinen Berechnungen aus den Krankenlisten der drei Hauptstationen Kameruns, nämlich Duala, Viktoria, Kribi, insgesamt machte die Gonorrhoe aus:

	% der Kranken	
	bei den Europäern	bei den Farbigen
1909/10	4,3	7,5
1908/09	1,8	3,1
1907/08	4,4	3,6
1906/07	2,9	2,6

Demgemäß hätte die Krankheit wenigstens bei den Farbigen zugenommen.

Ziemann, welcher über die große Ausdehnung der Syphilis und Gonorrhoe in Kamerun klagt, meint, daß die Haussa und die Soldaten viel dazu beitragen. Die Jaundes nennen deshalb diese beiden Leiden Soldatenkrankheiten. Bei der farbigen Schutztruppe waren 1907/08 unter 1626 Kranken 203 Fälle von Tripper, 36 von Syphilis, 50 von weichem Schanker.

Nun schließt sich Togo mit 2,7% Tripper unter den kranken Eingeborenen an. Wie sehr jedoch dieser nicht geringe Prozentsatz hinter der erschreckenden Wirklichkeit zurücksteht, zeigt der Bericht für 1905/06, welcher die in Lome (Togo) an chronischer bzw. akuter Gonorrhoe leidenden männlichen erwachsenen Eingeborenen auf 60% der Bevölkerung schätzt, und derjenige für 1907/08 aus Lome, in welchem behauptet wird, „daß kaum ein Eingeborener gefunden werden kann, der frei von Tripper oder Residuen eines solchen ist.“ Im Jahrgang 1907/08 schreibt von dort der Regierungsarzt Dr. Krüger;

„Nicht minder wichtig für Europäer wie für Eingeborene sind die venerischen Krankheiten. Die Zahl der deshalb in ärztliche Behandlung getretenen erkrankten Europäer im Berichtsjahre, nämlich 124 (in Lome durchschnittlich 132 europäische Einwohner), macht ein Bild von der Häufigkeit dieser Krankheiten. Unter den Eingeborenen stehen die christlich zivilisierten besseren Einwohner an der Spitze der venerisch Erkrankten.¹⁾ Es ist ein besonders interessantes Untersuchungsbild; ein schwarzer Handlungsgehilfe in Lomé ohne akute oder chronische Gonorrhoe ist ein weißer Rabe.“

Man glaubt nun zwar, bereits 1908/09 wenigstens bei den Europäern eine bedeutende Abnahme der Gonorrhoe erzielt zu haben.

Auch von der zweitgrößten Station Togos, Anecho, wird 1908/09

¹ Vielleicht haben diese Gebildeteren nur in größerer Zahl ärztliche Hilfe nachgesucht.

gesagt, daß die in der Nachweisung der Farbigen aufgeführten Geschlechtskrankheiten keinen statistischen Wert haben, daß Geschlechtskrankheiten aller Art hier außerordentlich verbreitet seien, was vor allem für den Tripper gelte. Schon im ersten Medizinalbericht (1903/04) schreibt der Regierungsarzt Hintze über Togo:

„Es mag noch auf die weite Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, besonders des Trippers und der Syphilis, nicht nur an der Küste, sondern auch im Innern hingewiesen werden. Diese Tatsache kommt auch in den häufigen Erkrankungen der Europäer an den genannten Leiden zum Ausdruck.“

Die Infektion war also schon damals weit ins Land gedrungen.

Von unseren afrikanischen Schutzgebieten zeigt in meiner Tabelle den geringsten Prozentsatz der Gonorrhoe der Farbigen Ostafrika (1,54% der Kranken), etwas weniger noch als die allgemeinen Krankenanstalten Preußens (1,96%). Diese Ziffer ist etwas herabgedrückt durch die günstige Statistik der Eisenbahnfirma Ph. Holzmann & Co., welche auffallend wenig Geschlechtskrankheiten verzeichnet hat. In den vorherigen Jahrgängen war in Ostafrika der Prozentsatz merkwürdig konstant, indem er zwischen 2,61 und 2,94 schwankte. In den ersten beiden Jahrgängen (1904/05 und 1903/04) betrug er mehr, nämlich 4,08 und 4,44, so daß nach den Krankenlisten, über deren Unzulänglichkeit ich zwar vorhin noch gesprochen habe, eher eine Abnahme als Zunahme des Trippers stattgefunden hätte, obschon ein Berichterstatter das Gegenteil vermutet. Selbstverständlich muß sich mit wachsender Aufschließung des Landes auch die Infektion ausgebreitet haben. Da dabei aber die Zahl aller behandelten Krankheiten wächst, braucht das Verhältnis der Gonorrhöiker zu den Kranken dadurch nicht beeinflusst zu werden. Der Prozentsatz der tripperkranken weißen Ostafrikaner zeigt zwar in den 7 Jahren eine fast stetige Zunahme, indem er von 3,33 auf 4,30 wächst. Dieses Ansteigen ist jedoch zu gering, um als wirkliche Vermehrung des Trippers gedeutet werden zu können. Indessen sind diese Zahlen ja schon recht hoch, obschon sie wahrscheinlich hinter der Wirklichkeit noch um ein gutes Stück zurückbleiben. Wenigstens bezeichnet Stabsarzt Dr. Skrodzki in Tabora schon 1903/04 mit bezug auf die Eingeborenen die Gonorrhoe als „das allgemeine Volksleiden“.

(Fortsetzung folgt.)

II. Übersichtsreferat.

Von Dr. Goldberg-Cöln-Wildungen. *

Der bekannte Vater der Tripperspülbehandlung Janet gibt in jeder Nummer des Journal d'Urologie (1913, H. 1—12) eine kurze Skizze aus der **Tripperpraxis**.

„Die Wichtigkeit einer exakten Diagnose der **Urethritiden**“ (Januar, S. 73) erhellt aus der Notwendigkeit, Gonokokkenurethritiden anders zu behandeln, als Reizzustände. Urethritiden, deren bakteriologische Diagnose noch aussteht, soll man nicht ohne weiteres wie akute Gonorrhöen behandeln. Wenn nur Fäden im Urin sind, ist die 2 Gläser-Probe nicht ausreichend, Urethritis posterior zu behaupten oder auszuschließen. Instrumentelle Untersuchungen sind bei Gonokokkenurethritis strikte verpönt. Über die Prostata urteile man nur nach Untersuchung ihres Sekrets.

„Die Zukunft der **Tripperbehandlung**“ (Februar, S. 222) wird der individuellen Prophylaxe und der Verallgemeinerung der Abortivkur gehören. Da jede Prostituierte im 4. Jahr ihre Lues und in der 4. Woche ihrer Tätigkeit ihre Gonorrhöe hat, und da daran nichts zu ändern ist, muß eben der Kampf beim Manne einsetzen.

„Die **Prophylaxe der Gonorrhöe** beim Mann und bei der Frau“ (März, S. 353) muß sich auf die Kenntnis der Gefahr gründen. Lange, enge, unsaubere Vorhaut, zarte Eichel, klaffendes Orilicium (nicht immer mit dem Meatotom bei der Hand sein!), anormaler Meatus erleichtern die Infektion. Am gefährlichsten sind die grade menstruierten, die „neuen“ kleinen Mädchen, die jüngsten, die unsauberen, endlich die „über jeden Verdacht erhabenen“. Technik der Prophylaxe: Der Mann urinieren post coitum, wasche mit Seifenwasser, instilliere mit Samariter zwei Tropfen 20⁰/_{ig}. Argyrol in Fossa und auf Meatus. Die Frau sei mit Tampon in der Scheide und mit Vaseline auf der Vulva ausgerüstet, post coitum soll sie urinieren, äußerlich mit Seife waschen, mit $\frac{1}{4000}$ Sublimat die Scheide spülen. „100 tripperkranke Frauen sind nötig, ehe ein Mann infiziert wird; aber der erste tripperkranke Mann infiziert die Frau.“

„Vorsichtsmaßregeln während des Inkubationsstadiums der Gonorrhöe“ (April, S. 493) sind durchaus nicht zwecklos. Janet macht auch noch 1, 2, 3 Tage nach einem verdächtigen Coitus eine prophylaktische antiseptische Spülung. Damit selbige gleich „post festum“ gebührend vonstatten gehen kann, hat in Kairo ein Arzt Nachtbetrieb in seiner „Desinfektionsanstalt“ eingeführt.

„Der erste Tropfen“ (Mai, S. 639) heißt der 5. Artikel, in welchem diesbezügliche Ratschläge für Arzt und Patienten enthalten sind. Daß der Patient, wenn er keinen Arzt erreichen könne und erfahren sei, sich selbst Permanganatirrigationen oder gar Abortivinjektionen machen soll, ist doch etwas zu viel verlangt.

„Die Abortivkur der Gonorrhöe“ (Juni, S. 785) führt Janet stets aus, falls noch nicht 24 Stunden vergangen, seit der erste Tropfen sich zeigte. Er benutzt aber nicht mehr KMnO_4 , sondern Protargol oder Argyrol. Die Anterior wird mit einer schwachen Lösung reingespült und darauf 5 Minuten mit einer 20⁰/_{igen} Lösung behandelt. So verfährt man 3 Tage lang alle 12—24 Stunden; sind nach der zweiten Spülung noch typische Gonokokken im Sekret, so ist die Abortion mißlungen; man gehe zu milder antiseptischer Behandlung über. Janet heilte von 98 beginnenden Trippern 47 abortiv in wenigen Tagen.

„Soll man einen Tripper auslaufen lassen?“, d. h. nicht örtlich behandeln? (Juli, S. 103). In der guten alten Zeit hatten die Ärzte eine heilige Scheu vor den Einspritzungen bei Tripper; 3, 4 Wochen mußte der Patient sich ruhig verhalten und nach genauer Diätvorschrift leben; war der

Ausfluß schleimig und spärlich geworden, so bekam er nach ein paar Wochen Balsamica. Genau so gehe man vor, wenn man einmal nicht anders kann; ganz verfehlt aber ist es, erst 8 Tage „alt“ und dann mit Energie „neu“, d. h. lokal antiseptisch zu behandeln. Nur in 2 Fällen hat ein solches Verfahren Sinn, einmal bei perakuter Urethritis, besonders der Posterior, dann bei trotz vielmonatlicher Spülbehandlung immer wiederkehrenden Gonokokkenrezidiven; diese heilen in der Tat besser, nachdem man sie einmal hat auslaufen lassen.

„Soll man sogleich die **gesamte** Harnröhre spülen, in allen Fällen akuter Gonorrhoe?“ (August, S. 257). Nein, lautet die Antwort; denn oft ist die Posterior eben nicht krank. Es gibt bekanntlich Autoren, die die anscheinend überflüssige Frage bejahen.

„Den Wert der Waffen, über die wir im Kampf gegen den Gonococcus verfügen“ erörtert Janet im 9. Aufsatz (September, S. 435). Die Serotherapie steckt noch in den Kinderschuhen; ihre Erfolge sind recht bescheiden. Die mechanisch instrumentellen Methoden schießen übers Ziel hinaus: „ils massent, ils écrasent, ils endoscovent, ils cautérisent, ils dilatent“; sie meinen, den Gonococcus bis in seine letzten Schlupfwinkel verfolgt zu haben, und bilden sich ein, vor so vollkommenen Hilfsmitteln müsse er doch das Feld räumen! Fällt ihm gar nicht ein! Es ist exzeptionell, wenn einmal instrumentelle Eingriffe zur Beseitigung der Gonokokken erforderlich sind.

Technique des lavages sans sonde de l'urètre (Oktober, S. 647). Janet benutzt noch den Irrigator. Phimosi, Anomalien des Meatus, Epispadie und Hypospadie, enges Orificium erschweren die Spülung der Anterior. Man vergewissere sich stets, daß die Anterior sich aufweitet; manchmal dringt die Flüssigkeit nicht über die Fossa. Einer Totalspülung muß stets eine isolierte Spülung der Anterior vorausgehen. Die Sphinkterpassage suche man nie durch Drucksteigerung zu erzwingen; Abwarten, Ablenken, zur Miktion auffordern, Novocainisieren, die Blase voll lassen — sind geeignete Hilfsmittel; es kommt vor, daß alles versagt. Zuweilen dringt im Gegenteil die Spülflüssigkeit ohne unser Zutun sofort in die Blase.

„Die antiseptische Behandlung der ausgebrochenen Gonorrhoe“ (November, S. 797) glaubt Janet mit jedem Antisepticum zu einem guten Ende führen zu können; die besten Erfolge hatte er mit Kalium-Permanganat und mit Eiweißsilbersalzen. Die Dosen des KMnO_4 wählt er viel schwächer als früher, von $\frac{1}{10000}$ — $\frac{1}{3000}$; je akuter, desto schwächer und desto öfter spüle man, die erste Woche 2mal täglich, später täglich. Zu große Pausen vereiteln den Erfolg (da diese aber in praxi, wenn nur der Arzt spült, sich gar nicht vermeiden lassen, so lasse ich [Ref.] auch bei einer Spülkur immer noch den Patienten selbst zu Hause einspritzen). Wirkt KMnO_4 nicht, oder reizt es zu sehr, so gehe man zu Protargolspülungen ($\frac{1}{1000}$ — $\frac{1}{200}$) über; manchmal ist danach eine zweite Permanganatspülungsserie von endgültigem Erfolg.

Aus dem letzten Aufsatz „die Beendigung der Tripperbehandlung“ (Dezember, S. 971) ist bemerkenswert, daß Janet die Provokationen mit Ätzung der Bougierung für die Beurteilung der Heilung akuter Gonorrhoe für überflüssig hält, da eine antiseptisch behandelte akute Gonorrhoe nach 2—6 tägiger Behandlungspause wieder läuft, daß er desgleichen die antikatarhalische Nachbehandlung verwirft.

Ebenso interessant sind die Mitteilungen Di Chiara's (Journal d'Urologie. VII. 1913. S. 77—102) über die Lokalisation und Behandlung der **weiblichen Gonorrhoe**. Darnach ist die Gonorrhoe bei $\frac{9}{10}$ der damit behafteten Frauen latent; bei der Hälfte etwa entdeckt man durch Cervixkurettag die Gonokokken. Dabei ist die Gefahr der Kontagiosität für den Mann ungemindert, ein Übergang der Cervixgonorrhoe in Salpingitis, Perimetritis, Pelveoperitonitis in jedem Augenblick möglich. Von 100 Ehemännern bringen 10 die Gonorrhoe in die Ehe, weitere 10 akquirieren sie bei extrakonjugalem Verkehr. Von 100 Graviden findet man 25 gonorrhöisch.

Die **Urethritis** gon. ac. macht der Frau nur 2, 3 Tage Beschwerden, in 6—10 Wochen heilt sie dann ab oder wird chronisch. Die Gonokokken persistieren in den präurethralen und paraurethralen Drüsen jahrelang ohne jedes Symptom; hier ist die Quelle vieler Rezidive und Infektionen. Aus diesen Herden können Polypen oder Abszesse sich bilden. Tripperfäden hat auch die Frau. — Die Vulvitis ist bei Kindern häufig, bei Frauen sehr selten. Isolierte Flecken entzündlicher Hyperämie, Ödem der Labien und der Clitoris, Geschwürchen, fibrinöser Belag, Leistendrüsenanschwellung kennzeichnen sie. Auch hier beteiligen sich oft die Drüsen; wenn sie sich entzünden, sind sie Furunkeln sehr ähnlich; sie heilen aber nicht, wie diese, sobald der Eiter ausgepreßt ist, sondern beherbergen oft lange Zeit virulente Gonokokken, selbst dann, wenn ihr Sekret rein schleimig aussieht.

Bartholinitis kann in allen Stadien entstehen und abszedieren. Der Eiter kann sich durch den Ausführungsgang von selbst leeren oder auspressen lassen; alsdann handelt es sich um eine Eiterverhaltung in natürlichen Höhlen, um einen Pseudoabszeß. Es kommen aber auch echte Abszesse vor mit Infiltration, Bubo, Fistelbildung, Fieber. Die Bartholinitis kann jahrelang dauern. — Die Vaginitis, als echte Gonokokkenvaginitis und schwere fieberhafte Entzündung exzeptionell, als sekundär saprophytäre Erkrankung häufiger, heilt immer in einigen Wochen ab; eine chronische gonorrhöische Vaginitis gibt es nicht.

Der **Uterus** ist, wie die Urethra, Prädilektionssitz der Gonorrhoe. Meist ist nur der Cervix befallen; die Corpusmetritis pflegt mit Druckschmerzhaftigkeit und Unbeweglichkeit des Organs, mit spontanen anhaltenden Schmerzen und mit wehenartigen Schmerzen, mit Fieber bis 39° in einer Woche abzulaufen. Bei der akuten Cervixmetritis ist die Portio rot, dick, die Schleimhaut quillt vor und stößt gelben Eiter aus, ist auch wohl mit Drüsenfollikeln besetzt, die wie Aknepusteln aussehen; Kreuz- und Leibscherzen sind nicht selten. Ist die Metritis chronisch geworden, so kehren solche Schmerzen periodisch wieder; auch Krämpfe in Blase und Mastdarm werden geklagt. Der Cervixschleim kann kristallklar sein und doch von virulenten Gonokokken strotzen. — Die Rektalgonorrhoe, meist durch Hereingleiten von Sekret verursacht, verrät sich durch die Trias: Eiterung (nur auf Druck!), Fissur (an der Hinterwand des Sphinkter) und Condylom. Sie verläuft langsam und hinterläßt bisweilen Abszesse, Phlebitis, Strikturen.

Die **Diagnose** der akuten Gonorrhoe bei der Frau ist ebenso leicht, wie die der chronischen schwierig. Nur der bakteriologische Befund sichert die Diagnose. Am besten findet man die Gonokokken 1—2 Tage post menstruationem; die Patientin darf lange nicht uriniert haben, 3 Tage keine Medikamente, 24 Stunden keine örtliche Behandlung genossen haben. An der Vulva fahnde man an der Innenfläche der Labia minora nach Drüsen; in

ihrer Mitte suche man nach den Bartholinischen Drüsen, die hart sind oder eitern. Die Urethra soll man abtasten, ausdrücken, ausschaben; den Meatus aufspreizen, um die Krypten an seiner Unterwand zu finden; bei der Endoskopie sieht man Infiltrate, Polypen, Ulcera. Aus dem Urin fische man die Fäden. Das Cervixsekret entnimmt man im Spiegel, eventuell mit Kurette-ment. Die Annexe sind sorgfältig bimanuell zu palpieren.

Für die **Behandlung** gibt Chiara, immer von anatomischen Befunden geleitet, folgende Vorschriften, die ich im Schema anführen will. Akutes Stadium: Nicht örtlich behandeln; Ruhe, Sitzbäder, äußerliche Waschungen, Balsamica. Subakute Urethritis: Spülung mit Lapis oder KMnO_4 in die Blase hinein, ohne oder mit Katheter. Chronische Urethritis: Lokalisierte Ätzung im Endoskop mit 25% Lapis oder mit Galvanokauter. Cystitis: 2—3tägig Instillation mit 2% Lapis oder 20% Jodoform.

Vulvitis, Vaginitis: Pinselung mit 10% Lapis; Ichthyoltampons. Bartholinitis: Pseudoabszeß durch Ausführungsgang aspirieren und ätzen, echten Abszeß aufschneiden. Metritis: Falls kein Symptom der seltenen Endometritis vorhanden, zunächst nur Cervix, bei Mißerfolg Corpus behandeln. Bei Nulliparen und vor allen intrauterinen Ätzungen muß der Cervix erst dilatiert werden. Rektitis: Spülung mit $2\%_{00}$ — $4\%_{00}$ KMnO_4 .

III. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Analyse physiologique de l'action des rayons ultraviolets sur l'oreille du lapin**, par V. Moycho. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. 1913. S. 38.)

Verf. untersuchte den Einfluß des Nervensystems auf die Wirkung ultravioletter Strahlen am Ohr des Kaninchens in 2 Versuchsreihen. In der einen wurden nach Bestrahlung beider Ohren der Sympathicus und der N. auricularis der einen Seite durchschnitten und alsdann die Strahlenwirkungen auf beiden Ohren miteinander verglichen. In einer zweiten Serie von Versuchen wurde bezüglich der ersten Bestrahlung und der Nervendurchschneidung dasselbe Verfahren inne gehalten, aber Verf. ließ dann nach verschieden langer Zeit eine weitere Bestrahlung benachbarter Stellen am operierten Ohr folgen, während das normale Ohr früher und später Bestrahlungen von derselben Dauer erhalten hatte wie jenes. Es ergab sich, daß ein merklicher Unterschied zwischen den Wirkungen der Strahlen vor und nach der Nervendurchschneidung nicht bestand und daß bei Vergleichung beider Ohren am operierten die Reaktionen zwar rascher und intensiver auftraten aber auch schneller wieder schwanden. Das Nervensystem scheint demnach einen direkten Einfluß auf die Strahleneffekte nicht zu haben, vielmehr müssen die nach Nervendurchschneidung auftretenden Veränderungen auf spätere Alterationen der Gefäße und der Ernährung zurückgeführt werden. Der Kontraktionszustand der Gefäße im Augenblick der Bestrahlung ist von keiner besonderen Bedeutung, mögen sie kontrahiert sein, wie vor oder erweitert, wie nach der Nervendurchschneidung, die Strahlenwirkungen bleiben dieselben.

B. Solger-Neiße.

- 2) **Die Einwirkung hoher X-Strahlendosen, welche durch Filtration durch eine 3 bis 4 mm dicke Aluminiumschicht gehärtet werden, auf die**

Haut und ihre Anwendung in der Röntgentherapie, von Ch. Regoud und Th. Nogier. (Strahlentherapie. II. 1913. H. 2.)

Werden harte Röntgenstrahlen, in der Weise wie im Titel angegeben, gewonnen, so hat denselben gegenüber die Haut ein eigentümliches biologisches Verhalten. Bei der Applikation sehr großer Strahlenquantitäten tritt keine Dermatitis sondern nur eine Epidermitis, d. h. oberflächliche Epitheldesquamation ein. Sehr interessant und praktisch wichtig ist die Tatsache, daß die Keimzellen der Haarbulbi empfindlicher gegen harte Strahlungen sind, als die Keimschicht der Epidermis, die ersteren können isoliert zerstört werden, ohne daß weitere Veränderungen der Epidermis hervorgerufen werden; sehr wichtig für die Behandlung der Hypertrichosis. C. Siebert-Charlottenburg.

3) **Dauernde Epilation durch Röntgenstrahlen ohne Schädigung der Haut**, von D. Chilaiditi. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 47.)

Bisher waren die Erfolge der Röntgenbehandlung bei Hypertrichose selten befriedigend. Die Ursache der schlechten Resultate lag der Hauptsache nach darin, daß die Papille nur um ein geringeres röntgenempfindlicher ist als die Epidermis, so daß die Röntgendosis, bei der die Papille dauernd geschädigt werden konnte, meist auch die Haut dauernd schädigte. Verf. gelang es, die Röntgenempfindlichkeit der Papille dadurch zu steigern, daß er die zu bestrahlenden Haare 2 bis 5 Tage vorher mit der Pinzette epiliierte. Der durch die Epilation gesteigerte Wachstumstrieb der Papille steigert deren Empfindlichkeit für Röntgenstrahlen und zwar um ein Viertel bis um die Hälfte. Diese Steigerung der Röntgenempfindlichkeit der Papille genügt in den geeigneten Fällen, um stark störenden Haarwuchs ohne Schädigung der Haut dauernd zu epilieren. Flaumbaare eignen sich weniger für diese Behandlungsweise. Schourp-Danzig.

4) **A method of standarising the tuits given by the Sabouraud-Noiré method**, by D. Corbett. (British. journ. of Dermat. 1913. August.)

Die Versuche zielen dahin, einen unveränderlichen Standard für Färbungen zu erhalten. Zu diesem Zwecke wurden die Farbenwechsel in der Sabouraud-Noiréschen Pastille untersucht mit dem Lovibondschen Tintometer. Die Pastille erschien aus Gelb und Blau zusammengesetzt, bei Bestrahlung verschwindet das Blau, ein Rot erscheint, Gelb bleibt konstant. Verf. hält es durchaus für möglich, eine konstante Standardfärbung sowohl für volle als für geteilte Dosen durch weitere Experimente mit dem Radiometer zu erlangen. J.

5) **Über die therapeutische Anwendung der Teerpaste (Dohi) bei Hautkrankheiten**, von T. Aoki. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Dohis Teerpaste besteht aus: Picis liquidi, Sulfuris depurati, Zinci oxydati ana 10,0, Adipis suilli 30,0. Die Hauptmerkmale der Wirkung der Dohischen Paste sind darin zu suchen, daß sie durch Hinzusetzung von Zinkoxyd, das anämisierend und entzündungswidrig wirkt, vor den durch Teer hervorgerufenen Nebenerscheinungen schützt und durch die reduzierende Wirkung von Teer und Schwefel keratoplastisch, keratolytisch und sogar antiparasitär wirkt. Dementsprechend empfiehlt Verf. die Anwendung bei Ekzema intertriginosum, Dysidrosis, Sycosis parasitaria, Skabies, chronischem Ekzem, Gewerbeekzem, Ekzema pruriginosum und Ekzema seborrhoicum. Schourp-Danzig.

6) **Über die Verwendung des Sulfoforms in der Dermatologie**, von M. Joseph und L. Kaufmann. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 12.)

Sulfoform ist ein lösliches, geruch- und reizloses, bei lokaler Anwendung

ungiftiges Schwefelpräparat. Es spaltet in statu nascendi Schwefel ab und besitzt eine dadurch gesteigerte Reaktionsfähigkeit. Durch experimentelle und theoretische Untersuchungen sind Grundlagen für die praktische Verwendung des Mittels in der Dermatologie geschaffen, wonach es allerdings nicht einfach schematisch anzuwenden ist, sondern die Berücksichtigung seiner besonderen Eigenschaften voraussetzt. Besonders indiziert ist seine Anwendung bei der Seborrhoea capitis und der Alopecia seborrhoica. Es wird empfohlen, die Lösungen in Originalpackung zu verordnen, damit eine vollkommene Löslichkeit, die bei den Ölen nur in Vakuumapparaten erzielt wird, gewährleistet wird. Als solche Lösungen kommen in Betracht der 2%ige Sulfoformspiritus, einfettend: Sulfoform 1,0, Ol. Ricini 12,5, Alkohol 98⁰/₁₀₀ ad 50,0, und austrocknend: Sulfoform 1,0, Glycerini 4,0, Chloroform 16,0, Alcoh. absol. ad 50,0.

Schourp-Danzig.

- 7) **Über die Entgiftung von Pelz- und Haarfärbemitteln**, von J. Colman. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Durch Versetzung einer p-Phenylendiaminlösung mit ausreichender Menge von Sulfit gelang die Entgiftung von Diaminen, ohne die färberischen Eigenschaften zu beeinflussen. Nach diesen Grundsätzen stellt die Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation, Berlin SO. 36, ein Haarfärbemittel „Primal“ her: ausgedehnte klinische Versuche bestätigten, daß das Präparat auf der Haut keinerlei experimentell nachweisbare schädigende Wirkung zeigte.

Schourp-Danzig.

- 8) **Skin diseases among full-blood Indians of Oklahoma**, by E. S. Lain. (Journ. of the Amer. med. Association. 1913. Juli.)

Unter den reinrassigen Indianern sind nach den Erfahrungen des Verf.'s Hautkrankheiten, die von menstruellen Störungen oder überreizten Nerven herrühren, kaum zu finden. Selbst solche Dermatosen, die mit minderwertiger Ernährung zusammenhängen, befallen sie nicht, trotz ärmlicher und wenig Abwechslung bietender Kost. Kahlheit war bei der Urbevölkerung Amerikas unbekannt, ehe die Zivilisation begann. Syphilis kommt bei den verschiedenen Stämmen vor, ist aber nicht so vorherrschend, wie Sensationslustige behaupten. Häufig ist dagegen Tuberkulose der Lymphdrüsen, und hier vor anderem könnten prophylaktische Maßnahmen viel Unheil verhüten. Der unzivilisierte Indianer ist frei von Pellagra und fast immun gegen Karzinom. Im Anschluß an seinen Bericht wirft Verf. die Frage auf, ob nicht das einfache, viel Bewegung im Freien bietende Leben und die Mäßigkeit bzw. Unkompliziertheit der Nahrung die wilden Stämme so widerstandsfähig gegen Hautleiden mache? J.

Entzündliche Dermatosen.

- 9) **Zur Pathologie der generalisierten exfoliativen Erythrodermien**, von O. Sachs. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Patienten aus der Fingerschen Klinik, bei dem die klinische Diagnose: Erythrodermia exfoliativa generalisata lautete. Die Krankheit begann im Gesicht und ging allmählich auf den ganzen Körper über und besteht in einer intensiven Rötung der ganzen Hautfläche mit Verdickung, Infiltration und großen fettigen Schuppen. Die Kopfhare mit trockenen Schuppen, sämtliche fühlbaren Lymphdrüsen vergrößert. Die subjektiven Beschwerden bestanden im starken Jucken. Die histologische Untersuchung nach der Obduktion ergab eine chronische Dermatitis der Haut, eine entzündliche Hyperplasie der mesenterialen, inguinalen und iliakalen

Drüsen, in einigen iliakalen Drüsen Zeichen von Tuberkulose ohne Tuberkelbazillen. Nach diesem Befunde will Verf. seinen Fall in die Gruppe der Erythrodermien mit Tuberkulose der Lymphdrüsen einreihen. Aus seinem und dem in der Literatur beobachteten Fällen schließt und hebt Verf. besonders die Wechselbeziehungen zwischen der Haut und den im Körper erkrankten Drüsen hervor.

Barinbaum-Berlin.

- 10) **Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids (*Pemphigus neonatorum* bzw. *infantis*), seiner Beziehungen zur Ritter von Rittershausschen *Dermatitis exfoliativa neonatorum* und zur *Impetigo contagiosa* (s. *vulgaris*) *staphylogenes*, von L. Hofmann.** (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Neugeborenen mit *Dermatitis exfoliativa*, die in ein Pemphigoid überging. Bakteriell ließen sich in den Blasen nur Staphylokokken nachweisen, ebenso wie bei der zu gleicher Zeit bei der Mutter des Kindes bestehenden *Impetigo contagiosa*. Verf. bringt aus diesem Grunde beide Erkrankungen in ätiologischen Zusammenhang und bemerkt, daß man rein staphylogene seröse Blasen auch bei älteren Kindern in Kombination mit eitrigen staphylogenen Pyodermien findet.

Barinbaum-Berlin.

- 11) **Über eine seltene Erythemform**, von B. Lipschütz. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. beschreibt eine seltene Erythemform, die er bei einer Patientin beobachtete und mit *Erythema chronicum migrans* bezeichnet. Es handelt sich um ein ohne jede erkennbare Ursache auftretendes handtellergroßes Erythem in der Gegend des linken Trochanters bei vollkommenem Wohlbefinden des Patienten, das sich immer mehr ausdehnte. Die Ursache der Erkrankung ist unbekannt, Prognose günstig, Therapie indifferent.

Barinbaum-Berlin.

- 12) ***Dermatitis atrophicans reticularis***, von A. Glück. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. beschreibt einen Fall von *Dermatitis atrophicans reticularis* bei einem jungen Mann, bei dem außerdem eine juvenile Muskelatrophie besteht. Es handelt sich wie bei schon anderen in der Literatur erwähnten Fällen um „eine teils makulöse, teils diffuse Atrophie der Haut, charakterisiert durch netzförmig angeordnete Pigmentierungen, ödematöse Schwellungen und durch Erweiterung der Kutisgefäße bedingte Rötungen.“ Histologisch bemerkenswert ist die gewöhnlich nicht auftretende muzinöse Degeneration des kollagenen Bindegewebes. Ätiologisch spricht Verf. von einer schon im Keime geschaffenen Anomalie, für die das gleichzeitige Ergriffensein der Kutis und Muskulatur, die Epilepsie des Kranken und die symmetrische Lokalisation sprechen würden.

Barinbaum-Berlin.

- 13) **Forschungsergebnisse über Psoriasis**, von Fr. Schamberg, J. A. Kolmer, A. J. Ringer und G. W. Raizies. (Dermatolog. Wochenschr. 1913. Nr. 44.)

In diesem vorläufigen Berichte zeigen die Verf., daß entweder ein spezifisches Antigen in den für gewöhnlich aus den Psoriasisläsionen zu züchtenden Organismen nicht vorhanden ist, oder daß das Serum des Patienten keinen Antikörper enthält, oder daß auch beides zutrifft. Die Wassermannreaktion war bei etwa 20% der Fälle schwach positiv. Aus 57 Kulturen, welche von 24 Fällen von Psoriasis angelegt wurden, ließen sich 16 verschiedene Organismen isolieren. Es konnte für keinen derselben eine ätiologische Beziehung zu der Dermatose nachgewiesen werden. Ein noch nicht klassifizierter Diplo-

coccus, den die Verff. als Diplococcus X bezeichnet haben, verdient weiter erforscht zu werden. Kulturen aus dem Blute ergaben nur in einem Falle den Diplococcus X und waren überhaupt größtenteils negativ. Impfversuche bei Affen, wobei auch das Einsetzen von Scheiben von psoriatischer Haut ausgeführt wurde, fielen negativ aus. Untersuchungen mit dem Ultramikroskop ergaben das Vorhandensein eines eigenbeweglichen, bazillären Körperchens bei 17 von 19 so untersuchten Psoriasisfällen. Schourp-Danzig.

- 14) **Über therapeutische Versuche mit Pilocarp. hydrochlor. bei Parapsoriasis**, von Herxheimer und Köster. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 48.)

Die Verff. sahen in 2 Fällen günstige Erfolge von Pilocarpininjektionen 0,01. Bei fortgesetzter Kontrolle sind die Injektionen gefahrlos. Bei event. unangenehmen Entwicklungserscheinungen hat man in Atropin (0,001) sein sofort wirksames Antidot. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 15) **Kombinierte Jodtinktur-Ichthyolbehandlung der Furunkulose**, von F. Berger. (Med. Klinik. 1913. Nr. 46.)

Verf.'s Methode besteht in der grundsätzlichen Kombination von Jodtinktur und Ichthyol, derart, daß noch harte knotige Furunkel bis in die gesunde Umgebung hinein mit Jodtinktur und darnach mit purem Ichthyol bestrichen werden, nach dessen Eintrocknung ein Watte-Leukoplastfleck appliziert wird. Hebt sich die Epidermis unter Leukoplast blasig ab, so ist unter Fortlassen der Jodtinktur lediglich mit Ichthyol zu behandeln. Weiche Furunkel werden nach dem Jodanstrich mit einer mit 10% iger Ichthyolvaseline bestrichenen Mullkompressen bedeckt und täglich nach Reinigung mittels Benzin in derselben Weise behandelt, bis der Eiter durch Resorption oder Perforation beseitigt ist, worauf reine Ichthyolpinselungen folgen. Biberstein-Gleiwitz.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 16) **A case of xanthoma tuberosum multiplex associated with tumours about the joints**, by J. M. H. Macleod. (British Journ. of Dermatology. 1913. November.)

Das bemerkenswerte an dem vorliegenden Fall ist die Ausdehnung der gelblichen Flecke und Knötchen sowie Teleangiektasien über Gesicht, Augenlider, Hals, Schultern, Achselhöhlen, Brust, Rücken und Extremitäten und die Veränderungen an den Gelenken. Handgelenk, Knie und Ellbogen waren geschwollen und besonders das Handgelenk zeigte behinderte Bewegung. Diese Gelenkaffektion war durch keinerlei innere Störung zu erklären, vielmehr waren die inneren Organe sowie das Allgemeinbefinden durchaus normal. In der Familie des etwas nervösen, aber sonst gesunden 40jährigen Patienten war keine ähnliche Hauterkrankung beobachtet worden. J.

- 17) **Lupoidähnliche Hauterkrankungen nach subkutanen Injektionen**, von M. Oppenheim. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 44.)

In 3 Fällen beobachtete Verf. nach Injektionen eines Medikamentes — einmal Morphium, die anderen Male Hg. salicylicum — schmerzlose Entwicklung von Tumoren in der Tiefe, allmähliches Wachsen an die Oberfläche und Verwachsen mit der Haut ohne Zerfall und ohne stärkere Entzündungserscheinungen; es ist vielleicht die Ursache dieser Knotenbildung, die weder rein chemischer noch mechanischer Natur sein kann, unter den Bakterien zu finden.

Schourp-Danzig.

- 18) **Multiple idiopathic pigment sarcoma (so-called) of Kaposi, with report of an early case**, by J. H. Sequeira. (British Journ. of Dermatology. 1913. November.)

Neben anderen, mehr oder minder ähnlichen Fällen aus der Literatur bespricht Verf. einen kürzlich selbst beobachteten und drei früher bereits von ihm beschriebene Fälle von multiplem idiopathischen Hautsarkom. Der jüngste Fall betraf einen 46jährigen etwas blassen, aber stark gebauten Patienten, der keinerlei ernstliche Krankheit, auch niemals Gicht oder andere Gelenkaffektionen durchgemacht hatte und völlig gesund an den inneren Organen war. Während in früheren Berichten chronische Entzündung des Derma, ein starkes Depot von Pigment und Fehlen des Hämoglobins erwähnt wurde, lag hier eine augenscheinliche Proliferation der Kapillaren, geringere Entzündung und keine Pigmentablagerung vor. Die Schwellungen, welche sich allmählich vergrößerten, betrafen die Fuß- und Handgelenke und zeigten eine rötliche Färbung, verursachten leichte Schmerzen oder auch Jucken und behinderten die Bewegung, an den Füßen das Stehen.

J.

- 19) **Sulla pseudobotriomicosi umana**, per L. Martinotti. (Archiv. p. l. Scienze medic. 1913. Nr. 12.)

Die hier berichtete stets gutartig verlaufende Neubildung der Haut ist in der Literatur etwa 300 mal beschrieben und entspricht in ihrer gefäßreichen Struktur am meisten den Polypen der oberen Luftwege. Die haselbis walnußgroßen, blauroten, gestielten, kugelförmigen Tumoren erscheinen meist vereinzelt auf unbedeckten Hautpartien, häufig an den Händen, seltener an den Lippen, bluten leicht, verursachen aber weder lokale noch allgemeine Beschwerden und bestehen unverändert ohne Metastasenbildung fort. Im Gewebeausschnitt können sich Keime finden, welche die Merkmale des Staphylococcus zeigen. Trotz ihrer hauptsächlich polypösen Natur kann die Neubildung in ihren Entwicklungsstadien auch myxomatöse, granulomatöse, angiomyxomatöse, fibroangiomatöse Formen annehmen. Von den Gefäßen gehen zuweilen atypische Proliferationen aus, welche sich sowohl als Anfänge eines Angiosarkoms, wie als Pseudobotryomykosis darstellen können. Gründliche chirurgische Entfernung führt glatte Heilung ohne Metastasen oder Rezidive herbei. Die Erkrankung, welche das Bild eines einfachen Hautpolypen bietet, hat nichts mit der tierischen Botryomykosis zu tun.

J.

- 20) **Ein Beitrag zu den Tumoren des Penis**, von A. Heigel. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 42.)

1. Ein papilläres Karzinom, bei dem auffallen muß: Hyperkeratose, amyloide Degeneration, eine große Zahl Russelscher Körperchen in den Plasmazellen des entzündlichen Infiltrates; Veränderungen, die Störungen des Eiweißstoffwechsels bedeuten, einzeln zwar wohl bekannt, aber gleichzeitig auftretend bei einem Tumor des Penis einen sehr seltenen Befund darstellen. 2. Ein großzelliges Rundzellensarkom, ausgehend vom Stützgewebe des Corpus cavernosum penis. Bei dem an sich schon sehr seltenen Falle — Sarkome des Penis sind nur sehr wenige in der Literatur beschrieben — ist hier noch besonders bemerkenswert, daß der Tumor durch etwa ein Jahr als ein kleines Knötchen blieb und augenscheinliche Vergrößerung erst später eintrat.

K l o k o w - B e r l i n .

Parasitäre Dermatosen.

- 21) **Beitrag zur Kenntnis des Eczema marginatum (Hebra) oder der Epidermophytia inguinalis (Sabouraud)**, von D. V. Dudumi. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Dezember.)

Bericht über 10 einschlägige Fälle, welche durch das Epidermophyton inguinale erzeugt waren, einem der Trichophytongruppe nahestehenden Hautpilze. Zur Behandlung eignen sich am besten Pinselungen mit Jodtinktur, oder Jodtinktur und Alkohol 1:10, ferner auch 10%ige Chrysarobinsalben.

- 22) **Der Mäusefavus beim Menschen**, von Fischer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 49).

Bei einer Epidemie — 12 junge Mädchen aus einem Putzgeschäft waren erkrankt — konnte in allen Fällen der Mäusefavuspilz gezüchtet werden.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 23) **Tinea imbricata (Tokelan)**, by A. Castellani. (British Journ. of Dermatology. 1913. Dezember.)

Verf. gibt eine ausführliche Beschreibung der Entstehung, des Wesens und Verlaufs dieser Krankheit, die mit stark juckenden, kleinen, erhabenen, bräunlichen Flecken beginnt, welche bald in Schuppung übergehen. Neigung zu spontaner Heilung besteht nicht, in älteren Fällen ist beträchtliche Eosinophilie zu bemerken. Warme und zugleich feuchte Klimata begünstigen die Erkrankung, welche sich daher in tropischen Gegenden, wie Ceylon, der malaiischen Halbinsel, den Philippinen am häufigsten zeigt. In der erkrankten Haut fand sich ein Fungus in zweierlei Gestalt, den Verf. in mehreren Kulturverfahren züchtete und Endodermophyton concentricum und E. indicum benannte. Therapeutisch bewährten sich Jodliniment, Resorzin und Chrysarobin.

J.

- 24) **Un caso di tricosporia**, per A. Paoli. (Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle. 1913. Fasc. 5.)

Beschreibung teilweise in ihrem Verlauf, teilweise an den Enden verdickter und an den verdickten Teilen dunkler gefärbter Haare des Schnurrbarts. In Ätheralkohol hellen sich die dunklen Stellen teilweise auf. Bei Auflösung in Kalilauge erkennt man, daß die Verdickungen aus 3—4 μ großen Sporen und einem Myzel bestehen, das in die Cuticula des Haares etwas eindringt. Auf Sabouraudschem Nährboden entwickeln sich bei Zimmertemperatur schon nach 24 Stunden Kulturen, die sich in 14 Tagen zu schmutziggelben, 5—6 cm langen, samtartigen und gebuckelten Rasen mit feuchter Oberfläche erheben. Übertragungsversuche auf Kaninchen und Meerschweinchen mißlingen. Die Pilze unterschieden sich von den sonst bei Piedra beschriebenen dadurch, daß sie sich hauptsächlich durch Spindelbildungen fortpflanzen und erst in zweiter Reihe durch Myzelteilung. Am meisten glichen sie dem von Behrend beschriebenen Trichosporon ovale. Dreyer-Cöln.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 25) **Über Versuche, eine lokale Resistenz der Haut gegen Tuberkuloseinfektion zu erzeugen**, von O. Stiner und S. Abelin. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Versuche, durch wiederholtes Einreiben von Salbe aus Alttuberkulin auf rasierte Hautstellen die kutane Infektion der Meerschweinchen mit Tuberkulose

zu verhüten, sind nicht gelungen. Durch länger dauernde Vorbehandlung mit 50%iger Rindertuberkulinsalbe scheint eine Verzögerung der Infektion und eine Lokalisierung auf die regionalen Lymphdrüsen erreicht zu werden. Die Laboratoriumsdiagnose der Tuberkulose durch Tierversuch kann dadurch beschleunigt werden, daß man den Tieren Tuberkulinsalbe auf die Haut appliziert. In den meisten Fällen tritt auf die Einreibung bei tuberkulösen Tieren eine akute Vergrößerung der Drüsen auf. Schourp-Danzig.

26) **Über orthotische Albuminurie und ihre Beziehungen zur Tuberkulose nach Untersuchungen bei Hautkranken, insbesondere bei Hauttuberkulose und Syphilis**, von Arnold. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 9.)

Die Untersuchungen ergaben: Bei Hautkrankheiten ist eine orthotische Albuminurie im allgemeinen nicht nachzuweisen, bei Hauttuberkulose selten, im Frühstadium einer unbehandelten Lues ebenso häufig, wie sie von anderen Seiten bei Tuberkulose gefunden wurde. Sie ist nicht charakteristisch für Tuberkulose und nicht ein Zeichen einer chronischen Intoxikation bzw. Infektion. Raff-Augsburg.

27) **Die Tuberkulose der Haut und der benachbarten Schleimhäute**, von A. Havas. (Pester med.-chirurg. Presse. 1913. Nr. 42.)

Als Hauttuberkulose werden solche Prozesse bezeichnet, die durch das Eindringen des Tuberkelbacillus oder seines Toxins in die Haut entstehen. Die Bilder sind sehr polymorph, prognostisch und therapeutisch sehr verschieden zu behandeln. Die Ursache des Polymorphismus ist unbekannt. Die Entstehung kann exogenen, endogenen per contiguitatem oder auch embolischen Ursprungs sein. Die häufigste Form ist der Lupus vulgaris mit den charakteristischen apfelgeleeähnlichen Lupusknötchen; je nachdem das Gesamtbild imponiert, unterscheidet man den Lupus maculosus, tumidus, exfoliatus, exulcerans, papillaris, verrucosus, cornutus, sclerosus, disseminatus, serpiginosus, hypertrophicus und Lupus pernio. Letzterer eine flache, bläulich livide Infiltration an Nase, Ohr und Händen. Differentialdiagnostisch können ulzeröse Syphilide in Betracht kommen; Mischinfektionen mit Strepto- und Staphylokokken sind nicht selten. Die Prognose ist, falls nicht Komplikationen anderer Organe vorliegen, günstig. Prophylaxe durch populäre Vorträge, Wohnungshygiene, Diät und Schulkontrolle sehr wirksam. Unter Skrophuloderma versteht man einen Tuberkelknoten im Unterhautzellgewebe, der sich rasch verflüssigt oder ein Übergreifen einer Lymphdrüsen-Knochen- u. s. w. Tuberkulose per contiguitatem auf die Haut. Im ersteren Falle ist die Prognose gut, im zweiten hängt sie von der Intensität des Grundleidens ab. Seltener tritt die Tuberculosis miliaris ulcerosa cutis et mucosae auf, und zwar vorwiegend an oder um die Körperöffnungen bei Patienten, die mit noch einem anderen, meist vorgeschrittenen, tuberkulösen Leiden behaftet sind, die Ätiologie ist meist Autoinfektion und die Prognose schlecht. Den Typus der Inokulations-tuberkulose bildet die Tuberculosis verrucosa cutis. Man sieht durch tiefe Furchen voneinander getrennte Erhebungen auf entzündlicher Basis mit kleinen Erosionen an den unteren und oberen Extremitäten. Verlauf langsam, nicht in die Tiefe greifend, Prognose gut. Der Lichen scrophulosorum ist jetzt auch unzweifelhaft als tuberkulösen Ursprungs festgestellt. Es sind hirsekorn- bis stecknadelkopfgroße bräunlich- bis bläulichrote Knötchen, hauptsächlich am Rumpf, häufig in den Haarbälgen sitzend. Differentialdiagnostisch wäre Lichen pilaris, Lichen ruber planus und Syphilis papulosa miliaris zu nennen. Prognose ist gut. Weiter bespricht Verf. die Tuberkulide, das sind solche Hautleiden,

die wohl nicht durch Tuberkelbazillen verursacht werden, aber mit ihnen in einem gewissen Nexus stehen, da diese Patienten meist noch andere tuberkulöse Leiden haben. Hierher gehören besonders die in der Tiefe der Haut sitzende Aknitis, die Folliklis und das Erythema induratum Bazin, alles sehr chronisch verlaufende Affektionen. Die Therapie der Hauttuberkulosen ist zunächst eine allgemein hygienisch-diätetische und eine spezifische. Lokal kommt chirurgische, chemische und physikalische in Betracht. Besonders empfiehlt Verf. die Langsche Exzision, die Stauungshyperämie nach Bier, Pyrogallolsalbe, Milchsäureätzung, Heißluft, Kohlensäureschnee, besonders Finsen- und Heliotherapie, bei welcher letzterer man mit einer Linse die Sonnenstrahlen auf die kranke Stelle konzentriert, bis stärkere Hyperämie eintritt, wobei man den Fokus vermeidet. Solche Sonnenbäder können bis zu 2 Stunden ausgedehnt werden, natürlich müssen die Augen des Operateurs, eventuell auch die des Patienten geschützt werden. Alle angeführten Methoden haben um so eher Erfolg, je früher die Diagnose gestellt ist und je weniger weit das Leiden vorgeschritten.

Klokow-Berlin.

28) **La lepra del globo oculare e dei suoi annessi**, per A. Breda. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 2.)

Verf. hat seit dem Jahre 1890 unter 37 Leprafällen 29 mal Lepra am Auge und seinen Adnexen bei allen Lebensaltern beobachtet. Blindheit trat ganz selten auf. Es erkrankten hauptsächlich die Augenbrauengegend, die Haut der Augenlider, die Konjunktivalschleimhaut, Episklera und Sklera, Cornea, Iris, Corpus ciliare, Chorioidea, Tarsusknorpel und die sensiblen Trigemini-fasern. Trotz jahrelanger Beobachtung der Fälle konnte nur einmal eine Erkrankung im hinteren Bulbussegment (Choroiditis) beobachtet werden. Die Erkrankung trat immer symmetrisch an beiden Augen auf, zusammen oder hintereinander. Die häufigste Form war die makuloanästhetische. Die Augenbrauen erkrankten meist in den äußeren Partien und wachsen nicht wieder. An der Haut der Augenlider treten Erytheme, flache Infiltrate, namentlich am Rande, mit Verlust der Zilien auf. Zilienverluste wurden auch ohne erkennbare Ursache, d. h. ohne daß in der nächsten Zeit Infiltrate sichtbar wurden, und ohne Anästhesien bemerkt, also wahrscheinlich auf toxischer Grundlage. Die Zilien wuchsen gelegentlich wieder. Bei scheinbar gesunden Haaren kamen Bazillen im Haarbulbus vor. Gelegentlich waren ausgesprochene Leprome der Konjunktiva das erste Leprazeichen. Episkleritis und Skleritis saßen am Meriscus der Cornea oder oberhalb desselben. In Knoten oder diffusen Infiltraten bildeten sie für das Auge gefährliche Herde, sprangen auf Corpus ciliare und Iris über, wo sie Trübungen, interstitielle Granulome und Knoten hervorriefen, die in verschiedenem Grade das Sehen beeinträchtigten. Lepröse Cornea konnte spontan wieder durchsichtig werden. Ein bis zur Descemetischen Membran ulzeriertes Leprom vernarbte in etwa 14 Tagen bei einem alten Manne mit völlig anästhetischer Cornea ohne Eingriff. Auch Leprome in der Augenbrauengegend heilten gelegentlich schnell ab, nachdem sie mit dem Messer bis zur Basis abgetragen waren. Die Iris erkrankte niemals primär, am häufigsten nach Skleritis und Episkleritis, seltener nach vorausgegangener Erkrankung der Hornhaut. Bei einem Kranken mit systematisierter, makuloanästhetischer Lepra war die Infiltration in der Episklera ganz diffus, außerdem waren bazillenreiche Herde in Sklera und beiden Ziliarkörpern vorhanden. Zuweilen finden sich Bazillen in den Lymphräumen in den Bindegewebsspalten, in Epithelzellen und Leukozyten. Übertragungs-

versuche auf Haut, Unterhautbindegewebe, Peritoneum, Hoden, Hornhaut und vordere Augenkammer von Hunden, Kaninchen und Schafen führten nicht zu sicherer Infektion. Exzision, Auskratzung der Leprome und Perikeratotomie setzten der Ausdehnung der Infiltrate keinen so sicheren Widerstand entgegen wie der ausgiebige Gebrauch des Thermokauters, den Verf. vor allen Dingen empfiehlt. Radiumbestrahlung gab keine befriedigenden Resultate.

Dreyer-Cöln.

29) **La lèpre des rats (Lepra Murium)**, par E. Marchoux et F. Sorel. (Lepra. Biblioth. internat. XIII. 1913. Fasc. 3.)

Nur etwa 5% der untersuchten Ratten erwiesen sich als Bazillenträger, etwa 0,60% waren leprös. Die Inguinaldrüsen waren gewöhnlich zuerst ergriffen, die Lunge bildete einen Filter, welcher die Keime nach den mediastinalen Drüsen ablenkt. Die Lagerung von Keimen auf epilierter oder skarifizierter Haut erzeugte sicherer Infektion als subkutane Impfung; intakte, behaarte Haut widerstand der Infektion. Die spezifische Rattenlepra wird von dem Stefanskyschen Bacillus erzeugt, der ein Parasit der mesodermalen Zellen ist, die granulösen Bazillen sind tot. Während die erste Kultur leicht zu erhalten ist, sind Wiederkulturen schwierig zu erzeugen. Der Bacillus unterliegt schnell in unreinem Milieu, widersteht nicht der Austrocknung, verträgt eine Temperatur von 60 Grad nicht über 5 Minuten. Die Infektion wurde weder durch die Genitalwege noch durch Insekten übermittelt, wohl aber gelangten Keime durch den Verdauungstraktus in die Lunge. Die Drüsen bei spontan erkrankten Ratten waren vergrößert, bei geimpften Tieren unverändert. Die Inokulation erzeugte stets die ganglionäre Form, unreine Produkte führten eher zur Lepra der Haut und Muskeln.

J.

Gonorrhoe.

30) **Über Rektalgonorrhoe bei Prostituierten**, von F. Schmidt. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Dezember.)

Rektalgonorrhoe ist eine oft vorkommende Krankheit, auch bei Prostituierten. Sie ist keine so chronische Krankheit, wie im allgemeinen angenommen worden ist, sondern kann in vielen Fällen in 14 Tagen bis 6 Wochen geheilt werden. Im Laufe der Untersuchung ist nichts zutage getreten, was die Annahme unterstützt, daß die Reinfektion der Genitalien durch Überfließen von gonorrhöischem Sekret aus dem Rektum geschieht; dagegen spricht sehr viel dafür, daß dies nicht der Fall ist. Daß die Ansteckung auf mechanischem Wege vermitteltst Finger, Papier im Klosett usw. geschehen kann, ist möglich, aber ganz sicher selten. Das Probenehmen vom Rektum im Prostitutionsbureau dürfte deshalb ohne größeren Schaden unterbleiben können.

Immerwahr-Berlin.

31) **Un vaccin antigonococcique atoxique, son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications**, par Nicolle. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 120.)

Durch Kultivierung des Gonococcus auf einem spezifischen Medium hat Verf. zusammen mit Blaizot eine Vakzine erhalten, die nicht toxisch wirkt und unbegrenzt haltbar ist, mit deren Anwendung bei der Gonorrhoe und deren Komplikationen er sehr gute Resultate erzielt hat. So heilte eine Ophthalmie manchmal nach einer Inokulation, ebenso trat bei Orchitis meist schnelle Besserung ohne die bekannten Folgezustände (Sterilität) ein. 3 Fälle von Rheumatismus gonorrhöicus heilten nach 2—8 Inokulationen, in 2—3 tägigen

Intervallen appliziert. Bei akuter und chronischer Urethritis wird neben der Vakzination lokale Behandlung empfohlen. Die Anwendung der Vakzine ist sehr einfach, Verf. ist bereit, allen, die es wünschen, das Mittel zur Verfügung zu stellen. Die Dosis der eingespritzten Vakzine beträgt bis zu 3 Milliarden Mikroben.

Paul Cohn-Berlin.

- 32) **Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe**, von C. Bruck. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Unter dem Namen Caviblenbehandlung hat Verf. eine Stäbchenbehandlung eingeführt. Das wirksame Agens ist eine Verbindung von Silber mit Uranin. Das Uranoblen benannte Präparat hat den Vorteil, daß es eine hohe abtötende Wirkung auf die Gonokokken entfaltet, eine sehr starke Tiefenwirkung ausübt und trotz des hohen Silbergehaltes (40%!) Arg. prot. nur 8% fast reizlos ist. Caviblenstäbchen und Caviblenschutzmittel werden durch die Firma Dr. Jablonski, Breslau 9, bezogen.

Schourp-Danzig.

- 33) **Praktische Resultate mit Caviblenherapie**, von A. Sommer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Der Vorteil der Caviblenherapie liegt darin, daß die Stäbcheneinführung für den Patienten bequemer und unauffälliger ausgeführt werden kann als die Injektionstherapie. Die Caviblenstäbcheneinführung kostet früh und abends nur etwa 2 Minuten Zeit. Dabei kommt das Antigonorrhoeikum auch wirklich in der Harnröhre zur Wirkung. Der Effekt ist, daß die meisten Fälle durchschnittlich in 14 tägiger Behandlung definitiv geheilt werden können. Die Kosten des Verfahrens sind nicht größer als bei der üblichen Injektionstherapie. Akute gereizte Fälle sollen erst nach Abklingen der Reizsymptome mit Caviblenherapie behandelt werden.

Schourp-Danzig.

- 34) **Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens**, von A. Glück. (Deutsche med. Wochenschr. 1913. Nr. 43.)

Die Untersuchungen zeigen, daß verschiedene Gonokokkenstämme sich in ihrer Resistenz gegenüber Silbersalzen ganz verschieden verhalten können. Die wirksame Substanz der Bruckschen Caviblenstäbchen, des Uranoblens, erweist sich im Desinfektionsversuch als ungemein stark gonokokkentötend. Seine sicher gonokokkozide Wirkung äußert sich bereits in einer mindestens zehnfach geringeren Konzentration, als der therapeutisch anwendbaren entspricht.

Schourp-Danzig.

- 35) **Traitement de la cystite blennorragique au moyen de la méthode des virus-vaccins sensibilisés de Besredka**, par L. Cruveilhier. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 523.)

Auch bei Behandlung der gonorrhoeischen Zystitis erzielte Verf. schon mit einer oder zwei Injektionen der sensibilisierten Virusvakzine nach Besredka vortreffliche Heilerfolge.

B. Solger-Kissingen.

- 36) **Zur Frage der Vakzinetherapie der gonorrhoeischen Erkrankungen**, von Gerschun und Finkelstein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 37.)

Die Verf. geben folgende Zusammenfassung: 1. Die Anwendung der Gonokokkenvakzine in kleinen und mittleren Dosen ist für den Kranken ohne jede Gefahr. 2. Das Schwinden des Schmerzes nach der ersten Injektion bei gonorrhoeischen Arthritiden und Epididymitiden ist eine regelmäßige Äußerung der Wirkung der Vakzine; gleichzeitig geht damit die Resorption der Infiltrate. 3. Bei akuter und subakuter Gonorrhoe und bei Gonorrhöen, die mit Arthritis und Epididymitis kompliziert sind, schwinden die Gonokokken in einem großen Prozentsatz der Fälle, und dieser Schwund muß der Wirkung der Vakzine

zugeschrieben werden. 4. Das weitere Studium muß an Massenmaterial durchgeführt werden.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

37) **Grundlagen und Varianten einer externen Jodtherapie (Behandlung der Gonorrhoe mit Joddämpfen)**, von Ig. Saudeck. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Zur Erzeugung der Joddämpfe benutzte Verf. den Jodbläser von Jungengel. Bei der Applikation der Joddämpfe auf die menschliche Harnröhre entsteht ein leichtes Brennen. Die Gonokokken verschwinden rasch, die Heilung der Gonorrhoe wird beschleunigt. Unter Kombination mit Argyrol- und Protargolinfektionen ließ sich eine durchschnittliche Heilungsdauer von 3 Wochen erzielen.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

38) **Heilung tertiärer Syphilis durch sehr kleine Gaben Jodtropon**, von V. Otz. (Allg. med. Central-Zeitung. 1913. Nr. 36.)

Eine 28 Jahre alte Frau mit negativer Luesanamnese zeigte mehrere dreimarkstückgroße Geschwüre an der linken Schulter und einen apfelgroßen fluktuierenden Tumor am linken Knie, der bald aufbrach. Das Geschwür fraß schnell weiter, so daß bald die Gefäße der Kniekehle sichtbar wurden. Auch am Gaumen waren ulzeröse Prozesse. Nachdem einige Tage drei Tabletten Jodtropon genommen waren, hob sich der Appetit der bis zum Skelett abgemagerten Patientin und die Geschwüre begannen sich zu reinigen. Die Jodtropogabe wurde bald auf zwei Tabletten, später eine täglich und schließlich jeden zweiten Tag eine herabgesetzt. Die beigefügten Bilder zeigen den Verlauf der Heilung. Nach etwa $1\frac{1}{4}$ Jahr ist selbst das große Geschwür am Knie vernarbt, ohne Bewegungsstörung zurückzulassen. Patientin hat in der ganzen Zeit nur 140 Tabletten Jodtropon = 7 g Jod = 10 g Jodkali erhalten. Verf. schließt aus diesem Fall, daß man bei Lues III ganz bedeutend geringere Joddosen zur Heilung braucht, wenn man Jodtropon verwendet, als wenn Jodkali verordnet wird.

Klokow-Berlin.

39) **Experimentelle Beiträge zur chemotherapeutischen Wirkung von organischen Antimonpräparaten bei Spirochäten- und Trypanosomenerkrankungen**, von S. Hügel. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Während die meisten im Tierversuch angewandten Präparate vollkommen ergebnislos waren, haben drei Präparate: das azetyl-p-aminophenylstibinsäure Natrium und zwei ihm nahestehende Verbindungen, das benzolsulfon-p-aminophenylstibinsäure Natrium und das p-urethanophenylstibinsäure Natrium eine ausgesprochene Schutz- und Heilwirkung. Mit diesen Präparaten hat Verf. zusammen mit Mulzer therapeutische Versuche an Kaninchenlues mit günstigem Erfolge angestellt. Zum Teil schon nach einer Injektion, zum Teil erst nach der zweiten schwanden die Spirochäten und gingen die klinischen Erscheinungen zurück. Bei experimenteller Trypanosomenerkrankung hatte das azetyl-p-amidophenylstibinsäure Natronpräparat Erfolg. Versuche mit dem Azetyl-derivat der p-Aminophenylstibinsäure bei Menschenlues ergaben keine Vorteile gegenüber dem Quecksilber; zum Teil waren die Präparate unwirksamer und schmerzhafter.

Barinbaum-Berlin.

40) **Einige Versuche über die Wirkung der Antimonsalze auf die Kaninchen-syphilis**, von P. Dubois. (Zeitschrift f. Chemotherapie u. verwandte Gebiete. 1913.)

Verf. hat luetisch infizierte Kaninchen mit 1. Tartarus stibiatus, 2. Stibium

anilinum tartaricum und 3. Tartarus stibiatus natronatum behandelt. Bei toxischen Dosen wurden die Spirochäten so vermindert, daß man sie nicht mehr entdeckt. Nach dem Exitus findet man unbewegliche Spirochäten im Schankersaft und recht viele nach der Methode von Levaditti. Mit geringeren Dosen werden die Spirochäten zwar auch spärlicher oder verschwinden bei wiederholter Injektion ganz; es tritt aber immer ein Rezidiv auf. Klinisch kann das Infiltrat der Patienten vollkommen schwinden, wenn es nicht bald rezidiviert. Bei der Kombination von Antimonsalzen und Arsenophenylglyzerin findet man vom 3.—6. Tage keine Spirochäten, der Schanker verwandelt sich in 2—3 Wochen in eine glatte Narbe. Die Tiere bleiben rezidivfrei.

Barinbaum-Berlin.

- 41) **Experimentelle Untersuchungen über Heredoimmunität bei afrikanischer Rekurrens und über den etwaigen Einfluß von Immunitätsvorgängen auf die Wirksamkeit eines chemotherapeutischen Mittels**, von Kusunoki. (Zeitschrift f. Chemotherapie u. verwandte Gebiete. 1913.)

Die Immunität, die eine Ratte während ihrer Schwangerschaft durch Überstehen der afrikanischen Rekurrens erwirbt, überträgt sich nicht auf die Jungen, da diese für die Impfung mit Spirochaeta Duttoni empfänglich sind. Die Wirkung eines chemischen Heilmittels wird durch eine eintretende Immunität bei der Rekurrenskrankheit nicht erhöht. Letzteres Ergebnis auf die Syphilis angewendet, bedeutet: Je früher eine Lues behandelt wird, um so besser.

Barinbaum-Berlin.

- 42) **Zur Therapie und Klinik der Lues congenita**, von E. Müller. (Therapeut. Monatshefte. 1913. Nr. 10.)

Die Behandlung der kongenitalen Lues muß jahrelang fortgesetzt werden, in gleicher Weise wie es bei der akquirierten Lues schon seit langer Zeit geschieht. Wenn man das Verhalten der Wassermannreaktion als Maßstab nimmt, ist die angeborene Syphilis schwieriger zu beeinflussen als die erworbene. Andererseits gelingt es aber durch eine Behandlung mit 6—8 Kuren, im Verlauf von 3—4 Jahren eine dauernd negative Wassermannreaktion zu erhalten. Die reine Salvarsanbehandlung hat vor der Quecksilbertherapie vorläufig keine eindeutigen Vorteile. Die Wassermannreaktion wird nicht früher bleibend negativ, andererseits verschwinden die frischenluetischen Symptome gleich schnell unter beiden Methoden. Die kombinierte Behandlung ist heute am meisten zu empfehlen. Die Intelligenzdefekte, die durch die angeborene Lues trotz sehr ergiebiger Behandlung verursacht werden, sind im Verhältnis zu den bei der erworbenen wesentlich schwerer und ernster. Schourp-Danzig.

- 43) **Syphilis ohne Primäraffekt**, von Polland. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVI. H. 3.)

Verf. zitiert einen Fall, in dem eine Luesinfektion stattgefunden hat, ohne daß an der Eingangspforte irgendwelche klinisch auffällige Erscheinungen aufgetreten wären. Es handelt sich mithin um einen echten Fall von Syphilis d'emblée.

Lilienstein-Hamburg.

- 44) **Über akute Polyarthritiden im zweiten Inkubationsstadium der Syphilis**, von J. Rubin. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte einer Patientin, die plötzlich mit Fieber an heftigen Rücken-, Kopf-, Brust- und hauptsächlich Gelenkschmerzen erkrankte, zu denen sich später ein impetigoartiger Ausschlag an Kopf und Unterschenkeln gesellte. Anfangs wurde die Erkrankung nur für eine akute Polyarthritiden rheumatica gehalten, zumal da auf Natr. salicyl. ein prompter Erfolg auftrat, dem

später einige Rezidive folgten. Die besonders heftigen Kopfschmerzen legten dem Verf. den Gedanken an Lues nahe; trotzdem glaubte er auch nach stark positivem Ausfall der Wassermannreaktion wegen der auffallenden Salizylwirkung nur an einen atypischen Gelenkrheumatismus. Als aber einige Wochen später nach einer stärkeren Ausbreitung des Gesichtsausschlags in Form von Papeln an der Stirnhaargrenze und der Nase, die, als papulöses Ekzem auf seborrhöischer Grundlage aufgefaßt, unter Salbentherapie zurückgingen, eine spezifische Angina auftrat, wurde Patientin mit einer Dosis Salvarsan 0,4 behandelt. Der Erfolg war ein glänzender. Der Hautausschlag ging vollkommen zurück und die Kranke erholte sich schnell. Verf. glaubt, daß es sich in seinem Falle um einen akuten Gelenkrheumatismus handelt, der zu den bei Lues auftretenden Reizerscheinungen in den Gelenken und Knochen hinzugetreten ist.

Barinbaum-Berlin.

45) **Der Wert desluetischen Index bei Lues und Paralues**, von B. P. Sormani. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. kommt nach seinen Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen, von denen die bemerkenswertesten erwähnt seien: 1. Das Ergebnis derluetischen Indexbestimmung ist unabhängig von den gebrauchten Reagentien und also unabhängig von Zeit und Ort, vorausgesetzt, daß die Stoffe, mit denen untersucht wird, von guter Qualität sind. 2. Paradoxie der Sera existiert nicht und wurde bisher nur gefunden infolge fehlerhafter Anwendung des Komplements. 3. Derluetische Index ist das beste Mittel, den Einfluß verschiedener spezifischer Heilmittel auf einen Patienten zu überwachen, weiterhin die Wirkung verschiedener Mittel im allgemeinen untereinander zu vergleichen. 4. Paraluetiche Affektionen von Gehirn und Rückenmark sind immer nachweisbar durch die Bestimmung des Index im Serum und Liquor allein. 5. Dementia paralytica ergibt die höchsten Indizes im Serum und in der Lumbalflüssigkeit; Tabes dorsalis die niedrigsten.

Barinbaum-Berlin.

46) **Über den Wert einiger Modifikationen (Cholesterinherzextrakt- und Kältemethode) der Wassermannschen Reaktion für die Neurologie**, von A. Saenger. (Neurolog. Centralblatt. 1913. Nr. 22.)

An der Hand einer Anzahl von prägnanten Fällen zeigt Verf., daß bei neurologischen Fällen die Wassermannreaktion ausgeführt mit Herzextrakten dem Cholesterin zugefügt ist, nur wenn man die erste Phase der Reaktion nach Jacobsthal in der Kälte vor sich gehen läßt, viel feinere Resultate ergibt, als nach dem gewöhnlichen Modus.

C. Siebert-Charlottenburg.

47) **Wert und Bedeutung der Karvonenchen Reaktion für die Diagnose der Syphilis und der progressiven Paralyse**, von F. v. Veress und J. Szabo. (Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. LI. H. 1.)

Bei der Wassermannreaktion brauchen wir die Hämolyse von Hammelblut als „Indikator“ um den Ausfall der Reaktion sichtbar zu machen. Bei der Karvonenreaktion tritt das Phänomen der Konglutination von Meerschweinchenblutkörperchen durch Rinderserum an diese Stelle. Die Verf. fanden nun, daß die Resultate der Wassermann- und der Karvonenreaktion in gewissen Punkten differieren. Bei primärer Lues und latenter Lues ist die Karvonenreaktion häufiger positiv als die Wassermannreaktion. Bei der Paralyse zeigte sich ein umgekehrtes Verhalten.

C. Siebert-Charlottenburg.

48) **Due casi di siflide grave**, per K. Rühl. (Riviste Ospedaliera. III. 1913. Nr. 10.)

Die beiden hier berichteten Fälle von schweren Hautsyphiliden in früheren

Stadien, die trotz Quecksilberbehandlung auftraten, sollen beweisen, daß es sich bei solchen Patienten häufig um eine individuelle Resistenz gegen Quecksilber handelt. In solchem Falle ist eine Salvarsan- bzw. Neosalvarsankur oft, so wie hier, von erstaunlichem Erfolge. Der zweite Patient dankte den besonders schweren Verlauf seiner Syphilis vielleicht auch einem gewohnheitsmäßigen starken Biergenuß, zu dem er als Brauer täglich verleitet wurde. Trotzdem vertrug er die schnell helfenden endovenösen Neosalvarsaninjektionen ohne jede Störung.

J.

49) **Die Rossaschen Körperchen bei Syphilis und anderen Krankheiten**, von H. Reschad. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Um die von Ross gemachte Angabe, daß die nach ihm benannten Körperchen sich bei Luetikern finden, nachzuprüfen, hat Verf. Untersuchungen bei Gesunden, Luetikern und anderen Kranken angestellt: Bei Gesunden fanden sich überhaupt keine Einschlüsse, bei Luetikern fehlten sie in 36⁰/₀. Dagegen traten sie auch bei anderen Erkrankungen auf: bei Ulcus molle, Pemphigus, Duhring, Erythema multiforme, Scharlach. Barinbaum-Berlin.

50) **Die Syphilis in deutschen Schutzgebieten**, von G. Heim. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Abgesehen von wenigen Kolonien, wo die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten erschwert ist, weil die Bewohner über große Ländereien verstreut wohnen und geringer Verkehr herrscht, ist die Syphilis in den deutschen Schutzgebieten eine der häufigsten Erkrankungen. Als Ursache ist die Einschleppung durch Europäer und vor allem die Indolenz der Farbigen anzusehen. Primäraffekte und sekundäre Erscheinungen beobachten die Ärzte selten, weil die Eingeborenen bei der geringen Schmerzhaftigkeit sich der Behandlung entziehen und außerdem Exantheme wegen des schlechten Farbekontrastes leicht übersehen werden. Meistens handelt es sich um tertiäre Formen. Tabes und Paralyse sind außerordentlich selten.

Barinbaum-Berlin.

51) **Der Ursprung der Syphilis**, von K. Sudhoff. (Leipzig, Vogel, 1913. 1,50 Mk.)

Nachdem Verf. mehrere Jahre hindurch das gesamte Quellenmaterial durchforscht hat, bringt er die Ergebnisse in nachahmenswerter Kürze und prägnanter Form zur Darstellung und zwar räumt er vor allem mit dem alten Märchen auf, als hätten die Matrosen Columbus' die Syphilis aus Amerika eingeschleppt. Er beweist, daß sie z. B. schon längere Zeit vorher am Rhein, in Frankreich und Oberitalien bekannt war. Er zeigt, wie die Krankheit erkannt wurde und wie man allmählich so zu der kulturell weittragendsten Erkenntnis auf dem Gebiet der Medizin gekommen ist: der Heilung der Syphilis.

Klokow-Berlin.

52) **Bildet die aktive Lungentuberkulose eine Kontraindikation für die intravenöse Salvarsaninjektion?** von Klokow. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Nach den Beobachtungen in der Lungenheilstätte Beelitz liegt eine absolute Kontraindikation nicht vor. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

53) **Diathermie und Elektrokoagulation in der Urologie**, von H. Wossidlo. (Med. Klinik. 1914. Nr. 1.)

Der biologische Effekt der Diathermie, bestehend in einer erheblichen

Durchwärmung des Gewebes und dadurch erzeugter Hyperämie und Hyperlymphie sowie der ausgezeichneten schmerzstillenden Wirkung zeigte sich als ein gutes Unterstützungsmittel der Dilatationsbehandlung bei der chronischen Urethritis. Ein günstiger Einfluß zeigte sich auch auf die Urethritis posterior mit ihren quälenden Symptomen, auf Prostatitis und in Verbindung mit der Vakzinationstherapie auf die gonorrhöischen Gelenkerkrankungen. Hinsichtlich der Epididymitis bestehen noch nicht übereinstimmende Erfahrungen. Die chirurgische Diathermie oder Elektrokoagulation hat sich bei der operativen Behandlung von Blasengeschwülsten durch technisch leichte Anwendung und Schmerzlosigkeit aufs beste bewährt.

Biberstein-Gleiwitz.

54) **Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen**, von E. H. W. Frank. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 46.)

Empfehlung einer Reihe von Heizkörpern — Rektotherm, Testotherm, Urethrotherm — bei der Behandlung chronisch-entzündlicher Prozesse in den Harn- und Geschlechtsorganen.

Schourp-Danzig.

55) **Die Funktion der Prostata und Behandlung der Prostatahypertrophie durch indirekte Bestrahlung**, von J. Jacobsohn. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Empfehlung der Mesothoriumbehandlung. Das Mesothorium wird in einem Zylinder unter Leitung des Auges in die Urethra eingeführt. Damit kann man auf den Colliculus seminalis und auf die Ductus ejaculatorii unmittelbar einwirken. Für eine Bestrahlung der weit ausgedehnten Ampullen-Samenblasengegend käme dagegen die Röntgentiefenbestrahlung in Frage. Beide Bestrahlungsarten zu kombinieren, ist dringend anzuraten. Schourp-Danzig.

IV. Bibliographie.

A. Dreyer, **Radium als Kosmetikum**. Mit physikalischer Einführung von W. Mies. (6 Abbildungen. Bonn, Cohen, 1913. 2,40 Mk.) — Die kleine Monographie kommt sehr zeitgemäß und füllt eine wirkliche Lücke aus. Denn überall zersreut konnte man in der Literatur wohl vereinzelte einschlägige Beobachtungen finden, aber die Wirkung des Radiums gerade vom kosmetischen Standpunkte zu betrachten ist neu. Nach einer ausgezeichneten physikalischen Einführung von Mies berichtet Dreyer über seine eigenen ausgedehnten Erfahrungen bei Ekzema, z. B. im Gesicht, Angiomen, Karzinomen, Verrucae, Xanthonen, Keloiden, Naevi und anderen Dermatosen. Jedenfalls wird jeder, der eigene Versuche ausführen will, leicht in dieser vortrefflichen Broschüre eine Anleitung nach jeder Richtung finden.

J.

E. Hoffmann, **Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der Syphilis, Dauererfolge der kombinierten Quecksilber-Salvarsanbehandlung**. (Bonn, Cohen, 1913. 1,60 Mk.) — In diesem Fortbildungsvortrag geht Verf. auf alle neueren Fortschritte der Syphilisbehandlung ein. In einer vollen Quecksilber-Salvarsankur verwendet er 4—6, selten mehr (bis 8) Salvarsaninjektionen zu 0,4—0,3. Dazu tritt eine kräftige Schmierkur (36—42 Einreibungen zu 4—5 g) oder 12—15 Hg-salicyl. Spritzen zu 0,1 oder 10—14 Kalomelinjektionen zu 0,05. Hierdurch ist in vielen Fällen eine volle Ausheilung erzielt, welche früher durch noch so starke Quecksilberbehandlung zur Abortion frischer primärer Syphilis bis auf seltene Ausnahmen sich nicht gewinnen ließ.

J.

Th. Hausmann, **Die luetischen Erkrankungen der Bauchorgane**. (Halle, Marhold, 1913. 1,80 Mk.) — Es fehlte uns bisher an einer erschöpfenden Sammlung über den obigen Gegenstand, und hier hat Verf. zweifellos eine große Lücke ausgefüllt. Bei der großen Wichtigkeit des Gegenstandes, z. B. der Magensyphilis wie der viszeralen Lues, war es wichtig, die älteren klinischen Erfahrungen mit den neueren Errungenschaften der Syphilis in einen gewissen Konnex zu bringen. Das

ist dem Verf. gut gelungen und daher wird diese gründliche Monographie zu neuen Studien auf diesem Gebiete anregen. J.

J. Darier, **Grundriß der Dermatologie.** Übersetzt von Zwick, mit Bemerkungen und Ergänzungen von Jadassohn. (Berlin, Springer, 1913. 22 Mk.) — Dieses Buch wird sich gewiß auch bei deutschen Lesern bald große Anerkennung verschaffen, zumal die Bemerkungen Jadassohns für uns eine wertvolle Ergänzung darstellen. Dazu kommen 122 Textfiguren, welche das Verständnis wesentlich erleichtern. J.

V. Blum, **Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik im Dienste der Nierenchirurgie und der internen Klinik.** (Deuticke, Wien, 1913. 121 S.) — Die reiche klinische Erfahrung, welche Verf. als Leiter der urologischen Poliklinik von Frisch-Wien sich zu erwerben Gelegenheit hatte, führte ihn zu einer physiologisch aufgebauten, individualisierenden Methodik der Nierenfunktionsprüfung. Im vorliegenden Buch wird diese Methodik begründet. Die Darstellung hält sich gleich fern hypothetischer Spekulation, wie von schablonenhafter Routine. Der erste Abschnitt bespricht die Physiologie der Nierenfunktion: Die Filtration von Wasser und Salzen durch die Glomeruli, die sekretorische und resorptive Tätigkeit der Tubularepithelien, die Synthesen und die organspezifische „innere“ Sekretion in der Niere (S. 3—13). Der zweite Abschnitt behandelt die früher bekannten allgemeinen Symptome der renalen Insuffizienz, Urämie, Ödeme, Hypertonie, und die begleitenden Veränderungen des Urins. Die Funktionsbreite, die auf latenter Reservekraft begründete maximale Leistungsfähigkeit der Niere kann nur durch experimentell ihr aufgedrängte Arbeitsleistungen ermittelt werden (S. 13—25). Welche Methoden zu diesem Ziele führen, erfahren wir in Abschnitt 3. Blum läßt alle die vielen im Laufe der letzten 2 Dezennien geübten Verfahren Revue passieren; er ist zu der Ansicht gekommen, daß die Kryoskopie des Blutes, Indigocarminelimination und experimentelle Polyurie, gemessen am Ureterenkatheterharn, ausreichen und, individuell bewertet, nicht trügen (S. 25—54). Wenn der Ureterenkatheterismus nachwies, daß die zurückzulassende Niere klaren, normal konzentrierten, mit normalem Harnstoff- und Kochsatzgehalt beschickten, von Eiweiß und Formelelementen gänzlich freien Harn liefert, so ist die spezielle Funktionsprobe freilich „kaum mehr, als eine Formalität“. Ganz anders, wenn der Urin keiner Niere normal, eine Nephrektomie z. B. demnach geplant werden muß. Ein Beispiel: Solitär tuberkulose rechts, Albuminurie links; ist diese Albuminurie eine passagere reziprok-toxische, so wird die Nephrektomie den Kranken heilen, ist sie eine pränephritische, so wird die Operation ihn töten: nur die exakte funktionelle Prüfung erlaubt die Entscheidung einer so schweren Frage. Endlich ist auch Anzeige, Wahl und Plan konservativer renaler Operationen zum Teil durch Funktionsprüfung bedingt (S. 54—102). Der letzte Abschnitt sucht der Bedeutung der funktionellen Methoden für die interne Klinik gerecht zu werden, ist aber im Vergleich zu dem vorzüglichen chirurgischen Teil ein wenig kurz geraten. S. 102—105 Diagnose der Niereninsuffizienz, S. 105 bis 107 Diagnostik der harmlosen Albuminurie, S. 107—112 Differentialdiagnose zwischen parenchymatöser und interstitieller Nephritis. Darin, daß praktisch die Bestimmung des Harngefrierpunkts nicht durch die Bestimmung des spezifischen Gewichts ersetzt werden könne, weil J weit mehr besage als s, bin ich nicht der Ansicht des Verfassers. In einer neuen Auflage dürfte die Ambardsche Nierenprüfung (Verhältnis von Blutharnstoff zum Harn-Harnstoff) Erwähnung verdienen. Alles in allem kann Blums Buch Praktikern, Urologen und Chirurgen aufs wärmste empfohlen werden. Goldberg-Wildungen.

V. Therapeutische Notizen.

Pruritus:

Rez. Anthrasol
 1) Zinci oxyd. ana 30,0
 Glycerini 10,0
 Aq. rosae ad 300,0
 (Merck.)

J.

Scabies:

- Rez. Balsam. Peruvian.
Sulfur. praecip. ana 5,0
2) Zinci oxydat. 15,0
Adip. lanae
Petrolei ana 25,0

J.

Teerbäder:

- Rez. Ol. Cadini 50,0—100,0
3) Sapo virid. 25,0—50,0
Aq. q. s. ad 300,0
(Gougerot, Paris médical. X. 1913.)

J.

VI. Vereinsberichte.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 30. November 1913.

Müller stellte eine 48jährige Fabrikarbeiterin mit *Cysticercus cellulosae* vor. Vor 2 Jahren linksseitige Facialisparesie und Hemiparesie der Extremitäten; seit 2 Monate zahlreiche bewegliche harte, bohnen- bis walnußgroße Knoten in subkutanem Gewebe und in den Muskeln. Bei mikroskopischer Untersuchung in den Knoten *Cysticercus* von *Taenia solium*. Erweiterung des Herzens und der Aorta. Wassermannreaktion stark positiv (100%). 5% von eosinophilen Zellen im Blut. Die Kranke hat lange Zeit gesalzenes rohes Schweinefleisch gegessen.

Diskussion: Mestscherski erinnert an einen ähnlichen Fall aus der Moskauer Klinik (1899), wo auch außer subkutanen und intramuskulären Knoten noch rechtsseitige klinische Krämpfe vorkamen. Bogrow fragt, ob irgendwelche Therapie hier angewendet werden kann. Müller antwortet, daß nach Literaturangaben den besten Erfolg Behandlung mit Infusum filicis maris gegeben hat. Die Schwäche der Kranken erlaubt aber kaum solchen Eingriff.

Bogdanow demonstrierte einen 50jährigen Kohlgärtner mit *Mycosis fungoides*. Die Krankheit entstand vor 10 Jahren an Unterschenkeln nach einer Erkältung. Jetzt sind alle drei Stadien vorhanden. Am Rücken handgroßer zentral-ulzerierter Knoten; kleinere Knoten, infiltrierte Plaques und erythematöse Kreise am Rumpfe und Extremitäten. Mäßiges Jucken. Starke Eosinophile (16%). Salvarsanbehandlung (3 Infusionen) hatte vorübergehenden Erfolg.

Diskussion: Bogrow hat in seinen 6 *Mycosis fungoides*-Fällen keine Eosinophilie beobachtet. Wahrscheinlich steht in vorgeführtem Falle die Eosinophilie in Zusammenhang mit der Nekrotisation der Tumoren. Krassnoglasow zieht die Arsentherapie (Salvarsan) der Behandlung mit X-Strahlen vor. Die letzte Methode kann zu profusen Blutungen führen. Fokin beobachtet zurzeit 2 Fälle von *Mycosis fungoides*. Im ersten Falle bekam er gute Resultate nach Darreichung von asiatischen Pillen (bis zu 15 Pillen pro die). Der zweite Fall *Mycosis fungoides d'emblée* bleibt noch ohne Behandlung. Pospelow jr. beobachtete einen Fall von *Mycosis fungoides* in der Klinik von Brocq, der erfolgreich mit Röntgenstrahlen behandelt war. Bogrow behandelt mit X-Strahlen zwei *Mycosis fungoides*-Fälle, den einen seit 4 Jahren, den anderen seit 2 Jahren. Rezidive kommen vor und bleiben nur auf den nach Röntgen atrophierten Hautbezirken aus. Krassnoglasow betont die Wichtigkeit der richtigen Röntgentechnik.

Ssutejew führte eine 52jährige Nonne mit *Lichen ruber planus* der Extremitäten, der Handflächen, Fußsohlen und der Mundschleimhaut vor. Die Krankheit dauert 3 Monate. Nach 40 Injektionen 1%iger Natr. arsenici-Lösung ist die Eruption im Rückgang.

Diskussion: Mestscherski hält die Veränderungen der Hohlhand für sehr typisch. Pospelow jr. betont die Eigenartigkeit der Läsionen der Mundschleimhaut. Ssutejew bemerkt, daß die Schleimhaut mit Schneekohlensäure behandelt war.

Troitzki zeigte ein 37jähriges Dienstmädchen mit *Scleroderma diffusa et Atrophia idiopathica extremitatum inferiorum* und *Scleroderma nummularis sterni*.

Die Krankheit entstand vor 9 Jahren. Wassermannreaktion negativ. Auf der rechten Hälfte der Stirn eingesunkene fleckförmige Narben.

Diskussion: Krassnoglasow fragt über die Ursache der Narben an der Stirn. Troitzki hält für wahrscheinliche Ursache Herpes zoster gangraenosus.

Mestscherski stellte einen **rhinoskleromkranken** Mann vor, der mit physiotherapeutischer Methode geheilt ist. Früher angewandte Vakzintherapie war erfolglos. Pharynxinfiltrat war mit Röntgen-, Nasentumoren mit Radium und Kohlensäureschnee behandelt.

Diskussion: Finkelstein fragt über Details der Vakzintherapie. Mestscherski hat Autovakzin angewendet. Bogrow bemerkt, daß bei dem Kranken die Reaktion von Bordet-Gengou nach Vakzintherapie gestiegen ist, ohne aber therapeutischen Effekt zu bringen. Krassnoglasow erinnert an frühere ungünstige Resultate nach Vakzintherapie mit Rhinosklerin von Pawloski. Er selbst hatte Erfolg von Röntgen in 2 Rhinoskleromfällen beobachtet.

Mestscherski demonstrierte ein 17jähriges hysterisches Mädchen mit **Pemphigus hystericus mammarum**. Seit 3 Wochen schwellen bei Fiebertemperatur beide Mammae an und auf ihrer Oberfläche entwickelten sich Blasen, die in nekrotische Geschwüre übergangen.

Diskussion: Gerschun hält den Fall für Herpes zoster gangraenosus. Mestscherski kann eine andere Ursache der Hauteruptionen außer Hysterie nicht finden.

Mestscherski führte eine 45jährige Frau mit **Pruritus essentialis ferox** vor. Die anämische Kranke (30% Hb-Gehalt) mit Enteroptosis hat seit 6 Jahren starke Juckenanfälle. Kratzeffekte bilden wirkliche Wunden, die mit Keloidnarben heilen. Abnahme der Hautsensibilität, Steigerung der Patellarreflexe, linkseitige Abnahme der Perspiration.

Diskussion: Finkelstein beobachtete einen Pruritusfall auf Grund von gesteigertem Harnsäuregehalt des Blutes.

Tschernogubow zeigte **Kultur der Spirochaeta pallida** aus einer syphilitischen Papel. Methode von Schereschewski. Aus 6 Züchtungsversuchen gelang nur einer.

Diskussion: Lichatschew hat auch **Spirochaetenkultur** mittels Methode von Sowade erhalten.

Pospelow jr. stellte eine 24jährige Frau mit **Erythema tertiare syphiliticum** vor. Auf hinterer Seite beider Oberschenkel, über den Knien, auf beiden Vorderarmen und in der Abdominalgegend erythematöse Ringe und ringförmig angeordnete urtikarielle Papeln. Hauterscheinungen existieren 2 Jahre. Keine Syphilisanamnese. Wassermannreaktion stark positiv.

Diskussion: Tschernogubow unterscheidet bei dem sogen. **Erythème tertiaire** Fournier drei Gruppen von Krankheitserscheinungen: 1. annuläres Rezidiverythem, 2. reduziertes papulöses Exanthem, 3. reduzierte tuberkulöse Eruption. Der vorgestellte Fall gehört zur zweiten Gruppe.

Pospelow jr. führte eine 77jährige Frau mit **Syph. gummosa mutilans** des rechten Armes vor. Wassermann- und Pirquetreaktionen fielen positiv aus.

Bogrow zeigte Moulagen von einer 58jährigen Kranken mit **Röntgenulcus**, das mit Erfolg nach Pfannenstiel behandelt wurde. Nach 6 g NaJ pro die (6 Eßlöffel der 5%igen Lösung) und äußerlicher Anwendung 3%iger Hydrog. peroxydatischer Lösung mit 1% Essigsäurezusatz heilte das Ulcus in 5 Monaten.

Diskussion: Mestscherski war in einem ähnlichen Falle nach 1½ Jahren doch gezwungen die Operation vorzuschlagen. Sokolow hat in einem Falle von Röntgenulcus die Heilung nach Karbolölumschlägen in 7 Monaten beobachtet.

Sitzung vom 14. Dezember 1913.

Bosse demonstrierte ein 4monatliches Mädchen mit **Cutis laxa**. Mutter leidet an Morbus Basedowii, Vater ist alkoholisch. Ältere 2 Kinder wurden in Asphyxie geboren und starben am zehnten Tag. Das letzte Mädchen kam asphyktisch und ödematös zur Welt. Die Haut ist in große Falten leicht zu heben, aber die Falten glätten sich zum Teil aus. Wassermannreaktion negativ. Urin normal.

Diskussion: Auf Mestscherskis Frage antwortete Bosse, daß das Blut außer Anämie (45% Hb) noch Eosinophilie (9%) und Lymphozytose (40%) zeigt. Finkelstein möchte nach Abderhalden den Zustand der Gl. thyroidea und der Gl. thymus untersuchen. Bosse erklärt Tschernogubow, daß die Cyanose auch jetzt beim Schreien entsteht. Auskultatorisch nichts besonderes.

Fokin beobachtete zwei Fälle von **Mycosis fungoides**. Der erste, eine 60jährige Frau, die aus tuberkulöser Familie stammte, bekam vor 15 Jahren einen juckenden

fleckigen Ausschlag. Seit einem Jahre Geschwülste und Ulzerationen. Wassermannreaktion positiv (+ + +). Blut zeigt Lymphozytose (26%) und Eosinophilie (4,8%). Der zweite vorgestellte Fall, ein 54-jähriger Bauer erkrankte vor 3 $\frac{1}{2}$ Monaten. Anfangs entstanden an unteren Extremitäten 3 Knoten, die in typische Geschwülste mit zentraler Nekrose übergingen. Jetzt ist die Zahl der Geschwülste viel größer und dazu sind juckende erythematöse und bullöse Eruptionen zu sehen. Wassermannreaktion stark positiv (+ + + +). Leukozytose (13,600), normale morphologische Verhältnisse der weißen Blutkörperchen. Histologisch Riesenzellen mit konglomerierten Kernen.

Diskussion: Bogrow betont die Malignität des letzten Falles. Krassnoglasow sieht in diesem Falle eine wirkliche Mycosis fungoides d'emblée, d. i. Mycosis fungoides mit Inversion der Krankheitsstadien.

Grintschar führte einen 53-jährigen Mann mit **Ulcus rodens** vor, der mit Kohlsäureschnee geheilt ist. Seit 5 Monaten ohne Rezidiv.

Seldowitsch zeigte einen 48-jährigen Mann mit erythematöser schuppender fleckiger Eruption, wahrscheinlich **Erythrodermie pityriasisque en plaques disséminées**.

Diskussion: Krassnoglasow hält zurzeit wegen der Unvollkommenheit der Untersuchung die Diagnose überhaupt für unmöglich.

Finkelstein und Gerschun berichten über **biologische Reaktionen bei Gonorrhoeerkrankungen**. Die besten Resultate erhielten die Vortragenden von der Reaktion der Komplementfixation: bei männlicher Gonorrhoe fiel die Reaktion positiv in 16,8% der akuten und in 56% der chronischen Fälle, bei Komplikationen in 71,5% der akuten und in 90—100% der chronischen Fälle aus. Weibliche Gonorrhoe mit Komplikationen gab positiven Ausfall nur in 40% der chronischen Fälle.

Diskussion: Bogrow, Grintschar und Tschernogubow zweifeln an der Spezifität der Reaktion. Finkelstein hat bei nicht-gonorrhoeischen Kranken (93%) und bei Anwendung als Antigen anderer Kokkenarten (Meningococcus, Micrococcus catarrhalis) nie eine positive Reaktion bekommen.

Sokolow zeigte das **Goldschmidtsche Urethro-Kystoskop**.

An der Diskussion über Vorteile und Nachteile des Instrumentes nahmen Bogrow, Grintschar, Pospelow jr. und Krassnoglasow teil.

S. Bogrow (Moskau).

VII. Vermischtes.

In dem von Lorenz begründeten und von Paul Rosenberg herausgegebenen Taschenkalender für Ärzte (27. Jahrg. 1914. Verlag für Fachliteratur. 2,50 Mk.) findet sich unter vielem anderen, was auch unsere Fachgenossen interessiert, eine Abhandlung von Blaschko über Abortivbehandlung der Gonorrhoe und von J. Lachmann über die Anwendung des Salvarsans in der ärztlichen Praxis. Leider ist in letzterem Artikel die für den Arzt bequemste Darreichung des Neosalvarsans in konzentrierter Lösung mittels einer Rekordspritze nicht erwähnt.

J.

VIII. Personalien.

Den Privatdozenten Dr. Arndt in Berlin und Dr. Th. Cohn in Königsberg wurde der Titel Professor verliehen.

Prof. Bering aus Kiel wurde zum Chefarzt der dermatologischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Essen gewählt.

Jullien und Wickham in Paris und Zambaco Pascha in Konstantinopel sind gestorben.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1914.

März.

Nr. 6.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Ist die *Framboesia tropica* Syphilis? Von Dr. H. Brettenstein. 2) Über Albinpuder, von H. Winkler. 3) Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten, von Dr. Gustav Heim. (Fortsetzung.)

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Hereditary Dupuytren's contracture, by J. L. Bunch. 2) Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre inférieur région de la cuisse, par Mme. Bellocq-Irague. 3) Über die Beziehung zwischen Darmerkrankung und Dermatosen, von Sh. Yamada. 4) Die Kaolin-Glycerinpaste in der Dermatologie, von P. G. Unna. 5) Über die Wirkung der Fichtennadelbäder, von O. v. Spindler. 6) Über den Wert einzelner neuerer Heilmittel bei der Behandlung der Balanitis, von N. Hegedüs. 7) Über eine andere Verwendung der Hämorrhoidalzäpfchen „Azetonal“, von Wockenfuß. 8) Zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen, von A. u. W. Laqueur. 9) Über Dosierung der Röntgenstrahlen, von K. Stern. 10) Über Hauterkrankungen durch Haar- und Pelzfärbemittel, von A. Blaschkó. 11) Rasche Heilung wunder Brustwarzen, von Neubauer. 12) Über photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen, von L. Lewin. 13) Ärztliche Kosmetik der Haut, von Kromayer. 14) Methode und Wirkung der Eigenserum- und Eigenblutbehandlung nebst Bemerkungen zur Umstimmung der Hautreaktion durch Eigenstoff- und Natrium nuclein-Injektionen, von B. Spiehoff. 15) Über die allgemeine Dermatologie des Ali ibn al Abbas (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung, von P. Richter. — Entzündliche Dermatosen. 16) Untersuchungen über den Proteinstoffwechsel bei Psoriasis-kranken, von J. F. Schamberg, A. J. Ringer, G. W. Raizles und J. A. Kolmer. 17) Wie soll der praktische Arzt die Psoriasis behandeln? von M. Joseph. 18) Über Schutzimpfung gegen Varizellen, von Kling. — Zirkulationsstörungen der Haut. 19) Zur Ätiologie des Erythema nodosum, von M. Schumacher. 20) Weitere Beiträge zur Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica (Matzenauer-Polland), von Polland. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 21) Die Ätiologie des Molluscum contagiosum, von B. Lipschütz. 22) Nekrotisierende Osteoperiostitis sporotrichotica des Oberkiefers, von D'Agada. 23) I tumori endotheliali della cute, per L. Martinotti. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 24) Alopecia atrophicans bei Kindern, von M. Joseph. 25) Über den Entwicklungszyklus des pleomorphen Streptobacillus der Pellagra, von Tizzoni und de Angellis. 26) Reisebeobachtungen über Pellagra, von C. Mense. 27) Histologische Untersuchung eines Falles von idiopathischer progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans), von M. Hodara. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 28) Diathermiebehandlung bei Lupus vulgaris, von O. Salomon. 29) On the necessity or advisability of segregation to the conditions and spread of leprosy in South Africa at the present time; the measures to be provided for the prevention and cure of leprosy; and the suitability of Robben Island as a place of detention for lepers, by H. Bayon. 30) Sulla natura del rinoscleroma, per Longo. — Gonorrhoe. 31) Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antigonococcique, par Remlinger. 32) Bases expérimentales de la sérothérapie antigonococcique. I. Ophthalmie expérimental du lapin. Son traitement par un sérum spécifique. II. Méningite cérébro-spinale aigue déterminée chez le singe.

Son traitement par le sérum antigonococcique, par **Debré et Paraf.** 36) Die intravenöse Arthigoninjektion, von **H. Wischer.** 34) Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe, von **C. Bruck.** 35) Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe, von **Klause.** 36) Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine, von **A. Menzer.** 37) Zur Serologie der gonorrhöischen Erkrankungen, von **Finkelstein und Gerschun.** 38) Über neuere Gonorrhoebehandlung, von **H. Oppenheim.** — Venerische Helkosen. 39) Trockene Behandlung der venerischen Geschwüre, von **E. J. Goldberger.** 40) Ulcus molle serpinginosum, von **J. E. B. McDonagh.** 41) Die Behandlung purulenter Bubonen mit Tiegelschen Spreizfedern, von **J. Hermans.** — Syphilis. 42) Erfahrungen über Neosalvarsanbehandlung der Syphilis, von **Joh. Fabry.** 43) Treatment of syphilis, by **S. E. Sweitzer.** 44) Two and one-half year's experience with salvarsan and neosalvarsan, by **W. Th. Corlett.** 45) Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis und Salvarsanbehandlung, von **Müllern-Aspegren.** 46) Über die Nebenwirkungen des Salvarsans, von **K. Sakurane.** 47) Beitrag zur Abortivbehandlung der Lues, von **Zürn.** 48) Ein weiterer Beitrag zur Leberschädigung durch Salvarsan, von **Heinrichsdorff.** 49) Über intravenöse Injektionen von Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen, von **Gutmann.** 50) Über die Kutanreaktion von Noguchi bei Syphilis, von **Faginoli und Fischella.** 51) Die Elektrokardiographie bei Syphilitischen, von **J. P. Rocamora und J. M. Bellido.** 52) Relation entre les „treponema pallida“ et les lésions de la paralysie générale, par **G. Marinesco et J. Minca.** 53) Essais sur la vaccination spécifique de la syphilis (note préliminaire), par **J. Schereschewsky.** 54) Traitement de la paralysie générale par injection de sérum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale, par **C. Levaditi, Marie (de Villejuif) et de Martel.** 55) Nouveau procédé d'injection du néosalvarsan au injections concentrées (méthode de Ravaut), par **A. Bayet.** 56) Die Gefahren der Salvarsanbehandlung, von **F. Luithlen.** 57) Zur Lösung des Neusalvarsans im Eigenserum, von **B. Spiethoff.** 58) Arsen- und Salvarsanwirkung, ein Nachtrag zu meinen Arbeiten über die Nebenwirkung des Salvarsans, von **Obermiller.** 59) Réaction d'Herzheimer à forme lymphangitique, par **Dufour et Thiers.** 60) Du rôle de la syphilis dans la production des malformations foetales, par **Gaucher.** 61) Die Abderhaldensche Abbaureaktion, von **A. Bornstein.** 62) Die Ursache der Syphilis mit Berücksichtigung der Chemie des Krankheitserregers, von **J. E. B. McDonagh.** 63) Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter), von **J. Fürth.** 64) Erwiderung auf die Arbeit von Julius Fürth: „Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin“, von **Ed. Richter.** 65) Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen, von **J. Fürth.** 66) Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis und Gonorrhoeotherapie, von **H. Buchtala und R. Matzenauer.** 67) Über die perkutane Anwendung des Lipojodin, von **J. Hochstätter.** 68) Erfahrungen über die Behandlung der malignen Syphilis, von **G. Morawitz.** 69) Beitrag zur Wirkungsweise des Quecksilbers bei den Spirillosen, von **Hahn und Kostenbader.** 70) Bemerkungen zur Cutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion, von **Müller und Stein.**

III. Therapeutische Notizen. — IV. Vereinsberichte. — V. Vermischtes. — VI. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

1. Ist die Framboesia tropica Syphilis?

Von **Dr. H. Breitenstein,**
pens. Stabsarzt der N.-Indischen Armee.

Schon vor 12 Jahren¹ erklärte ich die Framboesia tropica für eine Krankheit sui generis und mit Nachdruck muß ich heute die Bezeichnung derselben als „indische Syphilis“ zurückweisen, wenn auch bedeu-

¹ Vgl. „21 Jahre in Indien“ von Dr. Breitenstein. Bd. III. S. 94.

tende Männer wie Neisser, Scheube, Kaiser u. a. behaupten, daß Syphilis und Framboesia dieselbe Krankheit seien.

Für diese Behauptung wurden folgende Argumente ins Treffen geführt:

1. Die Wassermannsche Reaktion ist bei beiden Krankheiten meistens positiv und so konstant als bei keiner anderen Krankheit. Sanitätsrat Roemheld warnt jedoch davor,¹ „allein auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion eine Diagnose zu gründen“, weil er von zwei bedeutenden Laboratorien Deutschlands wiederholt widersprechende Resultate von einem und demselben Präparate erhalten hatte. Abgesehen von den Schwierigkeiten in der Technik dieser Reaktion ist es also unmöglich, eine Differentialdiagnose im gegebenen Falle zu stellen, wenn es sich um zwei Krankheiten handelt (z. B. Lepra und Framboesia), bei welchen diese Reaktion nur häufig, aber nicht konstant positiv ausfällt.

2. Der Krankheitserreger der Framboesia ist wie der der Lues eine Spirochätensorte. Dieses ist richtig; aber damit ist noch nicht gesagt, daß sie auch identisch seien. So hat z. B. Blanchard, welcher beide Spirochäten beschreibt, nicht unbedeutende Unterschiede in der äußeren Form konstatiert; er sah bei der Spirochaeta pertenuis eine undulierende Membran und keine Flagellae, während die Spirochaeta pallida keine Membran an den Enden, aber Flagellas hatte.

Man möge diesen Unterschied für bedeutend oder für unbedeutend halten; aber sicher ist eine Identität dieser beiden Mikroorganismen dadurch ausgeschlossen. Ja noch mehr. Dr. Schüffner hält sogar die volle Unabhängigkeit der Spirochaeta pallida von der Spirochaeta pertenuis nach zahlreichen Versuchen an Affen für ein Gesetz.²

3. Ex juvantibus et ex nocentibus werden beide Krankheiten ebenfalls für identisch erklärt: „Beide werden durch Quecksilber, Jod und Salvarsan geheilt.“ (In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 23. Oktober 1912 leugnete jedoch Dr. C. A. Koch-Suriname jeden günstigen Einfluß von Quecksilber und Jod auf die Framboesia.) Diese Schlußforderung per analogiam wurde von jeher in der Medizin in ganz unwissenschaftlicher Form angewendet; sie setzt nämlich voraus, daß alle möglichen Fälle der Analogie in Betracht gezogen werden; aber der wichtigste Faktor wurde und wird immer vergessen, nämlich daß bei einem Spontanverlauf vielleicht ebenfalls eine Rückbildung eingetreten wäre. Ja noch mehr: diese Schlußforderung würde geradezu absurde Diagnosen zeitigen. Milzbrand und die Bilharziakrankheit werden z. B. in der Gegenwart durch Salvarsan mit Erfolg bekämpft; sollten sie aus

¹ Münchener med. Wochenschrift. 1912. S. 1804.

² Festschrift der Geneeskundig Tydschrift voor Nederl. Indie. 1911. S. 367.

dieser Ursache ebenfalls identisch mit der Syphilis sein, bei welcher Salvarsan eine wichtige Rolle in der Therapie spielt?

4. Der klinische Verlauf der Framboesia ist derselbe wie der der Lues(??). Zwei Jahre lang¹ befand ich mich auf der Insel Banda in den Molukken. Poliklinisch behandelte ich dort jährlich 18—1900 Patienten; darunter befanden sich 6—700 Hautkranke; wieviel davon an Syphilis, Framboesia oder an andern Hautkrankheiten litten, welche durch äußere Ursachen in ihrer weiteren Entwicklung die Form von Geschwüren annahmen, weiß ich heute ebensowenig, als ich vor zwei Jahren streng wissenschaftlich konstatieren konnte. Ich hatte nämlich damals keine Zeit zu bakteriologischen Arbeiten, keine Hilfskraft zu denselben und noch weniger Vertrauen zu meiner eigenen Technik. (Die Ausführung der Wassermannschen Reaktion stellt ja große Anforderungen an das Wissen und noch mehr an das Können des Beobachters.) Zu meinem Bedauern konnte ich also meine wissenschaftliche Beobachtung nicht durch eigene bakteriologische Untersuchungen unterstützen.

Den Verlauf der Syphilis in Indien kann ich als bekannt voraussetzen; in meinen Aufsätzen über die „Syphilis in Indien“² habe ich ja mitgeteilt, daß der Verlauf der Syphilis in Indien beinahe derselbe ist wie in der gemäßigten Zone; daß jedoch die schweren tertiären Formen bei den Eingeborenen niemals beobachtet werden. Progressive Paralyse und Tabes wurden z. B. — soweit mir bekannt ist — höchstens in ganz vereinzelt Fällen unter den Eingeborenen des indischen Archipels gesehen. Ich selbst habe während meines 23jährigen Aufenthaltes in den Tropen nur einen Europäer wegen Tabes behandelt, welcher nebst dem die Syphilis als Student in Europa akquiriert hatte.

Aber auch die Framboesia wurde in den letzten Jahren so häufig beschrieben, daß ich den Verlauf auch dieser Krankheit als bekannt voraussetzen kann. Es erübrigt mir also, nur den Unterschied des klinischen Verlaufes, der Ätiologie usw. in diesen beiden Krankheitsformen hervorzuheben, um meine Behauptung zu rechtfertigen, daß die Framboesia nicht mit der Syphilis identisch sei.

Den morphologischen Unterschied der beiden Krankheitserreger *Spirochaeta pallida* und *pertenuis* habe ich bereits mitgeteilt.

Die Boba³ kommt bei Tieren und Menschen vor, während die Syphilis, wenn wir von Einimpfungen absehen, bei Tieren nicht konstatiert wurde. Bei Hunden, Katzen und Mauleseln haben andere Beobachter die Fram-

¹ In den Jahren 1910 und 1911.

² Wiener medizin. Presse. 1884. Nr. 45—48 u. Berliner klin. Wochenschrift. 1886. Nr. 4.

³ Auf den Molukken ist die Framboesia unter demselben Namen Boba bekannt als in Süd-Amerika; offenbar ist dieses Wort portugiesischen Ursprungs.

boesia gesehen. Ich selbst habe sie wiederholt in meinem Hühnerstall in Banda beobachtet. Die himbeerähnliche Papel zeigt sich zunächst auf dem oberen Rande der Orbita; bald überwucherte sie die ganze Orbita und den Eingang des Ohres; in 1—2 Wochen gingen sie dann zugrunde.

Groß ist der Unterschied dieser beiden Krankheiten in der Ätiologie: Die Syphilis ist eine Geschlechtskrankheit *stricte dictu*; die überwiegend große Majorität der Luetiker hat den Primäraffekt an den Genitalien; selbst die meisten extragenitalen Infektionen verdanken der *libido sexualis* ihren Ursprung und gewiß keine 2% aller Syphilisfälle sind der Unvorsichtigkeit der Umgebung eines Syphilitikers zuzuschreiben.

Bei der Framboesia sehen wir das Gegenteil; sie wird niemals durch den Coitus akquiriert. Mit Recht wird also die Lues eine Geschlechtskrankheit genannt, während die Framboesia unmöglich diese Charakterisierung erhalten kann.

Die Intensität der Übertragungsfähigkeit beider Kontagien zeigt einen großen Unterschied:

Wenn auch das Kontagium der Framboesia wie das der Syphilis ein *fixes* und im Sekrete und im Blute der Papeln enthalten ist, so ist die Übertragungsfähigkeit der Framboesia viel schwächer als die der Lues; ja noch mehr: Die Kontagiosität der Framboesia ist noch nicht einmal zum Bewußtsein der kranken Europäer und Eingeborenen gedrungen und der intimste Verkehr dieser Patienten mit Gesunden findet statt, ohne daß die Framboesia übertragen wird.

Bei der Syphilis ist es bekannt, daß die kleinste Exkoration, z. B. auf der Schleimhaut der Lippen, das Virus aufnimmt. (Auf der Klinik Hebras sah ich s. Z. 3 Lippenschanker hintereinander in Behandlung kommen von Musikanten, welche das Fagott eines Syphilitikers in Gebrauch genommen hatten.) Die Framboesia entwickelt sich aber nur dann, wenn das Virus wie bei der Impfung wenigstens ins subkutane Gewebe gebracht wird. Tatsächlich hat schon vor ungefähr 20 Jahren Charlot's Impfungen der Framboesia mit Erfolg gemacht und in jüngster Zeit¹ haben Halberstädter, Neisser und Barmann dieselben an Affen wiederholt.

Der Verlauf der Framboesia zeigt nennenswerte Unterschiede von dem der Lues:

Eine hereditäre Framboesia besteht nicht einmal. Ich selbst habe keinen einzigen Fall gesehen; das jüngste Kind, welches ich mit Framboesia zur Behandlung bekam, war 4 Jahre alt. In der erwähnten Festschrift der medizinischen Zeitung für Niederländisch-Indien schreiben drei Ärzte (Kaiser, Brug und Schüffner) pro und contra der Identität der Fram-

¹ Münchener med. Wochenschrift. 1906.

boesia und Syphilis, ohne auch nur eines Falles von konstaterter hereditärer Framboesia Erwähnung zu tun.

Der Primäraffekt der Syphilis zeigt sich in einem kleinen Bläschen, dem in einigen Tagen die Induration und Entzündung der regionären Lymphgefäße und Lymphdrüsen folgen. Die Framboesia hat zum Primär-



Fig. 1. Javane, an Framboesia leidend, vor der Behandlung.

affekt eine Papel. Die primäre Induration der Lues ist und bleibt solitär, während die primäre Papel der Framboesia von zahlreichen Effloreszenzen begleitet wird (Fig. 1).

Die „Spätformen“ der Framboesia werden von den Anhängern der Identität mit Lues „sekundäre“ und „tertiäre Framboesia“ genannt, offenbar in der Absicht, damit noch eine Begründung ihrer Behauptung zu bringen. Als ich in Banda täglich 20—30 Hautkranke zur Behandlung bekam, unter welchen oft 3—4 mit Geschwüren geradezu übersät waren — ein junger Papua (aus Neu-Guinea) hatte ein Ulcus, welches die

ganze linke Tibia bedeckte —, konnte ich mir diese ekelregenden Krankheitsbilder nur durch die Annahme einer allgemeinen Infektion erklären. Tuberkulose und Syphilis konnte ich bald ausschließen. Da die meisten von ihnen mir mitteilten, früher und zwar am häufigsten als Kind an Framboesia gelitten zu haben, mußte ich meine frühere Ansicht über die Framboesia aufgeben; ich hatte unter dem Einfluß der Schule Hebras diese „Granulome“ für eine lokale Erkrankung der Haut erklärt, durch äußere Ursachen bedingt. Diese Auffassung mußte ich bald über Bord werfen;

nicht nur die Regelmäßigkeit und Häufigkeit der Fälle, in welchen solche Patienten von der früher überstandenen „Boba“ sprachen, veranlaßte mich dazu, sondern auch einzelne klinische Beobachtungen. Der Javane in Fig. 1 z. B. verlangte gegen seine „inwendigen Schmerzen“ wiederholt die „Obat“-Medizin, das Jodkali nämlich, welches ich ihm resorbendi causa gegeben hatte; selbst als er bereits von seinen Papeln befreit war (Fig. 2), kam er wiederholt mit der Bitte zu mir, dieselbe „Obat“ ihm zu geben, weil er gerne von seinen Kopfschmerzen befreit werden wolle.

Ich weiß, daß solche Fälle sehr viel Ähnlichkeit mit der Syphilis haben und ich kann es verstehen, daß einzelne Dermatologen darin Anlaß finden, die Framboesia für identisch mit der Syphilis zu erklären; aber die anderen oben angeführten Unterschiede in der Ätiologie und in dem Verlaufe dieser beiden Krankheiten sind so groß und so charakteristisch, daß ich unmöglich die Framboesia für identisch mit der Syphilis halten kann und daß ich meine Behauptung wiederholen muß:

Die Framboesia tropica ist eine Krankheit sui generis und wird mit Unrecht „Syphilis der Tropen“ genannt.



Fig. 2. Framboesia nach der Behandlung.

[Aus dem Ostkrankenhaus Berlin (Dirig. Ärzte: Prof. Dr. Kromayer und Dr. v. Chrismar).]

2. Über Albinpuder.

Von Dr. H. Winkler,
leitender Arzt der Röntgen- und Hautabteilung.

Der Puder hat in der Dermatologie ein außerordentlich ausgedehntes Anwendungsgebiet. In vielen Fällen, so bei allen ganz akuten Ekzemen, ist er das erste Mittel, das wir ins Feld führen, ehe noch an Behandlung mit Umschlägen zu denken ist, während Fette auch in Form von Pasten,

die zu gleichen Teilen aus Pudern und Salbenkörpern bestehen, erfahrungsgemäß noch schlecht vertragen werden.

Nach Unna ist die Wirkung des Puders auf die Haut zunächst eine rein physikalische. Schon auf der gesunden Haut erzeugt die Einpuderung nach Unna eine gewisse Saugwirkung, es werden der Hornschicht durch Kapillarattraktion Fetteilchen entzogen, die sich nun über eine größere Fläche verbreiten. Infolgedessen findet das nachrückende Hautsekret geringeren Widerstand, es strömt schneller, und die normale Wasserverdunstung wird gesteigert. Hierdurch tritt eine stärkere Abkühlung der Haut ein, sie wird durch Kontraktion der Gefäße anämisch. Auf fettreicher Haut, wie der des Gesichtes, macht sich die Abkühlung am meisten fühlbar. Die anämisierende Wirkung tritt bei hyperämischer Haut am deutlichsten in Erscheinung. Es wird also auf entzündeter Haut, auf der der zentrifugale Sekretionsstrom ohnehin schneller fließt, durch die Entzündung die Wasserverdunstung noch mehr gesteigert werden, und die dadurch bedingte Abkühlung wird auch subjektiv wohltätig empfunden.

Auch prophylaktisch schützt die Puderdecke empfindliche, reizbare Haut vor äußeren Schädlichkeiten, vor chemischen und thermischen Reizen.

Es kann daher nicht wundernehmen, wenn bei diesen zahlreichen Indikationen die Zahl der alljährlich neu auf den Markt geworfenen Puder Legion ist. Oft in ihrer Zusammensetzung geheim, vielfach auf einen bestimmten Zweck gerichtete Ingredienzien enthaltend, sollen sie gewöhnlich besonderen Leiden dienstbar sein, etwa den Juckreiz stillen, die Schweißbildung, das Wundwerden derjenigen Hautpartien verhindern, die der Reibung ausgesetzt sind usw.

Von vielen anderen Fabrikaten unterscheidet sich der Albinpuder vorteilhaft durch seine bekannte Zusammensetzung und seine universelle Anwendungsfähigkeit. Seine indifferente Grundlage besteht aus Borsäure, Talk und Kieselsäure, während er seine besonderen Qualitäten seinem Gehalt an Zinksuperoxyd (ZnO_2) verdankt.

Die allgemeinen Anforderungen, die der Dermatologe an einen Puder stellt, sind folgende: er muß ein feines, gleichmäßiges Korn haben, um sich leicht über die Oberfläche zu verteilen, er muß der Haut gut anhaften und endlich die Fähigkeit besitzen, möglichst viel Sekret aufzunehmen, ohne zu harten, bröckligen Massen zusammenzubacken, die die Haut mechanisch reizen könnten.

Alle diese Eigenschaften besitzt der Albinpuder in hohem Maße. Er läßt sich leicht auf der Haut verteilen, fühlt sich weich an und haftet gut. Die wasserentziehende Fähigkeit eignet ihm in besonders hohem Grade und ist wohl vorzüglich seinem Gehalt an Kieselsäure (Terra silicea ist nach Unna das stärkste Exsiccans!) zuzuschreiben.

Neben diesen allgemeinen Eigenschaften eines guten Puders zeichnet

sich der Albinpuder aber noch durch seine Keimfreiheit aus, sowie durch zwei weitere Wirkungen, erstens seine desodorierende, zweitens seine bakterizide Kraft.

Näheres hierüber ist von Dr. med. vet. Stolpe-Hamburg auf Grund chemischer und bakteriologischer Experimente ausgeführt, und meine klinischen Untersuchungen am Krankenmaterial des Ost-Krankenhauses, die sich auf einen Zeitraum von 1 $\frac{1}{2}$ Jahren erstrecken, konnten die theoretisch zu erwartenden Resultate praktisch bestätigen.

Folgende Krankheitskategorien habe ich der Behandlung unterzogen:

1. Akute vesikulöse und nässende sowie sog. seborrhoische Ekzeme.
2. Eigentlich parasitäre Hautkrankheiten: Sykosis staphylogenes und parasitaria, Follikulitiden, Akne, Impetigo contagiosa, Balanitis erosiva circinata. und simplex.
3. Hyperidrosis der Hände, Füße und Achselhöhlen.

Bei akuten Ekzemen war die Wirkung des Albinpuders geradezu souverän. Bei alleiniger Anwendung brachte er ganz akute vesikulöse Nachschübe zur Heilung, und er beseitigte in kurzer Zeit das Nässen durch seine erwähnte stark austrocknende Kraft.

Bei der zweiten Gruppe von Krankheitsformen kam seine, dem Gehalt an Zinksuperoxyd zu verdankende, bakterizide Komponente zur Geltung. War er bei der Sykosis parasitaria nur ein vorzügliches Adinvars zur Verhütung der Ausbreitung des Krankheitsprozesses, so möchte ich ihn bei Follikulitiden und Balanitis geradezu als das Mittel *κατ' ἐξοχήν* bezeichnen. Beginnende Follikulitis — wir sehen diese bei unserem aus Arbeiterkreisen mit mangelhafter Hautpflege sich rekrutierendem Patientenmaterial außerordentlich oft — trocknete rasch ein, ehe es zur eitrigen Einschmelzung kam. Bei Impetigo contagiosa kam es zur raschen Abheilung der Effloreszenzen, wie ich sie bei anderen Behandlungsmethoden, auch mit der Lasarschen roten Salbe kaum gesehen habe. Nur die Kromayersche Quarzlampe zeitigt hier auffälligere Erfolge. Wer die Schwierigkeiten einer Salben- und Verbändebehandlung bei Kindern in der ambulanten Praxis kennt, wird diese therapeutische Erleichterung zu schätzen wissen!

Bei der dritten Gruppe, der Hypersekretion der Schweißdrüsen, wirkte der Albinpuder symptomatisch, d. h. er ermöglichte es, z. B. die Hände dauernd trocken zu halten. Bei starker Achselhöhlenschweißabsonderung, die bekanntlich beim weiblichen Geschlecht sehr verbreitet ist und namentlich bei Brünetten durch intensiven Geruch den Trägerinnen lästig ist, bewährte sich seine desodorierende Wirkung; auch sein angenehmer, leicht aromatischer Geruch kommt hier zur Geltung. Ebenso beseitigt er den sehr unangenehmen Geruch bei Hyperidrosis pedum, die daneben nur mit Bädern in starker Lösung von übermangansaurem Kali behandelt wurde.

Nach meinen Erfahrungen kann ich den Albinpuder überall da empfehlen, wo man einen reizlosen, keimfreien, desodorierenden und austrocknenden Puder zur Anwendung bringen will. Namentlich auch in der Säuglingspflege und bei den akuten Hautentzündungen der Kinder dürfte ihm noch ein weites Feld offen stehen.

3. Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten.

Von Dr. **Gustav Helm** in Bonn.

(Fortsetzung.)

Wenden wir uns nun von Afrika zu der Südsee.

Auf der größten dort liegenden Insel Neu-Guinea gehört Deutschland der nordöstliche Teil mit Namen Kaiser-Wilhelmland, und der zu Neu-Guinea gerechnete Bismarckarchipel. Unter den deutschen Schutzgebieten der Südsee zeigt Neu-Guinea in meiner Tabelle den höchsten Prozentsatz des Trippers der Farbigen und rangiert mit 3,24% sogar an dritter Stelle, nämlich hinter Kamerun. Auf den einzelnen Inseln und in den einzelnen Bezirken dieser deutschen Besetzung sind jedoch die Geschlechtskrankheiten sehr verschieden verbreitet. Bei den Papuas, den Eingeborenen des Kaiser-Wilhelmlandes, hat Hoffmann bis 1905 keinerlei venerische Krankheiten beobachtet. Es ist jedoch nicht einzusehen, weshalb dieser Volksstamm auf die Dauer von diesen Seuchen verschont bleiben sollte, und vielleicht ist er heute schon von ihnen stark ergriffen. Im ganzen erreichten dort schon damals die Geschlechtskrankheiten eine sehr hohe Zahl, nämlich 12% der Kranken und 31,9% der Krankheitstage. Sie betrafen aber ausschließlich aus dem Archipel gekommene Farbige, von denen fast stets sofort einige Leute wegen der einen oder anderen Geschlechtskrankheit ins Hospital aufgenommen werden mußten.

Auf dem Archipel Neu-Guineas scheint besonders auf Neu-Mecklenburg die Gonorrhoe zu wüten, wie ich es auch von der Syphilis festgestellt habe. Von der dortigen Station Käwieng wird nämlich schon 1904/05 berichtet, daß die Gonorrhoe schon seit lange im nördlichen Neu-Mecklenburg herrsche, und 1905/06, daß diese Erkrankung eine rechte Plage für jenes Gebiet geworden sei. Im nächsten Jahre waren dort unter 239 kranken Farbigen 40 Gonorrhoeiker = 16,69%, in Herberthöhe auf Neu-Pommern, ebenfalls zum Archipel gehörig, nur 28 unter 999 = 2,8%. 1907/08 waren in Herberthöhe 1,9%, in Käwieng aber 10,9% Tripper unter den farbigen Kranken. In Herberthöhe stammten die meisten der venerischen Arbeiter von Firmen, deren

Leute nicht der regelmäßigen Kontrolle unterworfen waren, wie die dem Gouvernement unterstellten Farbigen.¹ Einen nicht geringen Teil der Zugänge bildeten ferner die neu Angeworbenen, die oft bei der ärztlichen Untersuchung krank befunden wurden. In Käwieng ist 1909/10 die Ziffer erfreulicherweise auf 5% gesunken. In Simpsonhafen waren 1908/09 4% der behandelten Farbigen tripperkrank.

Bei Jap, der bedeutendsten Insel der Westkarolinen, scheinen die 0,95% meiner Tabelle eine günstige Ausnahmезiffer zu sein. Denn 1908/09 gab es 2,04% und 1907/08 1,98% Gonorrhoe unter den farbigen Kranken. Unter den weißen Kranken war 1908/09 4,25% Tripper, also nicht viel weniger als in meiner Tabelle.

Auf Ponape (Ostkarolinen) schwankt der Prozentsatz der Gonorrhoeiker unter den farbigen Kranken hin und her:

1909/10	1908/09	1907/08	1906/07	1905/06
0,75	0,39	1,7	0,6	1,27

Eine Zunahme der Gonorrhoe kann hieraus nicht gefolgert werden.

Von den Marianen, welche nur zweimal einen Bericht geliefert, habe ich eingangs schon gesprochen.

Schroffe Unterschiede der Verbreitung der Gonorrhoe, wie wir sie bei Neu-Guinea kennen lernten, treten uns auch bei den Marshall-Inseln entgegen, bei Europäern wie bei Farbigen. Ich habe die Prozentzahlen der letzten vier Jahresberichte von Jaluit und Nauru berechnet und zusammengestellt:

	Jaluit		Nauru	
	Europäer	Farbige	Europäer	Farbige
1909/10	13,63	2,71	2,26	0,33
1908/09	16,46	5,38	0,87	0,25
1907/08	4,29	0,59	0,68	—
1906/07	3,45	2,06	—	—

Diese Zahlen stimmen mit den sonstigen Angaben der Ärzte. Schon im Bericht für 1903/04, welcher sich anscheinend nur auf Jaluit bezieht, schreibt Schwabe, daß neben der Syphilis die Gonorrhoe sehr verbreitet sei. Ganz anders berichtet 1906/07 Walbaum von Nauru:

„Tripper habe ich während des ganzen Berichtsjahres kein einziges Mal beobachtet. Ich betone das ausdrücklich, weil vor einigen Jahren eine große Anzahl von Eingeborenen, besonders Frauen, ziemlich plötzlich an Tripper erkrankt sein sollen. In zwei solchen mir von europäischer Seite vorgeführten Fällen handelte es sich um eine einfache Harnröhrenentzündung ohne Gonokokken, die vielleicht dem reichlichen Genuß von Joddy (dem gärungsfähigen Saft der Kokospalme) ihre Entstehung verdanken könnte. Ich neige zu der Ansicht, daß es sich auch in jenen zahlreichen Fällen nicht

¹ Ob die Farbigen des Gouvernements auch in Käwieng kontrolliert wurden, ist mir nicht bekannt.

um Gonorrhoe gehandelt hat, worin mich die Tatsache bestärkt, daß während der ganzen Zeit, in der seinerzeit hier Tripper herrschen sollte, auch nicht ein einziger Fall von gonorrhöischer Konjunktivitis vorgekommen ist.“

Über den Konjunktivaltripper bemerkt dagegen Schwabe an eben genannter Stelle aus Jaluit:

„Blennorrhoea neonatorum kommt sicherlich oft genug vor. Es ist wunderbar, wie günstig auch vernachlässigte Fälle bisher verlaufen sind. Gonokokken wurden im Sekret stets reichlich gefunden.“

Auch an der häufigen Endometritis gibt Schwabe der Gonorrhoe die Schuld.

An letzter Stelle steht in meiner Tabelle hinsichtlich der Frequenz des Trippers, sowohl bei Europäern wie bei Farbigen, Samoa. Bei letzteren sind jedoch 1906/07 und 1905/06 viel höhere Prozentzahlen, nämlich 1,28 und 1,20. 1907/08 ist bei den Farbigen kein Tripper und überhaupt keine venerische Erkrankung in der Krankenliste aufgeführt, obschon es im Text heißt:

„Tripper ist unter den Eingeborenen sehr verbreitet, ohne scheinbar besondere Beschwerden zu machen oder zu Komplikationen zu führen.“

Ähnlich äußert sich derselbe Berichterstatler Dr. Franke (Regierungsarzt) schon 1905/06:

„Tripper ist unter den Eingeborenen sehr verbreitet. Er scheint allerdings bei beiden Geschlechtern wenig Beschwerden zu machen und selten zu Komplikationen, wie Blasenkatarrh, Nebenhodenentzündung, gonorrhöischem Rheumatismus und Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane und deren Adnexe zu führen.“

Auch bezüglich der Europäer ist die Sachlage nicht klar. Während in meiner Tabelle nur 0,7% ausgerechnet sind, ist 1908/09 und 1905/06 gar keine Gonorrhoe angegeben, während sie in den beiden zwischenliegenden Jahrgängen 1,9% und 2,26% erreicht.

Durch die Betrachtung der früheren Jahrgänge werden wir also in dem aus dem ersten gewonnenen Urteil bestärkt. Wir sehen sogar, daß wir uns nach den Krankenlisten stellenweise eine viel zu geringe Vorstellung von der wirklichen Ausbreitung der Gonorrhoe gemacht haben und einige Kolonialärzte geradezu ungeheuerliche Schätzungen darüber kundgaben. Wir werden demnach zu der Vermutung gedrängt, daß in den deutschen Schutzgebieten die Gonorrhoe bei Europäern und Farbigen durchgängig schon sehr viel verbreiteter sei als in Deutschland. —

Wir haben nun von den Komplikationen zu reden.

Die gewöhnlichen Folgen der Gonorrhoe, Hoden- und Nebenhodenentzündung, Bubonen fand ich in allen Schutzgebieten bei

den Farbigen angeführt, in den meisten auch spitze Feigwarzen.¹ Gonorrhöische Strikturen kommen bei ihnen ebenfalls vor. Im Bericht von 1907/08 für Ostafrika heißt es darüber:

„Von Komplikationen kamen mehrfach Strikturen der männlichen Harnröhre zur Beobachtung. Nicht selten war — offenbar als Folge der Strikturen der Pars prostatica und der Entzündung dieser Drüse selbst — eine harte schwierige Infiltration der Dammgegend mit Bildung multipler Fisteln, aus denen beim Urinieren sich Harn entleerte.“

Prostatitis nach Gonorrhoe sah man in Kamerun auch bei zwei Europäern, welche äußerst schmerzhaft war. Auf den Westkarolinen zeigten 2 Japmänner so hochgradige Strikturen, daß der Harn nicht mehr abfließen konnte und sich durch Fisteln entleerte, bei dem einen nach dem Bauchbecken und dem Hodensack endend, bei dem andern am Oberschenkel in mehreren Gängen auslaufend.² In Lome (Togo) bilden sich Verengungen der Harnröhre infolge der Vernachlässigung des Trippers bei den Eingeborenen angeblich schon sehr früh. Es kam sogar ein etwa siebzehnjähriger Junge mit undurchgängiger Striktur in Behandlung, wie auch schon bei einem Elfjährigen Tripperinfektion festgestellt wurde.³ Die Strikturen, soweit sie überhaupt durchgängig waren, wurden dort mit Bougies behandelt; nur die gänzlich undurchgängigen und die mit Fisteln komplizierten wurden operiert (Urethrotomia externa perinealis). Punktion oder Eröffnung der Blase wurde nicht notwendig. Nur einmal trat nach Entfernung des Dauerkatheters (nach 18 Tagen) Urininfiltration und teilweise Nekrose des Hodensackes ein. 1905/06 schreibt der Regierungsarzt Dr. Martin aus Anecho (Togo):

„Auch in der Beachtung der Gonorrhoe waltet eine große Indolenz ob; man sieht meist nur schwere Fälle, Komplikationen und Nachkrankheiten, wie Nebenhodenentzündung, Strikturen der Harnröhre. Der jüngste gonorrhöische Patient dieses Jahres zählte 6 bis 7 Jahre, er kam mit schwerer entzündlicher Phimose, die operiert werden mußte, und starker Gonorrhoe in Behandlung.“

In Kaiser-Wilhelmland zeigten (1906/07) die Farbigen mit Gonorrhoe, die wiederholt sich dem Arzte vorstellten, keine Neigung zu Strikturen.

Einen seltenen Fall veröffentlichte 1907/08 Regierungsarzt Dr. Külz in Duala (Kamerun):

„Im Anschluß an einen vor etwa zehn Jahren akquirierten hartnäckigen Tripper hatte sich im Laufe der Zeit bei einem Eingeborenen folgender bei

¹ Nach Hoffmann in Kaiser-Wilhelmland (Neu-Guinea) finden diese sich auch in Fällen, in denen Gonorrhoe nicht nachzuweisen ist (1908/09. S. 401).

² Med.-Ber. 1908/09. S. 427.

³ Med.-Ber. 1909/10. S. 404.

seiner Aufnahme zu konstatierender Befund herausgebildet: Das Orificium urethrae des Penis völlig geschlossen; seit sechs Jahren uriniert der Kranke schon nicht mehr auf natürlichem Wege. Statt dessen geht die Urinentleerung vor sich aus über acht über das ganze Skrotum verteilten, eiternden Fisteln. Linksseitiger Nierenabszeß.“

Bei der Operation, welche ein günstiges Resultat zeitigte, erwies sich die Urethra in einer Länge von 4 cm obliteriert.

In Ostafrika sah man bei einer Eingeborenen eine Bartholinitis nach Gonorrhoe; bei einem Goanesen, der mehrere Monate zuvor an Tripper erkrankt sein wollte, einen Abszeß am Darm mit zahlreichen Gonokokken im Eiter; ebenfalls bei einem Eingeborenen eine periurethrale Fistel dicht neben der hinteren Kommissur der Harnröhrenöffnung mit gonokokkenhaltigem Ausfluß; bei einem 15jährigen Neger eine tödlich verlaufende Allgemeininfektion mit hohem Fieber, Benommenheit, Krampfanfall und mit massenhaft zerfallenen roten Blutkörperchen, Blutplättchen, vereinzelt Gonokokken im Blute. Schon 1903/04 schrieb Stabsarzt Dr. Skrodzki in Tabora (D.-Ostafrika):

„Das allgemeine Volksleiden, die Gonorrhoe, hat nach meinen Erfahrungen leider nicht immer die Harmlosigkeit, die ihr nicht nur die Eingeborenen, sondern auch Tropenärzte zuweilen zugeschrieben haben. Ich habe mich von einer geringeren Empfindlichkeit Schwarzer gegen den Gonococcus nicht überzeugen können, nachdem ich bei 46 Zugängen 7 Komplikationen gesehen habe: Blasenkatarrh, Nebenhodenentzündung, Prostataabszeß mit Mastdarmfistel, Gelenkentzündung in mehreren Fällen und bei einem jungen Gefangenen endlich fast alle denkbaren Metastasen der Gonorrhoe, die nach schwerer Endokarditis durch Erschöpfung zum Tode führten.“

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Hereditary Dupuytren's contracture**, by J. L. Bunch. (British Journ. of Dermatology. 1913. September.)

Seit 300 Jahren zeigten sich die Kontrakturen nur bei den männlichen Gliedern der gleichen Familie und stets an denselben Fingern beider Hände. Bereits in den ersten Lebensjahren entwickelte sich eine leichte Biegung der 4. und 5. Finger, welche allmählich zunahm und mit 25 Jahren als ausgeprägte Kontraktur erschien, die dann unverändert fortbestand. Anschließend an diese Beobachtung stellt Verf. Erwägungen über die Ursachen solcher Vererbung, Bluteranlagung u. a. an.

- 2) **Distribution des vaisseaux artériels dans la peau du membre inférieur. Région de la cuisse**, par M^{me} Bellocq-Irague. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol., LXXIV. S. 607.)

Die radiographischen Aufnahmen der arteriellen Gefäße der Glutäalgegend

(cuisse) zeigten nach der Verfasserin ein von den bisher untersuchten Regionen sehr abweichendes Bild. Es besteht zwar ein sehr feines dermisches Netz mit engen und ziemlich regelmäßigen Maschen, aber das hypodermische mit seinen großen regelmäßigen Maschen findet sich nur ganz vereinzelt. Die meisten größeren hypodermischen Arterien teilen sich nach monopodischem Modus und senden Kollateralen aus, die das erwähnte dermische Netz bilden, aber jene größeren Stämmchen selbst stehen nur durch sehr spärliche Anastomosen miteinander in Verbindung und manche dieser Anastomosen scheinen überdies durch Überlagerung von Gefäßen aus verschiedenen Ebenen vorgetäuscht worden zu sein, denn wenn man die Haut vor der Aufnahme durch Zug gestreckt hatte, dann erscheinen die einzelnen Distrikte fast ganz des Gefäß-austausches untereinander zu entbehren.

B. Solger-Kissingen.

3) **Über die Beziehung zwischen Darmerkrankung und Dermatosen**, von Sh. Yamada. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie, 1913. Fasc. 6.)

Bei dem 8 Monate alten Kinde erschien unter hohem Fieber ein Erythem über den ganzen Körper und daneben klare Bläschen. Das mit Muttermilch ernährte Kind zeigte im Verlaufe der Erkrankung Schleim im Kot. Darmausspülungen mit Kochsalzlösungen bewirkten eine Besserung des Exanthems und des Allgemeinbefindens. Ein Rezidiv, welches einige Tage später in Form eines exsudativen Erythems auftrat, wurde wiederum leicht durch die gleichen Darmausspülungen beseitigt.

J.

4) **Die Kaolin-Glyzerinpaste in der Dermatologie**, von P. G. Unna. (Med. Klinik. 1913. Nr. 41 u. 42.)

Die eingehenden Versuche über den Einfluß der Unnaschen Kaolin-Glyzerinpaste auf den Wasserstoffwechsel der Haut ergaben, daß von den der Haut eigentümlichen Sekreten, Ölsäure und Wasser, die erstere vom Kaolin, das letztere vom Glycerin angezogen wird. Kaolin hat sich als das geeignetste poröse Mittel erwiesen, um den Kontakt des Hautsekretes mit Glycerin zu vermitteln, das durch die Erhöhung der insensiblen Wasserverdunstung einen vermehrten Wasserzufluß und damit eine seröse Durchtränkung und Erweichung des Gewebes herbeiführt.

Biberstein-Gleiwitz.

5) **Über die Wirkung der Fichtennadelbäder**, von O. v. Spindler. (Schweiz. Wochenschrift f. Chemie u. Pharmazie. 1913. Nr. 23.)

Verf. empfiehlt die Emulsionen des ätherischen Öls als die wirksamsten und zweckmäßigsten. Die damit bereiteten Bäder erzeugen Hyperämie der Haut mit Vermehrung der zelligen Elemente im Blut und so eine Erhöhung des Stoffwechsels. Ferner vermögen diese Öle die Cholesterinpfropfen zu lösen, die die Hautporen verstopfen und befördern so die Hautatmung, besser als dies unter gewöhnlichen Umständen Seife und Bürste vermögen. Klokow-Berlin.

6) **Über den Wert einzelner neuerer Heilmittel bei der Behandlung der Balanitis**, von N. Hegedüs. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 41.)

Bei der einfachen, sowie bei der erosiven, ulzerösen und ödematösen Balanoposthitis bewährte sich dem Verf. am besten das Vioform. In Fällen, in welchen man mit dem Pulver an die kranken Stellen nicht herankommen kann, wendet er die 10%ige ölige Suspension des Vioform an. Sehr zweckmäßig ist die Streuschachtel, in der das Vioform verkauft wird, durch die Regulierung der Streuöffnungen und durch die Feuerfestigkeit. Letztere ermöglicht ein Nachsterilisieren des Pulvers zu jeder Zeit. Schourp-Danzig.

7) **Über eine andere Verwendung der Hämorrhoidalzäpfchen „Azetonal“**, von Wockenfuss. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Empfehlung der stark adstringierend und analgetisch wirkenden Zäpfchen bei Prostatitis und bei Pruritus am Sphincter ani. Schourp-Danzig.

- 8) **Zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen**, von A. u. W. Laqueur. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Hautjucken, das infolge von Ekzem oder anderen Hautkrankheiten auftrat, konnte regelmäßig beseitigt werden. Bei rein nervösem Pruritus ohne erkennbare pathologische Veränderungen in der Haut versagte das Verfahren. Bei einer mit starkem Hautjucken verbundenen nervösen Urticaria trat vorübergehende Linderung ein. Ein Fall von hartnäckiger Psoriasis, besonders des Gesichts, war nach 3 Wochen bis auf Reste geheilt. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 9) **Über Dosierung der Röntgenstrahlen**, von K. Stern. (Med. Klinik. 1914. Nr. 3.)

Verf.'s Methode ist eine Modifikation der Meyerschen nur für eine bestimmte Röhre gültigen Methode (Münchener med. Wochenschrift. 1911. Nr. 4.) Die Sternsche Methode ist für alle Röhren anwendbar, es variiert bei ihr nur die Entfernung Tablette-Haut, während die Bestrahlungszeit für dieselbe Röhre stets gleich bleibt. Nach der vom Verf. aufgestellten Tabelle ist die Methode leicht anwendbar und exakt. Biberstein-Gleiwitz.

- 10) **Über Hauterkrankungen durch Haar- und Pelzfärbemittel**, von A. Blaschkó. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Verf. konnte in den von ihm beobachteten Fällen in den angewandten Färbemitteln regelmäßig Paraphenylendiamin nachweisen. Es handelt sich um das Haarfärbemittel von Broux-Paris, das Juvenol und das Koorpa. Als besonders reizloses Färbemittel gilt das Primal der Aktiengesellschaft für Anilin-fabrikation. In diesem ist das Paraphenylendiamin ersetzt durch das Toluylen-diamin und mit Natriumsulfit versetzt. Immerhin wird auch dieses Mittel bei vorhandener Idiosynkrasie Schädigungen hervorrufen können.

Schourp-Danzig.

- 11) **Rasche Heilung wunder Brustwarzen**, von Neubauer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Empfehlung 10%iger Euguformsalbe.

Schourp-Danzig.

- 12) **Über photodynamische Wirkungen von Inhaltsstoffen des Steinkohlenteerpechs am Menschen**, von L. Lewin. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 28.)

Im Kabelwerk der allgemeinen Elektrizitätsgesellschaft bekamen mehr als 100 Arbeiter starke Rötung und Jucken an Gesicht und Händen, aber fast alle nur bei Tag. Diese Erkrankung rührte nur von einem neuen Steinkohlenteerpech her, das fluoreszierende Inhaltsstoffe, namentlich Akridin, enthielt, aber die Wirkung trat nur bei Belichtung auf. Von anderer Seite sind derartige Schädigungen bei Belichtung auch durch andere Stoffe bei Versuchstieren schon experimentell erzeugt worden.

Raff-Augsburg.

- 13) **Ärztliche Kosmetik der Haut**, von Kromayer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 41.)

In diesem Abschnitt bespricht Verf. die Behandlung der Akne vulgaris, des Miliium und des Lichen pilaris. Die vom Verf. angegebene, bekannte Behandlung mittels der Stanzmesser wird eingehend präzisiert. Schourp-Danzig.

- 14) **Methode und Wirkung der Eigenserum- und Eigenblutbehandlung nebst Bemerkungen zur Umstimmung der Hautreaktion durch Eigenstoff- und Natrium nuclein-Injektionen**, von B. Spiethoff. (Med. Klinik. 1913. Nr. 45.)

Die Behandlung mit Eigenstoff umfaßt die venöse Injektion von Eigenblut, die venöse Reinjektion von Eigenblut nach vorangegangenem Aderlaß und die Eigenserummethode. Der klinische Erfolg ist der gleiche bei artfremdem, arteigenem und eigenem Material. Die Wirkung ist zu erklären durch das Auftreten eines gegen die einverleibte Eiweißart gerichteten Fermentes im Blut und durch die experimentell sowie klinisch gemachte Beobachtung, daß durch die Injektion des Blutes oder Serums eine Herabsetzung der Empfindlichkeit der Haut gegenüber äußeren Reizen auftritt. Die reaktiven Begleiterscheinungen sind bei Anwendung der Eigenstoffe die gleichen wie bei der des artfremden Serums bzw. Blutes. Anaphylaktische Erscheinungen fehlen bei Anwendung der ersteren. Das Blut reagiert auf die verschiedenen Eiweißarten nur graduell, nicht prinzipiell verschieden. Die hämatologische Untersuchung liefert Anhaltspunkte zur Beurteilung des Erfolges der Kur. Beim Fehlen eines solchen sind andere Verfahren (Ringersche Lösung, Pituitrin-substanzen, Brucksche Methode) zu versuchen. Hauptsächliche Indikationen geben Urticaria, Pruritus, Prurigo, Pemphigus vulg., Dermatitis herpetiformis und Ekzem. Letztere werden auch derart umgestimmt, daß sie, vorher auf jede Salbenbehandlung schlecht reagierend, der letzteren zugänglicher werden. In den gegen Serum oder Blut refraktären Fällen ließ sich die Umstimmung durch 5—10 Natr. nucleinic.-Injektionen erzielen. Biberstein-Gleiwitz.

15) **Über die allgemeine Dermatologie des Ali ibn al Abbas (Haly Abbas) aus dem 10. Jahrhundert unserer Zeitrechnung**, von P. Richter. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Übersetzung des arabischen Textes: Eine Geschwulst entsteht in einem Gliede durch den Zustrom von Materie, die in einem anderen Gliede im Überfluß vorhanden ist oder sich in dem kranken Glied selbst entwickelt. Zwei Arten von Geschwülsten sind zu unterscheiden, heiße und kalte. Jene entsteht aus einer schlechten heißen Mischung nebst Materie, diese aus schlechter kalter Mischung nebst Materie. Ferner gibt es eine harte Geschwulst, den Skirrhos, und eine weiche Geschwulst. Jede Geschwulst besteht entweder aus einer Mischung oder aus mehreren. Die heiße Geschwulst oder Phlegmone hat eine gegenwärtige oder vorangehende Ursache. Zu jener gehören die Wunde, die Fistel, das Schneiden, das Verbrennen durch Feuer usw., zu dieser Anfüllung mit Blut. Ist das Glied nicht imstande, die sich in ihm ansammelnde blutige Materie auszutreiben, so entsteht die heiße Geschwulst. Diese kann an verschiedenen Stellen des Körpers entstehen: am Kopf, den Hüllen des Hirns, den Lungen usw. Die gelbgallige Geschwulst oder Ameise entsteht, wenn sich die gelbe Galle ungemischt in ein Glied ergießt. Durch Zusatz von feinem Blut und durch besondere Schärfe der Galle entsteht der Rotlauf bzw. die fressende Ameise. Die weiche oder phlegmatische Geschwulst gilt als Bezeichnung für die verschiedensten Geschwülste: Warzen, Zirbeldrüsen, Schweißdrüsen usw. Sie gehen alle aus dem sogen. Phlegma hervor, das in verschiedenen Formen auftritt, vom Verf. aber nicht näher definiert wird. Die schwarzgallige Geschwulst oder der Skirrhos geht aus der schwarzen Galle hervor. Oft ist sie als Krebs zu bezeichnen. Barinbaum-Berlin.

Entzündliche Dermatosen.

16) **Untersuchungen über den Proteinstoffwechsel bei Psoriasiskranken**, von J. F. Schamberg, A. J. Ringer, G. W. Raizies und J. A. Kolmer. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 1.)

Bei einer Diät mit bestimmtem Eiweißgehalt scheidet ein Psoriasis-kranker im Urin weniger Stickstoff aus, als dies bei einem Gesunden bei derselben Ernährungsweise der Fall ist. Die mit Psoriasis behafteten Patienten lassen eine ausgesprochene Neigung zur Retention von Stickstoff erkennen. Versuche mit der Darreichung von Harnstoff haben ein einwandfreies Zeugnis gegeben, daß die Stickstoffretention nicht mit einer Störung der exkretorischen Fähigkeiten der Nieren in Zusammenhang steht. Die mit umfangreicher Psoriasis behafteten Kranken können recht erhebliche Mengen von Stickstoff in den sich ablösenden Schuppen, die fast aus reinem Eiweiß bestehen, verlieren. Die Stickstoffretention besteht auch noch, wenn die Schuppenbildung aufgehört hat und wenn der Ausschlag als solcher völlig verschwunden ist. Eine stickstoffarme Kost übt einen sehr günstigen Einfluß auf die Psoriasisläsionen aus, besonders wenn diese in großer Ausdehnung aufgetreten sind. Bei einer derartigen Diät lassen sich schwere Psoriasisfälle bessern bis fast zum Verschwinden des Ausschlags. Umgekehrt übt eine stickstoffreiche Kost einen ungünstigen Einfluß auf den Krankheitsprozeß aus und ruft in der Regel ein Fortschreiten des Ausschlags hervor. Das starke Wuchern und die Abstoßung von Zellen der Haut macht einen großen Vorrat von Protein erforderlich, und dieser kann nur aus dem Lymph- und aus dem Blutstrom bezogen werden. Dieser Proteinvorrat kann allerdings aus der eingeführten Nahrung stammen, und es ist die Möglichkeit gegeben, daß die große Nachfrage in der erkrankten Haut nach Eiweißkörpern auch durch die im Muskelgewebe vorhandenen Reserven an Protein gedeckt werden, so daß dieses hierdurch ausgenutzt wird und nachher eine Wiederherstellung nötig hat. Die fortgesetzte Darreichung einer stickstoffarmen Diät ist imstande, durch die damit verbundene Verminderung der Zufuhr der hauptsächlich Baumaterialien, des Proteins, eine Herabstimmung der hyperplastischen Tätigkeit der Haut herbeizuführen. Andererseits kann eine stark eiweißhaltige Nahrung die hyperplastische Tätigkeit der Zellen noch weiter anregen durch die Lieferung einer reichlichen Zufuhr des erforderlichen Proteins.

Schourp-Danzig.

17) **Wie soll der praktische Arzt die Psoriasis behandeln?** von M. Joseph.
(Excerpta medicina. 1913. Nr. 11.)

Zunächst wird die fraktionierte Behandlung mit Röntgenstrahlen nach Fr. Schultz empfohlen: jede Stelle ein Drittel Erythemdosis, nach 8 Tagen das zweite Drittel, nach weiteren 14 Tagen das letzte Drittel. Nach 3—4 Wochen eventuell neuer Turnus. Sodann 10% Chrysarobin-Traumaticin nach Entfernung der Schuppen im Seifenbade. Die gesunde Haut ist zu schonen. Nach 6 Tagen Seifenbad, neue Einpinselung. Sehr alte Fälle sind mit folgender Salbe 1—3 Tage zu verbinden: Acid. salicyl. 10,0, Chrysarobini Ol. Rusci ana 20,0, Sapon. virid. Vaseline ana ad 100,0. Bei Reizung Borvaselin, alsdann neuer Verband. Im Gesicht und auf dem Kopf ist das stark färbende Chrysarobin nicht zu verwenden, dort ist 5—10%ige Pyrogallolsalbe am Platze, der Kopf ist mit Spir. sap. Kal. vorher von Schuppen befreien. Am langsamsten wirken weiße 10%ige Präzipitat- und die Lajosasalbe (Hydr. praecip. alb. 2,0, Acid. carb. liquefac. Balsam. peruv. ana 5,0, Unguent. leniens ad 100,0). Bei leichten Fällen sind 3 mal wöchentlich warme Bäder mit 200 g weißem Bolus zu empfehlen. Obige Methoden sind abwechselnd je nach Lage des Falles anzuwenden, wie überhaupt die Schablone zu vermeiden und zu individualisieren ist. Innerlich wird Arsen, und zwar als $\frac{1}{3}$ %iges Acid. arsenicos oder als Pilul. asiatic., verordnet, bei schwachem Magen 1%iges

Natr. arsenic. subkutan. Von Bädern kämen Schlangenbad, Kreuznach und Leuk in Betracht. Klokow-Berlin.

18) **Über Schutzimpfung gegen Varizellen**, von Kling. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Verf. entnahm aus einer frischen klaren Windpocke Lymphe mit einer gewöhnlichen Impflanzette und übertrug direkt. Es entwickelte sich dann nur eine leichte Pocke an der Impfstelle, ohne Allgemeinsymptome oder Generalisierung. Von 31 geimpften Kindern erkrankte nur eins sicher an Varizellen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Zirkulationsstörungen der Haut.

19) **Zur Ätiologie des Erythema nodosum**, von M. Schumacher. (Zeitschrift f. Tuberkulose. XXI. 1913. H. 5.)

Obgleich das Erythema nodosum häufig mit Tuberkulose zusammen auftritt, kann Verf. doch nicht der Anschauung zustimmen, daß beide Erkrankungen eines Ursprungs seien und das Erythema nodosum gewissermaßen unter die Tuberkulide zu rechnen sei. Kommt auch beim Erythema nodosum häufig eine Tuberkulose zur Beobachtung, so ist doch andererseits selbst bei zahlreichem Tuberkulosematerial jene meist typisch exanthematöse Infektion nur sehr selten anzutreffen. Die Tuberkulose spielt hier wie viele andere Allgemeinerkrankungen nur eine auslösende, beschleunigende, den Widerstand gegen die Infektion schwächende Rolle. Ein bedeutend näherer Zusammenhang besteht zwischen dem Erythema nodosum und den sich ihm häufig gesellenden Rheumatismen. Verf. ist der Meinung, daß die Polyarthrits rheumatica und das Erythema nodosum einander verwandte, vielleicht durch den gleichen noch unbekanntem Erreger verursachte Erkrankungen seien. Als Eintrittspforte bevorzugt diese Infektion die Tonsillen. J.

20) **Weitere Beiträge zur Dermatitis dysmenorrhoeica symmetrica (Matzenauer-Polland)**, von Polland. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte einiger Fälle, die er in die Gruppe der Dermatitis dysmenorrhoeica eingereiht wissen will. Es handelt sich bei diesen Fällen und bei den schon früher von demselben Autor besprochenen Krankengeschichten um Frauen, bei denen das Leiden unter Menstruationsstörungen auftritt. Die Effloreszenzen beginnen mit einer akut einsetzenden Hyperämie der perifollikulären Gefäßchen, mit Blasenbildung und nässenden Flächen und bald sich einstellender Epithelisierung und treten symmetrisch auf. Verf. betont, daß diese wohlcharakterisierten Krankheitsbilder unbedingt abgetrennt werden müssen von den verwandten als Anginoeuren bezeichneten Prozessen. Zur Unterscheidung führt er mehrere Fälle letzterer Art aus der Grazer Klinik an. Barinbaum-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

21) **Die Ätiologie des Molluscum contagiosum**, von B. Lipschütz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 46.)

In den vom Verf. beschriebenen Strongyloplasmen sind mit annähernder Sicherheit die Erreger des Molluscum contagiosum zu erblicken. Die für diese Ätiologie sprechenden Befunde werden erörtert. Biberstein-Gleiwitz.

22) **Nekrotisierende Osteoperiostitis sporotrichotica des Oberkiefers**, von D'Agata. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Beschreibung einer primären Sporotrichose des Knochens ohne Erscheinungen an der Schleimhaut. Lengefeld-Brandenburg a/H.

23) **I tumori endotheliali della cute**, per L. Martinotti. (Tumori. II. Fasc. 6. Rom 1913.)

Ein besonders bemerkenswerter Fall von endotheliale Hautsarkom gab dem Verf. den Anlaß, die Ergebnisse seiner reichen Erfahrungen über endotheliale Tumoren der Haut in einer ausführlichen und übersichtlichen Abhandlung zusammenzufassen. Die einleitenden Kapitel veranschaulichen die anatomische Beschaffenheit und Lagerung, die physiologische Eigenart der in Betracht kommenden Zellen und Gewebe. Weiterhin wird die pathologische Veränderung beim Karzinom, Sarkom und deren Zwischenformen besprochen, Peritheliome und Endotheliome in ihrer Differentialdiagnose mit anderen Tumoren auf Basis anatomischer Untersuchungen und klinischer Beobachtungen erörtert. Unter den therapeutischen Maßnahmen wird das Hauptgewicht auf chirurgische Eingriffe und Röntgenbestrahlung gelegt, aber hierbei auf die oft spät und unerwartet erscheinenden Rezidive hingewiesen. Die letzten Kapitel behandeln jene Neoplasien, deren endotheliale Natur noch fraglich ist: Zylindrome, multiple Tumoren des behaarten Kopfes, Psammome, Cholesteatome, Naevi, kalzifizierte Tumoren, Hypernephrome, das multiple idiopathische Hautsarkom, Hydroadenome und Xanthome. Als Grundlage der selten vorkommenden gemischten Tumoren nimmt Verf. eine endotheliomatöse Proliferation an. J.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

24) **Alopecia atrophicans bei Kindern**, von M. Joseph. (Zentralblatt f. Kinderheilkunde. 1914. H. 1.)

Die Alopecia atrophicans ist zuerst von Brocq als Pseudopelade beschrieben worden und tritt in groß-, klein- und gemischtfleckiger Form auf. Die kahlen Stellen zeigen eine wachsbliche Farbe und eine vollkommene Verödung der Haarfollikel, eine Erscheinung, die man in der Differentialdiagnose gegen Alopecia areata verwerten kann. Pinselt man die Kopfhaut mit Chrysarobin-Traumaticin, so erscheinen die Follikel bei der Alopecia areata als gelblichbraune punktförmige Niederschläge, die bei der Alopecia atrophicans vollkommen fehlen. Diese Krankheit tritt schon im Kindesalter auf, eine Tatsache, auf die Dreuw als erster aufmerksam gemacht hat. Hier bezeichnen wir sie als Alopecia parvimaclata. Als Therapie empfiehlt Verf. nach Vorschlag von Arndt heiße Seifenwaschungen und 10%ige Schwefelzinkpasta oder nach Mocafighe die Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Dreuw empfiehlt Betupfen der Krankheitsherde mit einem Seifenspiritrus, der Teer, Naphthol, Salizyl, Resorzin und Ol. Ricini enthält, außerdem zur Nacht eine Schwefelresorzinsalbe. Barinbaum-Berlin.

25) **Über den Entwicklungszyklus des pleomorphen Streptobacillus der Pellagra**, von Tizzoni und de Angelis. (Zentralblatt f. Bakteriologie usw. LXX. H. 1 u. 2.)

Die Verff. fanden bei Pellagra einen Keim, der in Streptokokken- und Staphylokokkenform auftritt. Dieser pleomorphe Bacillus stellt je nach den Bedingungen, die er im kulturellen Nährsubstrat (Naegelische Flüssigkeit) findet, drei Entwicklungsphasen dar, deren höchste einen Hyphomyzeten darstellt. Pürckhauer-Dresden.

26) **Reisebeobachtungen über Pellagra**, von C. Mense. (Archiv f. Schiffs- u. Tropenhygiene. XVII. 1913.)

Nicht nur in Rumänien und Italien, auch in Südtirol wird bereits Pellagra beobachtet, ja der deutsche Arzt sieht sie nicht selten, wo italienische Arbeiter in seiner Heimat tätig sind. Die Ätiologie ist noch immer unklar, Intoxikation, Infektion oder Heredität werden von verschiedenen Seiten angeschuldigt. Alkoholismus erscheint als prädisponierendes Moment. Auf einer Reise sah Verf. im Irrenhaus zu Pergine pellagröse Irre und in dem ausgezeichneten Pellagraheim zu Rovereto zahlreiche Kinder, die pellagrösen Familien entstammten und keine anderen Symptome zeigten als Darmkatarrhe, Schwindel, Anämie und Chlorose. Dabei fiel ihm die seborrhische Veranlagung der Patienten auf und der vom normalen abweichende Rhodankaliumgehalt des Speichels: bei 29 hierauf untersuchten Pellagrakranken war bei 7 ein Ausbleiben der Reaktion, bei 8 eine sehr schwache, bei 7 eine schwache und nur 6 mal eine normale Reaktion zu verzeichnen. In den hier erwähnten Gegenden von Südtirol haben bessere Ernährung der Landbevölkerung, Aufklärung über die Schädlichkeit schlechten Maises, Volksküchen, frühzeitige Behandlung frischer und Hospitalisierung schwerer Fälle der Verbreitung der Krankheit wirksam Einhalt getan. Da alle diese Maßnahmen auf der Maisätiologie fußen, wirft Verf. die Frage auf, ob jene Pellagrafälle, bei denen Maisgenuß auszuschließen war, nicht vielleicht eine andere Krankheit mit ähnlichem Symptomenkomplex darstellten. J.

- 27) **Histologische Untersuchung eines Falles von idiopathischer progressiver Hautatrophie (Dermatitis chronica atrophicans)**, von M. Hodara. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Fall eines 55jährigen Mannes. Drei Abbildungen des histologischen Befundes. Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 28) **Diathermiebehandlung bei Lupus vulgaris**, von O. Salomon. (Med. Klinik. 1914. Nr. 4.)

Verf. hat sich in der Lupusbehandlung der Diathermie zugewandt, mittels deren die Herde in Narkose koaguliert werden, worauf unter Kal. perm.-Lösungsverbänden das Abstoßen der nekrotischen Herde abgewartet wird. Es gelingt, bei langsamer, durch schwache Pyrogallussalben aufgehaltener Heilung eine schöne Narbenbildung zu erzielen. Biberstein-Gleiwitz.

- 29) **On the necessity or advisability of segregation to the conditions and spread of leprosy in South Africa at the present time; the measures to be provided for the prevention and cure of leprosy; and the suitability of Robben Island as a place of detention for lepers**, by H. Bayon. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1914. Fasc. 3.)

Ogleich in Robben-Island die Wasserverhältnisse bisher nicht günstig waren, hält Verf. diese Schwierigkeit doch durch energische Maßnahmen für besieghar und dann das Terrain für durchaus günstig zur Unterbringung von Leprösen. Er warnt aber davor, wie es gelegentlich geschehen ist, Irre oder solche Personen, die sich in Emjamjana oder Prätorja unliebsam gemacht haben, nach Robben-Island zu senden. Sehr ratsam sei die Anlage eines Gartens auf Robben-Island für solche Lepröse, die Kraft und Neigung zu landwirtschaftlicher Betätigung zeigen. Eine Isolierung, Kontrolle und Behandlung der Leprösen sei in Südafrika durchaus notwendig. J.

30) **Sulla natura del rinoscleroma**, per Longo. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 6.)

Auf Grund eines Falles von Rhinosklerom der Nasenschleimhaut bei einer 33jährigen Frau, in dem Verf. die Frischschen Kulturen nachweisen konnte, und in dem die histologische Untersuchung das Bild des Granuloms mit Neigung zu fibröser Umwandlung ergab, erklärt auch Verf. das Sklerom für eine spezifische, chronische entzündliche Neubildung. Dreyer-Cöln.

Gonorrhoe.

31) **Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antigonococcique**, par P. Remlinger. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 384.)

Verf. spendet der von Nicolle und Blaizot neuerdings hergestellten Antigonokokkenvakzine, über die sie in der Sitzung der Pariser Akademie der Wissenschaften vom 6. Oktober 1913 berichteten, uneingeschränktes Lob. In zugeschmolzenen Ampullen hält sie sich unverändert, auch wenn sie monatelang der Wärme (Verf. praktiziert in Tanger) und dem Lichte ausgesetzt war, führt, in den vorgeschriebenen Dosen (3—15 Tropfen auf 2—5 ccm physiologischer Lösung) in die Gesäßmuskeln eingespritzt, nicht zu örtlichen Reizerscheinungen und nimmt oder mildert wenigstens schon nach einigen Stunden die Schmerzen bei gonorrhischen Komplikationen (Arthritis, Epididymitis, Zystitis), während die lokalen objektiven Symptome (Schwellung, Verhärtung, Eiterung) erst etwas später schwinden. B. Solger-Kissingen.

32) **Bases expérimentales de la sérothérapie antigonococcique. I. Ophthalmie expérimental du lapin. Son traitement par un sérum spécifique. — II. Méningite cérébro-spinale aigue déterminée chez le singe. Son traitement par le sérum antigonococcique**, par R. Debré et J. Paraf. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 512 u. 556.)

Die Verff. erzielten, indem sie sich die bei der Meningitis cerebrospinalis gemachten Erfahrungen zunutze machten vollständige Heilung bei der experimentellen Gonokokkenophthalmie des Kaninchens und der Gonokokkenmeningitis des Affen durch Injektionen eines von ihnen hergestellten Antigonokokkenserums, die bei Kaninchen in das Auge, bei Affen in den Wirbelkanal gemacht wurden. Bei den nicht mit dem Serum behandelten Kontrolltieren kam es zu einer vollständigen Vereiterung des Auges bzw. zu tödlichem Ausgang der Meningitis. B. Solger-Kissingen.

33) **Die intravenöse Arthigoninjektion**, von H. Wischer. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 4.)

Die Wirkung der intravenösen Injektionen ist bei Arthritis, Epididymitis und Adnexerkrankungen anscheinend gut, übertrifft aber im allgemeinen nicht den Effekt der intramuskulären Einspritzungen. Die Nebenwirkungen der intravenösen Injektionen — Fieberanstieg, Schüttelfrost usw. — sind meistens erheblich stärker als bei der intramuskulären Anwendung und dementsprechend für den Kranken doch ziemlich störend. Deshalb ist bei der Mehrzahl der Fälle die intramuskuläre Anwendung vorzuziehen und nur, wenn diese Anwendungsweise versagt, in hartnäckigen Fällen ein Versuch zu machen, ob die intravenöse Injektion vielleicht besser wirkt. Temperatursteigerungen über 1,5⁰ und auch die sogen. Doppelzacke nach intravenöser Arthigoneinspritzung sind auch bei nicht gonorrhischen Patienten einwandfrei beobachtet worden und daher nicht immer für die Annahme einer Gonorrhoe verwertbar.

Schourp-Danzig.

- 34) **Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe**, von C. Bruck. (Med. Klinik. 1914. Nr. 2.)

Verf. gibt in der Form eines klinischen Vortrages einen Überblick über das Anwendungsgebiet der Vakzintherapie bei Gonorrhoe. In diagnostischer Hinsicht kommt den intravenösen Arthiginjektionen hoher Wert zu.

Biberstein-Gleiwitz.

- 35) **Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe**, von Klaus. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Die Erfahrungen an der Herxheimerschen Klinik decken sich mit den anderswo gemachten.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 36) **Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine**, von A. Menzer. (Med. Klinik. 1913. Nr. 33.)

Für die schwierigere und gefährlichere intravenöse Einverleibung der Gonokokkenvakzine liegt kein Grund vor. Wichtiger ist die Frage über die initiale Gonokokkeninvasion. Die Gonokokken müssen überall durch einen reaktiven Prozeß, durch die Eiterung, herausgeschwemmt werden. Daher kann die Vakzination die Gonokokken nicht rasch zum Verschwinden bringen, Komplikationen verhüten, jedoch ermöglicht sie eine gründlichere Ausheilung der akuten Gonorrhoe.

Biberstein-Gleiwitz.

- 37) **Zur Serologie der gonorrhoeischen Erkrankungen**, von Finkelstein und Gerschun. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Die Komplementbindungsreaktion und die v. Pirquetsche Kutanreaktion, angestellt mit Gonokokkenantigenen, sind für die Gonorrhoe spezifisch, da sie bei anderen Erkrankungen nicht zu erzielen sind. Beide Reaktionen werden bei der Gonorrhoe häufig beobachtet, insbesondere bei der chronischen. Die Reaktionen würden, abgesehen von ihrem therapeutischen Interesse, eine bestimmte klinische Bedeutung erlangen, wenn sie an einem großen klinischen Material bei gleichmäßiger Methodik nachgeprüft würden. Die Agglutinationsreaktion hat bei der Gonorrhoe keinen praktischen Wert.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 38) **Über neuere Gonorrhoebehandlung**, von H. Oppenheim. (Wiener klin.-therapeut. Wochenschrift. XX. Nr. 38.)

Auf die intramuskuläre und intravenöse Vakzinetherapie nach Bruck mit Arthigon und Gonargin wird hingewiesen, und zwar hält Verf. diese für die einzig rationale Therapie der Arthritis gonorrhoeica, während er bei Vulvovaginitis und Epididymitis nicht so glänzende Erfolge zu verzeichnen hat. Zur Ruhigstellung des glatten Muskelapparates, also zur Ausschaltung etwaiger antiperistaltischer Bewegungen des Vas deferens usw., haben sich Verf. die Belladonnasuppositorium am besten bewährt, er rät von einer lokalen Therapie des Posterior bei Vorhandensein zahlreicher Gonokokken ab. Klokow-Berlin.

Venerische Heilkosens.

- 39) **Trockene Behandlung der venerischen Geschwüre**, von E. J. Goldberger. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Empfehlung des Vioform, das bei Ulcus molle alle anderen Mittel überflüssig macht, in Fällen von Chancre mixte ein nützliches differentialdiagnostisches Mittel bildet und in Fällen von Ulcus durum lueticum für die lokale Behandlung des Geschwürs das zweckmäßigste Antiseptikum ist.

Schourp-Danzig.

- 40) **Ulcus molle serpiginosum**, von J. E. R. Mc Donagh. (British Journ. of Dermatology. 1914. Januar.)

Die fünf Patienten lebten sämtlich in tropischen Klimata und litten seit längerer Zeit an chronischen Ulzerationen der Schamleiste, welche meist nach Bubooperation entstanden waren, sich zuerst als ein weiches Geschwür darstellten und zur Ausbreitung über Lenden und Abdomen neigten. Chirurgische Eingriffe verschlimmerten das Krankheitsbild, Salvarsan blieb nutzlos, am besten wirkten äußere Applikationen von Kampferphenol und Jodoform, innerliche Darreichung von Jodkali. Im Anschluß an diese Fälle, die sich klinisch und histologisch als typische *Ulcera mollia serpiginosa* kennzeichneten, bespricht Verf. die Differentialdiagnose zwischen dieser Erkrankung und den bei Tuberkulose, Syphilis und nach Wachsinjektion vorkommenden Geschwüren sowie die verschiedenen morphologischen Formen des Ducreyschen Bacillus. J.

- 41) **Die Behandlung purulenter Bubonen mit Tiegelschen Spreizfedern**, von J. Hermans. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 4.)

Tiegel hat für die Behandlung eitrigiger Prozesse Spreizfedern angegeben, die nach erfolgter Inzision die Wundränder dauernd klaffend auseinanderhalten und eine Tamponade der Wunde unnötig machen. 24 Stunden nach der Inzision der Bubonen hört der Eiterfluß auf. Die Wunde granuliert rasch und heilt in 10—12 Tagen. Die Spreizfedern werden hergestellt von Emil Kraft-Dortmund, Osthellweg 50.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

- 42) **Erfahrungen über Neosalvarsanbehandlung der Syphilis**, von Joh. Fabry. (Med. Klinik. 1913. Nr. 51.)

Angabe der Prinzipien der Behandlung, wie sie sich an dem reichen Material des Verf.'s bewährt hat. Die ausgezeichneten Erfolge der kombinierten Behandlung sind der Arsenbehandlung zuzuschreiben, für die dem Neosalvarsan wegen seiner geringeren Toxizität vor dem Altsalvarsan der Vorzug gegeben wird.

Biberstein-Gleiwitz.

- 43) **Treatment of syphilis**, by S. E. Sweitzer. (St. Paul medic. Journ. 1913. Nr. 11.)

Nach eingehenden Erörterungen über Wesen, Erscheinungsformen und Behandlungsmethoden der Syphilis kommt Verf. zu dem Schlusse, daß eine primäre Syphilis mit noch negativer Wassermannreaktion durch schnelle und intensive Salvarsan- bzw. Neosalvarsankur, kombiniert mit Quecksilberbehandlung, im Keime erstickt werden könne. In sekundärem Stadium hingegen erscheine eine Heilung selbst durch drei oder vier Salvarsaninjektionen zweifelhaft und Quecksilber, am besten hypodermatisch eingeführt, müsse jedenfalls mit zu Hilfe genommen werden. Waren erst sekundäre Symptome erschienen, so ist eine mehrere Jahre fortgesetzte intermittierende Behandlung unerlässlich. J.

- 44) **Two and one-half year's experience with salvarsan and neosalvarsan**, by W. Th. Corlett. (Journ. of Amer. med. Association. 1913. September.)

Die Erfahrungen, welche Verf. an 220 mit Salvarsan und Neosalvarsan behandelten Syphilisfällen sammelte, sind nicht entmutigend für den Gebrauch der Arsenpräparate. Nur müssen eingehende Untersuchungen eine Auswahl der für diese Behandlung geeigneten Fälle feststellen, und zu große Dosen müssen auch bei widerstandsfähigen Patienten vermieden werden. Verf. fand es am ratsamsten, mit kleinen Dosen zu beginnen, allmählich zu steigen, aber stets eine Woche Pause zwischen den Injektionen innezuhalten. Reinste Sterili-

sierung des Wassers ist Vorbedingung. Die Reaktionserscheinungen sind sorgfältig zu überwachen und, wenn sie ernste Formen annehmen, nur mit äußerster Vorsicht weiter zu injizieren. Dasselbe gilt für die Salvarsankur bei zephalischen Schankern. Bei Beachtung dieser Vorsichtsmaßregeln kommen nur selten Unfälle vor, aber diese wenigen sollten nie verschwiegen, sondern sofort veröffentlicht werden, um die Methode weiter zu erkennen und zu vervollkommen. Schnelle und gute Erfolge berichtet Verf. auch von der kombinierten Salvarsan-Quecksilbertherapie. J.

45) **Zwei Fälle von Reinfektion von Syphilis und Salvarsanbehandlung,** von Müllern-Aspegren. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. Dezember.)

Im ersten Falle trat schon 3 Monate nach der ersten Sklerose die zweite Sklerose auf; Pat. hatte zwei Salvarsaninfusionen à 0,4 erhalten. An die zweite Sklerose schloß sich eine Roseola an. Den zweiten Fall hält Verf. gleichfalls für eine Reinfektion, und zwar nach einem Jahre; jedoch meint er, da das wichtige Kriterium, Auftreten einer typischen Roseola nach der Infektion, nicht erfüllt ist, daß der Fall nicht zu den beweisenden gehöre.

Immerwahr-Berlin.

46) **Über die Nebenwirkungen des Salvarsans,** von K. Sakurane. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. Fasc. 8.)

Unter 695 Fällen, welche mit Salvarsan behandelt wurden, verliefen zwei tödlich, jedoch ohne daß man das Medikament allein hierfür anschuldigen könnte. Vielmehr hatte der eine Patient, welcher die Klinik heimlich nach 3 Tagen verließ, infolge starker Gemütsbewegung eine tödliche Kompensationsstörung seines ohnehin nicht gesunden Herzens, der andere litt an habitueller Verstopfung und war ebenfalls gegen ärztlichen Befehl nach Hause gegangen, um sofort eine anstrengende Arbeit aufzunehmen. Unter vorübergehenden Nebenwirkungen fanden sich am häufigsten Fieber, Diarrhöen und Erbrechen, seltener Hautausschläge, Kopfweh, Schwindel, Ohrensausen, Ikterus oder Verstopfung. Viele Fälle verliefen ohne jegliche Nebenerscheinung. J.

47) **Beitrag zur Abortivbehandlung der Lues,** von Zürn. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 36.)

Nach Ansicht des Verf.'s hat die Abortivbehandlung unter allen Umständen in jedem Fall zu beginnen, wodurch der Nachweis der Spir. pall. die Diagnose einwandfrei erbracht ist. Sie ist gelungen, wenn die Wassermannreaktion wenigstens ein Jahr nach beendeter Kur alle 2—3 Monate negativ war.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

48) **Ein weiterer Beitrag zur Leberschädigung durch Salvarsan,** von Heinrichsdorff. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Es handelte sich um einen Mann mit Tabes und unkompensiertem Herzfehler, der Hg und Salvarsan bekam. Nach der dritten Salvarsaninjektion bekam er Schüttelfröste, wurde bettlägerig, klagte beständig über große Schmerzen und Spannung im Leib. Die Herzbeschwerden nahmen zu, und 10 Tage nach der Injektion erfolgte Exitus letalis. Die Sektion ergab eine zentrale hämorrhagische Läppchennekrose der Leber, die Verf. auf die Salvarsaninjektion zurückführt.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

49) **Über intravenöse Injektionen von Toxynon, einem neuen Quecksilberpräparat, bei Syphilitischen und Nichtsyphilitischen,** von Gutmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Toxynon ist ein azetaminomerkuribenzolsaures Natrium mit 48% Hg. Es wurde in der Regel 10 Tage vorbehandelt. Während dieser Zeit wurden

fünf Injektionen gemacht, 2 mal 0,1, dann 0,15, auch 0,2. Dann folgte die erste Salvarsaninjektion (0,5). Im weiteren Verlauf folgte diese immer auf zwei Toxynoninjektionen. Gesamtdauer etwa 6 Wochen. In der Mehrzahl der Fälle trat nach der ersten Einspritzung Fieber auf, bis 39°, auch Kopfschmerzen, Erbrechen, Durchfälle. Gewöhnlich waren die Patienten am nächsten Tag wieder völlig wohl. Spätere Injektionen wurden gut vertragen, und mit einer Ausnahme auch sämtliche Salvarsaninjektionen. Bei Nichtsyphilitischen war die Reaktion schwächer. Verf. ist deshalb der Ansicht, daß die stürmischere erste Reaktion mit darauf zurückzuführen ist, daß das Präparat eine kräftige zerstörende Wirkung auf die Spirochäten hat, durch deren Zerfall dann die höheren Temperaturen usw. hervorgerufen werden. Für die gute Wirkung der Injektionen spricht weiter, daß immer eine recht befriedigende Rückbildung bzw. Abheilung der klinischen Erscheinungen zu konstatieren war. Die therapeutische Frage beabsichtigt Verf. nach einigen Monaten weiterer Versuche zu besprechen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

50) **Über die Kutanreaktion von Noguchi bei Syphilis**, von Faginoli und Fisichella. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Die Reaktion fiel in 83% tertiärer Formen positiv, in allen primären Fällen negativ, in sekundären Fällen nur teilweise positiv aus, und zwar bei den energischer Behandelten. Bei latenter Syphilis ergab die Reaktion in 58% ein positives Resultat. Der praktische Wert der Reaktion ist erst nach ausgedehnten Erfahrungen festzustellen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

51) **Die Elektrokardiographie bei Syphilitischen**, von J. P. Rocamora und J. M. Bellido. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. 1913. H. 6.)

Direkte elektrokardiale Veränderungen wurden durch Syphilis nicht verursacht. Doch führten jene toxischen Allgemeinerscheinungen, die sich bei Syphilitikern in Unterernährung oder asthenischen Symptomen ausprägen, zur Initialschwankung und Depression der Kurve. Torpide und phagedänische Formen bewirken, auch wenn keine speziellen kardialen Symptome vorliegen, tiefe Veränderungen der Kurve, die auf eine beginnende Erkrankung des Herzmuskels hinweisen. Zur Diagnose der Herz- oder Gefäßveränderungen bei akquirierter sowie bei hereditärer Syphilis rät Verf. stets, die elektrokardiographische Untersuchung zu Hilfe zu nehmen.

J.

52) **Relation entre les „treponema pallida“ et les lésions de la paralysie générale**, par G. Marinesco et J. Minea. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 231.)

Die Verf. berichten zunächst über neue positive Befunde von Spiroch. pall. in den Stirnwindungen von Paralytikern, von denen der eine dadurch bemerkenswert ist, daß der Nachweis mittels der Gehirnpunktion gelang. Die negativen Befunde bei dieser Spirillose — denn um eine solche handelt es sich bei der allgemeinen Paralyse, nicht um eine Toxikose — erklären sich daraus, daß 1. die Spirochäten in Gruppen beisammen liegen, während sie in der Umgebung dieser Herde auf weite Strecken fehlen oder nur sehr spärlich vorkommen und 2. aus der Wahl einer unzureichenden Technik. Die Cajalsche Methode eignet sich gut für die Meningen, für das zentrale Nervensystem bedient man sich aber besser des langsamen Verfahrens nach Levaditi oder der neuen Methode von Noguchi. Die allgemeine Paralyse ist als eine diffuse Syphilose anzusehen, bei der Herdläsionen zum Unterschied von der hereditären Lues oder der Gehirnsyphilis fehlen. Die Spirochäten werden wahrscheinlich zumeist durch die Art. cerebr. anterior dem Gehirn zugeführt, zirku-

lieren dann in der Gefäßscheide der die Rinde ernährenden Arterien und lokalisieren sich vor allem in den polygonalen Kapillaren unterhalb der zweiten Schicht. Von da in das Parenchym der dritten Rindenschicht gelangt, führen sie zu Schädigungen des Nervengewebes, um später auch die tiefen Kapillaren zu ergreifen.

B. Solger-Kissingen.

53) **Essais sur la vaccination spécifique de la syphilis (note préliminaire)**, par J. Schereschewsky. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 222.)

Nachdem es Verf. gelungen war, reine Spirochätenkulturen zu erhalten, nahm er seine Versuche an Affen wieder auf. Ein Tier erhielt wiederholt Injektionen lebender Kulturen in die Schwanzwurzel, zwei andere solche von Vakzine aus diesen Kulturen, die mit Antiformin behandelt auf 60 Grad erwärmt worden war. 6 Tage nach der letzten Injektion wurde den so vorbereiteten Affen, ebenso wie einem Kontrolltier syphilitisches Virus von breiten Kondylomen des Menschen in die Haut der Augenbrauengegend eingepflegt, und zwar mit folgendem Erfolg: Beim Kontrolltier zeigten sich die typischen syphilitischen Läsionen an der Impfstelle erst am 28. Tage, bei dem vorher mit lebenden Kulturen behandelten Affen nach 14 Tagen. Bei diesem Tier scheinen die Injektionen von Kulturen der Infektion gegenüber wie ein Stimulus gewirkt zu haben, denn sie waren von ungewöhnlicher Intensität und waren noch 4 Wochen nach ihrem ersten Auftreten zu sehen. Die beiden vakzinieren Tiere blieben, so lange sie beobachtet wurden (6 Wochen lang), ohne syphilitische Erscheinungen. Zurzeit beschäftigt sich Verf. mit Versuchen an Affen, denen die Vakzine intravenös injiziert worden war.

B. Solger-Kissingen.

54) **Traitement de la paralysie générale par injection de sérum salvarsanisé sous la dure-mère cérébrale**, par C. Levaditi, Marie (de Villejuif) et de Martel. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 567).

Die Verff. prüften zunächst salvarsanisieretes Serum vom Kaninchen auf seine spirillizide Kraft in vitro und injizierten, nachdem die Probe entschieden positiv ausgefallen war, einem Affen (*Macacus cynom.*) je 1 ccm nach bilateraler Trepanation unter die harte Hirnhaut jeder Hemisphäre. Nachdem das Tier den Eingriff ohne sichtbare Störungen überstanden hatte, wandten sie dasselbe Verfahren bei zwei an allgemeiner Paralyse leidenden Patienten an, doch wurden hier jederseits 5 ccm Serum eingespritzt, und zwar unter die Dura der vorderen Temporal- und Parietalgegend. Obwohl es in den ersten Tagen nach der Operation zu heftiger Reaktion seitens der Meningen kam, zu intensivem Fieber, Erbrechen, Benommenheit, partiellen Konvulsionen und katonischen Symptomen, blieben nicht nur keine persistierenden Störungen zurück, sondern es zeigten sich nach einigen Tagen beide Kranke sichtlich gebessert, namentlich gilt dies für den jüngeren, dessen Paralyse auch weniger vorgeschritten war. Beachtung verdient der Umstand, daß erst 13 Tage seit der Operation (1. Dezember 1913) verflossen waren, als der Bericht erstattet wurde (13. Dezember 1913).

B. Solger-Kissingen.

55) **Nouveau procédé d'injection du néosalvarsan au injections concentrées (méthode de Ravaut)**, par A. Bayet. (Journ. médical de Bruxelles. 1913. Nr. 25.)

Empfehlung der von Ravaut angegebenen Methode der konzentrierten Neosalvarsaninjektion, die besonders für den Praktiker große Vorteile hat.

Pürckhauer-Dresden.

56) **Die Gefahren der Salvarsanbehandlung**, von F. Luithlen. (Therapeut. Monatshefte. 1914. Nr. 1.)

Das Salvarsan macht Quecksilber und Jod nicht überflüssig. Es bietet mancherlei Gefahren, welche sich aber vermeiden lassen. Es handelt sich bei der Anwendung des Salvarsans genau so wie bei jedem anderen Mittel nur um eine genaue Indikationsstellung, um aus den guten Wirkungen des Mittels vollen Nutzen zu ziehen und ihm neben Quecksilber und Jod den richtigen Platz bei der Behandlung der Syphilis anzuweisen. Schourp-Danzig.

57) **Zur Lösung des Neusalvarsans im Eigenserum**, von B. Spiethoff. (Med. Klinik. 1914. Nr. 3.)

Im Hinblick auf die v. Schubertsche Mitteilung (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 52) beschreibt Verf. die Technik der von ihm ebenfalls schon angewandten intravenösen Injektionen von im Serum des Patienten gelösten Neosalvarsan. Biberstein-Gleiwitz.

58) **Arsen- und Salvarsanwirkung, ein Nachtrag zu meinen Arbeiten über die Nebenwirkung des Salvarsans**, von Obermiller. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 44.)

Die Nebenwirkungen sind nicht auf Wasserfehler usw. zurückzuführen, sondern lediglich toxische Arsenwirkungen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

59) **Réaction d'Herxheimer à forme lymphangitique**, par Dufour et Thiers. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 137.)

Ein Patient mit Primäraffekt erhielt vier intravenöse Injektionen von Neosalvarsan in einwöchigen Intervallen, wonach der Schanker geheilt war. Als dann Papeln auftraten, wurde eine fünfte Injektion von 0,3 Neosalvarsan gemacht, worauf sich eine Herxheimerreaktion in folgender Form zeigte: die Papeln schwellen an, brannten, umgaben sich mit einem roten Hof, und von diesem zogen rote lymphangitische Stränge nach den zugehörigen Drüsen, die ebenfalls anschwellen und schmerzhaft wurden; nach 4 Tagen war dann ohne weitere Therapie alles abgelaufen. Paul Cohn-Berlin.

60) **Du rôle de la syphilis dans la production des malformations foetales**, par Gaucher. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 137.)

Zum Beweise, daß die Lues eine unbestreitbare Rolle in der Genese der fötalen Mißbildungen spielt, führt Verf. folgende Familiengeschichte an: Der Großvater hatte Tabes, die Großmutter war sicherluetisch; eine Tochter beider starb an Zyanose, eine andere hatte hereditäre Knochenlues; von den Kindern dieser letzteren starb ein Knabe infolge einer Mißbildung des Magens, ein anderer Knabe hatte hereditäre Lues und kongenitale Mißbildung des Herzens. Paul Cohn-Berlin.

61) **Die Abderhaldensche Abbaureaktion**, von A. Bornstein. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 3.)

Das Wesen der Abderhaldenreaktion besteht in dem Nachweis spezifischer Fermente, im Blute. Durch die Reaktion ist im Blute Syphilitischer auch nach Aufhören der Wassermannreaktion noch das Vorkommen hochkomplizierter pathologischer Stoffe nachweisbar. Schourp-Danzig.

62) **Die Ursache der Syphilis mit Berücksichtigung der Chemie des Krankheitserregers**, von J. E. R. Mc Donagh. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 2.)

Die Spirochaeta pallida ist nicht die einzige Ursache der Syphilis. Die Ursache sieht Verf. in einem als Sporosit bezeichneten winzigen Organismus, der besonders reich an Nukleinsäure ist und eine sehr große Widerstandskraft besitzt. Dieser Sporosit ist beweglich, aber nicht mit Geißeln versehen; er tritt nach längerer Wanderung in eine Bindegewebszelle ein, in der er sich

weiter entwickelt. Verf. schildert ausführlich die Lebensgeschichte dieses Organismus, den er Leukozytozoon syphillidis nennt. Schourp-Danzig.

63) **Zur Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin (Richter)**, von J. Fürth. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Verf. sah in einer Anzahl von Fällen völliges Versagen des Mittels, so daß er dem Kontraluesin das Schicksal ähnlicher Quecksilbermittel voraussagt, bald vergessen zu werden. Schourp-Danzig.

64) **Erwiderung auf die Arbeit von Julius Fürth: „Die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin“**, von Ed. Richter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Nach Verf.'s Ansicht stammen die Mißerfolge Fürths davon, daß Fürth mit der Applikation der Kontraluesininjektionen zu vorsichtig gewesen ist. Die Injektionsquantität hätte er erhöhen, aber nicht erniedrigen sollen. Schourp-Danzig.

65) **Erwiderung auf vorstehende Bemerkungen**, von J. Fürth. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Verf. betont, daß er sich ganz genau nach Richters Vorschriften gerichtet habe. Daher seien seine Mißerfolge nicht auf die Injektionstechnik, sondern auf das Mittel zurückzuführen. Schourp-Danzig.

66) **Merlusan (Tyrosin-Quecksilber) in der Syphilis und Gonorrhoeotherapie**, von H. Buchtala und R. Matzenauer. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38 u. 39.)

Eine Quecksilberverbindung, welche keine körperfremde Komponente enthält, konnten die Verff. mit Zuhilfenahme des Tyrosin in dem „Merlusan“ herstellen, welches sich als stark spirillizid erwies. Das Präparat wurde außer in Injektionen auch innerlich, 4—5 Tabletten täglich, verabreicht, und es gelang hiermit zum ersten Male, durch interne Medikation eine starke Merkurialisierung und ebenso kräftige Wirkung zu erzielen als mit Injektions- oder Inunktionskuren möglich ist. Im Harn fand sich Hg bereits nach einer Tablette. Darmstörungen oder Stomatitis kamen nicht vor. Bei Gonorrhoe wurde eine alkalische, $\frac{1}{2}$ ige wäßrige Lösung von Merlusan ohne Beschwerden und teils mit gutem Erfolge eingespritzt. Andere Male trat nach längerer Behandlung ein gewisser Stillstand in der Besserung ein, der sich vielleicht durch die Entstehung giftfester Gonokokkenstämme erklärt. Die Verff. halten die Anwendung einer Abwechslung von Silbereiweißlösungen und kristalloidaler Quecksilber-Eiweißlösung für eine vorzügliche Methode zur Dauerheilung der Gonorrhoe. J.

67) **Über die perkutane Anwendung des Lipojodin**, von J. Hochstätter. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Gute Erfolge bei Prostatitis in Form von Suppositorien: Lipojodini 3,0, Butyri Cacao qu. sat., solve ut fiant suppos. Nr. 10, bei Epididymitis als 40 ige Salbe: Lipojodini 8,0, Vasogeni 12,0, bei skrofulösen Drüsengeschwüren als 20—40 iges und bei Herpes scroti als 40 iges Lipojodinvasogen. Schourp-Danzig.

68) **Erfahrungen über die Behandlung der malignen Syphilis**, von G. Morawitz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 50.)

Nach einer Kennzeichnung des Wesens der malignen Syphilis bespricht Verf. im Hinblick auf 48 beobachtete Fälle von Lues maligna ihre therapeutische Beeinflußbarkeit. 24 mit Quecksilber ohne Salvarsan behandelte Fälle sprechen für die Beeinflußbarkeit der malignen Syphilis durch Hg in

der Mehrzahl, allerdings durch größere Dosen und längere Einverleibung. Günstig wirkt gleichzeitige Darreichung von Jod und Arsen. Salvarsanapplikation bringt unter Hebung des Ernährungszustandes die malignen Erscheinungen meist rasch zur Heilung und kürzt das maligne Stadium ab. In den auf Salvarsan refraktären Fällen wirkt oft eine folgende Hg-Kur günstig. Die auf Hg refraktären Fälle werden durch Salvarsan häufig umgestimmt und für Hg wieder empfänglich gemacht. Biberstein-Gleiwitz.

69) **Beitrag zur Wirkungsweise des Quecksilbers bei den Spirillosen**, von Hahn und Kostenbader. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 47.) Die Versuche sprechen für die immunkörpersteigernde und gegen die spirillozide Wirkung des Hg. Die Wirkung des Salvarsans beruht auf beiden. Lengefeld-Brandenburg a/H.

70) **Bemerkungen zur Cutireaktion bei Lues und ihre Beziehungen zur Wassermannschen Reaktion**, von Müller und Stein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 47.) Bei 10 von 11 untersuchten Fällen trat durchschnittlich 14 Tage nach erfolgreicher Intrakutanreaktion Umschlag der Wassermannreaktion auf. Negativ blieben latent sekundäre Fälle, auch wenn sie positive Wassermannreaktion hatten, und tertiäre Fälle, die trotz Erscheinungen negative Wassermannreaktion hatten. Lengefeld-Brandenburg a/H.

III. Therapeutische Notizen.

Eczema ani:

- 1) Rez. Ol. rusc.
Sulf. ana 5,5
Sapon. virid.
Adip. suill. ana 10,0
Cret. alb. 1,0
(Hebra.)

J.

Lues:

- 2) Rez. Chinin. sulf.
Urea hydrochl.
Aq. dest. ana 2,0
Adeps lanae anhydr. 20,0
Hydrarg. salicyl. 10,0
Paraff. liquid. q. s. ad 100,0
S. Zur Injektion.
(Wellheim, Mercks Archiv.)

J.

Spermatorrhoe:

- 3) Rez. Styptol 2,0
Ergotin. 7,0
Extr. nuc. vom. 3,5
M. f. caps. Nr. 100
S. 2mal tgl. eine Kapsel.

J.

IV. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 9. Dezember 1913.

Der Vorsitzende teilt mit, daß die „Deutsche dermatologische Gesellschaft“ beabsichtigt, eine Moulagensammlung zu gründen und im zukünftigen Virchow-Langenbeckhause in Berlin aufzustellen; die Gesellschaft beschließt, zu den laufenden Ausgaben dafür einen Beitrag von 100 Mk. beizusteuern.

Sprinz stellt eine Patientin mit **schwieriger Verdickung des Hautwalles um die Fingernägel** der rechten Hand herum vor; die Nägel sind brüchig und längsgestreift; auf Mesothoriumbestrahlung ist etwas Besserung eingetreten.

Nach Ansicht mehrerer Diskussionsredner handelt es sich um einfache Warzen.

Seegall demonstriert einen Fall von **Purpura annularis teleangiectodes** (Majocchi-Brandweiner); die Effloreszenzen sind auf den rechten Unterarm beschränkt und verschwinden auf Glasdruck nicht; der chronische Verlauf, die Beschwerdelosigkeit, das Fehlen sonstigen pathologischen Befundes ist charakteristisch. Pathologisch-anatomisch findet sich entzündliches Zellinfiltrat im Papillarkörper und subpapillären Gewebe, Erweiterung der kleinsten Arterien und Venen, das elastische Gewebe ist vielfach zugrunde gegangen. Die therapeutischen Versuche waren bisher ohne Erfolg.

Rosenthal zeigt einen Fall von **Lupus vulgaris** des Gesichts, dessen Behandlung mit Pyrogallol und Röntgen ein sehr gutes kosmetisches Resultat ergeben hat; er ist seit 2 Jahren rezidivfrei.

Ledermann demonstriert eine 46jährige Frau mit **hereditärer Lues**, die, nachdem sie mehrere apoplektische Anfälle gehabt, jetzt **Tabes und hochgradiges Aortenaneurysma** hat; Wassermann war dauernd positiv; ein Kind der Frau ist ebenfalls hereditärluetisch. Bemerkenswert ist die Lues der dritten Generation, ferner das Zusammentreffen von Tabes und Aortenaneurysma.

Fr. Lesser: **Die Bedeutung der quantitativen Wassermannreaktion für die Behandlung der Syphilis.** Daß die positive Wassermannreaktion ein Zeichen dafür ist, daß noch aktive Spirochäten vorhanden sind, wird heute wohl ziemlich allgemein zugestanden; der positive Wassermann ist also ein klinisches Symptom der Lues, das beseitigt werden muß, oder mit anderen Worten, die Kur muß so lange ausgedehnt werden, bis Wassermann negativ ist. Der Wassermann soll aber auch ein Indikator dafür sein, ob die angewandte Therapie für den betreffenden Fall richtig ist; hierin liegt die Hauptbedeutung des quantitativen Wassermann. Vor Beginn einer Kur ist die Stärke des Wassermann festzustellen; durch fortlaufende Vergleichung bei den Wiederholungen lassen sich dann Schlüsse auf die Dauer der Kur, auf die Wahl der Mittel usw. ziehen; die quantitative Prüfung erfolgt am besten nach 14 tägiger Schmierkur oder nach vier Injektionen von unlöslicher Hg-Verbindung; ist keine Änderung der Stärke des Wassermann eingetreten, so ist anzunehmen, daß die betreffende Behandlung für den Organismus nicht zuträglich ist; man kann auf diese Art auch eine etwa eintretende Giftfestigkeit der Spirochäten feststellen. Vorbedingung für den quantitativen Wassermann ist eine quantitative Beständigkeit der Reagine und Anwendung gleichwertiger Reagenzien; für die Technik des quantitativen Wassermann, die er genau bespricht, empfiehlt Votr. entweder fallende Mengen von Patientenserum bei gleichen

Extrakt- und Komplementmengen, oder steigende Komplementmengen bei gleichen Serum- und Extraktmengen.

Die Diskussionsredner äußern sich, abgesehen von einigen Einwänden, im ganzen zustimmend zu den Ausführungen des Vortr. Paul Cohn-Berlin.

V. Vermischtes.

Weck-Ostafrika erörtert in seinem Bericht über Erfahrungen mit Joha (Archiv f. Schiffs- u. Tropenhygiene. 1913. H. 10) die Frage, ob das Mittel ebenso wie die intravenöse Injektion bei spezifisch tropischen Krankheiten zur Wirkung kommt, und ob es sich zur Verwendung unter ungünstigen Verhältnissen zu ambulanter Behandlung eignet, und welche Vorteile oder Nachteile es dabei gegenüber der intravenösen Injektion hat. Bei Framboesie hat Joha seiner Ansicht nach eine ebenso günstige Wirkung wie eine intravenöse Salvarsaninjektion. Jedenfalls kann man sich eine bessere Wirkung nicht wünschen. Bei Unterschenkelgeschwüren war stets eine sehr günstige Wirkung festzustellen, vor allen Dingen verloren die tiefen jauchigen Geschwüre sehr bald ihren bösartigen Charakter und wurden in gut granulierende flache Wunden verwandelt. Die Wirksamkeit des Joha entspricht daher bei Syphilis, Framboesie und tropischen Unterschenkelgeschwüren der Wirkung des Salvarsans bei intravenöser Injektion. Über die Verwendbarkeit des Mittels hat er ein günstiges Urteil gewonnen. Es wurde (wenn man von den geringfügigen Beschwerden absieht, die bei den Europäern auftraten) ausnahmslos von den Eingeborenen gut getragen, außer leichten Schmerzen war nie eine Infiltration oder Abszeßbildung, die sonst eine subkutane Injektion in der Poliklinik unangebracht erscheinen lassen, wahrzunehmen. Für die praktische Verwendung auf Reisen scheint ihm das Präparat auch geeignet, und zwar hauptsächlich, weil man mit Leichtigkeit alle nötigen Utensilien mitführen kann, meistens wird man außer dem Präparat selbst sowieso die erforderlichen Apparate bei sich haben. Alles in allem ist nach seinen Erfahrungen „Joha“ ein Präparat, welches infolge seiner verhältnismäßig bequemen und einfachen Anwendungsweise, verbunden mit guter Wirksamkeit für die Tropenpraxis, und zwar besonders für die Behandlung der Eingeborenen, sehr zu empfehlen ist.

Wir machen unsere Leser gern auf die ausgezeichnete monographische Bearbeitung des Ulcus molle von R. O. Stein in dem Handbuch der pathogenen Mikroorganismen von Kolle und Wassermann (Jena, Fischer, 1913) aufmerksam. Durch drei ausgezeichnete kolorierte Tafeln unterstützt, findet sich hier alles Wissenswerte über diesen Gegenstand vereint. J.

VI. Personalien.

Exzellenz Ehrlich feiert am 14. März seinen 60. Geburtstag. Die ganze Ärztwelt wird an diesem Tage dankbar dem Meister der Chemotherapie ihre Huldigung darbringen.

Prof. C. Bruck aus Breslau wurde zum Leiter der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses in Altona gewählt.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTIG in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1914.

April.

Nr. 7.

Inhalt. I. Originalmittellungen. 1) Über nicht-gonorrhische Urethritiden und ihre Komplikationen, von Dr. B. Chajes. 2) Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten, von Dr. Gustav Helm. (Schluß.)

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut, von L. Arzt. 2) Ein Beitrag zur physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten, von E. Saalfeld. 3) Über die Wirkung des Thorium X auf die Blutgerinnung, von Domarus und Salle. 4) Die Anwendung des Elarsons, eines neuen Arsenpräparates, in der Dermatologie, von G. Scherber. 5) Eine Seife für Ärzte und Hebammen, von Peters. — Entzündliche Dermatosen. 6) Die Behandlung des Kindereczems, von M. Joseph. 7) Zur Behandlung des Formalineczems, von Thilo. 8) Contribution à l'étude des erythrodermies exfoliantes et en particulier du pityriasis rubra, par Morgan et Illescou. 9) Sur un cas de lichen nitidus, par Audry. — Zirkulationsstörungen der Haut. 10) Zur Kenntnis der pigmentierten Urticariaformen, von W. Kerl. 11) Über Angiomatose der Haut, zugleich ein Beitrag zur Frage des Angiokeratoma Mibelli, von H. v. Planner. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 12) Des naevocarcinomes, par M. J. Darier. 13) Recherches anatomo-cliniques et expérimentales sur les réactions du tissu conjonctif, au voisinage des dépôts calcaires cutanés et sous-cutanés, par Weisenbach. 14) Die Röntgenbehandlung der fehlerhaften Narben und Keloide, von L. Freund. 15) Über Pigmentbildung bei melanotischen Hauttumoren, von R. O. Stefn. — Regressive Ernährungsstörungen der Haut. 16) Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Lupus erythematosus unguium mutilans, von J. Heller. 17) Über 3 Fälle von Lupus erythematosus acutus nebst statistischen Beiträgen zur Lehre dieser Krankheit und Besprechung der Ätiologie derselben, von W. Schmidt. 18) Sur le traitement du lupus érythémateux par la neige carbonique, par Haslund. 19) A propos de la morphée en gouttes, par Petges. — Neuritische Dermatosen. 20) Versuche einer Pemphigusbehandlung mit dessen Blaseninhalt, von T. Holobut und J. T. Lenartowicz. 21) Zur Klinik des Pemphigus vulgaris, von J. Kyrle. 22) Alopecia areata e malatti affini, per C. Pellizzari. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 23) Die äußere Tuberkulose, speziell Hauttuberkulose, und ihre Behandlung mit Lezithinkupfer (Lekutyl), von A. Strauss. 24) Sur le traitement de l'actomycose, par Pinoy. — Gonorrhoe. 25) Einiges über die Spültechnik bei der Therapie der Gonorrhoea anterior und posterior, von K. Rühl. 26) Über die Behandlung der Urethritis bacterica und postgonorrhoeica mit Lytinol, von Pakuscher. 27) Über akute nicht gonorrhische Orchitiden und Epididymitiden, von H. Stolnk. 28) Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortung, von G. Hahn. 29) Die Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen, von Perrin. — Venerische Helkosen. 30) Chancres mous avec bubon phagédénique cicatrisés par l'air chaud, par Roziès. — Syphilis. 31) La cuti-réaction à la luétine (Noguchi) dans la syphilis, par J. Desneux. 32) Die Gefahren der Hg-Kuren und ihre Verhütung, nebst einem Falle von merkuriieller Scheidengrän, von Wolfenstein. 33) Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg in den Jahren 1498—1505, von K. Sudhoff. 34) Osservazioni e note sulla reazione di Wassermann nella lue e su alcune sue principali modificazioni, per Burzi. 35) Die quantitative Wassermannreaktion, von L. Detre.

36) Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge, von A. Epstein. 37) Le coefficient uréo-sécrétoire d'Ambard dans la paralysie générale, par A. Obregia, C. J. Urechia et A. Popela. 38) Ein Beitrag zur Infektionsgefahr der Syphilis, von E. Klausner. 39) Frühdiagnose der Tabes und der Tabes oligosymptomatica, von A. Austregesilo. 40) Lesions aortiques d'origine syphilitique chez les singes, par P. Boveri. 41) Zur Technik intravenöser Salvarsaninjektionen, von C. Stern. 42) Eine neue Spritze für intravenöse Injektionen, von A. Fontana. 43) Patientenserum als Neosalvarsanvehikel, von Schubert. 44) Über Organveränderungen bei mit Salvarsan behandelten Tieren, von V. Mucha und L. W. Ketron. 45) Die experimentelle und klinische Analyse des „Salvarsans“, von Fr. Luthlen und V. Mucha. 46) Über gummöse Papillitis nach Salvarsaninjektion, von N. Kumagai. 47) Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, von Versé. 48) Zur Frage der Beziehungen zwischen Syphilis und Rekurrensimmunität, von S. Hidaka. 49) Die Züchtung der Spirochaeta pallida, von St. Szécsi. 50) Die Intracutanreaktion bei Syphilis und Framboesie, von Baermann und Heinemann. 51) Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion, von R. Müller und R. O. Stein. 52) Kutireaktion bei Lues. 3. Mitteilung von R. Müller und R. O. Stein. 53) Luetin reaction in syphilis, by C. A. Simpson. 54) Über die Fortschritte in der Behandlung der Syphilis, von Behring. — Krankheiten der Urogenitalapparates. 55) Über Simulation krankhafter Zustände der Harnorgane, von C. Adrian. 56) Bericht über die Tätigkeit der an die Straßburger chirurgischen Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke, von C. Adrian. 57) Metastasierendes Prostatakarzinom, Lymphosarcomatosis simulierend, von Lundsgaard.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte.
— VI. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Über nicht-gonorrhöische Urethritiden und ihre Komplikationen.

Von Dr. B. Chajes in Berlin-Schöneberg.

Die große Häufigkeit der gonorrhöischen Erkrankungen der Schleimhaut der Harnröhre und ihrer Adnexe hat vielfach die Anschauung zur Folge, als ob die nicht-gonorrhöischen Schleimhauterkrankungen selten aufträten. Und wenn auch bereits in den achtziger Jahren von Aubert, Bockhart, Legrain, Rauzier u. a. Urethalkatarrhe, welche durch andere pathogene Mikroorganismen als durch Gonokokken hervorgerufen wurden, beschrieben haben, so hat man sich doch erst in dem letzten Dezennium intensiver mit dem Studium derselben beschäftigt. Barlow stellte für die Bestimmung des Krankheitsbildes der nichtgonorrhöischen Urethritis eine Reihe von Forderungen auf, deren wichtigste sind:

1. daß der Patient nicht früher tripperkrank gewesen sein darf und
2. daß das Sekret aus allen Teilen der Schleimhaut der Harnröhre und ihrer Adnexe auch nach Irritation bei häufigen Untersuchungen gonokokkenfrei sein muß;
3. endlich, daß Lues der Harnröhre, Urogenitaltuberkulose usw. auszuschließen sind.

Waelsch hat nun in seiner grundlegenden Arbeit über nicht-gonorrhoeische Urethritis (1) ein Krankheitsbild bei einer Reihe von vorher nicht-gonorrhoeisch infiziert gewesenen Männern beobachtet, das er genau beschrieb, und das auch von anderen Beobachtern wie Bodländer, Gallowsky u. a. und erst in allerjüngster Zeit von Klaussner (2) bestätigt worden ist.

Im Laufe der folgenden Jahre wurde nun gefunden, daß dieser eben erwähnte Symptomenkomplex durchaus nicht die einzige Art der nicht-gonorrhoeischen Urethritis abakterieller Natur ist.

Naturgemäß wird man die Diagnose einer nicht-gonorrhoeischen Urethritis mit und ohne Komplikationen nur selten stellen können, wenn man sich die Barlowsche Forderung zu eigen macht, daß es sich um Patienten handeln muß, welche nie tripperkrank gewesen sind. Ich selbst habe eine große Anzahl von Patienten beobachtet, bei denen unzweifelhaft eine der später erwähnten Arten von nicht-gonorrhoeischer Urethritis bestand, die vor mehr oder weniger langer Zeit eine Gonorrhoe durchgemacht hatten, bei denen aber trotz Irritation nicht die geringsten Anzeichen einer Gonorrhoe bestand. Einige dieser Patienten hatten sich inzwischen verheiratet, hatten, wie ich mich selbst überzeugen konnte, gesunde Frauen und Kinder, so daß man billigerweise die nachher aufgetretenen Schleimhautkatarrhe zweifellos nicht mehr mit der alten Gonorrhoe in Verbindung bringen darf.

Aber auch, wenn man von diesen Fällen absieht, bleibt noch eine genügende Anzahl von nicht-gonorrhoeischen Urethralerkrankungen übrig, die den berechtigten Schluß zulassen, daß diese Affektionen durchaus nicht so selten sind, wie man gemeinhin annimmt.

Seit etwa einem Jahre habe ich bei den Patienten meines Ambulatoriums und meiner Privatpraxis auf diesen Punkt geachtet und habe bei 96 Patienten mit Urethritiden bzw. deren Komplikationen, welche in der Anamnese glaubhaft angaben, daß sie zum erstenmal eine derartige Erkrankung durchmachten, in 12 Fällen nicht-gonorrhoeische Affektionen feststellen können. Ich bemerke dabei, daß ich alle Patienten, deren Anamnese irgendwelche Zweifel über eine vielleicht früher vorangegangene Gonorrhoe ließ, bei dieser Statistik nicht mitgezählt habe. Unter diesen 12 Fällen sind mir drei Krankheitsbilder aufgefallen, welche ziemlich scharf voneinander zu trennen sind. Zunächst beobachtete ich in zwei Fällen den von Waelsch beschriebenen Symptomenkomplex, der folgende Charakteristika erkennen läßt.

1. Das lange Inkubationsstadium (von 10 bzw. 13 Tagen),
2. den chronischen Beginn und Verlauf,
3. die geringfügigen subjektiven und objektiven Symptome,

4. den auch vom Beginn der Erkrankung immer negativen Gonokokkenbefund,

5. den außerordentlich langwierigen Verlauf der Erkrankung, der allen Behandlungsmethoden trotzte und keine vollkommene Heilung erzielen ließ, so daß die von Waelsch angegebene schlechte Prognose in bezug auf Dauer und Heilung bestätigt wurde.

Die kurzen Krankheitsberichte bedürfen keiner weiteren Erläuterung.

Fall I. F., Fabrikant, 38 Jahre alt, hat bisher keine schweren Erkrankungen durchgemacht. Unverheiratet. Patient suchte mich am 17. Mai in meiner Sprechstunde auf, mit der Angabe, daß seit 2 Tagen die Harnröhrenöffnung verklebt sei und er leichtes Brennen beim Urinieren verspüre. Letzter Coitus non condomatus am 5. Mai.

Befund: Harnröhrenmündung verklebt, Schmerzen beim Urinieren in der Fossa navicularis, geringes grauweißliches Sekret, das bei wiederholten Untersuchungen (es sind im ganzen etwa 20 Präparate gemacht worden) keine Mikroorganismen zeigt. Nur ein einziges Mal fanden sich ganz wenig Gram-positive Stäbchen.

Urin: Erste Portion leicht getrübt mit vereinzelt Fäden, zweite Portion klar.

Therapie: Cystopurin 3 mal täglich 2 Tabletten.

20. Mai: Subjektive Beschwerden gemindert, beide Urinportionen klar. In der ersten vereinzelt Fäden, welche mikroskopisch aus Schleim und Leukocyten bestanden.

Nach Injektionen mit $\frac{1}{4}\%$ iger Argentinum nitricum-Lösung waren die Fäden nach acht Tagen (am 28. Mai) fast verschwunden, Sekretion erheblich vermindert, Schmerzen beim Urinieren fast verschwunden.

Nach weiteren 14 Tagen (11. Juni), in denen Patient infolge einer Reise die Lokalbehandlung aussetzen mußte und nur Cystopurin gebrauchte, war die Sekretion wieder stärker geworden, mikroskopischer Befund wie vorher, Schmerzen beim Urinieren kaum bemerkbar. Erste Urinportion leicht getrübt, zweite klar. Trotz verschiedener Adstringentien und Medikation von Balsamicis usw. hörte die Sekretion nicht auf, besserte sich wohl zeitweise, trat aber dann von neuem wieder auf. Zuletzt sah ich den Patienten am 5. Dezember 1913. Er war frei von subjektiven Beschwerden. Beide Urinportionen klar, in der ersten Fäden; mikroskopisch derselbe Befund. Eine Behandlung hatte während der vorangegangenen 6 Wochen nicht mehr stattgefunden. Ich hatte Gelegenheit, die Freundin des Patienten, mit der er seit dem Oktober verkehrte, zu untersuchen, habe bei derselben nicht den geringsten Fluor oder irgendwelche Entzündungserscheinungen feststellen können.

Fall II. X., Architekt, 23 Jahre alt, suchte mich am 14. Juni 1913 auf. Patient ist mir seit langem persönlich bekannt, so daß ich auf die anamnestischen Angaben hier besonderen Wert lege. Klagt seit dem 13. Juni über leichtes Brennen beim Urinieren, hat am 14. minimales graugelbliches Sekret. Letzter Coitus am 31. Mai (Patient hatte vorher noch nie geschlechtlich verkehrt).

Urin: Erste Portion klar mit reichlichen Fäden, zweite Portion klar. Mikroskopisch keine Gonokokken, reichlich Leukocyten, vereinzelt Epithelien.

Therapie: Dreimal täglich 0,5 Oleum santali in Kapseln.

17. Juni: Patient klagt über Harndrang, auch nachts, gibt an, daß er am vorigen Tage bei der Abnahme eines Baues viel Treppen steigen und sich auch sonst körperlich anstrengen mußte. Urin trübe in beiden Portionen und spärlich. Reaktion neutral, Sediment enthält reichlich Leukocyten und auch Blasenepithelien, keine Mikroorganismen. Cystopurin 3 mal täglich 2 Tabletten.

18. Juni: Schmerzen in der Anal- und hinteren Dammgegend.

Prostata: Rechter Lappen infiltriert, vergrößert und schmerzhaft. Schmerzen strahlen nach dem rechten Nebenhoden aus.

19. Juni: Therapie: Idem, Bettruhe.

20. Juni: Harnröhrenmündung verklebt, ziemlich reichlich gelbliches Sekret, mikroskopischer Befund derselbe. Vorsteherdrüse unverändert, der rechte Samenstrang stark schmerzhaft, leicht verdickt, der rechte Nebenhoden vergrößert und sehr schmerzempfindlich. Die Haut über dem Nebenhoden verschieblich, unverändert. Temperatur 37,4. Der Nebenhoden selbst zeigt außer der Schwellung keine Veränderungen der Oberfläche. Unter Priessnitzumschlägen, Cystopurin und langer Diät klärte sich im Verlaufe der nächsten Wochen der Harn auf, die Schwellung der Vorsteherdrüse, des Samenstranges und des Nebenhodens ging zurück, das exprimierte Prostatasekret zeigte Prostata-Körperchen und reichlich Leukocyten.

Am 8. Juli: Kopf des Nebenhodens noch leicht verdickt, Samenstrang und Prostata scheinbar normal, Prostatasekret mikroskopisch ohne besonderen Befund.

Urin: Beide Portionen klar, erste enthält geringe Fäden, mikroskopisch keine Bakterien, nur Leukocyten und Schleim. Unter Behandlung von Adstringentien verminderte sich die Sekretion erheblich, blieb aber auch nach weiterer sechswöchiger Behandlung nicht fort. Patient mußte dann eine militärische Übung machen, während der er jede Behandlung unterließ und die er trotz der großen körperlichen Anstrengung ohne die geringsten Schwierigkeiten überstand. Am Anfang November bestand noch immer etwas grauweißes Sekret, das nach Angabe des Patienten zeitweilig mehr oder weniger stark sich zeigte.

Urin: Beide Portionen klar, in der ersten vereinzelte Fäden mit wenig Leukocyten und Epithelien, keine Bakterien.

Mitte Januar 1914 zeigte sich derselbe Befund, Exzesse alkoholischer Natur brachten angeblich keine Verschlimmerung hervor, wie ich mich auch selbst überzeugen konnte.

Ganz erheblich von diesen beiden oben beschriebenen Fällen unterscheiden sich vier andere Fälle, welche ich im Nachfolgenden an einem Beispiel skizziere.

Es handelte sich hier um einen Symptomenkomplex, der von dem früheren von Waelsch beschriebenen erheblich abweicht und zwar in folgenden Punkten:

1. Inkubation von wenigen Tagen (2—6),
2. akuter Beginn und Verlauf, plötzliches Auftreten von schleimig-eitrigem, gewöhnlich jedoch eitrigem Ausfluß aus der Harnröhre,
3. subjektive Beschwerden sind im allgemeinen erheblich stärker, in einem Falle so stark, daß in meiner Gegenwart beim Urinieren eine

leichte Ohnmacht eintrat. Mikroskopisch zeigte das Sekret gewöhnlich reichlich Leukocyten, vereinzelte Epithelien, fast gar keinen Schleim. Das ganze Krankheitsbild ähnelte außerordentlich dem einer akuten Gonorrhoe, jedoch waren trotz gründlichster Untersuchungen keine Gonokokken festzustellen. Bisweilen zeigten sich in den Präparaten vereinzelte Fädchen oder Kokken, die wohl sekundär aufgetreten sind. Dieses Krankheitsbild hat auch Kläussner in jüngster Zeit beschrieben. Meine Beobachtungen unterscheiden sich jedoch von den seinen darin, daß er größere Schmerzen beim Urinieren nicht bemerkt hatte, während mir dieselben gewöhnlich auffielen. Von den 4 Fällen sei hier nur die Krankheitsgeschichte des einen angeführt:

F., Referendar, 24 Jahre alt, bisher nie geschlechtlich krank gewesen, bemerkte 4 Tage post coitum non condomatum ziemlich starkes Brennen in der Harnröhre und eitriges Sekret.

Befund 4. III. 1913: Reichlich eitriges Sekret aus der Harnröhre.

Urin: Erste Portion stark getrübt, zweite fast klar, mikroskopisch reichlich Leukocyten, vereinzelte Epithelien, keine Mikroorganismen.

Therapie: Oleum santali, 3 mal 0,5, 2 mal Injektionen mit Sol. arg. nitr. 0,1:200.

Nach 10 Tagen: Urin in beiden Portionen klar, in der ersten vereinzelte Fäden, keine Sekretion, keine subjektiven Beschwerden, Fortlassen jeder Behandlung, nach weiteren drei Tagen als geheilt entlassen und dauernd ohne weitere Erscheinungen geblieben (trotz fortgesetzten Verkehrs mit derselben Freundin). Bei der Freundin des Patienten, die ich ebenfalls zweimal untersuchte, habe ich nichts Krankhaftes feststellen können.

Während nun diese beiden beschriebenen Gruppen von abakterieller Urethritis zweifellos verhältnismäßig selten beobachtet werden, sind die Harnröhrentzündungen bakterieller Natur, aber nicht-gonorrhöischer Natur sicherlich viel häufiger. Wenn ich bei meiner Statistik nur 6 Fälle aufführe, so liegt das daran, daß ich sämtliche Patienten, wie ich schon einmal erwähnte, welche nach der Anamnese eine Gonorrhoe oder gonorrhoeverdächtige Erkrankung überstanden hatten, ausgeschieden habe. Hätte ich dieses nicht getan, so würden sich die Fälle dieser letzten Gruppe mindestens verdreifachen.

Finger (3) bespricht schon in seinem Lehrbuch über die Gonorrhoe diese Katarrhe und erwähnt auch einen Teil der verschiedenen Mikroorganismen, die von einer Reihe von Autoren bei diesen nicht-gonorrhöischen Urethritiden beobachtet und auch kulturell nachgewiesen sind.

Es ist ja bekannt, daß häufig Harnröhrenkatarrhe mit schleimiger oder auch mit leicht eitriger Sekretion nach dem Coitus mit menstruierten oder an Fluor albus leidenden Frauen auftreten. Gewöhnlich werden dann Kokken gefunden, auch Stäbchen, welche jedoch keine Spezifität zeigen. Das Krankheitsbild stellt sich in den von mir beobachteten Fällen ungefähr folgendermaßen dar:

Gewöhnlich tritt nach einer Inkubation von 2 bis 8 Tagen unter geringem Brennen, manchmal auch ohne irgendwelche subjektive Beschwerden, eine schleimige oder schleimig-eitrige Absonderung am Orificium urethrae auf. Mikroskopisch habe ich Kokken oder Gram-positive Stäbchen nachweisen können, welche das Aussehen von Pseudodiphtheriebazillen hatten. In einzelnen Fällen, in denen ich Gelegenheit hatte, die betreffende Frau, mit der der Patient Verkehr gehabt hatte, zu untersuchen, konnte ich im Vaginal- oder Cervicalsekret die gleichen Mikroorganismen feststellen. Wenngleich ich damit nicht behaupten will, daß diese Mikroorganismen immer als die Erreger des Katarrhs angesprochen werden müssen, so habe ich doch in einem Falle, in welchem ein Freund des betreffenden Patienten mit derselben Femina wenige Tage später verkehrte, auch bei diesem dasselbe Krankheitsbild beobachten und mikroskopisch denselben Befund wie bei dem ersten Patienten und der Femina, die ich ebenfalls untersucht hatte, feststellen können. Es handelt sich hier um Sekret mit Gram-positive, schmale, haufenförmig angeordnete Stäbchen, wie sie schon von Waelsch beschrieben worden sind. Sie lagen, genau wie Waelsch angibt, zumeist intrazellulär, besonders in den Epithelien der Harnröhrenschleimhaut, welche sich zahlreich neben reichlichen Eiterzellen mit Sekret und in den Fäden des Urins fanden. Ich sehe davon ab, hier Krankheitsgeschichten anzuführen, da dieselben im ganzen dem oben beschriebenen Bilde entsprechen. Bezüglich der Prognose kann nur Günstiges gesagt werden. Unter Injektionen mit Sol. kal. perm. 0,03—0,05:200,0, heilten diese Katarrhe in kurzer Zeit (höchstens 5 Wochen) ab. In einem Falle stellte sich als Komplikation eine linksseitige Nebenhodentzündung ein, in einem andern Falle eine leichte Blasenreizung, welche nach Darreichung von Cystopurin, dreimal täglich 2 Tabletten, in wenigen Tagen rerschwand.

Obwohl meine Beobachtungen zur Klärung der Entstehung der nicht-gonorrhöischen Urethritis bzw. ihrer Komplikationen keine neue Tatsachen beibringen, so zeigen sie doch, daß das Vorkommen dieser Affektionen durchaus nicht so selten ist, wie im allgemeinen angenommen wird. Es ist jedoch zu erwarten, daß eine genauere Beobachtung dieser Krankheitserscheinungen bei einer Vervollkommnung unserer Untersuchungsmethoden auch diese bisher ungelöste Frage der Lösung näherbringen wird.

Literaturangaben:

1. Waelsch, Über nicht-gonorrhöische Urethritis. *Archiv f. Dermatologie*. LXX. 1904. — 2. Klaussner, *Dermatolog. Wochenschrift*. 1914. H. 5. — 3. Finger, Die Blenorhoe der Sexualorgane.

2. Die Gonorrhoe in den deutschen Schutzgebieten.

Von Dr. Gustav Helm in Bonn.

(Schluß.)

In Kamerun starb ein Farbiger mit Tripper und periurethralen Abszessen an hinzutretender eitrigere Bauchfellentzündung, ein anderer wahrscheinlich an Gonokokkensepsis. In Viktoria (Kamerun) wurden 1905/06 als Folgen der Gonorrhoe beobachtet: Tripperblennorrhoe, Epididymitis, Kniegelenkentzündungen, Abszesse, Strikturen, Perimetritis, Endometritis und Zervikalkatarrh. Es ist jedoch hier nicht gesagt, welche dieser Krankheiten Europäer, und welche Farbige betreffen. Ein farbiger Soldat hatte Tripper mit Knie-selenkentzündung.

In Südwestafrika stellte man bei einer farbigen Tripperkranken Gebärmutter- und Bauchfellentzündung fest, in Togo bei einem Farbigen einen gonorrhöischen Bauchmuskelabszeß. Als Folgeerkrankungen des Trippers wurden in Lome (Togo) auch die bei Negern häufigen Wasserbrüche angesehen, und die Blasenkatarrhe wurden fast durchweg auf gonorrhöische Infektion zurückgeführt.¹ Bei den Negerinnen beobachtete man dort als Folgen der Gonorrhoe häufig akute und chronische Katarrhe der Scheide und der Gebärmutter (mit häufigem Abort, Menstruationsstörungen und Sterilität), Entzündungen des Beckenbindegewebes und der Eileiter. Eingeborene mit Harnröhrenfisteln kamen oft in jammervollem Zustand in ärztliche Behandlung.

Aus Kaiser-Wilhelmland (Neu-Guinea) schreibt 1908/09 der Regierungsarzt Dr. Hoffmann:

„Häufig ist Gonorrhoe. Komplikationen der Gonorrhoe jedoch treten verhältnismäßig selten auf; insbesondere werden Entzündungen des Uterus und der Adnexe bei gonorrhöisch erkrankten Weibern bei weitem nicht so häufig gefunden wie bei Europäerinnen in der Heimat.“

Auch auf Samoa scheint die Gonorrhoe nicht zu besonderen Beschwerden und Komplikationen zu neigen. Außerordentlich häufig wurde hier jedoch der Augentripper gefunden:

„Derselbe hat zum großen Teil recht ernste Folgen, so daß man Eingeborene mit einem vollständig erblindeten und mißgestalteten Auge nicht selten trifft. Nebelflecken auf einer oder beiden Hornhäuten sind oft zu sehen. Vollkommene Erblindung scheint nicht sehr häufig zu sein. Ich habe bis jetzt im Regierungshospital und auf meinen Dienstreisen nur vier angetroffen.

Wenn man öfters Gelegenheit gehabt hat zu beobachten, mit welcher für

¹ Med.-Ber. 1909/10. S. 404.

Europäer unfassbaren Gleichgültigkeit Samoanerkinder fünf und mehr Fliegen an jedem Auge ruhig und ungestört sitzen lassen, ohne sich die Mühe zu geben, die allerdings mit einer unglaublichen Hartnäckigkeit stets sofort wiederkehrenden kleinen Plagegeister zu verscheuchen,¹ so sollte man meinen, daß auch der Laie über die in Samoa hauptsächlichste Übertragungsweise des Trippercoccus von einem Auge auf das andere sich eine Vorstellung machen kann.

Daß diese stürmisch verlaufende Augenkrankheit oft tiefergehende Zerstörungen am Auge verursacht, liegt ohne Zweifel daran, daß der Samoaner mit wenigen Ausnahmen bei Beginn der Krankheitserscheinungen keine ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt.“

So schrieb 1905/06 der Regierungsarzt Dr. Franke, obwohl er in der Krankenliste von 915 Farbigen nur 2 Fälle Tripper-Blehnorrhoe angibt. Sein Nachfolger Schwesinger konnte auf einer Dienstreise nach der zu Samoa gehörigen Insel Sawaii in deren Küsten- und Inlanddörfern, wo angeblich Augenblehnorrhoe allzu häufig vorkommen sollte, dieselbe nicht häufiger finden, als auf der gleichfalls samoanischen Insel Upolu. Auf beiden ist sie nach seiner Überzeugung nur in geringen Zahlen vorhanden, wird bei Neugeborenen nur ausnahmsweise und durch den Geburtsakt, häufiger bei älteren Kindern, und hier wahrscheinlich, ebenso wie bei der Framboesie, durch Vermittlung von Fliegen übertragen, deren Tötung der Samoaner für schimpflich hält.² Im gleichen Jahrgang wurde in Herberthöhe (Neu-Guinea) ein in Simpsonhafen stationierter Farbiger am fünften Krankheitstage überwiesen, bei dem die Hornhäute beider Augen durch Tripperblehnorrhoe bereits so ausgiebig zerstört waren, daß trotz aller energischen Maßnahmen die völlige Erblindung nicht mehr abzuwenden war. Auch aus Kamerun, Togo, Ostafrika, Südwestafrika und von den Marshall-Inseln wurden Fälle von Tripperblehnorrhoe bei Farbigen gemeldet. In Anecho (Togo) wurden z. B. 1905/06 unter 1110 farbigen Kranken 14 hartnäckige Fälle behandelt. Aus Mahenge (Ostafrika) berichtet 1908/09 Stabsarzt Dr. Grothusen:

„Ein 8 Tage altes Kind eines hiesigen Jumben wurde mit einer Tripperblehnorrhoe in Behandlung genommen, bei der die Augen des kleinen Patienten geradezu in Eiter schwammen. Da der Vater ein relativ intelligenter Mann war, erreichte ich es, daß das Kind täglich zweimal zur Behandlung kam. So konnte es nach drei Wochen mit ganz klaren Hornhäuten geheilt entlassen werden.“

Gonorrhöische Gelenkentzündungen wurden bei Europäern in Kamerun, in Ost- und Südwestafrika beobachtet. Born behandelte

¹ In Ägypten sah ich täglich, wie den Arabern die Fliegen in dichter Reihe die Augen besetzten und die Sekrete aufsaugten, ohne von ihnen in dieser Arbeit im geringsten gestört zu werden.

² Med.-Ber. 1906/07. S. 266.

bei einer Frau in Palau (Westkarolinen), die früher „Mongol“ (Puella publica) gewesen war — offenbar war es eine Farbige — einen Tripper-rheumatismus des rechten Ellenbogengelenkes.

Diese mannigfachen und zum Teil schweren Komplikationen lassen darauf schließen, daß die Gonorrhoe bei den Farbigen unserer Schutzgebiete nicht milder und überhaupt nicht wesentlich anders sei als in Deutschland.

Über die Heilbarkeit der Gonorrhoe fand ich nur ganz vereinzelte Angaben. Während sie bei den Melanesen der Südsee und in Kamerun leicht verlaufen soll, klagt Danneil hinsichtlich der Eingeborenen von Käwieng (Neu-Guinea), daß die positive Heilung meist recht lange Zeit erfordere, am meisten bei den Frauen, welche gewöhnlich schon eine Endometritis hätten, wenn sie zur Beobachtung kämen. Der Berichterstatter von 1907/08 für Ostafrika ist der Ansicht, daß die Gonorrhoe, die bei den Eingeborenen einen im allgemeinen gutartigen Verlauf zeige, obzwar auch bei ihnen schwere Komplikationen beobachtet worden seien, bei Europäern außerordentlich hartnäckig sei und zu schweren Komplikationen neige. Ich muß gestehen, daß ich in Südwestafrika, wo ich allerdings nur Weiße an Tripper behandelte, bezüglich dieser Krankheit sehr skeptisch geworden bin und sie mir mehr und mehr als ein Kreuz für Kranke und Ärzte erschienen ist.¹ Kann man überhaupt jemals mit voller Bestimmtheit sagen, daß ein Tripper geheilt ist? Eine zuverlässige Blutreaktion wäre hier sehr willkommen. Vorläufig dürfte das Urteil eines Berichterstatters aus Duala (Kamerun 1907/08) zu Recht bestehen: „Im Verlaufe der Gonorrhoe finde ich keinen Unterschied im Vergleich zu derselben Krankheit daheim“.

Bei der Hartnäckigkeit dieses Leidens und der starken Verseuchung der deutschen Schutzgebiete, erscheint die energische Bekämpfung der Gonorrhoe auch dort als unabweisbar, zumal, wenigstens von einigen unserer Südseeinseln, die Ärzte über Abnahme der eingeborenen Bevölkerung klagen.

Wegen der Indolenz, Nachlässigkeit und Unsauberkeit, des freien Geschlechtsverkehrs, der Unkenntnis der Folgen, des geringeren Verantwortlichkeitsgefühls bietet naturgemäß die farbige Bevölkerung viel größere Gefahr für die Weiterverbreitung als die weiße. Daß sich die farbigen Tripperkranken nur zum geringen Teil der ärztlichen Behand-

¹ In Ägypten, welches wie das südwestafrikanische Hochland ein heißes trocknes Klima hat und wo die Syphilis sehr mild verlaufen soll, versicherten mir zwei erfahrene Ärzte (ein Dermatologe), daß dort die Gonorrhoe viel schwerer heile als in Europa.

lung stellen, habe ich bereits dargelegt.¹ Selten wird der Farbige auch genügend Trieb und Ausdauer besitzen, die Behandlung bis zur völligen Heilung fortzusetzen, und von allgemeiner Geltung dürften die Worte eines Berichterstatters aus Ebolowa (Kamerun, 1908/09) sein:

„Leider sind die Eingeborenen in völliger Unkenntnis der Folgen dieser Erkrankungen und pflegen sich sofort der Behandlung zu entziehen, wenn sie keine Schmerzen mehr haben.“

Geschlechtliche Abstinenz oder Gebrauch von Schutzmitteln, was man wenigstens bei der Mehrzahl der Weißen voraussetzen darf, ist beim Farbigen kaum zu erwarten. Zum Überfluß belehrt uns darüber ein Bericht aus Lome (Togo, 1909/10):

„Die Geschlechtskrankheiten sind sehr häufig. Der Grund für die Ausbreitung liegt in der Gleichgültigkeit diesen Krankheiten gegenüber, die einerseits den Kranken verführt, die Behandlung vor der endgültigen Heilung abzubrechen, andererseits durch den vor der Heilung wieder aufgenommenen Geschlechtsverkehr diese Krankheiten weiter verbreitet.“

Wir sehen, daß auch in den deutschen Schutzgebieten Belehrung über die Geschlechtskrankheiten bitter nottut, mag sie bei der farbigen Bevölkerung auch noch so großen Schwierigkeiten begegnen. Leider habe ich über diese Art von Vorbeugung in den Berichten nicht das geringste entdeckt. Bei den des Lesens kundigen Eingeborenen, die freilich, wenigstens in Südwestafrika, zu den größten Seltenheiten gehören, sollten „Merkblätter“ über die venerischen Leiden verteilt werden, welche ich in Südwest nicht einmal bei Weißen gesehen habe. Die Zucht und Bildung der Schule ist für die Farbigen auch im Interesse der Gesundheitspflege dringend zu wünschen.²

Geeignete Präparate zum Selbstschutz wurden 1905/06 in Viktoria (Kamerun) in den Faktoreien und in der Regierungsapotheke gehalten. 1907 las ich in Windhuk (Südwestafrika) am Eingang des Militärlazarets einen Anschlag, worauf die Soldaten zur Entnahme solcher Mittel aufgefordert wurden.

¹ Recht bezeichnend für die Eingeborenen ist eine Notiz aus Viktoria (Kamerun, 1908/9): „Es ist wohl kein Zufall, daß sich unter den im Hospital behandelten Geschlechtskranken auffallend viele Gefangene befinden. Solange sie auf freiem Fuße lebten, bekümmerte sie ihr Leiden nicht weiter; eingesperrt, suchen sie den Aufenthalt im Gefängnis mit dem angenehmeren im Hospital zu vertauschen.“

² Meinen Erfahrungen gemäß stehen wir in diesem Punkte hinter den Engländern und Franzosen bedeutend zurück. In Westindien z. B. fand ich in der Bibliothek auf der kleinen englischen Insel Antigua und in der großen Bibliothek in Fort de France, Hauptstadt der französischen Insel Martinique, farbige Bibliothekare, welche mit Eifer und staunenswerter Sachkenntnis ihres Amtes walteten. Hier gab es auch schwarze Kapitäne auf den kleinen Küstendampfern und farbige Angestellte und wahrscheinlich sogar Besitzer stattlicher Warenhäuser. In Südwestafrika entnahm ich aus manchen Äußerungen, daß die Farmer der Bildung der Farbigen abhold sind. Sie fürchten Nachlaß der Arbeitswilligkeit und Botmäßigkeit, worin sie vielleicht nicht ganz unrecht haben.

Sehr zu loben ist eine bereits 1903/04 aus Herberthöhe (Neu-Guinea) berichtete Maßregel. Hier wurden nämlich seit Jahren sämtliche vom Gouvernement, den Firmen und den Missionen neu angeworbenen Arbeiter vor ihrer Einstellung und ebenso sämtliche, die nach Beendigung ihres meist 3jährigen Kontraktes in die Heimat zurückbefördert wurden, ärztlich untersucht (insgesamt etwa 2000 Leute jährlich). Ebenso fanden auf allen Pflanzungen in mehr oder minder großen Zwischenräumen regelmäßige Untersuchungen der Leute auf Geschlechtskrankheiten statt. Etwaige Kranke wurden zwangsweise im Krankenhaus behandelt und nicht früher eingestellt bzw. in ihre Heimat entlassen, als bis sie geheilt waren. Angeblich hat dieses Vorgehen viel zur Verminderung der Geschlechtskrankheiten und zur Verhütung größerer Ausbreitung derselben beigetragen.¹ In Südwestafrika fanden an einigen Orten wöchentliche bzw. monatliche Untersuchungen sämtlicher erreichbarer Eingeborenen statt, und es wurde von mehreren Berichtserstattem erwähnt, daß die Eingeborenen, die Zweckmäßigkeit der regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen erkennend, sich derselben nur noch vereinzelt entzogen, teilweise sich sogar freiwillig meldeten.² Auf den Ostkarolinen wurden 1904/05, wie schon in früheren Jahren, sämtliche Arbeiter der Bezirksämter auf Geschlechtskrankheiten allmonatlich untersucht.

Natürlich richtete sich der Kampf auch gegen die Prostitution. Im Bericht für 1903/04 wird hierüber aus Duala (Kamerun) geschrieben:

„Die Prostitutionsfrage wurde energisch angeschnitten, indem Nachforschungen angestellt wurden nach der Zahl der hiesigen gewerbsmäßigen Prostituierten. Es ergab sich die außerordentlich hohe Zahl von 160 Weibern, von denen sich gleich 36 als mit Gonorrhoe infiziert erwiesen. Die als krank befundenen Frauen wurden zunächst im Polizeigefängnis interniert und in Behandlung genommen. Der andere Teil der Untersuchten muß zweimal wöchentlich zur Untersuchung kommen, und das Resultat derselben wird jedesmal in das Kontrollbuch der betreffenden Person eingetragen.“

Ein Versuch, in Duala sämtliche Prostituierte unter polizeiliche Kontrolle zu bringen, scheiterte infolge der Fluktuation der Bevölkerung. In Viktoria (Kamerun) soll die heimliche Prostitution sehr ausgebreitet sein.³ In Lome (Togo) wird die Abnahme der sehr verbreiteten Geschlechtskrankheiten zum Teil auf die gesundheitliche Überwachung der Prostitution zurückgeführt. In Tanga (Ostafrika) wurden die Prosti-

¹ Den gleichen Vorkehrungen wurden sämtliche eingewanderten Chinesen unterworfen, zumal dieselben nicht nur nicht selten frische Syphilis und Gonorrhoe mitbrachten, sondern auch mit Einschleppung der bis dahin im Schutzgebiete unbekanntem Lepa drohten.

² Med.-Ber. 1906/07. S. 172.

³ Med.-Ber. 1905/06. S. 157.

tuieren der Stadt wöchentlich einmal untersucht (1907/08). Doch hatten sich 1905/06 in Ostafrika die Geschlechtskrankheiten unter den Europäern trotz der Untersuchung der Prostituierten fast verdoppelt. Aus Furcht vor der ärztlichen Untersuchung entzogen letztere sich derselben häufig durch Flucht und trugen so die Ansteckung in andere Gegenden. Im Bericht für 1903/04 wird aus Ostafrika geschrieben:

„Die Untersuchung der Prostituierten, wie sie an einzelnen Stellen — meist allerdings nur in sehr bescheidenem Umfange — gehandhabt wird, verspricht nur an solchen Orten einigen Erfolg, wo die Mittel für eine geordnete Polizei zur Verfügung stehen, d. h. also in den Bezirksämtern. Aber auch hier wird der Zweck oft dadurch illusorisch, daß die Prostituierten auf den Nachweis, sich zu verheiraten, von der Behörde aus der Kontrolle entlassen werden müssen.“

Bei diesen Mitteilungen ist nicht angegeben, ob es sich um weiße oder schwarze Prostitution handelte, obschon letztere gemeint zu sein scheint. In Windhuk bestand zu meiner Zeit ein großes, feines, unter ärztlicher Aufsicht stehendes Bordell mit etwa vier Dirnen, welche sich angeblich mindestens 20 Mk. zahlen ließen, während sich die eingeborenen Weiber, so sagte man, schon für 50 Pfg. hergaben. Diese billige Taxe der schmutzigen, ihre Krankheiten vernachlässigenden Frauenspersonen ist natürlich wenig geeignet, dem Fortschritt der Ansteckung Einhalt zu tun.

In Kamerun, wo die Haussah und die Soldaten viel zur Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beitragen sollen, erhofft man Besserung wenn erst an allen großen Karawanenstraßen Ärzte stationiert sein würden. Doch ist hier ein generelles Vorgehen gegen diese Krankheiten geplant durch systematische Kontrolle aller Träger, Händler und Soldaten, sowie deren Frauen, und durch Regelung der Prostitution.¹ Richtig wird dazu noch gefordert, alle als krank befundenen Personen in Lazarettbehandlung zu nehmen und nicht eher zu entlassen, als bis sie vollkommen geheilt sind.

Aus diesen wenigen Mitteilungen über die Prophylaxe leuchtet ein, daß in den deutschen Schutzgebieten gegen die Verbreitung dieser wie aller ansteckenden Krankheiten noch viel mehr geschehen muß.

Zur Vollständigkeit bemerke ich noch, daß auch der weiche Schanker in allen deutschen Schutzgebieten, in manchen sehr häufig, in anderen selten, bei den Farbigen vorkommt,² und verweise bezüglich der ebenfalls große Besorgnis erregenden Verbreitung des Syphilis auf meine bereits genannte Arbeit.

¹ Med.-Ber. 1909/10. S. 329.

² Nur bei den Marianen fand ich ihn nicht erwähnt. Doch haben dieselben nur 3 Berichte geliefert. Auf den Marshallinseln soll er sehr selten sein.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

1) **Zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut**, von L. Arzt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Mit allen anderen Autoren teilt Verf. die Veränderungen des elastischen Gewebes in vier Gruppen: 1. senile Veränderungen; 2. kolloide Degeneration im Narbengewebe; 3. das Kolloidmilium oder kolloide Degeneration; 4. das von Darier beschriebene Pseudoxanthoma elasticum. Fast bei allen diesen Affektionen fällt ein gelblicher Farbenton auf. Verf. hat 10 Fälle von Variolanarben untersucht und hat dabei zwei Arten von Veränderungen konstatiert: 1. Veränderungen, die nur geringgradig ausgeprägt sind oder Veränderungen des elastischen Gewebes in mehr diffuser Form; 2. histologische Bilder, in denen der pathologische Prozeß mehr lokalisiert ist: „ganz oberflächlich in der Kutis gelegen, treten entweder homogene oder grobschollige, grauschwarz sich tingierende Massen auf.“ Bei Lupus erythematodes beobachtete Verf. kaum eine Veränderung der elastischen Fasern, zuweilen Knäuelbildung, Verfilzung, aber keine Inselbildung wie bei Variola. Bei der Akne vulg. bestehen die elastischen Fasern aus verfilzten Elementen und bilden Knäuel. Außerdem bemerkt man Segmentation, zuweilen körnigen Zerfall und Dickenzunahme der elastischen Fasern. Bemerkenswert sind längsovale oder rundlich gräuliche, schwarz sich tingierende lichtbrechende Massen, die man in verschiedener Größe auch in den Variolanarben findet. Beim Lupus vulg. sind die Veränderungen des elastischen Gewebes stärker und nähern sich denen bei Variolanarben, nur daß sie nicht so scharf umgrenzt sind. Hier wechseln Stellen mit weitgehenden Veränderungen mit fast normalen Stellen ab. Sehr reichlich findet man hier auch die bei der Akne vulg. eben erwähnten lichtbrechenden Massen, die der Verf. als Tropfen bezeichnet. Seine Ergebnisse bei der Untersuchung von Lupus vulg. faßt Verf. also zusammen: Es handelt sich um ein Auftreten von weißen Knäueln und Verdickung der Fasern und tropfenartigen Gebilden. Bei Hautkarzinomen trifft man, abgesehen von der Neubildung an elastischem Gewebe, Verdichtung der Fasern zu Knäueln und Auftreten von gleichmäßig tingierten Arealen, Veränderungen, die jedoch nicht immer auftreten. Von Pseudoxanthoma elasticum Darier hat Verf. 2 Fälle zu untersuchen Gelegenheit gehabt. In dem einen nahmen die elastischen Fasern in den oberflächlichen Schichten an Dichte zu unter Verknäuelung der einzelnen Elemente. Zwischen den dickeren Fasern Zerfallsprodukte in Form von Bröckeln und Krümeln. Ähnliche Verhältnisse lagen auch beim zweiten Fall vor. Nach Besprechung der einschlägigen Literatur und einem Vergleich der dort niedergelegten Ergebnisse mit den seinigen kommt Verf. zu folgenden Resultaten: In klinischer Hinsicht: 1. Elfenbeinfarbige Veränderungen der Haut des Gesichts weisen auf Veränderungen im elastischen Gewebe der Haut hin. 2. Eine gleiche Verfärbung in einer Gesichtsnarbe macht eine Veränderung im elastischen Gewebe sehr wahrscheinlich. 3. Variolanarben neigen besonders zu einer Veränderung im elastischen Gewebe. In histologischer Hinsicht: 1. Die durch ihren Farbenton in der Variola kenntlichen Veränderungen der elastischen Fasern sind zu der Gruppe zu zählen, die zusammengefaßt sind, unter: kolloide Degeneration im Narbengewebe. 2. Ähnliche Veränderungen finden sich bei Entzündungsprozessen (Lupus erythem. vulg., Akne vulg.),

ebenso auch bei Karzinomen der Gesichtshaut. 3. Da diese Veränderungen bei Geschwülsten und Entzündungen vorkommen, können sie für keine Erkrankung charakteristisch sein. Barinbaum-Berlin.

- 2) **Ein Beitrag zur physikalischen Behandlung der Hautkrankheiten**, von E. Saalfeld. (Med. Klinik. 1913. Nr. 46.)

An Stelle der zur Entfernung von oberflächlichen verhornten Epidermispartikeln verwendeten Conzeschen Feile konstruierte Verf. Rotationsinstrumente aus Bimsstein, die mit flüssiger Glycerinseife oder einer Mischung von grüner Seife und Bimssteinpulver beschickt, gute Dienste zur Entfernung von Schwielen, ferner bei hyperkeratotischen Ekzemen, einzelnen Psoriasisherden, Lichen pilaris, Ichthyosis, Keratosis follicularis leisteten. Biberstein-Gleiwitz.

- 3) **Über die Wirkung des Thorium X auf die Blutgerinnung**, von Domarus und Salle. (Berliner klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 43.)

Den Verff. erscheint nach ihren Versuchen die Möglichkeit einer experimentellen Verzögerung der Blutgerinnung durch Thorium X erwiesen zu sein. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 4) **Die Anwendung des Elarsons, eines neuen Arsenpräparates, in der Dermatologie**, von G. Scherber. (Wiener med. Wochenschr. 1913. Nr. 36.)

An Stelle der Fowlerschen Lösung empfiehlt Verf. das Elarson, das Strontiumsals der Chlorarsenobehenolsäure. Es wirkt nicht nachteilig auf den Darmtraktus, ist leichter resorbierbar und angenehm einzunehmen, da geschmacklos. Anzuwenden ist es bei allen Dermatosen, die eine Arsentherapie erheischen. Klokow-Berlin.

- 5) **Eine Seife für Ärzte und Hebammen**, von Peters. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 30.)

Verf. empfiehlt die stark bakterizide Afridolseife, die hauptsächlich in der dermatologischen Praxis Verwendung findet, der Beachtung des Chirurgen, Geburtshelfers und Praktikers überhaupt. Seine Erfahrungen sind derart gute, daß er sie zur Ausrüstung des Hebammenbestecks notwendig erachtet. Klokow-Berlin.

Entzündliche Dermatosen.

- 6) **Die Behandlung des Kindereczems**, von M. Joseph. (Zentralblatt Kinderheilkunde. 1913. H. 7.)

Neben der Bekämpfung der allgemein dem Ekzem zugrunde liegenden Schädlichkeiten darf man die lokale Therapie, wie das jetzt vielfach geschieht, nicht vernachlässigen. Für die Kopfezeme leistet die Zinnobersalbe gute Dienste, wobei der Kopf nicht geschoren zu werden braucht, bei absoluter Trockenheit wird sie durch die Salizylbenzoesalbe ersetzt. Bei nässenden Ekzemen anderer Körperstellen sind zunächst Puder oder adstringierende Umschläge anzuwenden. Nach Austrocknung kommt die Neissersche Bismutsalbe bzw. Lassarsche Zinkpaste in Betracht, ferner die Schüttelmixturen mit bzw. ohne Teer. Als mildestes Präparat ist der englische anzusehen, der je nach der Hartnäckigkeit des Falles durch Ol. Rusci oder Ol. Cadin pur. zu ersetzen ist, letztere in Form von Salben angewandt. Auch Tumenol, Naphthalanpaste, ist zuweilen am Platze. Klokow-Berlin.

- 7) **Zur Behandlung des Formalineczems**, von Thilo. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 51.)

Verf. hat sich selbst an dieser Krankheit behandelt wie folgt: Mit feinstem Schmirgelpapier rieb er die Hände ein, legte Verbandmull auf die nässenden

Stellen und hatte stets dünnste baumwollene Handschuhe an; er vermied es einige Tage, sich zu waschen. In einigen Tagen waren die Hände wieder normal. Raff-Augsburg.

- 8) *Contribution à l'étude des erythrodermies exfoliantes et en particulier du pityriasis rubra*, par Morgan et Iliescu. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 11.)

In einer geschichtlichen Einleitung besprechen die Verff. zunächst die Einteilungsbestrebungen und namentlich die in dieser Beziehung grundlegenden Arbeiten von Brocq. Hierauf folgt die genaue klinische Beschreibung eines selbst beobachteten Falles. Es handelt sich um einen Fall von generalisierter Erythrodermie. Die Verff. stellen ihn in die von ihnen aufgestellte Gruppe der „Pityriasis rubra subacuta benigna“. Die Einzelheiten der sehr interessanten Arbeit sind im Original nachzulesen. Raff-Augsburg.

- 9) *Sur un cas de lichen nitidus*, par Audry. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 12.)

Verf. beobachtete einen Fall dieser in Frankreich noch wenig bekannten Krankheit mit typischer Lokalisation am Penis. Raff-Augsburg.

Zirkulationsstörungen der Haut.

- 10) *Zur Kenntnis der pigmentierten Urticariaformen*, von W. Kerl. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines Falles von Urticaria pigmentosa, der sich von den üblichen histologisch dadurch unterscheidet, daß die Mastzellen nicht in Haufen, sondern disseminiert auftreten. Die zweite Krankengeschichte handelt von einem Fall, den Verf. als Urticaria cum pigmentatione diagnostiziert. Barinbaum-Berlin.

- 11) *Über Angiomatose der Haut, zugleich ein Beitrag zur Frage des Angiokeratoma Mibelli*, von H. v. Planner. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Es fand sich eine weitgehende Übereinstimmung in den histologischen Präparaten mit dem echten Keratoma Mibelli, während klinisch wesentliche Unterscheidungsmerkmale vorlagen. Willy Cohn-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 12) *Des naevocarcinomes*, par M. J. Darier. (Bull. de l'Assoc. Française du Cancer. 1913. 21. November.)

Die Resultate seiner histologischen Untersuchungen bestimmen den Verf., die Naevokarzinome den Epitheliomen der Haut einzureihen. Das meist aber nicht stets in diesen Tumoren vorhandene Pigment lagert in den epithelialen Schichten, spielt aber nur eine nebensächliche, das Wachstum der Neubildung nicht beeinflussende Rolle. Die von den zellulären Naevi herrührenden malignen Wucherungen zeigen entweder die Struktur alveolärer und retikulärer Karzinome oder die Gestalt büschelförmiger Sarkome, verleugnen aber auch im letzteren Falle nicht ihre epitheliale Natur und ihren Ursprung aus der Epidermis. Sehr allmählich erscheint der Übergang vom unveränderlichen zum fortschreitenden und endlich zum karzinomatösen Naevus, die Malignität ist eine andere in jedem Falle, ihre Ursache oder der Anlaß ihres beschleunigten Fortschreitens konnte nie festgestellt werden. Der maligne Charakter kündigte sich sowohl durch die Vermehrung sekundärer pigmentierter Neubildungen,

als auch durch neue, nicht neoplastische Pigmentationen oder nicht pigmentierte Tumoren an; diese sekundären Melanosen treten lokalisiert, als Metastase, oder allgemein auf und unterscheiden sich in ihrem Bau von dem primären Tumor. Die Behandlung der Naevokarzinome, welche vor Ausbreitung der Wucherung einsetzen muß, besteht in Elektrolyse oder in geeigneten Fällen in chirurgischer Entfernung.

J.

- 13) **Recherches anatomico-cliniques et expérimentales sur les réactions du tissu conjonctif, au voisinage des dépôts calcaires cutanés et sous-cutanés**, par Weisenbach. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 9.)

Die Schlußfolgerungen dieser ausführlichen Arbeit sind ungefähr folgende: Welches auch der Grund für die Ablagerung der Kalksalze im subkutanen Gewebe ist, dieses reagiert darauf in Form von ganz bestimmten Veränderungen verschieden von denen, die der Verkalkung vorangingen. Sie sind verschieden je nach dem Alter der Verkalkung. Am häufigsten kommt die Bildung von Riesenzellen in Betracht mit Bildung von tuberkelähnlichen Follikeln; also eine Art von Pseudotuberkeln. Klinische und experimentelle Studien am Kaninchen (Einspritzung von sterilen Kalksuspensionen ins Unterhautzellgewebe) zeigen, daß die Veränderungen durch die Kalksalze allein bedingt sind. Ein lebendes Virus ist dazu nicht notwendig. Die Kalksalze wirken nicht einfach irritierend, sondern enthalten direkt eine chemische Wirksamkeit. Sie stehen in dieser Beziehung in der Mitte zwischen gewissen chemisch aktiven Substanzen, wie Kanthariden, Pfeffer, und unwirksamen, wie Kohlepulver. Da die histologische Untersuchung so verschieden ausfiel, so ist mehr Gewicht auf die Ergebnisse der klinischen und bakteriologischen Forschung zu legen.

Raff-Augsburg.

- 14) **Die Röntgenbehandlung der fehlerhaften Narben und Keloide**, von L. Freund. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Verf. konnte bei kleinen (halbersengroßen oder notizbleistiftdicken) weichen, subkulenten, sehr gefäßreichen, dunkelroten Narbenbildungen durch einfache Röntgen-, Radium- oder Mesothoriumbestrahlung zu einem befriedigenden Erfolg gelangen. Bei größeren Narbenbildungen, namentlich bei alten, derben fibrosklerotischen, war entweder sehr intensive Röntgenbestrahlung notwendig, oder chirurgische Abtragung der Geschwülste und darauffolgender Applikation einer Erythemdosis auf die Wundfläche, wodurch eine feine, lineare Narbe erzielt wurde.

Willy Cohn-Berlin.

- 15) **Über Pigmentbildung in melanotischen Hauttumoren**, von R. O. Stein. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 88.)

Unpigmentierte Zellen melanotischer Hauttumoren produzieren bei 56° ein Pigment, welches die mikrochemischen Reaktionen des Melanins gibt; schwach pigmentierte zeigen eine deutliche postmortale Pigmentvermehrung. Mit Sudan III tingible Substanzen sind in den genannten Gewebselementen nicht nachzuweisen.

Willy Cohn-Berlin.

Regressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 16) **Zur Kasuistik seltener Nagelerkrankungen. Lupus erythematosus unguium mutilans**, von J. Heller. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Februar.)

Die Patientin litt seit 1900 an Lupus erythematosus faciei. Die Erkrankung der Nägel begann 1—2 Jahre später und führte zu Veränderungen der Haut und der Knochen der Finger, die völlig an das Bild des Lupus vulgaris mutilans erinnerten.

Immerwahr-Berlin.

- 17) **Über 3 Fälle von Lupus erythematoses acutus nebst statistischen Beiträgen zur Lehre dieser Krankheit und Besprechung der Ätiologie derselben**, von W. Schmidt. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Januar.)

Bericht über drei selbst beobachtete Fälle und 33 aus der Literatur. Von diesen 36 Fällen gingen 15 an Pneumonie zugrunde. Möglich wäre es, daß sich unter dem Krankheitsbilde des Lupus erythematoses zwei ätiologisch verschiedene Krankheiten verbergen, von denen die eine tuberkulöser Natur ist, ohne die histologischen Merkmale der Tuberkulose zu tragen, während die andere von der Tuberkulose vollständig verschieden und ätiologisch noch ganz unerkannt wäre.

Immerwahr-Berlin.

- 18) **Sur le traitement du lupus érythémateux par la neige carbonique**, par Haslund. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 12.)

Seit 2 Jahren ist am Finsen-Institut in Kopenhagen die Behandlung des Lupus erythematosus mit Kohlensäureschnee eingeführt. Im ganzen wurden etwa 80 Fälle behandelt, von denen fünf Beispiele mit ausführlichen Krankengeschichten reproduziert werden. Eine Verschlimmerung durch die Behandlung hat Verf. nie erlebt, wenn auch Rezidive — allerdings außerhalb der behandelten Stellen — nicht zu vermeiden waren. Ein definitives Urteil will Verf. nicht abgeben. Der augenblickliche Erfolg ist sehr befriedigend. Die verschiedenen Formen der Krankheit reagieren auch sehr verschieden. Die als „Erythema centrifugum“ bezeichneten Formen sind am schwersten zu behandeln, sie erfordern ja eine milde Therapie, und Verf. hält die Kältetherapie für eine solche. Er rät, sie energisch anzuwenden, stark aufzudrücken, lange einwirken zu lassen und öfters anzuwenden, bis die Plaques abgeblaßt und fast unkenntlich sind. Leichter ist die Behandlung bei den Formen des gewöhnlichen Lupus erythematoses discoides. Die Technik der Behandlung ist eine sehr einfache. Der Schnee kommt in einen Sack, ähnlich einem Tabaksbeutel, von dort in die Rezipienten aus Ebenit mittels eines zylindrischen Stückes. Die Länge der Tuben beträgt etwa 4—7 cm. Man braucht Tuben mit verschiedenen weiten Öffnungen, je nach der Größe der behandelten Fläche. Während der Behandlung muß ein gleichmäßig starker Druck angewendet werden. Die Dauer einer Sitzung beträgt bei Erwachsenen im allgemeinen 12 Sekunden, bei infiltrierten Plaques 15 Sekunden, bei Kindern 10 Sekunden. Selten ist die Reaktion sehr gering, häufig erscheint sie, und zwar schon nach einigen Minuten in Form einer ödematösen Schwellung, meistens aber kommt sie am nächsten Tage in Form von Blasen, die am 3. Tage noch größer geworden sind und eröffnet werden müssen. Gewöhnlich zeigt sich darunter nur eine einfache Exkoration. Die Reaktion, mit Salbe und Arg. nitr.-Umschlägen behandelt, verschwindet gewöhnlich nach 2—3 Wochen, nach welcher Zeit man neuerdings mit Kältebehandlung vorgehen kann. Die Applikation ist schmerzhaft; die Beschwerden halten einige Stunden an. Die Methode scheint geeignet, die Finsentherapie zu verdrängen wegen ihrer Einfachheit und Wirksamkeit. Deshalb ist im Finsen-Institut auch die Phototherapie verlassen worden. Sobald ein Rezidiv eintritt, muß es sofort wieder mit Kohlensäureschnee behandelt werden.

Raff-Augsburg.

- 19) **À propos de la morphée en gouttes**, par Petges. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

In seiner vor kurzem publizierten Arbeit hat Verf. einen charakteristischen, von Milian beschriebenen Fall vergessen und gibt die Krankengeschichte ausführlich wieder.

Raff-Augsburg.

Neuritische Dermatosen.

- 20) **Versuche einer Pemphigusbehandlung mit dessen Blaseninhalt**, von T. Holobut und J. T. Lenartowicz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 2.)

Bericht von 2 Fällen, in denen subkutane Injektionen des Blaseninhalts günstig das Leiden beeinflussen. Schourp-Danzig.

- 21) **Zur Klinik des Pemphigus vulgaris**, von J. Kyrle. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Verf. berichtet über mehrere Fälle von Pemphigus, welche in klinischer Hinsicht in bezug auf den Fiebertypus große Unterschiede zeigten.

Willy Cohn-Berlin.

- 22) **Alopecia areata e malatti affini**, per C. Pellizzari. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 5.)

Verf. teilt in einem Vortrage auf dem Londoner Kongreß seine Anschauungen über die Alopecia areata und ähnlich aussehenden Haarausfall mit. Jene Erkrankung wird durch verschiedene Ursachen veranlaßt und beruht auf einer Nervenerkrankung. Sie wird durch Behandlung mit Hochfrequenzströmen günstig beeinflusst. Unter den übrigen fleckartigen Haarerkrankungen gibt es Typen, zu denen z. B. die Brocq'sche Pseudopelade gehört, bei denen die gesamte Haut erkrankt ist und atrophisch wird, und solche, wie die Follikulitis und Acne decalvans, bei denen nur Haarfollikel oder Talgdrüsen usw. primär affiziert sind, während die übrige Haut später mit befallen wird.

Dreyer-Cöln.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 23) **Die äußere Tuberkulose, speziell Hauttuberkulose, und ihre Behandlung mit Lezithinkupfer (Lekutyl)**, von A. Strauss. (Strahlentherapie. III. H. 2.)

In 2jähriger Erprobung hat Verf. in dem Kupfer ein Mittel festgestellt, das unseren Arzneischatz zur Bekämpfung der tuberkulösen Erkrankungen um ein äußerst wertvolles Medikament bereichert. Das Kupfer wirkt auf die tuberkulösen Erkrankungen nach seinen Erfahrungen nicht nur elektiv, sondern auch spezifisch. Als zweckmäßigste Verbindung hat sich die mit Lezithin erwiesene; die besonderen Vorzüge sind in der schnellen Resorbierbarkeit, in der intensiven Tiefenwirkung und der roborierenden Eigenschaft des Lezithins zu suchen. Um die Schmerzhaftigkeit herabzumindern, wird der $1\frac{1}{2}\%$ igen Salbe noch 10% Lyktoform zugesetzt. Zur inneren Behandlung werden drapierte Pillen von je 5 mg Kupfer ausgegeben. Die Präparate für die Injektionen werden noch verbessert und sind daher noch nicht freigegeben. Verf. weist daraufhin, daß neben der Tuberkulose der Haut auch die interne Tuberkulose, die doch meist den primären Infektionsherd bildet, gleichzeitig behandelt werden muß, um so Rezidiven vorzubeugen. Für die Allgemeinbehandlung empfiehlt er zunächst die interne Verabreichung von Pillen und eine Schmierkur analog der Hg-Kur, es sollen täglich 3—6 g eingerieben werden, und zwar mit Kampferspiritus, so lange bis die grüne Farbe geschwunden ist. Bei den Salbenverbänden geht er genau auf die Technik ein, da von deren Exaktheit der Erfolg abhängt. Die Salben müssen bei Tag und Nacht in engster Berührung mit dem erkrankten Gewebe sein, daher ist Verband notwendig. Liegt die Cutis frei, sollen nur mit Salbe bestrichene Mullkompressen aufgelegt werden, die mit Öl abzulösen sind. Die einzelnen Herde

sind nacheinander zu behandeln. Bald nach einigen Tagen ist das lupöse Gewebe elektiv zerstört, man sieht es an der lebhaft frischen roten Farbe des freiliegenden Gewebes. Bei starker Schmerzhaftigkeit muß man früher oder später mit indifferenter Behandlung, wie 10%igem Liqu. Alum. acet. Lanolin-Vaselin oder Eucerinum anhydr., die vorläufige Epithelisation abwarten, wobei die Schmerzen sofort aufhören. Bei Rezidiven ist die Kur zu wiederholen. Selbstverständlich kann die Lekutylbehandlung mit den anderen bewährten Methoden kombiniert werden, wie Quarzlampe, Kalilauge, Kohlensäureschnee, Finsenlicht, Radium usw. In analoger Weise ist die chirurgische Tuberkulose zu behandeln, wobei Fisteln z. B. mit Lekutylöl ausgespritzt werden. Sequester sind natürlich vorher zu entfernen, Eiterherde zu entleeren usf. Die intravenösen und intramuskulären Injektionen bedürfen nach Verf. noch der Verbesserung, so daß uns die Salben- und Pillentherapie vorläufig genügen muß. Die Erfolge, über die Verf. berichten kann, sind, besonders auch in kosmetischer Hinsicht, ganz ausgezeichnete, wie das aus den Krankengeschichten und zahlreichen Photographien ersichtlich. Die Methode scheint äußerst empfehlenswert.

Klokow-Berlin.

24) **Sur le traitement de l'actomycose, par Pinoy.** (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 10.)

Die gute Wirkung des Jodkalis auf Aktinomykose ist bekannt. Wenn sie vermißt wird, so kommt das nach Verf. nur daher, weil die Blutzirkulation im Bereich der Affektion verlangsamt ist und das Medikament wieder ausgeschieden wird, bevor es wirken konnte. Schuld daran ist vor allem das Ödem, welches daher mit dem Thermokauter bekämpft werden muß. Endlich ist eine kochsalzfreie Diät anzuraten. Verf. beschreibt zwei derartige Fälle, bei denen diese Behandlung einen vollen Erfolg herbeiführte. Raff-Augsburg.

Gonorrhoe.

25) **Einiges über die Spültechnik bei der Therapie der Gonorrhoea anterior und posterior, von K. Rühl.** (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 31.)

Warme Empfehlung der Janetschen Irrigationsbehandlung mittels der Majocchischen Kanüle. Vier Abbildungen. Schourp-Danzig.

26) **Über die Behandlung der Urethritis bacterica und postgonorrhoeica mit Lytinol, von Pakuscher.** (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 48.)

Verf. sah in vielen Fällen gute Erfolge bei der Anwendung von 10 bis 20%igen Lytinollösungen (chemische Fabrik Nassovia-Wiesbaden), einmal täglich oder jeden 2. bzw. 3. Tag. Lengefeld-Brandenburg a/H.

27) **Über akute nicht gonorrhoeische Orchitiden und Epididymitiden, von H. Stoink.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

In den meisten Fällen von Orchiepididymitiden ist es möglich, den Erreger durch Punktion und Kulturverfahren nachzuweisen. Schourp-Danzig.

28) **Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortung, von G. Hahn.** (Sammlung zwangl. Abhandl., herausgeg. von Jadassohn. II. 1913. H. 6.)

Keine Gonorrhoebehandlung ohne mikroskopische Kontrolle, kein Ehekonsens ohne mehrfach wiederholte Untersuchungen. Bei der Lues gewissenhafte Diagnosenstellung durch Spirochätennachweis bzw. Wassermann, gründliche intermittierende Hg- und Salvarsankuren, ferner Untersuchung des Urins vor, während und nach der Kur. Im ganzen ein stärkeres Verantwortungsgefühl bei Ärzten und Kranken.

Barinbaum-Berlin.

- 29) **Die Vulvovaginitis bei kleinen Mädchen**, von Perrin. (Revue méd. de la Suisse romande. XXXI. Nr. 11.)

Zunächst weist Verf. darauf hin, daß es meist eine Vulvovaginitis gar nicht gibt, sondern eine Endometritis und Urethritis. Nach genauester Feststellung der Diagnose: mikroskopische Untersuchung des Schleimes aus Zervix und Vagina, gewonnen unter Zuhilfenahme des Nitzeschen Endoskops, der Urethra und Vulva. Bei Vorhandensein von Gonokokken: behandeln der erkrankten Teile durch Pinselungen bzw. Tamponade mit: Protargol 8,0, Aqua dest. 8,0, Glycerin. ad 50,0. Zur Scheidenirrigation 4⁰/₁₀ige Lysoformlösung. Unter dieser Behandlung sah Verf. jahrelang bestehende, jeder anderen Therapie trotzende Fälle in 14—20 Tagen heilen. Klokow-Berlin.

Venerische Helkosen.

- 30) **Chancres mous avec bubon phagédénique cicatrisés par l'air chaud**, par Roziès. (Gaz. des hôpitaux. 1913. Nr. 123.)

Empfehlung der heißen Luft zur Behandlung des weichen Schankers, wo andere Verfahren im Stiche lassen; es tritt schnelle Vernarbung ein, phagedänische Geschwüre werden bald umgestimmt. Der Apparat von Rupalley ist handlich und zweckmäßig; die Luft wird eingesogen, durch eine Spirituslampe erhitzt, dann ausgestoßen; sie wirkt analgetisch, antiseptisch, desodorierend. Paul Cohn-Berlin.

Syphilis.

- 31) **La cuti-réaction à la luétine (Noguchi) dans la syphilis**, par J. Desneux. (Journ. médical de Bruxelles. 1913. Nr. 42.)

Das Luetin, intrakutan injiziert, ruft keinerlei Reaktion bei Nichtluetikern hervor. Unter den Luetikern reagieren die tertiären Fälle stets und prompt, wodurch die Reaktion diagnostisch verwertbar wird, insbesondere bei viszeraler Syphilis mit negativem Wassermann. Pürckhauer-Dresden.

- 32) **Die Gefahren der Hg-Kuren und ihre Verhütung, nebst einem Falle von merkurieller Scheidengangrän**, von Wolfenstein. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 41.)

Bei einer sekundär-syphilitischen Patientin entsteht nach einer keineswegs abnormen Hg-Kur zunächst eine Stomatitis, dann nach 2 Wochen eine Gangrän der Scheide. Die ganze Wand stößt sich im Verlauf mehrerer Wochen unter Fieber in Form von jauchigen stinkenden Massen ab, und allmählich erfolgt Heilung mit starker Schrumpfung des Vaginalrohres. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 33) **Sorge für die Syphiliskranken und Luesprophylaxe zu Nürnberg in den Jahren 1498—1505**, von K. Sudhoff. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

In Nürnberg vermutete man, daß die Lues auf den Genuß kranker Schweine zurückzuführen sei und fand diese Vermutung auch von den Ärzten unterstützt. Fremde Syphiliskranke hielt man von der Stadt möglichst fern; die einheimischen, zum Teil nur fremde Luetiker, wurden im „Heiligen Kreuz“ behandelt. Auch auf die Prostituierten gab man acht und hielt sie, wenn sie syphilitisch erkrankt waren, von der Stadt fern. Ein Prior, namens Johannes Nibling, geboren 1463, gibt uns in seinen Aufzeichnungen genauen Aufschluß

über die Krankheit, von der er selbst befallen war. Er scheint nach seiner Schilderung an einem allgemein ausgebreiteten pustulösen Syphilid gelitten zu haben und begab sich zur Kur nach Nürnberg. Barinbaum-Berlin.

34) **Osservazioni e note sulla reazione di Wassermann nella lue e su alcune sue principali modificazioni**, per Burzi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 6.)

Verf. macht auf die gelegentlichen unerklärlichen Schwankungen der Reaktion auch im Tertiärstadium aufmerksam. Die positive Reaktion begann bei seinen Untersuchungen in der zweiten Woche des Primärstadiums und wurde in der sechsten Woche fast konstant. Im Mittel fiel sie in 54% im Primärstadium positiv aus, im Sekundärstadium (bei einmaliger Ausführung) in 92% und im Tertiärstadium in 68%, bei sogen. quaternärer Syphilis in 52%. Bei behandelten Patienten fanden sich noch 32% positiv Reagierende, bei unbehandelten 80,6%, während nach alleiniger Salvarsanbehandlung der Prozentsatz der + Reagierenden noch 48 betrug. Dreyer-Cöln.

35) **Die quantitative Wassermannreaktion**, von L. Detre. (Pester med.-chirurg. Presse. 1914. Nr. 1.)

Verf. beschreibt und empfiehlt seine quantitative Wassermannreaktion, die in einer Titration des verwendeten Patientenserums besteht. Zum Schluß kommt Verf. auf einige Unregelmäßigkeiten zurück, die sich bei Ausführung der Reaktion einstellen können, erklärt dieselben und gibt die Wege an, um diese möglichst zu vermeiden. C. Siebert-Charlottenburg.

36) **Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge**, von A. Epstein. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Obwohl in der geschlossenen Säuglingsfürsorge die Infektion Gesunder, speziell Ammen, durch kongenital syphilitische Säuglinge sehr selten beobachtet ist, rät Verf. hier, wie besonders in der offenen Säuglingsfürsorge, wo die Verhältnisse ja ganz anders sind und eine wechselseitige Luesinfektion viel häufiger ist, zur jedesmaligen Vornahme der Wassermannreaktion bei Mutter und Kind, und zwar wenn irgend möglich, zu wiederholten Malen. Die Zweckmäßigkeit dieser Einrichtung ist ja eklatant, nur wird eine allgemeine Einführung zunächst wohl noch an dem Kostenpunkte scheitern. Die Frage ist so wichtig, daß eine gesetzliche Regelung wohl am Platze wäre. Klokow-Berlin.

37) **Le coefficient uréo-sécrétoire d'Ambard dans la paralysie générale**, par A. Obregia, C. J. Urechia et A. Popeia. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 586.)

Die Verf. weisen darauf hin, daß aus den bisher vorliegenden Untersuchungen des Urins der Paralytiker zwar klar hervorgeht, daß die Nieren und die Leber dieser Patienten vasoparalytisch und insuffizient sind, daß aber der Harnstoff des Blutes und ebenso der ureosekretorische Koeffizient Ambards bei diesen Kranken noch nicht studiert worden zu sein scheint. Im allgemeinen kann man sagen, daß der Ambardsche Koeffizient im ersten Stadium der Krankheit eine Hyperfunktion anzeigt oder normal bleibt, während er in den vorgeschrittenen Perioden auf eine mehr oder weniger ausgesprochene Retention hinweist. B. Solger-Kissingen.

38) **Ein Beitrag zur Infektionsgefahr der Syphilis**, von E. Klausner. (Prager med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Verf. weist auf die verhältnismäßig häufig vorkommende extragenital erfolgende Infektion mit Syphilis hin und schildert zwei besonders in die Augen springende Fälle von starker Kontagiosität, wo von einem Syphilitiker

je drei Generationen, und zwar zwei extragenital, infiziert wurden. Er stellt das Postulat auf, den Arzt unter Umständen von der Einhaltung des Ärztegeheimnisses zu entbinden, sei es, daß er der Polizei oder den Angehörigen direkt Mitteilung über den Erkrankten und über die Maßnahmen zur Verhütung der Infektion machen dürfte. Für die nächste Umgebung des Patienten eine sicher zweckmäßige Maßnahme. Ob aber die kaum überwundene Scheu der Geschlechtskranken vor dem Arzte mit der Aufhebung des Arztgeheimnisses nicht sofort wieder auftreten und viele Geschlechtskranke sich daher einer sachgemäßen Behandlung entziehen würden und so die Gefahr der weiteren Übertragung noch vergrößert würde, lasse ich dahingestellt. Klokow-Berlin.

39) **Frühdiagnose der Tabes und der Tabes oligosymptomatica**, von A. Austregesilo. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

In Brasilien ist die Tabes, wie in allen volkreichen Zentren der Welt, häufig. Die Rasse und das Klima haben keinen Einfluß auf die Häufigkeit. Fälle der Tabes oligosymptomatica sind nicht selten; die Tabes incipiens ist ebenfalls symptomarm, entwickelt sich aber später zum klassischen Bilde. Eine Tabes monosymptomatica existiert nicht. Ein einzelnes Tabessymptom kann höchstens den Verdacht eines prätabischen Bildes erwecken. Die Frühdiagnose der Tabes ist notwendig, weil durch frühzeitige kombinierte Salvarsan- und Quecksilberbehandlung die Erscheinungen gebessert und weitere Verschlechterungen aufgehalten werden. Die physikalische Behandlung unterstützt im Verein mit geeigneter Allgemeinbehandlung in beträchtlichem Maße die spezifische Therapie der Tabes. Schourp-Danzig.

40) **Lesions aortiques d'origine syphilitique chez les singes**, par P. Boveri. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 102.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine große Zahl von Aorten syphilitisch infizierter Affen zu untersuchen. Dabei konnte er niemals Atherom feststellen, wohl aber in manchen Fällen deutliche Zeichen von Sklerose. Er bestreitet daher mit Devoto den Satz, daß die Syphilis alle Grade der Gefäßläsionen von der Sklerose bis zum Atherom für sich allein zustande bringen könne, sie vermöge aber recht wohl, wie auch Chiari annimmt, den Boden für die schweren, durch den atheromatösen Prozeß gesetzten Schädigungen vorzubereiten, die dann aber auf andere Faktoren (Mißbrauch von Alkohol, Tabak u. dgl.) zurückzuführen sind. B. Solger-Kissingen.

41) **Zur Technik intravenöser Salvarsaninjektionen**, von C. Stern. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Verf. verwarft sich gegen die Annahme Linsers, daß Verf. für sich die Priorität bezüglich der Anwendung konzentrierter, intravenöser Salvarsaninjektionen beanspruche. Schourp-Danzig.

42) **Eine neue Spritze für intravenöse Injektionen**, von A. Fontana. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Mit gewöhnlichen Spritzen entstehen oft Schwierigkeiten dadurch, daß der Kolben infolge der Länge des Stabes nicht immer glatt und ohne Ruck fortschreitet. Der Verf. hat daher eine Spritze herstellen lassen, bei der die Fortbewegung des Kolbens durch ein Zahnrad und eine Zahnstange bewirkt wird. Um den Kolben fortgleiten zu lassen, braucht man nur den Knopf zu drehen. Schourp-Danzig.

43) **Patientenserum als Neosalvarsanvehikel**, von Schubert. (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 52.)

0,45 Neosalvarsan in 10 ccm Serum mit der Rekordspritze wurde sehr gut vertragen. Nebenwirkungen traten nicht auf. Raff-Augsburg.

- 44) **Über Organveränderungen bei mit Salvarsan behandelten Tieren**, von V. Mucha und L. W. Ketron. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 44 u. 45.)

Nach einer knappen Zusammenfassung der bisher mitgeteilten Erfahrungen über die Wirkungen des Salvarsans auf den tierischen Organismus, kommt Verf. auf Grund eingehender Versuche bei Kaninchen zu folgenden Schlüssen: Das Salvarsan führt bei Anwendung hoher Dosen zur Nekrose des sezernierenden Nierenepithels, die bis zur Zerstörung der ganzen Tubuli, d. h. des Epithels der Membrana propria führen kann. Die Injektion hoher Dosen bewirkt (wenn das Tier die Injektion einige Tage überlebt) das Auftreten von kleinen Hämorrhagien im Gehirn, besonders in der Gegend des Pons. Wiederholte kleine Dosen von Salvarsan in konzentrierter Lösung schädigen das sezernierende Epithel und begünstigen besonders das Auftreten von Verkalkungen. Kleine selbst wiederholte Dosen in verdünnter Lösung schädigen das Epithel der Niere viel weniger. Das Salvarsan wirkt in jeder Dosierung, besonders bei wiederholten Injektionen, auf die Gefäße der Niere und die Glomeruli schädigend ein. Es bedingt Hyperämie und Hämorrhagien, sowie Verdickung, bzw. Obliteration der kleinen, meist präkapillaren Gefäße in der Niere.

Willy Cohn-Berlin.

- 45) **Die experimentelle und klinische Analyse des „Salvarsans“**, von Fr. Luithlen u. V. Mucha. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Verf. hebt hervor, daß weder der Spirochätenzerfall, noch der Wasserfehler die Frage des Salvarsanfiebers in befriedigender Weise erklären kann. Experimentell konnten sie an Kaninchen feststellen, daß intravenösen alkalischen Salvarsaninjektionen unter Umständen Fieber folgt, während saure Injektionen in genügend hoher Dosierung stets Erhöhung der Körpertemperatur bedingen. Dies scheint auf dem Säuregehalt als solchem zu beruhen. Das Salvarsanfieber wollen die Verf. als Zellzerfallsfieber aufgefaßt haben, insofern als durch die Einwirkung des Salvarsans pathologisches Gewebe zerfällt, die Zerfallsprodukte in den Kreislauf gelangen und so das Fieber bedingen.

Willy Cohn-Berlin.

- 46) **Über gummöse Papillitis nach Salvarsaninjektion**, von N. Kummagai. (Arch. f. Augenheilkunde. LXXV. Heft 1.)

Bei einem 31jährigen Bauern entwickelte sich 3 Monate nach Primäraffekt, der nach Behandlung mit subkutanen Salvarsaninjektionen geheilt war, eine gelblich-grauweiß verfärbte, sulzige Masse auf der Papille. Die Papille war selbst sehr stark prominent etwa 8 Dioptrien = $2\frac{2}{3}$ mm. Die Netzhaut war in der ganzen Umgebung getrübt und wallartig angeschwollen, die Grenzen der erkrankten Partie verwaschen mit gelblichen, länglichen, zackigen Herden. Auch einzelne streifige Blutmengen fanden sich. Die Gefäße waren ganz bedeckt und unsichtbar. Es bestanden starke Glaskörpertrübungen. Auf Jodkali innerlich und Hydrargyr. oxycyanat. 0,01 als Injektion jeden 2. Tag bildete sich die sulzige Masse zurück, so daß zuletzt das Bild der neuritischen Atrophie übrig blieb. Unter Berücksichtigung zweier in der Literatur beschriebener Fälle von Scheidemann und Gutmann, sowie mit Bezug auf neuerdings nach Salvarsan berichtete Schädigungen des Opticuseintritts, kommt der Autor zu dem Schluß, daß es sich hier um eine gummöse Neubildung der Papille nervi optici gehandelt hat.

Dem Salvarsan wird ein provokatorischer Einfluß auf die Nerven im Sinne der Überempfindlichkeit zugesprochen. Gustav Erlanger.

- 47) **Über das Vorkommen der Spirochaeta pallida bei früh- und spät-syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems**, von Versé. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 44.)

Verf. hat ebenfalls wie Noguchi in einem von zwei seit 1906 in Formol aufgehobenen Gehirnen nach der Versilberungsmethode Spirochäten gefunden, nicht dagegen in vier anderen Gehirnen und ebenso nicht bei zwei frischen Gehirnen und zwei Rückenmarken von Tabikern. Dagegen fand er spärliche Spirochäten in einem Fall von gummöser Hirnsyphilis. Raff. Augsburg.

- 48) **Zur Frage der Beziehungen zwischen Syphilis und Rekurrensimmunität**, von S. Hidaka. (Zeitschrift f. Immunitätsforschung u. experim. Therapie. XVII. 1913. H. 4.)

Verf. hat einen mit Lues behafteten Affen mit der Spirochaeta Duttoni, dem Erreger der afrikanischen Rekurrens und umgekehrt einen an Rekurrens erkrankten Affen mit Lues infiziert. In beiden Fällen war die Impfung von Erfolg. Somit ist auch nachgewiesen, daß die Anergie bei Syphilis — Refraktärssein gegen Neuinfektion bei noch bestehender Krankheit — spezifischer Natur ist.

Barinbaum-Berlin.

- 49) **Die Züchtung der Spirochaeta pallida**, von St. Szécsi. (Med. Klinik. 1913. Nr. 34.)

Nach der Methode von Noguchi gelang es dem Verf. niemals, ein positives Resultat zu erzielen. Dagegen erwies sich das Verfahren von Sowade erfolgreich, das nach Verf.'s Versuchen es ermöglicht, verhältnismäßig leicht die Spirochaeta pallida auf künstlichem Nährboden in Mischkultur zu erhalten.

Biberstein-Gleiwitz.

- 50) **Die Intracutanreaktion bei Syphilis und Framboesie**, von Baermann und Heinemann. (Münchener med. Wochenschrift 1913. Nr. 28.)

Die Verff. haben versucht mit Organextrakten zu einer klinisch wertbaren Kutanreaktion zu gelangen und eine Differenzierung der Lues und Framboesie zu erreichen. Das gelang jedoch nicht, auch nicht als das Luetin von Noguchi, aus Reinkultur von Spirochäten hergestellt, angewendet wurde. Die Schlußsätze der ausführlichen Arbeit sind: 1. Daß intrakutane Luetin (oder Framboetin) Injektionen in einer ganzen Reihe von Fällen von manifester oder latenter Syphilis oder Framboesie eine sicher als positiv zu erkennende lokale Reaktion geben. Der Prozentsatz der positiven Reaktionen steigt mit dem Alter der Erkrankung und der Beschränkung der Erkrankungsherde, ferner mit der Intensität der antiluetischen Behandlung (Noguchi). 2. Die Reaktion kommt wohl dadurch zustande, daß spezifische Aufschließungskörper die injizierten Spirochätentrümmer zur Aufschließung bringen und die frei werdenden Endotoxine die entzündlichen Reaktionserscheinungen auslösen. 3. Die Reaktion ist für Syphilis und Framboesie vorläufig spezifisch und kann wechselseitig durch die entsprechende Spirochätenemulsion ausgelöst werden. Sie kann selbst bei wiederholten Revakzinationen bei sicher Gesunden nicht ausgelöst werden. 4. Eine der wichtigsten Fragen für den praktischen Ausbau der Reaktion ist die genaue quantitative Dosierung der einzelnen Luetine auf ihre Spirochätendichtigkeit und den Gehalt der Spirochätenkultur an Endotoxinen. 5. Für das Verständnis des Reaktionsmechanismus und dessen Zusammenhang mit spezifischen Vorgängen im syphilitisch erkrankten Organismus sind noch grundlegende experimentelle Arbeiten nötig, die die Auf-

schließung der Spirochäten und die Zerlegung derselben in ihre Komponenten als Ziel haben. 6. Die Luetinreaktion zeigt weitgehende Analogien mit der Tuberkulinreaktion.

Raff-Augsburg.

51) **Die Hautreaktion bei Lues und ihre Beziehung zur Wassermannschen Reaktion**, von R. Müller und R. O. Stein. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 21.)

Die Verf. besprechen klinisch und technisch wichtige Erfahrungen bei der Intrakutanreaktion. Aus luetischen Drüsen des Frühstadiums konnten sehr brauchbare Extrakte gewonnen werden, während die Aufschwemmung einer sehr spirochätenreichen Pneumonia alba starke aber unspezifische Reaktion ergab. Alle Fälle mit Gumma, sowie solche im latent gummösen Stadium ergaben positive Reaktion, welche im Sekundärstadium ausnahmslos bei malignen Fällen, im Primärstadium dagegen sehr selten erzielt wurde. Als sicher glauben Verf. ansehen zu können, daß ein negativer Ausfall der Intrakutanreaktion das Bestehen eines Gummata ausschließt. An zehn Fällen mit klinisch latenter Spätluetis, die zurzeit der Kutireaktion negative oder fast negative Wassermannreaktion zeigten, die aber — soweit es in Erfahrung zu bringen war — zur Zeit manifester Erscheinungen nach Wassermann positiv reagiert hatten, konnten Verf. zeigen, daß sie alle bis auf einen nach erfolgter intrakutaner Inokulation Umschlag der Seroreaktion ergaben. Dagegen hatten von 4 Fällen mit manifesten Späterscheinungen nur jene zwei Reaktionsanstieg, die schon zur Zeit der Intrakutanimpfung Andeutung einer positiven Wassermannreaktion aufwiesen, während die beiden völlig negativ reagierenden nicht die geringste Vermehrung von Reaginen erkennen ließen.

Willy Cohn-Berlin.

52) **Kutireaktion bei Lues**. 3. Mitteilung von R. Müller u. R. O. Stein. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38 u. 40.)

Die Intrakutanimpfung wurde teils mit Spirochätenreinkultur (Kulturluetin), teils mit luetischem Organextrakt ausgeführt. Die Impfreaktion mit Spirochätenreinkultur gestattete den Autoren bereits nach 24 Stunden eine sichere Differenzierung von den nicht reagierenden Fällen, im Gegensatz zu Herkano, Boas und Ditlevsen, welche das Resultat erst am 4. Tage ablasen. Die Reaktionsformen präsentierten sich als Erythem, Papeln, in seltenen Fällen als Pusteln von tage- bis monatelangem Bestehen. Zur Impfung mit luetischem Organextrakt benutzten Verf. vorwiegend luetische Drüsen des primären und sekundären Stadiums, unter zahlreichen Extrakten erwies sich etwa der 3. Teil als gut, während der Rest nicht zu gebrauchen war. Auch die Haltbarkeit der Extrakte ist verschieden groß. Mit Fischer und Klausner finden die Autoren nach 2—3 Tagen den Höhepunkt der Reaktion, deutlich sichtbar ist sie bereits nach 24 Stunden. Gegen die manchmal bei Kontrollfällen auftretenden „Pseudoreaktionen“ betrachten die Autoren als typisch „die Ausbildung eines roten Hofes, wobei ein Infiltrat verschiedener Intensität in allen sicher reagierenden Fällen wahrzunehmen ist“. Dieses Infiltrat ähnelt je nach Intensität und Farbennuance erysipeloiden oder urtikariellen Plaques. Fälle, die kein deutliches Infiltrat, jedoch eine scharf begrenzte Rötung zeigten, wurden als schwach positiv bezeichnet. In bezug auf Inkubationsstadium, Aussehen der Reaktion, Wirksamkeit der filtrierten bzw. unfiltrierten Extrakte und namentlich hinsichtlich der Impfresultate weichen die Ansichten fast aller Autoren, einschließlich der Verf. voneinander ab. Jedenfalls spricht ihrer Meinung nach deutlich positive Reaktion mit Originalluetin für tertiäre Lues.

Willy Cohn-Berlin.

- 53) **Luetin reaction in syphilis**, by C. A. Simpson. (Washington. Med. Soc. 1913. Februar.)

Die Resultate, welche das Luetin ergab, berechtigen zu der Annahme, daß diese Reaktion besonders in alten und unklaren Syphilisfällen von hohem Werte sein wird, wenn auch in den frühen Stadien der Krankheit die Wassermannreaktion den Vorrang behalten dürfte. Die Einfachheit der Technik wird die Einführung der neuen Methode erleichtern. Von 50 mit Luetin injizierten Fällen wurden 43 mit Wassermannreaktion kontrolliert und zwar alle Stadien der Syphilis und 5 Tabesfälle. Von 38 Fällen manifester Lues reagierten über 80 % positiv, höher aber war der Prozentsatz bei tertiärem Stadium. Unter den 5 Tabesfällen hatten 3 eine Vorgeschichte mit Syphilis, 2 von diesen ergaben positive Luetin- und Wassermannreaktion. In der Diskussion wurde der spezifische, diagnostische Wert der Luetinreaktion gerühmt und teilweise über die Wassermannreaktion gestellt. J.

- 54) **Über die Fortschritte in der Behandlung der Syphilis**, von Behring. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

In diagnostischer Beziehung hat uns die Wassermannreaktion aufgeklärt über die große Verbreitung der Lues, und die Lumbalpunktion über die frühzeitige Beteiligung des Zentralnervensystems. Salvarsan ist nach Behring unübertroffen bei der Abortivbehandlung der primären Syphilis. Bei der latenten Syphilis kommen wir ohne Quecksilber nicht zum Ziel. Das beste Präparat ist Kalomel. Als wichtigste Entdeckung ist die Spirochäte anzusehen. Wir sind dadurch instand gesetzt, durch rechtzeitige Abortivbehandlung einer Allgemeinbehandlung vorzubeugen. Diese Abortivbehandlung stellt das zu erstrebende Ideal in der Luesbehandlung dar. Lengefeld-Brandenburg a/H.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 55) **Über Simulation krankhafter Zustände der Harnorgane**, von C. Adrian. (Zeitschrift f. urolog. Chirurgie. II. 1913. H. 2.)

Simulationen auf urologischem Gebiet sind erst jüngeren Datums und kommen häufiger beim männlichen Geschlecht vor. Verf. teilt die Täuschungsmöglichkeiten in vier Gruppen: 1. Vortäuschungen durch Erzeugung abnormen Geruches und abnormer Färbungen des Urins; 2. solche durch Anomalien der ausgeschiedenen Harnmenge; 3. simulierte Störungen der Harnentleerung, 4. Simulationen eigentlicher Erkrankungen des Harnapparates, d. h. Hintergehungsversuche, bei denen eine Organerkrankung direkt nachweisbar ist oder Veränderungen des Urins sich vorfinden, die als Symptome einer Organerkrankung gedeutet werden können. Diese Täuschungen werden ausgeführt durch Zusatz von Farbstoffen oder durch den Genuß von Medikamenten, die den Urin färben. Die Harnmenge wird geändert durch sehr reichliche Flüssigkeitszufuhr, in der Klinik durch Demonstration zusammengeschnittener Urine anderer Kranker. Störungen der Harnentleerung täuschen die Patienten durch angeblich erschwerte Urinentleerung an, indem sie die Bauchpresse nicht anstrengen. Zur letzten Gruppe gehören künstliche Verletzungen der Harnröhre, Einspritzen von ätzenden Flüssigkeiten oder Luft in die Blase usw. Die meisten Simulanten kann man durch genaue Untersuchungen des Körpers, vor allem bei irgend welchem Verdacht durch exakte Analyse des Harns entlarven. In schwierigeren Fällen, z. B. bei schlecht kontrollierbaren Beschwerden, ist die Anamnese zu berücksichtigen und Beobachtung in geschlossener Anstalt notwendig. Barinbaum-Berlin.

- 56) **Bericht über die Tätigkeit der an die Straßburger chirurgischen Universitäts-Poliklinik angeschlossenen Poliklinik für Harnkranke**, von C. Adrian. (Internationales Archiv f. d. Krankheiten der Harnorgane. VIII. 1913.)

Bei Betrachtung der Tabelle der Patienten, die zur Behandlung gekommen sind, fallen bei den Männern zwei stärkere Anstiege von 21—30 Jahren (Gonorrhoe) und von 50—70 Jahren (Prostatahypertrophie) auf, bei den Frauen ist die Kurve einfacher; sie steigt sanft, ein Maximum zwischen 26 und 40 Jahren erreichend, an. Verf. lenkt die besondere Aufmerksamkeit des Lesers auf die Mißbildungen im uropoetischen System, über die er eine besondere Arbeit veröffentlicht hat, von der er hier eine ausführliche Disposition gibt. Im Anschluß folgen die Krankengeschichten zweier Patienten mit angeborenem einseitigen Nierendefekt, die Verf. selbst beobachtet hat. Während in diesen Fällen die Palpation ein sehr zweideutiges Resultat ergibt, spielt sie eine gewisse Rolle bei der Diagnose der Hufeisenniere, die ebenfalls sehr schwer zu erkennen ist. Der Besprechung der Vererbung von Harnleiden widmet Verf. einen besonderen Abschnitt. Aus der Zusammenfassung der Ergebnisse seien einige Punkte hervorgehoben: Vererbungen von zystösen Degenerationen, Ernährungsstörungen bzw. Stoffwechselanomalien. Bei der Vererbung letzterer Erkrankungen handelt es sich um die Vererbung der Disposition. Ferner gibt es Vererbung von Albuminurie in verschiedenen Lebensaltern. Angeborene Schrumpfniere ist nicht auf eine Übertragung der bei der Mutter bestehenden Nephritis zurückzuführen, sondern auf eine direkte Giftwirkung des Blutes der kranken Mutter auf die fötale Niere. Bei anderen Erkrankungen, z. B. Phosphaturie, Enuresis nocturna, spielt das neuropathische Moment eine Rolle.

Barinbaum-Berlin.

- 57) **Metastasierendes Prostatakarzinom, Lymphosarcomatosis simulierend**, von Lundsgaard. (Virchows Archiv. CCXIII. H. 1.)

Der zweite Fall in der Literatur (v. Baumgarten), wo erst durch die mikroskopische Untersuchung durch den Obduzenten die richtige Diagnose auf Prostatakarzinom gestellt werden konnte. Die mächtigen Metastasen besonders in den Hals- und Mediastinallymphdrüsen waren rein fibroplastischer Natur.

Pürckhauer-Dresden.

III. Bibliographie.

W. Scholtz, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**. (I. Bd. Geschlechtskrankheiten. Leipzig, Hirzel, 1913. 12 Mk.) — In dem ersten Bande dieses Lehrbuches sind Gonorrhoe, Ulcus molle und Syphilis besprochen. Naturgemäß nimmt letztere den größten Raum ein und hier findet sich alles vereint, was uns die neueren Forschungen der Syphilis als gut fundamentierte Tatsachen erwiesen haben. Die Diktion ist flüssig und überall erkennt man den tätigen Forscher, der auf allen Gebieten selbst mitgearbeitet hat und die Literatur völlig beherrscht. Ich bin sicher, daß sich dieses Lehrbuch bald Anerkennung unter Studierenden und Ärzten verschaffen wird, zumal der Gegenstand wesentlich unterstützt wird durch 84 meist farbige Abbildungen und Tafeln, welche ausgezeichnet gelungen sind. J.

A. Kollmann und S. Jacoby, **Urologischer Jahresbericht, einschließlich der Erkrankungen des männlichen Genitalapparates**. (Leipzig, Klinkhardt, 1913. 21 Mk.) — Dieser die Literatur des Jahres 1912 umfassende Jahresbericht hat sich bereits als so vorzüglich bewährt, daß wir ohne denselben glauben kaum auskommen zu können. In überraschender Weise wird das ungeheure Material gesichtet und von sachverständiger Seite praktisch beleuchtet. So eignet es sich in der Tat zu einem ausgezeichneten Nachschlagewerk. J.

V. Mentberger, **Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Arsentherapie der Syphilis** mit besonderer Berücksichtigung des Salvarsans und des Neosalvarsans nebst einer systematischen Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Literatur. (Jena, Fischer, 1913. 9 Mk.) — In der Monographie haben wir eine außerordentlich fleißige Zusammenstellung, welche aber doch zu sehr die Schattenseiten und weniger die Vorteile des Salvarsans hervorhebt und daher nicht als völlig objektiv zu betrachten ist. Zudem ist vieles Veraltet, welches durch neue Erfahrungen längst überholt ist, viel zu breit geschildert. Wenn die Straßburger Schule das Neosalvarsan nicht verwendet und empfiehlt, so ist auch dieser Standpunkt angesichts der Erfahrungen vieler anderer nicht zu billigen. Ich z. B. verwende nur Neosalvarsan und nur in konzentrierter intravenöser Injektion und bin mit den Erfolgen durchaus zufrieden. Das vorzügliche Literaturverzeichnis ist von unschätzbarem Werte. J.

W. Gennerich, **Die Liquorveränderungen in den einzelnen Stadien der Syphilis**. (Berlin, Hirschwald, 1913. 2,80 Mk.) — Verfasser hat sich ein großes Verdienst um die Salvarsanbehandlung erworben, und auch die vorliegende Monographie bringt uns einen großen Schritt weiter. Mit Recht bezeichnet Verfasser diesen Beitrag zur Biologie des Syphilisvirus im menschlichen Körper als eine Mahnung zur Vermeidung oberflächlicher Salvarsanbehandlung und verlangt im Sinne Neissers die Salvarsanbehandlung ausreichend zu gestalten. Die Liquorkontrolle ist eine wertvolle Ergänzung unserer diagnostischen Methoden, da sie uns über eine der schwerwiegendsten Lokalisationen des Krankheitsgiftes, über die meningeale Infektion, zu orientieren vermag. Daher haben wir die Pflicht, den Liquor nachzukontrollieren, um ein drohendes Verhängnis noch abzuwenden. Es stellt sich nämlich heraus, daß in jedem Stadium der Lues die angewandte Behandlung hinsichtlich ihrer Intensität bzw. Dauer dem Alter der Infektion entsprechen muß. Andernfalls tritt eine bevorzugte Entwicklung der meningozebralen Herde ein. Verf. hat nun das Glück gehabt, an einem bevorzugten und konstanten Krankenmaterial der Marinestation in Kiel seine Erfahrungen sammeln zu können und trägt unter Mitteilung zahlreicher instruktiver Krankengeschichten viel zur Klärung des Syphilisverlaufes bei. Daher kann das Studium dieser Broschüre nicht warm genug empfohlen werden. J.

S. Jessner, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**. (II. Bd. Geschlechtskrankheiten. 4. Aufl. Würzburg, Kabitzsch, 1913.) — Im zweiten Bande seines Lehrbuches bewährt sich wieder der oft am Verfasser gerühmte klare Stil, der alles Wissenswerte enthält und auch die neuesten Errungenschaften auf diesem Gebiete voll verwertet. J.

H. Schlesinger, **Syphilis der Bronchien und der Lungen**. (Handbuch der Geschlechtskrankheiten, Wien, Hölder.) — Dieses Kapitel der Lues zeigt noch so wenig gesicherte Grundlage, daß die vorliegende Bearbeitung mit Dank zu begrüßen ist. Verfasser stellt nicht nur das vorhandene Material in ausgezeichneter Weise zusammen, sondern ergänzt es auch sehr wesentlich durch eigene Beobachtungen und Erfahrungen. J.

Klinisches Wörterbuch. Die Kunstausdrücke der Medizin, erläutert von O. Dornblüth. (Fünfte, wesentlich vermehrte Aufl. Leipzig, Veit & Comp., 1914. 5 Mk.) — Das Vorliegen der fünften Auflage beweist am besten die Anerkennung, welcher sich dieses Wörterbuch bei Ärzten und Studierenden erfreut. Es ist selbst dem Belesenen schwer, die vielen Kunstausdrücke und Fremdwörter, welche in der wissenschaftlichen Medizin verwandt werden, im Gedächtnis zu bewahren. Hier kommt uns das vorzüglich organisierte Wörterbuch vorzüglich zu Hilfe, indem es die gebräuchlichen Fremdwörter mit kurzer Angabe der Ableitung und der Bedeutung und die wichtigsten Kunstausdrücke aus den alten und aus den neuen Sprachen zusammenstellt. J.

IV. Therapeutische Notizen.

Rosacea:

Rez.	Pasta Zinci	
1)	Resorcini subtil. pulv.	ana 20,0
	Vaselini	10,0

M. f. past.
(Unna.)

J.

Karzinom:

- Rez. 1. Arsenik-Zinnober-Paste
Acid. arsenic. 2,0
Hydrarg. sulfurat. rubr. 6,0
Carb. anim. 2,0
Glycerin. 1,0
Vaselin. ad 20,0
- 2) S. Aufstreichen in 8tägigen Zwischenräumen
auf die zu behandelnden Teile.

- Rez. 2. Natr. silic.
Kal. silic.
Magn. ust. ana 20,0
Sach. lact. 40,0
M. f. pulv. da ad vitr.

- S. Messerspitzenweise 3mal täglich zu nehmen.
(Zeller.)

J.

Eczema manuum et pedum:

- Rez. Kalc. caust. 2,0
Spirit.
Aq. dest. (rosar.)
Glycerin. ana ad 100,0
- 3) S. Zur Verhütung von Rückfällen zweimal täglich
zu waschen.
(Veiel.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Januar 1914.

Blaschko demonstriert I. eine Patientin mit einer **Keratose** der Handflächen; es finden sich Placques, die aus einzelnen kleinen Hornwarzen zusammengesetzt sind und wahrscheinlich auf einer früher mehrfach applizierten Arsenmedikation beruhen;

II. einen Patienten, der das eigenartige Krankheitsbild des **Lupus erythematosus** der Kopfhaut des Gesichts in Verbindung mit Tuberkulomen des Gesichts darbietet;

III. einen Fall von **serpiginösem Syphilid** und eigentümlichen Ödemen an beiden Händen, die höchstwahrscheinlich die Folge einer Lymphangitis sind, welche durch Kratzen und nachfolgende Infektion entstanden ist.

Hoffmann stellt ein Mädchen von 14 Jahren mit **Erythema induratum** an beiden Beinen vor.

Arndt zeigt einen Patienten mit **sekundärer Lues** und **Hauttuberkulose**, sogen. Acanthis an den oberen Extremitäten; letztere ist anscheinend die Folge einer primären Halsdrüsentuberkulose.

H. Isaac demonstriert I. einen vor 4 Wochen von Ledermann mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose **Epitheliom** im Augenwinkel vorgestellten Patienten; nach 6maliger Bestrahlung mit 15 mg Radium unter Anwendung eines Bleifilters ist jetzt bis auf etwas Ödem Heilung eingetreten;

II. einen Mann mit starker Verdickung der Endphalangen sämtlicher Finger und Zehen, auch die Nägel sind stark verbreitert; wie das Röntgenbild ergibt, sind die Knochen an der Hypertrophie beteiligt; es handelt sich um **partiellen Riesenwuchs**, die sogen. Osteoarthropathie pneumique hypertrophiante.

Bab stellt einen Patienten vor, dem er einen gestielten Tumor an der Haut des Oberschenkels mit inguinaler Drüsenanschwellung operativ entfernt hatte; 3 Wochen darauf traten in der Umgebung der Narbe eine größere Anzahl von Geschwülsten auf; die Geschwulst erwies sich als **Naevuskarzinom**.

Fritz M. Meyer: **Über die neueren Fortschritte in der Röntgentherapie und ihre Bedeutung für die Dermatologie**. Votr. empfiehlt auf Grund umfangreicher Versuche die Anwendung der harten Strahlen für gewisse Hautaffektionen, und zwar unter Anwendung eines Aluminiumfilters und des Dosimeters von Sabouraud-Noiré, das allerdings auf mittelweiche Strahlen eingestellt ist und daher meist überschritten werden muß; wünschenswert ist die Benutzung größerer Röhren; indiziert ist die Behandlung besonders bei chronischen Ekzemen — bei akuten höchstens bei sehr starkem Juckreiz —, bei der Hypertrichosis mit Volldosen, bei Karzinom, besonders bei Rezidiven mit Drüsenschwellungen; Spätschädigungen hat Votr. nicht gesehen.

Sitzung vom 10. Februar 1914.

Rosenthal demonstriert zwei Fälle, die Analoga zu den in der vorigen Sitzung von anderer Seite vorgestellten bilden: im ersten handelt es sich um eine **Hauttuberkulose** in der Form von Erythema induratum oder Lupus erythematosus kompliziert mit Knoten im Unterhautfettgewebe; im zweiten um eine Anzahl **kleiner Tumoren**, die sich auf der Basis von Naevus entwickelt haben und mikroskopisch im wesentlichen Granulationsgewebe zeigen.

Blumenthal stellt ebenfalls einen Fall von **Hauttuberkulose** vor: ein junges Mädchen mit tuberkulöser Grundlage, bei der sich Lupus erythematosus der linken Wange, subkutane Knoten und lupusartige Knötchen an der Ohrmuschel finden.

Sprinz zeigt einen Patienten mit **Lichen ruber verrucosus** an einem varikösen Unterschenkel, mit charakteristischen mikroskopischen Präparaten; nachdem Behandlung mit Chrysarobin und Arsen ohne wesentlichen Erfolg geblieben sind, soll jetzt Kohlensäureschnee angewandt werden.

F. Munck: **Über syphilitische Nierenerkrankungen**. Es empfiehlt sich, bei denluetischen Nierenerkrankungen nicht von Nephritis, sondern von Nephrose zu sprechen, da es sich hier meist nicht um entzündliche, sondern um degenerative Vorgänge handelt. Die Frage, ob eine Nierenaffektionluetischer Natur ist, läßt sich meist schwer entscheiden; früher war der Einfluß der spezifischen Therapie vielfach ausschlaggebend. Votr. hat eine größere Anzahl von einschlägigen Fällen vonluetischer Nierenerkrankung klinisch und pathologisch-anatomisch beobachtet und stellt einen bestimmten Symptomenkomplex auf: die akuten Fälle betrafen meist Frauen; auffallend war die hochgradige Anämie, Schwäche, es fanden sich Ödem, leichte Temperaturerhöhung, die Urinmenge schwankte zwischen 300 und 1000 ccm mit hohem spezifischen Gewicht und, als besonders charakteristisch, sehr hohem Eiweißgehalt; charakteristisch sind auch die doppeltbrechenden lipoiden Substanzen im Harnsediment. Pathologisch-anatomisch entspricht diese Form der großen weißen Niere; es handelt sich vorwiegend um lipoiden und albuminösen Dege-

neration der parenchymatösen Elemente. Die chronische Form derluetischen Nierenerkrankung betrifft mehr die Gefäße und das Bindegewebe; die Diagnose ist hier sehr schwierig und wird meist erst auf dem Sektionstische gestellt; im Gegensatz zur genuinen Schrumpfniere fehlt hier gewöhnlich die Blutdruckerhöhung. Hinsichtlich der Therapie ist bei den parenchymatösen Erkrankungen Vorsicht bei der Anwendung der Diuretika geboten; man sucht zunächst den Allgemeinzustand zu tonisieren und geht dann, mit kleinen Dosen beginnend, zur spezifischen Behandlung über; bei chronischen Fällen setzt die letztere sofort ein, daneben Bäder, Arsen, Eisen usw.

In der Diskussion weist E. Lesser darauf hin, daß bei manchen Fällen im Sekundärstadium der Lues doch entzündliche Vorgänge mit Spirochäten vorzuliegen scheinen; hier wirkt die spezifische Kur auffallend günstig auf die starke Albuminurie. Heller weist auf die Häufigkeit der Nierenerkrankungen bei der hereditären Lues und ferner auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen merkurieller Albuminurie undluetischer Nephrose hin.

Fritz Lesser demonstriert zum Schluß eine Tafel, die seine Untersuchungen über familiäre Syphilis betrifft.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

Auf dem klinischen Ärztetag in Bern sprach Jadassohn über seinen persönlichen Standpunkt in der Syphilistherapie. Nach mannigfaltigen Erfahrungen auf diesem Gebiete ist Verf. schließlich bei den serienweisen intravenösen Infusionen kleinerer Salvarsandosens stehen geblieben mit Kombination der Hg-Therapie. Für eventuelle intramuskuläre Injektionen fand er das Fleropräparat empfehlenswert. Die serienweisen Infusionen erzeugten nicht, wie die 1—2 malig größer dosierten, häufige Neurorezidive, welche Verf. auf das Unzureichende jener Kur zurückführt. Todesfälle waren nie zu verzeichnen, geringere Schädigungen bestanden in vorübergehenden Magen-Darmstörungen, Exanthemen, leichtem Icterus, einmal epileptiformen und apoplektiformen Anfällen. Spezifische Überempfindlichkeit äußerte sich in Kongestionen am Kopfe, heftigen Rücken- und Leibscherzen. Mit der Versuchs-dosis von 0,05—0,1 gab J. im ganzen bei Erwachsenen 2,5—3 g, in Einzeldosen bei Frauen 0,3, bei Männern 0,4 in Zwischenräumen von 5—8 Tagen. Dazu wurden Quecksilberkuren, meist Kalomelinjektionen 2—5 cg pro dosi, in Gesamtdosis 0,6—0,8 in kleineren Intervallen, vorgenommen. Die Resultate solcher Behandlung waren schnelle Rückbildung der syphilitischen Symptome und günstige Beeinflussung der Wassermannreaktion, besonders im frühen Stadium. Bei negativer Wassermannreaktion und fehlenden Symptomen in der Frühperiode rät J. eine zweite kombinierte Kur, welche aber kürzer und milder als die erste sei, dann in längeren Pausen noch einzelne Salvarsaninjektionen. Ist in späteren Stadien bei Symptomlosigkeit die Reaktion positiv, so empfiehlt er eine energische kombinierte Kur mit folgenden einzelnen Salvarsaninjektionen. J. bevorzugte das alte Salvarsan und gebrauchte bisher das Neosalvarsan nicht in größeren Dosen (Corresp.-Blatt f. Schweizer Ärzte. 1913. H. 23).

J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1914.

Mai.

Nr. 8.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Offener Brief an den Herausgeber, von A. Neisser. 2) Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der *Ulcera cruris*, von Dr. Franz Fischer. 3) Über *Ichthyosis atypica*, von Dr. Willy Cohn.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) A plea for the more accurate administration of x-ray in the treatment of skin diseases and cancer, by A. Simpson. 2) *La réaction de Wassermann en dermatologie*, par Dudumi et Saratzeano. 3) Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken, von E. Erlenmeyer. 4) Über sogenannte Nabelsteine, von R. Herzenberg. 5) Ärztliche Kosmetik der Haut, von Kromayer. 6) Die Kosmetik in der ärztlichen Sprechstunde, von S. Grosz. 7) Eine Methode zur Verstärkung der Färbung schwer färbbarer Gewebe bei Anwendung der Methoden: polychrome Methylenblaulösung-Glycerinäther und Karbol + Methylgrünlösung + Pyronin, von Th. Reimann. 8) Über den Tryptophangehalt normaler und pathologischer Hautgebilde und maligner Tumoren, von H. Fasal. 9) Über Mesothoriumschädigung des Hodens, von M. Simmonds. 10) Über den Typhus exanthematicus, von L. Arzt und W. Kerl. 11) Über Entfernung von Tätowierungen, von Stern. 12) *Ekcema marginatum*, by I. W. Miller. — Entzündliche Dermatosen. 13) Beitrag zur Frage der Beziehung der Psoriasis zur Tuberkulose, von Warnecke. 14) *De la pathogénie du psoriasis*, par A. Leroy. 15) Postpsoriatische Atrophie der Haut, von Zürn. 16) *Mycosis fungoides following psoriasis*, by H. Fox. 17) Beiträge zur Ätiologie des Ekzems, von N. Enomoto. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 18) Mesothorium bei Kazinomen der Haut und anderer Organe, von Kutznitzky. 19) Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure, von Weinbrenner. 20) Ein Fall der Pagetschen Krankheit, von R. Audo. 21) *Cuir chevelu encéphaloïde*, par L. F. Calle. 22) Über die Bedeutung des Cholesterins für die Xanthombildung, von E. Schmidt. 23) *Morbiform naevus with hemihypertrophie*, by E. Ward. 24) *Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) akne keloid*, by H. G. Adamson. 25) Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der *Raphe scroti*, von Sh. Matsumoto. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 26) Über die Leprafrage in Kurland, von I. Sadikoff. 27) Die Krebssterblichkeit unter den Leprakranken des Rigaschen städtischen Leprosoriums, von R. Biehler. 28) *Traitement du mycosis fungoïde par les rayons X*, par Du Bois. 29) Beitrag zur Gold- und Kupferbehandlung des *Lupus vulgaris*, von V. Mentberger. 30) Weiterer Beitrag (Anleitung) zur Behandlung der Haut- und chirurgischen Tuberkulose mit Lecutyl (Lezithinkupfer), von A. Strauss. 31) Über disseminierte postexanthematische hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis, von M. A. Bourgeois. 32) Nasenersatz bei *Lupus vulgaris*, von O. Salomon. — Gonorrhoe. 33) Die Ausbreitung der *Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum* auf die inneren Sexualorgane, von A. Kenessy. 34) Hegenon in der Gonorrhoebehandlung, von Bohm. 35) Über intravenöse Arthigoninjektionen, von Kyrle und Mucha. 36) Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen, von Lewinski. 37) *Vaccinothérapie et vaccinodiagnostic de la blennorrhagie*, von Frohnstein. 38) I. *Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications.* II. *Vaccins stables et atoxiques à propos d'un vaccin antigonococcique*, par Ch. Nicolle et L. Blazot. III. *Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antigonococcique*, par P. Remlinger. 39) Über die Ver-

breitung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung Revals, von A. Spindler. 40) Zur Kenntnis der Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen, von R. Sussmann. — Syphilis. 41) Über Behandlung der Syphilis mit Embarin, von A. Gappisch. 42) Injection necroses in syphilis, by M. L. Heldingsfeld. 43) Über Jodostarin, von Stümpke. 44) Erfahrungen mit Jodocitin, von H. Meyer. 45) Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Schriften zum Besten der Errichtung von Volksnervenheilstätten, herausgegeben von J. Bresler. 46) Syphilitherapie und Wassermannsche Reaktion, von S. Gross und R. Volk. 47) Rôle de la cholestérine dans la reaction de Wassermann, par Loushe et Mortlaur. 48) Titration des Komplements bei der Wassermannschen Reaktion, von Kotzewaloff. 49) Die Eigenhemmung der Sera, ein Symptom der Lues, von J. Trinchese. 50) Über die Brauchbarkeit der Bariumsulfatbehandlung von Leichenserum zwecks serodiagnostischer Untersuchung, von M. Stern. 51) Zur Theorie der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion, unter besonderer Berücksichtigung der Versuche an Kaninchen, von Prausnitz und M. Stern. 52) Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von Wesener. 53) Die Chemie des Leukozytozoon der Syphilis und der Schutzzellen gegen dasselbe, von J. E. Radcliffe, Mc Donagh und R. L. Mc Kenzie. 54) Syphilis du pancreas, par W. Sallis. 55) Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung der Papillitis nervi optici bei der Säuglingssyphilis, von S. C. Beck und M. Mohr. 56) Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung, von Uhlenhuth und Mulzer. 57) La syphilis méningée, par Desneux, Dujardin et O. Weill. 58) Zur Histologie der kongenitalen Dünndarmsyphilis, von Warstat. 59) Veränderungen der Art. iliac. commun. bei Syphilitikern, von Steln. 60) Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 und 1495. Der Brief des Scillacio und der Reisebericht des Monetarius, untersucht von K. Sudhoff. 61) Über die Beziehung der experimentell erzeugten Tiersyphilis zur menschlichen Lues, von A. Busche. 62) Über einen Fall vonluetischer Erkrankung des Chiasma, von Ischreyt. 63) Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus, von Benario. 64) Deux nouveaux cas de mal de Pott syphilitique, par Pied. — Krankheiten der Urogenitalapparates. 65) Über den Nachweis von Jod im Harn, von F. Lesser. 66) Ein Vorschlag zur Behandlung der Prostatahypertrophie, von A. Adler. 67) Le cathétérisme des canaux éjaculateurs, par Luys. 68) Weitere Beobachtungen über die Urobilinogenreaktion im Harne Scharlachkranker, von C. Schelenz. 69) La cystite incrustée, par François. 70) Penoplastik bei Phagedänismus, von Brault.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes.

I. Originalmitteilungen.

1. Offener Brief an den Herausgeber.

Sehr geehrter Herr Kollege!

In der mir soeben in die Hände kommenden Nummer vom 6. März 1914 Ihres „Dermatologischen Zentralblattes“ finde ich den Artikel des Herrn Kollegen Breitenstein: Ist die Framboesia tropica Syphilis? und darin gleich eingangs die Bemerkung, daß ich Syphilis und Frambösie für dieselbe Krankheit halte.

Mir ist völlig unerfindlich, wie Breitenstein, wenn er meine Arbeiten darüber kennt, zu dieser Behauptung kommt, denn ich habe mich mehrfach — leider habe ich hier die Literatur nicht zur Hand — in der präzisesten Weise dafür ausgesprochen, daß beide Krankheiten zwar verwandt seien, aber sonst vollständig getrennt werden müßten. Den eklatanten Beweis dafür habe ich durch von mir und meinen Mitarbeitern in Java

publizierte Tierversuche erbracht, indem ich frambösiekranken Tiere erfolgreich mit Lues impfen konnte, ganz ebenso wie es Charlotius bei Menschen getan hatte.

Vielleicht haben Sie, sehr verehrter Herr Kollege, die Güte, diese kurzen Worte demnächst zu veröffentlichen.

Ihr Ihnen sehr ergebenster

A. Neisser,
zurzeit Wiesbaden.

2. Über Pellidol und Azodolen bei der Behandlung der *Ulcera cruris*.

Von Dr. Franz Fischer in Düsseldorf,
Spezialarzt für Hautkrankheiten.

Anschließend an meine frühere Veröffentlichung über die Behandlung der *Ulcera cruris*¹ sei es mir gestattet, meine Erfahrungen niederzulegen, die ich mit zwei von Kalle & Co. in den Handel gebrachten Medikamenten, dem Pellidol und Azodolen, gemacht habe. Da besonders die Arbeiten von Polland², ferner von Th. Hoffa³ und von Haas⁴ Anregungen zu Versuchen gaben und ich die epithelbildende Wirkung der Scharlachrotsalbe, des Grundstoffes der genannten Präparate, kannte, so habe ich bei über 150 Patienten mit Beingschwüren die genannten Präparate angewandt.

Pellidol ist ein Derivat des Amidoazotoluols, des wirksamen Bestandteils der Scharlachrotsalbe und soll den Vorzug vor der Grundsubstanz haben, daß es nicht färbt und leicht löslich ist in den üblichen Salbengrundlagen mithin schon in geringer Konzentration als Salbe verwandt werden kann.

Azodolen enthält neben dem Pellidol noch Jodolen, ein Jodeiweißpräparat, das zirka 90 % Jodgehalt hat. Der Zweck dieses Zusatzes soll sein, neben der epithelbildenden noch eine desinfizierende Wirkung des Präparates zu erzielen.

Beide Substanzen habe ich sowohl in Pulverform als auch in Salben bei allen Stadien der Geschwürsbildung derartig oft versucht, daß ich glaube, ein abschließendes Urteil abgeben zu können. Bevor ich die Therapie

¹ *Ulcera varicosa*, ihre Behandlung und Berücksichtigung der Indikationsstellungen. Leipzig, Veit & Comp., 1912.

² Überhäutung großer Hautdefekte unter besonderer Berücksichtigung von Pellidol und Azodolen. Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 13.

³ Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis. Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 5.

⁴ Über die Verwendbarkeit des Pellidol und Azodolen in der Augenheilkunde. Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges. 1913. Nr. 40.

mit obigen Medikamenten anfang, sorgte ich stets für eine gründliche Vorbehandlung der Ulcera nach den Grundsätzen, daß kein Ulcus verbunden werden darf, bevor sämtliche entzündlichen Prozesse in der Wunde und in ihrer Umgebung beseitigt, die gangränösen, schmierigen oder eitrigen Belege abgestoßen und die Sekretionen auf ein Minimum herabgesetzt sind.¹ Alsdann versorgte ich wahllos die Wunden entweder mit Salben in 2—5 %iger Konzentration und legte einen Kompressionsverband an, oder mit Pulver, und fixierte dasselbe durch einen reizlosen Heftpflasterverband. Diese Verbände blieben durchschnittlich 3—5 Tage liegen.

Die Beobachtungen über die Verträglichkeit der Verbände waren bei den beiden Präparaten vollkommen verschieden:

Das Pellidol machte überhaupt keine schmerzhaften Reizerscheinungen, weder in der Wunde selbst, noch in der Umgebung; ich sah sogar bei den Salbenverbänden des öfteren noch bestehende geringe Schmerzhaftigkeit schwinden. Auch die stärkeren Konzentrationen schmerzten nicht. Nur zwei Patientinnen konnten angeblich das Pellidol nicht gebrauchen, weil es „zu arge Schmerzen“ verursache. Bei genauerer Beobachtung stellte es sich jedoch heraus, daß die Wunden noch zu stark sezernierten und daß der Schmerz dadurch bedingt war. Nach längerer Applikation von Umschlägen wurde auch von diesen Patienten das Präparat schmerzlos weiter angewandt. Diese gute Eigenschaft des Pellidols, daß es reizlos wirkt, ferner, daß es absolut nicht färbt, gibt ihm bedeutende Vorzüge gegen das Scharlachrot, das sehr häufig schmerzt und alles verschmiert.

Anders steht es mit dem Azodolen. Sehr häufig mußte ich den Verband schon nach einem Tage abnehmen, da die Patienten es vor Schmerzen nicht aushalten konnten. Auch kleinere Ekzeme, wohl infolge des Jodgehaltes, in der Umgebung des Ulcus waren nichts seltenes. Infolgedessen mußte ich die Behandlung mit Azodolen auf bestimmte, später zu besprechende Fälle beschränken.

Was die Wirkung der Präparate anbelangt, so ist dieselbe gleichzustellen derjenigen der Scharlachrotsalbe. Die Überhäutung erfolgt im großen und ganzen vom Rande aus, jedoch ist es nicht selten, daß gleichzeitig in den Granulationen feine weiße Hautinselchen schon nach 1—2 Verbänden zu sehen sind, die bald mit der Randepithelisierung in Kontakt treten. Am besten wirkt Pellidol bei Geschwüren ersten Grades, bei oberflächlichen nur unter die Papillenschicht reichenden Geschwüren, weniger bei denen zweiten Grades, d. h. etwas tieferen Geschwüren, in denen der Geschwürsgrund noch nicht verhärtet ist, während es bei den Ulcera dritten Grades, den Geschwüren mit zirrhotischem Grund völlig versagt.

Da ich die geringere Wirkung des Pellidols bei den Geschwüren zweiten

¹ Methoden vgl. frühere Arbeit S. 9 u. 10.

Grades auf seine geringe Reizung zurückführte und eine solche bei einem großen Teile dieser Geschwüre nötig ist, so verwandte ich später in diesen Fällen, vorausgesetzt, daß keine zu große Schmerzhaftigkeit bestand, des öfteren Azodolen mit seinem Jodgehalte zur Anregung. Der Erfolg war mehrere Male frappant. Gewöhnlich bildeten sich nach dem zweiten Verbände Granulationen, die ich dann mit Pellidol weiter verbinden konnte. Bei den zirrhotischen Geschwüren versagte jedoch auch dieses Mittel.

So ergeben sich nach den reichlichen Versuchen folgende Indikationen für die Präparate:

1. Pellidol wirkt am schnellsten bei den oberflächlichen Ulzerationen, ist eine außerordentliche Bereicherung unseres Medizinschatzes bei der Behandlung der empfindlichen und schmerzhaften Geschwüre, und ist daher bei gleicher Wirkung der Scharlachrotsalbe vorzuziehen. In Verbindung mit Kokain, Anästhesin oder Zykloform verwende man es bei den schmerzhaftesten Geschwüren unterhalb der Malleolen. Bei Geschwüren zweiten Grades wirkt es nur, wenn schon Granulationsbildung vorhanden ist. Die Applikationsweise ist am besten in Salbenform, je nach Wunsch, in 2—5 $\frac{0}{10}$ iger Konzentration.

2. Azodolen gebrauche man nur bei nicht schmerzenden Geschwüren, falls Desinfektion nötig ist, oder als Adstringens, um Granulationen zu ziehen, bei Ulcera zweiten Grades am besten in Pulverform mit Pflasterverband, da unter dem Pflaster die Sekretstauung die Ränder mazeriert und mit den Granulationen in gleiche Höhe bringt. Die Verbände dürfen nicht länger als 4 Tage liegen bleiben.

Aus dem Gesagten ergibt sich, daß wir durch Einführung der beiden Medikamente eine weitere gute Auswahl an Mitteln zur Behandlung bestimmter Arten von Ulcera varicosa erhalten haben, die unsere alten Behandlungsmethoden nicht verdrängen, sondern unterstützen und verbessern helfen. Von Fall zu Fall wird uns die richtige Erkenntnis und die Erfahrung den Weig zeigen, welche Behandlungsmethode am Platze ist und vor jeder Schematisierung bewahren.

[Aus Prof. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten zu Berlin.]

3. Über Ichthyosis atypica.

Von Dr. Willy Cohn, Assistenzarzt.

Abweichungen vom gewöhnlichen Typus der Ichthyosis sind nicht häufig. Daher verdient jeder einschlägige Fall, wie wir vor kurzem einen solchen in unserer Poliklinik beobachteten, eingehende Aufmerksamkeit.

Bei dem dreijährigen Mädchen läßt sich die Affektion bis zur Urgroßmutter mütterlicherseits, also bis in die dritte Generation, stets von der Mutter auf die

Tochter vererbt, nachweisen. Die Mutter der Patientin leidet seit ihrer Geburt an übermäßigen hornigen Auflagerungen auf Handtellern, Fußsohlen, in den Leistenbeugen, Kniekehlen, Ellenbeugen und an den Brustwarzen. Ein Stillen des Kindes ist seinerzeit deswegen unmöglich gewesen. Dieselbe Krankheit besteht auch bei der Groß- und Urgroßmutter, doch hier nur an den Fußsohlen und Handtellern.

Leider müssen wir uns bei der Beschreibung des Krankheitsbildes der noch lebenden Mutter ganz auf die Angaben des Gatten verlassen, der sich wegen der zu weiten Entfernung seines Wohnortes von Berlin zu einer nochmaligen Konsultation mit seiner Frau nicht entschließen konnte. In der Familie leben noch zwei Brüder der Mutter, von denen aber nur der eine an derselben Krankheit leidet, während der andere völlig gesund ist.

Unsere Patientin selbst ist ein für ihr Alter kräftig entwickeltes Mädchen. Das Hautleiden soll schon seit Geburt an bestehen, und hat sich den verschiedensten therapeutischen Maßnahmen gegenüber immer refraktär verhalten.

Am meisten ist die Haut symmetrisch auf beiden Körperhälften in der Gegend der Achselfalten verändert. Hier sieht man, an ihrem vorderen und hinteren Rande gleichmäßig ausgeprägt, graugelbe bis grauschwarze, etwa $3\frac{1}{2}$ bis 4 cm lange Streifen, welche gegen die Achselhöhle zu konvergieren. Jeder dieser mißfarbigen Streifen besteht bei näherer Betrachtung aus einer großen Anzahl warziger, stecknadelkopf- bis höchstens hirsekorngroßer Exkreszenzen, die meist durch einen winzigen Zwischenraum gesunder Haut voneinander getrennt sind. Dem palpierenden Finger präsentieren sich die kleinen Wärzchen als weiche Masse. Ein winziger, kaum millimeterbreiter Streifen normaler Haut findet sich auch zwischen je zwei Reihen der eben beschriebenen Streifen. Die Affektion schneidet scharf mit den Achselfalten ab, die Wärzchen zeigen während ihres ganzen streifenförmigen Verlaufs ziemlich regelmäßige Anordnung, stehen nirgends isoliert, sondern immer in Reihen. Die Achselhöhlen selbst sind frei.

Dieselbe Affektion, allerdings etwas weniger stark ausgeprägt, findet sich in den Ellbogenbeugen, auch symmetrisch auf beiden Seiten. Senkrecht zur Längsachse der Arme ziehen hier je 7 bis 8 Streifen von der eben beschriebenen Farbe von einer Seite zur anderen. Die parallele Anordnung der Streifen ist jedoch hier beiderseits durch je einen linsengroßen sichelförmigen Plaque unterbrochen, der etwas unter die ihn umgebenden Knötchen eingesunken erscheint. In ähnlicher Weise ist die Haut der Patientin in beiden Kniekehlen, in der Unterbauchgegend, den Leistenbeugen und um den Nabel herum verändert. Doch stehen hier die Knötchen mehr isoliert und in diffuser Anordnung. Der Nabel selbst weist eine gelbliche, pfennigstückgroße, stark schuppige Hornhautauflagerung auf. Querüber die vordere Fläche des Halses zieht ein etwa 5 cm langer, 2 cm breiter Streifen, der aus winzig kleinen weichen, schmutziggrauen Wärzchen besteht, und der einem *Naevus linearis* ähnlich sieht.

Die übrige Haut der Patientin ist völlig normal, bis auf die gleich zu besprechende Affektion an Handtellern und Fußsohlen. Diese zeigen je 4 bis 5 mm dicke graugelbe flächenhafte Auflagerungen, welche sich überall scharf gegen das gesunde Gewebe absetzen. An den oberen Extremitäten bilden die Handgelenke, an den Füßen der Achillessehnenansatz die Grenzen der Affektion. Die hyperkeratotischen Massen sind überall weich und an den Handflächen teilweise mazeriert und rissig. Die Schweißsekretion an Handflächen und Fußsohlen ist sehr gesteigert, dagegen die Sensibilität nirgends gestört. Im übrigen

fühlt sich das Kind vollkommen wohl. Vergrößerte Drüsen sind nirgends nachzuweisen, die Nägel sind völlig normal.

Aus dem eben geschilderten Symptomenkomplex geht hervor, daß es sich bei unserer Patientin um eine in klinischer Hinsicht wohlcharakterisierte Abweichung vom gewöhnlichen Bilde der Ichthyosis handelt. Denn nach den Angaben der meisten Beobachter, vor allem Kaposi, „sind bei der gewöhnlichen Ichthyosis die Streckseiten der Extremitäten von der Krankheit befallen, während die Haut der Kniekehle, des Schenkelbuges, der Ellenbeuge und Achselhöhle vollkommen normal beschaffen, geschmeidig und transpirierend sich erweist“. Besnier und Doyon fügen noch hinzu, daß in Fällen intensiver Ichthyosis nur die zentrale Region der großen Gelenkfalten normal bleibt.

In unserem Falle war es gerade umgekehrt, fast der ganze übrige Körper blieb frei, und nur die Beugeseiten waren befallen.

Auf dieses charakteristische Krankheitsbild hat zuerst Joseph auf dem IV. Deutschen Dermatologenkongreß zu Breslau 1894 aufmerksam gemacht. Er demonstrierte hier eine 19jährige Frau, welche von ihrem zehnten Lebensjahre an die eben erwähnten Hautveränderungen zeigte. Ein glücklicher Zufall wollte es, daß dieselbe Frau vor wenigen Wochen, also nach beinahe 20jähriger Pause wieder die poliklinische Hilfe in Anspruch nahm und damit den bei ihr seinerzeit erhobenen Befund uns frisch ins Gedächtnis zurückrief. In der ganzen Zwischenzeit hat sich angeblich ihr körperlicher Zustand nicht verändert, und tatsächlich fanden wir an den Achselfalten, Ellen- und Kniegelenkbeugen daselbe Bild wieder, das Joseph seinerzeit beschrieben hat. Übereinstimmend mit unserem Fall zeigt sich überall die streifenförmige Anordnung der Affektion und ihre scharfe Absetzung gegen das gesunde Gewebe. Die einzelnen Knötchen erscheinen dagegen dunkler pigmentiert und sind etwas kompakterer Natur. Die Haut fühlt sich an den betreffenden Stellen reibeisenartig an.

Joseph bezeichnete seinerzeit dieses seltene Krankheitsbild als „Negativ der Ichthyosis“. Denn „nur die sonst von der Ichthyosis verschonten Partien sind erkrankt, während die gewöhnlich ichthyotisch affizierten Partien bei dieser ungewöhnlichen Form der Ichthyosis normal bleiben“.

Bei unserer Patientin sind nun außerdem noch die Handflächen und Fußsohlen von einer Affektion befallen, die wir mit den meisten Autoren als *Keratoma palmare et plantare hereditarium* bezeichnen, und die jetzt wohl auch allgemein als ungewöhnliche Lokalisation der Ichthyosis aufgefaßt wird. Gerade der von uns beobachtete Fall, nämlich die atypische Lokalisation der Ichthyosis an verschiedenen sonst nicht befallenen Körperstellen in Vergesellschaftung mit einem *Keratoma palmare et plantare hereditarium* bei ein und derselben Patientin gibt uns einen neuen Beweis für die Richtigkeit der Ansicht, daß die Ichthyosis und das *Keratoma*

einer einzigen Krankheitsgruppe angehören. Neisser äußert sich bezüglich dieses Punktes gelegentlich einer Krankendemonstration von *Keratoma palmare et plantare* folgendermaßen: „Mir ist der vorgestellte Fall eine willkommene Stütze für meine Anschauung, daß es durchaus falsch ist, die diffuse Körperichthyosis grundsätzlich von den Fällen von *Keratoma palmare et plantare hereditarium* zu trennen. Es ist richtig, daß bei letzterer die eigenartige und bisweilen nur auf Handteller und Fußsohlen beschränkte Lokalisation, sowie das durch viele Generationen sich forterbende Vorkommen besonders auffällig sind. Ich habe mich aber überzeugt, daß auch bei sehr vielen Fällen von universeller Ichthyosis die Haut an Handtellern und Fußsohlen befallen ist, wenn auch nicht in so hochgradiger Weise wie beim *Keratoma palmare et plantare hereditarium*. Was die Vererblichkeit der Ichthyosis betrifft, so glaube ich, muß man vielmehr alle Formen der Verhornungsanomalie in Betracht ziehen, namentlich auch hochgradige Formen der follikulären Ichthyosis und des sogenannten Lichen pilaris.“

Nach Joseph handelt es sich in diesen Fällen von lokalisierter Ichthyosis vielleicht um eine abortive Form, bei der das Schuppenkleid möglicherweise durch eine Art von intrauteriner Mauserung abgeworfen wird, und nur noch an den beschriebenen Stellen übrig bleibt. Sowohl bei der seinerzeit demonstrierten Patientin wie auch bei einem anderen Falle von Ichthyosis stellte nämlich Joseph eine Mauserung im Sommer fest, denn in dieser Jahreszeit trat an den affizierten Stellen eine fast völlige *Restitutio ad integrum* ein. Auch Heuß konnte bei einem 16jährigen Mädchen, welches neben einer nicht sehr ausgeprägten diffusen Ichthyosis besonders starke warzige in Reihen stehende Auflagerungen der Achselhöhle, Ellenbeuge, um den Nabel herum und in der Genitosakralgegend zeigte, dieselbe Beobachtung machen. In der warmen Jahreszeit nämlich, wo durch Schweißsekretion und Mazeration die Hornzäpfchen erweichen, erhielt die Haut bis auf eine geringe entzündliche Röte ein ganz normales Aussehen.

Diesen Befunden schließt sich auch unser Fall an, da nach den Angaben des Vaters stets eine Besserung im Sommer stattgefunden hat.

Mit Hinsicht darauf, daß bei dem Kinde die Exzision eines kleinen Hautstückchens verweigert wurde, haben wir leider darauf verzichten müssen, die klinische Diagnose durch den entsprechenden mikroskopisch-anatomischen Befund erhärten zu können. Die einzelnen Exkreszenzen bieten in unserem Falle jedoch, wie wir uns noch vor kurzem überzeugen konnten, so geringe Unterschiede, von denen bei Josephs Patientin, daß wir seinen anatomischen Befund wohl *cum grano salis* auch für unsere Patientin gelten lassen können. Die Kutis zeigte sich in jenem Falle bis auf Infiltrate um die Haarfollikel und viele durch den Druck der hypertrophierten Hornschicht plattgedrückten Papillen wenig verändert, die Hornschicht in den

tiefere Schichten ihrer zelligen Struktur nach deutlich erhalten. Nach oben zu tritt immer mehr ein lamellärer Bau der Hornschicht auf in Gestalt geschlängelter, parallel verlaufender Hornbündel.

Differentialdiagnostisch ist bei unserem Fall in Erwägung zu ziehen, welche Berührungspunkte die klinische Diagnose mit einer Darierschen Erkrankung bietet. Letztere zeigt außer der Lokalisation an den Kontaktflächen, wie Kniekehlen, Ellenbeugen usw. eine besondere Bevorzugung der Prädilektionsstelle für das Ekzema seborrhoicum, also Sternalgegend und Rippenfurche, außerdem sind meist die Nägel bei ihr affiziert. Diese erscheinen fast konstant längsstreifig, an ihrem freien Rande eingerissen oder abgebrochen (Jarisch). Schwielenbildung an Händen und Füßen mit starker Hyperidrosis sind allerdings auch bei der Darierschen Dermatose beobachtet worden (Pawloff, Jarisch).

Auch die in unserem Falle so interessanten Verhältnisse der Krankheitsvererbung, auf die wir noch zurückkommen werden, haben einige Autoren bei der Darierschen Krankheit nachgewiesen. So findet sie White in einer Familie bei Vater und Tochter, Boeck bei zwei Söhnen. Ehrmann konstatiert sie bei dem Sohn des von Mourek beschriebenen Patienten. Nach den meisten Beobachtungen tritt jedoch der Darier nie von Geburt an auf, sondern sein Beginn fällt erst ins Jünglingsalter.

Kann man also einerseits verschiedene Beziehungen der Darierschen Dermatosie zur Ichthyosis auch in unserem Falle nicht ganz ableugnen, so spricht aber andererseits ein Punkt in der Anamnese bei unserer Patientin auf das entschiedenste dafür, daß wir es bei ihr mit einer Ichthyosis zu tun haben. Die Erkrankung hat sich nämlich in der Familie in der Weise vererbt, daß sie stets von der Mutter auf die Tochter überging. Während nun die Mutter der Patientin fast die gleichen Erscheinungen wie diese zeigt, handelt es sich bei den nächst älteren Generationen um ein Keratoma palmare et plantare hereditarium, also eine abortive Ichthyosis, ein Befund, der übrigens mit der Beobachtung Wolff's gut übereinstimmt, welcher in zwei Fällen alternierend Ichthyosis und Hyperkeratosis beobachtet hat (Straßburger Dermatolog. Gesellschaft, Dez. 1912). Die Dariersche Erkrankung bleibt im Gegensatz dazu, wenn sie sich forterbt, nicht allein auf Handteller und Fußsohlen lokalisiert und ist deswegen wohl hauptsächlich hinsichtlich der Diagnose zu eliminieren.

Übrigens scheint der Umstand, daß in der Familie mit Ausnahme eines Bruders der Mutter nur die weibliche Linie befallen ist, mehr ein zufälliger Befund zu sein. Denn Raff konnte an der Hand von 19 Fällen nachweisen, wie das Keratoma von männlichen auf weibliche Individuen und umgekehrt vererbt wird.

Das Verdienst, auf das zuweilen endemische Vorkommen dieser interessanten Krankheit zuerst hingewiesen zu haben, gebührt Ehlers, welcher

bei den Einwohnern der Insel Meleda eine ichtthyotische Verdichtung an Handflächen und Fußsohlen feststellte, diese Affektion aber für Lepra hielt. Sein Irrtum wurde dann ein Jahr später (1892) von Neumann definitiv beseitigt.

In einzelnen Familien ist das Keratoma von den verschiedensten Autoren aller Länder beobachtet worden. So hat es Unna in drei Generationen gefunden, Audry und Laguerre haben es in vier Generationen einer Familie bei 11 Personen konstatiert. Besnier beschrieb drei Fälle, in denen das weibliche Geschlecht bevorzugt erscheint, Brooke sah in zwei Fällen Großmutter, Mutter und sämtliche Kinder befallen, Bessaget 9 Fälle in einer Familie, Böhm das Leiden innerhalb drei Generationen bei 11 Familienangehörigen auftreten. Pendred beobachtete, wie die Krankheit durch 5 Generationen hauptsächlich von weiblichen Mitgliedern fortgepflanzt wird. Jacobi beschrieb einen Fall bei einem Schneider und dessen Kindern ausführlich, desgleichen Bergh bei einem 20jährigen Arbeiter und dessen jüngerem Bruder, während die Eltern gesund waren. Adrian stellte in der Straßburger Dermatologischen Gesellschaft (Dez. 1912) zwei mit Keratoma palmare, weniger plantare behaftete Mädchen vor, und konnte die Krankheit, welche von der Mutter in die Familie hineingetragen war, bei 10 von 35 Mitgliedern (in 4 Generationen) nachweisen.

Hahn fand bei 2 Keratomfamilien, die durch Heirat in Verbindung getreten waren, unter 44 Mitgliedern 27 befallen. Dieses gehäufte Auftreten hat seinen Grund darin, daß zwei Brüder der einen Familie zwei behaftete Schwestern der anderen heirateten. Nach Hahn ist die Intensität der Erkrankung bei den einzelnen Personen verschieden, sie nimmt mit dem Alter und der Schwere der Arbeit zu.

Daß die Heredität übrigens nicht in allen Fällen gleichmäßig nachweisbar ist, beweist der von Joseph 1894 demonstrierte Fall, bei dem die Anamnese ein vollständig negatives Resultat ergab. Auch Friedländer konnte bei einem in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Knaben die erbliche Belastung nicht feststellen. Dasselbe gilt auch für den Patienten von Bergh. Ein auffallendes Symptom beim Auftreten des Keratoms ist die Gesetzmäßigkeit des klinischen Bildes, wie sie kaum bei einer anderen Affektion beobachtet wird. So urteilt Bergh: „Die allgemein sich fast stereotyp wiederholenden Formenverhältnisse des hier besprochenen Leidens (Kerat. her. pal. et pant.) sind schon hinlänglich festgestellt“ ebenso Pontoppidan. „Die Symptome sind so typisch und gleichmäßig, daß eine Wiederholung überflüssig wäre.“ Demgegenüber verdient eine Publikation Brauers Beachtung, worin er unter der Bezeichnung „Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare“ eine besondere Form des hereditären Keratoms beschrieb. „Die Keratodermie findet sich bei den Söhnen angeblich nicht affizierter Eltern; die erkrankten

Söhne übertragen die Affektion auf ihre Söhne, nicht aber auf die Enkel, während die weiblichen Familienmitglieder sämtlich verschont bleiben und ihrerseits nicht das Leiden vererben. An den Volae und Plantae, z. T. auch am Dorsum weniger Digitalgelenke sind fast symmetrisch angeordnet zahlreiche stecknadelspitz- bis pfennigstückgroße, oft von mehr oder minder breitem das Hautrelief zeigenden hyperkeratotischen Wall umgebene, mit der Matrix fest verbundene Epidermis darstellende Horneinlagerungen lokalisiert, die ausfallen können, aber durch neuproduzierte Hornmassen ersetzt werden. Dabei sind die zentralen, parakeratotischen Stellen stets als die primären, die Hyperkeratose als sekundäre Bildungen aufzufassen.“ Brauer fand diese Affektion bei 3 Brüdern und ihren 6 Söhnen, und zwar wurden alle zwischen 10. und 20. Lebensjahr von der Krankheit befallen.

Die Behandlung des Keratoma, welches bisher quoad sanationem als aussichtslos zu bezeichnen war, vermag jetzt durch die Röntgenstrahlen wesentliche Besserung herbeizuführen. In jüngster Zeit liegen günstigere Berichte über die Radiumtherapie des Keratoma von K. Dohi und M. Mine vor, welche im Vergleich zu den Röntgenstrahlen eine noch günstigere Wirkung auszuüben scheint. Die affizierte Hautstelle wurde $1\frac{1}{2}$ Monate lang jeden Tag mit Radium 1—2 Stunden lang bestrahlt, worauf sich die Hornauflagerung fast gänzlich zurückbildete.

Literatur.

Adrian, Straßburger dermatolog. Gesellschaft, Dezember 1912; refer. im Archiv f. Dermatologie. 1912. — Audry et Laguerre, Journ. de mal. cut. et syphil. 1902. — Bergh, Hygiea. 1895. S. 565 u. Monatsh. f. prakt. Dermatologie. XXXIV. 1902. Nr. 1. — Boeck, Archiv f. Dermatologie. 1891. — Böhm, Dermatolog. Centralbl. 1904. S. 163. — Brauer, Archiv f. Dermatologie. CXIV. 1912. — K. Dohi und M. Mine, Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. — Ehlers und Hovorka, Archiv f. Dermatologie. XL. 1897. — Friedländer, Berliner dermatolog. Gesellschaft, 1912. — Hahn, Dermatolog. Zeitschrift. 1911. Ergänzungsh. — Heuss, Ref. im Archiv f. Dermatologie. XLVII. S. 428. — Jakobi, Inaug.-Dissert. Erlangen 1896; refer. im Archiv f. Dermatologie. XIV. S. 277. — Jarisch, Hautkrankheiten. 2. Aufl. 1908. — Joseph, Lehrbuch d. Hautkrankheiten. 1908 u. Über atypische Ichthyosis. Berliner dermatolog. Gesellschaft, 1894. — Leibkind, Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden vom 6. Dezember 1913. — Pawloff, Archiv f. Dermatologie. 1893. — Pendred, Brit. med. Journ. 1898. — Pontoppidan, Derm. Zeitschrift. XL. S. 260. — Raff, Stereosk. Atlas von Neisser. 7. Folge. 1896. — Unna, Archiv f. Dermatologie. 1883. — White, Journ. of cut. and gen. urin. dis. 1889.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) A plea for the more accurate administration of x-ray in the treatment of skin diseases and cancer, by A. Simpson. (The southern med. Journ. 1913. Dezember.)

Nach einer genauen Beschreibung der Technik und Dosierung in der Radiotherapie rät Verf. besonders zu einer sorgfältigen Ausschaltung solcher Dermatosen, bei denen der Lichtreiz in gleicher Weise schaden kann wie scharfe Medikamente oder Ätzungen. Für die Indikation der Strahlenbehandlung stellt er vier Schemata auf: 1. kurze, 5 Minuten lange Exposition, $5\frac{1}{2}$ —7 Wehnelt, für chronische numuläre Ekzeme, chronische Ekzeme an Anus und Vulva, seborrhoische Ekzeme, Lichen planus, Tinea, Favus des Körpers und der Nägel, Lichen chron. simplex, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis, Sykosis simplex. Pausen von 8 Tagen nach der ersten, von 14 Tagen nach der zweiten und dritten Bestrahlung. 2. 10 Minuten, $\frac{1}{2}$ —1 Erythemdosis, 7—8 Wehnelt, bei Hauttuberkulose, Skrofuloderma, Erythema induratum, Blastomykosis und Sporotrichosis. Pausen von 2 und 3 Wochen. 3. 15 Minuten Exposition, $\frac{3}{4}$ Erythemdosis, 7—8 Wehnelt, bei Tinea und Favus von Haaren und Nägeln, Warzen, Keloiden, Keloidakne, Rhinophyma, Rhinosklerom, hämorrhagischem Sarkom, Hodgins disease, Leukämie, Vergrößerung von Thymus und Prostata. Pausen von 3 Wochen. 4. Exposition von 20 Minuten, volle Erythemdosis, Penetration von 7—8 Wehnelt, für maligne Erkrankungen, wie Mykosis fungoides, Sarkom, Karzinom, Hautepitheliom, auch Tuberkulosis. Pausen von mindestens 3 Wochen.

J.

2) **La réaction de Wassermann en dermatologie**, par Dudumi et Saratzeano. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 11.)

Die Verf. haben die Wassermannreaktion bei 131 Dermatosen geprüft. Die Gründe, welche sie dabei haben, waren erstens diagnostische bei Lues verdächtigen Effloreszenzen, dann ätiologische, wie bei Alopecia areata und Ichthyosis, die ja von mancher Seite mit Lues in Zusammenhang gebracht werden, endlich wollen die Verf. die Spezifität der Reaktion prüfen im Hinblick auf die bekannten positiven Resultate bei Lepra und Scharlach. Bei sechs Kranken mit Alopecia areata war die Reaktion 5 mal negativ. In einem Fall war sie positiv, doch waren hier noch andere Anzeichen von Lues vorhanden. In Frankreich besteht die Ansicht, daß die Alopecia areata nichts mit Lues zu tun hat, doch halten die Verf. ihr Material für zu klein, um zur Entscheidung dieser Frage beitragen zu können. 9 Fälle von Psoriasis zeigten negative Reaktion, von 14 Fällen von Lepra zeigten 7 eine positive. Bei 39 Fällen von anscheinend tuberkulöser Hauterkrankung war die Reaktion 5 mal positiv. In 3 Fällen zeigte der Erfolg der Behandlung, daß die Diagnose auf Lues zu stellen war, in den beiden anderen Fällen war keine Erklärung für die positive Reaktion zu finden. Bei 33 verschiedenen Dermatosen war die Reaktion 2 mal positiv. In 2 Fällen war eine frühere Lues nachzuweisen. Trotz der nicht völligen Spezifität ist die Reaktion differentiell diagnostisch sehr wichtig.

Raff-Augsburg.

3) **Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken**, von E. Erlenmeyer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 1.)

Bei zwei Pockenfällen, einer mittelschweren Variola und einer sehr leicht verlaufenden Variolois, fand sich das von Kaemmerer beschriebene Blutbild; der Varioloisfall zeigte schon am dritten Erkrankungstage das für Variola typische Blutbild. Das Blutbild von vier 12jährigen Schulbuben wurde vor und nach der Impfung 17 Tage lang beobachtet. Es zeigte keinerlei Veränderungen, weder was die Zahl noch die Art der Leukozyten angeht. Es läßt sich daraus folgern, daß die Blutuntersuchung bei Variolaverdacht auch bei Revakzinierten zur Diagnosenstellung benutzt werden kann. Schourp-Danzig.

- 4) **Über sogenannte Nabelsteine**, von R. Herzenberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 15.)

Nabelkonkremente oder sogen. Nabelsteine sind eine verhältnismäßig seltene Erscheinung, die lange Zeit unbemerkt für den Träger sich im prädisponierten Nabel aufhalten und vergrößern kann. Bei Nabelphlegmonen soll stets an das Vorhandensein eines Konkrements gedacht werden, jedenfalls bei der Diagnose „Nabeldermoidzyste“ dem Nabelkonkrement Rechnung getragen werden.

Schourp-Danzig.

- 5) **Ärztliche Kosmetik der Haut**, von Kromayer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 45 u. 46.)

Pigmentanomalien, Verrucae, Naevi, Narben, Alopecien, Haarschaftanomalien, Hypertrichosis finden eine kurze, aber sehr verständliche Besprechung. Abbildungen der Zylinder- und Kreismesser, des Haarglittels, der Haarsäckchen und schematische Figuren der Warzen, Naevi u. a. vervollständigen die Darstellung.

Schourp-Danzig.

- 6) **Die Kosmetik in der ärztlichen Sprechstunde**, von S. Grosz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 25.)

Der klinische Vortrag enthält eine kurze Besprechung der wichtigsten in das Bereich der Kosmetik gehörenden Affektionen, wie der Alopecien und Hypertrichosis, der Haarfärbekunst, der Hyperpigmentierungen und Dysidrosis. Zum Schluß wird noch die Behandlung mit Röntgen-, Quarzlicht, mit Radium und diejenige mit Kohlensäureschnee gestreift.

Biberstein-Gleiwitz.

- 7) **Eine Methode zur Verstärkung der Färbung schwer färbbarer Gewebe bei Anwendung der Methoden: polychrome Methylenblaulösung-Glycerinäther und Karbol + Methylgrünlösung + Pyronin**, von Th. Reimann. (Med. Klinik. 1913. Nr. 25.)

Zur Verstärkung der Färbbarkeit von Gewebsstücken, die durch längeren Aufenthalt in Formalin oder Alkohol an Tingibilität erheblich eingebüßt haben, hat sich eine Oxydationsmethode mittels Sauerstoff in statu nascendi sehr bewährt, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind. Die Methode leistet auch bei an und für sich schwer färbbaren Zellen wertvolle Dienste.

Biberstein-Gleiwitz.

- 8) **Über den Tryptophangehalt normaler und pathologischer Hautgebilde und maligner Tumoren**, von H. Fasal. (Biochem. Zeitschrift. LV. H. 1 u. 2.)

Durch das kolorimetrische Verfahren hat Verf. den Tryptophangehalt oben erwähnter Hautgebilde bestimmt und ist dabei zu folgendem vorläufigen Ergebnis gekommen: „1. Eine Anreicherung von Tryptophan in der Oberhaut im Vergleich zur Subcutis bei der Haut des Menschen, sowie eine annähernd gleiche Tryptophanmenge in Psoriasissschuppen. 2. Deutliche Vermehrung des Tryptophangehalts im Plattenepithelkarzinom, ferner 3. im Karzinom der Leber im Vergleich zum normalen Lebergewebe. 4. Der Tryptophangehalt des Karzinomgewebes beim Plattenepithelkarzinom und beim Leberkarzinom ist annähernd gleich. 5. Im derben Mammakarzinom war auch nicht spurenweise Tryptophan nachzuweisen.“ Es scheinen sich also Tumoren einerseits mit Tryptophan anzureichern, während andere wieder zu ihrem Aufbau keines benutzen, also aus minderwertigen Eiweißkörpern bestehen. Klokow-Berlin.

- 9) **Über Mesothoriumschädigung des Hodens**, von M. Simmonds. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 47.)

Das Mesothorium bewirkt in gleicher Weise wie die Röntgenstrahlen eine

Schädigung der Keimzellen. Schon die Anwendung einer geringen Dosis genügt, um einen Teil der Samenzellen zu schädigen; große Dosen haben eine völlige Vernichtung dieser und damit eine Aufhebung der Zeugungsfähigkeit zur Folge.

Schourp-Danzig.

10) **Über den Typhus exanthematicus**, von L. Arzt und W. Kerl. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII.)

Die Verf. geben eine kurze historische Übersicht über den Flecktyphus und führen Epidemien aus der Literatur an, die alle von relativ kleinem Umfang waren, „während ein Weiterschreiten der Seuche einerseits in schlechten sanitären Verhältnissen (Kiew), andererseits in ganz bestimmten äußeren Verhältnissen (Nomadenvölker, herumziehende Arbeiter) seine besondere Begründung hatte“. Eine Reihe von Fällen hat Verf. selbst Gelegenheit gehabt, in Bosnien und Herzegowina zu beobachten, wohin zu Beginn und während des letzten Balkankrieges viele Mohammedaner sich flüchteten. Zur Behandlung kamen 13 Bosnier und 2 einheimische bei der Pflege infizierte Wärterinnen. Verf. glaubt den Unterschied im Verlauf der Erkrankung, die bei den Balkanern milde, bei den Wärterinnen stürmischer ad exitum verlief, auf die verschiedene Nationalität zurückführen zu können. Temperatur war bei allen Patienten bei der Einlieferung sehr hoch, bei der einen von den von vornherein beobachteten Wärterinnen in einigen Stunden bis 40, bei den anderen allmählich bis 40°. Vorherrschend war der kritische Abfall. Als Exanthem traten Maculae von Linsengröße zunächst an den Vorderarmen und seitlichen Flankenpartien auf von blaßrosa Farbe. Bald stellten sich in manchen Maculae Blutungen ein, zwischen diesen Knötchen, die bald abflachten. Bei beiden Wärterinnen war der Ausschlag knötchen-quaddelförmig, viel diffuser mit starken Petechien. Als interner Befund ist zu verzeichnen: Angina, Hustenreiz, Albumen im Urin, Vergrößerung von Milz und Leber. Die in 2 Fällen angestellte Blutuntersuchung ergab Leukozytose bzw. Leukopenie. Bakteriologisch war im Blut nichts nachweisbar, dagegen fanden sich im Ausstrich aus der Milz mäßig reichliche grampositive Kokken in Diploform. Serologisch ist es Verf. nicht gelungen, mit dem alkoholischen Auszug aus der Leber einer an Flecktyphus erkrankten Patientin spezifische Antikörper festzustellen. Pathologisch-anatomisch fanden sich in einem seziierten Falle spärlich entzündliche Veränderungen der Lunge und Bronchien, geringe Pleura und Endokardblutungen, mächtiger Milztumor, trübe Schwellung der Leber. Differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegen Typhus abdominalis, Sepsis, Masern, Scharlach. Therapie: Versuche mit Salvarsan bisher erfolglos. Äußere Serumbehandlung nur symptomatisch. Prognose: nach Alter und Rasse; letztere spielt eine sehr wichtige Rolle. Sanitäre Maßnahmen: Ausgehend von der durch viele Autoren festgestellten Tatsache, daß Ungeziefer das Typhus-exanthem übertrage, wurde hauptsächlich für Desinfektion und Isolierung Sorge getragen.

Barinbaum-Berlin.

11) **Über Entfernung von Tätowierungen**, von Stern. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 49.)

Die schwierige Aufgabe sucht Verf. dadurch zu lösen, daß er mittels eigens angegebener (und in der Arbeit abgebildeter) Instrumente einen Brei genau über die Tätowierungen einspritzt, der diese überdeckt. Er besteht aus: Lac, Alkohol (96%), Zinc oxydat, Cret. alb. aa. Man soll in 1—2 Sitzungen fertig zu werden versuchen. Narben entstehen nicht, auf Asepsis ist zu achten. Verf. fordert zu Nachprüfungen auf.

Raff-Augsburg.

- 12) **Ekcema marginatum**, by I. W. Miller. (The urologic and cutaneous review. 1913. 13. Dezember.)
Hinweis auf die Hartnäckigkeit desselben. Vorteile der Röntgenbehandlung mit großen Dosen.
Max Leibkind-Dresden.

Entzündliche Dermatosen.

- 13) **Beitrag zur Frage der Beziehung der Psoriasis zur Tuberkulose**, von Warnecke. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 1.)

Bei einem 32 jährigen Manne entwickelte sich nach Tuberkulininjektionen eine Psoriasis, die nach typischer Chrysothymolbehandlung abheilte. Dennoch lehnt Verf. es ab, die Entstehung dieser Psoriasis in einen direkten Zusammenhang zur Tuberkulose im Sinne Menzlers zu bringen. Das Tuberkulin kann bei dem Kranken als ein ganz allgemein schädigendes Moment gewirkt haben, das den Ausbruch der Psoriasis veranlaßte, während eine direkte ätiologische Beziehung zu dem Tuberkelerreger, seinen Toxinen und zu dem Tuberkulin nicht nachgewiesen ist.

Schourp-Danzig.

- 14) **De la pathogénie du psoriasis**, par A. Leroy. (Paris médical. 1913. Oktober.)

Verf. nimmt als ätiologischen Faktor der Psoriasis eine angeborene Schwäche der vaskulären Drüsen, Funktionsstörungen der Drüsen, oft der Thyreoidea an. Unter dem tiefsten Schuppenhäutchen dialysiert die Lymphe, welche das Corium durchtränkt und wirkt in diesem Sinne je nach den Umständen auf Eiweiß, Fett, Salze oder Zucker. In der Tiefe der Psoriasis-effloreszenzen fanden sich näpfchenförmige Räume, in denen weiße Blutkörperchen lagern. Diese Bläschen gerinnen, trocknen ein, ähnliche Elemente machen den gleichen Prozeß durch und bilden Schichten, welche von eleidinlosen, schlecht genährten Epidermiszellen getrennt sind. Die Leukozyten sind nur eine notwendige Begleiterscheinung der krankhaften Veränderung des Gewebes. Die Lokalisation der Psoriasis hängt von dem Grade der Widerstandskraft der Hautpartien ab. Die rheumatischen Beschwerden werden von dem gleichen lymphatischen Moment hervorgerufen. Dieser Ätiologie entspricht als Therapie eine hygienische, die Nieren berücksichtigende Diät, Thyreoidea-extrakt, daneben die bekannten lokalen Behandlungsweisen. J.

- 15) **Postpsoriatische Atrophie der Haut**, von Zürn. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Januar.)

Klinisch wie histologisch wurde der Befund einer echten Atrophie der Haut nach vorausgegangenener Psoriasis bei einem 50jährigen Feuerwehrmanne nachgewiesen.

Immerwahr-Berlin.

- 16) **Mycosis fungoides following psoriasis**, by H. Fox. (Journ. of Amer. med. Association. 1913. August.)

Der nun 47jährige Patient hatte seit etwa 25 Jahren an Psoriasis gelitten, welche auch bei einer Tante lebenslang bestanden hatte. Vor 2 Jahren änderte sich das Bild der Erkrankung und ging in eine sicher festzustellende Mycosis fungoides über, ohne daß das sonst beobachtete erythematöse oder ekzematöse Vorstadium erschienen wäre. Die Form der Mycosis war die sekundäre lichenoide und infiltrative und die tertiäre Tumorbildung. Während das Vorstadium der Mycosis häufiger ein psoriasiformes Aussehen zeigt, ist eine so ausgesprochene Psoriasis als Vorgänger der Mycosis doch äußerst selten. Der Patient wurde mit Röntgenstrahlen behandelt, entzog sich aber

endlich der Beobachtung. Als er nach längerer Zeit wieder erschien, war die Mycosis fungoides verschwunden und einzelne Psoriasisplaques wieder erschienen. J.

- 17) **Beiträge zur Ätiologie des Ekzems**, von N. Enomoto. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Februar.)

Verf. stellte aus den Schüppchen des akuten und chronischen Ekzems Extrakte dar, er bestimmte dann den Oponingehalt, der nicht größer war als bei anderen Dermatosen. Komplement und Ambozeptorgehalt fehlten vollständig. Bakteriolyse fanden sich auch nur bei einem Falle von Pityriasis rosea, dagegen gaben 4 Fälle von chronischem Ekzem das Resultat, daß sich in den Extrakten der Schuppen Stoffe befanden, welche eine wachstumshemmende Wirkung auf Staphylokokken ausübten. Agglutinine fanden sich auch nicht. Immerwahr-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 18) **Mesothorium bei Karzinomen der Haut und anderer Organe**, von Kutznitzky. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 2.)

Es gelang mit Leichtigkeit, durch eine einmalige hinreichende Bestrahlung des Lokalisationsortes an der Haut einen oberflächlichen Krebs völlig oder fast völlig klinisch zu beseitigen. Sollten nach der ersten Bestrahlung noch Reste zurückgeblieben sein, so verschwanden sie fast ausnahmslos nach der zweiten Bestrahlung. Auch bei tieferen Krebsen vermochte man durch energische Bestrahlungen die Infiltration zu beseitigen und eine weiche, glatte Narbe an Stelle des Krebses zu erzielen. Thorium X schien nur in Verbindung mit den anderen Behandlungsmethoden ein ganz gutes Unterstützungsmittel zu sein.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 19) **Heilung des Hautkrebses mit Salizylsäure**, von Weinbrenner. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 3.)

Verf. legt Salizylsäure kristallisiert auf die betreffende Stelle, bedeckt sie dann mit Zinkoxydpflastermull, manchmal Salizylpflastermull. Jeden zweiten Tag wurde der gebildete Schorf mit der Pinzette entfernt. Es kommt dann zur Zerstörung des Gewebes, schließlich zum Stillstand des Prozesses. Die Behandlung ist ziemlich schmerzhaft. Die Zerstörung scheint dem Verf. elektiv zu sein. Die Behandlungsdauer betrug $2\frac{1}{2}$ —3 Monate, bei einem Bauchdeckerkrebs 8 Monate. Die neun behandelten Fälle sind geheilt. Raff-Augsburg.

- 20) **Ein Fall der Pagetschen Krankheit**, von R. Audo. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. Februar.)

Das Leiden der 53jährigen Frau begann vor 5 Jahren mit starkem Jucken an der rechten Mamilla, $\frac{1}{2}$ Jahr später bildete sich an der gleichen Stelle das Geschwür. Wassermannreaktion negativ. Die kranke Mamma wurde radikal exstirpiert, die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose der Pagetschen Krankheit. J.

- 21) **Cuir chevelu encéphaloïde**, par L. F. Calle. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Nr. 4.)

Gaucher, von dem peruvianischen Militärarzt mit der Mitteilung an die Gesellschaft betraut, bemerkt hierzu, daß diese eigenartige Affektion der Kopfschwarte eine Difformität ist, von der mehrere Beobachtungen unter verschiedenen Bezeichnungen vorliegen. Die erste, von Jadassohn (1906) unter dem Namen der Cutis verticis gyrata, dann von Audry („pachydermie occi-

pitale vorticellée“), von Pospelow, Rouvière, Pasini. Die Mitteilung des Verf.'s wird durch vier sehr gute Abbildungen der zwei von ihm selbst gesehenen Fälle unterstützt. Außerdem hat er noch von 5 Fällen in der peruanischen Armee Kenntnis bekommen. H. Netter-Pforzheim.

22) **Über die Bedeutung des Cholesterins für die Xanthombildung**, von E. Schmidt. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Februar.)

Die Ursache der Xanthombildung ist in einer Konstitutionsanomalie zu suchen, bei der aus bisher nicht ersichtlichen Gründen eine Vermehrung des Cholesterins im Blute auftritt. Immerwahr-Berlin.

23) **Morbilliform naevus with hemihypertrophie**, by E. Ward. (British Journ. of Dermatology. 1914. Februar.)

Der morbilliforme Naevus, welchen Verf. über einen Teil des Rumpfes, der Arme, Hals und Axillae einer sonst gesunden 25 jährigen Patientin verbreitet fand, fiel auf durch die Hemihypertrophie, welche vielleicht infolge einer vasomotorischen Verschiedenheit des stärkeren Blutverbrauchs in Muskeln und Knochen an den affizierten Gegenden bestand. Herzsymptome wurden nicht gefunden. Bemerkenswert war der sehr dürftige Zahnbestand. In der Familie lagen keine ähnlichen Abnormitäten vor. J.

24) **Dermatitis papillaris capillitii (Kaposi) akne keloid**, by H. G. Adamson. (British Journ. of Dermatology. 1914. März.)

Das Aknekeloid enthält im Gegensatz zur Akne vulgaris weder Komedonen noch mit Eiter gefüllte Pusteln oder Knoten. Die ersten Effloreszenzen sind kleine, trockene Knötchen mit harter, geröteter Oberfläche, erst später treten vereinzelte Pusteln auf, die mit Krustenbildung verschwinden. Narben früherer Knoten, wie sie bei Akne vulgaris und Furunkulose zu finden sind, bestehen niemals. Histologisch handelt es sich um eine Ausdehnung der Blutgefäße, in deren Umgebung sich Plasmazellen lagern, welche auch in das Bindegewebe eindringen. Diese chronische Entzündung und Neubildung im Bindegewebe wird meist durch Druck oder Reibung, häufig z. B. durch scharfe Kragenränder am hinteren Halse der Männer hervorgerufen. Therapeutisch ist, nach Entfernung des verursachenden Faktors, Exzision kleiner Knötchen und Röntgenbestrahlung der erkrankten Hautpartie, von welcher aber zuvor die sklerotische Masse entfernt werden muß, zu empfehlen. J.

25) **Ein Beitrag zur Histologie der kongenitalen Schleimhautzysten an der Raphe scroti**, von Sh. Matsumoto. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. Februar.)

Die etwa birnenförmige Zyste saß am Frenulum des Penis quer über der Raphe, war über dem Unterhautfettgewebe verschiebbar, fast durchsichtig, elastisch weich und fluktuierend. Die Zyste wurde ausgeschält, bei der histologischen Untersuchung zeigte sich die Wand mit geschichteten Zylinder-epithelien bekleidet, der Inhalt bestand aus schleimiger, homologer Masse. J.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

26) **Über die Leprafrage in Kurland**, von I. Sadikoff. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 3.)

Aus der Tatsache, daß sich in Kurland trotz 17jährigen Bestehens von vier Leprosorien die Lepra eher vermehrt als vermindert habe, schließt Verf., daß diese Angelegenheit in Kurland nicht richtig gehandhabt werde. Der Rückgang der Krankheit in den Schwesterprovinzen Est- und Livland, die

ungemein schnelle Abnahme der Seuche in Norwegen und Ostpreußen beweist, daß ihre Ausrottung durch Isolierung, sorgfältige Kontrolle, staatliche und städtische Zuschüsse für Leprosorien möglich ist. In Kurland werden diese Bedingungen nur mangelhaft erfüllt. Die mit anderen Arbeiten überlastete Polizei führt die Krankenlisten, der kurländische Lepravererein ist weder der Arbeit noch den Kosten seiner Aufgabe gewachsen. Verf. rät ein Zusammenschließen von vier bestehenden Vereinen, um den Zuschuß der Landesverwaltung an die Leprosorien zu verteilen, eine regelmäßige Enquete und Kontrolle der Leprösen einzurichten und die Leprosorien nach Bedarf zu erweitern und zu unterstützen.

J.

- 27) **Die Krebssterblichkeit unter den Leprakranken des Rigaschen städtischen Leprosoriums**, von R. Biehler. (Lepra. Biblioth. internat. XIV. 1913. Fasc. 3.)

Die Krebssterblichkeit im Leprosorium zu Riga weist den gleichen Prozentsatz auf wie im I. Städtischen Krankenhaus dieser Stadt, d. i. $5,2\%$. Auch das Alter, indem die Leprösen an Krebs starben, unterschied sich nicht von dem Lebensalter anderer Krebskranken, das Verhältnis des männlichen und weiblichen Kontingents war ebenfalls das gleiche in beiden Hospitälern. Keinesfalls konnte eine Immunität oder auch nur Herabsetzung der Empfänglichkeit für Karzinom durch die Lepra beobachtet werden.

J.

- 28) **Traitement du mycosis fungoïde par les rayons X**, par Du Bois. (Presse médicale. 1913. Nr. 60.)

Vorstellung eines 20jährigen Mannes, der 7 Jahre zuvor wegen mykotischer Tumoren, die vom rechten Oberschenkel auf das Hypochondrium derselben Seite übergreifen hatten, mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. Die Krankengeschichte ist mit dem mikroskopischen Befund im „Archives d'Electricité médicale. 1906. 25. Januar“ ausführlich mitgeteilt worden. Seitdem hat die Heilung, bei ausgezeichnetem Allgemeinzustand, angehalten. Teleangiektatische Plaques bezeichnen die Stelle der Tumoren. Fälle von geheilter Mycosis fungoides sind selten

H. Netter-Pforzheim.

- 29) **Beitrag zur Gold- und Kupferbehandlung des Lupus vulgaris**, von V. Mentberger. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 6.)

Die Lupusbehandlung auf chemotaktischem Wege durch Verwendung des Aurum kalium cyanatum und des Lecutyls kann in ihrer jetzigen Anwendungsform und Zusammensetzung noch nicht den Anspruch erheben, in der allgemeinen Praxis zur Anwendung zu kommen. Jedoch eröffnet die Lekutylmethode neue aussichtsreiche Wege im chemotherapeutischen Sinne; sie ist so auszubauen und zu modifizieren, daß sie bei größtmöglicher Elektivwirkung und geringer Schmerzhaftigkeit ambulant angewendet werden kann.

Schourp-Danzig.

- 30) **Weiterer Beitrag (Anleitung) zur Behandlung der Haut- und chirurgischen Tuberkulose mit Lecutyl (Lezithinkupfer)**, von A. Strauss. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 2.)

Die Kupferlezithinsalbe Lecutyl führt unter Erzielung einer spezifischen Reaktion zu einer elektiven Zerstörung der kranken Herde. Die Behandlung der äußeren Tuberkulose besteht aus einer örtlichen Anwendung des Lecutyls und aus einer allgemeinen Behandlung durch tägliche Inunktionen von 3 bis 6 g der Salbe nach Art der Hg-Kur sowie der innerlichen Darreichung von Lecutylpillen. Ein besonders instruktiver Fall wird ausführlicher geschildert.

Biberstein-Gleiwitz.

- 31) **Über disseminierte postexanthematische hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis**, von Maurice A. Bourgeois. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Januar.)

Neben der gewöhnlichen, durch exogene Infektion entstandenen Tuberculosis verrucosa cutis existiert eine zweite, disseminierte und hämatogen entstandene Form dieser Krankheit. Die hämatogene Tuberculosis verrucosa cutis tritt vorwiegend bei Kindern, mit oder ohne tuberkulöse Antezedentien, fast stets postexanthematisch in rezidivierenden Schüben auf; nicht selten besteht die Kombination mit anderen als hämatogen tuberkulös aufzufassenden Exanthemen, vor allem mit papulonekrotischen Tuberkuliden und Lichen scrophulosorum, seltener Lupus vulgaris disseminatus. Klinisch und histologisch deckt sich das Bild der hämatogenen Tuberculosis verrucosa cutis mit dem der exogenen Form. Der Sitz der Effloreszenzen sind vorzugsweise die Extremitäten, doch kommen sie auch relativ häufig an den Nates, am Rumpf, am Gesicht und an den Genitalien vor. Im Tierversuch erweisen sich die Effloreszenzen als pathogen. Es handelt sich also um bazilläre hämatogene Tuberkulose.

Immerwahr-Berlin.

- 32) **Nasenersatz bei Lupus vulgaris**, von O. Salomon. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 6.)

Beschreibung der Herstellung künstlicher Nasen; die technischen Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

Biberstein-Gleiwitz.

Gonorrhoe.

- 33) **Die Ausbreitung der Vulvovaginitis gonorrhoeica infantum auf die inneren Sexualorgane**, von A. Kenessy. (Pester med.-chirurg. Presse. 1913. Nr. 14.)

Entgegen der früheren Ansicht, daß sich der gonorrhoeischen Vulvovaginitis der Säuglinge keine Komplikationen der inneren Organe anschließen, teilt Verf. 2 Fälle mit, bei denen sich schwere Veränderungen des gesamten Genitalapparates nachweisen ließen. Bei der Sektion eines 14 und eines 10 Monate alten Kindes, die beide an Bronchitis nach Varizellen gestorben waren, zeigte es sich, daß die bestehende gonorrhoeische Vulvovaginitis zur Erkrankung des Uterus und seiner Adnexe geführt hatte. Im Uterus war grünlichgelber Eiter, die Adnexe waren mit ihm und der Umgebung verwachsen, die Gewebe verändert, teilweise in massiges Granulationsgewebe eingebettet, auch das Peritoneum war getrübt. Die zur Zeit der Pubertät auftretenden genitalen Erkrankungen stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit der im Kindesalter überstandenen Vulvovaginitis gonorrhoeica. Der Weg des Aszendierens kann aber auch die Lymphbahn sein, wie die mikroskopische Untersuchung der Fälle des Verf.'s deutlich gezeigt hat, eine Beobachtung, die sich mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Wertheim und Menge über die Verbreitung der gonorrhoeischen Infektion bei Erwachsenen völlig deckt. Schließlich wird noch auf die Schwierigkeit der klinischen Diagnose und die Beurteilung der Häufigkeit dieser Komplikationen hingewiesen.

Klokov-Berlin.

- 34) **Hegonon in der Gonorrhoebehandlung**, von Bohm. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Hegonon (Silbernitratammoniakalbumose), 7% organisch gebundenes Eiweiß enthaltend, hat Verf. in Form von Janetschen Spülungen 1,0:2000,0 angewendet. Er bezeichnet es als ein wertvolles Gonorrhoeemittel, zu Abortivkuren geeignet, reizlos mit genügender Tiefenwirkung.

Raff-Augsburg.

- 35) **Über intravenöse Arthigoninjektionen**, von Kyrle und Mucha. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 43.)

Die Verff. berichten über 146 Injektionen an 104 Patienten. Die sich daran anschließende Fieberreaktion hat in dem Sinne etwas Spezifisches, als gonorrhoefreie Individuen entweder gar nicht oder nur mit geringer Fiebersteigerung antworteten, allerdings waren auch 6 Patienten mit sicherer Gonorrhoe im Sinne der Temperaturbeeinflussung refraktär. In therapeutischer Hinsicht wurden hauptsächlich gute Erfolge bei Behandlung der Epididymitis und in 4 Fällen von Prostatitis erzielt.

Willy Cohn-Berlin.

- 36) **Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen**, von Lewinski. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Die Injektionen bewähren sich am besten bei Epididymitis und Arthritis, dann bei den selteneren Komplikationen, wie Kowperitis, Konjunktivitis usw., weniger bei Prostatitis, nicht dagegen bei gewöhnlicher Gonorrhoe. Doch sind gelegentlich schwere Nebenerscheinungen vorgekommen, und Verf. empfiehlt, Personen mit nicht intaktem Herz oder Lunge, ferner schwächlichen Personen das Mittel nicht zu verabreichen. Auch diagnostisch ist Arthigon gut verwertbar. Wenn 0,05 injiziert wird, läßt eine Temperaturerhöhung von über 1,5° auf einen noch nicht ausgeheilten Prozeß mit Gonokokken schließen. Nie gonorrhöisch gewesene Patienten unterscheiden sich von solchen, die eine Gonorrhoe hatten, durch Temperaturerhöhung bei 0,1 um weniger als 1,5°.

Raff-Augsburg.

- 37) **Vaccinothérapie et vaccinodiagnostic de la blennorrhagie**, von Frohnstein. (Revue clinique d'Urologie. 1913. Juli.)

Verf. kommt im großen und ganzen zu denselben Resultaten wie schon viele andere Autoren. Zu erwähnen ist vielleicht, daß die Injektionen nicht ins Gesäß erfolgten, sondern in die Bauchdecken, wodurch die Patienten weniger gestört wurden beim Liegen und Sitzen. Bezüglich der Diagnosenstellung hält Verf. es für erwiesen, daß bei einer Erkrankung Gonokokken im Spiele sind, falls nach einer Injektion Temperatursteigerung und eine Reaktion am Erkrankungsherd auftritt. Die gebrauchte Vakzine war nicht nach Wright titriert, wobei angegeben ist, wieviel Millionen Keime im Kubikzentimeter enthalten sind, sondern nach einem eben auftretenden Ödem, falls einem Kaninchen die Vakzine subkutan eingespritzt wurde. Die besten Erfolge erzielte Verf. wie viele andere bei gonorrhöischem Gelenkrheumatismus, Epididymitis und Prostatitis. Drei Mißerfolge erklärt Verf. bei einer Epididymitis durch die gleichzeitige Anwendung von Kälte, die die aktive Hyperämie wohl vermindert habe, und in 2 Fällen von chronischem, sicher gonorrhöischem Gelenkrheumatismus durch gleichzeitig vorhandene Mischinfektion.

J. Schumacher-Berlin.

- 38) I. **Un vaccin antigonococcique atoxique. Son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications.** — II. **Vaccins stables et atoxiques à propos d'un vaccin antigonococcique**, par Ch. Nicolle et L. Blaisot. (Compt. rend. h. sé. Acad. Sciences. CLVII. S. 551 u. 1009.) — III. **Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antigonococcique**, par P. Remlinger. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXV. S. 384.)

I u. II. Die Verff. erzielten, wie sie durch 200 Krankengeschichten beweisen, außerordentlich günstige Erfolge mit einer Antigonokokkenvakzine, die allen bisher angegebenen Mitteln dieser Art (Arthigon, Besredkas sensible

Antigonokokkenvakzine) überlegen ist, denn sie ist nicht nur sehr haltbar, sondern auch atoxisch. Sie ist daher im hohen Grade therapeutisch wirksam, ohne irgendwelche lokale oder allgemeine Reaktionen hervorzubringen. Um zu dieser Vakzine zu gelangen, emulsionieren sie zuerst Gonokokkenskulturen mit einer 0,7%igen Lösung von Fluornatrium. Diese Aufschwemmung wird mit einer zweiten, gleichfalls mit Fluornatrium behandelten Emulsion eines mit dem Gonococcus gleichzeitig vorkommenden Coccus, des sogen. Synococcus, im Verhältnis von 1:9 Teilen gemischt. Dieser Synococcus hat zwar einige Eigenschaften mit dem Gonococcus gemein, unterscheidet sich aber von ihm dadurch, daß er auf Nährböden ohne Serum sehr gut wächst, ein orange-farbenes Pigment erzeugt und grampositiv ist. Die Mischung wird 48 Stunden im Eisschrank aufbewahrt, um die Mikroben abzutöten. Das Mittel wird am besten intramuskulär injiziert in der Dosis von $\frac{1}{2}$ ccm, doch empfiehlt es sich, es unmittelbar vor dem Gebrauch durch Zusatz von 1 ccm physiologischer Kochsalzlösung zu verdünnen. — III. Verf. bestätigt die vortreffliche Wirkung obiger Vakzine bei gonorrhoeischen Komplikationen. B. Solger-Kissingen.

39) **Über die Verbreitung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung Revals**, von A. Spindler. (St. Petersburger med. Zeitschrift. 1913. Nr. 17.)

Wir haben in der Schrift eine kritisch beleuchtete Statistik — eigentlich von ganz Europa und Rußlands — vor uns, betrachtet nach den verschiedensten Gesichtspunkten. Wir finden Vergleiche der einzelnen Geschlechtskrankheiten bezüglich der Häufigkeit des Auftretens, ferner aller Geschlechtskrankheiten überhaupt, geordnet nach Städten, Ländern, Berufsklassen, Altersklassen, teilweise zurückreichend bis zum Jahre 1875. Durch graphische Tafeln sind die Ergebnisse illustriert, so daß eine schnelle Übersicht trotz des Riesenmaterials sehr leicht ist. Am besten kommt das bayrische Militär bei der Statistik weg mit etwa $14\frac{0}{100}$ im Jahre 1905, von Städten am schlechtesten Reval mit $58,8\frac{0}{100}$ im Jahre 1911. In allen Kulturländern nehmen die Geschlechtskrankheiten ab, eine Zunahme wird konstatiert in Spanien, Rumänien, Griechenland, der Türkei und vollends außerhalb Europas, so sollen z. B. in Abessinien 80—90% aller Einwohner syphilitisch sein. Verschont sind nur einzelne Gegenden Hinterindiens, einzelne Inselgruppen der Südsee, die niederländisch-indischen Inseln, Gegenden in Zentralafrika, im tiefsten Innern Brasiliens, Island und Grönland. Als wirksame Mittel zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden die Kasernierung der Prostitution und die persönliche Prophylaxe mit Recht genannt, ferner allgemeine sexuelle Aufklärung. Von der Ermahnung zur Enthaltensamkeit verspricht sich Verf. kaum mehr als einen zeitweiligen Erfolg. Nachdem Verf. die Wahrscheinlichkeit ausgesprochen, daß die Geschlechtskrankheiten in Reval noch größere Ausdehnung annehmen werden, und die Gründe hierfür anführt, schließt er mit einem Appell an den dortigen Verein praktischer Ärzte, Maßregeln zur Einschränkung der überhand nehmenden Geschlechtskrankheiten zu ergreifen. K l o k o w - Berlin.

40) **Zur Kenntnis der Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen**, von R. Sussmann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Die Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen umfaßt beinahe die Hälfte sämtlicher Fälle von Blennorrhoe. Ihre Anzahl deckt sich somit fast mit der Frequenz der bisher ätiologisch nicht bestimmten, nichtgonorrhoeischen Neugeborenenblennorrhöen. Die klinische Differentialdiagnose der Einschlußblennorrhoe von der Gonoblennorrhoe stützt sich im wesentlichen auf die

folgenden Eigenheiten der Einschlußblennorrhoe: längere Inkubationszeit, andersartiges Sekret, stärkere Neigung zu Blutungen, schleppender Ablauf, Verschontbleiben der Hornhaut.

Schourp-Danzig.

Syphilis.

- 41) **Über Behandlung der Syphilis mit Embarin**, von A. Gappisch. (Med. Klinik. 1913. Nr. 34.)

Die Anwendung des Präparates an 20 Patienten in verschiedenen Stadien der Lues erwiesen die Brauchbarkeit des Mittels, das eine energische und schmerzlose Wirkung entfaltetete. In 2 Fällen zeigten sich toxische Erscheinungen, bei denen es sich um eine Idiosynkrasie handeln dürfte.

Biberstein-Gleiwitz.

- 42) **Injection necroses in syphilis**, by M. L. Heidingsfeld. (Lancet Clinic. Cincinnati. 1913. Juli.)

Verf. berichtet über eine Nekrose am Oberschenkel infolge von muskulärer Injektion von Sublimat, über eine Nekrose am Bein nach subkutaner oder intramuskulärer Salvarsaninjektion, eine Nekrose am Arm nach erfolgloser intravenöser Salvarsanzufuhr und zwei entstellende Narbenbildungen am Arm infolge Blutentnahme behufs Wassermannreaktion. Verf. warnt vor der leichtsinnigen Handhabung solcher Eingriffe durch ungeübte Ärzte oder ungebildete Heilgehilfen.

J.

- 43) **Über Jodostarin**, von Stümpke. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 27.)

Bezüglich Wirkung, Verträglichkeit ist Jodostarin ein Medikament, das alle Bedingungen, die man an ein Jodersatzpräparat stellen muß, in vollem Maße erfüllt.

Raff-Augsburg.

- 44) **Erfahrungen mit Jodocitin**, von H. Meyer. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Jodocitin ist sowohl hinsichtlich seiner Wirkung, wie wegen des Mangels an Nebenwirkungen ein sehr empfehlenswertes Jodpräparat. Schourp-Danzig.

- 45) **Die für den praktischen und Anstaltsarzt zur Syphilisdiagnose verwendbaren Serum- und Kutanreaktionen. Schriften zum Besten der Errichtung von Volksnervenheilstätten.** Herausgegeben von J. Bresler. (H. 2. Halle a/S., C. Marhold, 1913. 1,50 Mk.)

Verf. läßt die wichtigsten Arbeiten über die Wassermannsche Reaktion, sowie über die v. Dungenische Modifikation dieser Komplementbindungsreaktion, ferner über die Porges-Hermannsche Reaktion, das Landausche Jodölreagens, Noguchis Luetinreaktion und Fischer-Klausners Pallidinreaktion vor dem Leser Revue passieren. Verf. gelangt zu dem Schluß, daß wir in diesen vier einfachen, von jedem Arzt leicht ausführbaren Reaktionen, „eine willkommene und durchaus notwendige Kontrolle der Wassermannreaktion“ besitzen. Bei der Porges-Hermannschen Reaktion, einer Präzipitationsmethode, sind Fehlerquellen so gut wie ausgeschlossen. Die Luetinreaktion, über die der Leser gerne etwas mehr erfahren möchte, kommt besonders in Fällen von tertiärer und latenter Syphilis zur Geltung. Die Jodölreaktion lieferte bei der Untersuchung von 66 Fällen 27 % positive Ergebnisse mehr, als die Wassermannreaktion. Die kutane, nicht intrakutane Impfung mit Pallidin endlich gibt besonders im tertiären Stadium der Lues und der Lues hered., sowie in einzelnen Fällen von Lues im Spätlatenz eine spezifische

Reaktion, während bei primärer und sekundärer Lues sowie beim nichtluetischen Individuum eine solche ausbleibt. B. Solger-Neiße.

- 46) **Syphilitherapie und Wassermannsche Reaktion**, von S. Gross und R. Volk. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 46.)

Seit der Entdeckung der Wassermannreaktion, der Kutanreaktion und des Salvarsans herrscht in der Behandlung der Syphilis wenig Übereinstimmung. Vor allem warnen die Verfasser, die Therapie der Syphilis einzig und allein vom Ausfall der Wassermannreaktion abhängig zu machen, zumal es noch immer nicht bewiesen ist, daß der positive Ausfall der Wassermannreaktion aktive Lues bedeutet. Es gibt bekanntlich einwandfreie Beobachtungen von sicherer Lues mit negativer Wassermannreaktion, ebenso wie sicher nichtluetische zuweilen positiven Wassermann aufweisen, und wie es Fälle von überstandener Lues gibt, die nie mehr Symptome gezeigt, aber stets trotz energischster Hg-Salvarsanbehandlung Wassermann positiv reagiert haben. Vorläufig ist eben die positive Wassermannreaktion noch kein ganz sicheres Symptom einer aktiven Lues, wenn man auch bestrebt sein wird, sie zum Schwinden zu bringen, man darf aber die älteren klinischen Erfahrungen nicht außer Acht lassen. Durch zu starke Betonung der Wichtigkeit der Wassermannreaktion kann man eine Wassermannpsychose hervorrufen. Die Therapie ist insofern wohl einheitlich, als jedermann die kombinierte Hg- und Salvarsantherapie anwendet. Über die Dosen beim Salvarsan herrschen aber weit auseinandergehende Ansichten. Während die einen mit kleineren Dosen bei relativ geringer Gesamtdosis (2,5 Neosalvarsan) auskommen, erhoffen andere Autoren mit häufigen und starken Einzelapplikationen und hoher Gesamteinverleibung (11,5 g) das beste Resultat. Die Statistik scheint fast den vorsichtigen Therapeuten Recht zu geben. Solange von den hohen Dosen dieser zuweilen sehr toxischen Mittel kein wesentlich größerer Vorteil erzielt werden kann, scheint uns der vorsichtiger Weg auch mehr empfehlenswert. Mit dem Fortschritt sind auch neue Schwierigkeiten entstanden. Vorläufig darf man noch nicht einseitig ein Symptom und eine Behandlungsart in den Vordergrund stellen, „sondern die Besiegung des Feindes auf Grund klinischer, bakteriologischer und serologischer Erfahrungen mit allen geeigneten Waffen ist zu versuchen“.

Klokow-Berlin.

- 47) **Rôle de la cholestérine dans la reaction de Wassermann**, par Loushe et Mortlaur. (Gaz. d. hôpitaux 1913. Nr. 129.)

Die Verf. haben die Rolle des Cholesterins bei der Wassermannreaktion studiert, und zwar wurde eine gewisse Anzahl von tierischen Seren cholesterinisiert, indem pro Liter ungefähr 2—3 g Cholesterin hinzugefügt wurde; diese Seren wurden regelmäßig in positivem Sinn beeinflusst; über oder unter dieser Dosis blieb die Reaktion meist negativ. Dann wurden einer Anzahl Kaninchen Cholesterininjektionen gemacht, wobei schwache Dosen keine oder nur geringe Modifikation hervorriefen; bei starken Dosen war das Resultat zunächst unmöglich abzulesen; nach 6—7 Tagen wurde die Reaktion dann deutlich positiv. Nach diesen Versuchen würde also das Cholesterin den Wassermann in positivem Sinn beeinflussen.

Paul Cohn-Berlin.

- 48) **Titration des Komplements bei der Wassermannschen Reaktion**, von Kotzewaloff. (Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskr. LXX. H. 1 u. 2.)

Durch Einschaltung des Normalserums in die Komplementtitration werden

die Endresultate nur unklar gemacht, da Normalsera auf die Hämolyse sehr verschieden einwirken.

Pürckhauer-Dresden.

- 49) **Die Eigenhemmung der Sera, ein Symptom der Lues, von J. Trinchese.** (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 34.)

Die klinische Erfahrung hat bisher gelehrt, daß Eigenhemmung bei der Wassermannschen Originalreaktion nur beiluetischen Sera oder luesverdächtigen Sera vorkommt. Die Eigenhemmung beruht auf der Anwesenheit von Antigen inluetischen Serum; sie ist ein Symptom der Lues. Schourp-Danzig.

- 50) **Über die Brauchbarkeit der Bariumsulfatbehandlung von Leichenserum zwecks serodiagnostischer Untersuchung, von M. Stern.** (Zeitschrift f. Immunitätsforschung u. experim. Therapie. XIII. H. 6)

Verf. hat die von Wolff aufgestellte Behauptung, daß man bei Leichenserum die spezifischen Hemmungen von unspezifischen unterscheiden könne, an Leichen — Kaninchen- und Menschenserum — nachgeprüft und ist zu einem Resultat gekommen, daß die Angaben von Wolff nicht bestätigt. Es komme zwar ab und zu vor, daß ein Serum reine positive Reaktion durch Schütteln mit BaSO₄ verliere. Da derselbe Vorgang bei sicherluetischen Seren vorkommen, sei eine Unterscheidung spezifischer und unspezifischer Reaktion nicht möglich.

Barinbaum-Berlin.

- 51) **Zur Theorie der Wassermann-Neisser-Bruckschen Reaktion, unter besonderer Berücksichtigung der Versuche an Kaninchen, von Prausnitz u. M. Stern.** (Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskr. LXIX. 1913. H. 7.)

Die Verf. bestätigen die schon bisher bekannte Tatsache, daß man ausluetischen Lebern Extrakte mit Alkohol und physiologischer Kochsalzlösung herstellen kann. Erstere sind stärker und wirksamer und behalten ihre Wirksamkeit auch nach Filtration durch bakteriendichte Filter. Um die Spezifität der Reaktion zu prüfen sind Versuche angestellt worden. Auch bei Verwendung von $\frac{1}{4}$ der üblichen Extrakt- und Serummengen traten noch 2 deutliche Hemmungen auf. Ferner konnte durch Behandlung von Kaninchen mit intravenösen Extraktinjektionen der vorher negative in einen positiven Wassermann verwandelt werden. Dieses Resultat trat auch ein, wenn der alkoholische Extrakt zuvor einen bakteriendichten Filter passieren mußte. Folglich können im Extrakt nur alkohollösliche Stoffe die wirksame Substanz sein, vermutlich Lipoide. Aus diesen Versuchen kann man aber auch noch die Folgerung ziehen, daß der Wassermann nicht eine echte Antigen-Antikörperreaktion ist, der es in diesem Falle nicht wie bisher mit Substanzen aus der Gruppe der Eiweißkörper zur Bildung von Antikörpern im Tiere gekommen ist, sondern allein durch Einwirkung von alkohollöslichen Stoffen.

Barinbaum-Berlin.

- 52) **Zweijährige Erfahrungen mit der Wassermannschen Reaktion, von Wesener.** (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 33.)

Eine große Anzahl von Ärzten betrachten die Wassermannreaktion als ein Zeichen stattgehabter Infektion und demgemäß als ein wertvolles diagnostisches Zeichen, machen aber die Therapie nicht von der Reaktion allein abhängig. Und dies aus 3 Gründen. Erstens kommt negative Reaktion bei sicherer Lues vor. (Bei florider Lues in 10%, bei sonstiger in größerem Prozentsatz). Dann gibt es Krankheiten nichtluetischer Natur mit positiver Reaktion. Freilich aber kommen Fälle vor, bei denen dasselbe Serum in verschiedenen Instituten verschiedene Resultate ergab. Verf. hat deswegen

1911 und 1912 249 Untersuchungen in zwei verschiedenen Instituten vornehmen lassen und selber nach Dungen untersucht. Die Resultate waren nun identisch in 204 Fällen und zwar 40mal +, 164mal —, total entgegengesetzt in 24 Fällen, d. i. 9,6 0/0, sonst abweichend in 18 0/0. Nun sind unter diesen Fällen 12 sicher Nichtluetische, bei denen die Untersuchung einmal positiv ausfiel. Verf. verweist auf das Bedenkliche, daß solche Personen auf die Serodiagnose hin einer eingreifenden Behandlung unterzogen werden und unter dem deprimierenden Gefühl leiden, Syphilis zu haben. Über die Ursache dieser differenten Diagnose spricht sich Verf. dahin aus, daß die Wassermannreaktion sehr kompliziert und mit Fehlerquellen ausgestattet und demgemäß die Beurteilung des Ergebnisses schwierig und subjektiver Auffassung unterworfen sei. Deshalb darf für den Kliniker die Reaktion niemals allein das Entscheidende sein; auch soll der Serologe ohne Wissen der klinischen Diagnose entscheiden. Notwendig ist* ferner die Verwendung von mindestens 3 Extrakten und Untersuchung zweier Serologen. Der Ausfall der Reaktion allein soll niemals entscheidend für die Therapie sein. Mit der Dungen'schen Reaktion hat Verf. gute Erfahrungen gemacht. Ob die *Spirochaeta pallida* noch aktiv im Körper ist, läßt sich nach Verf. durch die Reaktion allein nicht entscheiden und deshalb läßt die positive Reaktion keinen Schluß auf die Ansteckung des betreffenden Patienten zu. Raff-Augsburg.

53) **Die Chemie des Leukozytozoon der Syphilis und der Schutzzellen gegen dasselbe**, von J. E. Radcliffe, Mc Donagh u. R. L. Mc Kenzie. (Biochemical Journ. 1913. 5. Oktober.)

Verf. kommt zu dem Resultat, daß basische Farben, am besten Borax-Methylenblau, sich zum Färben in vivo besonders eignen. Infolge der Gegenwart von Lezithin-Globulin, das die syphilitischen Körper einhüllt, kann die Färbung klarer erscheinen, durch Hinzufügung von Dextrose. Verf. beschreibt alsdann das färberische Verhalten im Schnitt und zwar die Einwirkung der Reagenzien auf den Protoplasma- und den nukleären Anteil der Syphiliskörper. Das Protoplasma der Syphiliskörper ist stark pyroninophil, deshalb besitzt es reduzierende Eigenschaft. Es ist sehr widerstandsfähig gegenüber Reagenzien und ähnelt in jeder Beziehung dem Globulin. Dagegen verhält sich der Kern den Farbstoffen und Reagenzien gegenüber, wie die Kerne der sich teilenden Zellen. Max Leibkind-Dresden.

54) **Syphilis du pancreas**, par W. Sallis. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 12.)

Auf Grund von 15 aus der Literatur gesammelten Fällen stellt Verf. ein Bild dieser seltenen Krankheit auf. Die Krankheit, bei beiden Geschlechtern gleich häufig, tritt verschieden lange Zeit nach der Infektion auf. Die Symptome sind: Verdauungsstörungen, selten Glykosurie, Ikterus, häufig Steatorrhoe, Abmagerung, Schmerzen im Epigastrium, endlich ein Tumor der Pankreasgegend. Der Ikterus zeigt das Bestehen einer gleichzeitigen Hepatitis an. Der Tumor wurde in 8 von den 15 Fällen konstatiert. Bei andern Zeichen von Lues, auch bei Gegenwart von Narben usw., kann man an Pankreassyphilis denken. In mehreren Fällen wurde wegen des Tumors die Laparotomie gemacht und dann erst die Diagnose gestellt. Es ist aber besser, eine spezifische Behandlung einzuleiten, die dem Patienten nie schaden, wohl aber erheblichen Nutzen bringen kann. So selten, als man glaubte, ist die Syphilis des Pankreas nicht. Raff-Augsburg.

55) **Über die Häufigkeit und diagnostische Bedeutung der Papillitis nervi**

optici bei der Säuglingssyphilis, von S. C. Beck und M. Mohr. (Dermatologische Wochenschrift. 1913. Nr. 47.)

Die Neuritis syphilitica nervi optici wird am häufigsten in den ersten drei Lebensmonaten angetroffen. Im späteren Alter nimmt die Häufigkeit ab, doch kommt sie bis 1 $\frac{1}{2}$ Jahren noch in einem Drittel der Syphilisfälle vor. Systematische, öfters wiederholte Untersuchungen bei denselben Kindern ergaben, daß die Papillitis bei älteren Kindern, von 7—18 Monaten ziemlich rasch verläuft und in 3—4 Wochen meistens beendet ist, während bei ganz jungen Säuglingen, selbst bei energischer Behandlung mit Quecksilber oder Salvarsan, die Papillitis sich meist erst nach mehreren Monaten zurückbildet. Der scheinbar raschere Verlauf bei älteren Kindern ist dadurch zu erklären, daß der an sich gutartige Prozeß, zu jener Zeit, wo therapeutisch eingegriffen wird, schon in spontaner Involution begriffen ist. Schourp-Danzig.

56) **Weitere Mitteilungen über Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung**, von Uhlenhuth und Mulzer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 44.)

1. Bei sicher latenter Syphilis (Wassermannreaktion positiv ohne manifeste Erscheinungen) konnte Blutinfektiosität nicht festgestellt werden. 2. Eine sichere Beurteilung eventueller therapeutischer Effekte dürfte das Tierexperiment nicht gestatten. 3. Positive Impfresultate mit Blut von Kranken mit tertiären Erscheinungen wurden beobachtet. 4. Verimpfung des Blutes von Kranken, die Symptome einer tardiv-hereditären Syphilis (zerfallene Gummen, Keratitis parenchymatosa, Wassermannreaktion positiv) hatten, fiel negativ aus. 5. Einige Speichel- und Urinverimpfungen rezenter Syphilitischer mit manifesten Symptomen ergaben bisher negative Resultate. 6. Positives Resultat ergab sich in einem weiteren Fall von Spermaverimpfung bei primärer Syphilis, und von Milch einer symptomlosen Mutter eines schwer congenital-syphilitischen 8 Tage alten Kindes. 7. Gewebstücke und Blut an maligner Syphilis leidender Individuen ergab fast immer spirochätenhaltige Hodensyphilome. 8. Spinalflüssigkeit konnte mit Erfolg verimpft werden. 9. Blut- und Spinalflüssigkeitsverimpfungen von Tabikern und Paralytikern fielen negativ aus. 10. In einem Fall erzeugte Hirnbrei eines Paralytikers ein spirochätenhaltiges Hodensyphilom. 11. Milz und Leber syphilitischer Kaninchen scheinen am meisten infektiös zu sein. 12. Verdünnung der üblichen spirochätenhaltigen Hodenemulsion 1:2000 (2 ccm) ergab noch positive Resultate. — Die Autoren sind ferner der Ansicht, daß Kaninchen für die experimentelle Syphilis geeigneter sind als Affen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

57) **La syphilis méningée**, par Desneux, Dujardin et O. Weill. (Journal Médical de Bruxelles. 1913. Nr. 21.)

Die Meningen können schon im ersten Sekundärstadium vomluetischen Virus befallen werden. Im allgemeinen werden die eingedrungenen Spirochäten durch die Eigenschutzkräfte des Organismus bzw. die therapeutischen Mittel vernichtet. In einer Anzahl von Fällen kapseln sich aber die Mikroben in den tieferen Schichten der Gewebe ein. Es kann nun eine meningeale Schädigung von akutem Charakter erfolgen — ähnlich der Provokation bei mangelhafter Therapie — oder aber, und dies ist die Mehrzahl der Fälle, es bleibt der Prozeß viele Jahre latent, macht keine subjektiven Beschwerden und endet in einer Hirnnervenentzündung bzw. Tabes oder Paralyse.

Pürckhauer-Dresden.

58) **Zur Histologie der kongenitalen Dünndarmsyphilis**, von Warstat. (Virchows Archiv. CCXXII. H. 2.)

Kasuistischer Beitrag (positiver Spirochätenbefund). Pürckhauer-Dresden.

59) **Veränderungen der art. iliac. commun. bei Syphilitikern**, von Stein. (Virchows Archiv. CCXI. H. 1.)

Die Gefäßveränderungen bei Lues sind charakterisiert in der Aorta durch eine Mesaortitis, in den kleinen Gefäßen durch eine Endoarteriitis, in den Gefäßen mittlerer Größe (besonders den Iliacae) durch rein arteriosklerotische nicht entzündliche Veränderungen, die aller Wahrscheinlichkeit nach mit dem histologischen Bau dieser Gefäße zusammenhängen. Pürckhauer-Dresden.

60) **Syphilis in Spanien in den Jahren 1494 und 1495. Der Brief des Scillacio und der Reisebericht des Monetarius**, untersucht von K. Sudhoff. (Dermatolog. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Aus den angeführten Schriften geht hervor, daß die so oft behauptete und so eifrig verwertete Syphilisepidemie am Ende des 15. Jahrhunderts dem Reiche der historischen Fabel angehört. Schourp-Danzig.

61) **Über die Beziehung der experimentell erzeugten Tiersyphilis zur menschlichen Lues**, von A. Busche. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 37.)

Metschnikoff glaubt, daß es möglich wäre, Prostituierte mit Affenvirus zu immunisieren. Verf. bezweifelt diese Meinung, da nach seinen Beobachtungen die beim Kaninchen durch menschliches Syphiliskontagium erzeugten Krankheitserscheinungen trotz klinischer und biologischer Differenzen wirklich Syphilis darstellen und das Syphiliskontagium trotz mehrfacher Passagen im Kaninchenkörper seine volle Virulenz für den Menschen nicht einzubüßen braucht. Die auf Affenbeobachtungen begründete Anschauung Metschnikoffs kann in ihrer Allgemeinheit nicht aufrecht erhalten werden, und die Aussicht, durch einfache Tierpassage ein gegen die Syphilis gerichtetes Vakzin zu erhalten, scheint zum mindesten zweifelhaft. Schourp-Danzig.

62) **Über einen Fall vonluetischer Erkrankung des Chiasma**, von Ischreyt. (Archiv f. Augenheilkunde. LXXV. H. 1.)

Die Gesichtsfelduntersuchung einer 36jährigen Patientin ergab im Verein mit der Röntgenuntersuchung eine Erkrankung des Chiasma. Da Wassermann positiv war, wurde an eineluetische Affektion gedacht. Die Therapie bestätigte diese Vermutung, denn auf eine Salvarsaninjektion und eine energische Schmierkur hin besserte sich sowohl das Sehvermögen als auch das Gesichtsfeld. Die bitemporale Hemianopsie für Weiß verschwand, dagegen blieb sie für Rot bestehen. Die Gesichtsfeldstörungen waren sehr wechselnd. Der Prozeß ist als noch nicht abgeschlossen anzusehen. Der Herd müßte, nach den Gesichtsfeldern zu urteilen, an der Unterfläche des hinteren Teils des Chiasma gelegen sein und dürfte sich vielleicht an eine basale gummöse Wucherung in der Umgebung des Chiasmas angeschlossen haben. Gustav Erlanger-Berlin.

63) **Zur Pathologie und Therapie des Diabetes insipidus**, von Benario. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 32.)

Verf. gibt die Krankengeschichten von 7 Fällen, bei denen die Krankheitsursache Lues war; nur 3 Fälle boten manifeste Erscheinungen, in den anderen vier wurde die Diagnose durch die Wassermannsche Reaktion gestellt. Die Therapie, meist einmalige Salvarsaninjektion, auch Schmierkur beseitigt die Krankheitserscheinungen sofort. In einem Falle stieg die Harnmenge

nach der intravenösen Salvarsaninjektion zunächst an, um dann auf die Norm zu sinken, was wohl als Herxheimersche Reaktion anzusprechen ist. Aus Untersuchungen der neuesten Zeit darf man annehmen, daß der Hinterlappen der Hypophysis cerebri für das Zustandekommen des Diabetes insipidus von Bedeutung ist; es müssen sich hier gummöse Prozesse abspielen, die von einer basilairen Meningitis stammen. Außerdem können auch destruirende Prozesse des Nasenrachenraumes auf die Sella turcica und dann auf die Hypophyse übergreifen.

Raff-Augsburg.

- 64) **Deux nouveaux cas de mal de Pott syphilitique**, par Pied. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 12.)

Verf. beschreibt ausführlich 2 Fälle von Malum Pott syphilitischer Natur; er glaubt, daß die Krankheit häufiger sei und nur die Diagnose nicht gestellt werde, weil man gewohnt sei, die Pottsche Krankheit der Tuberkulose zuzurechnen. Bei dem ersten Kranken hörte durch die Behandlung eine 30jährige Neuralgie auf, die Knochen der Wirbelsäule wurden wieder fest (durch Röntgen festgestellt). Bei dem zweiten Kranken sprach für die Diagnose der Kontrast zwischen dem guten Allgemeinbefinden und der schweren Säulenaffektion. Das Verschwinden aller Erscheinungen, auch des Gibbus, bestätigte die Diagnose. In beiden Fällen scheint ein Primäraffekt der Urethra vorhanden gewesen zu sein.

Raff-Augsburg.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

- 65) **Über den Nachweis von Jod im Harn**, von F. Lesser. (Berliner klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 44.)

Verreibt man etwas Urin oder Speichel mit Kalomel auf den Objektträger, so tritt bei Jodanwesenheit intensive Gelbfärbung auf.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 66) **Ein Vorschlag zur Behandlung der Prostatahypertrophie**, von A. Adler. (Med. Klinik. 1913. Nr. 39.)

Anregung, die hypertrophische Prostata in geeigneten Fällen analog den Uterusgeschwülsten mit Radium und Mesothorium vom Rectum oder der Urethra aus zu behandeln.

Biberstein-Gleiwitz.

- 67) **Le cathétérisme des canaux éjaculateurs**, par Luys. (Gaz. des hôpit. 1914. Nr. 15.)

Verf. empfiehlt, in einschlägigen Fällen bei der Spermatocystitis chronica die Samenausführungsgänge zu dilatieren, die oft verengt sind, dadurch werde die Massage und Entleerung des infizierten Inhaltes erst wirkungsvoll. Der Katheterismus mit feinen Sonden im Urethroskop ist leicht und ungefährlich, doch muß das Veru montanum in gutem Zustande sein; die Methode ist auch bei gewissen Formen von Impotenz und neurasthenischen Störungen von Erfolg.

Paul Cohn-Berlin.

- 68) **Weitere Beobachtungen über die Urobilinogenreaktion im Harn Scharlachkranker**, von C. Schelenz. (Medizin. Klinik. 1913. Nr. 16.)

Die Amidobenzaldehydreaktion, angestellt am frischgelassenen Harn solcher Patienten, die kein Urotropin genommen haben, stellt eine zuverlässige Frühreaktion des Scharlachs dar.

Biberstein-Gleiwitz.

- 69) **La cystite incrustée**, par François. (Journ. d'Urologie. 1914. S. 35.)

Verf. beschreibt ausführlich eine Cystitisform, bei welcher sich auf zirkumskripter Ulzeration Kalksalze inkrustiert haben. Sie schließt sich fast stets

an eine alte chronische Cystitis an. Die Symptome, die Ursachen und die Begleiterscheinungen sind die einer schweren ammoniakalischen Cystitis; zuweilen werden kalkige Konkretionen mit dem Harn entleert. Im Kystoskop sieht man im Trigonum, im Fundus, auch wohl auf den vesikalen Oberflächen einer hypertrophischen Prostata silberweiße, fettige, ausgefranzte disseminierte oder konfluente Stellen; sie gleichen, je nachdem sie flach oder vorspringen, bald Wattebüscheln, bald weißen Schwämmchen und sind umgeben von einem Entzündungshof oder von diffuser totaler Cystitis. Sie bestehen aus nekrotischem mit Leukozyten, Bakterien und Kalksalzen imprägniertem Gewebe; die oberste Schicht ist ganz nekrotisch, die mittlere infiltriert, zum Teil schon degeneriert, die unterste, die Submucosa, bis in die Musculosa hinein entzündet. Man darf die inkrustierende Cystitis nicht verwechseln mit schweren Cystitiden, die Eiterbröckel und Fibringerinnsel aufweisen — diese sind beweglich, die inkrustierten Ulcera fixiert —, mit Steinen — gleichfalls beweglich —, mit Leukoplakien — verhornte Epithelien im Urinsediment —, endlich nicht mit inkrustierten Tumoren. Die Behandlung unterscheidet sich zum Teil nicht von der einer schweren banalen Cystitis; meist wird es, nach Ansicht des Verf.'s, notwendig sein, die Blase zu öffnen, das nekrotische Gewebe zu exzidieren und die Schnittenden zu vernähen. Die Richtigkeit dieser Ansicht wird durch die Darlegungen des Verf.'s nicht bewiesen; wenn, wie er zugibt, bei Frauen die Curettage per vias naturales erfolgreich ist, warum soll nicht bei Männern, nach längerer Behandlung der Cystitis durch Verweilkatheter, geeignete Desinfektion per renal und per urethral, die intravesikale topische Therapie unter Leitung des Kystoskops Erfolge zeitigen? Von 11 mit Kystotomie behandelten Fällen sind 7 seit $\frac{1}{4}$ —2 Jahren geheilt geblieben.

Goldberg-Wildungen.

70) **Penoplastik bei Phagedänismus**, von Brault. (Revue clinique d'urologie. 1914. S. 31.)

Verf. rekonstruierte einen Penis, der durch phagedänischen Schanker auf einen von weiter Geschwürsfläche umgebenen 2 cm kurzen Stumpf reduziert war, derart, daß er oben vom Abdomen her und unten vom Skrotum her \uparrow förmige Lappen schnitt, und dieselben, seitlich in Konnex mit der gesunden Haut belassen, nach unten bzw. oben verschoben, um den Penis nähte. Nach einigen Nachoperationen wegen komplizierender Hypospadie und wegen zu großer Weite des neuen Penissackes war eine gute, 7 cm lange Rute das Endergebnis. Vorher muß natürlich der phagedänische Schanker in gute aseptische Granulationen umgewandelt sein.

Goldberg-Wildungen.

III. Bibliographie.

W. Schrauth, **Die medikamentösen Seifen. Ihre Herstellung und Bedeutung unter Berücksichtigung der zwischen Medikament und Seifengrundlage möglichen chemischen Wechselbeziehungen.** (Ein Handbuch für Chemiker, Seifenfabrikanten, Apotheker und Ärzte. Berlin, Julius Springer, 1914. Preis 6 Mk.) — Vorliegendes Buch ist für den Dermatologen von außerordentlichem Interesse, da es in bis jetzt noch nicht vorhandener Ausführlichkeit die Chemie der medizinischen Seife behandelt. Wir lernen alle Anforderungen kennen, die der Arzt an eine medizinische Seife stellen muß, ihre Fabrikation, und was das Wichtigste für den Arzt ist, das Verhalten der verschiedenen Medikamente in der Seife. Das Buch wird gefüllt durch sorgfältig gesammelte Literaturangaben und durch eigene experimentelle Studien des Autors. Letztere erstrecken sich besonders auf die Herstellung von wirklich neutralen Seifenkörpern und auf desinfizierende Seifen.

C. Siebert-Charlottenburg.

Hottinger, **Über Cystitis.** (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Dermatologie, der Syphilidologie u. d. Krankh. d. Urogenitalapparates. Bd. II, Heft 7. Preis 1 Mk.) — Die Cystitis ist eine echte, durch bakterielle Infektion erzeugte Entzündung, die ihre Ursache entweder in spontaner Einwanderung von oben her hat, beispielsweise bei Pyelonephritis oder artifiziiell entsteht. Eine Infektion des Urins sei noch lange nicht gleichbedeutend mit einer Cystitis. Ein spezifisches Bakterium der Cystitis gebe es nicht, die Zahl der vorkommenden Mikroben sei eine große. Als Hauptrepräsentant ist das Bakt. coli anzusehen, das meistens mit Mischinfektionen vergesellschaftet ist. Eine echte gonorrhöische Cystitis existiere. Zum Zustandekommen einer Cystitis seien begünstigende Zustände notwendig. In diesem Sinne wirke alles, was die Blase unter Kongestion setze, als Traumen, wie sie durch Einführung von Instrumenten als auch bei operativen Eingriffen in der Umgebung der Blase gesetzt würden. Geradezu als Circulus vitiosus wirke die Retention. Sie vermehre die Kongestion und diese begünstige wieder die Haftung einer Infektion. Auch die Deflorations-Cystopyelitis sei als durch Einwirkung eines Trauma entstanden zu erklären, ebenso die auf Abusus sexualis beruhenden Cystitiden. Die Urinveränderungen, die Schmerzen und Störungen in der Mixtion, speziell die Vermehrung der Frequenz seien nicht ohne weiteres Zeichen einer bestehenden Cystitis, könnten doch Tumoren, Steine, Strikturen usw., ferner chemische Veränderungen des Urins den Eindruck einer echten Cystitis hervorrufen. Ferner kommen als hierher gehörig Fernwirkungen auf die Blase in Betracht, wie sie bei verschiedenen Nierenerkrankungen und Erkrankungen des weiblichen Genitaltrakts auftreten könnten. Die Diagnose der Cystitis erscheine leicht, doch müsse in erster Linie der Nachweis der bakteriellen Pyurie erbracht sein und deren Provenienz aus der Blase. Jeder eiterhaltige Urin enthalte ein nachweisbares Quantum Eiweiß. Zur Untersuchung sei steril aufgefangener frischer Urin zu verwenden. Das Kriterium der Urinreaktion, bei Cystitis alkalische Harnzersetzung, bei Pyurie saure Reaktion seien ad acta gelegt. Bezüglich der Provenienz des Eiters stelle man eine Erkrankung der anderen Organe fest oder schließe eine solche aus. Das entscheidende Wort bei der Diagnose habe die kystoskopische Untersuchung zu sprechen, die uns von dem Vorhandensein einer Cystitis und deren Charakter überzeuge. Die Prognose der Cystitis sei vorsichtig zu stellen, da eine Miterkrankung der Nachbarorgane vorkomme. Die Therapie der akuten Cystitis sei eine diätetisch-symptomatische Wärme, Narkotika, Teeabkochungen (Fol. Uvae Ursi, usw.) und Harnantiseptika leisten gute Dienste. Wenn letztere auch spezifisch wirken, so könnten sie doch keine Tiefenwirkung haben. Eine Oberflächenwirkung entfalten sie jedoch durch Entwicklungshemmung der Bakterien, was in vielen Fällen genüge, damit die Schleimhaut mit der Invasion fertig wird. Die Lokalbehandlung der Cystitis erstrecke sich auf zwei Wirkungen: eine mechanische Reinigung durch Spülungen und eine desinfizierend-adstringierende. Das souveränste Mittel sei immer noch das Arg. nitric (1 : 5000—500), bei Reizzuständen zweckmäßig in Kokain oder Novokain (2—5%) aufzulösen. Auch die organ. Silberpräparate leisteten manchmal gutes. Die Hg-Präparate seien nur äußerst verdünnt anwendbar, Sublimat (1 : 20000 bis 10000), Hydrargyrum oxycyanatum (1 : 5000). Zweckmäßig seien auch Irrigationen mit dem stark oxydierenden Kaliumpermanganat (1 : 10000—1000). Bei ulzeröser Cystitis wirke Jodoform in 5% öliger Suspension (5—10 ccm), ebenso Guajakölöl 5% oft überraschend schnell. In rebellischen Fällen unterstütze manchmal ein Verweilkatheter, der alle 5—7 Tage zu wechseln sei, oftmals die Therapie. Bei Cystitis ulcerosa müßten vor Anwendung der Medikamente die Beläge mit dem scharfen Löffel entfernt werden. Da es sich bei diesen Prozessen gewöhnlich um alkalische Cystitiden handle, und die Fibrinfetzen sich gern mit alkalischen Salzen inkrustierten, empfiehlt Autor außer den genannten Injektionen noch Spülungen mit verdünnter Salpetersäurelösung ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %). Bei Cystitis colli genüge meist die Duschierung mit einer 1—5% Argentumlösung, bei Vorhandensein von Proliferationen müßten diese galvanokautisch entfernt werden.

J. Schumacher-Berlin.

IV. Therapeutische Notizen.

Ekzem der Oberlippe:

Rez. Lact. sulf.
 Spirit.
 1) Aq. dest. ana 20,0
 (Veiel.)

J.

Pruritus:

- | | | |
|----|--|---------|
| | Rez. Thymol | 1,0 |
| | Acid. carbol. | |
| | Menthol | |
| 2) | Acid. salicyl. ana | 3,0—5,0 |
| | Glycerin. pur. | 5,0 |
| | Spirit. rectific. (80 ^o / _o) ad | 200,0 |
- (J. Schaeffer, Med.-klin. Beihefte. 1913. H. 12.)

J.

Rosacea:

- | | | |
|----|-----------------------------|------|
| | Rez. Pastae Zinci | |
| 3) | Resorcini subtil. pulv. ana | 20,0 |
| | Ichthyoli | |
| | Vaselin ana | 5,0 |
- Mf. Schälpaste.
(Unna.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. März 1914.

W. Friedländer stellt eine Patientin mit einem **Ulcus linguae** vor; wahrscheinlich handelt es sich um einen Primäraffekt, Wassermann ist schwach positiv.

Arndt demonstriert einen Fall, der zwei nebeneinander bestehende Affektionen darbietet: 1. eine **Pityriasis lichenoides chronica**, 2. einen **Lichen ruber acuminatus**; beide Affektionen sind histologisch sichergestellt.

Eugen Fraenkel (Hamburg) hält einen Projektionsvortrag über **metastatische Dermatosen bei akuten bakteriellen Allgemeinerkrankungen**: Es werden zunächst Photographien einer Puerpera mit Pyämie, deren Haut eine Anzahl Blasen zeigt (Dermatitis staphylogenes), demonstriert, sodann die Hand eines Mannes mit Endocarditis streptococcica und dichtstehenden Hämorrhagien an der Haut, ferner die Fußsohle eines kleinen Kindes mit gangränösen Stellen auf Grund einer Allgemeininfektion durch Streptokokken, die im Anschluß an Masern entstanden war, sodann ein Ektyma gangraenosum durch Allgemeininfektion mit Bacillus pyocyaneus und schließlich einen ähnlichen Fall mit Blasenbildung und starken Defekten an der Haut des Oberkörpers.

Es folgt die Projektion zahlreicher mikroskopischer Präparate von den oben demonstrierten Fällen: man sieht z. B. sehr instruktiv, wie bei den Staphylokokkeninfektionen die Arterien sowohl in der Subcutis wie im Papillarkörper von den Staphylokokken förmlich verstopft, außerdem aber mit Eiterherden umgeben sind, während die Streptokokken zwar das Lumen der Arterien auch verstopfen, gewöhnlich aber keine Leukozytenanhäufungen hervorrufen. Es werden ferner gezeigt Reinkulturen von Pyocyaneus mit einer endständigen Geißel, besonders charakteristisch ist bei diesen Präparaten die Anhäufung des Bacillus in der Gefäßwand. Andere Präparate zeigen den Typhusbacillus mit der Geißelfärbung und Schnitte durch Typhusroseola, gewonnen durch Einlegung des Schnittes in Bouillon, man sieht das Auswachsen des Bacillus in den Gefäßen; ferner werden demonstriert Präparate

von Hautmetastasen bei Allgemeininfektion durch *Pneumococcus Friedländer*, sodann hämorrhagische Entzündung in der Subcutis bei Diphtherie, schließlich Präparate von Roseolen bei Flecktyphus, worin die starke Destruktion der Gefäße auffällt.

In der Diskussion werden eine Anzahl von Präparaten, Moulagen usw. von ähnlichen und anderen Hautmetastasen bei Allgemeininfektionen demonstriert; es wird mit Rücksicht auf den Befund des Vortr. betr. die Ansammlung von Leukozyten bei Staphylococcie, nicht aber bei Streptococcie darauf hingewiesen, daß die Vakzination bei der ersteren viel günstiger wirkt als bei der letzteren.

Unna (Hamburg) betont u. a. die Wichtigkeit der Tatsache, daß die konstanten klaren pathologisch-anatomischen Bilder den verschiedenen klinischen Zuständen entsprechen.

W. Friedländer berichtet über Bestrahlungen von **Meerschweinchenhoden** mit **Mesothorium** unter Demonstration von Bildern am Projektionsapparat; es zeigen sich dieselben Veränderungen wie bei Röntgen- und Radiumbestrahlung, umfangreiche Degenerationsvorgänge mit Zerstörung der spezifischen Elemente; dagegen war keine Einwirkung auf das Prostatagewebe zu konstatieren.

Halberstädter demonstriert **Kaninchenhoden**, denen er **Thorium X** eingespritzt hat; sie sind schon makroskopisch kleiner als die nicht behandelten; mikroskopisch zeigen sie starke degenerative Veränderungen.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

Roux (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 15) weist darauf hin, daß vor mehreren Jahren Majoral und Perez Grandé bei der Urethritis blennorrhöica außer dem *Gonococcus* einen Coccus nachgewiesen haben, der diesem sehr ähnlich ist, aber sich nach Gram färbt; es ist derselbe, den Nicolle und Blairot als Satellit des *Gonococcus* beschrieben haben. Die Verff. nehmen an, daß die Gonokokkenvakzine Erfolg hat bei den gonorrhöischen Komplikationen, weil diese durch den *Gonococcus* allein, der ins Blut übergeht, verursacht sind; diese Vakzination hat keinen Erfolg bei der blennorrhöischen Urethritis, weil hier der *Gonococcus* mit anderen Mikroben assoziiert ist. Eine wirkungsvolle Vakzine muß deshalb die verschiedenen Bakterien enthalten, die in der kranken Urethra vorhanden sind; einer derartigen Vakzine haben sich die Autoren mit Erfolg bedient.

Paul Cohn-Berlin.

Die 58. Auflage des Riedelschen „Mentors“ bedeutet zugleich das 100jährige Bestehen dieser bekannten chemischen Fabrik. Uns interessieren ganz besonders die Artikel über Sulfosalizylsäure und ihre Hexamethylentetraminsalze sowie über einen neuen Kopaivabalsam. Der letztere stammt aus Manaos in Brasilien. Außer dem Hexal bringt die Fabrik ein Neohexal in den Handel. Dasselbe ist äußerst leicht in Wasser löslich, was neben seiner weniger sauren Natur therapeutisch dem Hexal gegenüber in gewissen Fällen von Vorteil ist.

J.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber Prof. Dr. Max Joseph in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1914.

Juni.

Nr. 9.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Beitrag zur Behandlung juckender Dermatosen, von Dr. Johann Meyer. 2) Pemphigus vulgaris; Heilung durch Neosalvarsaninjektionen, von Dr. Eschweller.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Productions d'indurations ligneuses symétriques à la suite d'une injection de sérum artificiel, par Hallopeau et François-Dainville. 2) Indikationen seitens des Urins in der Behandlung gewisser Hautkrankheiten, von L. D. Bulkley. 3) Perhydrit, ein festes Wasserstoffsuperoxyd, von J. Schuhmacher. 4) Über Veränderungen der Hautreaktion, von F. Lüthlen. 5) Über Beeinflussung von Hautentzündungen, von Lüthlen. 6) Die neueren Fortschritte in der Röntgentherapie und ihre Bedeutung für die Dermatologie, von Fr. M. Meyer. 7) Salbenapplikation ohne Salbentopf, Pinsel und Spatel, von Dreuw. 8) Über Juckendemie im Hochsommer, von F. Kanngliesser. — Entzündliche Dermatosen. 9) Eucerinum-Unna zur Verhütung von Ekzemrezidiven, von Bockhart. 10) Über Sonnenbrand, von G. Scheffer. 11) Epidermolysis bullosa hereditaria, by E. B. Morley. 12) Hydroa buccal traité par l'autohématotherapie, par Gastou, Ravaut et Chompret. 13) Alkalisierung der Gewebe bei diabetischer Furunkulose, von A. Brunner. 14) Über Akne und eine neue erfolgreiche Behandlungsweise derselben, von Buchholtz. 15) Impetigo staphylogenes Bockhart mit seltener Lokalisation und Ausbreitung, von R. Srámek. 16) Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz), von S. Grosz. 17) Zum Krankheitsbegriff des sogen. Ulcus acutum vulvae, von R. Volk. 18) A case of recurrent bullous eruption, by W. Knowsley. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 19) Zur Kasuistik der Naevi, von V. Brabec. 20) Zur Kenntnis des „Pseudo-Milium colloidal“, von Arzt. — Parasitäre Dermatosen. 21) Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen, von G. Nobl. 22) Über lichenoid (kleinpapulöse, spinulöse) Trichophytie, von Guth. 23) Über einen säurefeste Substanz bildenden Bacillus der Subtilisgruppe, von L. Waelsch. 24) Drei wahrscheinlich durch Übertragung entstandene Fälle von Pseudopelade Brocq (Alopecia parvimaiculata Dreuw), von M. Hodara. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 25) Zur Frage der Kupfertherapie bei äußerer Tuberkulose, von K. Stern. 26) Über die primäre Tuberkulose des Penis, von Sh. Homma. 27) Bemerkungen zur Lupustherapie, von L. Freund. 28) Über sogen. Melkerknoten (Kuhpockeninfektion), von W. Frieboes. 29) A propos du traitement des tuberculides cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan, par Tzanek et Pelbois. 30) A case of probable sarcoid resembling lupus erythematosus. Treatment by the Finsen ray, by H. Fox. 31) The micro-organism of leprosy; has it been cultivated? by H. Bayon. 32) Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika. Auf Grund amtlichen Materials bearbeitet von O. Peiper. 33) Mycosis fungoides der Haut und inneren Organe, von Paltauf und v. Zumbusch. 34) Ein Fall von Malleus chronicus beim Menschen, von van der Valk und Schoo. — Gonorrhoe. 35) Über die Involutionsformen des Gonococcus Neisser und ihre Rolle als intraepitheliale Zellparasiten, von H. Herzog. 36) Le traitement des infiltrations molles de l'urètre antérieur, par Palazzoli. 37) Contributo allo studio della batteriologia e della istopatologia dell' uretrite cronica, per V. Ramazzotti. 38) Die soziale Bedeutung der Gonorrhoe, von S. Peller. 39) Milieu rendant facile la culture gonocoque, par Sabouraud et Noiré. — Syphilis. 40) Syphilis et sclérodémie, par E. Jeanselme et A. Touraine. 41) Syphilis et lymphomatoses,

par Nanta. 42) Überluetische perniziöse Anämie, von Weicksel. 43) Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälleluetischer Infektion, von E. Mattauschek und A. Piez. 44) Beeinflußt eine syphilitische Infektion die Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit? von Beckzeh. 45) Überorganisierte syphilitische Papeln, von S. Hanawa. 46) Zur Frage der „Lues nervosa“, von Fr. Moerchen. 47) Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen innerer Organe, von Lenzmann. 48) Die anatomischen Veränderungen bei der Sublimatvergiftung des Kaninchens in ihrer Abhängigkeit vom Gefäßnervensystem, von Weller. 49) Ein Beitrag zur Syphilis insontium, von R. v. Planner. 50) Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von V. Mentberger. 51) Pelade et syphilis, par Petges et Muratet. 52) Quatrième et dernière note sur l'hérédo-syphilis, ses lois, et leur interpretation, par Carle. 53) Ist konstitutionelle Syphilis vom Ohr aus zu diagnostizieren, von Beck. 54) Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion, von Mulzer. 55) Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion, von Raab. 56) Zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion im Vergleich mit dem der Wassermannschen Originalmethode, von A. Balcarek. 57) Über die Wassermannsche Seroreaktion bei der Tabes dorsalis, von E. Redlich. 58) Le diagnostic de la syphilis par la Meistagmine reaction, par P. Leconte. 59) Über die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion, von J. Kallos. 60) Zur Abwehrfermentreaktion bei der progressiven Paralyse, von Max Theobald. 61) Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit besonderer Berücksichtigung der sogen. paradoxen Sera, von Fr. Graetz. 62) Über die Verwendung größerer Serumdosen zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion, von R. Ledermann. 63) A study of the spinal fluid in one hundred case of syphilis, by M. F. Engman, R. Bachman and R. H. Davis. 64) Spirochätenuntersuchungen, von G. Arnheim. 65) Seltene Kombination von Syphilis, Diabetes insipidus und Pemphigus, von A. Tryb. 66) Über die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlösungen, von B. Habermann. 67) Le néosalvarsan à la clinique dermatologique de Bordeaux (1913). Incidents et accidents, par Morin et Joulia. 68) Sur une d'Hutchinson unilatérale, par Audry. 69) Ein Todesfall nach Neosalvarsan, von Neumayer. 70) Un signe rétrospectif de la syphilis: hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien sans leucocytose et sans Wassermann, par Bloch et Vernes. 71) Un cas de mort à la suite de deux injections de néosalvarsan au début de la syphilis, par Ivetrain. 72) Syphilis et tuberculose. Action du salvarsan et du néosalvarsan, par Jeanselme, Vernes et Bloch. 73) Experience with neosalvarsan at the Harlem Hospital, by H. Fox. 74) Über die Neosalvarsanbehandlung der Syphilis, von G. Inouye. 75) Klinische Beobachtungen über die Einwirkung des Salvarsans und der Kombination von Salvarsan und Quecksilber auf den Fötus, von K. Hedén. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 76) Lésions de la muqueuse vésicale vues au cystoscope dans le purpura hémorrhagique, par Brunl. 77) Ein Fall von Penisverdoppelung, von G. Lionti. 78) Über Röntgendiagnose von Blasengeschwülsten, von Sh. Takagi. 79) Sur la récidence des calculs de la vessie, par Pavone. 80) Die praktische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter, von Adrian. 81) Über das melanotische Pigment der Epidermis, von Krelbich. 82) Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten, von Th. Janowski. 83) De la recherche des bacilles de Koch dans les urines, par Gautier.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Offener Brief an den Herausgeber. — VIII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus Prof. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten zu Berlin.]

1. Beitrag zur Behandlung juckender Dermatosen.

Von Dr. Johann Meyer, Assistent,
zurzeit Spezialarzt für Hautkrankheiten in Hamburg.

Für die große Gruppe der wahrscheinlich rein nervösen Dermatosen standen uns zwar zur Beseitigung des Juckens bereits seit längerer Zeit

eine Anzahl Medikamente zur Verfügung. Dieselben ließen aber bald in ihrer Wirkung nach oder versagten allmählich völlig.

In der Annahme, daß vielleicht im Blute kreisende Giftstoffe diese Krankheiten verursachen, hat zuerst Bruck eine „Blutwaschung“ vorgenommen, indem er einen Aderlaß von etwa 250 ccm mit nachfolgender Zufuhr von physiologischer Kochsalzlösung (0,9%) vornahm, um so eine Verdünnung der im Blute kreisenden Giftstoffe zu ermöglichen und eine Entfernung derselben durch ausgiebigere Diurese, vielleicht auch durch Beeinflussung biochemischer Vorgänge im Blute selbst oder der blutbildenden Organe herbeizuführen.

Ein anderes Heilverfahren wurde in der Anwendung von Menschenserum bekannt, indem es zuerst Mayer und Linser gelang, Schwangerschaftsdermatosen mit Serum von gesunden Schwangeren zu heilen. Die Annahme, daß die Wirkung des Serums eine spezifische sei, war nicht haltbar, nachdem Freund an der Hand einer mit Pferdeserum geheilten Schwangerschaftsdermatose erneut darauf hingewiesen hatte, daß es sich nicht um spezifische Wirkung bei dem Heilungsprozeß handeln könne. Ja, Ruppert erzielte sogar mit Nabelschnurserum einen guten Erfolg, Hoffbauer mit Pituitrin, und Rissmann zeigte, daß die Ringersche Lösung bei Schwangerschaftsdermatosen die gleichen Dienste tue.

Nun sind seitdem viele Hautkrankheiten mit mehr oder weniger gutem Erfolg mit arteigenem und artfremdem Serum behandelt worden, ohne daß man bislang eine genügende Erklärung für das Zustandekommen der Wirkung gefunden hat. Da nun aber die Beschaffung des Serums sehr oft Schwierigkeiten mit sich bringt, ist es mit Freuden zu begrüßen, daß man für das natürliche Serum Ersatz durch das künstliche Serum, wie es die Franzosen nennen, gefunden hat.

Der Physiologe Ringer und nach ihm Locke haben gezeigt, daß die gewöhnlichen Kochsalzlösungen auf die Lebensenergie der Zelle eine schädigende Wirkung haben, und daß dieselbe durch Zusatz von Kalium- und Kalziumsalzen vollständig aufgehoben wird.

Eines der bekanntesten künstlichen Sera ist die Ringersche Lösung:

Natr. chlorat.	8,0
Calc. chlorat.	0,1
Kal. chlorat.	0,075
Natr. bicarbonic.	0,1
Aqu. dest.	ad 100,0

Ihre Modifikation nach Locke lautet:

Natr. chlorat.	9—10,0
Calc. chlorat.	0,24
Kal. chlorat.	0,42
Natr. bicarbonic.	0,1—0,3
Aqu. dest.	ad 1000,0

Eine andere Modifikation:

Natr. chlorat.	7,5
Kal. chlorat.	0,1
Calc. chlorat.	0,2
Aqu. dest.	ad 1000,0

Wie sie von Freund in der Charité verwendet wird, haben wir ganz besonders in der Poliklinik bei verschiedenen Dermatosen in Anwendung gebracht, über welche ich im folgenden berichte:

1. Eine 27jährige Frau litt seit $1\frac{1}{2}$ Jahren an Dermatitis herpetiformis. Am 10. Oktober 1913 erhielt sie 200 ccm dieser Lösung subkutan. Die Lösung wurde stets auf Körpertemperatur erwärmt und mittels eines Glasirrigators, dessen Schlauchende mit einer Kanüle versehen war, unter die Haut der Brust infundiert.

24. Oktober keine Besserung, noch einmal 200 ccm intravenös. Am selben Tage Kopfschmerzen und Fieber. Am folgenden Tage Allgemeinbefinden gut, Juckreiz geringer.

1./XI. 1913. Da Juckreiz noch besteht, werden 200 ccm subkutan injiziert, ohne daß das Allgemeinbefinden beeinträchtigt wird. Noch am selben Tage ließ der Juckreiz nach und hörte bald ganz auf, so daß Patientin sich am 1./XII. 1913 als völlig symptomfrei vorstellte. Die lokale Behandlung bestand in einer Pinselung mit einer 5%igen Tumenölschüttelmixtur.

2. Ein 10jähriges Mädchen litt seit 8 Jahren an Strophulus infantum. Es erhielt 100 ccm subkutan. Eine Besserung war in den nächsten Tagen nicht eingetreten. Die Mutter verweigerte eine weitere Behandlung.

3. Eine 62jährige Frau litt seit 24 Wochen an unerträglichem Pruritus senilis. Im Urin Eiweiß und Zucker nicht nachweisbar.

28./X. 1913. 200 ccm subkutan. Keine Beschwerden, aber auch kein Erfolg.

31./X. 200 ccm intravenös. Nach 15 Minuten heftiger Schüttelfrost und Erbrechen. Nach einer Stunde Besserung.

3./XI. Jucken hat sehr nachgelassen, Patientin hat seit vielen Wochen nachts zum ersten Male ruhig geschlafen.

5./XI. Juckreiz wieder aufgetreten, 200 ccm subkutan. Keine Beschwerden.

7./XI. Jucken hat völlig aufgehört, hin und wieder geringes Hitzegefühl an einigen Hautstellen.

10./II. 1914. Die Patientin hat kein Jucken mehr gehabt und fühlt sich sehr wohl.

4. 71jähriger Mann leidet seit 14 Wochen an Pruritus senilis. Albumen und Saccharum im Urin nicht nachweisbar.

22./X. 1913 200 ccm intravenös. Auf dem Heimweg wird er von Mattigkeit, Kopfschmerzen, Hitzegefühl, Schweißausbruch und Schmerzen in den Gliedern befallen, Beschwerden, die im Laufe des Tages wieder verschwinden.

31./X. Jucken hat erheblich nachgelassen. Schlaf gut.

4./XI. Juckreiz gering. 200 ccm subkutan. Keine Beschwerden.

14./XI. Geringes Jucken am Rücken. 200 ccm subkutan.

15./XI. Befinden sehr gut, kein Jucken mehr aufgetreten.

5. Ein 54jähriger Mann leidet seit 1906 an Lichen chronicus disseminatus.

18./X. 1913. 200 ccm intramuskulär in die Nates injiziert. Starke Schmerzen lokal. Keine Besserung.

23./X. 200 ccm intravenös. Keine Störungen, aber auch keine Besserung.

2./XI. 200 ccm subkutan. Keine Besserung, nach der Injektion nachmittags Kopfschmerzen. Patient wird dem Krankenhaus überwiesen.

6. Patient, 51 Jahre alt, mit Urticaria chronica, wird von starkem Jucken gequält.

31./I. 1914. 200 ccm subkutan. Am selben Tage Besserung.

5./II. Patient symptomfrei.

9./II. Gebessert entlassen.

7. Patientin D. ist wegen Urticaria acuta vergeblich mit den üblichen Mitteln behandelt worden.

Am 4./II. 1914 erhält sie 200 ccm in das Rectum appliziert. Am folgenden Tage Besserung.

11./II. Juckreiz wiedergekehrt. 200 ccm per Rectum.

13./II. Juckreiz verschwunden.

8. Frau Z. leidet an Urticaria acuta. Da die üblichen Mittel versagen, erhält sie am 11./II. 1914 200 ccm per Rectum.

12./II. Besserung am selben Tage. Das Jucken in der Nacht wieder aufgetreten, noch einmal 200 ccm per Rectum.

15./II. Juckreiz geschwunden.

9. Patient mit Urticaria seit 2./I. 1914 bislang ohne Erfolg behandelt.

10./II. 200 ccm per Rectum.

12./II. Kein Erfolg. 200 ccm per Rectum.

15./II. Kein Erfolg.

17./II. Besserung erheblich. 200 ccm per Rectum.

10. Patient Sch., mit Dermatitis herpetiformis, wird von starkem Jucken gequält.

20./I. 1914. 200 ccm subkutan. Jucken für 2 Tage erheblich gemindert.

Da ihm diese Injektion Schmerzen verursacht hatte und er weitere verweigerte, erhielt er 200 ccm rektal. Die Wirkung war dieselbe, und so erhielt er jeden 2. oder 3. Tag, je nachdem sich das Jucken wieder einstellte, rektal 200 ccm. Einmal bekam er statt der Freundschen Lösung Leitungswasser und auch hiernach hörte für 2 Tage das Jucken auf.

Fassen wir das Ergebnis dieser Krankengeschichten zusammen, so ergibt sich, daß die Behandlung mit Ringerscher Lösung oder ihre Modifikationen sehr gut ambulant ausgeführt werden kann, zumal subkutan, da diese Anwendungsweise durchaus ungefährlich und nicht von erheblichen Nebenerscheinungen begleitet ist, wie die intravenöse An-

wendungsweise es sein kann. Am wirksamsten scheint sie beim Pruritus senilis zu sein. Interessant ist, daß die Lösung auch als Klyisma unter Umständen mit Erfolg verwandt werden kann. Jedoch muß die Beobachtung bei einem unserer Patienten mit Dermatitis herpetiformis die Vermutung aufkommen lassen, daß eine psychische Beeinflussung bisweilen nicht von der Hand zu weisen ist. Immerhin mögen diese Versuche zur weiteren Nachprüfung geeignet erscheinen.

Literatur:

1. Bruck, Berliner klin. Wochenschrift. 1911. Nr. 3. — 2. W. Heuck, Antrittsvorlesungen am 13. Februar 1912 in Bonn u. Münchener med. Wochenschrift. 1912. — 3. Fritz Veiel, Münch. med. Wochenschrift. 1912. Nr. 35. — 4. R. Freund, Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 24. — 5. Rissmann, Deutsche med. Wochenschrift. 1911. Nr. 24. — 6. Linsler, Sammlung zwangl. Abhandl., herausgegeben von Zadosson. II. H. 8. Halle, Marhold, 1913. — 7. R. Freund, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. XXIV. S. 112.

2. Pemphigus vulgaris; Heilung durch Neosalvarsaninjektionen.

Von Dr. Eschweller in Düsseldorf.

Frau, 58 Jahre alt, seit Mitte Dezember 1913 erkrankt. Erste Blase am rechten Knie, dann allmähliches Auftreten von zahlreichen kleinen Bläschen. Salben- und Hefebehandlung erfolglos. Ende Januar 1914 ist die Haut an beiden Unterarmen, Oberschenkeln und Kopf stark gerötet und mit zahlreichen prallen Blasen besetzt. Inhalt derselben serös, nicht blutig. Temperatur normal, Puls beschleunigt. Mitte Februar ist die Haut an beiden Armen erheblich in toto entzündet, verdickt, mit Blasen besetzt, Ellenbeugen stark nässend. Am übrigen Körper, an Ober- und Unterschenkeln, Gesäß und Kopf ist die Haut meist unverändert, aber auch hier mit großen, nun sanguinolenten Blasen besetzt.

13./II. Neosalvarsan 0,3 intravenös injiziert und zwar, da an den Armen eine Injektion unmöglich war und nur an den Unterschenkeln einige mittlere Venen, teilweise mit varikösen Veränderungen zu Gebote standen, in diese. Sofortige geringe Besserung.

21./II. Neosalvarsan 0,45. Puls 116—120. Allgemeinbefinden gut.

27./II. Neosalvarsan 0,6 — zunehmende Abheilung. An den Armen langsame Anschwellung, immer spärlicheres Auftreten von Blasen.

6./III. Neosalvarsan 0,75 — wieder in eine Unterschenkelvene.

17./III. Alle Blasen sind verschwunden und unter Albinpuderbehandlung und täglichen Bädern gut abgeheilt. In den Ellenbeugen sowie an den Ober- und Unterarmen ist der ehemalige Blasengrund noch leicht verrukös.

8./IV. komplette Heilung.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Productions d'indurations ligneuses symétriques à la suite d'une injection de sérum artificiel**, par Hallopeau et François-Dainville. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. November.)

65jähriger Kranker mit holzhaften symmetrischen Indurationen im oberen-äußeren Teil beider Oberschenkel, die nach einer Injektion von künstlichem Serum aufgetreten sind, die ein Jahr alt ist. Es handelt sich um eine ganz außergewöhnliche Bindegewebswucherung, als Produkt eines chronischen, torpiden entzündlichen Prozesses.

H. Netter-Pforzheim.

- 2) **Indikationen seitens des Urins in der Behandlung gewisser Hautkrankheiten**, von L. D. Bulkley. (The urologic and cutaneous Review. XVIII. Nr. 2.)

Von der Tatsache ausgehend, daß in der Heilkunde Beziehungen zwischen Urinausscheidung und Hautbeschaffenheit bestehen, empfiehlt Verf. bei gewissen Dermatosen Berücksichtigung folgender Urinverhältnisse: 1. der Menge, so bei Psoriasis und Lichen ruber; 2. des spezifischen Gewichtes bei Ekzem, Akne, Lichen ruber, Urticaria, Psoriasis; 3. der Azidität, wie z. B. bei Urticaria. Ferner ist es notwendig, der Ausscheidungsmenge der harnsauren Salze Beachtung zu schenken. Das Verhalten der Sulfate, Chloride, Phosphate und des Indikans ist bei bullösen Dermatosen besonders wertvoll. Ebenso der Oxalate.

Max Leibkind-Dresden.

- 3) **Perhydrit, ein festes Wasserstoffsuperoxyd**, von J. Schuhmacher. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 46.)

Perhydrit ist ein Wasserstoffsuperoxydpräparat, dessen Eigenschaften, soweit sie für die Wirkung des Wasserstoffsuperoxyds als Wundreinigung- und Desinfektionsmittel in Frage kommen, denen des Perhydrols nicht nachstehen. Die feste Form bedeutet einen Vorzug und erweitert die Verwendungsmöglichkeit des Wasserstoffsuperoxyds überhaupt.

Schourp-Danzig.

- 4) **Über Veränderungen der Hautreaktion**, von F. Luithlen. (Wiener klin. Wochenschrift. 1913. Nr. 45.)

Intravenöse Seruminjektionen (auch Eigenserum) setzen die Empfindlichkeit der Haut herab, auch gegen spezifische entzündliche Reaktionen, z. B. Tuberkulin; sie erklären die Wirkung parenteral eingeführter kolloidaler Komplexe auf die Entzündungsprozesse, sie zeigen, daß wiederholte Blutentnahmen ähnlich wirken, und geben die Berechtigung, die Aderlaßtherapie wieder aufzunehmen.

Klokow-Berlin.

- 5) **Über Beeinflussung von Hautentzündungen**, von Luithlen. (Wiener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 38.)

Diät und innere Medikation können die Hautentzündungen günstig beeinflussen, ebenso Anästhesie. Der Einfluß der Ernährung beruht auf Verschiebungen des Mineralstoffwechsels. Die wesentlichste Rolle spielt wohl das Kalzium. Als Ca. lacticum oder chloratum 5—10 g täglich zeigt es gute Wirkung bei Urticaria und Erythemen. Auch Atophan wird gerühmt, ebenso wie parenteral eingeführte kolloidale Substanzen und wiederholte Blutentnahmen.

Klokow-Berlin.

- 6) **Die neueren Fortschritte in der Röntgentherapie und ihre Bedeutung für die Dermatologie**, von Fr. M. Meyer. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. März.)

Die für die Haut so gefährlichen weichen Strahlen werden am besten durch Aluminiumfilter zurückgehalten, die hindurchgehenden harten Strahlen eignen sich für die Behandlung chronischer Ekzeme und des Lichen ruber planus. Wichtig ist, daß man dabei über die dosimetrischen Verhältnisse im klaren ist. Mit diesen filtrierten Strahlen kann man jetzt, ohne Schädigungen zu erzielen, die Hypertrichosis behandeln; ferner eignen sie sich zur Bestrahlung von Epitheliomen.

Immerwahr-Berlin.

- 7) **Salbenapplikation ohne Salbentopf, Pinsel und Spatel**, von Dreuw. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 9.)

Zur hygienischen Salbenaufbewahrung hat Verf. eine Luftdrucktube angegeben. Sie besteht aus einem Glaszylinder mit einem Gummiballon. Ein Druck auf diesen preßt die darin enthaltene Luft zusammen und somit die Salbe aus der von ihrem Deckel vorher befreiten Öffnung heraus. Nach denselben Grundsätzen ist ein Seifenspender hergestellt. Zu beziehen sind die Gegenstände von der Vertriebsgesellschaft kosmetisch-chemischer Produkte, Berlin SO. 33, Muskauerstraße 51/52.

Schourp-Danzig.

- 8) **Über Juckendemien im Hochsommer**, von F. Kanngiesser. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVII. 1914. H. 7.)

Die Juckendemien, die im Sommer wiederkehren, werden entweder durch die Larven von Laufmilben verursacht oder erscheinen als pruriginöse bzw. bläschenförmige Eruptionen, welche meist dem Sonneneinfluß zugeschrieben werden und als „roter Hund“ oder Dermatitis hidrotica bekannt sind. Dieser mit dem Schweißausbruch zusammenhängende Ausschlag wird besonders aus heißen Ländern (Ägypten) berichtet. Daneben weist Verf. auf ein neues ätiologisches Moment der sommerlichen Juckexantheme, die Reizwirkung der Bohnenpflanze hin, welche sich als Aussaat kleiner roter Punkte über die Haut äußere und auch Leute befallt, welche nur vorübergehend in Villen in der Nähe von Bohnenplantagen verweilen. Diese Erkrankung kann einerseits durch abfliegende feine Härchen der Pflanze, andererseits durch parasitären Sporenstaub hervorgerufen werden.

J.

Entzündliche Dermatosen.

- 9) **Eucerinum-Unna zur Verhütung von Ekzemrezidiven**, von Bockhart. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 7.)

Das Eucerin dringt besser als jedes andere Fett in die Hornschicht ein. Im Eucerincoldereime glaubt Verf. das Mittel gefunden zu haben, Ekzemrezidive zu verhüten. Selbst bei Patienten mit Gewerbeekzem der Hände versagte das Mittel nicht.

Schourp-Danzig.

- 10) **Über Sonnenbrand**, von G. Scherber. (Med. Klinik. 1914. Nr. 3.)

Ausführliche Besprechung der physiologischen und pathologischen Einwirkung der Sonnenlichtstrahlen. Prophylaktisch gewähren die nicht spezifisch lichtabsorbierende Substanzen enthaltenden Salben, wie Vaseline, Lanolin, Zinksalbe, Ungt. emolliens, die Stearinsalben einen gewissen Schutz. Für größere Wanderungen empfehlen sich Salben mit spezifisch wirksamen Substanzen, wie Äskulin, Chinin, bisulfuricum, Zeozon- und Ultrazeozonpaste.

Biberstein-Gleiwitz.

- 11) **Epidermolysis bullosa hereditaria**, by E. B. Morley. (British Journ. of Dermatology. 1914. Februar.)

Der familiäre bzw. erbliche Charakter der Erkrankung erhellt aus den

angeführten Krankengeschichten, deren eine die Epidermolysis in einer Familie von 62 Personen 22mal über fünf Generationen verteilt schildert. Ein anderer 32jähriger Patient stammte von einer dem Alkohol ergebenen Mutter, welche neun Kinder jung verloren hatte. Von seinen vier Kindern erbten zwei die Erkrankung. Die Blasen entstanden von Kindheit an auf den geringsten Reiz, heilten mit Hinterlassung pigmentierter Narben, beeinträchtigten auch die Nägel, bevorzugten oft die Extremitäten. Daneben bestand Neigung zu Kältegefühl und Zyanose. Die inneren Organe waren gesund. Gelegentlich traten Ödeme hinzu. Verf. sucht den Ursprung der Affektion im trophischen Nervensystem.

J.

12) **Hydroa buccal traité par l'autohémothérapie**, par Gastou, Ravaut et Chompret. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Dezember.)

Bei der an Hydroa buccalis seit mehreren Wochen leidenden Frau verschwanden die Veränderungen nach der achten Injektion von 0,1 ccm des eigenen, aus der Vene entnommenen und sogleich in die Gefäßmuskulatur injizierten Blutes. Dieser Injektion folgte eine beträchtliche Vermehrung der Eosinophilen. Die anderen Verfahren hatten gänzlich versagt. Balzer hat die Hämothérapie in zwei Fällen von Dühringscher Krankheit versucht; bei einem Kind brachte die Injektion mütterlichen Blutes Heilung; in einem anderen Fall, wo kein Aderlaßblut zur Verfügung stand, bediente er sich bei einem alten Mann mit Dermatitis bullosa mehrerer Einläufe von Hemostyl Roussel; nach 15 Einläufen verschwanden die Blasenbildungen, die jeder Behandlung getrotzt hatten. Ein Rückfall wurde auf die gleiche Weise zum Verschwinden gebracht. Ein anderes Kind, mit Urticaria, wurde durch 15 „Hemostyl“-Einläufe geheilt. Gastou hat einen Fall von schwerer Purpura mit zwei Injektionen von Pferdeserum geheilt.

H. Netter-Pforzheim.

13) **Alkalisierung der Gewebe bei diabetischer Furunkulose**, von A. Brunner. (Med. Klinik. 1914. Nr. 6.)

Auf Grund der Annahme, daß die Azidose der Gewebe der Heilung der furunkulösen Prozesse entgegenstand, versuchte Verf. zweimal täglich erfolgende Ausspülungen der Eiterhöhlen mittels 5%iger Natr. bicarbonic.-Lösung, deren Wirkung sich prompt erwies.

Biberstein-Gleiwitz.

14) **Über Akne und eine neue erfolgreiche Behandlungsweise derselben**, von Buchholtz. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 5.)

Nachdem die erkrankten Partien zunächst mit einer dünnen Schicht Borsalbe gründlich eingerieben sind, erfolgt eine zweite gründliche Einreibung mit einem fein verriebenen Gemisch irgend eines der im Handel befindlichen Hefenpräparate mit der gleichen oder etwas geringeren (etwa $\frac{1}{3}$) Menge von Acid. boric. sub. pulv. Eine einmalige Applikation täglich dürfte genügen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

15) **Impetigo staphylogenes Bockhart mit seltener Lokalisation und Ausbreitung**, von R. Šrámek. (Časopis lékařův českých. 1913. Nr. 51.)

Bei einem 66jährigen Luetiker entstand nach einem Schweißausbruch eine Hautaffektion, bestehend aus stecknadelkopfgroßen, halbkugligen bis bohnen großen, flachen, mit gelbem Inhalt gefüllten, teils disseminierten, teils in Gruppen angeordneten, ungeheuer zahlreichen Pusteln, von denen die größten im Zentrum eine Delle und eventuell eine Borke besaßen; die zwischenliegende Haut war normal oder leicht rot. Der allgemeine Eindruck der Affektion war der einer Impetigo herpetiformis, doch fehlten schwere Allgemeinerkrankungen vollständig; die einzelnen Effloreszenzen hatten den Charakter

der Impetigo Bockhart-Wilsoni s. staphylogenes. Die ungeheure Menge der Pusteln und ihre Ausbreitung über den ganzen Körper erschwerte die Diagnose. Der Fall war auch dadurch interessant, daß man die Charaktere aller bekannten Impetigoformen finden konnte, so daß Verf. geneigt ist, die Hypothese von Matzenauer, die Impetigo contagiosa und Bockhart seien nur verschiedene Reaktionen des Organismus auf dieselbe Schädlichkeit, auf die Impetigo herpetiformis auszudehnen; bei letzterer Affektion handelt es sich um schwächliche Individuen (Weibmänner), die auf dieselbe Schädlichkeit stürmisch reagieren.

G. Mühlstein-Prag.

- 16) **Über Ulcus vulvae acutum (Lipschütz)**, von S. Grosz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Beschreibung eines Falles, dessen Charakteristikum Ulzerationen an den Labia minora einer Virgo, die mit einem fest anhaftenden, schmierigen Belag versehen, bei Berührung exzessiv schmerzhaft waren. Rasche Heilung unter antiseptischer Behandlung. Im Ausstrichpräparat sehr zahlreiche, meist vollkommen gerade gestreckte, an den Enden rechteckig abgestutzte, Gram-positive Stäbchen.

Amende-Bamberg.

- 17) **Zum Krankheitsbegriff des sogen. Ulcus acutum vulvae**, von R. Volk. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Mit einem graugrünen, festhaftenden Belag bedeckte Ulzerationen bei einem 45jährigen Mann. Untersuchungen auf Ducreysche Bazillen und Spirochäten stets negativ. Dagegen in Abstrichen die von Lipschütz als für das Ulcus acutum vulvae charakteristisch beschriebenen Stäbchen.

Amende-Bamberg.

- 18) **A case of recurrent bullous eruption**, by W. Knowsley. (British Journ. of Dermatology. 1914. April.)

Die sonst gesunde, aus langlebiger Familie stammende 63jährige Frau litt seit 30 Jahren an einer wiederkehrenden Blaseneruption an den Beinen, welche seit 10 Jahren auch die Arme ergriff, den übrigen Körper aber verschonte. Den Anfang der Erkrankung legt die Patientin einer blutenden Verletzung am Beine, die durch den Schlag eines Hundeschwanzes erfolgt sei, zur Last. Vor 2 Jahren wurde eine hornige Wucherung im Hospital chirurgisch entfernt. Die Haut der erkrankten Stellen ist pigmentiert und zeigt kleine, oberflächliche Narben von früheren Blasen, neben etwas erhabenen hornigen Auflagerungen und frischen Blasen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Verdickung der Hornschicht, ausgeprägtes Stratum granulosum, Fehlen von Haarfollikeln, Schweißdrüsen und Papillen, schlechte Entwicklung der Epidermis, Infiltration des Derma mit Leukozyten und Rundzellen, und Erweiterung der Gefäße, aber kein Ödem. Verf. enthält sich einer genaueren Diagnose. J.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

- 19) **Zur Kasuistik der Naevi**, von V. Brabec. (Časopis lékařův českých. 1913. Nr. 45.)

Ein ungewöhnlich großer, teils pigmentierter, teils verruköser Naevus bei einem 2jährigen Mädchen. Derselbe reichte vom 5. Halswirbel über die ganze Rückenfläche nach abwärts zur Verbindungslinie der beiden Spinae ant. sup., ferner nach links zum Schultergelenk und in die Axilla, rechts bis zur Mitte des Humerus und zum Sternum. Er war teils violettbraun, teils graubraun gefärbt mit lichtgrauen Zwischenräumen; stellenweise tumorartige Verdickungen.

Der ganze Naevus war mit grauen und graubraunen Haaren bedeckt, die eigentümlich angeordnet waren. Außerdem waren Rumpf und Extremitäten mit Naevi und Hypertrichosen auf pigmentloser Haut besät. Mikroskopisch fand man große, runde, reich pigmentierte Zellen, deren Anordnung einem Sarkom nahekam. Das Pigment war auch im bindegewebigen Stroma vorhanden.

G. Mühlstein-Frag.

20) Zur Kenntnis des „Pseudo-Milium colloidal“, von Arzt. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVII. H. 3.)

Unter dieser Bezeichnung beschreibt Verf. blaßbraune Knötchen, die sich an der Nase eines 62jährigen Patienten vorfanden und eine höckerige, aber von normaler Haut überzogene Oberfläche besaßen. Aus dem klinischen Aspekt ließ sich keine Diagnose stellen. Die histologische Untersuchung zeigte, daß sich diese Veränderungen in der Cutis abspielten und das kollagene Gewebe betrafen, da die Färbung keinerlei Verwandtschaft mit dem elastischen Gewebe aufweist. Es folgt dann eine Sichtung und kritische Würdigung aller einschlägigen in der Literatur enthaltenen Fälle, die Verf. in zwei Gruppen teilt, je nachdem die kolloide Degeneration das elastische oder das kollagene Gewebe betraf. Verf. verlangt, daß bei diesen Prozessen auch die Lokalisation der Degenerationen schon in der Diagnose durch entsprechende Zusätze zum Ausdruck kommt.

Lilienstein-Hamburg.

Parasitäre Dermatosen.

21) **Generalisierte animale Mikrosporie beim Menschen**, von G. Nobl. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Ein 15jähriges Mädchen erwarb von einem Hunde Hundetrichophytie im Gesicht, an der Nackenhaargrenze und an den Armen. Das Kapillitium blieb völlig frei. Die Kultur ergab die typischen Kolonien des *Mikrosporon lanosum*.

Schourp-Danzig.

22) **Über lichenoid (kleinpapulöse, spinulöse) Trichophytie**, von Guth. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Bei tiefer Trichophytie, also dem Kerion Celsi der Kinder, hat Verf. ein dem Lichen scrophulosorum ähnliches disseminiertes oder auch gruppiertes lichenoides Exanthem, gelegentlich auch von spinulösem oder psoriasiformem Typus beobachtet. Durch Trichophytinapplikation nach der Pirquetschen Methode oder auch auf intradermale Wege konnten auf trichophytinüberempfindlicher Haut analoge Hautveränderungen hervorgerufen werden. Mit diesem Experiment hat Verf. den Beweis des kausalen Zusammenhangs des beschriebenen Exanthems mit der tiefen Trichophytie erbracht, zugleich aber auch gezeigt, daß Immunisierungsvorgänge bei der Pathogenese eine Rolle spielen.

Lilienstein-Hamburg.

23) **Über einen säurefeste Substanz bildenden Bacillus der Subtilisgruppe**, von L. Waelsch. (Centralbl. f. Bakteriologie. 1913. H. 5 bis 7.)

In den Schuppen des Ekzema marginatum hat Verf. einen in die Subtilisgruppe gehörigen Bacillus beobachtet. Die von 24stündigen Zuckeragarkulturen stammenden Präparate zeigten, außer Fäden und Sporen, runde, scharf konturierende, stark lichtbrechende, säurefeste Kügelchen, die bei älteren Kulturen die Bazillen und Sporen schließlich ganz überwucherten und eine wachsartige Substanz bildeten. Die mit dieser Substanz angestellten Antigenversuche ergaben bei mit Bazillen vorbehandelten Tieren Agglutination, bei

mit Extrakt vorbehandelten Tieren keine. Die Komplementbindung der Extrakttiere war ebenfalls negativ, während die der Bazillentiere positiv war.
Klokow-Berlin.

- 24) **Drei wahrscheinlich durch Übertragung entstandene Fälle von Pseudopelade Brocq (Alopecia parvimaclulata Dreuw)**, von M. Hodara. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Eine Mutter und ihre zwei Töchter wurden gleichzeitig von Pseudopelade befallen.
Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 25) **Zur Frage der Kupfertherapie bei äußerer Tuberkulose**, von K. Stern. (Med. Klinik. 1914. Nr. 11.)

Die Versuche, einen Lupus durch Inunktionen oder intravenöse Injektionen der Kupferlösung ohne gleichzeitige lokale Behandlung zu beeinflussen, gaben ein negatives Resultat. Die Wirkung der Kupfersalbe besteht lediglich in einem lokalen ätzenden Einfluß, der so oberflächlich ist, daß von einer spezifischen Einwirkung nicht gesprochen werden kann. Die übrigens sehr schmerzhaftc Behandlung weist gegenüber der alten Pyrogallolbehandlung keine Vorteile auf. Die bisher veröffentlichten, von Strauss behandelten Fälle halten einer einwandfreien Kritik zum Teil nicht stand. Die neuen Kupferpräparate bilden jedenfalls einen Fortschritt in der Behandlung des Lupus durch lokale Ätz- und Reizmittel neben der Anwendung alter, zum Teil ver-gessener Heilmethoden.

Biberstein-Gleiwitz.

- 26) **Über die primäre Tuberkulose des Penis**, von Sh. Homma. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. Februar.)

Aus der Klinik von Dohi berichtet Verf. 2 Fälle von Tuberkulose des Penis, deren Diagnose durch histologische und bakteriologische Untersuchung zweifellos festgestellt wurde. Bei dem ersten, 24jährigen Patienten bestand das tuberkulöse Geschwür seit 4 Monaten bereits am Sulcus coronarius, die negative Wassermannreaktion und ungünstige Wirkung von Salvarsan und Hg ließen Syphilis ausschließen. Der zweite, 19jährige Kranke litt an Lichen scrophulosorum und zeigte skrofulöse Narben am Nacken. Die hirsekorn- bis erbsengroßen tuberkulösen Geschwüre saßen an der rechten Seite der Glans penis und des Sulcus coronarius. Radium erzielte im ersten Falle völlige Vernarbung, der zweite Patient entzog sich der Behandlung. J.

- 27) **Bemerkungen zur Lupustherapie**, von L. Freund. (Strahlentherapie. 1914. H. 1.)

Verf. wendet sich in der Abhandlung gegen diejenigen Autoren, die nur einer Methode der Lupustherapie das Wort reden, sei es der Behandlung mit Pyrogallus, mit Röntgen-, mit Sonnenlicht, sei es dem Auskratzen usw. Seine nunmehr 18jährigen Studien haben ihn zu dem Schluß geführt, daß vor allem ein im Körper sonstwo befindlicher tuberkulöser Herd entfernt werden muß, damit eine immerwährende Infektionsmöglichkeit beseitigt ist, daß ferner die kombinierte Behandlung mittels scharfen Löffels, Lapisstift, Exstirpation und Licht das zweckmäßigste Verfahren darstellt.

Klokow-Berlin.

- 28) **Über sogen. Melkerknoten (Kuhpockeninfektion)**, von W. Frieboes. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. April.)

Bei der Infektion mit Kuhpockenvirus kommt es außer zu Blasen- und Pustelbildung sehr häufig zur Entwicklung kleinster, bis fünfpfennigstückgroßer,

derber Tumoren auf reizloser oder leicht entzündeter Haut. Diese entsprechen den Abortiv- oder Steinpocken des Rindes. Die von Winternitz beschriebenen Fälle von Knotenbildungen bei Melkerinnen, welche er auf Übertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen zurückführte, sind klinisch und histologisch mit einem vom Verf. beobachteten und genau untersuchten Falle von abortiven Kuhpocken beim Menschen identisch, stimmen ferner mit den Beschreibungen solcher Fälle in der Literatur überein und sind daher gleichfalls als Kuhpockeninfektion mit abortiver Entwicklung der Effloreszenzen aufzufassen.

Immerwahr-Berlin.

29) **À propos du traitement des tuberculides cutanées et des tuberculides par le néosalvarsan, par Tzanck et Pelbois.** (Annales de dermatologie. 1914. Nr. 3.)

Das Präparat wurde in Form der Ravautschen Injektionen angewendet bei 21 Kranken mit allen möglichen Formen der Tuberkulose und Tuberkulide. Die Verf. betrachten es als ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung. Der Haupterfolg zeigte sich bei den tuberkulösen Drüenschwellungen. Bei den Tuberkuliden war der Erfolg nicht konstant. Die Verf. schließen, daß das Neosalvarsan gut wirke, allein oder mit Tuberkulin, daß es aber von den gewöhnlichen Methoden (Finsen, Radium- und Röntgentherapie) unterstützt sein müsse.

Raff-Augsburg.

30) **A case of probable sarcoid resembling lupus erythematosus. Treatment by the Finsen ray,** by H. Fox. (Journ. of cutan dis. 1914. Febr.)

Der ungewöhnliche Fall betraf ein sonst gesundes, von gesunden Eltern stammendes 34-jähriges Mädchen, welches in jungen Jahren neben vielen Kinderkrankheiten zwei Pneumonien überstanden hatte. Häufig waren leichte Schwellungen am Halse erschienen, welche sich stets ohne Eiterung zurückbildeten. Vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren entstand ein erbsengroßes Infiltrat an der linken Wangenschleimhaut, das als starker, glänzender, rot gefärbter Knoten auf die Gesichtshaut vordrang und von kleineren Knötchen umgeben war, ähnliche Nodula erschienen später an der rechten Gesichtshälfte und am Ohre. Das schuppige Aussehen ließ an Lupus erythematosus denken, doch zeigten sich bei der histologischen Untersuchung Infiltrationsherde über die ganze Cutis verstreut, ein bei Lupus erythematosus nie beobachtetes Bild, die pathologischen Veränderungen deuteten eher auf Sarkoide hin. Finsenbestrahlung übte nur vorübergehenden Einfluß.

J.

31) **The micro-organism of leprosy; has it been cultivated?** by H. Bayon. (Lepra. Biblioth. internat. Vol. XIV. Bd. IV. 1914.)

Verf. weist auf die große Schwierigkeit, ja in manchen Fällen Unmöglichkeit hin, den Hansenschen Bacillus in säurefestem Zustande zu isolieren. Selbst ein Zusatz von Trypsin oder der Gebrauch von Animosäure enthaltendem Agar bringt dies Resultat nicht zustande. Andererseits ist aber noch nicht sicher durch die bezüglichen Experimente erwiesen, daß die von Lepraknoten isolierten Diphtheroide die Übertrager dieser Krankheit oder ein säure-labiles Entwicklungsstadium des Hansenschen Bacillus seien. Um die sichere Beziehung der für Leprabakterien angesehenen Keime zur Lepra zu beweisen, hält Verf. Erzeugung einer der menschlichen viszeralen Lepra gleichen oder ähnlichen Affektion bei Tieren für unerläßlich.

J.

32) **Die Bekämpfung der Lepra in Deutsch-Ostafrika.** Auf Grund amtlichen Materials bearbeitet von O. Peiper. (Lepra. Biblioth. internat. Vol. XIV. Bd. IV. 1914.)

Einem historischen Berichte über die Entwicklung der Leprabekämpfung schließt Verf. ausführliche Mitteilungen über die Erfahrungen der ostafrikanischen Stationsärzte an. Er bezweckt, sowohl dem Tropenarzte wie dem Verwaltungsbeamten die Wege zu weisen, wie unter Berücksichtigung der Eigenart der Bevölkerung die Isolierung der Leprösen zweckmäßig und praktisch zu regeln sei und widmet auch der Lepratherapie eine besondere Besprechung. Die ärztlichen Berichte betreffen die Bezirke Wilhelmsthal, Tanga, Pangani, Bagamojo, Daressalam, Rufiyi, Kilwa, Lindi, Moschi, Mpapua, Morogaro, Kilimatinde, Jringa, Mahenge, Neu-Langenburg, Tabora, Ujdjidi sowie die Residenturen Usumbura, Ruanda und Bukoba. Verf. hält eine Eindämmung der Lepra in Deutsch-Ostafrika durch medikamentöse Behandlung wegen zu großem Aufwand an Zeit und Kosten und einer zu geringen Zahl von Ärzten fürs erste für unmöglich. Hingegen verspricht er sich viel von der zwangsweisen Ansiedlung der Leprösen in Lepradörfern. Die Anlage vieler kleiner Dörfer erwies sich vorteilhafter als die Zentralisation aller Leprakranken in einem Bezirk. Der eingehenden Arbeit sind viele Illustrationen zur geographischen Orientierung und Veranschaulichung der Asylbauten sowie des Krankheitsbildes hinzugefügt. J.

33) **Mycosis fungoides der Haut und inneren Organe**, von Paltauf und v. Zumbusch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Die Verff. berichten über 2 Fälle von Mycosis fungoides, bei denen auch Veränderungen der inneren Organe gefunden wurden, die in ihrem anatomischen Aussehen durchaus den mykosiden Hautgeschwülsten entsprachen. Im ersten Fall wurden charakteristische Knoten an der Pleura mediastinalis, in den Lungen, im Magen und verschiedenen Lymphdrüsen nachgewiesen, während in einem zweiten Falle entsprechende Veränderungen der Leber und Milz im Vordergrund standen. Der Blutbefund dieser Fälle war bis zum Tode normal. Ebenso wurden bei drei weiteren beobachteten Fällen nie Veränderungen des morphologischen Blutbildes festgestellt, so daß die Verff. eine Verwandtschaft zwischen Mycosis fungoides und den Bluterkrankungen ablehnen. Sie rechnen vielmehr die Erkrankung zu den spezifischen Granulationsgeschwülsten und fassen sie als eine Allgemeinerkrankung auf, die zwar gewöhnlich in der Haut lokalisiert ist, bei der aber auch alle inneren Organe (auch Knochenmark und Schilddrüse) unter Bildung analoger Granulationstumoren erkranken können.

Lilienstein-Hamburg.

34) **Ein Fall von Malleus chronicus beim Menschen**, von van der Valk und Schoo. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Die Erkrankung betraf einen 34jährigen Patienten, bei dem sie im 5. Jahre bestand. Haut, Nase, Mund, Halsorgane und Nieren waren affiziert. Die Hauteffloreszenzen bestanden in Blasen, Pusteln und Ulzerationen verschiedener Form und Größe, die teilweise spontan abgeheilt, teilweise fistulös verändert waren. Die Wassermannreaktion fiel positiv aus. Erst der Nachweis der Bazillen im Eiter der Nase und Haut erhärtete die Diagnose. Der Kranke ging schließlich ziemlich plötzlich an seiner Infektion zugrunde.

Lilienstein-Hamburg.

Gonorrhoe.

35) **Über die Involutionsformen des Gonococcus Neisser und ihre Rolle als intraepitheliale Zellparasiten**, von H. Herzog. (Virchows Archiv. CXII. 1913.)

Nach Besprechung des heutigen Standpunktes der Virulenzfrage der Gonokokken bekämpft Verf. die von Neisser aufgestellte und insbesondere von Wertheim, dann auch von Bumm verfochtene These von der Virulenzfestigkeit derselben, da bei einer künstlichen Überimpfung oder natürlichen Übertragung die akute Entzündung erst nach einigen Tagen auftritt. Diese Zeit genüge, um den in ihrer Virulenz eventuell geschwächten Keimen Gelegenheit zur Auffrischung und Erholung zu geben. Bumm und Wertheim hätten in ihren Arbeiten dieses Moment zwar erwähnt, aber nicht die nötige Folgerung gezogen, sondern trotzdem auf der Virulenzfestigkeit bestanden. Die Annahme, daß geschwächte Gonokokken sich in kurzer Zeit erholen können, wird durch folgende Erfahrung gestützt: Keime, die sich in weit vorgeschrittener Metamorphose befinden, erholen sich auf künstlichem Nährboden und kommen zu üppigem Wachstum. Aus dieser Tatsache darf man schließen, daß dieser Vorgang sich auf dem für Gonokokken günstigsten Nährboden, der menschlichen Urethra, erst recht in gleicher Weise abspielen wird. Dazu kommt die bekannte Schnelligkeit der Gonokokken. Die Möglichkeit einer bisher fast vollkommen bestrittenen Übertragung einer von vornherein chronisch verlaufenden Gonorrhoe erklärt Verf. folgendermaßen: An der Phagozytose beteiligen sich nicht nur Leukozyten, sondern auch Epithelien. Erstere sind imstande, die Gonokokken vollkommen aufzulösen, letztere nicht. Werden durch Leukozytenzerfall noch lebensfähige Keime frei und entwickeln sich diese schnell genug zu kräftigen Organismen, so tritt ein neuer Leukozytenansturm ein. Dieser Vorgang kann sich bis zur vollkommenen Vernichtung der Gonokokken wiederholen. Erholen sich dagegen die von den Eiterkörperchen befreiten Trippererreger nicht so rapid und kräftig, um einen neuen Reiz auszuüben, dann erscheinen keine neuen Leukozyten. An ihre Stelle treten die schwächer wirkenden Epithelien, und die Gonokokken werden zum Teil mit dem Lymphstrom in die tieferen Gewebsschichten geschleppt. Die Übertragung einer Gonorrhoe, die durch den zuletzt geschilderten Verlauf chronisch geworden ist, ruft auch eine chronische Entzündung hervor. Bei künstlicher Züchtung fand Verf. verschiedene Formen der Gonokokken: 1. Normokokken = Kaffeebohngestalt der Teilhälften; 2. Mikrogonokokken = Hantelform und Doppelkugelchen. Je kleiner die Gonokokken werden, um so weniger färben sie sich mit Methylenblau blau; sie nehmen eine lavendelgraue, endlich rote Farbe an. Das Kleinerwerden der Gonokokken beruht nicht auf einfachem Zwergwachstum, sondern auf der Bildung von Involutionsformen. Diese entstehen dadurch, daß die Kokken bei ungünstigen Lebensbedingungen sich aus ihrer eigenen Leibessubstanz gewissermaßen zum Schutz mit einer Gallert- oder Schleimhülle umgeben. Die Mikrogonokokken gehen unter allmählicher Verschleimung zugrunde. Die verschiedenen Involutionsformen, die die verschiedensten Gestalten annehmen und oft ungewöhnlich mikroskopisch klein sind, sind nicht als Lebewesen besonderer Art, sondern als besondere Wachstumsformen bakterieller Keime aufzufassen. Während die Involutionsformen bei künstlicher Züchtung nach kurzer Zeit zu finden sind, treten sie auf der Urethra erst dann auf, wenn die Gonokokken durch Fixierung in Zellen der direkten Berührung mit der frei zirkulierenden Körperflüssigkeit entzogen werden, die sonst alle das Wachstum schädigenden Momente beseitigt. Bei der Einwirkung gallensaurer Salze auf Gonokokken sind folgende Ergebnisse bemerkenswert: Normale Keimformen bleiben durch 1—2% Natr. taurochol unbeeinflusst; durch 10% tritt nach einer Stunde unvollständige Lyse auf,

durch 20⁰/₀ vollständige nach einer Stunde. Mikroformen gehen in 1—2 Stunden durch 5⁰/₀ zugrunde. Die Ergebnisse seiner Arbeit hat Verf. nicht nur durch künstliche Züchtungen, sondern auch durch Untersuchungen an Tieren und einem Menschen erzielt. Die Experimente mit Kaninchen sind vollkommen resultatlos verlaufen, weil die Entzündung der Konjunktiva ohne Eiterung in ganz kurzer Zeit abläuft. Dagegen ist Verf. ein Versuch bei einer Maus mit den den Gonokokken verwandten Meningokokken gelungen. Die Ergebnisse durch die Übertragung einer Gonorrhoe auf die Konjunktiva einer Patientin faßt Verf. also zusammen: 1. Der Gonococcus ist ein obligater Epithelzellparasit, bzw. wird er von Epithelzellen phagozytiert. 2. Der Gonococcus bildet auch auf der lebenden Schleimhaut Involutionsformen, welche im Falle ihrer intraepithelial erfolgenden Entstehung in der Epithelzelle teils in disseminierter Anordnung, teils in zusammenhängenden zoogloenartigen Kolonieverbänden anzutreffen sind.

Barinbaum-Berlin.

36) **Le traitement des infiltrations molles de l'urètre antérieur**, par Palazzoli. (Revue clin. d'Urologie. 1913. September.)

Verf. unterscheidet zwei Arten von weichen Infiltraten, solche, die bei der Palpation über einer Beniquésonde wahrnehmbar sind, und solche, die man nur urethroskopisch erkennen kann. Für erstere sei eine endourethrale Behandlung zwecklos, nur mechanisch durch Dilatation oder Massage über einer Beniquésonde sei etwas zu erreichen. Bei den nur urethroskopisch wahrnehmbaren weichen Infiltraten gebe die endourethrale Behandlung mit Injektionen oft gute Resultate, falls die Schleimhaut noch nicht verhornt sei. In diesem Falle seien Dilatation, prolongierte Injektionen, besonders mit Hermophenyl unter Abbinden des Penis während einiger Stunden und die Elektrolyse zu empfehlen. Welcher Art die Behandlung auch sei, so soll sie nicht zu brüsk und nicht in zu kurzen Zwischenräumen erfolgen, da sonst manchmal die Beschwerden nicht nur unterhalten, sondern sogar vermehrt werden könnten.

J. Schumacher-Berlin.

37) **Contributo allo studio della batteriologia e della istopatologia dell'uretrite cronica**, per V. Ramazzotti. (Giorn. ital. della mal. ven. e della pelle. 1913. Fasc. 5.)

Die Untersuchungen des Verf.'s zeigten, daß die Harnröhre bei Urethritis nur selten steril ist, während gewöhnlich sich dieselben Bakterien fanden, die auch in der gesunden Harnröhre vorkommen. Auf Tiere wirken alle diese Mikroben, einschließlich der Gonokokken, nicht pathogen. Übertragungen mit Gonokokkeneiter in die Bauchhöhle von Meerschweinchen mißlangen völlig. Als bester Nährboden bewährte sich Agar gemischt mit Menschenserum. Bei den anatomischen Untersuchungen der Schleimhaut der chronischen Urethritis wurden neben leukozytärer Infiltration besonders Veränderungen am Epithel gefunden (Desquamation, Zellumlagerung, meist verdünntes, zuweilen aber auch verdicktes Epithel und Umwandlung der Zylinderzellen in Plattenepithelien). An den Veränderungen beteiligten sich auch die Morgagnischen Taschen und die Drüsen der Harnröhre. Bei sehr alten Fällen fand sich neben Verdünnung und Zerstörung der Epithelien eine Sklerosierung des Bindegewebes.

Dreyer-Cöln.

38) **Die soziale Bedeutung der Gonorrhoe**, von S. Peller. (Das österreich. Sanitätswesen. 1913. Nr. 38.)

Eine große Menge statistischen Materials über die Häufigkeit, Ursachen und Wirkungen der Gonorrhoe der verschiedensten Länder hat Verf. zur Be-

leuchtung der Frage über die soziale Bedeutung der Gonorrhoe zusammengestellt. Die nicht unerhebliche Verschiedenheit in den Resultaten der einzelnen Forscher erklärt sich wohl aus den unsicheren Angaben der Kranken und der äußerst schwierigen Erforschung des Stoffes. Abgesehen von der Summe der Unlustgefühle, der Kosten, der Entziehung von viel Kräften von produktiver Arbeit hat die Gonorrhoe auch noch weitere tiefgehendere soziale Bedeutung. Als wichtigste Folgeerscheinung des Trippers sind wohl die Sterilität teils des Mannes, teils der später infizierten Ehefrau zu nennen, die Ehen mit nur einem Kind, ferner die Conjunctivitis blennorrhoea neonatorum, die so sehr häufig zu späterer Erblindung führt. Wenn man annimmt, daß jährlich etwa 12% aller 20—30 Jahre alten Männer an Gonorrhoe erkranken, wenn etwa die Hälfte (die angegebenen Zahlen schwanken hier ganz besonders) aller sterilen Ehen ihre Erklärung in einer früheren Gonorrhoe finden, wenn ein Viertel aller Insassen der Blindenanstalten ihr Leiden ebenfalls dem Tripper verdanken, leuchtet die soziale Bedeutung ohne weiteres ein. Mit Recht sieht aber Verf. das wirksamste Mittel zur Ausrottung dieses Leidens nicht in gesetzgeberischen Reformen, sondern hauptsächlich in der Abschaffung der „Doppelmoral“.

Klokov-Berlin.

39) **Milieu rendant facile la culture gonocoque**, par Sabouraud et Noiré. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 7.)

Die Verf. haben auf ihrem neuen Nährboden ein leichtes und üppiges Wachstum der Gonokokken erzielt: Man stellt ihn folgendermaßen dar: 1. Man kocht 1 Liter frischer Milch 5 Minuten. 2. Man fälle das Kasein durch Zusatz von 2 ccm Salzsäure und gewinnt dann die Molke mittels Durchsiehen. 3. Man füge der Molke die Hälfte ihres Volumens an Wasser zu und neutralisiere mit 10% iger Sodalösung. 4. Man bringe die Masse in den Sterilisierapparat bei 120°, 10 Minuten lang, filtriere und löse in der Masse: Pepton 1%, Glukose 1%, Agar 1,6%, Harnstoff 0,3%. Man filtriere, verteile die Masse in die Röhren und sterilisiere sie bei 110%.

Raff-Augsburg.

Syphilis.

40) **Syphilis et sclérodémie**, par E. Jeanselme et A. Touraine. (Bull. Soc. fr. de Dermatol. 1913. Juli.)

Die Verf. berichten über einen Fall von fortschreitender Sklerodermie bei einer auf Erbsyphilis verdächtigen Frau. Wassermannreaktion positiv. Die Lumbalpunktion ergab eine starke Lymphozytose. Spezifische Behandlung bringt die Mehrzahl der Symptome entschieden zurück. Es ist darum die Annahme berechtigt, in diesem Fall eine enge Beziehung zwischen Syphilis und Sklerodermie anzunehmen. Die Frage ist nur die, durch welchen Mechanismus die spezifische Infektion die Sklerose der Haut hervorgerufen hat. Mehrere Hypothesen bieten sich zur Erklärung an: man kann zunächst annehmen, daß die Hautdystrophie von einer spezifischen Affektion der Schilddrüse abhängig ist. Mehrere Beobachtungen von Sklerodermie bei Struma mit Exophthalmus liegen bereits vor; die erste, aus dem Jahre 1894, stammt von Jeanselme. Die bemerkenswerten Erfolge mit Schilddrüsen-Organtherapie bei manchen Fällen von Sklerodermie dürfen als Stütze für diese Hypothese dienen. Aber auch als Ausdruck einer spezifischen, an der Haut lokalisierten „Arterio-capillaritis“ könnte der Sklerodermieprozeß betrachtet werden, denn man kennt die Bedeutung der Kapillarläsionen bei der spezifischen

Infektion. Endlich — und das ist die Hypothese, die als plausibelste erscheinen darf — könnte die Syphilis die Sklerose der Haut durch Vermittlung des Nervensystems hervorgerufen haben. Die Verteilung der sensiblen Störungen und der Sklerodermieflecke, die Lymphozytose der Spinalflüssigkeit legen die Annahme nahe, daß die Syphilis sich im Bereich der Spinalwurzelzone festgesetzt hat, die sich bei dieser Infektion so oft beteiligt zeigen.

H. Netter-Pforzheim.

- 41) **Syphilis et lymphomatoses**, par Nanta. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 3.)

Auf Grund von Beobachtungen des Verf.'s an 3 Fällen von Leukämie bzw. Lymphosarkom stellt er die Behauptung auf: Bei Syphilitischen im Frühstadium kann man einen Syptomenkomplex beobachten von Schwellung der Drüsen und der Milz, verbunden mit Leukämie. Diese Erscheinungen sind als Reaktion gegen das luetische Virus zu betrachten. In einem Fall trat eine spezifische Affektion der Mandeln auf, dann eine Schwellung derselben, endlich die leukämischen Erscheinungen. Daß alle Leukämien syphilitischer Natur sind, wird nicht behauptet; daß aber die Antisyphilitica wirkungslos bleiben, kann nach der Analogie der Tabes nicht als Gegenbeweis angesehen werden. In allen Fällen war die Reaktion nach Wassermann positiv.

Raff-Augsburg.

- 42) **Über luetische perniziöse Anämie**, von Weickel. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 21 u. 30.)

Mehrfach sind perniziöse Anämien beschrieben worden, die, auf der Basis einer Lues entstanden, sich durch entsprechende Behandlung bedeutend besserten; in einem Fall von Roth soll sogar Heilung eingetreten sein. Verf. meint, daß die Anämie nicht die Folge der Syphilis ist, sondern daß die Syphilis nur unter besonders prädisponierenden Umständen einmal zu dieser Erkrankung führt, indem sich Toxine entwickeln. Die Erkrankung tritt im tertiären Stadium der Lues auf; das Blutbild ist charakterisiert durch Auftreten von Megaloblasten. Der Fall des Verf.'s betraf einen 52jährigen Mann, der 30 Jahre vorher einen Primäraffekt gehabt hatte. Wassermann positiv. Daher Salvarsan 0,5 intravenös. Zustand unverändert, 4 Wochen später wieder Salvarsan 0,5. Jetzt erfolgte eine Verschlimmerung 3 Wochen lang, die den Exitus befürchten ließ. Plötzlich auffallende Besserung: Patient konnte die Poliklinik selber aufsuchen. Die Ödeme verschwanden, die Leberschwellung ging zurück. Die roten Blutkörperchen stiegen an Zahl von 1,5 Millionen auf 4 Millionen. Megaloblasten verschwanden, Gewicht stieg von 155 Pfd. auf 171 Pfd. Wassermann war negativ. Ob die günstige Wendung durch Salvarsan oder Jodkali herbeigeführt wurde, will Verf. nicht entscheiden. Jedenfalls muß Salvarsan in derartigen Fällen weiter versucht werden. Die Besserung hielt bei dem Patienten etwa 6 Monate an. Dann kamen wieder die bekannten Symptome: Schwäche, Verringerung des Körpergewichts auf 163 Pfd., Blässe und nach 2 Monaten erfolgte der Exitus. Die Sektion ergab fettige Degeneration aller Organe, Perihepatitis, septischen Milztumor. Für Zustandekommen des Exitus erwägt Verf. zwei Möglichkeiten: Entweder stand die alte Lues in keinem Zusammenhang mit der perniziösen Anämie und dann war die Prognose absolut schlecht, oder aber die Lues war die Ursache und das Salvarsan konnte die Ursache der Krankheit nicht beseitigen. Verf. glaubt, daß letzteres der Fall war, obwohl die Sektion keinen Beweis dafür erbrachte. Nochmals rät Verf., bei perniziöser Anämie und früherer Lues Salvarsan jedesmal zu versuchen.

Raff-Augsburg.

- 43) **Über die weiteren Schicksale 4134 katamnestisch verfolgter Fälle luetischer Infektion**, von E. Mattauschek und A. Pilcz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 38.)

Insgesamt 12% Luetiker sind sicher an der Infektion zugrunde gegangen bzw. in schweres Siechtum verfallen. Außerdem ist die Tuberkulosemortalität der Syphilitiker erschreckend hoch und um so mehr auffallend, als es sich in dem bearbeiteten Material lediglich um Offiziere, also körperlich rüstige Individuen handelt. Diese Zahlen beleuchten die große Bedeutung der Syphilis auch vom sozialwirtschaftlichen Standpunkte aus. Biberstein-Gleiwitz.

- 44) **Beeinflußt eine syphilitische Infektion die Lebensdauer und Arbeitsfähigkeit?** von Reckzeh. (Med. Klinik. 1913. Nr. 40.)

Nach einigen Bemerkungen über die Diagnose der Syphilis erörtert Verf. die Bedeutung dieser Krankheit für die Lebensversicherungsanstalten. Trotz eingehender statistischer Ermittlungen ist die Beurteilung der Prognose der Syphilis erschwert infolge ihres chronischen Verlaufes. Nach dem Ergebnis zahlreicher Untersuchungen bedingt die Syphilis eine deutliche Verkürzung der Lebensdauer, hauptsächlich durch Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, ferner durch Krankheiten des Herzens und der Gefäße. Die größte Gefahr bei der Versicherung der Syphilitiker liegt in der Möglichkeit einer späteren Tabes oder Paralyse. Nächst diesen kommt als häufigste Todesursache das Aortenaneurysma in Betracht, sodann die tertiärsyphilitische Erkrankung des Zentralnervensystems, Leber- und Nervenschwund, die tertiäre Syphilis der inneren Organe und die syphilitische Kachexie. Die Schwere der Anfangsstadien läßt keine sichere prognostische Beurteilung zu. Das tertiäre Stadium tritt in 5—20% der Fälle auf. Beim Vorhandensein tertiärer Erscheinungen hängt die Prognose von der Beteiligung der inneren Organe ab. Sehr wesentliche Bedeutung hat die Dauer der Behandlung. Die Prognose wird ferner durch Alter und Geschlecht, Konstitution, interkurrente Krankheiten und erbliche nervöse Belastung beeinflusst. Im allgemeinen genügen 3—4 Jahre, um zu erfahren, ob der Organismus etwa eine ganz besondere Empfindlichkeit gegenüber dem syphilitischen Gifte besitzt. Biberstein-Gleiwitz.

- 45) **Über organisierte syphilitische Papeln**, von S. Hanawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1913. H. 6.)

Die erbsengroßen, harten, bräunlichen Papeln bestanden an Mundwinkel, Nasenflügel und Naseneingang des syphilitischen Patienten seit 2 Jahren, kleinere Papeln im Gehörgang und Anus waren vorangegangen und durch Quecksilberinunktionen geheilt worden. Wassermannreaktion war positiv, Spirochäten nachweisbar, das Freiliegen der erkrankten Stelle und geringe Sauberkeit hatten die Entstehung des Exanthems begünstigt, welches erst durch wiederholte Injektionen von Salvarsan und Neosalvarsan zur Heilung gelangte. J.

- 46) **Zur Frage der „Lues nervosa“**, von Fr. Moerchen. (Med. Klinik. 1913. Nr. 43.)

Die mitgeteilten Fälle sprechen außerordentlich deutlich für die Annahme, daß es eine Lues nervosa gibt, beruhend auf der fast ausschließlichen Affinität bestimmter Spirochätenstämme zum Nervensystem. Biberstein-Gleiwitz.

- 47) **Beobachtungen über syphilitische Erkrankungen innerer Organe**, von Lenzmann. (Med. Klinik. 1913. Nr. 45.)

Verf. berichtet über eine Anzahl von Fällen, in denen eine Lues innerer Organe festgestellt und beobachtet werden konnte. Es geht daraus hervor, daß syphilitische Erkrankungen innerer Organe viel häufiger als angenommen

wird, vorkommen, und daß es wichtig ist, bei dem Mangel an pathognomonischen Symptomen stets an eine luische Erkrankung zu denken. Biberstein-Gleiwitz.

- 48) **Die anatomischen Veränderungen bei der Sublimatvergiftung des Kaninchens in ihrer Abhängigkeit vom Gefäßnervensystem**, von Weiler. (Virchows Archiv. CCXII. H. 2.)

Verf. hält die vier aufgestellten Theorien über die Ausscheidung des Hg (Ausscheidung durch unmittelbare Schädigung des Gewebes, Blutgift, allgemeine Blutdrucksenkung, Schwefelquecksilberwirkung) nicht für richtig. Das Hg tötet bei seiner Ausscheidung das Gewebe nicht unmittelbar ab. Es wird vielmehr durch Hg ein Nervenreiz ausgelöst, wodurch eine lokale Blutdrucksenkung hervorgerufen wird. Es kommt zu einer starken Verengung der kleinen Arterien und zum Aufhören der Blutzirkulation in den Kapillaren. Als Folge stellt sich in der Niere eine anämische Nekrose, im Darm eine hämorrhagische Infarcierung ein. Pürckhauer-Dresden.

- 49) **Ein Beitrag zur Syphilis insontium**, von R. v. Planner. (Med. Klinik. 1913. Nr. 48.)

Eine Zusammenstellung der in langjähriger Praxis vom Verf. beobachteten interessanten Fälle von extragenitalen syphilitischen Infektionen.

Biberstein-Gleiwitz.

- 50) **Beitrag zur Reinfectio syphilitica**, von V. Mentberger. (Med. Klinik. 1913. Nr. 52.)

Nur ein kleiner Teil der als Reinfektion angegebenen Fälle hält einer strengen kritischen Betrachtung stand. Unter Hinweis auf die Tatsachen, die eine Reinfektion vortäuschen können, verlangt Verf. nur diejenigen Fälle als Reinfektionen gelten zu lassen, in denen chronologisch wieder das vollständige Krankheitsbild einer frischen Syphilis genau beobachtet wird. Biberstein-Gleiwitz.

- 51) **Pelade et syphilis**, par Petges et Muratet. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 11.)

Die besonders von Sabouraud betonte Theorie des Zusammenhangs von Alopecia areata und Syphilis suchen die Verff. mittels der Wassermannreaktion aufzuklären; sie benutzten die Modifikation von Salvazès und Eckenstein. Unter 100 Fällen von Alopecia areata war die Reaktion 87mal negativ, 11mal positiv. Von diesen 11 Fällen scheiden 2 aus, welche die Lues nach Eintritt der Alopecie akquirierten; bei 7 anderen ließ sich eine frühere Lues nachweisen, bei 2 nicht. Das Verhältnis der Syphilis bei der Alopecia areata wäre also $9\frac{0}{10}$, zu wenig, um eine Abhängigkeit der Krankheit von der Lues festzustellen. Übrigens war auch durch antisymphilitische Behandlung in diesen 9 Fällen keine Besserung der Alopecie zu erzielen. Die Verff. glauben also nicht an einen Zusammenhang der Syphilis mit Alopecia areata, deren Ursache immer noch unbekannt ist. Raff-Augsburg.

- 52) **Quatrième et dernière note sur l'hérédosyphilis, ses lois, et leur interprétation**, par Carle. (Annales de dermatologie. 1913. Nr. 8 u. 9.)

Verf. gibt in dieser seiner letzten Arbeit über die hereditäre Syphilis ein Resumee seiner und anderer Arbeiten über die hereditäre Syphilis und ihre Gesetze. Das Colles-Gesetz besagte bekanntlich, daß die Mutter eines hereditär-syphilitischen Kindes nie infiziert werden könnte, also immun sei. Verf. und Augagneur stellten schon 1906 die Theorie auf, daß die Mutter immun und für Luesgift unempfindlich sei, weil sie selber syphilitisch ist. Diese Theorie wurde aber erst anerkannt, als die Wassermannreaktion aufkam und bei der Mutter stets positiv war. Übrigens erwähnt Verf., daß diese

Theorie schon von Fournier (in seinem Buche: „Die Vererbung der Syphilis“ Ref.) aufgestellt wurde, und zwar mit den charakteristischen Worten: „Es gibt kein Mittel der Syphilis zu entgehen, als sie schon zu besitzen.“ Von Diday stammte die Anschauung, daß einluetischer Fötus im Uterus seine gesunde Mutter infizieren könne. 1903 hat Matzenauer diese Ansicht bekämpft, und Verf. war der gleichen Anschauung. Man wandte ein, daß man bei diesen Frauen keinen Primäraffekt fände. Allein das ist ja auch bei nicht graviden Frauen sehr häufig nicht der Fall, und man ist deswegen noch nicht berechtigt, einen Primäraffekt überhaupt zu leugnen. Auch bei der graviden Frau beginnt die Lues immer mit einem Primäraffekt. Das Gesetz von Profeta sagt, daß das gesunde Kind einer syphilitischen Mutter immun sei. Als die Seroreaktion aufkam, zeigte es sich auch hier, daß derartige Kinder positiv reagieren, also syphilitisch und deshalb scheinbar immun sind. Verf. sagt deshalb: Das von einer syphilitischen Mutter geborene Kind ist nicht syphilitisch und deshalb nicht infizierbar. Ist es nicht syphilitisch, so kann es auch immer von Lues verschont bleiben. Immun ist es aber nicht. Aus den vorhergehenden Erwägungen geht schon hervor, daß der Einfluß des Mannes allein bei Vererbung der Lues gleich Null sein muß. Dies vorahnend, hat eine Anzahl bekannter Autoren für die Frau eine energischere Behandlung gefordert als für den Mann. Verf. negiert die paterne Übertragung der Lues völlig, und zwar aus mehreren Gründen. Eine große Anzahl der fraglichen Kinder werden — genau beobachtet — groß, ohne Lues zu zeigen. Man wird einwenden, es könnte eine Lues hereditaria tarda auftreten. Schon früher hat Verf. seine Ansicht darüber geäußert, dahingehend, daß die Symptome der Lues tarda tertiär seien, während die Frühererscheinungen — wie so oft — unbemerkt geblieben seien. Tarda sei bei dieser Lues hereditaria also nur Diagnose des Arztes. Andererseits verfügt Verf. über eine große Statistik von Nachkommen syphilitischer Mütter, die gesund sind und bleiben. Dagegen glaubt Verf., daß die Lues vom Vater her wie andere Diathesen physische und psychische Entwicklungsstörungen bei den Abkömmlingen veranlaßt. Doch will er darüber noch weitere Untersuchungen anstellen. Raff-Augsburg.

53) **Ist konstitutionelle Syphilis vom Ohr aus zu diagnostizieren**, von Beck. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 50.)

Bei syphilitischen Individuen fand Verf. beim Rinneschen Versuch trotz fehlender Störungen am Gehörorgan in 80% die Kopfknochenleitung verkürzt. Bei Primäraffekt fehlte dieses Symptom, um etwa in der 7.—8. Woche post infectionem aufzutreten. Es scheint wie bei Hirntumoren und Hydrozephalus durch Vermehrung des intrakraniellen Drucks bedingt zu sein, denn die Lumbalpunktion beseitigte es. Raff-Augsburg.

54) **Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion**, von Mulzer. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 26.)

Verf. empfiehlt ein neues Instrument zur Blutentnahme, bestehend aus einem durchbohrten Gummipfropf, der, auf das Reagenzglas aufgesetzt, die Nadel in einem Konus trägt. Auf diese Weise wird die Besudelung der Patienten oder des Bodens mit Blut vermieden. Ferner hat Verf. für Fälle, in denen die Venen so schlecht entwickelt sind, daß eine Venenpunktion unmöglich ist, einen Schröpf-schnepper konstruiert, dessen Beschreibung er gibt. Von beiden Instrumenten sind Abbildungen dem Texte beigelegt. Raff-Augsburg.

55) **Zur Technik der Blutentnahme für die Wassermannsche Reaktion**, von Raab. (Münchener med. Wochenschrift. 1913. Nr. 35.)

Verf. empfiehlt, das Blut durch einen Einstich aus einem Finger zu entnehmen, und zwar da, wo in der Tiefe die Art. digitalis volaris profunda verläuft. Er macht gleichzeitig zwei Einstiche mit einem zweiseitigen Messer. Die Vorteile sind nach Verf. gegenüber dem gewöhnlichen Verfahren sehr große. (Zwei noch so unbedeutende Stiche an einem Finger, den jeder Mensch gebraucht, scheinen mir kein Vorteil. Ref.) Raff-Augsburg.

- 56) **Zur Kenntnis des diagnostischen Wertes der v. Dungernschen Modifikation der Wassermannschen Reaktion im Vergleich mit dem der Wassermannschen Originalmethode**, von A. Balcarek. (Med. Klinik. 1913. Nr. 38.)

Paralleluntersuchungen an 101 Fällen ergaben die Übereinstimmung der v. Dungernschen Modifikation mit dem Original-Wassermann in 96 Fällen. 3 mal fiel Dungern positiv aus in anamnestisch sichergestellten Luesfällen, in denen der Wassermann negativ war, 1 mal versagte die Dungereaktion im Gegensatz zum positiven Wassermann in einem Falle von Lues hereditaria. 1 mal fiel Dungern in einem Falle von Magenkarzinom negativ aus, in dem Wassermann mittelstark positiv war. Biberstein-Gleiwitz.

- 57) **Über die Wassermannsche Seroreaktion bei der Tabes dorsalis**, von E. Redlich. (Med. Klinik. 1913. Nr. 38.)

Aus den Zahlen des vom Verf. beobachteten Materials geht hervor, daß der Ausfall der Wassermannreaktion im Serum der Tabiker im wesentlichen durch eine voraufgegangene Hg- oder Salvarsanbehandlung beeinflußt wird, und daß wiederholt beim Tabiker nach einer solchen Kur die positive Reaktion negativ wurde. Bei der progressiven Paralyse gelang dies nicht oder höchstens vorübergehend. Die Wassermannreaktion darf bei der Tabes hinsichtlich einer antiluischen Behandlung nicht ausschlaggebend sein. Immerhin hatte die Mehrzahl der benignen Fälle, d. h. der stationär gebliebenen, eine negative Reaktion. Die Betrachtungen des Verf.'s sollen zur weiteren Verfolgung der Frage der prognostischen Bedeutung der Wassermannreaktion hinsichtlich Tabes und Paralyse anregen. Biberstein-Gleiwitz.

- 58) **Le diagnostic de la syphilis par la Meiostragmine reaction**, par P. Leconte. (Arch. internat. de Pharmakodynamie et de Therapie. XXIII. 1913.)

Die Versuche, welche Verf. mit der Serodiagnose mittels Meiostragminreaktion bei Syphiliskranken vornahm, wurden durch die Wassermannreaktion und die Sternsche Methode kontrolliert. Die Resultate der Meiostragminreaktion stimmten mit Wassermann überein, wo dieselbe positiv ausfiel, erwies sich aber als noch exakter bei einigen sicheren Syphilisfällen, in denen Wassermannreaktion und Sternsche Reaktion negative, die Meiostragminreaktion aber positive Resultate ergab. Mit Lezithinantigen hatte Verf. bessere Erfolge als bei Verwendung der von Lesser und Kirstein empfohlenen Extrakte. J.

- 59) **Über die Herman-Perutzsche Syphilisreaktion**, von J. Kallos. (Deutsche med. Wochenschrift. 1913. Nr. 39.)

Nach seinen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schlusse, daß die Herman-Perutzsche Reaktion eine für Lues spezifische Erscheinung ist, deren Positivität für eineluetische Infektion des Organismus spricht. Im unaktivierten Serum ist die Präzipitation im allgemeinen ausgeprägter, wodurch sie leichter beurteilt werden kann. Bei primärer Lues tritt diese Reaktion rascher auf als die Wassermannreaktion. Sie kann die Wassermannreaktion nicht ersetzen, insofern als sie bei sekundärer Lues seltener positive Reaktion

gibt. Die Herman-Perutzsche Reaktion kann zur Kontrolle der Daten der Wassermannreaktion empfohlen werden. Schourp-Danzig.

60) **Zur Abwehrfermentreaktion bei der progressiven Paralyse**, von Max Theobald. (Med. Klinik. 1913. Nr. 45.)

Die Resultate von 359 Untersuchungen an 31 Paralytikern zeigen die starke Schwankung der Abderhaldenschen Abwehrfermentreaktion bei der Paralyse. Ein Vorwiegen des Abbaues paralytischer Organe gegenüber nicht paralytischen ist höchstens beim Kleinhirn und beim Rückenmark zu bemerken. Biberstein-Gleiwitz.

61) **Zur Frage des verfeinerten Wassermann mit besonderer Berücksichtigung der sogenannten paradoxen Sera**, von Fr. Graetz. (Med. Klinik. 1913. Nr. 45 u. 46.)

Nach einer Erörterung des Begriffes der paradoxen Sera, deren Erscheinung hauptsächlich in behandelten bzw. latenten Syphilisfällen auftritt, erbringt Verf. den Beweis, daß es sich dabei um Mängel in der Technik der Wassermannreaktion handelt, die auf den Schwankungen der Komplementablenkbarkeit beruhen. Die Vornahme regelmäßiger Komplementtitration und der anderen Reagentien gewährt die Einheitlichkeit in den Versuchsbedingungen und stellt eine bereits erprobte und brauchbare Methode dar, bei deren Verwendung die paradoxen Reaktionen verschwinden werden. Biberstein-Gleiwitz.

62) **Über die Verwendung größerer Serumdosens zur Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion**, von R. Ledermann. (Med. Klinik. 1913. Nr. 50.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 1315 Untersuchungen mit verstärkten Serumdosens nach Kromayer und Trinchese. Das Verfahren besitzt eine besondere diagnostische Bedeutung bei zweifelhafter Reaktion in den Fällen mit fehlender Luesanamnese, größere Bedeutung in solchen Fällen, in denen die beim gewöhnlichen Wassermann erhaltenen negativen Reaktionen bei der Verstärkung mit 0,4 Serum ein positives Resultat ergeben. Diese Umwandlung wurde in keinem Fall von sicher nicht luischen Erkrankungen beobachtet. 197 reichlich behandelte Fälle reagierten ohne, wie mit Verstärkung negativ. Doch läßt sich aus dieser Erscheinung, da eine Minderzahl dieser Fälle später ohne, und einige mit Verstärkung wieder positiv reagierten, kein sicherer Maßstab für die stattgefundene Heilung ableiten. Die Verstärkungsmethode dient daher im wesentlichen zur Klarstellung zweifelhafter und negativer Reaktionen. Biberstein-Gleiwitz.

63) **A study of the spinal fluid in one hundred case of syphilis**, by M. F. Engman, R. Buchman and R. H. Davis. (Journ. of Amer. med. Association. 1913. 6. September.)

Von 100 auf Reaktion der Spinalflüssigkeit untersuchten Fällen betrafen 36 frühe Stadien; unter diesen waren 3 mit positiver Serumreaktion der Spinalflüssigkeit und hoher Zellenzahl ohne Hautsymptome, 4 zeigten negative Reaktion. Unter 64 Spätsyphilisfällen ergaben 21 positive Reaktionen, welche bis auf fünf Ausnahmen sämtlich auch klinische Anzeichen von zerebrospinaler Lues aufwiesen. Unter 29 mit Hautsyphiliden bestand nur 1mal positive Reaktion, welche in einem Falle mit Vermehrung des Globulins einherging. Untersuchungen der Spinalflüssigkeit nach Salvarsaninjektion ließ niemals Arsen erkennen. Aus diesen Versuchen geht hervor, daß nur ein kleiner Teil der Syphiliskranken bei zytologischer und serologischer Untersuchung ein Eindringen der Spirochäten in das Zerebrospinalsystem erkennen läßt, und daß bei einer solchen Invasion gewöhnlich frühe hierfür charakteristische Anzeichen auftreten.

64) **Spirochätenuntersuchungen**, von G. Arnheim. (Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. LXXVI. 1913.)

Die Ergebnisse seiner Untersuchungen faßt Verf. ungefähr so zusammen: Es wurden zahlreiche Spirochäten kultiviert, besonders Spirochäten aus syphilitischem Material und Refrigensspirochäten aus Akuminaten. Die ersteren entsprechen der Pallida. Alle Spirochäten zeigen in der Kultur nach kurzer Übergangszeit ausgedehnte Involutions- und Degenerationsformen. Die Pathogenität der Pallida ist nach längerer Züchtung sehr gering. Übertragung von Syphilis auf Tiere durch Kulturen gehört zu den Seltenheiten. Im Ausgangsmaterial syphilitischer Affektionen finden sich häufig refringensartige Pallidaformen. Agglutination und Präzipitation der Spirochäten durch spezifische Seren wurden nicht beobachtet. Komplementbindung mittels Kulturspirochäten (Pallida) bei syphilitischen Seren findet sich häufig, aber bisweilen in geringerer Intensität als die Wassermannreaktion. Unspezifische Hemmungen sind indes oft, die Reaktion ist auch nicht so regelmäßig wie die Wassermannreaktion. Eine Gewöhnung der Spirochäten an Gifte konnte nicht nachgewiesen werden. Dagegen trifft die Annahme Ehrlichs zu, daß vereinzelte Spirochäten, welche sich der Einwirkung von Giften entziehen, nach Aufhören dieser Wirkung sich zu vermehren imstande sind. Die Schweinepest wird nicht durch Spirochäten veranlaßt, die bei Schweinen beobachteten Spirochäten sind Saprophyten.

Klokow-Berlin.

65) **Seltene Kombination von Syphilis, Diabetes insipidus und Pemphigus**, von A. Trýb. (Casopis lékařův českých. 1913. Nr. 50.)

Die Patientin erkrankte mit Schwellungen der Tibiotarsal-, der Phalangeal- und (später) der Kniegelenke, mit heftigem Durst und Polyurie (Harn zuckerfrei) und juckenden Blasen in der Zirkumgenital- und Unterbauchgegend; nach dem Aufkratzen der Blasen Nässen und Fortschreiten der Affektion in Form eines roten Walls nach der Peripherie. Wassermannreaktion stark positiv; nach Salvarsan und Jodkali gingen alle Erscheinungen zurück. Dieluetische Natur der Gelenkaffektionen und des Diabetes insipidus scheint dem Verf. sicher zu stehen; zweifelhaft ist ihm die Ätiologie des Pemphigus: für Lues spricht wohl das Grundleiden und der Erfolg der Therapie, obwohl nach Salvarsan auch bei anderen Pemphigusformen Erfolge zu verzeichnen sind; gegen Lues aber spricht der histologische Befund: es fanden sich nur spärliche (vakuolisierte) Plasmazellen, dieluetische Gefäßaffektion fehlte und die Gefäße waren mit Leukozyten vollgepfropft.

G. Mühlstein-Prag.

66) **Über die Injektion konzentrierter Altsalvarsanlösungen**, von R. Habermann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. April.)

Konzentrierte Altsalvarsanlösungen veranlassen häufiger allgemeine und örtliche Nebenwirkungen, als die bewährten Infusionen verdünnter Lösungen; sie bewirken u. a. Erbrechen, Gesichtsschwellung, Kollaps, Phlebitis und sind daher gefährlicher und für die Praxis nicht geeignet, zumal da sie gegenüber der Anwendung des einfachen Weintraudschen Instrumentariums auch keine wesentliche Vereinfachung der Technik bedeuten. Neosalvarsan wird in konzentrierter Lösung gut vertragen; ob es aber in dieser Form, selbst bei erhöhter Dosis, die Heilkraft des Altsalvarsans erreicht, erscheint zweifelhaft. Ein nicht zu unterschätzender Vorteil der langsamen Infusion verdünnter Lösungen ist jedenfalls der, daß eine bestehende Überempfindlichkeit oft schon während der Injektion bemerkt und dadurch Schaden verhütet werden kann.

Immerwahr-Berlin.

67) **Le néosalvarsan à la clinique dermatologique de Bordeaux (1913). Incidents et accidents**, par Morin et Joulia. (Ann. de dermatol. 1914. Nr. 2.)

192 Injektionen bei etwa 100 Kranken nach der Methode von Ravaut (konzentrierte Injektionen) mit 15—18 ccm Flüssigkeit. Fieber wurde meist nach der ersten Injektion beobachtet, wurde nach den späteren seltener, kam aber nach jeder Injektion vor, und zwar bis 39° und darüber. Die Anfangsdosen waren 0,45—0,6. Wasserfehler war ausgeschlossen. Am Tage nach der Einspritzung war alles vorbei. Nebenerscheinungen waren selten und meist leicht (Erbrechen, Diarrhoe), doch auch drei ernstere (Synkope, epileptiforme Anfälle, Hemiplegie, endlich eine Iritis, die auf Hg zurückging). In allen Fällen war keine Hg-Behandlung vorangegangen, ganz besonders ist dies zu betonen bei einem Fall von Iritis und Neuroretinitis. Bei fünf graviden Frauen erfolgte unter dem Einfluß der Behandlung die Geburt eines gesunden Kindes.

Raff-Augsburg.

68) **Sur une dent d'Hutchinson unilatérale**, par Audry. (Annales de dermatologie. 1914. Nr. 2.)

14 jähriges taubstummes Mädchen mit Keratitis interstitialis und positivem Wassermann; durch Salvarsan verschwanden alle Erscheinungen, mit Ausnahme der Taubstummheit. Dieses Mädchen hatte einen Hutchinsonschen Zahn, während gewöhnlich die beiden korrespondierenden befallen sind.

Raff-Augsburg.

69) **Ein Todesfall nach Neosalvarsan**, von Neumayer. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 15.)

Verf. gibt bekanntlich hohe Dosen, so in diesem Fall 1,0 (! Ref.) intravenös, nachdem kurz vorher Joha 0,6 gegeben worden war. Pat. legte den 15,5 km weiten Heimweg zu Fuß zurück. Nach 3 Tagen Erscheinungen einer halbseitigen Lähmung; die eine Vena cubiti thrombosiert. Auf letzteres und Gehirnembolie führt Verf. den nach 3 Tagen eintretenden Exitus zurück, nicht auf die Intoxikation oder die Höhe der Dosis. Trotzdem will er jetzt zur „fraktionierten“ Behandlung übergehen.

Raff-Augsburg.

70) **Un signe rétrospectif de la syphilis: hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien sans leucocytose et sans Wassermann**, par Bloch et Vernes. (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 25.)

Bei einer großen Anzahl von Syphilitikern ergibt die Untersuchung des Liquor cerebrospinalis eine Anomalie, die nur in der Erhöhung des Eiweißgehalts ohne Hyperleukozytose und ohne positiven Wassermann besteht, auch sonst brauchen keine klinischen Symptome an den Zentralorganen vorhanden zu sein; es scheint kein progressiver Prozeß an den Zentralorganen vorzuliegen; in zweifelhaften älteren Fällen kann dies ein wichtiges diagnostisches Moment sein.

Paul-Cohn-Berlin.

71) **Un cas de mort à la suite de deux injections de néosalvarsan au début de la syphilis**, par Ivetrain. (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 11.)

Ein junger Mann von 20 Jahren akquiriert ein Ulcus mit positivem Spirochätenbefund und Wassermann; er bekommt zuerst drei intravenöse Injektionen von ZyanHg, dann 0,3 Neosalvarsan, eine Woche darauf Neosalvarsan 0,2; einen Tag nach der zweiten Injektion stellen sich Kopfschmerzen, 3 Tage später Schwindel, Erbrechen, Diarrhoe, Coma mit epileptiformen Anfällen ein; der Liquor cerebrospinalis enthält bei hoher Spannung viel Albumen und zahlreiche Lymphozyten; ein technischer Fehler oder das Wasser können nach Ansicht des Verf.'s an dem Exitus keine Schuld haben. Paul Cohn-Berlin.

72) **Syphilis et tuberculose. Action du salvarsan et du néosalvarsan**, par Jeanselme, Vernes et Bloch. (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 24.)

Bericht über 13 Fälle von Lues, die mit Tuberkulose kompliziert waren und mit 606 behandelt wurden; auch in den vorgeschrittenen Fällen von Tuberkulose trat nach den Injektionen weder Hämoptoe noch sonst eine Verschlimmerung des Lungenleidens ein, einige Fälle im vorgeschrittenen Stadium zeigten vorübergehende Besserung. Bei beginnender Tuberkulose hob sich unter Gewichtszunahme der Allgemeinzustand, einmal schwand vorhandenes Fieber. Natürlich ist ganz individualisierende Behandlung mit anfänglich kleinen Dosen streng indiziert.

Paul Cohn-Berlin.

73) **Experience with neosalvarsan at the Harlem Hospital**, by H. Fox. (American Journ. of med. Sciences. 1914. Januar.)

Nach seinen reichen Erfahrungen am Harlem Hospital rühmt Verf. die ausgezeichnete Wirkung des Neosalvarsans auf die Symptome der Syphilis. Immerhin schien die gleiche Dosis von Neosalvarsan etwas schwächer zu wirken wie von Salvarsan, und in serologischer Beziehung war dieser Unterschied noch bemerkbarer. Ein bedeutender Vorzug des neuen Mittels vor dem alten ist aber seine leichtere und schnellere Zubereitung und die handlichere Methode der intravenösen Injektion, welche bei Neosalvarsan auch geringere Störungen im Befinden der Patienten hervorrief.

J.

74) **Über die Neosalvarsanbehandlung der Syphilis**, von G. Inouye. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. Januar.)

Auf Grund seiner Erfahrungen mit 600 Injektionen rühmt Verf. am Neosalvarsan dessen leichte Löslichkeit und die neutrale Reaktion der Lösung im Vergleich zum alten Salvarsan. Bei Verwendung von frisch bereiteter, sterilisierter, 0,6%iger Kochsalzlösung traten weder Trübung der Lösung noch erhebliche Nebenerscheinungen beim Patienten auf. 0,6—0,75 5%iges Neosalvarsan in 10 ccm 0,6%iger Kochsalzlösung wurden gut vertragen, die Nebenwirkungen waren geringer als bei 0,4%iger Kochsalzlösung und bestanden meist in Kopfschmerzen, Übelkeit oder Exanthenen. Die Wirkung auf die syphilitischen Symptome erschien nach der einzelnen Injektion etwas geringer, in der gesamten Kur aber dem Salvarsan gleich. Die Wassermannreaktion wurde nach 3—4 Injektionen mit gleichzeitiger Hg-Behandlung besonders bei früheren Stadien schnell negativ.

J.

75) **Klinische Beobachtungen über die Einwirkung des Salvarsans und der Kombination von Salvarsan und Quecksilber auf den Fötus**, von K. Hedén. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Die statistischen Beobachtungen des Verf.'s lassen erkennen, daß die Kombination der Hg-Kuren mit Salvarsan auf die Syphilis acquisita einen kräftigeren Einfluß als das Hg allein ausübt und daß dieselbe Kombination von Hg und Salvarsan während der Schwangerschaft einen viel günstigeren Einfluß als das Hg allein auf die Syphilis des Fötus leistet. Schourp-Danzig.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

76) **Lésions de la muqueuse vésicale vues au cystoscope dans le purpura hémorragique**, par Bruni. (Journ. d'Urologie. 1914. S. 57.)

31jähriger Mann, bisher nicht krank. Nach mehrtägigem Fieber totale Hämaturie. Ruhe und Styptica ohne Einfluß. Keinerlei klinische Symptome von seiten der Harnorgane; im Urin nichts als rote Blutkörperchen. Im

Kystoskop sieht man in einer sonst gesunden Blase kreisrunde, rote, rotbraune, blaurote, punkt- bis pfenniggroße Flecken in großer Zahl; sie haben keinen Entzündungshof um sich; sie gleichen traumatischen Suffusionen. Die Affektion, die Verf. nie gesehen hatte, wurde ihm erst erklärlich, als er auf Armen und Beinen des Pat. ähnliche Flecken bemerkte; diese wurden von Stanziale als Purpura bestätigt. Nach einem Monat Rezidiv der Purpura an der Haut der Arme und, zugleich mit Hämaturie, in der Blase; spontane Restitutio ad integrum ohne jede Behandlung. Der Fall ist bisher Unikum.
Goldberg-Wildungen.

77) **Ein Fall von Penisverdoppelung**, von G. Lioni. (Deutsche medicin. Wochenschrift. 1914. Nr. 8.)

Der Fall zeigte einen vorn und hinten mehr abgeplatteten Penis, der auf der linken Seite der normal aussehenden Eichel eine andere kleine, etwas höhere und mehr vorn sitzende Eichel trägt. Schourp-Danzig.

78) **Über Röntgendiagnose von Blasengeschwülsten**, von Sh. Takagi. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. Februar.)

Neben der Zystoskopie bewährte sich die Radiographie ausgezeichnet zur Diagnose von Blasentumoren und Blasensteinen. Das Röntgenbild tritt noch deutlicher hervor, wenn die Blase zuvor mit Sauerstoffgas gefüllt wird. J.

79) **Sur la récidence des calculs de la vessie**, par Pavone. (Revue clinique d'Urologie. 1914. S. 25.)

Die Annahme, daß die Lithotomie vor Rezidiven der Steine besser schütze als die Litholapaxie, ist durchaus irrig. Verf. hat nach 1839 Lithotripsien 92, d. i. 5% Rezidive gesehen, nach 52 Lithotomien 5, d. i. 10%. In der Literatur sind zahlreiche Fälle berichtet, die in gleichem Sinne beweisend sind. Die Ursachen der Steinbildung, die kalkulöse Diathese im Verein mit Entleerungshindernissen, oder die alkalische Zystitis können eben nach jeder Operation weiterbestehen. Nur durch eine dauernde diätetische, alimentäre und medikamentöse Behandlung dieser Ursachen kann man hoffen, Rezidive zu verhüten. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Litholapaxie angezeigt, nicht die Lithotomie.
Goldberg-Wildungen.

80) **Die praktische Bedeutung der Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter**, von Adrian. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. der Dermatologie, Syphilodologie u. der Krankh. des Urogenitalapparats. Halle, C. Marhold, 1914. 38 S. Mk. 1,20.)

Die Mißbildungen des uropoetischen Apparates sind relativ häufig. Sie führen sehr oft zu schweren Erkrankungen, können aber auch oft operativ in Angriff genommen werden. Ihre Verkennung hat schon manches Opfer gefordert, z. B. sind Einnieren irrtümlich entfernt worden. Hufeisennieren, dystopische Nieren, Einnieren werden weit häufiger von Nephritis, Kalkulosis, Tuberkulosis, Atrophie befallen als normal gebildete und normal gelegene Nieren. Mißbildungen der einen Niere haben aber auch verhältnismäßig häufig eine Erkrankung der Schwesterniere im Gefolge. Dislozierte Nieren erzeugen mechanisch die Affektionen, die jeder raumbeengende Tumor an den Abdominalorganen hervorbringt; mancher Gebärenden ist eine Beckenniere verhängnisvoll geworden. Verwechslungen mißbildeter Nieren mit Abdominaltumoren sind oft beschrieben worden. Die Mißbildungen der Harnleiter — Verdoppelung, abnorme Ausmündungen, Verengungen, Verschlüßungen, Kreuzungen — gewinnen ihre pathologische Bedeutung durch die Behinderung des Harnabflusses aus der betreffenden Niere. Hemmungsbildungen an Nieren und Harnleiter

gehen oft mit Entwicklungsstörungen an anderen Organen einher; an den Harnorganen Epispadie, Hypospadie, Urethralatresie, Ectopia vesicae, doppelte oder fehlende Ureterostien, an den Genitalien Hermaphroditismus, Kryptorchismus, einseitige Atrophie, Prostataasymmetrie, Uterus bicornis, Fehlen von Uterus, Tube oder Ovarium usw. Bei einseitigem angeborenen Nierendefekt ist eine Anomalie der Genitalien derselben Seite die Regel. So können abnorme Befunde am Genitalapparat die Diagnose einer Mißbildung in den oberen Harnwegen wahrscheinlich machen; bedeutsam ist, daß letztere dann fast stets die gleiche Seite betrifft, wie der genitale Defekt. Eine exakte Diagnose läßt sich durch die modernen Untersuchungsmethoden in manchen Fällen herausarbeiten; Kystoskopie, Chromokystoskopie, Ureterenkatheterismus, Funktionsprüfung, Radiographie, Ureterenradiographie, Pyelographie sind heranzuziehen. Über Pyelographie sagt Verf.: „Die exakten anatomischen Resultate, welche wir bei der Anwendung dieser Untersuchungsmethode bei den Mißbildungen der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters erhalten, stehen an Klarheit einem Sektionsbefund kaum nach. Sie kann bei allen Arten von Mißbildungen, bei denen eine Sondierung des Harnleiters ausführbar ist, zur Anwendung gebracht werden.“ Demgegenüber wäre doch daran zu erinnern, daß einige Urologen von Bedeutung die Pyelographie als eine gefährliche Encheirese durchaus verwerfen; eine solche Methode bei Solitärniere in Anwendung zu ziehen, würde ich doch nicht wagen. Zum Schluß erörtert Verf. in seiner interessanten Abhandlung das Ergebnis diagnostischer Operationen bei Nierenanomalien; er hofft, daß ihr Indikationsgebiet sich auf diejenigen Fälle beschränken wird, in welchen die übrigen Untersuchungsmethoden unmöglich sind.

Goldberg-Wildungen.

81) **Über das melanotische Pigment der Epidermis, von Kreibich.** (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Die Pigmentation der Epidermis nimmt ihren Ausgang von sogen. Melanoblasten. Es sind das Zellen, die im Epithel oder an der Epithelgrenze liegen und durch ihre dendritisch verzweigte oder auch runde, ovoide, ballonartige Form gekennzeichnet sind. Dazu kommt noch der Verlust der Protoplasmafasern und ihr Gehalt an Lipoid und Pigment, der je nach dem Stadium, der Art und dem physiologischen Zweck der Pigmentation wechselt. Während beim spitzen Kondylom, bei der Arsenmelanose usw. die Melanoblasten im Epithel liegen, werden sie zur Naevuszelle oder Geschwulstzelle des Melanoblastoms, wenn sie in die Cutis gelangen. Verf. schließt aus seinen Untersuchungen, daß es sich bei den Melanoblasten nicht um eingewanderte Pigmentzellen des Mesoderms, sogen. Chromatophoren, handelt, sondern um Epithelien, die auf einen bestimmten trophischen Impuls hin Form und Funktion geändert haben. Einzelheiten dieser interessanten Arbeit, z. B. über den Nachweis des Lipoids, müssen im Original nachgelesen werden. Lilienstein-Hamburg.

82) **Über die funktionelle Diagnostik der Nierenkrankheiten, von Th. Janowski.** (Med. Klinik. 1914. Nr. 6 u. 7.)

Eine Übersicht über die Methoden der funktionellen Diagnostik der Nierenkrankungen, die sämtlich eine Reihe von Bedenken hinsichtlich ihrer Tauglichkeit für die fraglichen Zwecke aufweisen und als unvollkommen bezeichnet werden müssen.

Biberstein-Gleiwitz.

83) **De la recherche des bacilles de Koch dans les urines, par Gautier.** (Journ. d'Urologie. 1914. S. 161.)

Entgegen den ungünstigen Urteilen derjenigen Autoren, die wie Israel,

König, Czerny nur in ein Viertel der Fälle von Nierentuberkulose mikroskopisch Tuberkelbazillen im Urin fanden, hält Verf. die mikroskopische Untersuchung für äußerst zuverlässig. Von 63 Untersuchungen waren 37 positiv, 26 negativ, von den negativen mikroskopischen Befunden wurden 15 durch den Ausfall der Tierimpfung, 5 durch den klinischen Befund als richtig bestätigt. Daß die positiven Ergebnisse stimmten, konnte 21mal durch die Operation, 9mal durch die klinischen Erscheinungen bewiesen werden. Man muß nach Ziehl-Nielsen färben, mindestens 2 Minuten mit ein Drittel Salpetersäure, mindestens 5 Minuten mit Alkohol entfärben. Das Material muß reichlich sein und lange zentrifugiert werden; alle Objektträger müssen in ihrer ganzen Ausdehnung untersucht werden. Urine, die im Methylenblaupräparat Erythrozyten, degenerierte polynukleäre Leukozyten, und Abwesenheit von Mikroben erkennen lassen, sind der Tuberkulose dringend verdächtig.
Goldberg-Wildungen.

III. Bibliographie.

E. Sommer, **Röntgen-Taschenbuch (Röntgenkalender)**. (Leipzig, Otto Nemnich, 1913. Bd. V.) — Entsprechend der rapiden Entwicklung der Röntgenologie hat auch der Umfang des dreijährigen Taschenbuches zugenommen. Bei Durchsicht erhalten wir wieder einen trefflichen Überblick über die Neuerungen, die uns das letzte Jahr auf dem Gebiete dieser Spezialdisziplin beschert hat. Von Aufsätzen, die uns Dermatologen in therapeutischer Hinsicht besonders interessieren, wären hervorzuheben: Freund, Ein Fortschritt in der Therapie der Psoriasis; Schmidt, Zur Fernwirkung der Röntgenstrahlen auf die männlichen und weiblichen Geschlechtsdrüsen; Schürmayer, Zur Kenntnis der Schädigungen durch Röntgenstrahlen und zur Therapie der Röntgenverbrennungen; Sommer, Röntgentherapeutische Bemerkungen (kurze Referate über alle röntgentherapeutische Arbeiten des Jahres). Eine ausführliche von den einzelnen betreffenden Fabriken zusammengestellte Übersicht über neu eingeführte Instrumentarien, Apparate usw. beschließt den Text des jedem Röntgenologen warm zu empfehlenden Buches.
C. Siebert-Charlottenburg.

B. Lipschütz, **Bakteriologischer Grundriß und Atlas der Geschlechtskrankheiten**. (Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1913. 20 Mk.) — Auf 33 farbigen Tafeln wird uns in ausgezeichneter Wiedergabe die ganze Bakteriologie der venerischen Erkrankungen vorgeführt. Besonders interessant sind die Tafeln der Präparate der Chlamydozoenurethritis und die der Befunde beim Molluscum contagiosum, um dessen Erforschung der Autor selbst sich große Verdienste erworben hat. Ein knapper aber fast erschöpfender Text ergänzt die Abbildungen, dem ein kurzer Abriss der mikroskopischen und bakteriologischen Technik der in Frage kommenden Erkrankungen beigelegt ist.
C. Siebert-Charlottenburg.

Géza v. Hoffmann, **Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika**. (München, Lehmann, 1913.) — Verf. hat sich zur Aufgabe gestellt, die rassenhygienischen Maßnahmen, die viele amerikanischen Staaten teilweise in die Praxis umgesetzt haben, den Europäern mitzuteilen, die sich nur theoretisch mit diesen Fragen beschäftigen. Es handelt sich in der Hauptsache um das Eheverbot und die Unfruchtbarmachung für die Mitglieder der menschlichen Gesellschaft, die nachweislich an Krankheiten leiden, welche nach wissenschaftlicher Erfahrung sich schon in der nächsten oder späteren Generation auf die Nachkommenschaft übertragen. Ferner trifft diese Bestimmung alle Individuen, die Gewohnheitsverbrecher sind oder sich schwere Sittlichkeitsdelikte zuschulden kommen lassen, auch Leute, die als Bettler oder Unterstützungsbedürftige ihre soziale Minderwertigkeit beweisen. Die einschränkenden Ehegesetze in den einzelnen Gemeinwesen der Vereinigten Staaten sind verschieden. Zu den Krankheiten, die eine Ehe verbieten, gehören: Verschiedene Gruppen von Geisteskrankheit und Schwachsinn, Geschlechtskrankheit, Lungenschwindsucht usw. Als Operationen zur Sterilisation wird weniger die Kastration oder Ovariectomie als Vasectomie und Falloectomie verwendet, weil letztere, besonders die Vasectomie, leichter ausgeführt werden kann. Bemerkenswert ist, daß die letzterwähnte Operation von manchen Ver-

brechern selbst gewünscht wird, weil sie häufig die starke sexuelle Erregbarkeit herabsetzt, z. B. den Hang zur Masturbation. Nach ähnlichen Gesichtspunkten wie das Eheverbot und die Sterilisation wird ein anderes wichtiges rassenhygienisches Mittel, das Einwanderungsverbot, gehandhabt, so daß die gesundheitlich minderwertigen Personen in die Auswanderungsländer zurückgeschickt werden. Während das Einwanderungsverbot relativ wenig Widerstand im amerikanischen Volke findet und von Jahr zu Jahr schärfer wird, sträubt sich vorläufig wenigstens die Öffentlichkeit noch sehr gegen die die Ehe einschränkenden Bestimmungen und die Sterilisation. Somit werden die Gesetze vor der Hand sehr lax gehandhabt, da sie nirgend anders zu ihrer vollen Durchführung so sehr des Rückhalts in der öffentlichen Meinung bedürfen wie in Amerika. Je mehr jedoch private Gesellschaften, deren es sehr viele gibt, und staatliche Institute, die oft von den Gerichten in Prozessen der von den Gesetzen Betroffenen gegen den Staat unterstützt werden, für die Aufklärung über rassenhygienische Fragen sorgen, werden allmählich Gesetze, die heute noch im Fluß sind, Eingang finden. Zum Schluß seiner Abhandlung gibt Verf. eine Zusammenstellung der in den amerikanischen Staaten bestehenden rassenhygienischen Gesetze und ein Verzeichnis der einschlägigen Literatur.

Barinbaum - Berlin.

IV. Therapeutische Notizen.

Alopecia:

- | | | | |
|----|------|------------------|-----------|
| | Rez. | Anthrasol | 3,0 |
| | | Sulf. sublimat. | 2,0 |
| | | Resorcin. | |
| 1) | | Acid. salicyl. | āā 1,0 |
| | | Lanolin. | |
| | | Vaselin. americ. | |
| | | Ol. amygdal. | āā 25,0 |
| | | Ol. lavand. | |
| | | Ol. rosmar. | āā gs. II |
| | | M. f. ungt. | |

S. Zum Einreiben auf die Kopfhaut.

(Allgemeine Wiener medizin. Zeitung. 1912. Nr. 51.)

J.

Ekzem der Oberlippe:

- | | | | |
|----|------|-------------------|---------|
| 2) | Rez. | Hydrarg. salicyl. | 0,2 |
| | | Ungt. moll. | ad 10,0 |
| | | (Veiel.) | |

J.

Perniones:

- | | | | |
|----|------|-------------------------|-------------|
| 3) | Rez. | Monochlorphenol. cryst. | 0,5—1,0—2,5 |
| | | Vaselin. flav. | |
| | | Lanolin | ana 25,0 |

S. Zum Einreiben.

(Blunck, Therapeut. Monatsh. 1914. April.)

J.

V. Vereinsberichte.

Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 5. März 1914.

Bogrow demonstriert ein 7jähriges Mädchen mit Alopecia areata und Mikrosporie zugleich.

Krassnoglasow zeigt einen 24jährigen Bauer, bei welchem die Extremitäten (hauptsächlich untere) mit weichelastischen ringförmig angeordneten braunroten Knoten bedeckt sind. Der zentrale Teil der Ringe ist in atrophische Narben verwandelt. Das gallertartige Sekret der Knoten enthält säurefeste, aber nicht spiritusfeste Bazillen. Wassermann negativ. Pirquet schwach positiv. Krankheitsdauer 1 Jahr. Drei Salvarsaninfusionen ohne Erfolg. Provisorische Diagnose: **Lupus vulgaris tumidus**.

Diskussion: Mestscherski und Bogrow halten den vorgestellten Fall für wahrscheinliche Sporotrichose und auf Grund von Moulagen besprechen sie ähnliche tuberkuloide Formen.

Kakuschkin stellt eine 46jährige Frau mit **Mycosis fungoides** (Status praemycoticus) vor. Krankheitsdauer 5 Jahre. Erythematöse und urtikariaförmige Infiltrate und Guirlanden. Vergrößerung der Inguinaldrüsen. Blutbefund 20000 und 11500 Leukozyten, davon 10—32% Eosinophilen. Wassermann ++++. Der Mann der Kranken hatte vor 3 Jahren Syphilis. Nach drei Salvarsan- und Neosalvarsaninfusionen Besserung.

Bogrow stellt eine 63jährige Frau mit **Mycosis fungoides** (alle drei Stadien) vor. 18jähr. Krankheitsdauer. Wassermann und Pirquet negativ. Weißer Dermographismus. Keine Eosinophilie. Röntgenbehandlung (16 Sitzungen) mit Erfolg.

An der Diskussion nahmen Fokin und Krassoglasow teil.

Mestscherski zeigte einen 22jährigen Bauern mit **Leucoderma universalis** und **Livedo syphilitica pedum**. Infektion vor 1 $\frac{1}{4}$ Jahren. Ungenügende Quecksilberbehandlung. Zurzeit Laryngitis et Angina papulosa. Blaue Färbung der Füße und besonders der Fußsohlen. Steigerung der Patellarreflexe. Lumbale Punktion zeigte Lymphozytose (116 Lymphozyten), Eiweiß (\pm %) und negativen Wassermann in der Zerebrospinalflüssigkeit. Im Serum Wassermann +++.

Pospelow jr. demonstriert einen 20jährigen Kranken mit Rötung und Schuppung der Haut am Gesicht, am Gesäß und Extensorflächen der Extremitäten. Nach Anwendung grüner Seife leichtes Nässen. Mikroskopisch Parakeratose, Akanthose, Ödem des Str. spinos. und Infiltration des Coriums. Diagnose: **Ekzema psoriasiforme**.

Diskussion: Bogrow und Krassnoglasow betonen die Schwierigkeit, in diesem Falle die Diagnose zu stellen.

Pawlow teilt den Erfolg der **Salvarsanbehandlung der Pustula maligna** mit. Im ersten Falle wurde zweimal, im zweiten nur einmal je 0,4 infundiert. Beide Fälle zeigten keine Bazillämie.

Diskussion: Krassnoglasow hält die Resultate der Behandlung für sehr günstig.

Tschernogubow zeigt I. ein **Wasserbad** zur Beschleunigung der Sero-reaktion und II. einen **Irrigator** mit Luftpumpe für Behandlung der Urethra post. und Harnblase.

Tschernogubow bestreitet auf Grund von drei Kulturen von typischem **Trichoph. violac.** mit zerstreuten flaumigen Kolonien die **Selbständigkeit des Trichophyton violaceum**.

Diskussion: Bogrow hält den genetischen Zusammenhang beider Formen von Kolonien und die Pathogenität der flaumigen Kultur für unbewiesen.

S. Bogrow-Moskau.

VI. Vermischtes.

Eine vorzügliche Übersicht über die Grundlagen der Serodiagnostik und Chemotherapie der Syphilis hat vor kurzem Paul von Szily in dem II. Bd. 3. Heft der Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung geliefert (Würzburg, Kabitzsch, 1914). J.

Von Mercks Jahresbericht über Neuerungen auf den Gebieten der Pharmakotherapie und Pharmazie liegt der 27. Jahrgang (Darmstadt, März 1914) vor. Er gibt wieder ein sehr ausführliches Verzeichnis neuerer Präparate und Drogen und wird besonders durch den lehrreichen Aufsatz über Kontrastmittel für die Röntgendurchleuchtung großes Interesse erregen. J.

Wir machen unsere Leser auf das Erscheinen einer neuen Zeitschrift, des Archivs für Frauenkunde und Eugenik, herausgegeben von Max Hirsch (Würzburg, Kabitzsch, 1914) aufmerksam. Es sollen hier Forschungsergebnisse veröffentlicht werden, welche die Frau und die kommende Generation betreffen. Das erste Heft enthält Originalarbeiten von Max Hirsch: Über Ziele und Wege frauenkundlicher Forschung, Grotjahn: Die Eugenik der Hygiene der Fortpflanzung, Kohler: Das Recht der Frau und der ärztliche Beruf, Prinzing: Die Statistik der Fehlgeburten, Stümcke: Die Theaterprostitution im Wandel der Zeiten. J.

VII. Offener Brief an den Herausgeber.

Ich teile Ihnen einen interessanten Fall mit, den ich vor kurzer Zeit beobachtete. Bei einem 15jährigen Mädchen, welches am Brustkorb mit zahlreichen Mollusca contagiosa behaftet war, versuchte ich die Quarzlampe von Dr. Bach. Die Belichtung dauerte 5 Minuten (Entfernung 2 dcm) und nach 10 Tagen, nachdem sich die Haut abgeschält hatte, schwanden sämtliche Mollusca spurlos.

Bald darauf behandelte ich einen jungen Mann, dessen Bauch mit Mollusca contagiosa behaftet war. Nach einmaliger Belichtung schwanden auch in diesem Falle sämtliche Mollusca. Seit 4 Wochen rezidivfrei.

Es wäre vielleicht lohnend, die Herren Kollegen auf diese Behandlung aufmerksam zu machen. Besonders wäre diese Behandlungsmethode bei Kindern angezeigt, die sich vor den kleinsten operativen Eingriffen scheuen.

Einen weiteren interessanten Fall beobachtete ich bei der Gattin eines Kollegen aus Krakau. Nach einer Verletzung in der Nähe des Auges trat 2 Stunden danach eine Suggilation ein, die die ganze rechte Wange blau färbte. Ich belichtete die Wange während einer Woche zweimal, jede Belichtung dauerte 2 Minuten (Entfernung: 2 dcm). Schon nach der ersten Belichtung blaßte die Wange stark ab und nach der zweiten war keine Spur der Suggilation mehr zu sehen.

Mit vorzüglichster Hochachtung

Dr. Luster-Krakau.

VIII. Personalien.

Am 21. Mai starb im Alter von 53 Jahren Prof. Max Wolters in Rostock.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTE in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung VERT & COMP. in Leipzig.

1914.

Juli.

Nr. 10.

Inhalt. I. Originalmitteilungen. 1) Beitrag zur Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis, von Oberarzt Dr. Eschbaum. 2) Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän, von Dr. Mitschke.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Über Haarfärbemittel, von M. Ota. 2) Hutchinsons Zähne als Ausdruck der Insuffizienz der Schilddrüse, von A. Josefsohn. 3) Zur Frage der Fernwirkung der Röntgenstrahlen, von B. Krüger. 4) Experimentelle Untersuchungen zum Röntgenschutz mit besonderer Berücksichtigung der Sekundärstrahlenwirkung, von B. Krüger. 5) Zur Kenntnis der urämischen Hauterkrankung, von G. B. Gruber. 6) Über experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen und Vervielfältigungen des Medullarrohres (Polymyelie) bei Hühnerembryonen, von L. Waelsch. 7) Über einige juckstillende Hautmittel, von K. Satani. 8) Studie über die Herkunft und Verteilung des Pigments bei einigen Hautkrankheiten, von T. Kurita. 9) Beitrag zur Versorgung wunder Füße, von Dreist. 10) Physiotherapie des affections de la peau, by J. A. Rivière. 11) Über Heilwirkungen von Licht- und Wärmestrahlen, von C. Brill. 12) Beitrag zur Frage der Arzneiüberempfindlichkeit, von Poehlmann. 13) Über Dermotherma (Formaldehyd-campfersalbe), von F. Schattauer. 14) Über den Pockenerreger, von Rabinowitsch. 15) Generalisierte Vakzine, von L. Voigt. 16) Über generalisierte Vakzine, von C. Hegler. 17) Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken, von Ernst Erlenmeyer und Elisabeth Jalkowski. 18) Die Ätiologie der Variolavakzine und die neueren Forschungen über den Pockenerreger, von L. Unger. 19) Infektion der Hand mit Cow-pox-Variolavaccina, von E. Paschen. 20) Salbenapplikation ohne Salbenverband, von Dreuw. 21) Über die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) und der Primula obconica, nebst Bemerkungen über Rhus vernicifera (Lackbaum), von E. Rost. — Entzündliche Dermatosen. 22) Über Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien, von C. A. Hoffmann. 23) The symptomatology and treatment of some variant forms of lichen planus, by R. L. Sutton. 24) Über ein agonal aufgetretenes Exanthem, von A. Klein. 25) Drei interessante Fälle von Porokeratosis und ihre physikalische Behandlung, von G. Maki. 26) Ulerythema acneiforme, von O. Gans. 27) The histopathology of Fordyce disease, by L. Sutton. 28) Eine neue Behandlungsart des akuten Ekzems, von F. Samberger. — Neuritische Dermatosen. 29) Zur Behandlung des Pruritus ani, von L. Waelsch. 30) Über Herpes zoster generalisatus mit Rückenmarksveränderungen, von L. v. Zumbusch. 31) Ein Fall von trophoneurotischer Gangrän nach Schußverletzung, von E. Leszlényi. — Parasitäre Dermatosen. 32) Über Pilzkrankungen der Hände und Füße, von Marie Kaufmann-Wolf. 33) Über die Behandlung der Skabies mit kolloidalem Schwefel, von K. Hedén. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 34) Zur Lichenbehandlung des Lupus, von Jestonek. 35) Behandlung des Lupus mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel, von A. Brauer. 36) Histologische Untersuchungen über die Wirkungen der Kupfersalben (Lecutylsalben) bei Lupus, von K. Stern. 37) Über die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter, von E. Brunsgaard. 38) Zur Kenntnis des multiplen, benignen Miliarlupoid Boeck, von G. Nobl. 39) Materialsammlung für eine künftige Bearbeitung der Lepraätiologie, von P. G. Unna. 40) Über das Erhaltenbleiben der Leprabazillen in der verwesenden Leiche, von E. Arning. — Gonorrhoe. 41) Die Gonorrhoe des Weibes, von F. Fromme. 42) Zur Vakzinebehandlung der

kindlichen Gonorrhoe, von **R. Hamburger**. 43) Die Puderbehandlung des weiblichen Fluors, von **Oppenheim**. 44) Über die Behandlungstechnik und Heilbarkeit der Gonorrhoe des Weibes, von **J. Almkvist**. 45) Die Technik der Spülung der vorderen Harnröhre, von **M. Porosz**. 46) Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior, von **E. Seger**. 47) Über Vesicaeasan in der Frauenpraxis, von **J. Sfikianakis**. 48) Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne, von **P. Aseh**. 49) De l'emploi de l'jode colloidal dans la blennorrhagie aigue et chronique, par **Beyler**. 50) Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhoeischen Erkrankungen des Weibes, von **Leszlényi** und **J. Winternitz**. 51) Erfahrungen über spezifische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen, von **Fr. Fischl**. 52) Gonaromat, von **M. Friedländer**. 53) Ein Fall von Hyperkeratosis gonorrhoeica, von **E. Lange**. 54) Thermotherapie bei Gonorrhoe, von **R. Bromberg**. 55) De l'emploi du sérum autigonococcique de Nicolle, par **Boullard**. 56) Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine, von **Bonhus**. 57) Über Paradidymitis erotica acuta, von **Heller**. 58) Kombination von Harnröhrenspritze mit Flüssigkeitsbehälter in Taschenformat, von **N. Körber**. 59) Erfahrungen mit der Eiweiß-Silber-Formaldehydbehandlung der Gonorrhoe (Argaldin-Dering), von **J. Elsaesser**. 60) Zur sekundären Koliinfektion des Nierenbeckens, von **A. Bloch**. 61) Note sur l'emploi de l'jode dans le traitement des uréthrites rebelles, par **Motz**. 62) Über die Behandlung gonorrhoeischer Komplikationen mit Gonargin, von **J. Hermans**. 63) Durch den Diphtheriebacillus hervorgerufene blennorrhoeische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina, von **E. Kobrak**. 64) An instrument for circumcision, by **J. Lewis**. — Syphilis. 65) Über die Wirkung hochdosierter intravenöser Sublimat- und Hydrargyrum oxycyanatum-Injektionen aufluetischen Prozesse, von **R. Fischel** und **H. Hecht**. 66) Reinfectio syphilitica vom Standpunkte der modernen Syphilisforschung, von **M. Schleicher**. 67) Die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, von **W. Scholtz**. 68) Die Behandlung schwerer Harnröhreuerengungen bei Syphilis, von **B. Goldberg**. 69) Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns, von **E. Forster** und **E. Tomaszewski**. 70) Über Versuche, das Quecksilber in einer neurotrophen Form zu verabreichen, von **K. Rühl**. 71) Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa, von **Fr. Lesser** und **P. Carsten**. 72) Das erste Erscheinen der Syphilis in Polen, von **Grossek**. 73) Die jüngsten Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von der progressiven Paralyse, von **A. Pilez**. 74) Über Lues, von **H. Mueh**. 75) Über Jodprothämin, von **Polland**. 76) Zur Chemotherapie derluetischen Keratitis, von **P. v. Szily**. 77) Über den „Wasserfehler“, von **R. Matzenauer** und **M. Hesse**. 78) Über ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung, von **K. Stern**. 79) Erfahrungen mit Embarin Heyden, von **E. Köblgk**. 80) Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter, von **H. Boas**. 81) Über Embarin und Merlusan, von **J. Fürth**. 82) Lues congenita und Serodiagnostik, von **R. Ledermann**. 83) Die Wassermannsche Reaktion bei einem Falle von durch gangränösen Schanker eingeleiteter Syphilis, von **N. Andersen**. 84) Über die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin, von **R. Kehrman**. 85) La reazione di Wassermann considerata specialmente dal punto di vista del suo valore dirico nella sifilide, per **A. Pasini**. 86) Über die praktische Verwendbarkeit der Herman-Perutzschen Luesreaktion und der Popoffschen Serodiagnose, von **Margarete Stern**. 87) Statistischer Nachweis der Vorzüge der Salvarsanbehandlung vor der Behandlung mit Quecksilber im Frühstadium der Syphilis, von **F. Pinkus**. 88) Recherches expérimentales sur la mort attribuée au salvarsan, par **Morel** et **Mouriquand**. 89) Untersuchungen über die Ausscheidung des Salvarsans im Urin bei intravenöser Injektion konzentrierter wäßriger und konzentrierter Serum-Salvarsanlösungen, nebst Bemerkungen über den Einfluß der Diurese auf die Salvarsanausscheidung, von **K. Kötter**. 90) Das Salvarsan in der Hand des praktischen Arztes, von **F. Lenzmann**. 91) Ein eigenartiger Fall von syphilitischer Reinfektion, von **F. Lesser**. 92) Zur Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektion, von **Seyffarth**. 93) Salvarsantherapie und Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis), von **Iwaschensoff**. 94) Technik und Erfolge der intravenösen Neosalvarsaninjektion, von **Katzenstein**. 95) Beitrag zur Reinfectio syphilitica, von **Hardrat**. 96) Über die Wirkungsweise des Salvarsans und Quecksilbers bei der Syphilis, von **Schreiber**. 97) Technik der Sterilisation der Syphilis durch das Salvarsan, von **Leredde**. 98) Experimentelle und klinische Untersuchungen mit Salvarsan-Serumlösungen, von **B. Spiethoff**. 99) Zur Technik der intravenösen Infusion, von **E. Ruediger**. — Krankheiten des Urogenitalapparates. 100) Traitement endoscopique de tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence, par **Heitz-Boyer**. 101) Contribution à l'étude de la

lithiase vésicale primitive, par **Cotdray**. 102) Le syndrome du rein mobile, par **Bolognesi**. 103) De l'adénome périurétral (hypertrophie de la prostate), par **Motz**. 104) Traitement des tumeurs de la vessie par l'électrocoagulation, par **Lepoutre et d'Hulloxin**. 105) Über Blasenstein um die Dermidhaare, von **M. Sasagawa**. 106) Über kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis, von **C. Gutmann**.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus der inneren Abteilung des St. Petrus-Krankenhauses in Barmen.]

1. Beitrag zur Sulfoformbehandlung der Seborrhoea capitis.

Von Oberarzt Dr. **Eschbaum**.

Zur kritischen Beurteilung neuer Arzneimittel sind ja wohl im allgemeinen zahlreiche, über längere Zeiträume sich ausdehnende Versuchsreihen erforderlich. Zuweilen bieten sich jedoch auch in der Praxis einzelne besondere Fälle dar, die als Prüfstein dafür dienen können, ob das neue Mittel einen wirklichen therapeutischen Fortschritt bedeutet oder nicht. Gelegenheit hierzu ist dann gegeben, wenn es sich einerseits um sogen. Schulfälle für die betreffende Therapie handelt, andererseits aber mit den bislang gebräuchlichen Mitteln kein rechter Erfolg zu erzielen ist.

So kamen mir zwei sehr hartnäckige Seborrhoeen des Kopfes zur Behandlung, bei denen alle möglichen Präparate ohne jeden Erfolg versucht worden waren, und als ich dann das von Joseph empfohlene Sulfoform zur Anwendung brachte, ein rascher und dauernder Erfolg erzielt werden konnte. Aus diesem Grunde dürfte vielleicht eine kurze Mitteilung meiner diesbezüglichen Beobachtungen für die Leser dieses Centralblattes von einigem Interesse sein.

Der eine Fall betraf eine 30jährige Frau mit einer starken Seborrhoe des Kopfes, begleitet von einem sehr lästigen Jucken der Kopfhaut. Die Patientin war einige Monate lang vorher von anderer Seite erfolglos behandelt worden. Ich ließ das Sulfoform in Form des 10%igen Öles (Originalpackung¹) täglich einreiben. Alle 8 Tage wurde die Kopfhaut mit Wasser und Seife gewaschen; irgend ein Haarwasser wurde nicht verordnet. Bereits nach einigen Einreibungen erklärte mir die Patientin, daß das starke Jucken auf dem Kopfe nachgelassen habe, und nach vierwöchentlicher Behandlung war dieser Fall der Heilung zugeführt.

Der zweite Fall betraf einen 36 Jahre alten Mann mit gesunden inneren Organen, der seit mehreren Jahren an einer starken Seborrhoe

¹ Die Verordnung: Sulfoformöl (Originalpackung Dr. Kaufmann) erscheint mir wichtig und empfehlenswert, da ich vor kurzem ein an einen Patienten nicht in Originalpackung in der Apotheke abgegebenes Präparat in die Hand bekam, das einen starken Bodensatz zeigte und vermutlich unvollständig gelöst oder schon zersetzt war.

des Kopfes litt. Es wurden sehr viele Präparate versucht, besonders die üblichen Schwefelpräparate, aber ohne jeden Erfolg; die Schuppenbildung wurde immer stärker. Als ich nun auch hier zum Sulfoformöl übergang und die Behandlung in ähnlicher Weise wie voranstehend ausführen ließ, trat bereits nach der Anwendung eines Fläschchens des Präparates ein ganz auffallendes Nachlassen der Schuppenbildung ein, und nach einiger Zeit konnte objektiv die Schuppenbildung als tatsächlich beseitigt angesehen werden. Der Haarboden hat jetzt bereits seit 2 Monaten ein normales Aussehen und die Haare des Patienten sind dichter geworden.

Nach diesen Erfahrungen kann ich wohl sagen, daß ich die Angaben Josephs und der verschiedenen anderen Autoren über die große Wirksamkeit des Sulfoforms bei seborrhoeischen Zuständen vollauf bestätigt gefunden habe.

2. Ein mit Quarzlicht behandelter Fall von diabetischer Hautgangrän,

Von Dr. Mitschke in Gnesen.

Im vorliegenden handelt es sich um einen von mir mit Quarzlicht (künstliche Höhensonne) behandelten Fall von Hautgangrän der Nase bei mittelschwerem Diabetes mellitus.

Patient B., 61 Jahre alt, seit dem Jahre 1906 nachweislich an Diabetes mellitus leidend, wurde seit Oktober 1913 wegen ausgedehnter Hautgangrän an der Nase vergeblich mit den verschiedensten lokalen Mitteln und allgemein-diätetisch behandelt. Der Urinbefund war zu dieser Zeit folgender: Zucker: 1,85%, Eiweiß 0,08%, Reaktion: sauer, physikalische Beschaffenheit: hellgelb, trübe (Kgl. Löwen-Apotheke, Gnesen). Die Gangrän hatte den rechten Nasenflügel ergriffen und ihn teilweise zerstört, außerdem zeigten sich vier kleine über den Nasenrücken zerstreute Gangränherde. Die Nase und die angrenzenden Weichteilpartien zeigten das Bild der sekundären Infektion: Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit. Das Gesicht war blaß, gedunsen; der Patient zeigte starke seelische Depression und war vollkommen appetitlos. In diesem Zustande kam Patient am 5. Dezember 1913 in meine Behandlung. Es wurde sofort mit örtlicher und allgemeiner Bestrahlung mit ultraviolettem Licht begonnen, außerdem erhielt Patient eine spezielle Diätvorschrift. Die einzelnen Bestrahlungen wurden in folgender Weise vorgenommen:

Lokalbestrahlung:				Allgemeinbestrahlung: (Rücken- und Bauchseite)			
1.	6./XII. 1913	2 Min.,	80 cm Entfernung	6./XII. 1913	6 Min.,	90 cm	Entfernung
2.	10./XII.	2 „	80 „	10./XII.	8 „	90 „	„
3.	12./XII.	3 „	80 „	12./XII.	8 „	80 „	„

Lokalbestrahlung:				Allgemeinbestrahlung: (Rücken- und Bauchseite)			
		4 Min.,	70 cm Entfernung			10 Min.,	80 cm Entfernung
4.	15./XII. 1913	4	70	15./XII. 1913	10	70	70
5.	18./XII.	5	70	18./XII.	10	70	70
6.	21./XII.	6	70	21./XII.	14	60	60
7.	24./XII.	4	60	24./XII.	16	60	60
8.	27./XII.	4	60	27./XII.	18	60	60
9.	30./XII.	4	60	30./XII.	18	50	50
10.	2./I. 1914	4	50	2./I. 1914	20	50	50
11.	5./I.	5	50	5./I.	20	50	50
12.	9./I.	8	50	9./I.	24	50	50
13.	12./I.	8	50	12./I.	26	50	50
14.	15./I.	5	50	15./I.	28	50	50
15.	18./I.	5	50	18./I.	28	50	50
16.	21./I.	5	50	21./I.	30	50	50
17.	25./I.	5	50	25./I.	30	50	50
18.	29./I.	5	50	29./I.	30	50	50
19.	2./II.	8	50	2./II.	32	50	50
20.	7./II.	10	40	7./II.	32	50	50
21.	12./II.	10	40	12./II.	34	50	50
22.	18./II.	10	30	18./II.	34	50	50
				23.	27./II.	36	50
				24.	4./III.	38	50
				25.	10./III.	40	50
				26.	16./III.	40	50
				27.	24./III.	40	50
				28.	31./III.	44	50

Im Verlaufe dieser Lichtbehandlung zeigten sich nun folgende Veränderungen: Nach den drei ersten Bestrahlungen, die vorsichtig mit dem Blaufenster ausgeführt wurden, trockneten die schmierig belegten Gangränherde aus. Allmählich wurde das schwarz verfärbte nekrotische Randgewebe abgestoßen und es reinigten sich die Ulzerationen während der 4.—12. Bestrahlung. Es begann jetzt die Verheilung derselben, indem an den Geschwürsrändern eine starke Epithelwucherung stattfand. Die 4.—22. Bestrahlung wurde ohne Blaufenster ausgeführt. Der Defekt am rechten Nasenflügel wurde durch diese starke Epithelhypertrophie fast vollständig ausgefüllt, so daß die Heilung auch in kosmetischer Hinsicht befriedigend ist. Der gesamte Heilungsvorgang war mit der 22. Bestrahlung beendet. Ich habe dann die Allgemeinbestrahlung noch eine Zeitlang fortgesetzt, um dadurch den gesamten Stoffwechsel günstig zu beeinflussen und ein Rezidiv nach Möglichkeit zu vermeiden bzw. aufzuhalten. Das Allgemeinbefinden des Patienten besserte sich im Verlaufe der Behandlung fortschreitend, die seelische Depression verschwand, der Gesichtsausdruck wurde frisch und der Appetit enorm gesteigert. Der Urinbefund war am 4. Februar 1914 folgender: Zucker 0,33%, Eiweiß 0,08%, Reaktion: sauer, physikalische Beschaffenheit: hellgelb, trübe.

Wenn auch das Erfahrungsgebiet der mit Quarzlicht behandelten Gangränfälle noch ein beschränktes ist, so gibt dieser Fall mit dem frappanten Umschwung des körperlichen Befindens und der Ausheilung der Gangrän ermutigende Veranlassung, in diesem Sinne fortzufahren und das Erfahrungsgebiet erweitern zu helfen. Wenn bei beginnender Gangrän die Therapie rechtzeitig einsetzt, dann dürfte der Ausblick sich vielleicht noch günstiger gestalten und die Quarzlichtbehandlung in der Diabetes-therapie sich als ein nützlicher Heilfaktor erweisen.

Im Verlauf der Behandlung wurde anfänglich jede stärkere Reaktion vermieden; trat eine solche auf, so wurde entweder die Bestrahlungsdauer gekürzt oder die Entfernung vermehrt, wie aus obigem Schema zu ersehen ist. Erst dann, als der Heilungsprozeß fast beendet war, wurden stärkere Reaktionen erzielt, die vom Gewebe gut vertragen wurden.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Über Haarfärbemittel**, von M. Ota. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. März.)

In der Annahme, daß die Ekzeme, welche durch Paraphenylendiamin enthaltende Haarfärbemittel hervorgerufen werden, von einer Bildung von Chinondiimin abhängen, versuchte Verf. diesen Bestandteil aus dem „Primal-schwarz“ zu eliminieren. Die bräunliche Lösung, welche alkalisch reagiert, übte weder auf Menschen- noch auf Tierhaare eine schädliche Wirkung, rief auf menschlicher Haut keine Entzündung, auf skarifizierter Tierhaut nur eine leichte Rötung hervor und schädigte in keiner Weise die Nieren. J.

- 2) **Hutchinsons Zähne als Ausdruck der Insuffizienz der Schilddrüse**, von A. Josefsohn. (Dermatolog. Wochenschr. 1914. Nr. 19.)

Fall eines jetzt 14jährigen Mädchens, in dem eine nicht syphilitische Hemmung der Schilddrüsenfunktion Formveränderungen der Zähne im Sinne Hutchinsons hervorgerufen hat. Schourp-Danzig.

- 3) **Zur Frage der Fernwirkung der Röntgenstrahlen**, von R. Krüger. (Strahlentherapie. III. 1913. Heft 2.)

Unter Fernwirkung von Röntgenstrahlen versteht man das Entstehen von bestimmten Substanzen (Cholin) in bestrahlten Körperregionen, die imstande sind, an nicht bestrahlten Stellen des Körpers auf dem Wege der Zirkulation an röntgenempfindlichen Organen ähnliche Veränderungen auszulösen, wie bei einer direkten Bestrahlung. Beispiel hierfür ist die myeloide Leukämie. Durch alleinige Bestrahlung der Milz wird bezüglich der Gestaltung des Blutbildes derselbe Effekt erzielt, wie durch gleichzeitige Bestrahlung der übrigen bei der Leukämie in Funktion tretenden Blutbildungsstätten (Knochenmark, Leber, Lymphdrüsen). Die Fernwirkung haben wir aber anscheinend und unter bestimmten Verhältnissen. Verf. konnte bei Tieren nachweisen, daß eine noch so intensive Bestrahlung des Organismus bei geschützten Sexualorganen auf diese keine Fernwirkung ausübt. C. Siebert-Charlottenburg.

- 4) **Experimentelle Untersuchungen zum Röntgenschutz, mit besonderer Berücksichtigung der Sekundärstrahlenwirkung**, von R. Krüger. (Strahlentherapie. III. 1913. H. 2.)

Verf. konnte durch Versuche an Erbsenkeimlingen und an Kaninchenhoden nachweisen, daß die Sekundärstrahlen dieselbe biologische Wirkung entfalten, wie die primäre Röntgenstrahlung. Verf. knüpft daran die Forderung, daß die Röntgenologen für sich und ihr Personal auch gegen diese Strahlengattung Schutzmaßregeln ergreifen müßten.

C. Siebert-Charlottenburg.

- 5) **Zur Kenntnis der urämischen Hauterkrankung**, von G. B. Gruber. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Verf. beschreibt eine Reihe von urämischen Hauterkrankungen, „Urämiden“, die teils von ihm, teils von anderen Autoren beobachtet sind: Bei an Urämie gestorbenen Patienten finden sich zuweilen hauptsächlich auf der Haut des Rückens und der Streckseite der Extremitäten maculöse, dann papulöse bis vesiculöse Quaddelbildungen, die erythemartig ineinander fließen können, und deren Zentren zuweilen nekrotisch zerfallen. Pathologisch-anatomisch sah man im Korium das Bild einer Entzündung mit mehr oder weniger starker Nekrose, besonders an den feineren Blutgefäßen. Die stärkere oder geringere Nekrose erklärt Verf. aus der längeren bzw. intensiveren Einwirkung des urämischen Giftes.

Klokow-Berlin.

- 6) **Über experimentelle Erzeugung von Epithelwucherungen und Vielfältigungen des Medullarrohres (Polymyelie) bei Hühnerembryonen**, von L. Waelsch. (Archiv f. Entwicklungsmechanik der Organismen. XXXVIII. H. 3.)

Durch eine Reihe von Versuchen an Salamanderlarven und Hühnerembryonen hat Verf. die Wirkungen des Scharlachöls auf die Epithelwucherungen studiert. Die zu abnormer Proliferation angeregten Zellen der Medullaranlage zeigten eine ausgesprochene Tendenz, sich zu Epithelrohren zusammenzuschließen, während die ektodermen Zellen des Amnions eine starke Wucherung und, wohl infolge mechanischer Momente, Falten bildeten, aber nicht den geringsten Versuch zur Röhrenbildung machten; diese Eigenschaft ist also eine spezifische der Medullarzellen. Man kann daraus für die menschliche Pathogenese folgern, daß „angeborene und frühzeitig angelegte Diplo-, Hydro- und vielleicht auch Syringomyelien unter anderem auch durch einen Reiz verursacht sein können, der zunächst nur eine regere Zellvermehrung innerhalb der Medullaranlage auslöst. In den auf diese Weise entstandenen Zellmassen kommt es dann kraft der ihnen selbst innewohnenden Potenz zur Entwicklung von mehr als einem Zentralkanal und damit zur Anlage der genannten Entwicklungsanomalien“. Auf die Keimblätter angewandt läßt sich sagen, nur das Ektoderm, speziell die Medullaranlage, wird vom Scharlachrot gereizt. Die Passivität des embryonalen Mesoderms gegen Scharlachrot ist auffällig. Das embryonale Entoderm reagiert nicht. Die Wirkung des Scharlachrot ist lokal begrenzt auf die Injektionsstelle und nur hier konnte es eine den Cancroiden vergleichbare Wucherung des Ektoderms verursachen.

Klokow-Berlin.

- 7) **Über einige juckstillende Hautmittel**, von K. Satani. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. März.)

Verf. unterzieht die juckstillenden Mittel einer Besprechung, je nachdem sie perkutan oder per os verabreicht oder lokal angewendet werden und be-

rücksichtigt auch die physikalischen Methoden. Unter den lokalen Medikamenten wurden Cycloform und Lignol besonders wirksam gefunden. J.

- 8) **Studie über die Herkunft und Verteilung des Pigments bei einigen Hautkrankheiten**, von T. Kurita. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie und Urologie. 1914. März.)

Verf. stellte Untersuchungen über die Verteilung des Pigments bei Lichen ruber planus und acuminatus, welcher mit Hyperpigmentation einherging, bei Arsenmelanose, Pigmentnaevi und Addisonscher Krankheit an. J.

- 9) **Beitrag zur Versorgung wunder Füße**, von Dreist. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 5.)

Mastisol-Körperstoffverbände erwiesen sich gegen wundgelaufene und gerötete Stellen der Füße, gegebenenfalls nach Eröffnung der geschlossenen Wasserblasen, als souveränes Mittel in der militärärztlichen Praxis.

Biberstein-Gleiwitz.

- 10) **Physiotherapie des affections de la peau**, by J. A. Rivière. (Annalen d. Physiotherapie. 1914. Januar.)

Entsprechend der bedeutenden Rolle, welche der diathetische Faktor bei Hauterkrankungen spielt, muß auch die Physiotherapie, deren Aufgabe die Bekämpfung zellulärer Störungen des Metabolismus ist, von den Dermatologen zu Hilfe genommen werden. Besonders bei Ekzemen, denen Arthritismus und Harnsäurebildung zugrunde liegen, wirkt die physikalische Heilmethode durch Hebung der Immunität und Widerstandskraft der Haut. Statische Elektrizität und Sauerstoffbäder linderten die hartnäckigsten Pruritusbeschwerden. Die verschiedenen Methoden der elektrischen Behandlung bewährten sich bei Naevi und ähnlichen Mißbildungen der Epidermis, bei den Alopecien aller Stadien, sowie bei den ernsteren Affektionen der tuberkulösen und karzinomatösen Hauterkrankungen, bei Rhinophyma, Erythemen, Zona, Herpes, einigen Psoriasisfällen, Vitiligo, Sklerodermien und Akne. Gegen Hypertrichose wurden Röntgenstrahlen und Elektrolyse mit gutem Erfolg gebraucht. J.

- 11) **Über Heilwirkungen von Licht- und Wärmestrahlen**, von C. Brill. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 8.)

Verf. verwendet Hohlkörper aus schlecht leitendem Material, die im Innern eine elektrische Lichtquelle tragen und eine den verschiedenen Körperteilen entsprechende Form besitzen. Diese Strahlkörper verwendet er bei allen Leiden, bei denen die Biersche aktive Hyperämie bereits erprobt ist.

Schourp-Danzig.

- 12) **Beitrag zur Frage der Arzneiüberempfindlichkeit**, von Poehlmann. (Münchener med. Wochenschr. 1914. Nr. 10.)

Nach Bruck kann man mit dem Serum von Patienten, welche an Idiosynkrasie gegen gewisse Arzneimittel litten, diese „Anaphylaxie“ auf Meerschweinchen übertragen. Verf. hat diese Behauptung nachgeprüft und Serum von einer Frau mit Chininidiosynkrasie auf Meerschweinchen übertragen. Es war nun für das weitere Schicksal der Tiere ganz gleich, ob sie Patientenserum, normales Serum oder nur Chinin bekommen hatten; sie starben auch durch Chinin allein oder blieben nach der Einspritzung mit Chininserum am Leben. Die anaphylaxieähnlichen Erscheinungen sind Chininwirkungen. Verf. kann also Brucks Erfahrungen nicht bestätigen.

Raff-Augsburg.

- 13) **Über Dermotherma (Formaldehydcampfersalbe)**, von F. Schattauer. (Therapie d. Gegenwart. 1914. H. 3.)

Das Dermotherma erregt auf gesunder Haut in $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde nach seiner Einreibung ein prickelndes Wärmegefühl, bei längerer Anwendung eine bessere Durchblutung der Haut. Auf diese Weise schwinden mit der dauernden Erwärmung „kalter Füße“ die hiermit zusammenhängenden reflektorischen Kontraktionen und Erschlaffungen im Gefäßsystem und die wiederum von jenen hervorgerufenen katharrhalischen Schleimhautaffektionen. Bei Chlorose, Anämie, Gicht, Arteriosklerose und nervösen Symptomen sowie prophylaktisch gegen Erfrierungen bewährte sich das Hyperämie erzeugende Mittel. Den Dermatologen wird besonders die schnelle und kräftige Granulation bei veralteten Ulcera cruris nach messerrückendick aufgestrichener Dermothermasalbe interessieren.

J.

- 14) **Über den Pockenerreger**, von Rabinowitsch. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 7.)

In seinen Auseinandersetzungen, die sich gegen Fornet richten, ist Verf. der Ansicht, daß der von ihm zuerst in Reinkultur gezüchtete Streptodiplococcus der Pockenerreger ist.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 15) **Generalisierte Vakzine**, von L. Voigt. (Klin.-therap. Wochenschrift. 1914. Nr. 3.)

Die an einem Material von jährlich 30 000 Impfungen gemachten Vorschläge führen Verf. zu folgenden Schlüssen: „Ein auf hämatogenem Wege entstehender Allgemeinausschlag der generalisierten Vakzine mit Kuhpockstoff enthaltenden Pusteln analog dem Variolausschlag kommt nur äußerst selten vor. Sekundär entwickelte Pusteln sind nicht alle generalisierte Vakzine, ebensowenig gelegentlich bei Geimpften auftretende Ausschläge. Impfungen, die zu Ekzem neigen, können bei Pockengefahr geimpft werden, doch ist die Impfstelle fest zu verbinden, um eine Übertragung auf andere Stellen zu vermeiden.

Klokow-Berlin.

- 16) **Über generalisierte Vakzine**, von C. Hegler. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. 1914. Ergänzungsheft.)

Eine Frau, die seit jüngster Kindheit an chronischem Ekzem litt, wurde aus diesem Grunde nie geimpft. Sie besorgte ihr mit Erfolg geimpftes Kind und erkrankte an generalisierter Vakzine, an der sie am 9. Krankheitstage verschied.

Schourp-Danzig.

- 17) **Das Blutbild bei Pocken und Impfpocken**, von Ernst Erlenmeyer und Elisabeth Jalkowski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Bei drei von vier beobachteten Fällen von Erstvakzination wurde eine deutliche Leukozytose festgestellt. Das Floritionsstadium bei Vakzination, zum mindesten sein Allgemeininfekt, entspricht vermutlich nicht dem Floritionsstadium der Variola, sondern deren Prodromalstadium. Wahrscheinlich besteht im Prodromalstadium der Variola Leukozytose.

Schourp-Danzig.

- 18) **Die Ätiologie der Variolavakzine und die neueren Forschungen über den Pockenerreger**, von L. Unger. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 12 u. 13.)

Nach einer Besprechung der Beziehungen zwischen Menschen- und Kuhpocken und der Experimente, die die ätiologische Einheit beider Virusarten erweisen, wendet sich Verf. zur Darlegung der Eigenheiten des Virus selbst, seiner Widerstandsfähigkeit gegen Eintrocknung und Kälte, sowie gegen gewisse chemische Reagenzien, seine Filtrierbarkeit, um schließlich zum Träger des Virus, zu den Pockenerregern, überzugehen. Hinsichtlich der Guarnierischen Körperchen wird auf die Beweise gegen ihre ätiologische Bedeutung hingewiesen, dagegen ihre praktisch wichtige diagnostische Rolle hervorgehoben.

Weiter werden die Prowaczekschen Initialkörperchen besprochen und ausführlicher die Paschenschen Körperchen in morphologischer und biologischer Beziehung geschildert, die als die wahrscheinlichen Erreger angesehen werden können. Zum Schluß werden kurz die Fornetschen Versuche, den Pocken-erreger zu züchten, besprochen. Biberstein-Gleiwitz.

19) **Infektion der Hand mit Cow-pox-Variolavaccina**, von E. Paschen. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. 1914. Ergänzungsheft.)

Drei Fälle. Eine Abbildung im Text und eine farbige Tafel.

Schourp-Danzig.

20) **Salbenapplikation ohne Salbenverband**, von Dreuw. (Dermatol. Wochenschrift. 1914. Nr. 8.)

Das vom Verf. angegebene Adhäsol, das aus Lanolin, Zinkoxyd, Sapo virid. und Salizyl ohne jede Kautschukbeifügung hergestellt wird, soll den schmutzenden, unbequemen, teuren und entstellenden Salbenverband bei den meisten Dermatosen unnötig machen. Die therapeutische Wirkung wird durch den innigen und festen Kontakt mit der Haut entschieden vermehrt, durch seinen Salizylgehalt ist das Adhäsol immer steril, es findet kein Verwischen der Salbe mit den Kleidungsstücken statt, und es behält wegen des Lanolin-gehaltes auf der Haut seine volle Elastizität. Das Adhäsol wird in jeder beliebigen Konsistenz hergestellt von der Kaiser Friedrich-Apolheke, Berlin, Karlstr. 22.

Schourp-Danzig.

21) **Über die Giftwirkungen von Rhus toxicodendron (Giftsumach) und der Primula obconica, nebst Bemerkungen über Rhus vernicifera (Lackbaum)**, von E. Rost. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 3, 4 u. 5.)

Die mit den genannten Pflanzen angestellten Versuche ergaben, daß die durch sie hervorgerufenen Hautentzündungen im Wesen einander ähnlich sind, ohne daß sie pathognomonische Merkmale aufweisen. Der Giftstoff des Rhus toxicodendron und Rhus vernicifera hat seinen Sitz in dem in den Sekretgängen der Pflanze enthaltenen Harzsaft, ist außerordentlich wirksam, auch noch in eingetrocknetem Zustande, und führt durch direkten oder indirekten Kontakt der Haut mit verletzten Pflanzenteilen zu einer schweren Dermatitis, während eine Übertragung durch die Luft ausgeschlossen ist. Eine Immunität gegen das Harzgift ist nicht erwiesen. Der Giftstoff der Primula obconica ist im Sekrete der Drüsenhärchen enthalten und auf dieselbe Weise wie bei den Rhusarten übertragbar. Als wirksamste Behandlung der durch die genannten Pflanzen entstandenen Hautentzündungen erwiesen sich energische heiße Seifenwaschungen der betroffenen Hautstellen und Abreibungen mit gesättigter alkoholischer Bleiacetatlösung. Umschläge mit letzterer bekämpfen auch den Juckreiz in wirksamer Weise. Vor Salbenbehandlung in den Anfangsstadien der Hauterkrankung ist zu warnen. Diese kommt vielmehr, wie auch die sonstigen Maßnahmen der Ekzembehandlung, am Ende des Verlaufes der Dermatitis in Betracht. Biberstein-Gleiwitz.

Entzündliche Dermatosen.

22) **Über Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien**, von C. A. Hoffmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Juni.)

Der Lichen sclerosus der Vulva ist scheinbar keine so sehr seltene Affektion. Aus den klinischen Bildern und an der Hand der histologischen Präparate war es dem Verf. möglich, in beiden Fällen die Diagnose zu stellen. Die Fälle sind als zirkumskripte Sklerodermien aufzufassen. Immerwahr-Berlin.

- 23) **The symptomatology and treatment of some variant forms of lichen planus**, by R. L. Sutton. (Journ. of Americ. med. Assoc. Chicago 1914. Januar.)

Verf. berichtet über zahlreiche Lichenfälle verschiedenster Form, annuläre, papulöse, strichförmige, bullöse, moniliforme, atrophische oder einfache chronische Erscheinungen auf Haut und Mundschleimhaut, sowie dem Lichen nahestehende Prurigofälle. Therapeutisch empfiehlt er neben leichter, nahrhafter Diät und Bewegung in freier Luft Quecksilber in unlöslichen Präparaten, bei hypertrophischen Formen Arsen und Eisen. Manchmal taten alkalische Diuretica mit Bromzusatz gute Wirkung, während Salizyl den Zustand verschlimmerte. Lokal bewährten sich Salben von Phenol, Menthol, Quecksilber, Zinkoxyd, Calamin in Glyzerin oder Wollfett. Bei starkem Jucken gab er Thymol, Chloralhydrat, Chloroform, Eukalyptus in Alkohol-lösung.

J.

- 24) **Über ein agonal aufgetretenes Exanthem**, von A. Klein. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 20.)

Ein Mann mit Erysipelas bullosum cruris bekam Antistreptokokken-seruminjektionen. Bei dem Moribunden trat Urticaria auf, die nach dem Tode langsam schwand. Verf. vermutet, daß aus gleichzeitig bestehender Pneumonie stammende Toxine die Urticaria veranlaßt haben und zwar zu einer Zeit, wo durch die Verhältnisse, wie sie durch die Agone gegeben waren, das Vasomotorenzentrum in einem abnormen Zustand sich befand.

Schourp-Danzig.

- 25) **Drei interessante Fälle von Porokeratosis und ihre physikalische Behandlung**, von G. Maki. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. März.)

Die Lokalisation der berichteten 3 Fälle von Porokeratosis erinnert an systematisierte Naevi. Bei zwei Brüdern von 27 und 25 Jahren waren Gesicht, Nacken, Rücken und Oberschenkel symmetrisch ergriffen, bei einem 18jährigen Mädchen die ganze rechte Körperhälfte. Unter verschiedenen physikalischen Heilmethoden wirkte am schnellsten Kohlensäureschnee, langsamer, aber doch günstig Radium und Mesothorium, geringer Röntgen- und Quarzlampe.

J.

- 26) **Ulerythema acneiforme**, von O. Gans. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

Kasuistik. Die klinischen Kennzeichen des Ulerythema acneiforme: bleibende Beschränkung auf umschriebene Teile der Gesichtshaut, glatte Oberfläche der befallenen Stellen, auf denen komedoähnliche Hornpfropfe auffallend hervortreten und bleibende, an Aknenarben erinnernde, grubchenförmige Einsenkungen der Oberhaut — im Gegensatz zum klinischen Befunde beim Ulerythema centrifugum — finden histologisch ihre Erklärung in der stärker ausgesprochenen, an die Komedobildung bei der Akne erinnernden Hyperkeratose des Deckepithels und des ganzen Haarbalges, in der starken Akanthose, die zu stärkerer Lückenbildung und nach Ausfall der entsprechenden Hornmassen zur bleibenden Grubchenbildung führt.

Schourp-Danzig.

- 27) **The histopathology of Fordyce disease**, by L. Sutton. (Journ. of Medic. Research. Boston 1914. Nr. 3.)

Die Fordycesche Erkrankung wird veranlaßt durch die abnorme Gegenwart von Drüsenelementen in Epidermis und Corium der Mundschleimhaut.

Fettsubstanzen im Rete bringen die gelbliche Färbung hervor. Histologisch ist einige Ähnlichkeit mit Akne und Rosacea, aber nicht mit Milium vorhanden. Verf. pflichtet der Meinung Audrys bei, daß die Talgdrüsenanomalie schon im Fötus des betreffenden Individuums vorbereitet sei, erläutert diese Anschauung an den Krankengeschichten und dem histologischen Befund von drei einschlägigen Fällen und gibt Photographien des mikroskopischen Bildes.

J.

28) **Eine neue Behandlungsart des akuten Ekzems**, von F. Šamberger. (Časopis lékařův českých. 1914. Nr. 9.)

Die Behandlung besteht in Waschungen (eventuell Bädern) mit heißer, 1 % iger wässriger Resorzinlösung. Der Herd wird mittels eines Leinwandlappens, der wiederholt mit der heißen Lösung getränkt wird, beklatscht und hierauf mit einem leichten und luftigen Verband bedeckt (2—3 Hydrophil-schichten werden mit einer Hydrophilbinde leicht fixiert). Nach 2—3 Tagen, wenn das Nässen aufgehört hat, wird einmal am Tage (nicht in der Nacht) Unnas Zinkpaste dünn aufgetragen und gar nicht oder ganz leicht bedeckt. In etwa 10 Tagen sind die Entzündungserscheinungen verschwunden, worauf die kranke Partie mit warmem, destilliertem Wasser und einer überfetteten Seife (Nivea, Parnasia „Medica“) gewaschen wird. Nach mehrstündiger Trocknung wieder Zinkpaste. Beim impetiginösen Ekzem wählt Verf. statt Zinkpaste die Unnasche Zinkschwefelpaste. Die Erfolge des Verf.'s sind ausgezeichnet.

G. Mühlstein-Prag.

Neuritische Dermatosen.

29) **Zur Behandlung des Pruritus ani**, von L. Waelsch. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 5.)

Verf. empfiehlt bei hämorrhoidalem Pruritus die von v. Lenhossék angegebene Anicure, d. h. nach jeder Defäkation einen Einlauf mit lauwarmem Wasser, der alle eventuell noch vorhandenen Kotpartikelchen aus dem Mastdarm entfernen soll. Ist der Pruritus anderen Ursprungs, läßt Verf. den Arzbergerschen Mastdarmkühler 20 Minuten lang anwenden, wie bei Prostatitis mit nachfolgender Puderbehandlung und zwar vegetabilischer und mineralischer Puder 1:5 (wegen des eventuellen Quellens) mit Zusatz von 2 % Acid. salic., 10 % Empyroform oder 10 % Cycloform oder dgl. Bei ekzematösen Erscheinungen sind Diachylonsalbe, Teerpräparate und Röntgenbestrahlung am Platze.

Klokov-Berlin.

30) **Über Herpes zoster generalisatus mit Rückenmarksveränderungen**, von L. v. Zumbusch. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. Heft 3.)

Beobachtung eines Falles von Herpes zoster gangraenosus, der mit Ausnahme des Trigemineusgebietes sich über den ganzen Körper verbreitet hatte. Außer den in der Höhe der 6. und 7. Rippe am schwersten veränderten Hautpartien wurden noch 200 regellos über den Körper ausgebreitete Bläschenherde gezählt. Die Affektion betraf ein hochbetagtes Individuum, daß nach kurzer Zeit zum Exitus kam. Die histologische Untersuchung des Falles ergab neben entzündlichen Veränderungen in den Spinalganglien auch im Rückenmark, vorwiegend in der ganzen Substanz des Hinterhornes, ähnliche Infiltrationsprozesse, so daß man zu der Annahme gezwungen wird, daß der Prozeß, der zunächst die Spinalganglien betraf, sich längs der hinteren Wurzeln in die Hinterstränge fortsetzte und dort der Poliomyelitis posterior analoge Erscheinungen hervorrief.

Lilienstein-Hamburg.

- 31) **Ein Fall von trophoneurotischer Gangrän nach Schußverletzung**, von E. Leszlényi. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 18.)

Ein 18jähriger Mann mit Schußverletzung im Oberarm. Danach trophische Störung im Radialisgebiet, bedingt durch den chronischen Reiz, welcher durch den Fremdkörper auf einen Hautast des N. rad. ausgeübt wird. Dieser Reiz wird zentripetal fortgeleitet und führt zu trophischen und sensibeln Störungen des Radialisstammes und einzelner Hautäste und weiterhin vielleicht als eine Art sympathischer Reizung zu einer analogen Affektion im kontralateralen Verteilungsgebiet des N. radialis.

Schourp-Danzig.

Parasitäre Dermatosen.

- 32) **Über Pilzkrankungen der Hände und Füße**, von Marie Kaufmann-Wolf. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Mai.)

Pilzkrankungen der Hände und Füße, speziell der Interdigitalräume und Volarseiten treten sehr häufig unter dem Bilde der Dyshidrosis, des Ekzems, bzw. des dyshidrotischen Ekzems auf. Das hauptsächlichste klinische Symptom bilden tiefsitzende, gruppiert stehende, zur Vereiterung neigende Bläschen, die keine oder nur geringe Neigung zum Nässen besitzen. Histologisch lassen sich die Pilze in den obersten Epidermisschichten nachweisen. Die Bläschen liegen stets innerhalb der Epidermis und enthalten keine erkennbaren Pilzelemente. Der Inhalt der Bläschen ist aber trotzdem, wie die Kultur beweist, infektiös. Als häufigster und daher wichtigster Erreger dieser Erkrankung erwies sich in 17 von 26 Fällen ein Trichophytonpilz. Da aber auch ganz andere Pilze gefunden wurden, so ist diese Pilzkrankung als keine ätiologische Einheit aufzufassen.

Immerwahr-Berlin.

- 33) **Über die Behandlung der Skabies mit kolloidalem Schwefel**, von K. Hedén. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

Verf. verwandte 14% ige kolloidale Schwefelsalbe und stellte fest, daß der Schwefel in kolloidaler Form eine bessere Wirkung gegen Skabies hat als die übrigen grobkörnigen Schwefelpräparate, ohne daß ein strikter Beweis dafür erbracht ist, daß den kolloidalen Präparaten ein größeres Penetrationsvermögen eigen ist als den nicht kolloidalen.

Schourp-Danzig.

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 34) **Zur Lichtbehandlung des Lupus**, von Jesionek. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 18.)

Der therapeutische Effekt der Finsenschen Lichtbehandlung des Lupus beruht auf der entzündungserregenden Kraft des Lichts, vornehmlich auf der im Anschluß an die Belichtung auftretenden serösen Durchtränkung des Gewebes. Eine solche Lichtentzündung der lupösen Herde läßt sich erzielen auch ohne Zuhilfenahme der kostspieligen Finsenapparate. Vielleicht ist der therapeutische Effekt in der Weise zu erklären, daß dem lupösen Gewebe durch die Entzündung in dem Serum Komplement zugeführt wird, welches die in den tuberkulösen Herden vorhandenen Ambozeptoren befähigt, ihre Antikörperwirkung zu entfalten.

Schourp-Danzig.

- 35) **Behandlung des Lupus mit dem Friedmannschen Tuberkuloseheilmittel**, von A. Brauer. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 17.)

Verf. sieht in dem Friedmannschen Präparat ein anscheinend spezifisch wirkendes Heilmittel, das — von ganz vereinzelt Fällen abgesehen — bei

der Lupusbehandlung eine bessere Wirkung als die Alttuberkulinbehandlung zu entfalten scheint.

Schourp-Danzig.

36) **Histologische Untersuchungen über die Wirkungen der Kupfersalben (Lecutylsalben) bei Lupus**, von K. Stern. (Med. Klinik. 1914. Nr. 22.)

Die Untersuchungen erwiesen, daß geschlossene Herde nicht wirksam beeinflußt werden. Oberflächliche Herde zeigen wegen der vorübergehenden Schädigung der Epidermis mit rascher Regeneration ein kosmetisch gutes Anfangsresultat. Weitere Prüfungen werden sich darauf zu erstrecken haben, ob eine Kombination der Anwendung von Kupferpräparaten mit anderen Mitteln zu wirkungsvollen therapeutischen Maßnahmen führen können.

Biberstein-Gleiwitz.

37) **Über die akute disseminierte Hauttuberkulose im Kindesalter**, von E. Brunsgaard. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 20.)

Fall eines 4jährigen Mädchens aus tuberkulöser Familie mit nodulären Tuberkuliden und Effloreszenzen, die an Erythema induratum erinnerten, und mit kleinen, runden oder ovalen, an den Extremitäten lokalisierten verrukösen papillären Effloreszenzen. Das Kind starb bald an tuberkulöser Meningitis.

Schourp-Danzig.

38) **Zur Kenntnis des multiplen, benignen Miliarlupoid Boeck**, von G. Nobl. (Unna-Festschrift. Bd. I. Dermat. Studien. XX. 1911.)

In der Familie der 24jährigen Patientin waren Tuberkulose und frühzeitige, der Ursache nach nicht klargestellte Todesfälle zu verzeichnen. Im Verlaufe von 4 Monaten verbreiteten und vergrößerten sich die erst rötlichen, später dunkelgelben, mit winzigen braunen Zentren versehenen, zackig umrandeten Flecke auf Stirn, Augenlidern, am erheblichsten auf den Wangen. Charakteristisch für die Natur der dicht gesäten, symmetrisch gruppierten Infiltrate war, daß die distinkten Knötchen und zusammenhängenden Herde weder klinisch destruktive Vorgänge zeigten, noch im Corium zu Nekrose oder käsiger Degeneration neigten. Spezifischer Mikrobengehalt wurde nirgends gefunden, Impfung mit Alttuberkulin ergab keine Temperaturerhöhung, Tierinokulation blieb negativ. In der histologischen Struktur der Granulome ergaben sich zahlreiche Interferenzen mit dem Bau als spezifisch anerkannter, tuberkulöser Läsionen einerseits und der Formation solcher Produkte, für welche die bazilläre Abstammung wahrscheinlich ist. In diesem Sinne glaubt Verf. das benigne Lupoid den mannigfaltigen Formen der Hauttuberkulose angliedern zu können. Therapeutisch erzielten Arsenkuren mit steigenden Dosen zwar sehr langsame, aber schließlich fast völlige Heilung des durch die Entstellung des Gesichts lästigen Exanthems.

J.

39) **Materialsammlung für eine künftige Bearbeitung der Lepraätiologie**, von P. G. Unna. (Hamburger mediz. Überseehefte. 1914. Nr. 1.)

Die übertriebene Leprafurcht, welche die Entdeckung und massenhafte Auffindung des Hansenschen Bacillus hervorrief, hatte in Deutschland die Einreihung dieser langsam verlaufenden Krankheit unter das sehr rigorose Seuchengesetz zur Folge und führte zu vielfachen Konflikten zwischen dem bürgerlichen und ärztlichen Gewissen. Besonders scheuten sich wohlhabende und gebildete Lepröse aus den deutschen Kolonien in ihre deutsche Heimat zurückzukehren, wo sie kaum der Internierung entgangen wären, und zogen den unbehinderten Aufenthalt in England oder Frankreich vor. Verf. sieht in der schon von Danielssen betonten großen Seltenheit der Ansteckung einerseits und in den unerklärten ohne Ansteckungsmöglichkeit auftretenden

neuen Fällen andererseits einen Beweis für die geringe Kontagionsgefahr der Lepra und wünscht eine ätiologische Lepraenquôte, bei welcher nicht nur Bakteriologen, sondern besonders Hygieniker und Tropenärzte ihre reichen Erfahrungen über Ätiologie und Behandlung der Lepra mitteilen und die Heilbestrebungen fördern mögen.

J.

40) **Über das Erhaltenbleiben der Leprabazillen in der verwesenden Leiche,** von E. Arning. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. Ergänzungsheft.)

Die Leiche eines auf der Höhe der Erkrankung gestorbenen Falles von Knotenlepra wurde 2 $\frac{1}{2}$ Monate nach der Beerdigung exhumiert. Ausstriche aus dem schmierigen Gewebe des Gesichtes enthielten massenhaft Leprabazillen.

Schourp-Danzig.

Gonorrhoe.

41) **Die Gonorrhoe des Weibes,** von F. Fromme. (Berlin, Karger, 1914. 2 Mk.)

Ref. kann jedem Spezialkollegen die kleine Broschüre des bekannten Frauenarztes auf das wärmste zu eingehendem Studium empfehlen. In der dermatologischen Praxis wird die weibliche Gonorrhoe viel zu sehr vernachlässigt, und hier bietet sich in der kurzen aber vollkommen genügenden zusammenfassenden Darstellung ein ausgezeichnete Führer. Neben der Pathologie, Symptomatologie und Diagnostik wird die Therapie der Gonorrhoe besonders eingehend besprochen.

J.

42) **Zur Vakzinebehandlung der kindlichen Gonorrhoe,** von R. Hamburger. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 15.)

Alleinige Vakzinebehandlung der Vulvovaginitis der Kinder ist absolut unzureichend zu einem Erfolge; die Unterstützung bei Lokalbehandlung ist unwesentlich. Selbst wenn man die Gefahren bei der intravenösen Injektion der Gonokokkenvakzine vermeidet, also nicht schadet, so ist das Problem der definitiven Heilung mit dauerndem Verschwinden der Gonokokken durch Vakzinierung bei Vulvovaginitis gonorrhoeica der Kinder nicht zu erreichen.

Schourp-Danzig.

43) **Die Puderbehandlung des weiblichen Fluors,** von Oppenheim. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Verf. sah gute Erfolge von Yatrenpuder, den er mit einem von ihm angegebenen Pulverbläser (bei L. & M. Löwenstein zu haben) einstäubte.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

44) **Über die Behandlungstechnik und Heilbarkeit der Gonorrhoe des Weibes,** von J. Almkvist. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 17.)

Verf. verwendet statt eines wäßrigen Behandlungsvehikels ein halbfestes, breiartiges, durch dessen Injektion die Schleimhaut soweit als möglich ausgedehnt wird, nach folgender Verordnung: Aqu. destill. 100, Tragacanth 3, Spiritus concentrat. 2,5. Diesem ziemlich festen Gelee setzt er 1 $\frac{0}{0}$ Albargin zu; nach seinen Erfahrungen sind auch intrauterine Injektionen hiervon in keiner Weise gefährlich.

Schourp-Danzig.

45) **Die Technik der Spülung der vorderen Harnröhre,** von M. Porosz. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 20.)

Verf. benutzt zur Janetschen Spülung den Doppelhahn, durch dessen Hin- und Herdrehen Zu- und Abfluß zur Spülung aufs einfachste besorgt werden, ohne daß dabei die Lösung auseinandergespritzt wird.

Schourp-Danzig.

46) **Ein Symptom der beginnenden Urethritis posterior,** von E. Seger. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 20.)

Verf. glaubt, daß bei Gonorrhöikern, bei denen sich die psychische Hemmung einstellt, in Gegenwart des Arztes nicht Urin lassen zu können, eine Urethritis posterior oder Prostatitis im Entstehen begriffen ist, jedenfalls soll man bei Auftreten dieses Symptoms sogleich an eine Erkrankung der hinteren Teile der Harnwege denken.

Klokov-Berlin.

- 47) **Über Vesicaesan in der Frauenpraxis**, von J. Sfakianakis. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 17).

Das die wirksamen Bestandteile der Folia uvae ursi enthaltende Mittel erwies sich in der Behandlung von Cystitiden als wertvolles und praktisches Adjuvans.

Biberstein-Gleiwitz.

- 48) **Die moderne Therapie der Gonorrhoe beim Manne**, von P. Asch. (Bonn, Marcus & Weber, 1914. 2,60 Mk.)

In der Form von 12 Vorlesungen gibt Verf. uns eine kurze prägnante Darstellung der modernen Tripperbehandlung beim Manne. Nach einigen einleitenden Worten über die Ätiologie der Gonorrhoe finden wir im weiteren die Erkrankung selbst mit ihren Komplikationen beschrieben, sodann die äußere, innere und prophylaktische Medikation. Einen breiteren Raum beansprucht die Vakzinetherapie für sich. Der Wert der urethroskopischen und mikroskopischen Untersuchungen für die Behandlung ist auseinandergesetzt, die Dilatationsmethoden angegeben, eine kurze Erklärung verschiedener endoskopischer Bilder und die endoskopische Behandlung vervollständigen die äußerst klar und verständlich geschriebenen Ausführungen. Einige Abbildungen neuerer Instrumente ergänzen instruktiv den Text. Der Praktiker findet in dem Werke auf engem Raum alles für ihn Wissenswerte, und darf man es daher mit Recht einem jeden, der sich mit den Errungenschaften der modernen Gonorrhoebehandlung bekannt machen will, warm empfehlen.

Klokov-Berlin.

- 49) **De l'emploi de l'Jode colloidal dans la blennorrhagie aigue et chronique**, par Beyler. (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 33).

Das kolloidale Jod — Jodargol — wird auf chemisch-elektrischem Wege hergestellt, es wirkt stark antiseptisch und ist diffusibel, analgetisch und nicht toxisch, es ätzt nicht und ruft keine Schmerzen hervor. Bei Urethritis anterior wird nach Reinigung des Meatus und Spülung der Urethra mit Kal. permang. eine Injektion von 2 ccm Jodargolemulsion — 0,4 Jodargol auf 2 ccm Öl — gemacht und 10 Minuten zurückgehalten, dasselbe 3 mal täglich; bei Urethritis ant. et post. werden nach Spülung mit Kal. permang. mit langer Spritze täglich einmal etwa 4 ccm von hinten nach vorn injiziert; der Verlauf der Gonorrhoe wird durch die Behandlung abgekürzt. Paul Cohn-Berlin.

- 50) **Zur intravenösen Anwendung des Arthigon bei den gonorrhöischen Erkrankungen des Weibes**, von Leszlényi u. J. Winternitz. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 8.)

Der diagnostische Wert von Arthigoninjektionen ist gering, da nach 0,1 ccm Temperatursteigerungen nur mit Wahrscheinlichkeit für Gonorrhoe sprechen, während fehlende oder geringe Temperatursteigerungen diagnostisch nicht verwertbar sind. Therapeutisch hat das Mittel auf die Erkrankungen der Harnröhre, Vagina und Zervix keinen nennenswerten Einfluß. Bei den gonorrhöischen Erkrankungen der Adnexe und der Parametrien ist in etwa ein Drittel der Fälle zum Teil ein objektives, zum Teil nur ein subjektiver Effekt zu konstatieren. Die Nebenerscheinungen der intravenösen Arthigonapplikation waren manchmal nicht unbeträchtlich.

Amende-Bamberg.

51) **Erfahrungen über spezifische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen**, von Fr. Fischl. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 7.)
Temperatursteigerungen von über 1,5° nach intravenöser Arthigoninjektion (0,1 bei Männern, 0,05 bei Frauen) spricht Verf. eine diagnostische Bedeutung auch bei unkomplizierten Gonorrhoeen zu. Therapeutisch wurden Epididymitiden und Arthritiden recht günstig beeinflußt; auch bei Prostatiden waren die Erfolge zufriedenstellende, dagegen blieben Uretritiden unbeeinflußt.

Amende-Bamberg.

52) **Gonaromat**, von M. Friedländer. (Therapie der Gegenwart. 1914. Februar.)

In Fällen, wo Komplikationen der Gonorrhoe die lokale Behandlung lindern, fand Verf. das Sandelöl stets besonders geeignet, die Azidität des Harns dauernd und stark zu erhöhen. Unter den verschiedenen Sandelölpräparaten erzielte wiederum das in der Kommandanten-Apotheke in Berlin in Kapseln hergestellte Gonaromat besonders gute Erfolge bei akuter Epididymitis, Prostatitis, akuter Gonorrhoe mit starker Lymphangitis, paraurethralen Abszessen, Entzündungen in der Pars posterior, Collocystitis und Cystitis. Schädliche Nebenwirkungen traten nie auf. Das Präparat enthält 93 bis 94 % Santalol, Ol. chamomill. zur Linderung der Entzündung und des Schmerzes, Ol. macidis zur Verengung der Gefäße, Ol. cinnam. als bakterizides Element, Ol. menth. piperit. und Ol. caryophyll. als Geschmackskorrigentien. In allen Fällen ging das akute Stadium schnell in einen subakuten Zustand über.

J.

53) **Ein Fall von Hyperkeratosis gonnorrhoeica**, von E. Lange. (Deutsche med. Wochenschrift.. 1914. Nr. 10.)

Der Fall betrifft einen 21jährigen Mann, der seit fünf Jahren an Muskelschwund leidet. Die gonorrhoeischen Verhornungen befanden sich an den Fußsohlen mit Bevorzugung der Zehen, des Ballens und Hackens; die subjektiven Beschwerden waren sehr gering; die Behandlung mit Alkoholumschlägen erwies sich als günstig.

Schourp-Danzig.

54) **Thermotherapie bei Gonorrhoe**, von R. Bromberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 4.)

Ein in einer kupfernen Sonde eingeschlossener Heizkörper aus Platindraht wird in eine Sonde aus Silber à double courant nach Art der Winternitzschen Kühlsonde eingeschoben. Die Hitze wird erst auf die Schleimhaut übertragen durch die letztere, mit Zwischenlagerung eines Wasserkissens. Der Heizkörper wird an den Rheostaten des Endoskops angeschlossen. Bei allen beobachteten Fällen sah der Verf. in überraschend kurzer Zeit Ausfluß und Fäden schwinden.

Schourp-Danzig.

55) **De l'emploi du sérum antigonococcique de Nicolle**, par Roullard. (Bull. Soc. de méd. de Paris. 1914. 13. Februar.)

Mitteilung von zwei Fällen der Anwendung dieses Serums; der eine betrifft einen Fall von sehr schwerem gonorrhoeischem Rheumatismus, der sehr schnell mit 6 Injektionen von $\frac{1}{2}$ ccm Vakzin zurückging; der andere betrifft eine Vulvovaginitis bei einem 7jährigen Mädchen, die im Gegenteil nicht im mindesten beeinflußt wurde. Für Verf. entfaltet das Nicollesche Serum vor allem bei den chronischen Formen der Gonokokkeninfektion und bei deren Komplikationen seine Wirksamkeit, bei den akuten Formen ist es so gut wie unwirksam.

H. Netter-Pforzheim.

56) **Zur Frage der diagnostischen Verwertbarkeit der Gonokokkenvakzine**, von Bonhus. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 2.)

Nach intravenösen Arthigoninjektionen traten bei Gonorrhöikern, aber auch bei Nichtgonorrhöischen starke Temperatursteigerungen auf, die deshalb nicht als spezifisch anzusehen sind. In manchen Fällen können durch provokatorische Injektionen latente Gonokokken im Sekret wieder zum Vorschein gebracht werden. Sie sollten deshalb öfter zur Sicherung der Diagnose mitgebraucht werden. Die Komplementbindung ist nur in einem gewissen Bruchteil als positiv zu erwarten. Bei positivem Ergebnis ist sie als diagnostisch sicher zu verwerten.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

57) **Über Paradidymitis erotica acuta**, von Heller. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 1.)

Bei einem 21 jährigen Armenier wurde nach sexuellen Aufregungen (ohne Verkehr) eine Anschwellung zwischen linkem Hoden und Leistenbeuge beobachtet, die nach etwa 30 Stunden regelmäßig wieder verschwand und nach regelmäßigem Geschlechtsverkehr nicht wieder auftrat. Verf. ist der Ansicht, daß es sich um eine Samenretention in einem der Anhangsgebilde des Hodens gehandelt hat, und daß die Paradidymis als Sitz der Erkrankung anzusprechen ist.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

58) **Kombination von Harnröhrenspritze mit Flüssigkeitsbehälter in Taschenformat**, von N. Körber. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 6.) Metallblechflasche mit einschraubbarer Injektionsspritze. Zu beziehen von William Schubert-Leipzig zum Preise von 3,50 und 6.— Mk.

Schourp-Danzig.

59) **Erfahrungen mit der Eiweiß-Silber-Formaldehydbehandlung der Gonorrhoe (Argaldin-Dering)**, von J. Elsaesser. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 7.)

Argaldin ist eine organische Silberverbindung, die, mit tierischem Gewebe zusammengebracht, Formaldehyd entwickelt. Es vereinigt die desinfizierende Kraft des Formaldehyds mit der adstringierenden und bakteriziden des Silbers. Die Reizlosigkeit des Präparates ermöglicht die Anwendung großer Konzentrationsgrade. $\frac{1}{2}\%$ ige Argaldinlösung bringt in mittelakuten Fällen nach durchschnittlich drei Tagen die Sekretion zum Stehen und die Gonokokken zum Verschwinden.

Schourp-Danzig.

60) **Zur sekundären Koliinfektion des Nierenbeckens**, von A. Bloch. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 6.)

Die sekundäre Koliinfektion ist eine nicht ganz seltene Komplikation der Gonorrhoe. Man kann eine pyelitische, eine nephrotische und eine pyelonephritische Form unterscheiden. Die beiden ersteren können auch im akuten Stadium ohne besondere subjektive Beschwerden einhergehen, so daß die Erkrankung oft erst dann diagnostiziert wird, wenn sie bereits in ein chronisches Stadium getreten ist. Die Koliinfektion geht dabei in der Regel aufsteigend von der Blase aus auf dem Lymphweg vor sich. Begünstigend wirken alle Momente, welche das Aufsteigen der Kolibazillen erleichtern: temporärer Überdruck in der Blase, häufig hervorgerufen durch stark reizende Blasen-spülungen, ferner temporäre Verlangsamung des Urinstromes, herbeigeführt durch geringfügige Abflußhindernisse im Ureterverlauf, schließlich mechanische Reizungen bei starker Hyperämie des Urogenitalsystems. Im akuten Stadium ist bei der pyelonephritischen Form stets eine interne Therapie angezeigt, während die pyelitische und die nephrotische Form auch im akuten Stadium stets lokal zu behandeln sind. Wird die sekundäre Koliinfektion rechtzeitig erkannt und behandelt, so erfolgt in einem großen Teil der Fälle völlige Aus-

heilung. Bei der pyelo-nephritischen Form besteht die Möglichkeit, daß sie in eine echte chronische parenchymatöse Nephritis übergeht. In allen Fällen gonorrhöischer Cystitis muß man auch dann an eine Pyelitis denken, wenn ohne subjektive Symptome von seiten der Niere der Urin sich trotz geeigneter Blasenbehandlung lange Zeit nicht klären will. Schourp-Danzig.

61) **Note sur l'emploi de l'Jode dans le traitement des uréthrites rebelles,** par Motz. (Revue clinique d'urologie. 1914. S. 85.)

Man kann die Jodtinktur nicht bloß zu Pinselungen der Urethra unter Kontrolle des Urethroskops verwenden, sondern auch zu Instillationen (10 Tropfen von Jod. 0,75, Jodkali 0,50, 60 % Alkohol 40,0) und zu Injektionen (3 cccm der gleichen Lösung 0,5:0,5:40,0). Eine vorgängige Reinigung der Harnröhre muß mit Kaliumpermanganat, nicht mit Hydrargyroxycyanat vorgenommen werden. Goldberg-Wildungen.

62) **Über die Behandlung gonorrhöischer Komplikationen mit Gonargin,** von J. Hermans. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 10.)

Die Erfahrungen mit Gonarginbehandlung von 25 Fällen von Epididymitis, 3 Fällen von Prostatitis, 3 von Arthritis sprechen für die erfolgreiche Bekämpfung der gonorrhöischen Komplikationen durch das Präparat. Auffallend ist das rasche Verschwinden der Schmerzhaftigkeit. Die Gonorrhoe selbst bleibt allerdings unbeeinflusst. Biberstein-Gleiwitz.

63) **Durch den Diphtheriebacillus hervorgerufene blenorrhöische Prozesse, speziell in der kindlichen Vagina,** von E. Kobrak. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 10.)

Beobachtungen an den Schleimhäuten der Atemwege und des Auges, in denen schwere blenorrhöische Eiterung ohne Membranbildung bestand, die sich bakteriologisch als Diphtherie erwies. Ebenso zeigten sich zwei fieberlose, ohne erhebliche Allgemeinbeschwerden auftretende Scheidenblenorhoen kleiner Mädchen, die als Gonorrhöen imponieren mußten, als durch Diphtheriebazillen bedingt und heilten rasch nach Seruminjektionen. Biberstein-Gleiwitz.

64) **An instrument for circumcision,** by J. Lewis. (Buffalo med. Journal. 1914. Januar.)

Verf. konstruierte einen glockenförmigen Apparat, der eine äußerst aseptische, mit möglichst geringer Blutung einhergehende, ungefährliche Zirkumzision gestattet. J.

Syphilis.

65) **Über die Wirkung hochdosierter intravenöser Sublimat- und Hydrargyrum oxycyanatum-Injektionen aufluetische Prozesse,** von R. Fischel und H. Hecht. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Die Verff. haben in Form von intravenösen Infusionen Dosen von 0,02—0,04 Sublimat und Hydrargyr. oxycyanat. verabreicht. Dieluetischen Erscheinungen gingen danach zwar schnell zurück, doch traten bald wieder Rezidive auf. Abgesehen von vorübergehenden Albuminurien und Diarrhöen wurden keine allgemeinen Nebenerscheinungen beobachtet; lokal machten sich allerdings Thrombosen höchst unangenehm bemerkbar, so daß sich die Methode zur Einführung in die Praxis nicht empfiehlt. Lilienstein-Hamburg.

66) **Reinfectio syphilitica vom Standpunkte der modernen Syphilisforschung,** von M. Schleicher. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Mai.)

Das Intervall zwischen der ersten syphilitischen Infektion und einer

Reinfektion ist einzig und allein von der Art der therapeutischen Beeinflussung der ersten Lues und von der neuerlichen Infektionsgefahr, der sich das gegebene Individuum aussetzt, abhängig. Ein gewisses Minimum für dieses Intervall anzugeben, ist so lange unmöglich, als wir nicht mit Sicherheit feststellen können, in welchem Zeitpunkte die erste Krankheit unter dem Einfluß der Therapie zur vollständigen Heilung gebracht wurde. Die Kürze des Intervalls nach einer Abortivbehandlung oder energischen kombinierten Hg-Salvarsanbehandlung darf bei sicher klinischem Befunde die Diagnose „Reinfectio“ nicht erschüttern. Die Superinfektion, wenn man unter dieser eine Neuinfektion des noch syphilitisch erkrankten Organismus versteht, ist heute durch unzweifelhafte, klinisch und experimentell festgestellte Fälle eine erwiesene Tatsache. Ihr klinisches Bild ist von dem Stadium der Umstimmung und Anergie des betroffenen Organismus abhängig; sie tritt daher je nachdem als Erosion, Papel oder Primäraffekt auf. Ihre Fähigkeit zu einer Generalisierung wurde bis jetzt nicht einwandfrei bewiesen. Die Reinfektion ist ein Beweis für die Heilbarkeit der Syphilis und ein Kriterium für die Spezifität und Wirksamkeit der in die Syphilistherapie eingeführten Heilmittel.

Immerwahr-Berlin.

- 67) **Die Heilung der Syphilis durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung**, von W. Scholtz. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 17.)

Durch die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei Primärlues ist die Zahl der Rezidive überaus gering geworden; in der Privatpraxis sah Verf. 100% Heilungen. Bei sekundärer Syphilis mit kombinierter Behandlung traten nur in 10—20% der Fälle Rezidive auf. Daher tritt Verf. nachdrücklichst für die von ihm geübte Behandlungsart ein. Schourp-Danzig.

- 68) **Die Behandlung schwerer Harnröhrenverengungen bei Syphilis**, von B. Goldberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 18.)

An 3 Fällen zeigt Verf., wie es zweckmäßig ist, Personen mit Harnröhrenverengungen, welche früher Syphilis hatten, stets zuerst antiluetisch und akdann milde mechanisch zu behandeln.

Schourp-Danzig.

- 69) **Untersuchungen über die Spirochäte des Paralytikergehirns**, von E. Forster und E. Tomaszewski. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

In 61 untersuchten Fällen fanden die Verf. 27mal Spirochäten. Ein Anhaltspunkt dafür, daß die Zeit zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse oder die Dauer der paralytischen Krankheitserscheinungen zum Spirochätenbefunde in Beziehung stand, ergab sich nicht. Tierimpfversuche mit dem Punktionsmaterial fielen negativ aus. Es ist als sehr wahrscheinlich anzusehen, daß die Paralyse durch eine biologisch veränderte Syphilisspirochäte verursacht wird. Noch ist unerklärt, wann, wo und wie diese Veränderung zustande kommt.

Schourp-Danzig.

- 70) **Über Versuche, das Quecksilber in einer neurotrophen Form zu verabreichen**, von K. Rühl. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 18.)

Unter der Bezeichnung Mercuriocolo wird ein Doppeloleat von Quecksilber und Cholesterin hergestellt und für die Behandlung der Arteritis luetica des Gehirns und der luetischen Meningitis empfohlen. Wenn sich wirklich die große Affinität des Cholesterins für die Lipotide des Nervensystems therapeutisch verwerten läßt und die Möglichkeit, das Cholesterin als besonders günstiges Vehikel für das Quecksilber anzuwenden und auf diesem Wege das Quecksilber in eine intimere Berührung mit dem Nervensystem zu bringen und somit die luetischen Läsionen des Nervensystems erfolgreicher zu beein-

flussen, in der Praxis bestätigt wird, so würde dies ohne Zweifel einen großen Fortschritt in der Therapie der Syphilis des Nervensystems bedeuten.
Schourp-Danzig.

- 71) **Über familiäre Syphilis, zugleich ein Beitrag zur Keratitis parenchymatosa**, von Fr. Lesser und P. Carsten. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 15.)

Die Keratitis parenchymatosa ist wohl ausschließlich syphilitischer Natur; Tuberkulose begünstigt nicht einmal die Entstehung einer Keratitis parenchymatosa bei hereditär-syphilitischen Kindern. Antisyphilitische Kuren wirken unsicher; das Ergriffensein des anderen Auges wird fast nie verhütet. Die klinisch gesunden Mütter syphilitischer Neugeborener geben fast stets positive Wassermannreaktion; die Immunität dieser sogen. Collesschen Mütter ist durch ihre latente Syphilis zu erklären. Ob die Mütter direkt vom Vater infiziert werden oder von der a patre syphilitischen Frucht, ist zurzeit unentschieden. Es werden doppelt soviel syphilitische Kinder geboren, als sich in den ersten Lebensjahren klinisch als syphilitisch offenbaren. Die in 50% latente Syphilis der Neugeborenen verdient Berücksichtigung bei der Ammenfrage. Nicht die Intensität der kindlichen Lues, sondern die Häufigkeit der Übertragung nimmt ab proportional der Reihenfolge der Geburten. Mütter mit positiver Wassermannreaktion gebären oft noch 6—12 Jahre nach der Infektion syphilitische Kinder, weshalb Patientinnen mit positiver Wassermannreaktion im Hinblick auf die Nachkommenschaft der Ehekonsens zu versagen ist. Die positive Wassermannreaktion der Väter scheint weniger verhängnisvoll für die Nachkommenschaft zu sein.
Schourp-Danzig.

- 72) **Das erste Erscheinen der Syphilis in Polen**, von Grossek. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Mai.)

Die Nachforschungen erlauben den Schluß, daß die Erzählung von der zuerst im Jahre 1495 an Syphilis in Krakau erkrankten römischen Pilgerin eine ausreichend beglaubigte Tatsache ist.
Immerwahr-Berlin.

- 73) **Die jüngsten Fortschritte auf dem Gebiete der Lehre von der progressiven Paralyse**, von A. Pilcz. (Med. Klinik. 1914. Nr. 19.)

Ein Referat über die wichtigeren Arbeiten aus der Paralyselehre der letzten Zeit, die erkennen lassen, daß in der Erkenntnis wie in der Behandlung der Paralyse ein Fortschritt zu verzeichnen ist. Biberstein-Gleiwitz.

- 74) **Über Lues**, von H. Much. (Med. Klinik. 1914. Nr. 19.)

Die Luetinreaktion ist der Ausdruck einer spezifischen Immunkörperbildung. Im Gegensatz zu ihr ist die Wassermannreaktion, beruhend auf dem Vorhandensein bestimmter Eiweißendprodukte, als Folge einer Gewebsschädigung ganz unspezifisch. Für die Diagnose ergibt sich: Ob irgend einmal Lues vorgelegen hat, zeigt die Luetinreaktion besser an; ob augenblicklich Luesgift wirksam ist und eine Gewebsschädigung herbeiführt, zeigt die Wassermannreaktion besser an. In therapeutischer Hinsicht muß das Bestreben gelten, die Wassermannreaktion negativ zu machen, die Luetinreaktion als Ausdruck spezifischer Immunität positiv zu erhalten.
Biberstein-Gleiwitz.

- 75) **Über Jodprothämin**, von Polland. (Med. Klinik. 1914. Nr. 18.)

Das angenehm schmeckende Präparat erwies sich bei guter Verträglichkeit und Resorption recht günstig in der Behandlung der tuberkulösen Hautprozesse, ferner bei schwerer tertiärer Lues, bei Hautaffektionen, die mit dem Nervensystem in ätiologischem Zusammenhang stehen. Es bewährte sich als gutes Nährpräparat mit deutlicher günstiger Wirkung auf das Allgemein-

befinden und ist besonders am Platze, wo eine nicht so energische, als anhaltende Jodwirkung erwünscht ist.

Biberstein-Gleiwitz.

- 76) **Zur Chemotherapie derluetischen Keratitis**, von P. v. Szily. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 7.)

Nach intensiver Salvarsantherapie wurden etwa 50 Fälle von Keratitis luetica hereditaria, teils schwere, beiderseitige Affektionen, geheilt. Verf. gab $\frac{1}{2}$ —1 wöchig 0,6 Alt- bzw. 0,9 Neosalvarsan, bei schwächeren Personen wurde mit geringeren Dosen begonnen (0,2 bzw. 0,4), bis zum völligen Ausheilen des Prozesses, 4—6—10 mal. Nach den ersten Infusionen stellte sich bald eine plötzliche lokale Verschlimmerung des Zustandes ein, die jedoch im Laufe weiterer Applikationen baldigst verschwand, worauf die baldige Aufhellung der Trübungen erfolgte. Toxikationen hat Verf. nicht beobachtet.

Amende-Bamberg

- 77) **Über den „Wasserfehler“**, von R. Matzenauer und M. Hesse. (Wiener klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Systematisch wurden Salvarsaninfusionen mit destilliertem Wasser vorgenommen, das bis zu 427000 Keimleiber pro Kubikzentimeter enthielt (natürlich sorgfältig sterilisiert war). Da hierdurch erhebliche Intoxikationserscheinungen nicht ausgelöst wurden, sind die Verf. geneigt anzunehmen, daß die Reaktionen nach Salvarsaninjektionen durch das Salvarsan selbst hervorgerufen werden.

Amende-Bamberg.

- 78) **Über ungewöhnlich lange Latenz der Syphilis und über die Prognose der Erkrankung**, von K. Stern. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 7—9.)

An der Hand einer Reihe von Fällen hebt Verf. hervor, daß mindestens 50% aller Syphilitiker keine Sekundärerscheinungen aufweisen, daß etwa 34% aller Tertiärfälle wohl tertiäre Erscheinungen, aber keine sekundären erkennen lassen. Ein erheblicher Teil erkrankt an Tabes bzw. Paralyse, ebenfalls ohne vorausgegangene Sekundärerscheinungen. 4—6% aller Obduzierten zeigen anatomisch nachweisbare Zeichen der Infektion. Die Behandlung mit kräftigen Quecksilberpräparaten — besonders Kalomel — erscheint geeignet, die Zahl der Rezidive herabzusetzen. Es bleibt aber feststehend, daß mit oder ohne Behandlung in einer verhältnismäßig geringen Zahl der Fälle Rezidive im Sinne von klinisch nachweisbaren äußeren Erscheinungen auftreten. Die überwiegende Mehrzahl der Syphilisansteckungen verläuft als „innere“ Erkrankung. Das Ausbleiben von „Rezidiven“ beweist daher nichts für eine erfolgte „Heilung“.

Schourp-Danzig.

- 79) **Erfahrungen mit Embarin Heyden**, von E. Kobligk. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 9.)

Embarin wird sehr gut resorbiert, setzt selten Infiltrate und macht geringe Schmerzen. Es kommt in der schnellen und kräftigen Wirkung den unlöslichen Hg-Salzen nicht gleich. Verf. gibt daher Embarininjektionen mit Ricordscher Lösung zusammen.

Schourp-Danzig.

- 80) **Ein Fall von kongenitaler Syphilis 20 Jahre nach der Infektion der Mutter**, von H. Boas. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Eine Mutter gebiert, nachdem sie vor 20 Jahren in einer Spezialabteilung am ersten Ausbruch der Syphilis behandelt ist, ein Kind, dessen Syphilis sicher konstatiert ist, sowohl serologisch, als auch pathologisch-anatomisch, makroskopisch und mikroskopisch.

Schourp-Danzig.

- 81) **Über Embarin und Merlusan**, von J. Fürth. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Bei der Anwendung des Embarin stellte Verf. eine relativ hohe Unverträglichkeit fest. Die Wassermannreaktion wurde in keinem Falle bis zu einem Zeitraum von 6 Wochen nach der letzten Injektion negativ. Rezidive wurden in einigen Fällen schon 4 Wochen nach der letzten Injektion beobachtet. Zu einer Verwendung des Merlusans als internes Antisyphilitikum kann Verf. nach seinen Erfahrungen nicht raten; wohl aber zu einer solchen als $\frac{1}{3}\%$ ige Lösung zur lokalen Behandlung von Sklerosen, Kondylomen, Papeln ad anum und venerischen Geschwüren. Schourp-Danzig.

- 82) **Lues congenita und Serodiagnostik**, von R. Ledermann. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 4.)

Die Beobachtungen des Verf.'s ergeben die Notwendigkeit einer langandauernden klinischen und serologischen Überwachung nicht nur derjenigen Kinder, welche im frühen Säuglingsalter an Zeichen der kongenitalen Lues gelitten haben, sondern aller Kinder syphilitischer Eltern oder eines syphilitischen Elternteiles, auch wenn diese Kinder äußerlich gesund erscheinen. Schourp-Danzig.

- 83) **Die Wassermannsche Reaktion bei einem Falle von durch gangränösen Schanker eingeleiteter Syphilis**, von N. Andersen. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. April.)

Die Wassermannreaktion wurde erst mit Auftreten der Roseola positiv, während die Herman-Perutzsche Probe von Anfang an positiv war. Vielleicht haben die Nekrosebazillen Veränderungen im Blute hervorgebracht, welche die Wassermannreaktion verzögerten. Immerwahr-Berlin.

- 84) **Über die Behandlung der Syphilis mit Kontraluesin**, von R. Kehrmann. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. April.)

Die Wirkung des Kontraluesins erwies sich als ungenügend, die Mehrzahl der syphilitischen Erscheinungen zum Verschwinden zu bringen und hinter der anderen Quecksilberpräparate zurückstehend. Immerwahr-Berlin.

- 85) **La reazione di Wassermann considerata specialmente dal punto di vista del suo valore dirico nella siflide**, per A. Pasini. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1914. Fasc. 1.)

Die für die Klinik so wichtige Wassermannreaktion muß dem Antigen und dem Komplement besondere Sorgfalt bei der Titrierung widmen. Der Untersucher muß weitgehende Kenntnis der Immunisierungsmethoden und besondere Übung in Laboratoriumsarbeiten besitzen. Die Ersatz- und Vereinfachungsmethoden stehen an diagnostischem Wert hinter der Wassermannreaktion zurück. Die Wassermannreaktion ist keine Immunitätsreaktion, sondern eine Reaktion sui generis, die wissenschaftlich noch nicht definierbar ist. Besonders wichtig ist die Wassermannreaktion bei Syphilis latens, für den Ehekonsens, für die Untersuchung der Kinder Syphilitischer und die Ammenwahl. Es ist bereits erwiesen, daß die Immunität der Mutter und der Kinder vice versa nur latente Syphilis bedeutet. Die Wassermannreaktion ist nicht spezifisch für Syphilis, doch bleibt ihr praktischer diagnostischer Wert bestehen. Da die spezifische Therapie die Wassermannreaktion nach dem Grade ihres Einflusses auf den syphilitischen Prozeß beeinflusst, so hat die Reaktion auch einen therapeutischen Wert. Ein wiederholter negativer Wassermann spricht für einen günstigen Verlauf, jedoch muß die Behandlung auch bei negativem Wassermann 3—4 Jahre fortgesetzt werden, da die Erfahrung diese Zeit für

die Beseitigung der Infektion als notwendig erwiesen hat. Darüber hinaus muß bei positiver Wassermannreaktion die Behandlung fortgesetzt werden, da das Bestehen der Infektion dadurch erwiesen ist. Darüber hinweg zu sehen ist unklug, nachdem Spirochäten im Zentralnervensystem der Paralytiker und Tabiker und in den Wänden des Aortenaneurysmas nachgewiesen sind. Die Noguchische Luetinreaktion bildet ein Ergänzungs-, aber kein Ersatzmittel für die Wassermannreaktion.

Dreyer-Cöln.

- 86) **Über die praktische Verwendbarkeit der Herman-Perutzschen Luesreaktion und der Popoffschen Serodiagnose**, von Margarete Stern. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Verfasserin hat die von Herman und Perutz angegebene Ausflockungsreaktion bei Syphilis an 332 Seren nachgeprüft und sie mit den Ergebnissen der Wassermannreaktion verglichen. Dabei zeigte sich im allgemeinen eine Überlegenheit der Wassermannreaktion, denn sie gab 20% mehr positive Resultate als die Herman-Perutz-Reaktion. Allerdings war die letztere bei sicheren Luesfällen, bei denen die Wassermannreaktion versagte, in 4% positiv. Infolgedessen ist sie in einer Anzahl von Fällen eine wertvolle Ergänzung der Wassermannreaktion. Jedoch ist bei ihrer Bewertung eine gewisse Skepsis am Platze, denn sie ergibt auch manchmal unspezifische Hemmungen. Deshalb ist auch die Verwendung einwandfreier Reagenzien bei dem Versuche unerläßliche Vorbedingung. Verfasserin empfiehlt die Präparate von Merck. Die Popoffsche Seroreaktion, die sich auf die Beobachtung stützt, daß normales Menschenserum im Gegensatz zu luetischem Serum gegenüber Meerschweinchenblutkörperchen hämolytische Eigenschaften besitzt, ist praktisch unbrauchbar.

Lilienstein-Hamburg.

- 87) **Statistischer Nachweis der Vorzüge der Salvarsanbehandlung vor der Behandlung mit Quecksilber im Frühstadium der Syphilis**, von F. Pinkus. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 21.)

Genauere statistische Untersuchungen an einer großen Zahl frischer Syphilisfälle daraufhin, wie es mit dem ersten Jahre, mit dem ersten Rezidiv steht, ergaben, daß durch die Behandlung mit Salvarsan es gelingt, zwei- bis dreimal so viele Syphilitiker im Laufe des ersten Jahres rezidivfrei zu halten, als mit der alleinigen Quecksilberbehandlung.

Biberstein-Gleiwitz.

- 88) **Recherches expérimentales sur la mort attribuée au salvarsan**, par Morel et Mauriquaud. (Gaz. des hôpitaux. 1914. Nr. 30.)

Die experimentellen Untersuchungen, die die Verff. 3 Jahre lang an Tieren über den Organotropismus des Salvarsans angestellt haben, ergaben zwei Arten von Reaktionen: 1. die Tiere vertrugen die Injektionen gut, dann erfolgte die Arsenausscheidung durch den Urin rapid und stark, bei dem 3—4 Tage nach der Injektion getöteten Tiere fand sich in den Organen kein Arsen; 2. eine kleinere Anzahl von Tieren erlag schnell einer Intoxikation, hier enthielt der Urin kein Arsen, von den Organen fand sich besonders viel Arsen in der Leber; der Neurotropismus war gewöhnlich gleich Null. Das Salvarsan ist daher zunächst vorsichtig und in schwachen Dosen zu geben und der Urin auf Arsen zu untersuchen; ist die Ausscheidung verzögert oder fehlt sie ganz, so ist besondere Vorsicht geboten.

Paul Cohn-Berlin.

- 89) **Untersuchungen über die Ausscheidung des Salvarsans im Urin bei intravenöser Injektion konzentrierter wäßriger und konzentrierter Serum-Salvarsanlösungen, nebst Bemerkungen über den Einfluß der**

Diurese auf die Salvarsanausscheidung, von K. Kötter. (Med. Klinik. 1914. Nr. 19.)

Hinsichtlich der Dauer der Salvarsanausscheidung lassen sich zwei Typen unterscheiden, einerseits die kurzen Ausscheidungen bis zu 6 Stunden, andererseits die langen über 24 Stunden. Bei einem und demselben Patienten können diese Ausscheidungstypen wechseln und zwar auch bei konzentrierten Injektionen wie bei Seruminjektionen. Betreffs der Gesamtdauer der Salvarsanausscheidungen, d. h. der Zeit von der Injektion bis zur letzten positiven Salvarsanreaktion, im Urin ergab sich, daß die positiven Schwankungen in den späteren Tagen nach der Injektion bei den Seruminjektionen häufiger vorkommen als bei den Wasserinjektionen. Für die Frage des Einflusses der Diurese auf die Ausscheidungszeit ließ sich feststellen, daß weder bei kardialer noch bei renaler Oligurie die Salvarsanausscheidungszeit von der Diurese abhängig ist.

Biberstein-Gleiwitz.

90) **Das Salvarsan in der Hand des praktischen Arztes**, von R. Lenzmann. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 18 u. 19.)

In diesen für den Praktiker bestimmten Darlegungen werden einige Fragen im Sinne des jetzigen Standes unserer Kenntnisse besprochen, zunächst die nach den Gefahren des Mittels, seine Nebenwirkungen und die Dosierung. Ohne Salvarsan sollte keine Luesbehandlung durchgeführt werden.

Biberstein-Gleiwitz.

91) **Ein eigenartiger Fall von syphilitischer Reinfektion**, von F. Lesser. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Reinfektion eines extramatrimonial infizierten Ehemanns an seiner von ihm infizierten Frau, nachdem durch drei Neosalvarsaninjektionen sein erster Primäraffekt geheilt war. Verf. meint, es sei noch immer zu wenig von praktischen Ärzten bekannt, daß bei Primäraffekt mit noch negativer Wassermannreaktion durch zwei oder drei Salvarsaninjektionen Heilung eintreten könne.

Raff-Augsburg.

92) **Zur Technik der konzentrierten Neosalvarsaninjektion**, von Seyffarth. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Verf. löst Neosalvarsan in nur 2 g Wasser, welche er in die Neosalvarsanampulle schüttet, und spritzt es dann in die Vene ein. Er warnt davor, etwas neben die Venen zu injizieren.

Raff-Augsburg.

93) **Salvarsantherapie und Lues des Zentralnervensystems (inklusive Tabes dorsalis)**, von Iwaschensoff. (Münch. med. Wochenschrift. 1914. Nr. 16.)

Verf. behandelte mit Salvarsan 130 Fälle, darunter 39 Fälle von Myelitis luetica. In 8 Fällen wurde Besserung, die an Heilung grenzte, erzielt, in 11 Fällen bedeutende Besserung. Sie bestand in Wiederherstellung der Sensibilität, Abheilen des Decubitus. Ein Patient zeigte eine enorme Besserung bei Myelitis transversa; ein Patient mit Meningomyelitis cervicalis starb nach der zweiten Injektion. Bei Lues cerebrospinalis war der Erfolg (bei 14 Fällen) teils gut, teils schlecht. Bei 48 Fällen von Tabes zeigten sich Besserungen, bestehend in Aufhören der Schmerzen und der Blasenstörungen. Die nützliche Wirkung des Salvarsans bei der Lues des Zentralnervensystems steht nach Verf. außer Zweifel.

Raff-Augsburg.

94) **Technik und Erfolge der intravenösen Neosalvarsaninjektion**, von Katzenstein. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Verf. beschreibt zunächst die Technik seiner Injektionen und führt dann mehrere Fälle von Syphilis des Nervensystems an, in denen Besserung durch

Neosalvarsan eintrat; u. a. hat er Fälle von Paralyse beobachtet, bei denen die Pupillenreaktion wieder auftrat, bzw. ziemlich deutlich wurde. Verf. meint, die frühzeitige und darum erfolgreiche Behandlung liege in der Hand des praktischen Arztes und deshalb müsse sich dieser mit der so einfachen Behandlung vertraut machen.

Raff-Augsburg.

95) **Beitrag zur Reinfectio syphilitica**, von Hardrat. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Zwei Fälle: der erste mit Kalomelinjektionen und Salvarsan (im ganzen 1,84) behandelt, als geheilt angesehen, nachdem Wassermannreaktion negativ, Lumbalpunktat normal, Reinfektion nach einem Jahr. Der zweite Fall verlief ähnlich.

Raff-Augsburg.

96) **Über die Wirkungsweise des Salvarsans und Quecksilbers bei der Syphilis**, von Schreiber. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Verf. widerlegt die Auffassung verschiedener Autoren, daß Salvarsan nur indirekt bei Syphilis wirkt, z. B. durch die roborierende Wirkung des Arsengehaltes, durch Steigerung der Immunitätsprozesse usw. Er führt Beweise für spirillozoide Wirkung an, die sich besonders bei Primäraffekten in der Kupierung der Lues äußert. Leider durchdringen weder Hg noch Salvarsan die Gehirnmasse. Selbst die beste Hg-Verbindung wirkt nicht so schnell wie Salvarsan. Hg ist kein Spirochätengift, denn kleine Dosen wirken so gut wie große, intravenöse Injektionen nicht besser als subkutane. Verf. hofft, daß noch wirksamere Hg-Verbindungen gefunden werden. Hg und Salvarsan ergänzen sich: Salvarsan tötet die Spirochäten ab, Quecksilber steigert die Immunitätsreaktion des Körpers.

Raff-Augsburg.

97) **Technik der Sterilisation der Syphilis durch das Salvarsan**, von Leredde. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Der bekannte Verf. will, um sein oben genanntes Ziel zu erreichen, auf Hg verzichten und ausschließlich Salvarsan anwenden. Er stellt mehrere Grundregeln in der Behandlung auf. Die Behandlung muß möglichst frühzeitig beginnen, je älter die Infektion, desto schwieriger die Behandlung. Sie muß energisch sein. Man soll 0,01 pro kg Salvarsan, 0,015 pro kg Neosalvarsan anwenden, aber nur bei sonst gesunden Individuen und nie am Anfang der Behandlung; hier nur mit etwa 0,1 Salvarsan. Es geschieht dies zur Vermeidung der Herxheimerschen Reaktion. Die Behandlung der Syphilis soll eine dauernde sein, Serien von 7—8—10 Injektionen in Intervallen von 3 Wochen. Die Behandlung muß kontrolliert werden, zunächst durch die Seroreaktion ist diese negativ geworden, durch die Lumbalpunktion (letztere zweimal) positiv. Schwieriger ist die Sterilisation der alten Syphilis, doch kann man ihr nahe kommen, wie dies auch bei der Tabes der Fall. Verf. hat hier bis zu 40 Injektionen gemacht. Bei Paralytikern im Anfangsstadium scheint ebenfalls eine Besserung einzutreten.

Raff-Augsburg.

98) **Experimentelle und klinische Untersuchungen mit Salvarsan-Serumlösungen**, von B. Spiethoff. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 14.)

Bei der Lösung des Salvarsans in Serum gestalteten sich die Toxizitätsverhältnisse günstiger als mit Wasser. Fieberbewegungen traten seltener auf als in wäßrigen Lösungen. Neosalvarsan in Serum gelöst wird langsamer ausgeschieden als in konzentrierter wäßriger Lösung. In therapeutischer Hinsicht ist zunächst nur zu bemerken, daß die Wirkung von Salvarsan-Serumlösungen in den Frühstadien der Syphilis derjenigen von konzentrierter wäßriger Lösung zum mindesten gleichkommt. Verf. gibt wöchentlich eine

Salvarsau-Seruminfusion von 0,15—0,3 Neosalvarsau bis zur Gesamtdosis von 4,5 bei Lues I mit negativem Wassermann bzw. 7,5 bei Lues II. Dann etwa noch vorhandene positive Reaktion läßt eine Pause in der Kur ratsam erscheinen.

Biberstein-Gleiwitz.

99) **Zur Technik der intravenösen Infusion**, von E. Ruediger. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 14.)

Zur Vermeidung, das Venenlumen beim Abnehmen der Staubinde durch die Bewegung des Armes zu verlieren, dient eine vom Verf. konstruierte Einrichtung, die diese Mängel umgeht.

Biberstein-Gleiwitz.

Krankheiten des Urogenitalapparates.

100) **Traitement endoscopique de tuberculose vésicale par les courants de haute fréquence**, par Heitz-Boyer. (Journ. d'Urologie. 1914. S. 155.)

Tuberkulöse Ulzerationen, welche nach Nephrektomie persistieren und in einer sonst gesunden Blase sitzen, kann man nach Verf. durch Fulguration der kranken Partien bis 1 cm ins Gesunde zur Heilung bringen. Er teilt einen Fall zum Beweis mit und schlägt vor, auch tuberkulöse Granulationen in gleicher Weise zu behandeln, wofern sie nach Nephrektomie nicht von selbst schwinden. Die Technik dieses Verfahrens ist zweifellos nur allergeübtesten Kystoskopikern zugänglich.

Goldberg-Wildungen.

101) **Contribution à l'étude de la lithiase vésicale primitive**, par Coudray. (Journ. d'Urologie. 1914. S. 171.)

Verf. berichtet über 90 Fälle von Blasensteinen bei Kindern und Männern bis 40 Jahren aus der muselmännischen Bevölkerung von Nordafrika. Er hat sämtliche Steine durch Zystotomie entfernt. Von 50 Kindern sind 3, von 40 Erwachsenen 7 an der Operation gestorben. Die Blase wurde, da sie meist chronisch infiziert und entzündlich verdickt war, nicht genäht, sondern drainiert. Verf. schiebt die Todesfälle auf azendierende präexistente Pyelonephritis; er glaubte der Zystotomie den Vorzug vor der Litholapaxie geben zu müssen, weil sie eine gleichzeitige Behandlung der Infektion durch Immobilisierung der Blase gewährleiste. M. E. würde aber die Litholapaxie bei den 40 Erwachsenen nicht 20% Mortalität ergeben haben, ganz zu schweigen von dem meist 1—2 Monate währenden Krankenlager.

Goldberg-Wildungen.

102) **Le syndrome du rein mobile**, par Bolognesi. (Journ. d'Urologie. 1914. S. 21.)

Bei 28 Patienten, meist Frauen, verursachte die Beweglichkeit der Niere 11mal nur Schmerzen, dauernd oder anfallsweise, 2mal nur nervöse Beschwerden, 3mal gastrointestinale Atonie, 3mal Darmatonie mit Blinddarmschmerz, 1mal persistierende Anachlorhydrie, 2mal Choledochuskompression mit Gallenstauung, 3mal intermittierende Hydronephrose, 3mal Entzündung der Harnwege. Das klinische Bild der Wanderniere ist also vielgestaltiger und wechselvoller als man gewöhnlich annimmt; die Abhängigkeit aller dieser Symptome von der Beweglichkeit der Niere wurde dadurch bewiesen, daß sie erst nach der Nephropexie für immer verschwanden. Goldberg-Wildungen.

103) **De l'adénome périurétral (hypertrophie de la prostate)**, par Motz. (Revue clinique d'urologie. 1914. S. 1.)

Bereits vor 17 Jahren hat Verf. die histologische Struktur (Contri-

bution à l'étude de la structure histologique de la hypertrophie de la prostate. Paris 1896) und vor 9 Jahren die topographische Anatomie der „Prostatahypertrophie“ so dargestellt, wie heute alle Autoren sie auffassen. Entgegen der Meinung von Thompson und Launois, verursacht nicht Arteriosklerose die Prostatahypertrophie, sondern eine Neubildung von Drüsengewebe, welche sogar gut erhaltene Gefäße voraussetzt. Die gewucherten Drüsen sitzen periurethral, drängen die eigentliche Prostata peripher und machen sie atrophisch. Die hypogastrische Prostatektomie besteht in der Ausschälung der Adenome aus der atrophischen peripheren Prostata, der vermeintlichen „Kapsel“. Die Erhaltung der mit der Prostata zurückgedrängten Ductus ejaculatorii erklärt es, warum manche Prostatektomierte nicht impotent sind.
Goldberg-Wildungen.

104) **Traitement des tumeurs de la vessie par l'électrocoagulation**, par Lepoutre et d'Hulloxin. (Revue clinique d'urologie. 1914. S. 35.)

Die Verf. haben fünf Papillome der Blase intravesikal elektrokoaguliert, davon drei vollkommen beseitigt, zwei nach Sectio alta rezidierte umfangreiche bzw. disseminierte Papillome in Schranken gehalten. Sie empfehlen die in d. Centr. (17. Jahrg. Nr. 3) von uns ausführlich gewürdigte Methode angelegentlichst.
Goldberg-Wildungen.

105) **Über Blasenstein um die Dermoidhaare**, von M. Sasagawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. März.)

Bei einer 60jährigen Patientin, welche an Blasenstein und Cystitis litt und an Peritonitis starb, wurde bei der Sektion eine Dermoidzyste am rechten Ovarium gefunden, welche durch eine Perforationsöffnung in der hinteren Blasenwand mit der Blase verbunden war. Der plattovale Stein zeigte eine rauhe, gelbgraue, granulirte Oberfläche und bestand aus drei Schichten: den Kern bildete ein dichter Haarknäuel, um diesen hatte sich eine graugelbe Harnsäureschicht gelagert, und hierüber lagen graugelbe, lockere, weiche Phosphate. Die dünnen pigmentarmen Haare glichen denjenigen, welche sich auch in der Dermoidzyste fanden.
J.

106) **Über kongenitale Gänge und Zysten in der Raphe penis**, von C. Gutmann. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 16.)

Bericht eines Falles von kongenitalem Gang und drei Fällen von Zystenbildung, die alle subkutan in der Raphe gelagert waren. Schourp-Danzig.

III. Bibliographie.

J. Benario, **Die Reinfektion bei Syphilis**. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Gebiete d. Dermatol., herausgegeben von Jadassohn. III. Bd. H. 3 bis 5. Halle, Marhold, 1914. 3,60 Mk.) — In dieser enorm fleißigen Arbeit gibt uns Verf. einen neuen Beweis von den großartigen Fortschritten in der Syphilisbehandlung seit Einführung des Salvarsans. Denn während John bis zum Jahre 1909 aus einem über viele Jahrzehnte sich erstreckenden Zeitraum 119 einwandfreie Beobachtungen von Reinfectio syphilitica zusammenstellen konnte, hat Verf. aus der Periode der wenigen Jahre seit der Einführung des Salvarsans bereits 112 Fälle festgestellt. Bei frühzeitiger und energischer Behandlung scheint also eine Sterilisation des Organismus zu gelingen. Als Postulate für beide Infektionen hat man nach Verf. zu verlangen: die klinische Feststellung des Primäraffektes, mikroskopischen Spirochätennachweis, korre-

spondierende Drüsenschwellung, Verfolgung der Wassermannreaktion und Kenntnis der Infektionsquelle. J.

P. Ehrlich, **Eine Darstellung seines wissenschaftlichen Wirkens**. Jena, Fischer, 1914. 16 Mk.) — Diese zum 60. Geburtstage Ehrlichs (14. März 1914) erschienene Festschrift soll einen Überblick über seine Forschungen geben. Es will weder ein Lehr- noch ein Handbuch sein. Diesem Charakter entsprechend stehen im Mittelpunkt der Darstellung die Veröffentlichungen Ehrlichs, welche von seinen Schülern und Freunden einer eingehenden Analyse unterworfen werden. Unter den zahlreichen Mitarbeitern seien hier Apolant, Bertheim, Czerny, v. Dungern, Levaditi, L. Michaelis, Wassermann erwähnt. Besonderes Interesse werden bei unseren Fachgenossen die Aufsätze Neissers über Salvarsan und Syphilis, Morgenroths über chemotherapeutische Studien, Hatas und Shigas über experimentelle Grundlagen der Salvarsanwirkung, Benarios über klinische Erprobung des Salvarsans und Bierbaums über Salvarsan bei Tierkrankheiten erregen. J.

F. Dessauer, **Radium, Mesothorium und harte X Strahlung und die Grundlagen ihrer medizinischen Anwendung**. (Leipzig, Otto Nemnich, 1914. 3 Mk.) — Das vorliegende, von dem ausgezeichneten Röntgentechniker verfaßte und physikalische Dinge behandelnde Buch ist für den Radiotherapeuten von allerhöchstem Wert. Im Gegensatz zu manchen Publikationen des letzten Jahres wird der Anteil, den Wickham und Degrais durch Schaffung der Grundlagen der Radiumtherapie an deren Entwicklung genommen haben, hier ebenso deutlich wie gebührend besprochen. Die Wilsonschen Versuche, bei denen der Gang der einzelnen Strahlungen durch Kondensierung von Wasserstoff auf denselben photographisch dargestellt wird, sind in guten Bildern erläutert. Die Hauptkapitel gelten der Vervollkommnung der Röntgenapparate in der Erzeugung homogener harter Strahlung. Eingestreut ist ein Abschnitt von Apolant aus dem Ehrlichschen Institut über Tierversuche mit homogener Strahlung. Ein für jeden Gebildeten äußerst lesenswertes, in der Kunst der Darstellung an Soddy erinnerndes Kapitel über die Bedeutung der Radioaktivität für die Naturwissenschaft beschließt das Werk, dessen vorzügliche Ausstattung besondere Erwähnung verdient. Im Anhang sind besonders eine Anzahl praktischer Notizen für den Ankauf radioaktiver Substanzen enthalten. Dreyer-Köln.

Z. Pascha, **La lèpre à travers les siècles et les contrées**. (Paris, Masson, 1914. 12 Frcs.) — Der kürzlich verstorbene Verf. hat fast sein ganzes Leben dem Studium der Lepra gewidmet und hierin viel Ersprießliches geleistet. In diesem umfangreichen Werke faßt er noch einmal auf 845 Seiten alles Wissenswerte über diesen Gegenstand zusammen, so daß es sich gewiß als ein Nachschlagewerk bald unentbehrlich machen wird. J.

J. Wetterer, **Handbuch der Röntgentherapie**. Anhang: **Die radioaktiven Substanzen in der Therapie**. Bd. I. (Leipzig, Otto Nemnich, 1914. 20 Mk.) — Die zweite Auflage des rühmlichst bekannten und weit verbreiteten Buches liegt jetzt vor uns. Entsprechend der raschen Entwicklung der Röntgenologie hat der Umfang zugenommen, so daß das Buch nun in zwei Bänden erscheint, deren erster jetzt fertig ist. Über die knappe und doch umfassende Darstellungsweise braucht wohl weiter Rühmendes nicht gesagt zu werden. Eine Lücke, die ich bei der ersten Auflage empfunden hatte, die

etwas dürftige Ausführung der biologischen Wirkungen der Röntgenstrahlen, ist jetzt durch eine bedeutende Erweiterung dieses Kapitels ausgefüllt worden. Die Histologie ist vollständig zu ihrem Rechte gekommen und wird durch eine Anzahl trefflicher Tafeln erläutert. Der erste Band enthält die allgemeine Röntgenologie, die physikalischen Grundlagen, die Apparatur, Meßverfahren, technische Ausführung und die Biologie. C. Siebert-Charlottenburg.

IV. Therapeutische Notizen.

Enuresis nocturna:

- 1) Rez. Extr. fluidi Rhois aromat. 20,0
Ds. 2mal täglich 5—20 Tropfen (je nach dem Alter).
(Portner, Medizin. Klinik. 1913. H. 41.)

J.

Perniones:

- 2) Rez. Monochlorphenol cyst. 1,0—2,5—5,0
Glycerin ad 50,0
S. Abends aufzupinseln.
(Blunck, Therapeut. Monatsh. 1914. April.)

J.

Vulvovaginitis gonorrhoeica:

- 3) Rez. Protargol 5,0
Aq. dest. 8,0
Glycerin ad 50,0
(Perrin.)

J.

V. Vereinsberichte.

Vereinigung nordostdeutscher Dermatologen.

Sitzung vom 29. März 1914 in Danzig.

Vorsitz: Jessner-Königsberg; Schriftführer: Heymann-Elbing.

Wienert-Königsberg stellt aus der Universitätspoliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Königsberg Fälle von **Mycosis fungoides**, **Lichen ruber planus** und **Lues hereditaria tarda** vor. Mit der Röntgentiefentherapie war bei der Mycosis fungoides ein prompter Erfolg zu erzielen. Der Luesfall weist Knochenveränderungen auf, die an Hand von Röntgenphotographien besprochen werden.

Brauer-Danzig demonstriert 1. einen 9jährigen Knaben mit beim Genuß bestimmter Speisen, z. B. von Äpfeln und Fruchtmarmelade reflektorisch ausgelöster **Hyperämie und Hyperidrose** der linken Gesichtshälfte.

2. ein 8jähriges Mädchen mit Kerion Celsi, das anfänglich zu Gruppen vereinigte, bald fast den ganzen Körper bedeckende **Lichen trichophyticus-effloreszenzen** zeigte. Trichophytin-Moro positiv. Pilze waren in den Effloreszenzen nicht nachweisbar.

3. einen Patienten mit stark positivem **Trichophytin-Moro**, der vor wenigen Wochen eine tiefe Trichophytie des Bartes überstanden hat.

4. zwei Fälle von **Kopffavus**, von denen der eine die rein squamöse

Form des Favus ohne Scutula aufwies. Salbenverbände brachten hier eine schnelle Besserung.

5. **Raynaudsches Syndrom** bei einer 38jährigen Patientin, die sich vor etwa 7 Jahren luetisch infiziert hatte und bis vor 4 Monaten, zu welcher Zeit ein universelles tubero-ulzeröses Exanthem bestand, nicht antiluetisch behandelt worden war. Seit 2 Jahren bestehen auch epileptische Anfälle, die Vortr. ebenso wie das Raynaudsche Syndrom auf die Lues zurückführt. Eine energische kombinierte Kalomel-Salvarsanbehandlung heilte die Lues der Haut, ließ die epileptischen Anfälle an Häufigkeit abnehmen, brachte aber keine Besserung der durch das Raynaudsche Syndrom hervorgerufenen Beschwerden.

6. einen 20jährigen Mann mit seit 9 Jahren bestehendem Lupus vulgaris und **Skrophulotuberkulose** von Haut und Knochen der linken Hand, die zur Verkrüppelung des Ringfingers geführt hatte. Heilung bis auf einen Rest von Lupusknötchen durch dreimalige Röntgentiefenbestrahlungen von je 10 X unter 3 mm Aluminium in 3wöchigen Pausen.

7. ein 4jähriges Mädchen, das seit dem 1. Lebensjahr an **tuberkulösen Knochenhautgeschwüren** aller Extremitäten und des Kinnes litt Heilung aller Stellen durch Röntgentiefenbestrahlung. Besprechung eines weiteren durch Röntgentiefenbestrahlung geheilten Falles von Skrophulotuberkulose des Halses und der Unterkinngegend, der sich gegen langdauernde andere Behandlung refraktär erwiesen hatte.

8. einen 18jährigen Patienten, dessen Handrücken mit dicht stehenden Gruppen von **Verucae vulgares** bedeckt waren. Heilung mit vorzüglichem kosmetischem Resultat durch Röntgenstrahlen.

9. einen 69jährigen Mann mit seit 6 Jahren bestehendem ausgebreitetem **Kankroid** in der rechten Axilla. Anscheinend geheilt durch zwei Röntgenbestrahlungen zu 20 X und eine zu 10 X. Vortr. empfiehlt die Röntgen-Normaldosis bei Behandlung von Hautkarzinomen zu überschreiten zur Vermeidung eines durch die Röntgenstrahlen hervorgerufenen Wachstumsreizes;

10. ein 9jähriges Kind mit seit 6 Jahren bestehender **Alopecia areata totalis**, bei dem jede Therapie, auch die Lichtbehandlung, versagt hatte.

11. ein 8jähriges Mädchen mit **greisenhaftem Gesichtsausdruck**, bedingt durch ausgedehnte narbige Hautveränderungen, die durch eine im Alter von 2 Jahren akquirierte, sich über 2 Jahre erstreckende pemphigoide Erkrankung, wahrscheinlich Dermatitis herpetiformis Duhring, hervorgerufen sind.

12. **Syringome** der Brust bei einer 25jährigen Patientin.

13. Besprechung eines Falles von **Bromoderma tuberosum** bei einem an Epilepsie leidenden Jungen und eines Falles von **papulonekrotischen Tuberkuliden** bei einem mit schwerem Lupus vulgaris behafteten Mädchen an der Hand von Photographien.

Steinborn-Thorn bespricht an der Hand einer Photographie einen Fall von **luetischem Monorezidiv** am linken Oberschenkel eines 28jähr. Patienten. Enesolinjektionen brachten das Geschwür in ganz kurzer Zeit zur Heilung.

Jessner-Königsberg bringt ein ausführliches Referat über **Wesen und Therapie des Ekzems**. Vortr. bespricht genauer die Stellung des Ekzems zu anderen exsudativen Prozessen. Er grenzt scharf das Krankheitsbild des Ekzema seborrhoicum vom Ekzem ab; auch die Dyhidrosis erkennt er nicht als ekzematöse Affektion an. An der Hand der drei pathologischen Grundveränderungen des Ekzems charakterisiert er die verschiedenen Ekzemformen und gibt eine Skizze der Therapie auf Grund seiner subjektiven Erfahrungen.

Brauer-Danzig demonstriert sein **röntgentherapeutisches Zimmer**, spricht über moderne Röntgeneinrichtungen, Röntgenschutz und die Kieler Methode der Röntgendosimetrie nach H. Meyer. Zum Schluß zeigt er einen nach eigenen Angaben angefertigten Quarzansatz für die Kromayersche Quarzlampe, der sich sehr gut zur Behandlung der Mundschleimhaut eignet.

Heymann-Elbing.

VI. Vermischtes.

Das 3. Heft des von Gaston herausgegebenen und von uns bereits früher empfohlenen Atlas „Le laboratoire du Praticien“ (Poinat, Paris, 1914. 4 Frcs.) enthält auf 18 Tafeln wieder 319 ausgezeichnete teils farbige, teils schwarze Abbildungen. Dieselben umfassen die chemische Untersuchung des Urins, die makroskopische und ultramikroskopische Untersuchung der anatomischen und parasitären Elemente des Urins, Harnsedimente, Blasensteine, Harnkrystalle, Faeces, Histochemie und Serodiagnostik. Auch dieses Heft kann auf das wärmste empfohlen werden.

J.

Die **Internationale Gesellschaft für Sexualforschung** (Präsident Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. J. Wolf-Berlin) veranstaltet am 31. Oktober, 1. u. 2. November d. J. in Berlin ihren ersten Kongreß. Er wird das gesamte Gebiet der wissenschaftlichen Sexualforschung umfassen und voraussichtlich in eine biologisch-medizinische, eine sozial- und kulturwissenschaftliche, eine juristische (einschließlich der Kriminalanthropologie und Psychologie) und eine philosophisch-psychologisch-pädagogische Sektion geteilt werden. Die Verhandlungssprachen sind deutsch, englisch, französisch; jedoch ist der Präsident befugt, für besondere Fälle auch andere Sprachen zuzulassen.

Von den bisher angemeldeten Vorträgen nennen wir: Prof. Dr. Broman-Lund: Ursachen und Verbreitung der natürlichen Sterilität und ihr Anteil am Geburtenrückgang. — Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fritsch-Berlin: Thema vorbehalten. — Prof. Dr. H. Gross-Graz: Vergleichende Kriminalpsychologie der Geschlechter. — Prof. Dr. Ch. Klumker-Frankfurt a/M. und Pastor W. Pfeiffer-Berlin: Was wird aus den Unehelichen? — Prof. Dr. Mingazzini-Rom: Weibliche Kriminalität und Menses. — Prof. Dr. W. Mittermaier-Gießen: Die Stellung des Strafrechts zu den Sexualdelikten im Wandel der Geschichte. — Dr. A. Moll-Berlin: Zur Psychologie, Biologie und Soziologie der alten Jungfer. — Prof. Dr. Sellheim-Tübingen: Fortpflanzung und Fortpflanzungsbereitschaft als Arbeit der Frau. — Prof. Dr. E. Steinach-Wien: Beeinflußbarkeit der Geschlechtscharaktere. — Prof. Dr. S. Steinmetz-Amsterdam: Der individuelle Faktor in der Rassenmischung. — Geh. Reg.-Rat Prof. Dr. J. Wolf-Berlin: Sexualwissenschaft als Kulturwissenschaft.

Für die Mitglieder der Gesellschaft ist die Teilnahme am Kongreß frei, Nichtmitglieder haben eine Einschreibgebühr von 10 Mk. zu zahlen. — Anmeldungen zum Kongreß, auch von Vorträgen, werden schon jetzt an den zweiten Schriftführer, Dr. M. Marcuse-Berlin W. 35, Lützowstr. 85 erbeten, an den auch alle sonstigen Anfragen betreffend den Kongreß und die Gesellschaft zu richten sind.

VII. Personalien.

Frühwald habilitierte sich in Leipzig für Dermatologie.

Dr. Ernst Schreiber in Magdeburg wurde zum Professor ernannt.

Eichhoff in Elberfeld ist gestorben.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTE in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

Siebzehnter

IN BERLIN.

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Verr & Comp. in Leipzig.

1914.

August.

Nr. 11.

Inhalt. I. Originalmittellungen. 1) Über die durch Sulfoform hervorgerufenen anatomisch-pathologischen Veränderungen in der gesunden Haut, von Dr. med. W. Kopytowski.

II. Referate. Allgemeine Pathologie und Therapie. 1) Männlich und weiblich, von W. Fliess. 2) Neue Wege zum Studium der Wechselbeziehungen der einzelnen Organe und ihrer Störungen, von E. Abderhalden. 3) Zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie, von A. Eulenburg. 4) Die Fliesssche Periodizitätslehre und ihre Bedeutung für die Sexualbiologie, von B. Saaler. 5) Der Ausfall des Kopfhaares und seine Behandlung, von F. Pinkus. 6) Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande, von E. Riecke. 7) Die Behandlung mit Kohlen-säureschnee, von J. Novotný. 8) Röntgen- oder Radiumbehandlung, von S. Kreuzfuchs. 9) I. Über Farbenwechsel des Haarkleides nach der Hauttransplantation, von G. Schöne. II. Beobachtungen über das Wachstum der Haare, von G. Schöne. **III. Bemerkungen zu dem Aufsatz: Beobachtungen über das Wachstum der Haare, von M. Scheln.** 10) Peli del mento con una glandula sebacea alla parte inferiore del loro follicolo: malformazione di uno di essi e delle sue papille, per S. Giovannini. 11) Concerning protein metabolism in diseases of the skin, by J. F. Schamberg, A. J. Ringer, G. W. Raiziss and J. A. Kolmer. 12) Beitrag zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkung der Eisenpräparate zu erklären, von J. Trebing. 13) Die persönliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von M. Müller. 14) Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektion, von F. Laupheimer. — Entzündliche Dermatosen. 15) Die Delbetsche Operation (Anastomosis saphenofemorialis), deren Technik und Resultate, von S. Kostlivý. 16) Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter, von Schubert. 17) Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Eczema capitis, von Obmann. 18) Über seltene Formen von Lichen ruber planus und ihre Behandlung, von R. Polland. 19) Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans, von J. Toyama. 20) Scharlach und Erythema nodosum, von H. Eichhorst. 21) Beitrag zur Lehre der Dermatitis nodularis necrotica, von W. Rosenthal. — Progressive Ernährungsstörungen der Haut. 22) Sarkoide Tumoren der Haut, von R. L. Sutton. 23) A note on two cases of epithelioma adenoides cysticum (Brooke) tricho-epithelioma papulosum rodens (Jarisch), by E. H. G. Little. 24) Über Miliom mit Riesenzellengewebe, von S. Hanawa. 25) Die Röntgentherapie bei Syringom, von S. Hanawa. 26) Statistische Untersuchung der Hautgeschwülste in unserer Klinik in den letzten 7 Jahren, von K. Asahi und K. Murasawa. 27) Über sogen. Elephantiasis nostras, von N. Nakafo, S. Omori, T. Murata und T. Kawaguchi. 28) Ein weiterer Fall von operativ geheilter Noma, von A. Bergmann. — Parasitäre Dermatosen. 29) Die Fadenpilzkrankungen des Menschen, von R. O. Stein. 30) Behandlung der Skabies mit Sulfidal, von J. Odstréll. — Chronische Infektionskrankheiten der Haut. 31) Erfahrungen über Antiprolbehandlung, von T. Kinoshita. 32) Ärztlicher Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupusranke, von Alfr. Jungmann. 33) Periadentitis mucosa necrotica recurrens, von R. L. Sutton. — Gonorrhoe. 34) Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittels Diathermie, von R. Boerner und C. Santos. 35) Hexal, ein neues Blasenantiseptikum, von C. Gruenbaum. 36) Versuche mit Collargol zur

abortiven Behandlung der Gonorrhoe, von **M. Wohl**. 37) Der Tripper, laienverständlich dargestellt von **Orlowski**. — Syphilis. 38) Relazione clinico-statistica sopra i risultati terapeutici, ottenuti mercè l'uso del 606 e di altri arsenobenzoli, nei sifilitici curati nella Clinica Dermosifilopatica di Bologna, per **Majocchi**. 39) Gli arsenobenzoli nella terapia della sifilide. Risultati terapeutici e criticazioni, per **Verrotti**. 40) Gli arsenobenzoli nella terapia delle sifilide, per **Truffi**. 41) Klinische Erfahrungen über das Neosalvarsan im Garnisonsspital Nr. 1 in Wien, von **Frühwald**. Ergebnisse der Salvarsantherapieluetischer Erkrankungen im österreichisch-ungarischen Heere, von **Moldovan**. 42) Über einen Todesfall nach intravenöser Injektion von Neosalvarsan, von **Frühwald**. 43) Über die Anwendung des alten destillierten Wassers zur intravenösen Neosalvarsaninjektion, von **H. Mitsuno**. 44) Salvarsanserum, von **Stühmer**. 45) Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems nach **Swift** und **Ellis**, von **Eskuchen**. 46) Zur Toxizität des Salvarsans, von **Älter**. 47) Über die Verarbeitung des Salvarsans und Neosalvarsans im Organismus, von **Riebes**. 48) Leucémie myeloïde et syphilitique, par **Nanta**. 49) Note sur un cas d'élephantiasis des membres inferieurs, par **Moreau**. 50) La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue? par **Nicolas et Gaté**. 51) De l'emploi des injections de sérum salvarsanisé „in vitro“ et „in vivo“ sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale, par **G. Marinresco**. 52) I. Un signe rétrospectif de la syphilis: hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien, sans leucocytose et sans Wassermann, par **M. Bloch** et **A. Vernes**. II. De la valeur pronostique et diagnostique de l'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien, par **A. Vernes**. 53) Sur la technique de traitement intracranien de la paralysie générale, par **C. Levaditi**, **A. Marie** et **De Martel**. 54) Zur Therapie der syphilitischen Nervenkrankheiten, von **Oppenheim**. 55) Die Wassermannsche Reaktion in ihrer Beziehung zum Collesschen Gesetz, von **J. Cassel**. 56) Die Kombination von Quecksilber und Salvarsan oder Neosalvarsan in der poliklinischen Behandlung der Syphilis, von **Ch. E. Panoff**. 57) Über eine zweckmäßige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung angeborener Syphilis, von **E. Hoffmann**. 58) Über syphilitische Primäraffekte der behaarten Kopfhaut, von **P. P. Müller**. 59) Beitrag zur Kenntnis der tertiären anorektalen und vulvären Syphilis, von **C. Vignolo-Lutati**. 60) Weitere Beiträge zum Studium der Histopathologie der experimentellen Kaninchensyphilis, von **Fr. Graetz** u. **E. Delbanco**. 61) Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion bei Malaria, von **E. Jacobsthal** u. **Rocha-Lima**. 62) Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse, von **Runge**. 63) Erfahrungen mit Neosalvarsan, von **E. Seger**. 64) Über die Bedeutung der Goldsolreaktion der Spinalflüssigkeit zur Erkennung der Lues des Zentralnervensystems, von **V. Kafka**. 65) Die Fortschritte der Syphilistherapie, von **Citron**. 66) Die Stellung der progressiven Paralyse (und Tabes) zur Syphilis und die Frage ihrer Behandlung, von **Meyer**. 67) Zur Frage der modernen Behandlung der frischen Syphilis, von **Bodländer**. 68) Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis, von **Blaschko**. 69) Über reine Salvarsantherapie der Syphilis, von **Wechselmann**. 70) Die Frage des Entstehens der Reaktionsprodukte bei der Serodiagnostik auf Lues, von **v. Wassermann** und **Lange**. 71) Die Fortschritte der Syphilisbehandlung, von **Lesser**. 72) Zur Frage der Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion, von **A. Alexander**. 73) Über den Rhodangehalt des Speichels Syphilitischer, von **J. Schmitt**. 74) Weitere Beobachtungen über die Intrakutanreaktion mit dem Luetin nach **Noguchi**, von **Faginoli** und **Fischella**. 75) I. Bemerkungen zur Syphilispathologie und zur Heilwirkung des Salvarsans. II. Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber, von **v. Zeissl**. 76) Über die Doehle-Hellersche Aortitis (Aortitis luetic). Eine pathologisch-anatomische Studie von **G. B. Gruber**. 77) Beitrag zur modernen Luesbehandlung. Zwei neue Arsenquecksilberpräparate, von **A. Herzfeld**. 78) Über plötzlichen Tod bei Aortenlues, von **Tilp**. 79) Lues, Magen- und Darmerkrankung, von **E. Schneider**. 80) A case of anular papular syphilis in a negress, by **H. Fox**. 81) Erfahrungen mit einem neuen Jodeiweißpräparat, von **H. Löhe**. 82) Zwei Fälle mit kongenitaler Syphilis, von denen in einem Falle Glykosurie ein vorherrschendes Symptom war, von **G. H. Day**.

III. Bibliographie. — IV. Therapeutische Notizen. — V. Vereinsberichte. — VI. Vermischtes. — VII. Personalien.

I. Originalmitteilungen.

[Aus dem St. Lazarus-Krankenhaus in Warschau.]

Über die durch Sulfoform hervorgerufenen anatomisch-pathologischen Veränderungen in der gesunden Haut.

Von Dr. med. W. Kopytowski, leitendem Abteilungsarzt.

Das von L. Kaufmann dargestellte Sulfoform, eine chemische Verbindung von drei Benzolresten, Antimon und Schwefel nach der Formel $(C_6H_5)_3Sb = S$ (Triphenylstibinsulfid), wurde vor 4 Jahren von M. Joseph in die Dermatologie eingeführt und von ihm die Fälle, bei welchen das Mittel verwendet werden kann, in diesem Centralblatte veröffentlicht. Es folgten alsbald die Arbeiten von H. Merz, W. Schneider, A. Sternthal, Joseph und Kaufmann u. a.

Vor 2 Jahren habe ich nun im Archiv f. Dermatologie u. Syphilis eine Arbeit über die Einwirkung des Schwefels auf gesunde Haut veröffentlicht, die Kaufmann veranlaßte, mir anfangs 1913 eine größere Menge Sulfoform mit der Bitte zu übersenden, analoge Versuche wie mit Schwefel auszuführen. Die Ergebnisse dieser Versuche, die von mir in der männlichen Abteilung des hiesigen Krankenhauses ausgeführt wurden, sollen hier in Kürze mitgeteilt werden.

Wir reizten gesunde Skrotalhaut mit einer 10⁰/₀igen Sulfoform-vaselinsalbe, welche mit dem Finger ein- oder zweimal in 24 Stunden aufgeschmiert und hierauf das Skrotum in Watte eingehüllt wurde. Nach 2—10 Tagen wurden Hautstückchen unter Lokalanästhesie exzidiert und in Alkohol, 6⁰/₀igem Sublimat, 4⁰/₀igem Formalin, Zenkerscher, Müller-Unnascher ($ZnCl_2$) Lösung usw. fixiert, in Paraffin eingebettet, auf $\frac{1}{100}$ bis $\frac{2}{100}$ mm geschnitten und nach den in der Dermatologie üblichen Methoden gefärbt.

Fall I. 27jähriger blonder Mann. Die Haut wurde zweimal in 24 Stunden mit 10⁰/₀iger Vaselinsulfoformsalbe geschmiert. Skrotalhaut stark gerötet und ödematös. Ödem und leichte Rötung der Haut am Penis und in der Leisten-gegend. Intensives Jucken der Haut. Am 21./III. 1913 Exzision eines Hautstückchens in Lokalanästhesie mit 3⁰/₀igem Novokain und Härtung teils in Sublimat, teils in Alkohol. Der Hautdefekt wurde zugenäht und mit Jodoformgaze verbunden. Am folgenden Tage ein nässendes Ekzem mit starker Hautschwellung, welches 3 Tage lang dauerte. Nach Weglassen des Jodoforms langsame Heilung des Ekzems des Skrotums und der Umgebung im Laufe von 20 Tagen. Die Hornschicht fehlt fast vollständig; wo sie noch in Gestalt von Inselchen erhalten ist, ist sie verdickt und entweder ganz verhornt oder sie enthält deutliche stäbchenförmige Kerne; hie und da sieht man die Konturen isolierter Spindelzellen. Das Stratum lucidum und granu-

losum fehlen. Die Schnitte werden von oben mit ödematösen, vergrößerten Stachelzellen begrenzt. Stellenweise sind alle Zellen vakuolenhaltig, an anderen Stellen findet man weniger Vakuolen. In den oberen Partien der Stachelzellenschicht sieht man zahlreiche kleine Räume von dem Umfange von 4—6 Zellen; dieselben sind entweder mit körnigen Massen oder mit Leukozyten und Lymphozyten gefüllt. Die unteren Schichten des Stratum spinosum sind weniger ödematös, enthalten zahlreiche Leukozyten und staubförmiges Pigment, teils in den Interzellularräumen, teils in den Zellen selbst. Die Interzellularräume etwas erweitert; keine Mitosen. Die Papillarschicht, die oberen Schichten der Cutis und das Corium stark infiltriert. Die Infiltrate sind ungleichmäßig verteilt, neben einigen stark infiltrierten Papillen findet man schwach infiltrierte. Die Infiltrate bestehen entweder aus Leukozyten oder aus Lymphozyten. Die Gefäße sehr erweitert, entweder leer oder mit feinkörnigen Massen und Leukozyten gefüllt. Das Endothel der Gefäßwände gequollen. Die Lymphdrüsen stark erweitert und größtenteils leer. Die Talgdrüsen hier und da seitlich infiltriert, ihre Struktur unverändert. Die die Schweißknäuel und Drüsengänge auskleidenden Zellen sind ödematös; das Drüsenlumen enthält häufig feinkörnige Massen. Die Haare und Haarscheiden ohne deutliche Veränderungen. Die Muskelfasern zuweilen ödematös. Die elastischen Fasern gerade gerichtet, verdünnt, spärlich. Nerven unsichtbar.

Fall II. Blonder Mann von 32 Jahren. Eine 10%ige Sulfoformsalbe wurde durch 2 Tage zweimal täglich angewendet. Die Haut etwas gerötet, geschwollen, juckt. Das Präparat teils in Sublimat, teils in Alkohol fixiert. Die Hornhaut verdickt, liegt hauptsächlich den oberen Schichten des Präparates an; in den Vertiefungen ist sie wellenförmig zerfasert, Verhornung ohne Veränderungen. Das Stratum lucidum unsichtbar. Keratohyalinschicht wenig ausgeprägt, besteht aus einer oder zwei Zellenschichten mit geringer Keratohyalinmenge. Die Stachelzellenschicht wenig verändert, zuweilen treten hier vakuolenhaltige Zellen und vereinzelte Leukozyten auf. Die Zylinderzellenschicht unterscheidet sich nicht von den tiefen Lagen des Stratum spinosum und ist gleichsam verdickt. Die Zellen dieser Schicht haben die Form sehr elongierter Zylinder. Spärliches Pigment. Die Papillarschicht und die oberen Cutisschichten schwach infiltriert, stellenweise unverändert. Die Bindegewebszellen gequollen, reichlich, deutlich, gut gefärbt. Mäßige Erweiterung der Gefäße, hier und da erweiterte Lymphspalten, mit feinkörnigen Massen gefüllt. An der Seite eine Haarscheide, unbedeutende Infiltration. Haare, Talgdrüsen, Hautmuskeln ohne deutliche Veränderungen. Diese Elemente färben sich sehr gut und leicht. Keine Nerven.

Fall III. 20 jähriger Mann. Die Haut wurde 10 Tage lang mit einer 5%igen Sulfoformsalbe gereizt. Die Haut graubraun verfärbt, nicht ödematös, kein Abschilfern, kein Jucken. Am 9./IV. 1913 Exzision eines kleinen Stückes und Fixation desselben, teils in Sublimat, teils in Formalin. Die Hornschicht verdickt, homogen, festgefügt, enthält hier und da kleine Konkreme von braunem Pigment. Das Stratum lucidum fehlt. Die Körnerschicht schwach ausgeprägt, besteht aus einer oder zwei Lagen von Zellen; die oberen Lagen des Stratum spinosum ohne deutliche Veränderungen. Die Zylinderzellenschicht verdickt, besteht aus einigen Reihen sehr langer Zylinderzellen. In dieser Schicht sowie in den tieferen Lagen des Stratum spinosum sieht man viel braunes staubförmiges Pigment, welches meistens zwischen den Zellen liegt; dieses Pigment ist am deutlichsten an den nach Pappenheim gefärbten Präparaten.

Die Papillarschicht und die oberen Cutisschichten sind leicht, aber ungleichmäßig infiltriert. Zuweilen sieht man bedeutende Infiltrate in den Papillen und in der Umgebung der Gefäße und Drüsen. In der Regel sind aber diese Infiltrate schwach. Die Blutgefäße und Lymphspalten sind oft erweitert; die Endothelzellen deutlich, die Gefäße enthalten zuweilen spärliche Erythro- und Leukozyten. Die Bindegewebszellen deutlich, hie und da kleine Plasmazellen. Ausgesprochene Pigmentzellen der Haut fehlen trotz großer Menge Pigments in der Zylinderschicht und im Stratum spinosum. In der Cutis und in den Papillen kleine Pigmentanhäufungen. Die Talg- und Schweißdrüsen ohne deutliche Veränderungen; desgleichen die elastischen Fasern. Die hyaline Haarscheide verdickt. Nerven unsichtbar.

Fall IV. Dunkelhaariger 22jähriger Mann. Die Haut wurde durch 9 Tage mit 5%iger Sulfoformvaseline gereizt. Die Haut leicht ödematös, etwas gerötet, juckt nicht. Am 10./X. 1913 wird ein Stückchen Haut exzidiert und in 4%igem Formalin und in Alkohol fixiert. Die Hornschicht ist größtenteils kompakt, verdickt, liegt dem Präparat an den meisten Stellen an und enthält unregelmäßig verteilte Pigmentanhäufungen. Das Stratum lucidum fehlt. Die Körnerschicht besteht aus zwei bis drei Lagen keratohyalinärmer Spindelzellen. Die Stachelzellenschicht ohne deutliche Veränderungen, enthält zwischen den Zellen viel staubförmige Pigmentkörner und Pigmentzellen. Die Zylinderschicht enthält viel Pigment und entsendet ganze Pigmentstreifen nach dem Stratum spinosum. Schwache Leukozyteninfiltrate der Papillarschicht und der oberen Cutislagen in der Umgebung der Gefäße. Überall sieht man in geringer Menge vereinzelte Leukozyten in der Haut. Die Pigmentzellen fehlen fast vollständig. Das Gefäßendothel deutlich verdickt, die Lymphspalten erweitert, meistens mit feinkörnigen Massen gefüllt. Die Drüsen, Muskeln, elastischen Fasern und Haare ohne deutliche Veränderungen.

Fall V. 35jähriger dunkelblonder Mann. Die Haut wurde 3 Tage lang mit 5%iger Sulfoformsalbe gereizt. Haut gerötet, chagrinartig, juckt nicht. Es wurde ein Hautstückchen exzidiert und in Sublimat und Formalin fixiert. Die Hornschicht verdickt; ihre oberen Lagen zerfasert, die unteren kompakt, liegen den Schnitten an. Die durchsichtige Schicht fehlt; das Stratum Malpighi ohne deutliche Veränderungen; spärliches Pigment in den Zylinderzellen. In der Papillarschicht mehr als sonst mononukleäre Leukozyten. Unbedeutende Gefäßerweiterung. Hie und da kleine formlose Lymphspalten, meistens in den oberen Schichten der Cutis. Drüsen, Muskeln, elastische Fasern, Haare ohne deutliche Veränderungen.

Fall VI. 34jähriger dunkelblonder Mann. Die Haut wurde 9 Tage lang mit 10%iger Sulfoformsalbe gereizt, sie ist leicht gerötet, opalisiert, etwas ödematös. Am 1./XI. 1913 Exzision eines Hautstückchens, welches teils in Alkohol, teils in Sublimat fixiert wurde. Die Hornschicht sehr verdickt, kompakt oder zerfasert. Die Verdickung besonders in den Hautvertiefungen ausgesprochen. Diese Schicht ist homogen gefärbt, enthält keine Kerne und keine Zellanhäufungen. Hie und da sieht man kleine Pigmentanhäufungen. Das Stratum lucidum fehlt. Die Körnerschicht besteht aus zwei bis drei Zellreihen. In der Stachelschicht findet man hie und da einzelne Vakuolen. Die Zylinderschicht verdickt, enthält viel Pigment, sei es in Zellen, sei es zwischen denselben. Zahlreiche kleine Spindelzellen mit großem Kern und spärlichem Protoplasma. Manche Papillen sind mit einkernigen Leukozyten infiltriert. Spärliche Pigmentzellen in der Papillarschicht: dieselben

wie zerfallen. Das Bindegewebe der Haut enthält teils solitäre, teils neben den Gefäßen und Haarscheiden angehäuften einkernigen Leukozyten. Zahlreiche erweiterte, leere Lymphspalten, die Gefäße erweitert, das Endothel gequollen. Die Hautmuskeln, Drüsen, Haare, elastischen Fasern ohne deutliche Veränderungen.

Fall VII. 28jähriger blonder Mann. Die Haut wurde durch 6 Tage mit 10%iger Sulfoformsalbe gereizt, sie ist gerötet, leicht ödematös, kontrahiert, juckt nicht, keine Abschilferungen. Exzision des Präparates am 1./X. 1913. Fixation teils in Alkohol, teils in Formalin. Die Hornschicht verdickt, liegt hauptsächlich den oberen Lagen des Stratum Malpighi an, ist gänzlich verhornt. Stratum lucidum fehlt. Die Körnerschicht undeutlich, besteht meist aus zwei Reihen sehr abgeflachter Spindelzellen. Die Stachelzellenschicht ohne deutliche Veränderungen. Die Zylinderzellenschicht ungleichmäßig verdickt, enthält viel Pigment, hauptsächlich intrazellulär. In dieser Schicht sieht man schmale längliche Spindelzellen, welche von mir öfter bei Entzündungen infolge chemischer Reizungen der Haut als endotheliale Zellen beschrieben worden sind. In manchen Papillen und um die Gefäße ungleichmäßige leukozytäre Infiltration. Die Gefäße erweitert, das Endothel gequollen. Spärliche, erweiterte Lymphspalten. Die innere Haarscheide gespalten. Drüsen, Haare, Hautmuskeln, elastische Fasern ohne deutliche Veränderungen.

Außer diesen oben beschriebenen 7 Fällen wurde die gesunde Skrotalhaut noch in 3 Fällen mit 10%iger Sulfoformsalbe durch 10 Tage gereizt, doch ließen die Kranken eine Exzision der Hautstücke nicht zu. Auch in diesen Fällen zeigte die Haut außer leichter Rötung nichts Besonderes.

Betrachten wir nun näher die Beschreibungen dieser Fälle, so eignet sich für unseren Zweck nicht nur der erste Fall, in welchem eine besondere Empfindlichkeit gegen das Mittel und gegen Jodoform aufgetreten ist; die Veränderungen waren dabei wie bei Eczema madidans. Die übrigen 6 Fälle waren makroskopisch wie mikroskopisch im großen und ganzen einander ähnlich und unterschieden sich nur bezüglich der Einzelheiten:

Bei länger — bis 10 Tage — dauernder Wirkung des Sulfoforms waren die histologischen Veränderungen nur um ein geringes intensiver. Die Hornschicht war stets verdickt, fast immer homogen, kompakt. Über den Hautfalten war sie gewöhnlich zerfasert, gut verhornt. Ausnahmsweise traten Kernspuren auf, häufig findet man kleine Pigmentanhäufungen (Fall III, IV, — 10tägige Wirkung).

In allen Fällen fehlte die Oehlsche durchsichtige Schicht vollständig. Die Körnerschicht trat überall auf, mit Ausnahme des fünften Falles; doch war dieselbe stets schwach entwickelt. Die Zellen hatten die Gestalt von dünnen, länglichen Spindeln mit spärlichen, doch normal gefärbten Keratohyalinkörnern. Die oberen Schichten der Stachelschicht boten keine sichtbaren Veränderungen, sind zuweilen leicht ödematös; dazwischen liegen ziemlich oft einzelne, unregelmäßig zerstreute Leukozyten. Die Zahl der Leukozyten hat in den tieferen Lagen des Stratum spinosum bedeutend

zugenommen. Dort waren auch die Interzellularräume zuweilen mehr erweitert. Die Zylinderschicht war gewöhnlich verdickt, die Zellen waren klein, enthielten große Kerne und viel Pigment, welches sehr oft auch in den Interzellularräumen auftrat (Fälle III, IV, VI, VII); im Fall IV drang das staubförmige Pigment in Form von Streifen hoch in die Stachelschicht ein. In der Hornschicht sieht man winzige herdförmige Agglomerate körnigen Pigmentes. Die Lagen der konischen Zellen gingen allmählich in die Stachelschicht über; zuweilen waren, wie im Fall II, die Lagen der Zylinderzellen stark elongiert. Keine Mitosen. In den Fällen VI und VII fand ich endlich lange dünne Zellen, hauptsächlich über den Hautpapillen; ihre Zahl war zuweilen beträchtlich. Diese Zellen enthielten einen großen länglichen Kern und spärliches Protoplasma, färbten sich intensiv. Über die Bedeutung dieser Zellen habe ich mich in meinen zahlreichen Arbeiten ausgesprochen. Ich habe sie in großer Menge bei Resorzin-, Chrysarobin- und Schwefelwirkung sowie bei Psoriasis usw. angetroffen. Wie schon anderwärts erwähnt, sind diese Zellen als einwachsendes Gefäßendothel zu betrachten. In den beiden Fällen VI und VII waren diese Spindelzellen sehr dünn und lang, viel dünner als die analogen Zellen bei Psoriasis, Schwefel-, Chrysarobin- und Resorzinwirkung usw. Diese Zellen atrophieren in der mittleren Lage der Stachelschicht. Die Papillarschicht und die oberen Cutisschichten zeigten wenig charakteristische Veränderungen. Zuweilen waren die Papillen mit spärlichen einkernigen Leukozyten infiltriert. Diese Infiltrate fand ich nur in der Minderzahl der Papillen. Die Erweiterung der Papillen und Ödem der Endothelien trat sowohl in den Papillen, als in den oberen Cutisschichten häufiger auf. Dasselbe gilt für die Lymphspalten, welche in den Fällen II, III und VI stark erweitert waren. Die Infiltrate in der Cutis waren auch unbedeutend und traten zuweilen in Gestalt kleiner herdförmiger Ansammlungen meist einkerniger Leukozyten in der Umgebung der Gefäße oder Haare auf, meistens als zerstreute Leukozyten im Bindegewebe der Haut. Die Zahl der fixen Bindegewebszellen war zuweilen vergrößert, die Zellen waren ödematös, vergrößert. Im Fall III fehlten fast vollständig die Pigmentzellen in der Papillarschicht und den oberen Cutislagen; in der Zylinderschicht war ihre Zahl beträchtlich. In den Drüsen konnte ich keine Veränderungen wahrnehmen. In den Haaren fand ich zweimal (Fall III und VII) eine Verdickung und Spaltung der hyalinen Scheide. In der Muskelschicht der Haut, in den elastischen Fasern fand ich keine bedeutenderen Veränderungen, keine Nervenfasern.

Wie wir aus obiger Zusammenstellung der anatomo-pathologischen Veränderungen bei Sulfoformwirkung ersehen, ist die Wirkung der des Schwefels sehr ähnlich, nur ist sie milder. Diese Veränderungen sind auch hier entzündlicher Natur: Erweiterung der Gefäße in den Papillen

und den Coriumschichten, Erweiterung der Lymphdrüsen, Trübung der Gefäßendothelien, Einwachsen derselben in die Zylinderschicht und Stachelzellenschicht in Gestalt von Spindelzellen. Zahlreiche fixe Bindegewebszellen und Lymphozyten. Auch ist eine schwach chromotaktische und leukozytaktische Wirkung des Sulfoforms wahrzunehmen. Die keratoplastische Wirkung des Sulfoforms tritt stets als Verdickung der Hornschicht auf.

Im Einklange mit den zu beobachtenden anatomischen Veränderungen der Haut werden naturgemäß auch die therapeutischen Effekte stehen, die wir von dem Sulfoform erwarten können. Dies habe ich auch durchaus bestätigt gefunden, als ich das Mittel klinisch bei den verschiedenen Krankheiten zur Anwendung brachte, bei denen es von den eingangs aufgeführten Autoren erprobt worden war. Ich habe dabei besonders bei Skabies (10%) und bei Seborrhoea sicca capilliti (mit 5—10%igem Ol. rusci) gute Erfolge gesehen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch bemerken, daß es mir ratsam erscheint, stets mit kleinen Dosen zu beginnen, da, wie der oben beschriebene Fall I lehrt, auch einmal eine Überempfindlichkeit der Haut gegen das Mittel vorkommen kann.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung berechtigen zu dem Schlusse, daß das Sulfoform zu mannigfacher Anwendung in der Dermatologie befähigt ist. Das Mittel wird sich meines Erachtens, besonders wenn es billiger¹ wird, einen dauernden Platz im dermatologischen Arzneischatz erwerben.

Literatur.

Ludwig Kaufmann, Über chemische und physiologische Eigenschaften des Triphenylstibinsulfids usw. Biochem. Zeitschrift. XXVIII. 1910. H. 1. — Max Joseph, Über Sulfoform, ein neues Schwefelpräparat. Dermatol. Centralblatt. XIV. H. 1 u. 2. — Walter Schneider, Über Sulfoformöl. Dermatol. Centralblatt. XIV. H. 10. — W. Kopytowski, Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der gesunden Haut nach Schwefelwirkung. Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXIV. 1912. H. 1. — Hans Merz, Die Alopecia seborrhoica und deren Behandlung. Dermatol. Centralblatt. XVI. H. 1. — Alfred Sternthal, Therapeutische Versuche mit Sulfoform. Dermatol. Wochenschrift. LVI. 1913. — Max Joseph, Zur Sulfoformbehandlung der Alopecia seborrhoica. Dermatol. Wochenschrift. LVI. 1913. — Max Joseph und Ludwig Kaufmann, Über die Verwendung des Sulfoforms in der Dermatologie. Therapeut. Monatsh. XXVII. 1913. Dezember.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

- 1) **Männlich und weiblich**, von W. Fliess. (Zeitschrift f. Sexualwissenschaft. 1914 H. 1.)

Alles Lebendige besteht aus männlicher und weiblicher Substanz, die

¹ In Warschau kosten 50,0 der 10%igen Sulfoformsalbe 1 Rubel 19 Kopeken.

einzelne Zelle sowohl wie ein ganzes Wesen. Der Mann hat mehr männlichen, das Weib mehr weiblichen Stoff. Aber jeder hat auch vom andern sein Teil und muß ihn haben, um leben zu können. Deshalb sind im letzten Grunde alle Lebewesen hermaphroditisch. Die einen in re, die andern in potentia. Daß aber diese potentia leicht zu erwecken ist, das zeigen die Geschlechtsübergänge und Perversionen, das zeigt die Möglichkeit der Jungferzeugung, die bis in die menschlichen Teratome hinein zu verfolgen ist, das zeigt auch die ungeschlechtliche Vermehrung, die Staubfäden und Stempel hervorbringt. Das Begonienblatt, das der Gärtner in die Erde steckt und das sich dann zur vollständigen Pflanze ergängt, muß schon beide Stoffe enthalten, wenn beiderlei Fortpflanzungsorgane aus ihm sprossen. Mann und Weib ein Leib. .

Heymann-Elbing.

- 2) **Neue Wege zum Studium der Wechselbeziehungen der einzelnen Organe und ihrer Störungen**, von E. Abderhalden. (Zeitschrift f. Sexualwissenschaft. 1914. H. 1.)

Keine Zellart besteht für sich im Organismus. Es stehen vielmehr alle Zellen unter sich in Wechselbeziehungen. Teils werden diese durch Nervenbahnen vermittelt, teils durch Stoffe, die je nach Bedarf der Blutbahn übergeben werden. Daß die Zusammensetzung des Blutes in engen Grenzen konstant bleibt, beruht auf Einrichtungen, die fortwährend regulierend eingreifen. Es besteht die Hoffnung, daß man einerseits durch das Tierexperiment und andererseits durch die Beobachtung am Menschen die Entscheidung treffen kann, welches Organ bei bestimmten funktionellen Störungen in Frage kommt, ferner wird man feststellen können, welche Organe zusammenarbeiten. Dabei werden sich vielleicht auch neue Gesichtspunkte über die Bedeutung der Geschlechtsdrüsen für den Organismus ergeben.

Heymann-Elbing.

- 3) **Zur Behandlung der sexuellen Neurasthenie**, von A. Eulenburg. (Zeitschrift f. Sexualwissenschaft. 1914. H. 1.)

Die Behandlung muß zunächst eine prophylaktische sein und gehört als solche in das Bereich der sexuellen Hygiene und Pädagogik. Der Pollutionismus wird am besten mit dem Psychrophor und durch hydrotherapeutische Prozeduren, medikamentös mit Bromistin, Sedobrol und Styptol bekämpft. Gegen die neurasthenische Impotenz sind ebenfalls der Psychrophor und die Hydrotherapie zu empfehlen, medikamentös hat sich nur das „Yohimbin-Spiegel“ behaupten können. Zum Schluß gedenkt Verf. der mechanischen Vorrichtungen, am Membrum virile selbst Füllung der Schwellkörper und somit Erektion und Orgasmus zu erzielen.

Heymann-Elbing.

- 4) **Die Fliesssche Periodizitätslehre und ihre Bedeutung für die Sexualbiologie**, von B. Saaler. (Zentralbl. f. Psychoanalyse u. Psychotherapie, medizin. Monatsschrift f. Seelenkunde. IV. 1914. H. 7 u. 8.)

Die beiden Hauptgedanken der Fliessschen Lehre: der Satz vom periodischen Ablauf aller Lebensvorgänge und die Annahme der dauernden Doppelsechlechtigkeit der lebendigen Substanzen haben eine sehr verschiedene Beurteilung erfahren. Der erste Gedanke ist von der medizinischen Wissenschaft glatt abgelehnt worden, die Richtigkeit des zweiten ziemlich allgemein anerkannt. Der Tragweite der Fliessschen Anschauung von der Doppelsechlechtigkeit der lebendigen Substanz ist man jedoch nicht ganz gerecht geworden, und man konnte dies schon vollends nicht, wenn man sie nicht im Zusammenhang mit dem ersten Gedanken (der Periodizitätslehre) betrachtet. Nach Fliess treten in periodischen Intervallen Lebensänderungen auf. Die

Intervalle sind nicht gleichmäßig, da sie ihre Entstehung einer doppelten Periodizität, der 28. und 23. Tag, verdanken. Die nach Verf. immense theoretische und praktische Bedeutung der Fliesschen Lehre hat zuerst Ostwald erkannt. Alle Widersprüche, die erhoben worden sind, besonders die von Mugdan, seien hinfällig und entbehrten jeder Berechtigung. Verf. gibt sodann eigene Beobachtungen wieder, an denen er zeigt, daß sich die 28er und 23er Perioden in der Natur tatsächlich finden; die Periodizität liegt nicht immer klar zutage, sie ist oft verschleiert. In innigen Beziehungen steht die Periodenlehre zur Sexualbiologie, wofür Verf. einige Beispiele ausführlich schildert (hierbei die Hypothese von der Rechts- und Linkslokalisation der Sexualzentren, die Bedeutung der Fliessschen bilateralen Symmetrie und die Linksbetonung des Künstlerstreifens). Verf. kommt dann zu dem Schluß, daß sich die Periodenlehre auf dem sicheren Fundament exakter Naturbeobachtung aufbaut; speziell muß die psycho-analytische Forschung von der Bedeutung der Fliessschen Lehre durchdrungen sein, um nicht allein eine befruchtende Wirkung auf ihre Ergebnisse zu erzielen, sondern auch um den Anschluß an die Biologie zu finden. Felix Königsberger-Berlin-Schöneberg.

- 5) **Der Ausfall des Kopfhaares und seine Behandlung**, von F. Pinkus. (Halle a/S., Carl Marhold, 1914. 1,60 Mk.)

Wir finden in der Abhandlung zunächst die Anlageentwicklung des fötalen und kindlichen Haares, seine Anomalien, deren Behandlung bzw. Verhütung, wobei hier nur der am häufigsten gemachte Fehler: das zu häufige und zu intensive Waschen des Kopfes mit Seife statt der rationellen Anwendung von spirituösen Mitteln erwähnt werden soll. Es folgt dann das bleibende Kopfhaar, sein Wachstum, seine normalen wie pathologischen Veränderungen. Sehr interessant sind die Beobachtungen, die Verf. während 4 Jahren an vier isolierten Haaren gemacht hat, ihre Lebensdauer, ihre Wachstumsenergie usw. Nach seinen eingehenden Beobachtungen kann man noch nach zwei eventuell mehr Jahren aus der Beschaffenheit des lufthaltigen Markstranges usw. erkennen, ob und wann der Patient eine Infektionskrankheit oder dergleichen Schädigung des Gesamtorganismus durchgemacht hat. Schließlich sind die verschiedenen Formen und Ursachen der Alopecien aufgeführt und die Theorien der noch nicht aufgeklärten ätiologischen Momente kritisch beleuchtet. Am Ende finden wir eine ausführliche Therapie, die unter anderen hervorhebt, daß man den Allgemeinzustand des Körpers nicht bei der Behandlung von Haarkrankheiten außer acht lassen darf.

Klokow-Berlin.

- 6) **Hygiene der Haut, Haare und Nägel im gesunden und kranken Zustande**, von E. Riecke. (Bücherei der Gesundheitspflege. XII. Zweite verbesserte Auflage. Stuttgart, Ernst Heinrich Moritz.)

Zur Gesundheit zu erziehen, zur werktätigen Gesundheitspflege zu verleiten, das ist der Zweck des vorliegenden Buches. Wie wir auf so vielen Gebieten der modernen Hygiene noch in den Kinderschuhen stecken, so läßt sich ganz besonders auf dem Felde der Hygiene der Haut und der ihr anhängenden Gebilde vielfach ein Mangel der einfachsten und selbstverständlichsten Maßnahmen beobachten, welche nicht nur für die Gesunderhaltung der Haut, sondern auch für das allgemeine körperliche Wohlbefinden von größter Wichtigkeit sind. Verf. bringt die neuesten Forschungen auf dem Gebiete der Haut-, Haar- und Handpflege zur Geltung und gibt Mittel und Wege an, wie Haut- und Haarkrankheiten auf leichte Art zu vermeiden sind;

das Buch ist zugleich eine allgemeinverständliche Darstellung moderner Schönheitspflege, wie sie für weitere Kreise brauchbarer nicht gedacht werden kann. Ein reiches Bildermaterial macht die textliche Darstellung so anschaulich wie möglich.

J.
7) **Die Behandlung mit Kohlensäureschnee**, von J. Novotný. (Časopis lékařův českých. 1914. Nr. 26.)

An der dermatologischen Klinik Janovský in Prag wird der Kohlen-schnee teils komprimiert, teils gemengt mit Schwefeläther bei den verschiedenen Arten der Naevi, Lupus erythematosus, Ulcus rodens und Lupus vulgaris angewendet. Der kosmetische Effekt ist vollkommen befriedigend. Der Kohlensäureschnee ist bei gleichzeitigem Druck viel intensiver wirksam als Chloräthyl; er ist billiger als flüssige Luft und seine Applikation ist einfach und ungefährlich.

G. Mühlstein-Prag.

8) **Röntgen- oder Radiumbehandlung**, von S. Kreuzfuchs. (Zentralbl. f. d. ges. Therapie. 1914. März.)

Bei dem jetzigen Stand der Strahlenbehandlung ist der Vorzug der Röntgenmethode vor der Radiumtherapie in der wissenschaftlich festgesetzten Dosierung der Einfachheit und Kürze der Einzelbehandlung, der leichteren Beschaffenheit und Billigkeit zu suchen. Das Radium hat hingegen vor der Röntgenbestrahlung voraus: die Möglichkeit, das Präparat in Hohlräume einzuführen, bettlägerige Kranke in ihrer Wohnung zu behandeln und das Präparat, wenn dies zweckmäßig ist, nachts an der zu behandelnden Stelle zu belassen. Sollte sich aber die neue Röhre bewähren, welche Coolidge kürzlich in New York demonstrierte, und welche die Erzeugung homogener Strahlen von jeder Penetrationskraft ermöglicht, so würde mit der Erreichung einer hochwirksamen Dosis in wenigen Sekunden die Röntgentherapie wieder einen erheblichen Fortschritt machen.

J.

9) I. **Über Farbenwechsel des Haarkleides nach der Hauttransplantation**, von G. Schöne. (Zeitschrift f. d. ges. experim. Medizin. 1913. H. 5.) — II. **Beobachtungen über das Wachstum der Haare**, von G. Schöne. (Die Naturwissenschaft. 1914. April.) — III. **Bemerkungen zu dem Aufsatz: Beobachtungen über das Wachstum der Haare**, von M. Schein. (Ebenda. 1914. Mai.)

Die eingehenden Untersuchungen des ersten Verf.'s beziehen sich auf Wachstum, Farbenwechsel, Strich und Balgveränderungen der Haare. Die Erscheinung stärkeren, besonders bei Sommerwärme schnellen Nachwachsens rasierter oder geschorener Haare führt er auf eine vermehrte Durchblutung und Tätigkeit der Haut zurück, wie sie entsprechend auch in der Nähe von eiternden Wunden und an starker Hitze ausgesetzten Stellen intensives Haarwachstum hervorruft und sich bei Mäusen nach Hautexzisionen erkennen ließ. Zum Studium des Farbenwechsels dienten weiße und graubraune Mäuse. Auf transplantierten Lappen fielen bei dunklen Mäusen die Haare fast stets aus und wuchsen meist in weißer Farbe, selten in dunkler nach. Ein gewisser Zusammenhang bestand zwischen der dunkleren Färbung der Haut und dem Pigmentgehalt der auf ihr wachsenden Haare. Das nachgewachsene Haar blieb meist dauernd weiß, machte aber in einigen Fällen wieder dunkleren Haaren Platz. Stehengebliebene Haare behielten stets ihre alte Farbe, niemals wurde ein dunkles Haar weiß. Das weiße Haar enthält mehr Luft und kein oder nur wenig Pigment. Ablösung der Hautlappen unter Erhaltung ihrer Nerven und Zerstörung ihrer Blutgefäße und subkutanen Bindegewebes

fürten nach Wiedereinheilung dieser Lappen zu keinem sicheren Schluß über den Einfluß der Nervenfunktion auf das Haar. Das Nachwachsen weißer Haare an Stellen, wo zwar dunkle standen, erklärt Verf. durch eine temporäre Ernährungsstörung. Das meist gesteigerte Wachstum neuer Haare erfährt eine qualitative Verminderung in Form des Pigmentmangels. Als seltene Anomalie wird das Nachwachsen besonders dunkler Haare nach Haarausfall durch Lues und Röntgenstrahlen berichtet. Versuche über den Haarstrich ergaben, daß der Organismus nicht imstande ist einen falschen Strich durch innere Regelung des Haarwuchses zu korrigieren. Eine Regeneration des Haarbalges vom Oberflächenepithel aus gibt es nicht, hingegen ließen Tierversuche eine Erneuerung des Transplantats durch Substitution nachweisen. Es muß hier zwischen Substitution und Regeneration unterschieden werden: das Epithel wächst in den toten Haarbalgrest hinein und reorganisiert denselben, zur Haarbildung kommt es aber nicht. — Die Beobachtungen Schönes bestätigt Schein nach klinischen Erfahrungen. Er sah graue Haare schneller, länger und widerstandsfähiger wachsen als benachbarte dunkle. Auch konnte er feststellen, daß Pigmentverlust zuerst an den Haaren eintrat, deren Vorgänger mehr Pigment aufgebracht hatten. Wie Schöne an Tieren, konnte auch Schein an Menschen niemals einen Pigmentverlust bei vorher pigmentierten Haaren beobachten.

J.

- 10) **Peli del mento con una glandula sebacea alla parte inferiore del loro follicolo: malformazione di uno di essi e delle sue papille**, per S. Giovannini. (Anatom. Anzeiger. 1914. Nr. 23 u. 24)

Bei drei großen Kinnhaaren, welche im oberen Teile von den Talgdrüsen versorgt wurden, zeigte der untere Teil eine selten beobachtete Abnormität. Ihr Follikel besaß neben 1 oder 2 Talgdrüsen am oberen Teile eine andere in ungewöhnlich tiefer Lage. Das Haar gelangt nicht dazu sich in den Trichter des Follikels zu senken. Von seiten der Talgdrüse fehlt dem Haare ein erhebliches Segment sowohl in Hülse und Cuticula als auch an der Wurzelscheide. Von zwei Papillen, mit denen eines der Haare versehen ist, ist die eine rudimentär, die andere zwar mittelgroß und zusammengesetzt, aber ohne Hals und von verkürztem Körper. Der histologische Befund wird durch Photographien und genaue Beschreibung erläutert.

J.

- 11) **Concerning protein metabolism in diseases of the skin**, by J. F. Schamberg, A. J. Ringer, G. W. Raiziss and J. A. Kolmer. (British Journ. of Dermatology. 1914. Mai.)

Im Gegensatz zu Tidy ist Verf. der Meinung, daß bei gewissen Dermatosen, Psoriasis, Pemphigus foliac. Stickstoff im Körper zurückgehalten würde. Mit Stickstoff gefütterte Patienten schieden einen Teil desselben in Urin und Fäzes, einen anderen Teil durch die Haut aus, doch ergaben sorgfältigste Untersuchungen die Retention eines dritten Teiles im Körper. Verf. erklärt diesen Vorgang folgendermaßen: Während des ganzen Krankheitsverlaufs besteht Proliferation und Wucherung der epithelialen Zellen, welche Protein erfordert. Dies Protein wird von den sich vermehrenden epithelialen Zellen dem Blutstrom entzogen. Je nach der Schwere der Erkrankung ruft diese Verarmung des Körpers an Protein einen mehr oder weniger starken Stickstoffhunger hervor. Sobald während des krankhaften Zustandes der Proteinmetabolismus untersucht wird, erweist sich die Zurückhaltung des Stickstoffes. Dasselbe lagert sich entweder in der Haut oder in anderen Zellen des Körpers, besonders in Muskelzellen ab.

J.

- 12) **Beitrag zur Eisenwirkung. Ein Versuch, die Unterschiede in der Wirkung der Eisenpräparate zu erklären**, von J. Trebing. (Zeitschrift f. experim. Pathologie u. Therapie. XVI.)

Wir kommen nicht selten in die Lage, bei Hautleiden neben dem Arsen auch Eisen zu verordnen. Nach dieser Richtung ist die von dem Verf. ausprobierte künstlich hergestellte organische Eiseneiweißverbindung, das Eisentropfen, wohl eines Versuches wert. Es ist ein bei Chlorose und Anämie energisch wirksames Heilmittel. J.

- 13) **Die persönliche Prophylaxe der venerischen Krankheiten**, von Max Müller. (Abhandl. aus dem Gebiete der Dermat., Syphilis u. Krankh. d. Urogenitalapparats. 1914. H. 6.)

Nach statistischen Darlegungen und ausführlicher Besprechung der verschiedenen Präservativmittel gegen Geschlechtskrankheiten betont Verf. am Schlusse, daß die einzige vollwertige Prophylaxe in sexueller Abstinenz vor der Ehe und in der Wahrung unbedingter Treue in der Ehe zu suchen sei. Wenn der Arzt aber alle Mittel zur Erzielung einer moralischen Prophylaxe versucht habe, so sei es von ihm kein Unrecht, sondern vielmehr seine Pflicht, auf die verschiedenen, als zweckmäßig erprobten prophylaktischen Hilfsmittel hinzuweisen. Dabei muß aber immer beachtet werden, daß zwar gegen Gonorrhoe ein gewisser Schutz zu gewähren ist, aber kaum gegen die durch alle Eintrittspforten des Organismus dringende Syphilis. Der Verhütung extragenitaler Infektionen von Unschuldigen werden besondere Ausführungen gewidmet. J.

- 14) **Der strafrechtliche Schutz gegen geschlechtliche Infektion**, von Friedrich Laupheimer. (Bibliothek f. Soziale Medizin, Hygiene u. Medizinalstatistik. IX. 2 Mk.)

Daß die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten und ihre Wirkung auf die Volksgesundheit allgemeine und großzügige Bekämpfungsmaßnahmen erheischen, ist seit langem Überzeugung aller für das Volkwohl interessierter oder verantwortlicher Kreise. Die bisher in diesem Kampf angewendeten Mittel sind medizinisch-hygienisch, volksaufklärend und polizeilich. Unter Ärzten wie unter sehr namhaften Juristen ist aber die Ansicht verbreitet, daß diese Mittel durch einen strafrechtlichen Schutz höchst wirksam unterstützt werden könnten und müßten. Soll das geschehen, dann ist es jetzt, wo die Reform des Strafrechts vor der Tür steht, die höchste Zeit, die nötigen Unterlagen für eine solch wichtige und einschneidende Forderung beizubringen. Dieser Aufgabe hat sich Verf. mit Fleiß, Umsicht und Geschick unterzogen. In knapper Darstellung beleuchtet er zunächst die medizinischen Grundlagen und die soziale Bedeutung des Problems und untersucht dann, welchen Schutz schon jetzt das deutsche Strafrecht gegen geschlechtliche Infektion bietet. Hierbei sind seine historischen Darlegungen nicht minder interessant, wie die sich auf das geltende Recht beziehenden. Sie gewinnen an Leben durch die Anführung zahlreicher Gerichtsentscheidungen, die erweisen, inwieweit das geltende Recht eine Schutzwirkung ausüben kann und wo sie versagt. Nach ausführlicher Behandlung der einschlägigen und vielfach als Vorbild heranzuziehenden Gesetzgebung des Auslandes werden dann die im deutschen Strafrecht vorhandenen Mängel klar herausgeschält und die zu deren Abstellung bisher gemachten Vorschläge kritisch beleuchtet und durch eigene ergänzt. J.

Entzündliche Dermatosen.

- 15) **Die Delbetsche Operation (Anastomosis sapheno-femoralis), deren Technik und Resultate**, von S. Kostlivý. (Časopis lékařův českých. 1914. Nr. 20.)

Verf. implantierte nach Hesse die Vena saphena in die Vena femoralis an einer Stelle, die unterhalb einer funktionstüchtigen Klappe der letzteren Vene lag, bei 12 zum Teil mit Ulcera cruris komplizierten Fällen von aus-

gedehnten Varikositäten der ganzen Unterextremität. 10 Fälle konnten nach $\frac{1}{2}$ —2 Jahren revidiert werden; 8 Fälle waren vollkommen gesund, die Ektasien blieben aus; bei 2 Fällen bestanden wohl Reste der Dilatationen, aber die Kranken waren frei von allen Beschwerden. G. Mühlstein-Prag.

16) **Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter**, von Schubert. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)
Die Verfasserin berichtet über sehr gute Erfolge mit dieser Behandlung.

Raff-Augsburg.

17) **Ein Fall von generalisierter Vakzine bei Eczema capitis**, von Öbmann. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

Ein Kind von $1\frac{3}{4}$ Jahren mit Eczema capitis schlief mit einem geimpften Bruder zusammen. Es erkrankte, wie Verf. meint, auf hämatogenem Wege an Vaccina generalisata, wurde dann wieder hergestellt. Das chronische Ekzem war ebenfalls geheilt.

Raff-Augsburg.

18) **Über seltene Formen von Lichen ruber planus und ihre Behandlung**, von R. Polland. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. September.)

Der erste Fall war ein Lichen ruber pemphigoides, der zweite Fall war ein Lichen ruber planus corneus bzw. hypertrophicus. Beide Fälle heilten durch einige Salvarsaninfusionen von 0,3 vollständig ab. Das Salvarsan scheint bei Lichen ruber eine geradezu spezifische Wirkung zu entfalten.

Immerwahr-Berlin.

19) **Beitrag zur Kenntnis der Acanthosis nigricans**, von J. Toyama. (Dermatolog. Zeitschrift. 1913. September.)

Der Fall zeigte in klassischer Weise die drei Kardinalsymptome: abnorme Pigmentation, Papillarhypertrophie, typische Lokalisation. Außerdem wies er noch ein Magenkarzinom auf. Der histologische Befund zeigte die charakteristischen Veränderungen.

Immerwahr-Berlin.

20) **Scharlach und Erythema nodosum**, von H. Eichhorst. (Med. Klinik. 1914. Nr. 25.)

Aus den drei beobachteten Fällen geht hervor, daß man zu den Ursachen eines Erythema nodosum auch den Scharlach zu rechnen hat.

Biberstein-Gleiwitz.

21) **Beitrag zur Lehre der Dermatitis nodularis necrotica**, von W. Rosenthal. (Inaug.-Dissertation. Königsberg 1914.)

Ein der Hydroa vacciniiforme ähnliches Krankheitsbild begleitet von Schwellung des linken Nebenhodens und Gangrän an Händen und Füßen wird eingehend beschrieben. An der ganzen Körperoberfläche, besonders im Gesicht und an den Armen, aber auch an Wangenschleimhaut und Conjunctiva bildeten sich kleine Knoten, die in Pusteln oder Schorfe bzw. Geschwüre sich umwandelten und bald mit Narbenbildung abheilten. Die Behandlung mit Kochsalz und Salvarsaninfusionen, mit Tuberkulin und rotem Licht hatte keinen nennenswerten Erfolg. Die bakteriologische Untersuchung zeigte nichts Besonderes, histologisch sah man das Bild einer Rundzelleninfiltration mit polymorphen Leukozyten. Ähnliche Fälle sind von Werther, Klingmüller und Bruck beschrieben.

Klokow-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen der Haut.

22) **Sarkoide Tumoren der Haut**, von R. L. Sutton. (Dermatolog. Wochenschrift. 1914. Nr. 19.)

Verf. scheidet die Sarkoidtumoren der Haut in zwei Gruppen, die aber

beide nichts mit Tuberkulose in bezug auf Wesen und Ätiologie zu tun haben. In die erste Gruppe reiht er alle Geschwülste des Boeckschen Typus ein. In die zweite Gruppe kommen alle Gewächse der Spiegler-Fendtschen Art und auch wohl alle oder fast alle Fälle von Hautsarkomen, die durch Arsenik dauernd geheilt worden sind.

Schourp-Danzig.

- 23) **A note on two cases of epithelioma adenoides cysticum (Brooke), tricho-epithelioma papulosum rodens (Jarisch),** by E. H. G. Little. (British Journ. of Dermatology. 1914. Mai.)

Der erste Patient litt seit 7 Jahren an drei allmählich entstandenen Tumoren des Gesichts, von denen zwei durchscheinende dünne Oberhaut, der dritte eine oberflächliche Ulzeration zeigte, heilten unter Kohlensäureschnee, der dritte wurde exzidiert und zeigte histologisch untersucht teils mit Epithel, teils mit Detritus gefüllte Lacunen des Bindegewebes, daneben große einkernige Zellen: das Bild eines benignen Epithelioma adenoides cysticum. In dem zweiten Falle entwickelten sich die kleineren, aber zahlreicheren Knötchen im Verlaufe von 15 Jahren auf Gesicht und Rumpf eines 58jähr. schwächlichen Mannes, auch hier zeigten die Wucherungen, welche zum Teil von einem Haarfollikel ausgingen, ein gutartiges Bild. Das Wiederkehren der Affektion in der gleichen Familie, die symmetrische Anordnung, das Fehlen einer Tendenz zur Vergrößerung und tiefem Zerfall, das histologische Bild sowie die mögliche Heilung unter physikalischen Methoden unterscheiden das benigne Epitheliom und Trichoepitheliom von dem nicht erblichen unregelmäßig verteilten, zu malignem Verlauf neigenden Ulcus rodens. J.

- 24) **Über Milium mit Riesenzellengewebe,** von S. Hanawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. April.)

Der 21jährige Patient zeigte kleinste, oberflächlich sitzende, gelbweiße, leicht zu entfernende Knötchen an der Haut des Skrotums, welche als Milien diagnostiziert wurden. Histologisch fand sich eine mit Riesenzellengewebe ausgekleidete Zyste aus Talgdrüsenteilchen. Verf. nimmt an, daß die Behinderung der Talgausscheidung nicht durch mechanische, sondern durch chemische Ursachen bedingt sei. Die Riesenzellen waren durch Endothelzellen der Lymphgefäße gebildet worden, welche neben dem Zysteninhalt und auch weiter entfernt durch den durch die Fremdkörper geübten Reiz verändert wurden. Während die Epithelien der Zystenwand verloren gingen, drängte sich der fremdartige Inhalt an das Bindegewebe, die Riesenzellen stellen dann eine Schutzvorrichtung dar, welche den Fremdkörper fortschaffen soll. J.

- 25) **Die Röntgentherapie bei Syringom,** von S. Hanawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. April.)

Bei zahlreichen Syringomen an Brust, Bauch und Schultern wurde sowohl klinisch wie histologisch völlige Heilung erzielt durch vier Röntgenbestrahlungen mit je $\frac{1}{3}$ Erythemdosis, 5 Wehnelt. J.

- 26) **Statistische Untersuchung der Hautgeschwülste in unserer Klinik in den letzten 7 Jahren,** von K. Asahi und K. Murasawa. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. April.)

552 Fälle von Hautgeschwülsten aus dem zahlreichen Krankenbestand der Hautklinik von Fukuoka werden beschrieben und nach Ursache und Charakter eingeteilt. J.

- 27) **Über sogen. Elephantiasis nostras,** von N. Nakano, S. Omori, T. Murata und T. Kawaguchi. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. April.)

Auch Japan beherbergt Fälle der bisher als nur europäische Erkrankung ausgesprochenen Elephantiasis. Sie zeigen keinen Filariabefund und stellen sich klinisch als chronische Hautentzündung dar. Verf. berichtet über zwei Fälle von Elephantiasis vulvae und über einen dritten am Bein lokalisierten. Als Gelegenheitsursachen wurden Drüsenexstirpationen, Ekzem und Erysipel nachgewiesen.

J.

28) **Ein weiterer Fall von operativ geheilter Noma**, von A. Bergmann. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 23.)

Ein guldenstückgroßes Noma der inneren Wangenschleimhaut, das schon auf zwei Zähne und den Unterkiefer übergegangen war, hat Verf. mit dem Thermokauter nach Entfernung des kranken Unterkieferstücks im gesunden umschnitten. Die Heilung erfolgte glatt, der kosmetische Effekt war zufriedenstellend.

Klokow-Berlin.

Parasitäre Dermatosen.

29) **Die Fadenpilzkrankungen des Menschen**, von R. O. Stein. (Lehmanns medicin. Atlanten. XII. München, Lehmann, 1914. 10 Mk.)

Verf. hat mit dem vorliegenden glänzend gelungenen Werke eine wirkliche Lücke ausgefüllt. Bisher gab es kein zusammenfassendes Buch, welches gestattet, sich im einzelnen Falle schnell über die klinischen Symptome einer Pilzaffektion und über die Biologie ihres Erregers zu orientieren. Es sind aber in den letzten Jahren unsere Kenntnisse auf diesem Gebiete nicht nur in morphologischer, sondern auch in biologischer Richtung wesentlich erweitert worden, so daß die pathogenen Fadenpilzkrankungen heute auf dermatologischem Gebiete eine wichtige Rolle spielen. Der allgemeine Teil umfaßt die Morphologie, mikroskopische Untersuchungstechnik, Züchtungsverfahren, Technik des Tierexperimentes, Immunitätsreaktionen und die Darstellung des Trichophytins. Der spezielle Teil beschäftigt sich 1. mit den Saprophytien (Pityriasis versicolor, Erythrasma, Trichomycosis palmellina, Piedra), 2. mit den Dermatomykosen (Mikrosporie, Trichophytie und Favus), 3. mit den Blastomykosen, 4. mit den Strahlenpilzaffektionen, 5. den Sporotrichosen, 6. seltenen Mykosen, z. B. Dissomykose, Hemisporose, Oidiomycosis gummosa, 7. Soor und 8. Schimmelpilzaffektionen. In jedem dieser Gebiete weiß der bekannte und erfahrene Verf. gründlichst Bescheid. Die wiedergegebenen Moulagen mit 78 Abbildungen auf 3 schwarzen, 18 Drei- und 11 Vierfarbdrucktafeln erleichtern dem Praktiker die Diagnose, die nach der Natur gemalten Reproduktionen der einzelnen Riesenkolonien sollen die charakteristischen Merkmale der Pilzvarietät hervorheben und die Einreihung des aus einer mykotischen Affektion isolierten Fadenpilzes ermöglichen. Bei dem hervorragenden Inhalt und der Menge ausgezeichneter Abbildungen muß der Preis dieses Werkes (10 Mk.) als besonders billig bezeichnet werden. Dadurch wird gewiß die Anschaffung für jeden Dermatologen sehr erleichtert.

J.

30) **Behandlung der Skabies mit Sulfidal**, von J. Odstrčil. (Časopis lékařův českých. 1914. Nr. 26.)

Verf. verwendete das Sulfidal bei etwa 100 Soldaten des Prager Garnisonspitals. Das feine Pulver läßt sich, mit heißem Wasser und Glycerin und eventuell etwas Kalium carbonicum angemacht, mittels Pinsels gleichmäßig über die Haut verteilen, wodurch seine Wirkung eine intensivere und tiefere ist als die anderer Medikamente. Es riecht nicht und kann daher ambulant ohne Berufstörung angewendet werden, der Soldat kann bei der Kompagnie

und im Felde bleiben; es verdirbt nicht die Wäsche. Nur ist es etwas teurer als z. B. Styrax, und die Behandlung dauert bei täglicher Anwendung ohne Abwaschen des alten Überzuges 4—10 Tage. Niemals sah Verf. Nierenreizungen, so daß er das Sulfidal für ungiftig erklärt; auch sah er noch kein Rezidiv.

G. Mühlstein (Prag).

Chronische Infektionskrankheiten der Haut.

- 31) **Erfahrungen über Antileprolbehandlung**, von T. Kinoshita. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1911. April.)

Das Antileprol wird aus dem Chaulmoograöl hergestellt, ist in seiner Wirkung dem Öl. gynocardiae ähnlich, wird innerlich und als Injektion verabreicht, intramuskulär gut, subkutan schlecht vertragen. Besonders die Knoten der Lepra tuberosa gelangten unter dieser Medikation schnell zur Rückbildung.

J.

- 32) **Ärztlicher Bericht aus der Wiener Heilstätte für Lupusranke**, von Alfr. Jungmann. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. Ergänz.-Bd. Wien, Braumüller, 1914. 8 Mk.)

Durch eine überaus große Reihe von überzeugenden Abbildungen illustriert Verf. die glänzenden Resultate, welche Lang und seine Schüler durch ihre energische Lupusbehandlung erzielt haben. Man muß nach dem Studium dieser Arbeit wünschen, daß ähnliche Lupusheime unter sachverständiger Leitung möglichst zahlreich eingerichtet werden. Dabei muß ganz besonders anerkannt werden, daß Verf. nicht einseitig vorgeht, sondern alle Methoden kritisch beleuchtend zum Heile der Kranken verwendet. So kommen neben Holländers Heißluftbehandlung, dem operativen Verfahren, die Finsentherapie, Röntgen-, Quarzlampe- und Radiumbehandlung nach jeder Richtung zu ihrem Rechte.

J.

- 33) **Periadenitis mucosa necrotica recurrens**, von R. L. Sutton. (American Journ. of cutan. dis. 1914. Februar.)

Die Periadenitis mucosa necrotica recurrens, welche Verf. längere Zeit bei einem 16jährigen kräftig gebauten Knaben, der aber auf Tuberkulininjektion mit Temperatursteigerungen reagierte, behandelte, charakterisiert sich als chronische, rezidivierende, nekrotisch-granulomatöse Affektion der Zungen- und Mundschleimhaut. Pathologisch besteht eine intensive Entzündung der periglandulären Gewebe mit nachfolgender Nekrose, während sich der zentrale Teil von der affizierten Area abtrennt. Obgleich die diesbezüglichen Untersuchungen kein positives Resultat ergaben, nimmt Verf. doch einen tuberkulösen Charakter der Erkrankung an. Der Verlauf neigt zu langer Dauer mit periodischem Auftreten akuter, lokaler, entzündlicher Manifestationen. Antiseptische Spülungen, Zahnpflege, Freiluftkur, leichte, nahrhafte Kost, Leberthran, Eisen, Arsen bewirkten ein selteneres und leichteres Auftreten der Anfälle.

J.

Gonorrhoe.

- 34) **Über eine neue Art von Elektroden zur Behandlung der Gonorrhoe mittels Diathermie**, von R. Boerner und C. Santos. (Medizin. Klinik. 1914. Nr. 25.)

Beschreibung der Elektroden und ihrer Anwendungstechnik, wodurch die Erzielung einer gleichmäßigen Temperatur innerhalb des ganzen Bereichs der Affektion ermöglicht wird.

Biberstein-Gleiwitz.

- 35) **Hexal, ein neues Blasenantiseptikum**, von C. Gruenbaum. (Klin.-therap. Wochenschrift. 1914. S. 648.)

Verf. hat die von den früheren Untersuchungen her bekannten Vorzüge des Hexals als zuverlässiges, schnell wirkendes, unschädliches und angenehm zu nehmendes Blasenantiseptikum in allen Punkten bestätigen können. Er empfiehlt, in jedem Falle von akuter Gonorrhoe sofort bei Beginn der Behandlung zur Verhütung der aufsteigenden Infektion der Harnwege neben der sonstigen Medikation kleine Dosen Hexal zu geben. Akute Gonorrhoeen schienen unter Hexalgebrauch überhaupt einen schnelleren Heilungsverlauf zu nehmen. J.

- 36) **Versuche mit Collargol zur abortiven Behandlung der Gonorrhoe**, von M. Wohl. (Pester med.-chirurg. Presse. 1914. Nr. 21.)

Nach dem Urinieren injiziert Verf. mit der Guyonspritze 2—3 g 2%iger Lösung Collargol Heyden, dann verreibt er unter zartem Druck die ganze Lösung in der vorderen Harnröhre, dann Tamponade der Fossa navicularis mit wenig Watte, dann Guttaperchadruckverband. Der Patient spritzt 4—5 stündlich mit Resorzin-Zinklösung (3,0, 0,75:1000). Klokow-Berlin.

- 37) **Der Tripper**, laienverständlich dargestellt von Orłowski. (Zweite ergänzte Auflage. Würzburg, Kabitzsch, 1914. 0,90 Mk.)

Unter den zahlreichen über diesen Gegenstand erschienenen populären Darstellungen wird die vorliegende gewiß auch den beabsichtigten Zweck erreichen. Sie ist klar und belehrend geschrieben. J.

Syphilis.

- 38) **Relazione clinico-statistica sopra i risultati terapeutici, ottenuti mercè l'uso del 606 e di altri arsenobenzoli, nei sifilitici curati nella Clinica Dermosifilopatica di Bologna, per Majocchi.** (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1914. Fasc. 1.)

Verf. hat 810 Fälle mit 1704 Injektionen behandelt und erklärt sich als Anhänger der gemischten Behandlung. Neisser, der nach seinen zahlreichen Erfahrungen Salvarsan über das Quecksilber stellt, will er sich noch nicht anschließen. Golyl wurde in sechs Fällen angewandt (10 Injektionen). Das Mittel hatte eine rasche antisiphilitische Einwirkung, die aber der des Salvarsans nicht gleichkam. Dreyer-Köln.

- 39) **Gli arsenobenzoli nella terapia della siflide. Risultati terapeutici e criticazioni**, per Verrotti. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1914. Fasc. 1.)

Quecksilber bleibt das Hauptmedikament bei konstitutioneller Syphilis und die chronisch intermittierende Behandlung das Verfahren der Wahl. Die Arsenbenzole haben daneben folgende Indikationen: 1. In der Hauptsache bei maligner Syphilis mit ulzerativen Erscheinungen, bei denen sie ein wesentliches Hilfsmittel sind. 2. Weniger wichtig sind jene Fälle, in denen Hg schlecht vertragen wird oder weniger wirksam ist, während Salvarsan Besserung und Heilung herbeiführt. 3. Noch weniger konstante Erfolge lassen sich bei Nieren-, Gefäß-, Nervenerkrankungen erzielen, wenn Hg nicht günstig einwirkt. Ein sicheres Urteil über diese Fälle läßt sich vorläufig nicht formulieren. Indes wirkt Salvarsan bei ihnen symptomatisch meistens besser als Hg. Man trifft Fälle von Tabes und Paralyse, deren Verlauf durch Salvarsan modifiziert wird. 4. In allen obigen Fällen empfiehlt es sich, Hg und Jod

mit dem Salvarsan zu kombinieren, ohne daß man für die Art der Kombination bestimmte Regeln aufstellen kann. 5. Im Primärstadium kann diese Kombination eine Abortivwirkung erzielen. Obschon auch unter günstigen Verhältnissen die Resultate nicht gleichmäßig sind und das Urteil vielfach verfrüht erscheint, darf man doch mit Vertrauen der weiteren Entwicklung des therapeutischen Problems entgegensehen, das darauf gerichtet ist, die besten Modalitäten der Behandlung zu erfordern. Besondere Erwähnung verdienen unter den vom Verf. aufgeführten Einzelfällen die von arteriosklerotischen Nierenentzündungen, die sich unter Salvarsanbehandlung besserten. Bei Aortenerweiterung verschwanden nur die subjektiven Symptome (Schmerzen und Dyspnoe).

Dreyer-Köln.

40) **Gli arsenobenzoli nella terapia della siflide**, per Truffi. (Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle. 1914. Fasc. 1.)

Der intravenöse Weg ist der beste für die Einführung der Arsenobenzole in den Körper. Bei genügender Technik verdienen die verdünnten Lösungen den Vorzug. Im anderen Falle kann man die einfachere und gleich wirksame Methode der konzentrierten Injektion in die Vene wählen. Bei ambulanter Behandlung kann man zur subkutanen Injektion mit Bevorzugung konzentrierter Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann schreiten. Die nicht sehr erhebliche Toxizität des Salvarsans ist bei Affektion wichtiger Organe erheblich gesteigert. Toxische Dosen rufen bei Tieren dieselben Veränderungen (Thrombosen und Blutungen) hervor, wie sie bei Arsenobenzoltodesfällen beschrieben sind. Salvarsan wird im allgemeinen schnell ausgeschieden. Eine Retention findet in der Leber statt, im Nervensystem kaum oder gar nicht. Eine Stickstoffretention, gelegentliche Herabsetzung des Blutdruckes, Bradykardie, geringgradige Leukozytose, intensive antiparasitäre Wirkung der Pallida gegenüber sind Folgen der Arsenobenzole. Die Herxheimersche Reaktion, wird vermutlich durch freiwerdende Endotoxine hervorgerufen. Die Nachteile der Arsenobenzole nehmen mit zunehmender Technik, Berücksichtigung der Kontraindikationen usw. zwar ab, hängen aber zum Teil bei bestehender Idiosynkrasie direkt von der toxischen Wirkung des Medikamentes ab. Solche Idiosynkrasien stehen vornehmlich mit Affektionen der Ausscheidungsorgane und besonders der Gefäße in Zusammenhang. Von den 180 bisher mitgeteilten Salvarsantodesfällen steht nur ein Teil mit der toxischen Wirkung des Präparates in Zusammenhang. Die Neurorezidive sind lokalisierte syphilitische Prozesse. Affektionen der Leber, Niere und des Zirkulationsapparates bilden Kontraindikationen gegen die Anwendung, wenn auch keine absoluten. Die erste Injektion soll mit minimaler Dosis gemacht werden. Später steigt man sukzessiv, wenn Intoleranzerscheinungen nicht auftreten, überschreitet aber 1 cg pro Kilogramm des Kranken nicht. 5—10—15 Tage sollen zwischen den einzelnen Injektionen liegen. Unter solchen Vorsichtsregeln angewandt ist Salvarsan nicht toxischer als andere wirksame Medikamente.

Dreyer-Köln.

nische Erfahrungen über das Neosalvarsan im Garnisonsspitale Nr. 1
ien, von Frühauf. — **Ergebnisse der Salvarsantherapie luetischer**
kungen im österreichisch-ungarischen Heere, von Moldovan.
ein. u. ärztl. Kriegswissensch. Wien 1914.)

als 1000 Fällen gesammelten Erfahrungen der öster-
gehen wie die Ergebnisse der meisten Syphilidologen
an bei individueller Berücksichtigung der Natur des

Patienten, des Stadiums der Krankheit, bei geschickter Technik und sachkundiger Dosierung ein wirksames, nicht schädliches Heilmittel der Syphilis sei, daß aber daneben das bewährte Quecksilber nicht entbehrt werden könne. Das Neosalvarsan wurde mit frisch sterilisierter geringer Wassermenge (3 ccm) auch als intramuskuläre Injektion gut vertragen und gerade mit der Depotbehandlung, einmalige Injektion von 0,6 oder mehrere Injektionen mit einwöchentlichen Pausen von kleineren, langsam ansteigenden Dosen, wurden die besten Resultate erzielt. Die intravenösen Einspritzungen ergaben befriedigende Erfolge bei Anwendung in kurzen Intervallen. J.

42) **Über einen Todesfall nach intravenöser Injektion von Neosalvarsan**, von R. Frühwald. (Med. Klinik. 1914. Nr. 25.)

Ausführliche Krankengeschichte und Sektionsbefund eines Falles, in welchem 2 Tage nach der zweiten Infusion der Tod eintrat. Weder klinisch noch durch die Sektion wurde eine Organinsuffizienz gefunden. Biberstein-Gleiwitz.

43) **Über die Anwendung des alten destillierten Wassers zur intravenösen Neosalvarsaninjektion**, von H. Mitsuno. (Japan. Zeitschrift f. Dermatologie u. Urologie. 1914. April.)

In Ermanglung frisch destillierten Wassers war Verf. genötigt, zu etwa 85 Injektionen altes destilliertes Wasser zu verwenden und fand bei sonst streng beobachteter Asepsis zwar Fieber und Schüttelfrost etwas öfter und schwerer als bei Gebrauch frisch destillierten Wassers, hatte aber niemals ernstere Folgen zu verzeichnen. Für die unter wenig günstigen Bedingungen arbeitenden, japanischen Landärzte ist dieser Bericht von Wichtigkeit. J.

44) **Salvarsanserum**, von Stühmer. (Münch. med. Wochenschr. 1914. Nr. 14.)

Unter Salvarsanserum versteht man das Blutserum von Tieren, die mit Salvarsan intravenös gespritzt wurden. Nach einmaliger intravenöser Injektion von Salvarsan sind bei relativ hoher Dosis sowohl chemisch wie biologisch noch nach 7 Tagen wirksame Stoffe im Blutserum nachweisbar. Der absoluten Menge nach kann es sich dabei unmöglich lediglich um Reste von intaktem Salvarsan handeln, vielleicht scheinen Oxydationsprodukte eine erhebliche Rolle zu spielen.

Raff-Augsburg.

45) **Zur Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems nach Swift und Ellis**, von Eskuchen. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

Verf. behandelte 9 Fälle und hatte den Eindruck, daß eine Beeinflussung der objektiv wahrnehmbaren Symptome von Tabes und Paralyse nicht stattfand. Die subjektiven Beschwerden besserten sich jedoch rasch und erheblich.

Raff-Augsburg.

46) **Zur Toxizität des Salvarsans**, von Alter. (Münchener med. Wochenschrift. 1914. Nr. 14.)

Verf. beschäftigt sich mit dem Salvarsantod, den Pürkhauer und Maass erlebten. Er führt ihn auf die provozierende Wirkung des Mittels zurück. Bei einer vorherigen Untersuchung des Liquors wäre vielleicht die Injektion unterlassen worden.

Raff-Augsburg.

47) **Über die Verarbeitung des Salvarsans und Neosalvarsans im Organismus**, von Riebes. (Archiv f. Dermatologie u. Syphilis. CXVIII. H. 3.)

Verf. hat über die Resorption und Ausscheidung des Salvarsans genaue chemische Untersuchungen angestellt. Der chemische Nachweis stützt sich auf die Bestimmung der Arsenkomponente nach verschiedenen Methoden der anorganischen Chemie oder der Amidogruppe. Dabei gelangt er zu folgenden Resultaten: In den ersten 20 Stunden nach der Einspritzung werden vom

Altsalvarsan etwa 60% resorbiert, während der Rest erst nach etwa 10 Wochen vom Körper aufgenommen wird. Beim Neosalvarsan geht die Resorption viel rascher vor sich, so daß nach 6 Wochen kein Arsen mehr an der Infektionsstelle nachweisbar ist. Die Ausscheidung des Salvarsans erfolgt durch Fäzes und Urin. Länger als 4 bis 6 Stunden nach der Einspritzung ist nur selten noch Salvarsan im Urin zu finden, während Arsen im Urin noch monatelang in Spuren nachweisbar ist. Das Gehirn war meist frei von Arsen. Die Ausscheidungszeit wurde von der einverleibten Dosis nicht beeinflußt.

Lilienstein-Hamburg.

- 48) **Leucémie myeloïde et Syphilis**, par Nanta. (Annales de dermatologie. 1914. Nr. 4.)

Bei 8 Fällen von Leukämie hat Verf. 3 mal frühere Lues feststellen können und wirft die Frage auf, ob irgend ein Zusammenhang besteht. Verf. beobachtete einen weiteren Fall einer Frau, die 10 Jahre vorher an Lues erkrankt war und noch Narben und Exostosen sowie positiven Wassermann zeigte. Auf Jodkali 4 g pro die erfolgte nach 18 Tagen eine Verkleinerung der Milz um 8 cm. Ein gewisser Zusammenhang zwischen den beiden Krankheiten ist also nicht zu leugnen.

Raff-Augsburg.

- 49) **Note sur un cas d'éléphantiasis des membres inférieurs**, par Moreau. (Annales de dermatologie. 1914. Nr. 3.)

Verf. beobachtete während seines Aufenthaltes in Durban (Natal) einen typischen Fall von Elephantiasis beider Beine bei einer 14 jährigen Creolin von den Südseeeinseln. Die Schwellung war anfangs unbedeutend gewesen und von den Ärzten für ein Ödem nach Nephritis gehalten worden. Der Umfang der Oberschenkel betrug 84 und 81 cm, der des Unterschenkel 95 und 91 cm. Trotzdem bewegte sich die Kranke ziemlich leicht. Im Blut fand Verf. die *Filaria Bankrofti nocturna*, welche nur etwa 6 Uhr Abends bis Mitternacht im Blut ist. Eine Behandlung ist aussichtslos, doch fügen sich die befallenen Eingeborenen mit Ergebung in ihr Schicksal. Als Zwischenwirt ist für die *Filaria*, eine Mückenart *Culex fatigans*, gefunden worden.

Raff-Augsburg.

- 50) **La réaction de Wassermann positive a-t-elle une valeur absolue?** par Nicolas et Gaté. (Annales de dermatologie. 1914. Nr. 4.)

Die Schlußfolgerungen dieser Arbeit sind: 1. Die Wassermannsche Reaktion gibt verschiedene Resultate je nach den Perioden der Syphilis. Jedenfalls beweist eine negative Reaktion nicht das Nichtvorhandensein der Syphilis oder eine Heilung derselben. Die spezifische Behandlung beeinflußt die Reaktion sehr ungleichmäßig. 2. In einer größeren Anzahl von Fällen ist die Reaktion positiv bei Nichtsyphilitikern, aber häufig nur einmal, weshalb sich eine zweite Untersuchung empfiehlt, fällt auch diese positiv aus, so spricht das für Syphilis, wenn auch nicht unzweifelhaft. Raff-Augsburg.

- 51) **De l'emploi des injections de sérum salvarsanisé „in vitro“ et „in vivo“ sous l'arachnoïde spinale et cérébrale dans le tabes et la paralysie générale**, par G. Marinesco. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXVI. S. 211.)

Verf. hat das „in vitro“ salvarsanisierte Serum in 14 Fällen von Tabes und 4 Fällen von Rückenmarkssyphilis angewendet und zwar in Form von subarachnoidealen Injektionen (10 mg Arsenobenzol pro dosi in 6 tägigen Zeiträumen). Es wurden dadurch unzweifelhaft Besserungen erzielt, allein die Erfolge waren im ganzen doch nicht größer, als sie auch durch andere Methoden

zu erreichen sind. Weiterhin erhielten zwei Paralytiker Injektionen von 2 ctg Neosalvarsan (gelöst in 2 ccm Serum), und zwar nach Cerebralspunktion in die Umgebung der 3. Stirnwindung. Bei beiden Patienten folgten einige Stunden darnach epileptiforme Anfälle. Eine gleiche Besserung des psychischen Zustandes war nur bei dem einen Patienten zu beobachten, bei dem andren lediglich ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses. Solger-Neiße.

- 52) I. **Un signe rétrospectif de la syphilis: Hyperalbuminose pure du liquide céphalo-rachidien, sans leucocytose et sans Wassermann**, par M. Bloch et A. Vernes. — II. **De la valeur pronostique et diagnostique de l'hyperalbuminose isolée du liquide céphalo-rachidien**, par A. Vernes. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXVI. S. 281 u. 282.)

Die Verff. konnten als einzige Abweichung bei vielen Luetikern einen die Norm (0,18—0,20 g auf 1000) übersteigenden Eiweißgehalt des Liquor cerebrospinalis (0,30 g über 1 g auf 1000) feststellen. Es fehlten auch alle klinischen Zeichen einer aktiven meningo-nervösen Lokalisation, in manchen Fällen war sogar die Wassermannreaktion des Blutes negativ. Über die Genese dieser isolierten Hyperalbuminose bei Individuen, bei denen der Primäraffekt 1 bis 35 Jahre zurücklag, läßt sich zurzeit nichts aussagen. Bezüglich der Technik der quantitativen Bestimmung sei auf das Original verwiesen. Während das Bestehen einer solchen isolierten Hyperalbuminose keine Indikation dafür abgibt, die Behandlung fortzusetzen, bis sie vollkommen verschwunden ist, muß dagegen die Therapie unbedingt als unvollkommen angesehen werden, wenn bei einem Luetiker außer positiver Wassermannreaktion des Blutes im Liquor cerebrospinalis positive Hyperalbuminose und Lymphocytose gleichzeitig sich findet. Solger-Neiße.

- 53) **Sur la technique du traitement intracranien de la paralysie générale**, par C. Levaditi, A. Marie et De Martel. (Compt. rend. h. sé. Soc. Biol. LXXVI. S. 168.)

Die Verff. verwenden neuerdings bei der intrakraniellen Behandlung der allgemeinen Paralyse statt des Serums normaler Kaninchen, die kurz vor dem Aderlaß eine intravenöse Salvarsaninjektion erhalten hatten, ein Serum, das nicht nur das Medikament, sondern auch die spezifischen Antikörper enthält. Ein Quantum von 8 ccm des Serums, das ihnen syphilitische Kaninchen mit großen Schankern liefern, wird mit 2 ccm Liquor cerebrospinalis des Kranken gemischt und die Hälfte dieses Gemisches unter die Dura jeder Hemisphäre injiziert. Solger-Neiße.

- 54) **Zur Therapie der syphilitischen Nervenkrankheiten**, von Oppenheim. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 15.)

Schwere Salvarsanschädigungen sah Verf. im letzten Jahr nicht. Er warnt aber vor zu ausgedehnter Anwendung. Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 55) **Die Wassermannsche Reaktion in ihrer Beziehung zum Collesschen Gesetz**, von J. Cassel. (The Laboratory News. 1914. Mai-Juni.)

An der Hand eigener Beobachtungen und der Literatur zeigt Verf., daß die Zahl der nach Wassermann negativ reagierenden Mütter, deren Serum kurz nach der Geburt eines syphilitischen Kindes untersucht worden war, und die auch keine klinischen Zeichen einer Lues hatten, so groß ist, das man kaum annehmen kann, daß in all diesen Fällen eine spontane Heilung erfolgt sein könne. M. Leibkind-Dresden.

- 56) **Die Kombination von Quecksilber und Salvarsan oder Neosalvarsan**

in der poliklinischen Behandlung der Syphilis, von Ch. E. Panoff.
(The Urologic and Cutaneous Review. April. 1914.)

In Fällen, wo die intravenöse Anwendung des Salvarsans aus äußeren, insbesondere beruflichen, Gründen nicht appliziert werden kann, empfiehlt Verf. die intramuskuläre Anwendung und zwar 0,1 % des Salvarsan bzw. 0,15 Neosalvarsan. Er verfährt dabei nach folgendem Schema: 12 Dosen Hg. salic. = 0,1 g werden mit 6 Dosen Salvarsan bzw. Neosalvarsan kombiniert, so zwar, daß zwei Injektionen Hg abwechseln mit einer Dosis Salvarsan, und daß die Kur sich über 72 Tage erstreckt. Zur Verbilligung des Verfahrens wird Neosalvarsan empfohlen, das sich sehr bequem in warmem sterilisiertem Wasser löst.

M. Leibkind-Dresden.

57) **Über eine zweckmäßige Kombination von Quecksilber und Salvarsan zur wirksamen Behandlung angeborener Syphilis**, von E. Hoffmann.
(Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Juni.)

Verf. empfiehlt zuerst mit einer intraglutäalen Sublimatinjektion von 0,001 zu beginnen, dann nach 4 Tagen 0,05 Neosalvarsan intraglutäal und nun mit je 7 tägigem Abstand 0,002 Sublimat und 0,1 Neosalvarsan in 1 ccm dest. steril. Wasser folgen zu lassen. Auf diese Weise erhält ein neugeborenes oder wenig älteres Kind z. B. jeden Mittwoch 2 mg HgCl₂ und jeden Sonnabend 1 ctg Neosalvarsan, im ganzen bis zu 8 Hg und 6—7 Neosalvarsanspritzen und mehr, die ersten linksseitig, die zweiten rechtsseitig in die Glutäalmuskulatur.

Immerwahr-Berlin.

58) **Über syphilitische Primäraffekte der behaarten Kopfhaut**, von P. P. Müller. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Juni.)

Die Veranlassung zur Zusammenstellung von 56 in der Literatur niedergelegten harten Kopschankern gab das Auftreten eines syphilitischen Primäraffektes auf der behaarten Kopfhaut eines 8 Wochen alten Säuglings. Diagnostisch können derartige Fälle wegen ihrer Seltenheit große Schwierigkeiten bereiten.

Immerwahr-Berlin.

59) **Beitrag zur Kenntnis der tertiären anorektalen und vulvären Syphilis**, von C. Vignolo-Lutati. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. Juni.)

Die Seltenheit der tertiären Läsionen des Rectums und der Vulva, sowie ihre manchmal eigenartige klinische Symptomatologie, welche beim Fehlen von ausgesprochen charakteristischen Merkmalen die Stellung einer exakten ätiologischen Diagnose verhindern kann, veranlaßten den Verf. seinen Fall zu veröffentlichen. In demselben war der Umstand eigenartig, daß die Veränderungen an der Vulva mit jenen am Anus sozusagen verbunden waren durch ähnliche Geschwülste entlang der Raphe perinealis. Außerdem war bei der Patientin das Vorhandensein jener kleinen perianalen Geschwülstchen bemerkenswert, welche Fournier als ein fast absolutes pathognomonisches Merkmal für die syphilitische Natur der begleitenden rektalen Veränderungen ansieht.

Immerwahr-Berlin.

60) **Weitere Beiträge zum Studium der Histopathologie der experimentellen Kaninchensyphilis**, von Fr. Graetz u. E. Delbanco. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. Ergänzungsheft.)

Histologie der primären Skrotalhautsyphilome und der Veränderungen des Hodens bzw. Nebenhodens. Die mit einer Anzahl von Abbildungen versehenen Darlegungen sind im Original nachzulesen.

Schourp-Danzig.

61) **Vergleichende Untersuchungen über die Wassermannsche Reaktion bei**

Malaria, von E. Jacobsthal u. Rocha-Lima. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. Ergänzungsband.)

Durch mehr als 600 Untersuchungen wurde das Serum von 90 Malariafällen geprüft, bei denen für Syphilis weder klinisch noch anamnestisch Anhaltspunkte gefunden werden konnten. Es fanden die sich einander widersprechenden Angaben der Autoren über die Häufigkeit positiver Wassermannscher Reaktionen bei Malaria eine Erklärung. Es war nämlich das Resultat der Untersuchung meistens verschieden je nach der angewandten Methode und innerhalb derselben Methode verschieden je nach der Individualität des Extraktes. Entgegen den Angaben aller Autoren kommen die Verf. zu der Ansicht, daß eine eventuell latente Malariainfektion, d. h. Malariaanamnese, zu größter Vorsicht bei der Beurteilung der Wassermannschen Reaktion auf Lues mahnt. Die bei Lues latens fast durchweg bedeutend schärfere Reaktion mit der Kältemethode findet sich bei Malaria nicht.

Schourp-Danzig.

62) **Salvarsanbehandlung der progressiven Paralyse**, von Runge. (Deutsche med. Wochenschrift. 1914. Nr. 20.)

Die Salvarsanbehandlung ist in Initialfällen der Paralyse, auch in solchen Fällen, bei denen zwar der Beginn der Erkrankung noch nicht zu weit zurück liegt, aber doch schon akutere und schwerere Symptome aufgetreten sind, indiziert. Die Behandlung muß in Intervallen durchgeführt werden, die Gesamtdosis je nach dem Zustand des Pat. und seiner Toleranz dafür individualisiert werden und nach und nach auf eine möglichst hohe von 5—10 g und mehr gebracht werden. Bei den auf diese Weise mit Salvarsan behandelten Fällen zeigen sich weit häufiger weitgehende Remissionen als bei den nicht oder mit anderen antiluetischen Mitteln behandelten Pat. Die Behandlung führt offenbar zu einer erheblichen Modifizierung des Verlaufs der Paralyse, oft sogar im Sinne des längeren Erhaltenseins der Arbeitsfähigkeit, vielleicht auch im Sinne einer Verlängerung der Krankheitsdauer. Doch gibt es Fälle, bei denen das Salvarsan auch in großen Mengen völlig wirkungslos abbrallt. Auch kann es bei den Paralytikern, bei denen durch Anwendung großer Dosen keine weitgehende Remission erreicht wird, sicher zu Rückfällen und letalem Ausfall kommen. Ob eine Heilung der Paralyse mit Salvarsan erzielt werden kann, läßt sich noch nicht entscheiden.

Schourp-Danzig.

63) **Erfahrungen mit Neosalvarsan**, von E. Seger. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 26.)

Verf. hatte nach Neosalvarsan weniger Schädigungen als nach Hg-Behandlung zu verzeichnen. Er ging über eine Gesamtdosis von 4 g nicht hinaus, und behandelte stets kombiniert mit Quecksilber; unter diesen Umständen waren die Erfolge gut, denn er sah während einer $\frac{5}{4}$ Jahre währenden Beobachtungszeit, abgesehen von positiver Wassermannreaktion in den Fällen, deren Infektionsdauer schon 5 Wochen überschritten hatte, keinerlei Erscheinungen mehr auftreten, sobald nur eine Kur (Hg-Salicyl 10% 10 ganze Spritzen und 3—4 g Neosalvarsan) ganz durchgeführt wurde. Die Vorzüge des Neosalvarsans gegenüber dem Salvarsan für den praktischen Arzt bestehen in der einfachen Zubereitung und in der ambulatorischen Verwendbarkeit. Bezüglich der Abortivbehandlung beim Primäraffekt mit negativer Wassermannreaktion sind die Erfolge sehr ermutigend und auch bei der konstitutionellen Frühsyphilis ist auf Dauerheilung bei entsprechender kouse-

quenter Behandlung zu rechnen. Trotz unserer durch die Wassermannreaktion gestärkten Erkenntnis von der Hartnäckigkeit und schweren Heilbarkeit der Syphilis sind wir in unserer Hoffnung, die wir an das Salvarsan geknüpft haben, nicht getäuscht, da wir in der Tat heute von tausenden von Dauerheilungen sprechen können. F. Koenigsberger-Berlin-Schöneberg.

64) **Über die Bedeutung der Goldsolreaktion der Spinalflüssigkeit zur Erkennung der Lues des Zentralnervensystems**, von V. Kafka. (Dermatolog. Wochenschrift. LVIII. Ergänzungsheft.)

Die Langesche Goldsolreaktion bietet für die Erkennung der syphilitischen Veränderungen des Zentralnervensystems bei der Paralyse und der akuten Meningitis große Vorteile. Sie soll aber im Zusammenhang mit der Prüfung des gesamten Reaktionsbildes des Liquors, nicht allein angewandt worden.

Schourp-Danzig.

65) **Die Fortschritte der Syphilistherapie**, von Citron. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 13.)

Wir haben in der kombinierten Behandlung eine mächtige Waffe gegen die Syphilis gefunden. Verf. sah bestimmt Besserungen bei Tabes. Für die Anwendung des Salvarsans kennt er nur zwei Kontraindikationen. Die eine betrifft die kranke Niere, die andere Leute mit Schnupfen, kleinen Larynx- oder Bronchialkatarrhen und in Rekonvaleszenz nach Pneumonie, Grippe, Diphtheritis.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

66) **Die Stellung der progressiven Paralyse (und Tabes) zur Syphilis und die Frage ihrer Behandlung**, von Meyer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 21.)

Der Spirochätennachweis im Paralytikergehirn gibt keine Veranlassung, unsere Auffassung von dem Wesen und der Entwicklung der Paralyse einer Änderung zu unterziehen. Auch die über die Tabes geltenden Anschauungen brauchen zurzeit nicht geändert zu werden. Für die therapeutischen Maßnahmen ist nach Verf. keine tiefgreifende Verschiebung eingetreten. Allerdings scheinen für die Tabes die Aussichten einer antisiphilitischen Behandlung im ganzen etwas besser zu liegen. Ob dauernde wesentliche Besserung oder Wiederherstellung dadurch bedingt ist, ist mindestens sehr zweifelhaft.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

67) **Zur Frage der modernen Behandlung der frischen Syphilis**, von Bodländer. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Verf.'s Kur besteht aus 20 Embarin-, 4—5 Neosalvarsaninjektionen, 5—6 Neosalvarsandepots (nach Wechselmann) und etwa 5 Mercilolinjektionen. Dieser Hauptkur läßt er noch 2—3 mal, das erstmal 2—3 Monate nach beendeter Hauptkur, das nächste bzw. die beiden nächsten Male nach je weiteren 3 Monaten eine kurzdauernde Behandlung folgen. Die nächsten 2—3 Jahre dienen der Beobachtung. Die Behandlung ist nicht im günstigen Sinne abgeschlossen, wenn nicht stets ein negativer Wassermann und mindestens zum Schluß ein negativer Liquor konstatiert wurde.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

68) **Über einige Grundfragen bei der Behandlung der Syphilis**, von Blaschko. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Außer der gewissenhaften Behandlung und Überwachung der Kranken haben wir nach dem Verf. als Aufgaben: 1. Die Vervollkommnung der Versuche, die Krankheit möglichst früh zu erkennen und im Keim zu ersticken. 2. Die Vervollkommnung der klinischen, chemischen und serologischen Untersuchungs-

methoden, um die leisesten Anzeichen einer beginnenden syphilitischen Organerkrankung aufzudecken. 3. Sorgfältige Führung der Krankengeschichten, um später einmal den Dauererfolg der verschiedenen Behandlungsmethoden feststellen zu können. Welche Bedeutung die Wassermannreaktion für den definitiven Verlauf der Syphilis hat, würden wir in 5—8 Jahren wissen. Um über den Wert des Salvarsans ein endgültiges Urteil abzugeben, werden wir uns noch mindestens 10 Jahre gedulden müssen.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 69) **Über reine Salvarsantherapie der Syphilis**, von Wechselmann. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 12.)

Es steht für Verf. fest, daß konsequente, eventuell jahrelange Darreichung von Salvarsan (bis zu 40 Injektionen) fast ausnahmslos jeden frisch Syphilitischen frei von klinischen Erscheinungen, im Blut und im Lumbalpunktat negativ machen kann.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 70) **Die Frage des Entstehens der Reaktionsprodukte bei der Serodiagnostik auf Lues**, von v. Wassermann und Lange. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 11.)

Die Autoren kommen zu dem Schluß, daß die Quelle für die Wassermannreaktion im Liquor die Lymphocyten sind, daß diese einen spezifischen Anteil in sich haben müssen, in dem Lymphocyten von andern als nicht syphilitischen Kranken nicht imstande sind, Substanzen frei werden zu lassen, welche eine Wassermannreaktion gaben.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 71) **Die Fortschritte der Syphilisbehandlung**, von Lesser. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 11.)

Die Fortschritte der Diagnostik durch die Entdeckung der Spiroch. pall. und der Wassermannreaktion ermöglichen eine frühere und daher wirkungsvollere Behandlung. Die Syphilis wird in frischen Fällen öfter zu kupieren sein als früher. Die Entdeckung des Salvarsans hat uns eine weitere Möglichkeit gegeben, kräftiger zu behandeln und hierdurch mehr zu erreichen. Die Wassermannreaktion ist ein wichtiger, wenn auch nicht ausschlaggebender Faktor für unser therapeutisches Vorgehen. Sie ist ferner von der größten Bedeutung für die Beurteilung des Heilerfolges. Wir dürfen hoffen, der Ausbreitung der Syphilis besser und wirksamer als bisher entgegenzutreten zu können. Das große Ziel, die Ausbreitung der Syphilis einzuschränken, ist nicht mehr in so unerreichbarer Form wie früher.

Lengefeld-Brandenburg a/H.

- 72) **Zur Frage der Verfeinerung der Wassermannschen Reaktion**, von A. Alexander. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. März.)

Besprechung der einzelnen von den verschiedensten Autoren angegebenen Methoden zur Verfeinerung der Wassermannreaktion unter gleichzeitiger Mitteilung eigener Ergebnisse, und Berücksichtigung einiger Fehlerquellen in der Deutung positiver bzw. negativer Resultate.

Immerwahr-Berlin.

- 73) **Über den Rhodangehalt des Speichels Syphilitischer**, von J. Schmitt. (Dermatolog. Zeitschrift. 1914. März.)

Der Durchschnittswert der Rhodanausscheidung durch den Speichel ist bei Syphilitischen viel geringer, als bei Nichtsyphilitischen, und zwar wahrscheinlich infolge der Behandlung mit Hg, Salvarsan und J.K. und deren Einfluß auf dem Stoffwechsel. Da das Rhodan im Speichel ein natürlicher Schutzstoff für die Mundhöhle ist, empfiehlt Verf. die Darreichung von Rhodalzid-Tabletten, einem Rhodaneißpräparate.

Immerwahr-Berlin.

- 74) **Weitere Beobachtungen über die Intrakutanreaktion mit dem Luetin**

von **Noguchi**, von **Faginoli** und **Fisicbella**. (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Aus den Untersuchungen der Verff. ergibt sich die hervorragende praktische Bedeutung der Kutanreaktion von **Noguchi**, speziell bei den syphilitischen Spätformen. Lengefeld-Brandenburg a/H.

75) **I. Bemerkungen zur Syphilispathologie und zur Heilwirkung des Salvarsans**, von v. **Zeissl.** — **II. Behandlung der Syphilis mit Salvarsan und Quecksilber**, von v. **Zeissl.** (Berliner klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 10 u. 11.)

Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen und der übergroßen Anzahl aller derjenigen, die mit Salvarsan arbeiten, zu dem Schlusse, daß **Ehrlichs** Präparat das wirksamste Heilmittel der Syphilis ist, das uns in einzelnen Fällen, wenn es vor Eintreten der Allgemeinerscheinungen angewendet wird, die Abortivkur ermöglicht. Die Behandelten sind gewissenhaft 2 bis 3 Jahre zu beobachten und der Zustand durch wiederholte Wassermannuntersuchungen zu kontrollieren. Lengefeld-Brandenburg a/H.

76) **Über die Doehle-Hellersche Aortitis (Aortitis luetica)**. Eine pathologisch-anatomische Studie von **G. B. Gruber**. (Jena, Fischer, 1914. 12 Mk.)

Mit Recht bemerkte der Verf., daß die vorliegende Affektion bereits zu den bekannten und anerkannten auf dem Gebiete der Klinik und pathologischen Anatomie zählt, aber in der allgemeinen Praxis noch oft verkannt oder unterschätzt wird. Daher wird hier eine ausgewählte Kasuistik aus der Münchener Prosektur wiedergegeben und die Besprechung der Ätiologie und Pathologie in erschöpfendem Maße vorgenommen. Das Buch ist dringend zum eingehenden Studium zu empfehlen und die 21 Tafelabbildungen werden sicherlich viel zum Verständnis dieses für jeden Arzt sehr wichtigen Kapitels beitragen. J.

77) **Beitrag zur modernen Luesbehandlung. Zwei neue Arsenquecksilberpräparate**, von **A. Herzfeld**. (New York med. Wochenschrift. 1914.)

Verf., der der reinen Salvarsanbehandlung skeptisch gegenüber steht, berichtet über gute Erfolge mit Injektionen von zwei neuen Arsenquecksilberpräparaten. Das erste enthält in einer Lösung von arseniger Säure in kaustischem Soda salizylsaurer Quecksilber und einen Zusatz von Glycerin. Das zweite Präparat besteht aus Hydrarg. cyanat. in Arsensodalösung. J.

78) **Über plötzlichen Tod bei Aortenlues**, von **Tilp**. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 10.)

Die Neigung der syphilitischen Aortenerkrankung zur Thrombosierung kann leicht einen thrombotischen Verschuß eines Kranzarterienostiums herbeiführen. Liegt daneben eine Stenose des anderen Kranzarterienostiums vor, so kann plötzlicher Tod eintreten durch die so entstehende Herzinsuffizienz. Diese Verengerungen bilden sich entweder durch schwierige Verdickung der Intima oder aber durch spaltförmige Verziehungen der Ostien im Moment der Speisung der Kranzgefäße. Auch die Inaktivierung des erkrankten Aortenrohres, welche durch Zerstörung elastischer und Muskellamellen bedingt ist, kann die Herzinsuffizienz verursachen, Verf. weist an einschlägigen Fällen diesen oft verhängnisvollen Vorgang bei Aortensyphilis nach. J.

79) **Lues-, Magen- und Darmerkrankung**, von **E. Schneider**. (Prager med. Wochenschrift. 1914. Nr. 26.)

Die Lues macht zweierlei Magen-Darmerkrankungen, organische und nervöse, zwischen denen häufig eine sichere Unterscheidung klinisch nicht

möglich ist; die rein funktionellen syphilitischen Erkrankungen bilden oft den Übergang zu den Magen-Darmstörungen bei Nervenlues. Die Diagnose ist schwer und wird wohl zu selten gestellt. Bei der Beobachtung diesbezüglichen Materials fielen zwei Typen auf: Erstens ein dem Bilde des *Ulcus ventriculi* sehr ähnlicher, der sich aber durch starke Salzsäureproduktion beim Fehlen von Blutung vom gummösen *Ulcus* unterscheidet, zweitens ein in einfacher Magen- bzw. Darmachylie bestehender, ähnlich dem Bild der chronischen luetischen Enteritis. Man hat also bei derartigen Fällen immer an Lues zu denken. Besonders zu beachten ist noch die luetische Wurzelneuritis der oberen und mittleren Thorakalsegmente (Gürtelgefühl, Interkostalneuralgie, Fremdkörpergefühl in der Magengrube), welche, da oft nur gesteigerte Sehnenreflexe bestehen, leicht verkannt werden kann. Auf Grund diesbezüglicher Beobachtungen hat Verf. festgestellt, daß chronische Magen-Darmbeschwerden auf syphilitischer Basis nicht selten sind, daß aber viele dieser Fälle auf nervösem Wege entstehen, auch ohne sonstige Erkrankung des Zentralnervensystems. Wichtig ist, daß nicht selten bei unzweifelhafter Lues des Magen-Darm-Traktus die Wassermannreaktion ausfällt.

Felix Koenigsberger-Berlin-Schöneberg.

- 80) **A case of annular papular syphilis in a negress**, by H. Fox. (Journ. of Amer. med. Assoc. 1913. Mai.)

Verf. beschreibt die gerade bei Negeren häufige Form eines annulären papulösen Syphilids an Gesicht, Hals, Sternum und oberem Rücken einer 19jährigen Negerin. Als weitere Symptome der Syphilis waren Angina und Adenopathie festzustellen, Wassermannreaktion stark positiv. J.

- 81) **Erfahrungen mit einem neuen Jodeiweißpräparat**, von H. Löhe. (Therapie d. Gegenwart. 1914. Januar.)

Das Testijodyl wurde bei Lues verschiedener Stadien und Formen, ohne schädliche Nebenwirkungen oder Beschwerden zu verursachen, angewandt. Nur in zwei Fällen trat ganz geringer Jodschnupfen bzw. Jodakne auf. In einem Fall, der nach Jodkalium eine starke Akne zeigte, nahm dieselbe bei Gebrauch von Testijodyl sogar ab. Die Wirkung des Präparats auf die syphilitischen Symptome war etwa die gleiche wie beim Jodkalium, trotzdem die Menge des Jods im Testijodyl geringer ist als im Jodkalium. J.

- 82) **Zwei Fälle mit kongenitaler Syphilis, von denen in einem Falle Glykosurie ein vorherrschendes Symptom war**, von G. H. Day. (The urologic and cutaneous review. 1914. Januar.)

Ein 17jähriger junger Mann, der stets gesund gewesen war, bekommt eine Affektion in der Nase, die ihn am Atmen behinderte und die auf eine antiluetische Behandlung zurückging. Der zweite Fall betrifft ein 10jähriges Mädchen, das plötzlich in 24stündigen Intervallen unter schwerem Koma schwere epileptiforme Krämpfe bekam, die 50 Minuten anhielten. Die Zähne hatten ausgesprochenen Fournierschen Typus, das Argyll Robertsonsche Pupillenphänomen war positiv, der Urin hatte eine große Menge Zucker, der Wassermann war stark positiv. Unter Neosalvarsanapplikation verschwanden die Erscheinungen in wenigen Wochen. Max Leibkind-Dresden.

III. Bibliographie.

Edm. Lesser, **Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten**. (13. Aufl. Berlin, Springer, 1914. 16 Mk.) — Mit dem neuen Verlag hat die 13. Auflage auch ein verändertes Gewand angenommen. Beide Teile des Lehrbuchs

sind zu einem Bande vereinigt und durch zahlreiche sehr instruktive farbige Tafeln erweitert worden. Daß alle neuen Errungenschaften des letzten Jahrzehnts, besonders das Salvarsan, gebührend gewürdigt sind, ist selbstverständlich. Einer Empfehlung bedarf die 13. Auflage eines Lehrbuches nicht mehr.

J.

Max Joseph, **Kurzes Repetitorium der Kosmetik der Haut, der Haare, der Nägel und des Mundes für Ärzte und Studierende.** (4. Aufl. mit 161 Rezepten [Breitensteins Repetitorien Nr. 69]. Leipzig, Joh. Ambr. Barth, 1914. 113 S. 1,60 Mk.) — Die 4. Auflage des bekannten, von Max Joseph, dem als Forscher, Lehrer und Praktiker gleich bewährten Berliner Dermatologen, verfaßten Repetitorium der Kosmetik ist gegen die im Jahre 1907 erschienene 3. Auflage gehalten zwar nur um einige Seiten vermehrt; sie hat aber eine wesentliche Verbesserung dadurch erfahren, daß nicht nur einige Rezepte vereinfacht, also verbilligt wurden, sondern daß auch den meisten — es sind deren im ganzen 161 — der annähernde Preis beigelegt wurde. Ref. stellt diesen Punkt voraus, weil die Medikamente und ihre Vehikel das Einteilungsprinzip für die Darstellung des Stoffes in den Hauptkapiteln (Kosmetik der Haut, der Haare usw.) abgeben. So wird der Leser in dem ersten Abschnitt nach einer kurzen Auseinandersetzung über die Ernährung und die Bedeutung des Sports mit der Anwendung und Wirkung des Wassers, der Bäder mit Zusätzen und der Seifen (12 Rezepte) bekannt gemacht. Dabei werden natürlich auch die Lippenpomaden nicht vergessen. Vielleicht hätte hier noch der günstigen Wirkung des Argent. nitr. in Form von Salben oder Pinselungen auf Rhagaden und Ulzerationen der Lippen gedacht werden können (Baginsky). Sodann folgen Erörterungen über Glycerin, Emulsionen (Lait virginal, Liliemilch u. dgl.) und Alkalien (Mittel gegen Sommersprossen). Freilich, „das einzige radikale Mittel ist doch allein die Verwendung der Karbolsäure“ (S. 49). Zeozon wird nur als Prophylaktikum gegen Sommersprossen erwähnt, allein ein kurzer Exkurs über Lichtschutz wäre nach dem Ermessen des Ref. hier doch wohl am Platze. Als Ersatz für Sulfur colloïdale wird das Sulfur pultiforme aufgeführt, und zwar in der Form der Kummerfeldschen Salbe (Stephan), die sich, da sie mit Ungt. solubile bereitet ist, mit Wasser abwaschen läßt. Daß die Alopecia pityrodes erblich sei, hält Verf. nicht für erwiesen. Er ermahnt daher zu energischem Kampf gegen dieses Leiden und empfiehlt hierzu in erster Linie den Schwefel in der Form von Sulf. praecip. oder Sulfoform. Die Abschnitte über Kosmetik der Nägel und des Mundes bilden den Schluß des flott geschriebenen, mit Inhaltsübersicht, Namen- und Sachregister versehenen und vom Verleger vortrefflich ausgestatteten Büchleins, das, gleich geeignet zu fortlaufendem Studium wie zur raschen Orientierung über Fragen, wie sie täglich vorkommen, allen Interessenten hiermit aufs wärmste empfohlen sei.

B. Solger-Neiße.

IV. Therapeutische Notizen.

Eczema madidans:

1) Rez. Boracis 10,0
Acid. salicyl. 1,0

M. f. pulv.

D. S. In 1 Liter Wasser zu lösen.

(Veiel.)

J.

Rez. **Enuresis nocturna:**

- 2) Tinct. Strychni 2,0
Tinct. ferri pomat. 18,0
S. Tropfglas, 2 mal täglich 10 Tropfen.
(Portner, Medizin. Klinik. 1913. Nr. 41.)

J.

Perniones:

- 3) Rez. Acid. carbol. liquef. 0,25
Calcar. chlorat. 1,0
Ungt. Paraffin. ad 10,0
S. Zum Einreiben.
(Blunck, Therapeut. Monatsh. 1914. April.)

J.

V. Vereinsberichte.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 12. Mai 1914.

Pinkus berichtet über 2 Fälle von Lues, in denen nach Neosalvarsaninfusionen die bekannten Gehirnzustände, Bewußtlosigkeit, epileptiforme Krämpfe eingetreten waren, und die er nach dem Vorgange von Milian mit **Adrenalininjektionen** behandelt hat; der eine Patient erholte sich, in dem anderen Falle war der Exitus nicht abzuwenden.

Heller demonstriert anatomische Präparate eines Falles von **Leukopathia ungium totalis**; die Erkrankung ist sehr selten, über die Ätiologie ist bisher nichts Sicheres bekannt. Vortr. konnte durch sofortige Celloidineinbettung der Präparate einwandfrei nachweisen, daß die Weißfärbung durch Luftbläschen hervorgebracht ist; bei Alkoholbehandlung gelingt der Nachweis der Luft nicht, da diese diffundiert. Die mikroskopische Untersuchung zeigt am erkrankten Nagel drei Schichten, die in verschiedener Intensität Zellen enthalten, welche, wie mittels der Dunkelfeldbeleuchtung deutlich festzustellen ist, mit Luftbläschen angefüllt sind.

Blaschko bespricht die **Ergebnisse der statistischen Erhebung über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Berlin im November/Dezember 1913**: Bei der von den statistischen Ämtern deutscher Großstädte auf Anregung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorgenommenen Zählung der Geschlechtskranken, die in der Zeit vom 20. November bis 20. Dezember 1913 bei den Ärzten und Krankenhäusern von Groß-Berlin, welche die Anfragen beantwortet haben, in Behandlung standen bzw. traten, ergab sich die Zahl von etwa 20000; von diesen betrug der Zugang allein 7552, was für das ganze Jahr einen Zugang von 90000 ausmachen würde. Stellt man aber die Tatsachen in Rechnung, daß nur 48% der Ärzte die Anfragen beantwortet haben, daß ferner eine große Anzahl von Kranken von Kurpfuschern behandelt wird bzw. unbehandelt bleibt, so würden sich die obigen Zahlen mindestens verdoppeln. Es kamen von den Kranken 48% auf Gonorrhoe, 46% auf Lues; der Zugang betrug bei der Gonorrhoe 80%, bei der Lues 27%. Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug bei der Gonorrhoe 41 Tage, bei der Lues 62 Tage, bei Ulcus molle 24 Tage. Das Verhältnis der Männer zu den Frauen betrug bei den Geschlechtskranken überhaupt 2,8:1, bei der Gonorrhoe 3,6:1, bei der Lues 2,1:1, beim Ulcus molle 5:1. Der 18. Teil der Patienten wurde in Krankenhäusern behandelt.

Nach dieser Statistik wurden 9% der erwachsenen Männer von Groß-Berlin geschlechtskrank, was ungefähr mit den beim Gewerkskrankenverein festgestellten Zahlen übereinstimmt; an Tabes bzw. Paralyse würden 5—10% aller Luetiker erkranken, eine Zahl, die auffallend groß erscheint. Um exaktere Zahlen bei derartigen Zählungen zu bekommen, müßte die Beantwortung obligatorisch sein, außerdem bezahlt werden.

In der Diskussion wird bezweifelt, ob die Zahlen für Tabes und Paralyse zutreffen; diese Krankheiten kommen wohl ausnahmslos zur Kenntnis, während von den Geschlechtskranken viele nicht mitgezählt werden.

Sitzung vom 9. Juni 1914.

Zernick demonstriert ein 6monatiges Kind mit *Urticaria pigmentosa*; das mikroskopische Bild zeigt die bekannten säulenförmigen Mastzellenanhäufungen.

C. A. Hoffmann stellt vor: 1. einen Patienten mit *Mycosis fungoides*; man sieht klinisch das erythematöse, ekzematöse und infiltrative Stadium nebeneinander; das Blutbild ist normal; unter Röntgenbehandlung ist teilweise Abheilung erfolgt;

2. eine Frau mit *Lupus erythematosus* mit lupoiden Einlagerungen, die aber keinen für Tuberkulose charakteristischen Bau zeigen, sondern aus Rundzellen bestehen;

3. berichtet Votr. über einen Fall von *Lichen nitidus*; es finden sich gruppierte Herde in den Handflächen; das histologische Bild zeigt Rundzelleninfiltrate um die Schweißdrüse herum, ohne tuberkulösen Bau.

In der Diskussion zum ersten Falle bemerkt Ledermann, daß die Röntgenbehandlung bei *Mycosis fungoides* den Exitus nicht abwenden kann.

Frau Kaufmann-Wolf demonstriert Fälle von Erkrankungen der Hände und Nägel, die durch den *Trichophytonpilz* hervorgerufen sind, mit instruktiven mikroskopischen Präparaten.

In der Diskussion zeigt Heller ebenfalls mikroskopische Präparate von *Trichophytie* der Nägel und betont die Schwierigkeit, die Hyphomyzeten zu finden und zu kultivieren.

Ledermann stellt einen 19jährigen Patienten mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose „juvenile Paralyse“ vor; differentialdiagnostisch kommt *Lues cerebri* in Betracht, aus dieser kann sich die Paralyse entwickeln; die Mutter hatte ebenfalls Paralyse, Wassermann ist positiv; Votr. betont die Wichtigkeit, die Kinder luetischer Eltern immer serologisch zu kontrollieren, damit die Krankheit rechtzeitig erkannt und behandelt wird.

In der Diskussion werden weitere analoge Fälle erwähnt.

H. Isaak zeigt einen Patienten mit *Syphilis papulose nigricans*; die dunkle Färbung der Effloreszenzen war erst nach der Anwendung von *Salvarsan* eingetreten.

Heller demonstriert einen Fall von *Morphaea*.

Pinkus zeigt das Wachmodell und Präparate eines *Talgdrüsentumors*, der sich bei einer Luetika entwickelt hatte und den Eindruck einer spezifischen Papel machte.

Demonstrationsabend im Rud. Virchow-Krankenhaus

(Abt. von Prof. Wechselmann) am 16. Juni 1914.

Wechselmann spricht „zur reinen *Salvarsantherapie*“ unter Demonstration der Technik und zahlreicher Patienten; die *Lues* wird auf der Station

von W. nur mit Neosalvarsan behandelt, es werden subkutane Injektionen in Dosen von 0,1—0,9 gemacht nach vorheriger Injektion von Eusemin; die Einspritzungen müssen epifaszial ausgeführt werden, dann treten weder Schmerzen, noch Infiltrate, noch Nekrosen auf; die Patienten bekommen, wenn nötig, 30—40 Injektionen. Die Erfolge sind gut, auch schwere Fälle von Lues der Knochen, des Zentralnervensystems, der Augen werden günstig beeinflusst. Nephritis bildet keine Kontraindikation, man muß dann sehr vorsichtig kleine Dosen anwenden. Besondere Vorsicht erheischen die Fälle von oligurischer Niereninsuffizienz, hier führt Hg-Behandlung oft zu weiterer Schädigung der Hirnsubstanz, so daß das Salvarsan dann nicht ausgeschieden werden und zu schweren Komplikationen führen kann. In jedem Falle wird fortlaufend nicht nur das Blut, sondern auch das Lumbalpunktat nach Wassermann untersucht; erst wenn letzteres negativ ist, wird die Behandlung positiv.

Eicke bespricht die „Serum- und Liquordiagnose bei Syphilis“; das Blutserum wird zur Untersuchung 10fach verdünnt, es wird in fallenden Mengen untersucht; der Abfall von positiv zu negativ erfolgt meist stetig, manchmal sprunghaft, ein plötzlicher Umschwung wurde nie beobachtet; in frischen Fällen tritt die negative Reaktion gewöhnlich in 4—6 Wochen ein; je länger die Krankheit besteht, desto schwerer ist die Umwandlung zu erzielen. Sehr wichtig ist die Untersuchung des Lumbalpunktes; es handelt sich hierbei erstens um die Zytodiagnostik, zweitens um den Nachweis von Globulin, durch Ausflockung mit kolloidaler Goldlösung, drittens um die Wassermannsche Reaktion, die ungefähr ebenso verläuft wie mit dem Blutserum.

Arnheim spricht über „Hautveränderungen bei Scharlach“. Vortr. demonstriert mikroskopische Präparate an der Leiche; es finden sich Effloreszenzen entzündlicher Natur hauptsächlich in der Subcutis, in den Lymphspalten und um die Talgdrüsen, dann Parakeratosis, die zur Desquamation führt; in den Schuppen sieht man zahlreiche Mikroorganismen, die event. die Infektiosität des Scharlachs im Desquamationsstadium erklären würden.

Paul Cohn-Berlin.

VI. Vermischtes.

In Stuttgart findet am 15. September, 9 Uhr vormittags, eine Zusammenkunft Deutscher Polizeiarzte bei Gelegenheit der Ausstellung für Gesundheitspflege zur Besprechung über Prostitution und sanitäre Kontrolle statt. Die einleitenden Vorträge werden von Polizeidirektor Bittinger über Prostitution unter besonderer Berücksichtigung der Mittelstädte, und von Dr. Hammer über sanitäre Kontrolle gehalten. Anmeldungen sind an Dr. Hammer, Stuttgart, Lindenstr. 12 zu richten.

VII. Personalien.

Dr. Arning in Hamburg wurde der Professortitel verliehen.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von VEIT & COMP. in Leipzig. — Druck von METZGER & WITTE in Leipzig.

DERMATOLOGISCHES CENTRALBLATT.

INTERNATIONALE RUNDSCHAU

AUF DEM GEBIETE DER HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

PROFESSOR DR. MAX JOSEPH

IN BERLIN.

Siebzehnter

Jahrgang.

Monatlich erscheint eine Nummer. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direkt von der Verlagsbuchhandlung Verrt & Comp. in Leipzig.

1914.

September.

Nr. 12.

Inhalt. I. Originalmitteilung. Über Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat, von Dr. Lalajanz.

II. Bibliographie. — III. Personallen. — IV. Notiz. — V. Register.

I. Originalmitteilung.

[Aus Prof. Dr. Max Josephs Poliklinik für Hautkrankheiten in Berlin.]

Über Purium, ein neues Steinkohlenteerpräparat.

Von Dr. Lalajanz, Volontär-Assistent.

Die außerordentlich große Verbreitung der Ekzeme und besonders des Gewerbeekzems stellt an den behandelnden Arzt große Anforderungen in bezug auf die Therapie. Das häufige Versagen vieler Präparate, die in einer Reihe von anderen Fällen vorzügliche Dienste leisten, beweist, daß wir noch kein Präparat haben, welches auch nur für bestimmte Gruppen von Ekzemen stets wirkungsvoll ist. Aus diesem Grunde besteht für uns die Pflicht, neue Präparate, welche nach bestimmten Richtungen hin eine Erweiterung unseres therapeutischen Arsenal zu versprechen scheinen, trotz der häufigen Enttäuschungen bei derartigen Prüfungen zu versuchen.

Seitdem Dind 1906 wieder als Erster auf die gute Wirkung des Steinkohlenteers bei gewissen Formen des Ekzems usw. hingewiesen hat und diese Erfahrungen sowohl von französischen wie von deutschen Autoren bestätigt wurden, begannen die Chemiker neue Steinkohlenteerpräparate herzustellen, welche möglichst die gesamte Wirkung des rohen Originalpräparates enthalten sollten, ohne dabei die unangenehmen Nebenwirkungen, wie Geruch, Farbe usw. zu haben.

Die seit Jahren im Gebrauch stehenden Steinkohlenteerpräparate, wie Liantral, Anthrasol, sind zweifellos in vielen Fällen wirksam, erreichen aber in keiner Weise den unverdünnten Steinkohlenteer. Aus diesem Grunde hielten wir es für angebracht, ein neues Präparat, das Purium,

das uns in reichlichen Quanten und in verschiedenen Formen von der chem.-pharm. Fabrik Dr. Franz Michaelis-Berlin-Schöneberg zur Verfügung gestellt wurde, an unserem großen Krankenmaterial zu versuchen.

I. Chemische Eigenschaften.

Das Purium enthält alle wirksamen Bestandteile des Steinkohlenteers an Benzoyl- und an Salizylradikale chemisch gebunden, also alle Phenol- und Kresolkörper und deren Derivate, alle empyreumatischen Stoffe, die z. B. in dem bekannten Kreolin enthalten sind, sowie die Schwefel-Rhodan und Cyan enthaltenden Körper.

Nicht enthalten sind alle hochschmelzenden, pechartigen Stoffe, alle Kohlenwasserstoffe und die basischen Körper, wie z. B. die Pyridine.

Das reine konzentrierte Präparat ist weich, salbenförmig, bei etwa 60 °C zu einer klaren, dunkelbraunen Flüssigkeit schmelzend, die jedoch kaum färbt. Der Geruch ist aromatisch, mit einem sehr geringen Untergeschmack nach Teer, der bei den in Betracht kommenden Verdünnungen (bis etwa 20%igen Salben und Lösungen) ganz verschwindet. Eine ätzende oder reizende Wirkung hat auch das konzentrierte Präparat nicht, da es keine freien Säuren und Alkohole enthält.

Ein Gewichtsteil konzentriertes Purium enthält die wirksamen Bestandteile aus etwa 3 bis 4 Gewichtsteilen Steinkohlenteer. Wird das Präparat mit einer Ätzlauge in der Hitze verseift, die erhaltene alkalische Lösung mit Säure zersetzt, so erhält man ein dunkles, stark nach Kreolin stinkendes Öl.

Die Löslichkeitsverhältnisse des konzentrierten Präparates sind für Rezepturzwecke, sowie zur Bereitung von Salben aller Art äußerst günstig, da sich mit Leichtigkeit sowohl spirituöse wie ölige Lösungen herstellen lassen. So wurden bei der Behandlung folgende Puriumpräparate verwandt:

Salben (Purium c. Lanolin-Vaselin) 2 bis 20%,

Pasten (Purium c. Zinkpaste) 2 bis 10%,

Lack (Purium c. Äther-Alkohol-Firnis) 20% (dieses Präparat trocknet in einigen Minuten in einer leicht gelblichen Schicht auf der Haut ein und ist eventuell mit Benzin, Äther, Alkohol usw. sofort zu entfernen),

Linimente (Purium c. Zinkoxyd, Amylum, Glycerin, Aqua) in Tuben unbegrenzt haltbar 2 bis 10%.

II. Therapeutische Ergebnisse.

Was die Anwendungsweise des Präparates angeht, so haben wir uns der in unserer Poliklinik üblichen und bewährten Methode bedient, d. h. bei der Behandlung der akuten oder exazerbierenden Ekzeme erst dann das Purium auf die kranke Haut appliziert, wenn durch entsprechende Vorbehandlung: Umschläge mit essigsaurer Tonerde, Resorzin, Verbände

mit Zinköl, Zinkpaste und anderer indifferenten Salben der Heilungsprozeß schon angebahnt war. Nie haben wir das Präparat auf stark nässende, bullöse, ödematös gerötete oder infizierte Flächen appliziert. Als zweites Prinzip galt für uns, das Präparat zu Anfang nur probeweise und in schwacher Konzentration an einer kleinen Stelle, und erst dann, wenn es gut vertragen wurde, an einer größeren zu verwenden, und dann stufenweise, tastend, zu stärkeren Konzentrationen überzugehen.

Bei diesem Modus, wo das Präparat erst dann auf die erkrankten Flächen appliziert wurde, wenn die akuten Reizerscheinungen schon abgeklungen waren, sahen wir keine Mißerfolge, insbesondere keine Reizerscheinungen. Bei chronischen Ekzemen mit Verdickungen und Rhagaden, sowie bei Lichen chronicus simplex haben wir von vornherein die stärkeren Konzentrationen des Präparates angewandt, sei es in Salben- oder Pastenform. Was die Technik der Applikation angeht, so war dieselbe möglichst einfach: die erkrankte Fläche wurde mit Benzin gereinigt und dann mit einer dünnen Schicht Salbe bestrichen, meistens auch ein einfacher Verband angelegt. Bei Pasten kam das Rüböl als Reinigungsmittel zur Verwendung.

Um falsche Schlüsse zu vermeiden, die bei der Betrachtung unserer Krankengeschichten gemacht werden können, müssen wir noch folgenden Umstand besonders betonen: Unser Krankenmaterial rekrutiert sich meistens aus Arbeitern, die ihre Arbeit nicht aussetzen möchten. Nur im akuten Stadium sahen sie sich dazu gezwungen, die Arbeit niederzulegen, um bei der Teerbehandlung die letztere wieder aufzunehmen. Es entstanden darum folgende ungünstige Verhältnisse: erstens kam das Mittel nur nachts zur Verwendung, am Tage bei der Arbeit mußte man sich mit Vaseline begnügen, zweitens konnten die Patienten sich nur einmal in der Woche vorstellen und drittens geschah die Applikation nicht so regelmäßig wie es zu wünschen war. Außerdem wirkte der Umstand sehr störend, daß bei der Arbeit die erkrankten Flächen immer wieder denselben schädigenden Einflüssen ausgesetzt wurden, die als ätiologisches Moment bei der Entstehung der Krankheit in Betracht kamen.

Ehe wir zur Besprechung der therapeutischen Eigenschaften des Präparates eingehen, möchten wir einige Krankengeschichten in Kürze erwähnen.

Akute Ekzeme.

I. Kr., 40 Jahre alt, ein seit 8 Wochen bestehendes subakutes Ekzem des rechten Unterschenkels. Vom Knie bis Fußgelenk gerötet, leicht geschwollen, kleine stecknadelkopfgroße Erosionen, stellenweise mit Borken bedeckt. Nahe dem Fußgelenk Verdickungen und Rhagaden. Der Patient war immer in Behandlung. Unter Umschlägen mit essigsaurer Tonerde und Zinkölverbänden verschwinden die akuten Erscheinungen.

19./V. 1% Puriumliniment.

- 20./V. Patient fühlt sich besser, das Jucken hat nachgelassen.
21./V. Die Haut beginnt zu schuppen, 2% Puriumsalbe.
23./V. Mit Ausnahme dreier kleiner marktstückgroßer Flächen normale Haut. Diese Stellen werden mit Argentinum nitricum geätzt. 2% Puriumsalbe.
25./V. 3% Puriumsalbe.
30./V. Die ganze Fläche normal. Der Patient wird als geheilt entlassen.

II. Sch., 56 Jahre alt, Schmied. Seit 3 Wochen bestehendes akutes Ekzem der Unterschenkel und beider Arme. Die Haut ist prall gespannt, gerötet und mit Papeln übersät. Dieselbe Vorbehandlung wie vorher.

- 22./III. 1% Puriumliniment.
27./III. 2% Puriumliniment.
1./IV. Mit Ausnahme einiger Papeln beginnt die ganze kranke Fläche zu schuppen.
6./IV. 5% Puriumliniment.
10./IV. Der Patient wird als geheilt entlassen.

III. Pr., 40 Jahre alt, Schlosser. Akutes, bullöses Ekzem an beiden Händen, starke ödematöse Schwellung, stellenweise Nässen.

Vom 6./VI. bis 13./VI. wird der Patient mit essigsaurer Tonerde und Ol. zinci behandelt. Die Blasen sind geplatzt, das Nässen hat aufgehört. Der Patient klagt über Empfindlichkeit, die so stark ist, daß er kaum etwas anfassen kann.

- 13./VI. 5% Borpaste.
17./VI. 2% Puriumpaste an der rechten Hand.
18./VI. 2% Puriumpaste für beide Hände.
22./VI. Normale Haut. Keine Empfindlichkeit. Der Patient wird als geheilt entlassen.

IV. K., 22 Jahre alt, Arbeiter. Seit 10 Tagen bestehendes, nässendes Ekzem der Finger. Behandlung mit essigsaurer Tonerde und Ol. zinci.

15. bis 20./VI. Kein Nässen, starke Rötung und Jucken noch vorhanden.
20./VI. 2% Puriumpaste.
23./VI. Der Patient wird als geheilt entlassen.

V. M., 20 Jahre alt. Seit einer Woche bestehendes, akutes nässendes Ekzem beider Unterarme und des Gesichts, stellenweise mit Krusten und Borken bedeckt.

Vom 12./IV. bis 20./IV. gewöhnliche Behandlung mit essigsaurer Tonerde und Ol. zinci. Einige Stellen wurden mit Argentinum nitricum geätzt.

- 20./IV. An den Unterarmen keine nässenden Stellen, 2% Puriumpaste. Am Gesicht wird die Behandlung weiter fortgesetzt.
4./V. Gesicht und Unterarme werden mit 2% Puriumpaste behandelt.
6./V. Kein Nässen, kein Jucken.
8./V. Der Patient wird als geheilt entlassen.

VI. Kn., 40 Jahre alt, Mechaniker. Akutes bullöses Ekzem beider Hände. Starke ödematöse Schwellung mit Nässen. Umschläge werden nicht vertragen. Unter Puderbehandlung hört das Nässen auf.

- 2./IV. Puriumpaste.

- 2./V. Kein Nässen, keine Schwellung, starke Schuppung der Haut.
- 4./V. Th. idem.
- 9./V. 2^o/_o Puriumliniment.
- 17./V. Der Patient wird als geheilt entlassen.

Im ganzen wurden von uns 11 Fälle akuter Ekzeme mit Purium behandelt und wie es aus den erwähnten Krankengeschichten zu ersehen ist, mit recht gutem Erfolg.

An den von der Hornschicht entblößten Flächen bildete sich eine neue, weiche und geschmeidige Haut. Der mehr oder weniger vorhandene Juckreiz ließ gewöhnlich nach der ersten Applikation bedeutend nach, um schließlich bei weiterer Behandlung vollständig zu verschwinden.

Die Rötung und Schwellung verschwand unter der stark adstringierenden und anämisierenden Wirkung des Präparates sehr schnell.

Bei **chronischen Ekzemen** erstrecken sich unsere Beobachtungen auf 25 Fälle, von denen 20 als geheilt entlassen wurden. Bei Fällen mit deutlicher Lichenifikation, Rhagadenbildung, Juckreiz und mehr oder weniger vorhandener Schuppung waren unsere therapeutischen Erfolge ebenso günstig. Einige von diesen Affektionen bestanden jahrelang, haben jeder Salbenbehandlung getrotzt, wurden ohne Erfolg bestrahlt und doch epithelisierten unter Puriumbehandlung die Erosionen, die Rhagaden schlossen sich und es trat bei fortgesetzter Puriumbehandlung eine vollständige Heilung ein. Zu Beginn der Versuche haben wir von vornherein solche Fälle ausgesucht, die lange und ohne Erfolg in Behandlung waren, um gerade hier die therapeutische Wirkung des neuen Präparates zu prüfen.

I. Sch., 56 Jahre alt, früher Tapezierer, jetzt Aufsichtsbeamter. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr bestehendes, chronisches, tyloides Ekzem der beiden Handflächen. Stark verdickte Haut, tiefe Rhagaden. Der Patient kann die Finger nicht ausstrecken, klagt über unerträgliches Jucken. Immer in Behandlung gewesen.

15./III. 15^o/_o Puriumsalbe.

17. bis 19./III. Dieselbe Therapie.

22./III. Bedeutende Besserung, das Jucken ist verschwunden, die Haut schuppt in großen Lamellen, die Rhagaden sind überhäutet. Der Patient wird arbeitsfähig geschrieben und behandelt sich selbst zu Hause.

30./III. Mit Ausnahme einer markstückgroßen Stelle ist die ganze Fläche geheilt.

25./IV. Der Patient wird als geheilt entlassen.

II. W., 34 Jahre alt, Postschaffner; seit einem Jahre bestehendes, chronisches, rhagadiformes Ekzem der Hände. Genau dasselbe Bild wie der vorige Fall.

Um starke Verdickungen und Verhornung zu lösen, wandten wir Puriumlack vom 19. bis 25./III. an. Es trat eine deutliche Besserung ein.

4./IV. Puriumsalbe 10^o/_o.

20./IV. Purium 20^o/_o.

- 30./IV. Nur noch Spuren von Rhagaden und Verdickungen.
15./V. Der Patient wird als geheilt entlassen.

III. Eich., 30 Jahre alt, seit einem Jahre bestehendes chronisches Ekzem der Handrücken. Fünfmarkstückgroße zirkumskripte verdickte Schicht. Starkes Jucken.

- 19./V. Puriumpaste 5⁰/₀.
23./V. Gebessert. Puriumsalbe 10⁰/₀.
30./V. Der Patient wird als geheilt entlassen.

IV. M., 41 Jahre alt. Seit 3 Jahren bestehendes chronisches Ekzem der Fußrücken. Außerdem leidet der Patient augenblicklich an Gicht.

16./V. Puriumsalbe 5⁰/₀.

Am 18./VI. stellt sich der Patient wieder vor und teilt mit, daß er ganz geheilt war, aber daß es seit einigen Tagen schlechter geworden ist. Die Verdickungen und Rhagaden sind verschwunden. In der Umgebung der früher kranken Flächen akutes, papulöses Ekzem. Unter Ol. zinci verschwanden in 2 Tagen die akuten Erscheinungen. Der Fußrücken wurde normal.

Am 21./VI. wurde der Patient als geheilt entlassen.

V. W., 38 Jahre alt, Galvaniseur. Chronisches Ekzem der Handrücken. Wurde 8 Tage mit Holzteer behandelt ohne besonderen Erfolg.

2./V. Puriumsalbe 10⁰/₀.

14./V. Das Jucken ist verschwunden, mit bedeutender objektiver Besserung.

20./V. Linker Handrücken geheilt. Für die rechte Hand dieselbe Therapie.

Am 30./V. wird der Patient als geheilt entlassen.

VI. K., 28 Jahre alt, Schreiber, chronisches rezidivierendes Ekzem der Hände.

3./V. Puriumsalbe 3⁰/₀.

10./V. Puriumsalbe 10⁰/₀.

17./V. Die Haut wird etwas trocken, sonst normal. Borvaselin.

Am 20./V. wird der Patient als geheilt entlassen.

An diese Fälle möchten wir einige Fälle von **Lichen chronicus simplex** anreihen, die ebenfalls mit auffallend gutem Erfolg von uns mit dem neuen Präparat behandelt wurden.

I. B., 63 Jahre alt, seit 2 Jahren bestehendes Lichen chronicus simplex des Halses, mit typischer Lichenifikation, Felderung der Haut und starkem Juckreiz.

30./III. Puriumliniment 10⁰/₀.

1./IV. Besser. Das Jucken ist fast verschwunden. Der Patient ist sehr zufrieden. Die Haut fühlt sich weich an, die Knoten sind verschwunden, mit Ausnahme einiger zirkumskripten dreimarkstückgroßer Flächen. Puriumsalbe 20⁰/₀.

15./V. Th. idem.

Am 30./V. wird der Patient als geheilt entlassen.

II. G., 67 Jahre alt, seit $\frac{1}{2}$ Jahr bestehendes Lichen chronicus simplex an der Innenfläche des rechten Unterschenkels.

- 21./V. Puriumöl.
- 4./VI. Puriumsalbe 20⁰/₀.
- 14./VI. Fast geheilt.
- 20./VI. Der Patient wird als geheilt entlassen.

III. F., 30 Jahre alt, Schlosser. Seit 2 Jahren bestehendes Lichen chronicus simplex am Hals und an der Innenfläche des rechten Unterschenkels. Handtellergröße, verdickte, gefelderte Flächen mit starkem, angeblich unerträglichem Juckreiz.

- 5./IV. Puriumliniment 10⁰/₀.
- 19./IV. Bedeutende Besserung, Th. idem.
- 17./V. Mit Ausnahme einiger Stellen völlig gesunde Haut.
- 25./V. Der Patient wird als geheilt entlassen.

Ferner möchten wir noch folgenden Fall von **Psoriasis vulgaris** erwähnen, der ebenfalls mit Purium behandelt wurde.

O., 45 Jahre alt, Kaufmann, seit 5 Jahren bestehende Psoriasis vulgaris disseminata. An der Brust, am Schulterblatt, an den Ellenbogen und Oberschenkeln handflächen- bis tellergröße Plaques. Der Patient war immer und ohne Erfolg in Behandlung. Er bekam Chrysarobin, Pyrogallol, Karbol-Sublimat. Den Erfolg der Puriumbehandlung kann man überraschend nennen.

15./V. Der Patient bekommt versuchsweise für den Rücken reines Purium.

20./V. Bedeutende Besserung. Die anderen Stellen, die mit Pyrogallol behandelt wurden, bleiben unbeeinflusst. Purium wird weiter angewandt.

28./V. Der Heilungsprozeß ist unverkennbar.

15./VI. Einige Stellen an Brust und Rücken und ein Arm sind vollständig geheilt. Die anderen bedeutend besser. Der Patient bleibt noch in Behandlung.

Die Durchsicht der angeführten Krankengeschichten zeigt, daß wir im Purium ein Teerpräparat haben, das bei seiner fast vollständigen Reizlosigkeit eine ausgezeichnete keratoplastische Wirkung entfaltet. Seine juckstillende Wirkung übertrifft dabei die anderen Mittel. Diese Eigenschaften erlauben uns, bei akuten Ekzemen schon zu einer Zeit zur Teerbehandlung überzugehen, zu der wir es mit Holzteer und seinen Derivaten nicht wagen würden.

Bei chronischen Gewerbeekzemen, tyloformen Ekzemen und Lichen chronicus simplex mit Verdickungen, Rhagaden, Schmerzhaftigkeit und Jucken, konnten wir die hervorragende, epithelisierende, anämisierende, austrocknende und juckreizstillende Wirkung des neuen Präparates feststellen.

Was noch besonders wertvoll am Präparat ist, ist der Umstand, daß es auch die Infiltrationen, die mehr oder weniger bestanden, bei konsequenter Behandlung zum Verschwinden bringt und an den erkrankten Stellen etwas pigmentierte, aber sonst normale Haut zurückläßt. Die Bedeutung dieser Eigenschaft des Präparates ist aus folgenden Gründen

einleuchtend: Es gibt kaum einen hartnäckigeren, jeder Therapie Widerstand leistenden Prozess als diese Neurodermitis (Lichen chronicus simplex). Trotz aller unserer Bemühungen sehen wir immer wieder Rezidive eintreten. Zwar kann man symptomatisch durch die oben genannten, das Jucken beseitigenden Präparate, durch das Bromokoll und das Euguform, recht viel erreichen, aber der zugrunde liegende Infiltrationsprozeß wird hierbei wenig beeinflusst. Wir haben uns bei der Behandlung dieser Art Erkrankungen durch Purium, in steigenderen Konzentrationen, überzeugen können, daß das Präparat eine ausgesprochen resorbierende Wirkung auf die Infiltrationen ausübt. Das Purium ist imstande, auch eine nicht minder starke keratolytische Wirkung auszuüben.

Folgender Fall sei hier kurz erwähnt:

Ulr., 54 Jahre alt, Bürogehilfe, seit mehreren Jahren bestehende Tylositas der beiden Füße. Tiefe Rhagade, starke Schmerzhaftigkeit, die das Gehen des Patienten sehr beeinträchtigt.

16./III. Puriumlack.

23./III. Besserung. Schmerzen verschwunden. Der Patient erzählt, daß er wieder gut gehen kann.

28./III. Die verhornten Massen fallen in dicken Lamellen ab.

15./IV. Der Heilungsprozeß dauert in demselben langsamen Tempo fort. Hier versuchten wir, um die Heilung zu beschleunigen: Acid. salycil. 4,0, Sulfur praecip. 8, Vaseline ad 100.

30./IV. Nach 2wöchentlicher Behandlung mit der Salbe trat eine Verschlechterung ein, Schmerzhaftigkeit wegen neuer Rhagaden, Puriumlack.

25./V. Der Patient ist beschwerdefrei, die Stelle noch etwas stark verhornt, leichte Einschnitte, die aber nicht bis in die Tiefe gehen und auch nicht schmerzhaft sind.

Die oben angeführten Krankengeschichten sind der beste Beweis dafür, daß das Purium starke keratolytische und reduzierende Wirkung ausüben kann.

Was die bakterizide Wirkung des Präparates anbetrifft, so ist dieselbe sehr schwach. Einige Fälle von Folliculitis am Unterschenkel, die wir einer Puriumbehandlung unterzogen, zeigten keine Besserung.

Zusammenfassung.

Das Purium ist ein vorzügliches und schnell wirkendes Mittel bei akuten, subakuten und chronischen Ekzemen aller Art und Lichen chronicus simplex. Es mildert den quälenden Juckreiz, beseitigt die fast immer vorhandene mehr oder weniger ausgesprochene Rötung und Schwellung, wirkt keratoplastisch bei Erosionen und Rhagaden, löst die Verhornungen bei tylotiformen Ekzemen und bringt die Lichenifikationen zur Resorption.

Es erreicht demnach im allgemeinen die Wirkung des unverdünnten Steinkohlenteers, ohne die unangenehmen Nebenwirkungen desselben (Geruch, Farbe usw.) zu entfalten.

II. Bibliographie.

C. Funk, Die Vitamine, ihre Bedeutung für die Physiologie und Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Avitaminosen: Beriberi, Skorbut, Pellagra, Rachitis. Anhang: Die Wachstums substanz und das Krebsproblem. (Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1914. 193 S. 38 Abbildungen im Text und 2 Tafeln.) — Zu der Liste der bekannten Nahrungsbestandteile (Eiweißkörper, Fette usw.) sind nach Verf. als neue Gruppe die Vitamine hinzuzufügen, ohne die kein Leben möglich ist. Sie sind in unserer Nahrung zwar nur in minimalen Mengen vorhanden, spielen aber beim Stoffwechsel als Muttersubstanz von chemischen Körpern, die lebenswichtige Funktionen zu betätigen haben, eine sehr bedeutsame Rolle. Es sind dies stickstoffhaltige, sehr kompliziert gebaute Körper, die sich durch gewisse Fällungsmittel abscheiden lassen, die schon in sehr kleinen Mengen kräftige Wirkungen ausüben, die ferner thermostabil sind und also an die Fermente erinnern, wie sie ja auch in der Hefe vorkommen. Vitamine wurden sodann in der Milch, sowie in manchen Futter- und Genußmitteln isoliert. Positives über ihre Rolle im tierischen Organismus weiß man freilich sehr wenig, daß sie aber eine sehr wichtige sein muß, geht daraus hervor, daß ihr Fehlen ernste Erkrankungen und eventuell den Tod herbeiführt. Für diese „deficiency diseases“ schlägt Verf. den Kollektivnamen Avitaminosen vor. Zu dieser Gruppe gehören Beriberi (Kakke der Japaner) und Skorbut, sowie ihre experimentell erzeugten Varietäten, sodann Pellagra, wahrscheinlich auch Rachitis, Osteomalazie und einige andere Affektionen. Was zunächst die Beriberi anlangt, so ist sie oder wenigstens die in Japan, auf der malayischen Halbinsel und den Philippinen vorkommende Form als eine partielle Unterernährungskrankheit anzusehen, die durch längeren Konsum von poliertem, also seiner Rindenschicht (Perikarp) künstlich beraubtem Reis veranlaßt wird. Die durch Verfüttern von weißem Reis experimentell beim Geflügel hervorgerufene Beriberi (Polyneuritis gallinarum) verhält sich hinsichtlich der Pathogenese, der Symptome und der Therapie genau so wie die menschliche Form. Beide sind nicht auf Infektion oder Intoxikation zurückzuführen, auch die Phosphormangeltheorie läßt sich nicht aufrechterhalten, sie entstehen vielmehr lediglich aus Mangel an Vitaminen. Eine Zulage von Kartoffeln (unter Umständen auch in der Form der mit Kohl zusammengekochten Kartoffelsuppe) könnte nach Meinung des Verf.'s in den Beriberizonen von großem Nutzen sein, denn durch die Kartoffel sind die kaukasischen Völker, auch die der ärmsten Gegenden, vor der Erkrankung geschützt. Auch eine Diät aus Reis und frischem Obst wirkt günstig. — II. Gruppe (Skorbut, exper. Skorbut bei Tieren, Schiffberiberi, Barlowsche Krankheit). Der Skorbut entsteht infolge andauernden Mangels an frischen Vegetabilien; die einseitige Ernährung mit Mehl und getrockneten Vegetabilien kann natürlich durch die Beigabe von sterilisierten Fleischkonserven nicht besser werden. Am sichersten schützt man sich vor dieser Krankheit und heilt sie durch den Genuß frischer, grüner Gemüse (Salat, Kohl, Zwiebel), ferner von Kartoffeln, saftigen Früchten (Zitronen, Pomeranzen, Äpfel), sowie von roher oder nur kurz aufgekochter Milch. Auch die Barlowsche Krankheit bei Kindern, die lange Zeit mit hoch sterilisierter Milch, künstlichen Milchpräparaten oder überwiegend mit Kindermehl ernährt worden waren, hat dieselbe Ätiologie wie der Skorbut des Erwachsenen, beide Formen sind durch das Fehlen einer antiskorbutischen Substanz in der Nahrung bedingt. Deshalb bezeichnet Verf. auch die Barlowsche Krankheit, zu der sich häufig Symptome von Rachitis gesellen, geradezu als „infantilen Skorbut“, denn sie wird ja auch durch Darreichung von roher Milch, der man eventuell etwas durchgeseihtes Kartoffelpurée zusetzt, durchgeseihter Gemüsebouillon (Kartoffeln und Karotten), Zitronen- oder Fruchtsaft u. dgl. geheilt. In der Milch kommen so gut wie sicher Vitamine vor, ein stabileres Beriberi-Vitamin und eine viel empfindlichere antiskorbutische Substanz, welche vielleicht bei ihrer Zersetzung das Beriberi-Vitamin liefert. Die durch Kochen vernichtete Beriberi-Substanz läßt sich schon jetzt nach dem Erkalten ersetzen, ob dies auch mit der antiskorbutischen Substanz gelingen wird, muß die Zukunft lehren. Wenn wir Beriberi und Skorbut auch als zwei besondere Krankheiten auseinanderhalten müssen, so bestehen doch gewisse Beziehungen zwischen beiden. So wurden während der Belagerung von Paris Fälle von Skorbut beobachtet, die auf ausschließliche Ernährung mit weißem Reis zurückzuführen waren. Die Pellagra, die den Dermatologen besonders interessiert, betrachtet Verf. als eine nicht kontagiöse, endemische Krankheit der Maisländer. Die pellagröse Dermatitis, die zu den wichtigsten Frühsymptomen der Krankheit gehört, scheint eine Trophoneurose zentralen Ursprungs zu sein, doch möchte Verf. die Mit-

wirkung der Sonne nicht ganz ausschließen. Die Intoxikations-, Autointoxikations- und Infektionstheorie glaubt Verf. ablehnen zu müssen. Auch die photodynamische Theorie erklärt die Erscheinungen der Pellagra nicht in befriedigender Weise, wenn auch anerkannt werden muß, daß im Mais ein Lichtsensibilisator enthalten ist, der ähnlich wie Hämatoporphyrin wirkt. Zu praktischen Resultaten führt auch hier nur die Vitamintheorie, nach der die Pellagra infolge von Maisnahrung, der gewisse lebenswichtige Vitamine abgehen, entsteht. Wahrscheinlich wird das Maiskorn dadurch vitaminarm, daß beim Schleifen oder Polieren desselben die Aleuronschicht verloren geht. Die Pellagrafrage wird gelöst durch Darreichung von Kartoffeln neben Fleisch und Obst zu billigen Preisen. Vom Tierversuch, der so vieles zur Klärung der in Rede stehenden Fragen beigetragen hat, erwartet Verf. auch für die Rachitis entscheidende Aufschlüsse. Freilich müßten solche Experimente nicht mit kalkarmer, sondern mit vitaminarmer Nahrung angestellt werden. Denn auch in der Rachitis sieht Verf. die Folge einer Vitamininsuffizienz der Nahrung. Da der Vitamingehalt der Milch großen Schwankungen unterliegt, muß zur Bekämpfung der Krankheit für gute Brustmilch gesorgt werden, zu der (bei ausgesprochener Rachitis schon vor dem 6. Lebensmonat) Zulagen gegeben werden sollten, wie sie oben bei der Barlowschen Krankheit bereits erwähnt wurden. Wahrscheinlich enthält auch der Lebertran eine Substanz, die den Kalkstoffwechsel zu verbessern imstande ist. In einem besonderen Kapitel weist sodann Verf. darauf hin, daß die Mehlpäparate entweder vitaminfrei oder vitaminarm seien. Zu den bisher aufgeführten Vitaminen, nämlich der Gruppe der lebenswichtigen Vitamine (Beriberi, Skorbut, Pellagra) kommt also noch eine zweite, deren Fehlen nur einige Ausfallserscheinungen zur Folge hat. Hierher gehört das eben erwähnte Rachitisvitamin und das Wachstumsvitamin, das beim Wachstum junger Tiere eine Rolle spielt. Vielleicht kommen aber auch beim Wachstum der Tumoren ähnliche, wenn auch nicht identische chemische Kräfte in Frage. Damit tritt Verf. an die Besprechung des Krebsproblems heran. Wahrscheinlich bedürfen die Tumoren zu ihrem Wachstum einer spezifischen Substanz. Ob die Ursache des Krebses in einer Stimulation durch eine spezifische Substanz besteht, bleibe einstweilen dahingestellt. In erster Linie muß das Verhältnis der hypothetischen Wachstumssubstanz zu den Vitaminen aufgeklärt werden. Auch die Krebsforschung wird mit dem Studium der Vitamine und der Zusammensetzung unserer Nahrung in Zukunft untrennbar verknüpft sein. Soviel über den Inhalt des höchst interessanten Buches! Hoffentlich genügt der hier gegebene Auszug, um weite Kreise zu dem Studium des fesselnd geschriebenen, vortrefflich ausgestatteten Werkes anzuregen! Möge es dem Verf. beschieden sein, von der Fülle der Fragen, die sich ihm aufdrängten, noch recht viele befriedigend beantworten zu können! B. Solger-Neiße.

III. Personalien.

Privatdozent Dr. Friboes wurde zum a. o. Professor und Leiter der Hautklinik in Rostock ernannt.

Notiz. Wir hoffen zuversichtlich, trotz der Kriegswirren die kommenden Hefte des Dermatolog. Centralblattes ausgeben zu können. Allerdings stehen eine Anzahl der Herren Referenten im Felde und es könnte aus diesem Grunde der Fall sein, daß uns geringeres Material als bisher zur Verfügung steht, zumal der verlangsamte Postbetrieb die Berücksichtigung der Literatur erschwert.

Velt & Comp.

Um Einsendung von Separatabzügen und neuen Erscheinungen an den Herausgeber PROF. DR. MAX JOSEPH in Berlin W., Genthiner Straße 5, wird gebeten.

Verlag von Velt & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

I. Namenregister.

Aberhalden 159. 279. 329.
Abelin, S. 147.
Adamson, H. G. 241.
Adler, A. 252.
Adrian, C. 219. 220. 234.
283.
Agata 179.
Albarran 76.
Alexander, A. 346.
Almquist, J. 124. 303.
Alter 340.
Altmann, K. 93.
Andersen, N. 311.
Angelis 180.
Anton 59.
Aoki, T. 142.
Apolant 317.
Argaud 19.
Arndt 160. 222. 255.
Arnheim, G. 280. 352.
Arning, E. 303. 352.
Arnold 148.
Aronstam 61.
Arzt, L. 206. 238. 267.
Asahi, K. 335.
Asch, P. 304.
Aubert 194.
Audo, R. 240.
Audry 49. 60. 90. 208. 234.
240. 281. 300.
Augagneur 276.
Aumann 55.
Austie 100. 104.
Austregesilo, A. 215.
Bab 223.
Bach 288.
Bacharach 76. 77.
Baermann 217.
Baginsky 349.
Balcarek, A. 278.
Balzer 265.
Barden 99. 100.
Barié 62.
Barlow 194.
Barmann 165.
Barnett, Ch. 125.

Baschkopf 32.
Bassewitz, E. v. 67.
Bauer, Heinz 62.
Baumgarten 68. 70. 220.
Bayet, A. 112. 187.
Bayon, H. 181. 269.
Beck, S. C. 250. 277.
Beer, Edwin 75. 76.
Behring 219.
Bellido, J. M. 186.
Bellingeri 100.
Bellocq-Irague 174.
Benario 251. 316. 317.
Benedek, L. 29.
Berger 59. 120. 145.
Bergh 234.
Bergmann, A. 336.
Bering 160.
Bernhardt 100. 104.
Bertarelli 67. 92.
Bertheim 317.
Besnier 105. 231. 234.
Besredka 52. 118. 244.
Bessaget 234.
Bettmann 99. 100. 104.
Beurmann, de 86.
Beyle 304.
Biehler, R. 242.
Bielschowsky 5.
Bier 149.
Bierbaum 317.
Binney 75.
Bittinger 352.
Blaziot 150. 182. 244. 256.
Blanchard 163.
Blaschko 64. 106. 160. 176.
222. 345. 350.
Bloch 24. 31. 281. 282.
— A. 306.
— Br. 22.
— M. 342.
Block 101.
Blum, V. 157.
Blumenthal 128. 223.
Blunck 286. 318. 350.
Boas, H. 91. 218. 310.
Bockhart 194. 264.
Bodländer 195. 345.

Boeck 233. 302.
Boerner, R. 337.
Bogdanow 158.
Bogrow 48. 158. 159. 160.
286. 287.
Bohm 243.
Böhm 234.
Bois, Du 242.
Bolognesi 315.
Bomberg, F. J. 114.
Bonfigli 4.
Bongert 67.
Bonhus 305.
Bornstein, A. 188.
Borrel, A. 109.
Bosse 159.
Bosselli 109.
Bourgeois, A. 243.
Bourneville 2.
Boveri, P. 215.
Bowman 92.
Brabec, V. 266.
Brandweiner 32. 87.
Brauer 234. 301. 318. 320.
Brault 19. 253.
Bräutigam 28.
Breda, A. 149.
Breitenstein, H. 162. 226.
Bresler, J. 246.
Brill, C. 296.
Brocq 15. 101. 104. 105.
106. 180. 208. 211.
Brooke 234.
Broman 320.
Bromberg, R. 305.
Brouardel 104.
Bruck 25. 50. 64. 85. 86.
116. 124. 151. 183. 192.
259. 296. 334.
Brug 165.
Bruni 282.
Brunner, A. 265.
Brunsgaard, E. 302.
Buchholtz 265.
Buchholz 4.
Buchman, R. 279.
Buchtala, H. 189.
Bucky 76.

Bulkley, L. D. 263.
Bulliard 99. 100. 120.
Bumm 271.
Bunch, J. L. 18. 174.
Burzi 214.
Buschke, A. 14. 28. 251.
Busek 106.

Cabanis 55.
Caesar 60.
Calle, L. F. 240.
Campana 50.
Canstatt 100.
Carle 276.
Carsten, P. 309.
Carthy 75.
Casper 76.
Cassel, J. 342.
Cassirer 104.
Castellani 67. 147.
Cavafy 104.
Cedercreutz, A. 15. 91.
Chajes, B. 194.
Charlet 20.
Charlouis 165.
Chiara 140. 141.
Chiari 215.
Chilaiditi 142.
Chompert 265.
Christ, J. 21. 98.
Chzelitzer 96.
Citron 345.
Cohn, Paul 11.
— Th. 160.
— Willy 229.
Cole, H. N. 112.
Colman, J. 143.
Conze 207.
Copelli, M. 47. 56.
Coppolino 47.
Corbett, D. 142.
Corlett, W. Th. 184.
Coudray 315.
Cronquist, C. 53. 117.
Cruveilhier, L. 52. 118. 151.
Csillag 82. 105.
Cuntz 53.
Czerny 285. 317.

Danielssen 302.
Darier 63. 110. 157. 206.
208. 233.
Davis, R. H. 279.
Day, G. H. 348.
Déak, St. 29.
Debré, R. 182.
Degrais 46. 64. 75. 78. 79.
317.
Dehring 306.
Delbanco 31. 343.
Dessauer, F. 317.

Desneux, J. 213. 250.
Desqueyroux 17.
Detre, L. 214.
Devoto 215.
Diday 277.
Dind 353.
Ditlevsen, Chr. 91. 218.
Dobereiner, G. 126.
Dohi, K. 85. 142. 235.
Domarus 207.
Donagh 28. 184. 188. 249.
Döring 96.
Dornblüth, O. 221.
Doyon 231.
Dreist 296.
Dreuw 113. 180. 264. 298.
Dreyer, A. 125. 156.
Dreyfus 121.
Drucker 26.
Dubois, P. 152.
Dubreuilh 19. 63.
Ducrey 50.
Dudumi, D. V. 147. 236.
Dufour 188.
Duhot 57.
Duhring 107.
Dujardin 250.
Dungern, v. 249. 278. 317.
Dutton 66.

Eben, R. 18.
Ebstein, W. 23.
Eckenstein 276.
Ehlers 233.
Ehret 59.
Ehrlich 19. 45. 64. 192. 280.
317.
Ehrmann 31. 32. 61. 233.
Eichhoff 320.
Eichhorst, H. 334.
Eicke 352.
Eliasberg 7. 64.
Ellermann, V. 28.
Elsaesser, J. 306.
Engman, M. F. 279.
Enomoto, N. 240.
Epstein, A. 214.
Erb 104.
Erlenmeyer, E. 236. 297.
Eschbaum 291.
Eschweiler 262.
Eskuchen 340.
Eulenburg 100. 104. 329.

Fabry, J. 58. 96. 184.
Faginoli 186. 347.
Fasal, H. 237.
Favera, D. 86.
Finger 31. 32. 62. 64. 198.
Finkelstein 151. 159. 160.
183.

Fischer 26. 147. 218. 227.
Fischl, F. 114. 305.
Fischella 186. 347.
Fliess, W. 328. 329.
Fokin 158. 159. 287.
Fontana 91. 215.
Fournier 277. 343.
Fox, H. 239. 269. 282. 348.
François 252.
François-Dainville 263.
Fraenkel 255.
Frank, E. R. W. 76. 156.
Franke 172.
French 64.
Frese, O. 81.
Freund, L. 209. 210. 259.
260. 261. 268. 285.
Friboes 128. 268. 362.
Friedländer 234.
— M. 305.
— W. 255. 256.
Friedmann 301.
Fritsch 320.
Frohnstein 244.
Fromme, F. 303.
Frühauß 339.
Frühwald, R. 87. 120. 320.
340.
Fuchs, H. 24. 122.
Funk C. 361.
Fürth, J. 116. 189. 311.

Galdonyi, N. 82.
Galewsky 195.
Gans, O. 299.
Gappisch, A. 246.
Gaston 320.
Gastou 265.
Gaté 341.
Gaucher 50. 64. 188. 240.
Gautier 284.
Geitlin 4.
Gennerich 123. 221.
Gerber 121.
Gerschun 151. 159. 160. 183.
Gibbard 64. 91.
Gierke, E. v. 27.
Gilbert 80.
Gilchrist 64.
Giovannini, S. 332.
Goldberg 26. 74. 137. 308.
Goldberger, E. J. 183.
Goldscheider 100.
Golodetz 108.
Gougerot 64. 86. 94. 127.
158.
Gowers 104.
Glück, A. 46. 50. 81. 85.
124. 144. 151.
Graetz, Fr. 279. 343.
Grande, Perez 256.
Gregoriantz, Ter 102.

Grintschar 160.
Gross 31.
— H. 320.
— S. 247.
Grossek 309.
Grosz, S. 237. 266.
Grotjahn 288.
Gruber, G. B. 295. 347.
Gruenbaum, C. 338.
Grünberg 124.
Grünfeld, L. 83.
Guth 267.
Gutmann 185. 216. 316.
Guyon 76.
Haas 227.
Habermann, R. 280.
Hahn 190. 212. 234.
Halberstädter 165. 256.
Hallepeau 100. 263.
Halloway, J. 25.
Hamburger, R. 303.
Hammer, F. 15. 352.
Hanawa, G. 108.
— S. 22. 44. 275. 335.
Hansen 86.
Hardrat 314.
Harpster 76. 125.
Harrison, L. W. 64. 91.
Hartdegen 2.
Harttung 31.
Haslund, P. 108. 210.
Hasse 100.
Hassley 59.
Hata 317.
Hauck 50.
Hausmann, Th. 156.
Havas 31. 148.
Head 100. 101.
Hebra 190.
Hecht, H. 49. 54. 117. 307.
Hedén, K. 53. 282. 301.
Hegedüs, N. 175.
Hegler, C. 297.
Heidingsfeld, M. L. 109.
122. 246.
Heigel, A. 146.
Heim, Gustav 130. 155. 170.
200.
Heinemann 217.
Heinrichsdorff 185.
Heitz-Boyer 315.
Heller 127. 128. 209. 224.
306. 350. 351.
Heim, Oskar 98.
Hennig 96.
Henning 32.
Herkanó 218.
Hermann 28.
Hermans, J. 184. 307.
Herxheimer 31. 84. 145.
183. 339.

Herzenberg, R. 237.
Herzfeld, A. 347.
Herzog, H. 270.
Hesse, M. 310. 333.
Heuck 31. 128.
Heuss 232.
Heymann 318.
Hidaka, S. 217.
Hirsch, Max 288.
Hochstätter, J. 189.
Hochstetter 82.
Hodara, M. 46. 181. 268.
Hoffa, Th. 227.
Hoffbauer 259.
Hoffmann 31. 222.
— C. A. 298. 351.
— E. 29. 82. 156. 343.
— Géza v. 285.
Hofmann, L. 144.
Holländer 337.
Holobut, T. 211.
Homma, Sh. 268.
Horowitz, Fr. 88.
Hottinger 254.
Howard, A. H. H. 22.
Hügel, S. 152.
Hulloxin 316.
Hutchinson 31.

Hhurita, T. 296.
Hiescou 208.
Inouye, G. 282.
Isaac, H. 128. 222. 351.
Isaak 100.
Ischreyt 251.
Israel 284.
Ivetrain 281.
Iwaschensoff 313.

Jacobi 234.
Jacobsohn, J. 156.
Jacobsthal 154. 344.
Jacoby, S. 220.
Jacquet 99.
Jadassohn 30. 31. 64. 224.
240.
Jaksch, R. v. 50.
Jalkowski, Elisabeth 297.
Janet 138. 139. 212. 243.
Janowsky 64.
Janovski, Th. 284.
Jarisch 101. 102. 233.
Jeanselme, E. 273. 282.
Jesionek 80. 301.
Jessner 62. 94. 95. 96. 221.
318. 319.
John 316.
Josefsohn, A. 294.
Joseph, Max 11. 64. 91.
101. 118. 142. 178. 180.
207. 231. 232. 234. 258.
291. 292. 323. 349. 353.

Joulia 281.
Judd 75.
Juliusberg 84.
Jullien 160.
Jungmann 32. 337.
Kaczorowski, v. 101.
Kaemmerer 236.
Kafka, V. 345.
Kaiser 163. 165.
Kakuschkin 287.
Kalle 227.
Kallos, J. 278.
Kammer 14.
Kanngiesser, F. 264.
Kaposi 231.
Karowsky 96.
Käsbohrer 14.
Kassowitz 101.
Katz 121.
Katzenstein 313.
Kaufmann, L. 64. 142. 291.
323.
Kaufmann-Wolf, Marie 301.
351.
Kawaguchi, T. 335.
Keil 25.
Kenessy, A. 243.
Kenzie, R. L. Mc. 249.
Kerl, W. 208. 238.
Ketron, L. W. 216.
Kielleuthner 61.
Kinoshita, T. 337.
Kirstein 278.
Klause 183.
Klausner 31. 35. 46. 195.
198. 214. 218.
Klebe, E. 48.
Klein, A. 110. 299.
Kling 179.
Klingmüller 334.
Klokow 155.
Klumpker, Ch. 320.
Knaggs 100.
Knowsley, W. 266.
Kobligk, E. 310.
Kobrak, E. 307.
Koch, C. A. 163.
Kohler 288.
Kohn 81.
Koike, M. 85.
Kolisch 30.
Kolle 192.
Kollmann, A. 220.
Kolmer, J. A. 144. 177. 332.
König 285.
Königstein, H. 32.
Kopytowski, W. 323.
Körper, N. 306.
Kostenbader 190.
Köster 145.
Kostlivý, S. 333.

Kötter, K. 313.
 Kotzewaloff 247.
 Krassnoglasow 158. 159.
 160. 287.
 Kraus, A. 14. 16.
 Kreibich 31. 44. 96. 284.
 Kren 31.
 Kretzmer, E. 113.
 Kreuzfuchs, S. 331.
 Kromayer 81. 176. 237. 279.
 Krüger, R. 294. 295.
 Külz 173.
 Kummagai 216.
 Kupffer, A. 23.
 Kusunoki, F. 85. 153.
 Kutner 64. 76.
 Kutznitzky 240.
 Kyrle, J. 18. 32. 82. 111.
 211. 244.

Lachmann, J. 160.
 Lade, Fr. 28.
 Laguerre 234.
 Lain, E. S. 143.
 Lalajanz 353.
 Lang 149.
 Lange, E. 305. 346.
 Laqueur, A. u. W. 176.
 Lassar 207.
 Laupheimer 333.
 Leconte 278.
 Ledermann 127. 191. 222.
 279. 311. 351.
 Legrain 194.
 Legueu 76.
 Leiter, Josef 78.
 Lenartowicz, J. T. 211.
 Lenhossék, v. 300.
 Lenz, F. 27.
 Lenzmann 275. 313.
 Leod, Mac 63.
 Léopold-Lévi 17.
 Lepoutre 316.
 Leredde 314.
 Leroy, A. 239.
 Lesser, E. 224. 346. 348.
 — Fr. 191. 244. 252. 278.
 309. 313.
 Leszczynski 114.
 Leszlényi, E. 301. 304.
 Levaditi, C. 153. 187. 317.
 342.
 Levi-Bing 64.
 Lewandowsky 31. 48.
 Lewin, L. 176.
 Lewinski, J. 52. 244.
 Lewis, J. 307.
 Lichatschew 159.
 Lier 32. 123.
 Linser 80. 126. 215. 259.
 Lioni, G. 283.
 Lippmann-Wulf 127.

Lipschütz, B. 20. 144. 179.
 285.
 Lissmann 61.
 Little 63. 335.
 Locke 259.
 Löhe, H. 348.
 Loewy 58.
 Lohnstein 76. 77.
 Long, E. C. 68.
 Longo 114. 182.
 Lorenz 160.
 Loushe 247.
 Lovibond 142.
 Luithlen, F. 187. 216. 263.
 Lundsgaard 220.
 Luster 288.
 Luys 252.

Maass 340.
 Macleod, J. M. H. 145.
 Majocchi 338.
 Majoral 256.
 Maki, G. 299.
 Mandl, R. 14.
 Manoiloff 28.
 Marcacci 104.
 Marchoux, E. 150.
 Marie 187. 342.
 Marinesco, G. 186. 341.
 Marion 125.
 Martel, de 187. 342.
 Martin 173.
 Martinotti, L. 113. 146. 180.
 Matruchot 116.
 Matsumoto, Sh. 241.
 Mattauschek, E. 275.
 Mattissohn 54.
 Matzenauer, R. 189. 266.
 277. 310.
 Matzumoto 108. 118.
 Mauriquaud 312.
 May, Eugene S. 109.
 Mayer 80. 128. 259.
 Mayrhofer 102.
 Meirowsky 93.
 Mense, C. 180.
 Mentberger, V. 221. 242.
 276.
 Mentot 20.
 Menzer 110. 183.
 Merck 157. 288.
 Merian, L. 47.
 Merk 48.
 Merz, H. 323.
 Mestscherski 158. 159. 287.
 Meyer 345.
 — Fritz M. 43. 223. 263.
 — H. 246.
 — Johann 258.
 Michaelis, L. 317.
 — M. 354.
 Michail, D. 88.

Michelson 100.
 Milian 50. 210. 350.
 Miller, J. W. 239.
 Mine, M. 235.
 Minea, J. 186.
 Mingazzini 320.
 Mitschke 292.
 Mitsuno, H. 340.
 Mittermaier 320.
 Mocafighe 180.
 Model, Minna 48.
 Moerchen, Fr. 275.
 Mohr, M. 250.
 Moldovan 339.
 Moll, A. 320.
 Monobe 49.
 Montgomery 84.
 Moore 62.
 Morawitz, G. 189.
 Moreau 341.
 Morel 312.
 Morgan 208.
 Morgenroth 317.
 Morin 281.
 Morley, E. B. 264.
 Moro 24. 101. 103.
 Mortlaur 247.
 Mosenthin, H. 112.
 Motz 307. 315.
 Mourek 233.
 Moycho, V. 141.
 Much, H. 309.
 Mucha, V. 216. 244.
 Müller 29. 158. 190. 333.
 — E. 153.
 — P. P. 343.
 — Robert 67. 218.
 Müllern-Aspegren, U. 119.
 185.
 Mulzer 28. 152. 250. 277.
 Munck, F. 223.
 Murasawa, K. 335.
 Murata, T. 335.
 Muratet 276.
 Murray 100.

Nagel, R. 116.
 Nagelschmidt 94.
 Nakano 64. 90. 335.
 Nanta 274. 341.
 Narziassi, Aldo 111.
 Neisser, A. 11. 12. 51. 87.
 163. 165. 207. 221. 227.
 232. 271. 338.
 Nessel 100.
 Neubauer, J. 45. 176.
 Neue, H. 27.
 Neumann 234.
 Neumayer 120. 281.
 Nicolas 20. 341.
 Nicolle 150. 182. 244. 256.
 Nitze 213.

Nobl 31. 32. 83. 267. 302.
 Nogier, Th. 142.
 Noguchi 186. 217.
 Noiré 15. 53. 54. 273.
 Nonne, M. 126.
 Novotný, J. 331.
 Nowicki 5.

Oberrmiller 57. 188.
 Obmann 334.
 Obregia, A. 214.
 Odstrčil, J. 45. 336.
 Oesterreicher, Lucie 45.
 Oliver, W. J. 83.
 Omori, S. 335.
 Oppenheim 31. 303. 342.
 — H. 183.
 — M. 126. 145.
 Oppenheimer 77.
 Orłowski 338.
 Orzechowski 5.
 Ostwald 330.
 Ota, M. 294.
 Otz, V. 152.

Paget 100.
 Pakuscher 212.
 Palazzoli 272.
 Paldrock, A. 66.
 Paltauf 270.
 Palumbo 16.
 Panoff, Ch. E. 343.
 Paoli, A. 147.
 Pappagallo 56.
 Pappenheim 324.
 Paraf, J. 182.
 Pascha, Z. 317.
 Paschen, E. 298.
 Pasini 47. 86. 241. 311.
 Pasquale, M. 54.
 Pasteau 75. 78. 79.
 Pautrier 52.
 Pavone 283.
 Pawloff 233. 287.
 Pecori 115.
 Pedley, Denison 101.
 Peiper, O. 269.
 Pelbois 269.
 Peller, S. 272.
 Pellier 48.
 Pellizzari, C. 63. 211.
 Pellizzi 4.
 Pendred 234.
 Pernet 63. 111.
 Perrin 213. 318.
 Persca, A. 59.
 Perutz 28.
 Peter 95.
 Peters 207.
 Petersen, v. 32. 64.
 Petges 17. 84. 210. 276.

Peyretti 40. 74.
 Pfannenstiel 159.
 Pfeffermann 100.
 Pfeiffer, W. 320.
 Pick 5.
 Pied 252.
 Pilcz, A. 275. 309.
 Pinkus 47. 312. 330. 350.
 351.
 Pinoy 212.
 Planner, R. v. 124. 208. 276.
 Plumert 104.
 Pöhlmann 14. 99. 296.
 Pollak 24.
 Polland 47. 63. 153. 179.
 227. 309. 334.
 Pontoppidan 234.
 Poor, F. v. 116.
 Popeia, A. 214.
 Porosz, M. 303.
 Portner 318. 350.
 Pospelow 241.
 — jr. 158. 159. 160. 287.
 Prausnitz 248.
 Pringle 4. 63.
 Prinzing 288.
 Profeta 277.
 Purdon 104.
 Pürkhauer 340.

Quillier 101.

Raab 277.
 Rabinowitsch, M. 27. 297.
 Radaelli 22. 47.
 Radcliffe, J. E. 249.
 Raff 233.
 Raizies, G. W. 144. 177.
 332.
 Ramazzotti, V. 272.
 Rauschenberger 53.
 Rauzier 194.
 Ravaut, P. 57. 58. 60. 80.
 88. 90. 120. 187. 265.
 269. 281.
 Recklinghausen 5.
 Reckzeh 275.
 Recustierna, J. 23.
 Redlich, E. 278.
 Regoud, Ch. 142.
 Reiche, F. 21.
 Reimann, Th. 237.
 Remlinger, P. 182. 244.
 Reschad, H. 155.
 Richter 35.
 — Ed. 189.
 — P. 177.
 Riebes, E. 56. 340.
 Riecke, E. 330.
 Riedel 256.
 Riehl 31. 100.

Ringer, A. J. 144. 177. 259.
 261. 332.
 Rissmann 259.
 Ritter 102.
 Rivière, J. A. 296.
 Rocamora, J. P. 186.
 Rocha-Lima 344.
 Roemheld 163.
 Rolleston, J. D. 107.
 Rosenberg, Paul 160.
 Rosenfeld, E. 87.
 Rosenthal 191. 223. 334.
 Rost, E. 298.
 Roullard 305.
 Rouvière, 120. 241.
 Roux 256.
 Rouzaud 55.
 Roziès 213.
 Rubin, J. 153.
 Ruediger, E. 315.
 Ruete, A. 50. 82.
 Rühl, K. 27. 40. 72. 88.
 154. 212. 308.
 Runge 344.
 Ruppert 259.

Saaler, B. 329.
 Saalfeld, E. 207.
 Sabella 19. 108.
 Sabouraud 15. 21. 54. 63.
 142. 147. 273. 276.
 Sabouraud-Noiré 223.
 Sachs, O. 32. 44. 143.
 Sadikoff, J. 241.
 Saenger, A. 154.
 Sakurane, K. 124. 185.
 Salle 207.
 Sallis, W. 249.
 Salomon, O. 181. 243.
 Salomonski, M. 124.
 Salvazès 276.
 Šamberger, F. 300.
 Sander 53.
 Sandes, T. L. 67.
 Santos, C. 337.
 Saphier, J. 111.
 Saratzeano 236.
 Sasagawa, M. 316.
 Satani, K. 295.
 Saudeck, Ig. 152.
 Sauerland 13.
 Saynisch 87.
 Schaeffer, J. 255.
 Schamberg, Fr. 144. 177.
 332.
 Scharff, P. 82.
 Schattauer, F. 296.
 Scheidemann 216.
 Schein, M. 331. 332.
 Schelenz, C. 252.
 Schenkevitsch 88.
 Scherber, G. 32. 207. 264.

Schereschewsky, J. 55. 123.
187.
Scheube 163.
Schlasberg, H. 118.
Schleicher, M. 307.
Schlesinger, H. 221.
Schmidt 285.
— F. 150.
— H. E. 43. 126. 241.
— W. 210.
Schmitt, A. 58.
— J. 346.
Schneider, E. 347.
— W. 323.
Schoenfeld, W. 17.
Scholtz 51. 56. 96. 220. 308.
Schöne, G. 331.
Schottmüller 57.
Schourp 35. 96.
Schrauth, W. 253.
Schreiber 92. 314. 320.
Schubert 188. 215. 334.
Schüffner 163. 165.
Schuhmacher, J. 263.
Schüller 75. 78.
Schumacher, M. 179.
Schürmayer 285.
Schurupoff, J. S. 66.
Schuster, Paul 2.
Schwabe 172.
Schwenter, J. 127.
Schwimmer 100. 104.
Seegall 191.
Seeligmüller 100.
Seger, E. 303. 344.
Sehrwald 17.
Seldowitsch 160.
Sellheim 320.
Sequeira, J. H. 63. 146.
Serra, A. 50. 87.
Seyffarth 313.
Sfakianakis, J. 304.
Shiga 317.
Sick, P. 13.
Simmonds, M. 237.
Simon, O. 100.
Simpson, C. A. 219. 235.
Sö, F. 88.
Soddy 317.
Sommer 25.
— A. 117. 151.
— E. 285.
Sorel, F. 150.
Sormani, B. P. 154.
Sowade, H. 128.
Spangenthal, J. 83.
Speciale, A. 114.
Spiethoff, B. 58. 107. 176.
188. 314.
Spillmann, L. 55.
Spindler, A. 245.
— O. v. 175.
Sprinz 111. 191. 223.

Šrámek, R. 265.
Šsutejew 158.
Stanziale 283.
Starke 35.
Stein, R. O. 49. 190. 192.
209. 218. 251. 336.
Steinach, E. 320.
Steinborn 319.
Steinhaus, J. 109.
Steinitz, E. 26.
Steinmetz, S. 320.
Stepanoff-Grigorjew, J. J.
66.
Stephan 349.
Stern 27. 28. 176. 238. 278.
— C. 85. 215. 268. 302. 310.
— Margarete 248. 312.
Sternthal, A. 323.
Stewart, C. 125.
Stiner, O. 147.
Stoink, H. 212.
Stolpe 169.
Strauss, A. 211. 242.
— M. 14.
Strubell, Alexander 62.
Stühmer 340.
Stümcke 288.
Stümpke, G. 43. 93. 246.
Sucquet 55.
Sudhoff, K. 155. 213. 251.
Sugai 49.
Sussmann, R. 245.
Sutton, R. L. 299. 334.
Sweitzer, S. E. 184.
Szabo, J. 154.
Szécsi, St. 217.
Szily, P. v. 288. 310.
Szymonowicz 62.

Takagi, Sh. 283.
Takahashi, A. 92. 124.
Tappeiner, v. 106.
Theobald, Max 279.
Thiers 188.
Thilo 207.
Tiegel 184.
Tilp 347.
Tizzoni 180.
Tomaszewski, E. 308.
Tomkinson 64.
Touraine, A. 273.
Toyama, J. 334.
Trebing, J. 53. 333.
Trembur, F. 61.
Trinchese, J. 248. 279.
Troitzki 158. 159.
Truffi 339.
Tryb, A. 280.
Tschernogubow 48. 159. 160.
287.
Tsutsuki 124.
Tzauck 269.

Ufferte 48.
Uhlenhuth 28. 250.
Ullmann 12. 31. 57. 105.
107.
Unger, L. 297.
Unna, P. G. 14. 15. 63. 69.
70. 84. 101. 105. 108.
168. 175. 221. 234. 256.
302.
Unterberg 61.
Urechia, C. J. 214.

Valk, van der 270.
Vasale 113.
Veiel 30. 222. 254. 286. 349.
Vennin 64.
Veress, F. v. 154.
Vernes 281. 282. 342.
Verrotti 24. 338.
Versé 217.
Vignolo-Lutati 20. 51. 116.
343.
Vincent 108.
Voigt, L. 297.
Volk, R. 31. 247. 266.
Volland 4.

Waelsch 195. 196. 197.
199. 267. 295. 300.
Walbaum 171.
Walder, H. 85.
Ward, E. 241.
Warnecke 239.
Warstat 251.
Wassermann 7. 9. 10. 58.
64. 163. 192. 214. 246.
346.
Watrín, J. 55.
Watson 76.
Weber, P. 63.
Wechselmann 57. 58. 59. 92.
345. 346. 351.
Weck 192.
Weicksel 274.
Weil, P. E. 53.
Weiler 276.
Weill, O. 250.
Weinbrenner 240.
Weisenbach 209.
Weiss 51.
Wellheim 190.
Wertheim 271.
Wertheimber 16.
Werther 31. 47. 48. 334.
Wesener 248.
Westberg 84.
Wetterer, J. 317.
Whifield, A. 111.
White 233.
Whitfield 64.
Wickham 46. 125. 160. 317.

Wienert 318.
Wilson, E. 100.
Winkler, H. 167.
Winter, F. 37.
Winternitz, J. 304.
Wischer, H. 182.
Wockenfuss 175.
Wohl, M. 338.
Wolf, J. 320.
Wolff 45. 233. 248.
Wolfenstein 213.
Wolters 288.

Wossidlo 76. 77.
— E. 126.
— H. 155.
Wright 15.
Wyss 100.

Yamada, Sh. 124. 175.
Yamamoto. J. 88.
Yersin 66.

Zambaco Pascha 160.

Zander 103.
Zeissl, v. 347.
Zeller 222.
Zernick 351.
Zieler 31.
Zimmermann, E. 28.
Zinsser 54.
Zioziecki, A. 27.
Zuckerhandl 76.
Zumbusch, v. 32. 270. 300.
Zürn 185. 239.
Zwick 157.

II. Sachregister.

- A**berhaldensche Abbau-
reaktion 188.
— Abwehrfermentreaktion
279.
Abortivbehandlung 10. 64.
128. 219. 344.
— der Gonorrhoe 160.
— der Syphilis 119. 123.
185.
— mit Salvarsan 9.
Abortive Heilung 12.
Abortivinjektionen 138.
Abortivkur 138. 347.
— der Gonorrhoe 138.
Acanthia lectularia 67.
Acanthosis nigricans 334.
Acari 23.
Acauliosis 116.
Acet. pyrolign. 15.
Acid. arsenicos. 18.
Acne neonatorum 14. 16.
— scrophulosorum 31.
— vulgaris 16. 206.
Acnitis 31.
Acrodermatitis chron. atro-
phicans 127.
Acusticus 121.
Adenom d. Schweißdrüsen-
ausführungsgänge 47.
Adenoma sebaceum 4.
Adenomzysten 118.
Adeps lanae 13.
— suillus 13.
Aderlaß 259.
Aderlaßblut 265.
Adnexerkrankungen 182.
Adrenalin 62.
Adrenalininjektionen 350.
Afridolseife 207.
Afrika 133.
Agglutinine 30.
Aiolr 18. 30.
Akanthosis nigricans 110.
Akne 15. 169. 265. 300.
Aknekeloid 241.
Aktinomyces 85.
Aktinomykose 212.
Albinos 45.
Albinpuder 167. 168.
Albuminurie 26. 148. 224.
Allergie 31.
Alopecia 286.
— areata 21. 63. 99. 211.
276. 286. 319.
— — decalvans 84.
— atrophicans 113. 180.
— totalis 32.
— parvimaclulata 268.
— pityrodes 349.
— seborrhoica 64.
Alopecie 14. 64. 94.
— atrophierende 83.
Altsalvarsan 96. 128. 341.
Altsalvarsanlösungen 280.
— konzentrierte 121.
Altuberkulin 50. 147.
Altuberkulinbehandlung
302.
Aluminiumschicht 141.
Ambozeptor 28.
Amerika 155.
Amidoazotoluol 227.
Anämie 274.
Anaphylatoxin 91.
Anaphylaxie 296.
— bei Syphilis 90.
Anaphylaxieforschung 64.
Anastomosis saphenofemo-
ralis 333.
Anecho 136.
Anfechtung der Ehe 128.
Angiokeratoma 208.
Angiolupoidc 120.
Angiomatose der Haut 208.
Angiome 46. 128.
Angioneurose 179.
Anicure 300.
Anilinfarbstoffe 44.
Anthrasol 353.
Antigene 30. 311.
Antigonokokkenserum 118.
Antigonokokkenvakzine
52. 182. 244.
Antiisolysine 30.
Antikörper 48.
Antileprol 87. 337.
Antilueticä 55.
Antilueticin 124.
Antimon 323.
Antimonpräparate 152.
Antiscabiosum 13.
Aorta 215. 251.
Aortenaneurysma 191.
Aortensyphilis 347.
Aortitis 27. 347.
Archiv für Frauenkunde
und Eugenik 288.
Argentumtherapie bei der
Gonorrhoe 87.
Arsen 35. 36. 333. 341.
Arsenausscheidung 312.
Arsenik 17.
Arsenmelanose 296.
Arsenbenzol 338. 339. 341.
Arsenpräparate 121. 207.
Arsenquecksilberpräparate
347.
Arsentherapie 207. 221.
Arsenwirkungen 188.
Arthron 25. 26. 87. 183.
304.
Arthroninjektion 26. 87.
118. 182. 183. 244. 304.
305. 306.
Arthritiden 151.

Arthritis 25. 52. 182. 244. 307.
 — gonorrhoea 53. 118.
 Arthropathische Psoriasis 17.
 Arzneixantheme 126.
 Arzneiüberempfindlichkeit 296.
 Äskulin 264.
 Astraspritze 91.
 Atherosklerose 27.
 Atlas der Geschlechtskrankheiten 285.
 Atrophia idiopathica 158.
 Augenleiden und Hauterkrankungen 80.
 Aurum-Kalium cyanatum 50. 85. 116. 124. 242.
 Ausflockungsreaktion bei Syphilis 28. 312.
 Autohämatotherapie 80.
 Autovakzine 37. 39. 40. 159.
 Autovakzinebehandlung 37.
 Azetonal 175.
 Azodolen 227. 229.

Bakterien 38.
 Bakterienbestimmung 38.
 Bakteriolyse 240.
 Balanitis 169. 175.
 Balsamika 53.
 Balsamum Copaivae 45.
 Bariumsulfatbehandlung 248.
 Bartholinitis 140. 174.
 Basedowsche Krankheit 21.
 Bauchmuskelaßzeß, gonorrhoeischer 200.
 Bauchorgane 156.
 Behandlung der Gonorrhoe 88.
 — der Syphilis 219.
 Beniquésonde 272.
 Beriberi 361.
 Bestrahlung 44. 111. 294.
 Bestrahlungslampe 45.
 Bierhefe 82.
 Biersche Stauung 26.
 Bimsstein 207.
 Bismarckarchipel 170.
 Blasenantisepticum 338.
 Blasenchirurgie 76.
 Blasenelektrode 76.
 Blasenerruption 266.
 Blasengeschwülste 75. 76. 283.
 Blasenkatarrhe 200.
 Blasenpapillome 77.
 Blasenruptur 126.
 Blasensteine 283. 315. 316. 320.

Blastomykose 63. 64. 336.
 Bleiacetatlösung 298.
 Blut, Cholesteringehalt 55.
 — Syphilitischer 55.
 Blutbild bei Pocken 236.
 Blutentnahme 277.
 Blutgerinnung 207.
 Blutgift 50.
 Blutserum 340. 352.
 — bei Paralyse 29.
 Bluttransfusionen 43.
 Blutungen 75. 76.
 Blutuntersuchung 12.
 — nach Wassermann 29.
 Blutverbesserung 126.
 Blutwaschung 259.
 Boba 164.
 Borsäure 168.
 Bromistin 329.
 Bromoderma tuberosum 319.
 Brustwarzen 176.
 Bubonen 184.
 Buchweizenexanthem 106.
 Buchweizenkrankheit 80.
 Bukoba 134.

Café au lait-Flecke 5.
 Calomelan 30.
 Camphor 30.
 Cancroide 295.
 Canities 45.
 Carbo animalis 18.
 Caviblenbehandlung 151.
 Chancre mixte 183.
 Chaulmoograöl 87. 337.
 Cheiropompholyx 15.
 Chemotherapeutische Studien 317.
 Chemotherapie 116. 288.
 Chiasma 251.
 Chilblainlupus 31.
 Chinin 35. 96. 296.
 Chinin. bisulfuricum 264.
 Chininidiosynkrasie 296.
 Chinininfusionen 114.
 Chinininjektionen 95.
 Chininsalbe 55.
 Chininserum 296.
 Chinondiimin 294.
 Chloralhydrat 30.
 Cholera 108.
 Cholesterin 241. 247. 308.
 Cholesterinämie 55.
 Cholesterinherzextrakt 154.
 Cholin 294.
 Chrysarobin 178.
 Chrysarobinkonjunktivitis 81.
 Coccus butyricus 15.
 — polymorphe 15.

Collargol 338.
 Collessches Gesetz 276. 342.
 Colliculus seminalis 156.
 Columbus 155.
 Conjunctivitis, blennorrhagische 88.
 — catarrhalis 81.
 Culex fatigans 341.
 Cuprum citricum 118.
 Cusylolgrütze 118.
 Cutis laxa 159.
 — verticis gyrata 240.
 Cycloform 296. 300.
 Cysticercus cellulosae 158.
 Cystitis 252. 253. 254.

Darmachylie 348.
 Darmerkrankung und Dermatosen 175.
 Delbetsche Operation 333.
 Dementia praecox 29.
 Dermatitiden 44.
 Dermatitis 44. 109. 142.
 — atrophicans reticularis 144.
 — bullosa 265.
 — colli 81.
 — exfoliativa 144.
 — generalisata 16.
 — follicularis 82.
 — gangraenosa infantum 22.
 — herpetiformis 260. 262.
 — — Dühring 319.
 — hidrotica 264.
 — nodularis necrotica 334.
 — papillaris capillitii 241.
 — solaris 80.
 Dermatologie 175. 177.
 Dermatomykosen 22. 96. 336.
 Dermatosen 43. 143. 236.
 — bei akuten bakteriellen Allgemeinerkrankungen 255.
 — juckende 80. 258.
 Dermatosis dysmenorrhoeica symmetrica 179.
 Dermoidhaare 316.
 Dermoidzyste 316.
 Dermotherna 296.
 Dermothermasalbe 297.
 Deutsch-Ostafrika 133.
 Deutsch-Südwestafrika 130.
 Diabetes insipidus 251. 280.
 — mellitus 292.
 Diathermie 74. 76. 77. 155. 337.
 Diphtherie 21. 307.
 Diphtheriebacillus 307.
 Diplokokken 114.

Dissomykose 336.
 Doppelgeschlechtigkeit 329.
 Dreuwische Salbe 63.
 Duala 136.
 Ducreysche Bazillen 266.
 Ductus ejaculatorii 156.
 Dühringsche Krankheit 265.
 v. Dungernsche Modifikation 278.
 Dünndarmsyphilis 251.
 Dupuytren'sche Kontraktur 174.
 Dyshidrosis 15. 301.

E
 Eczema ani 30. 190.
 — capitis 334.
 — madidans 326. 349.
 — manuum et pedum 222.
 — marginatum 85. 147. 239. 267.
 — psoriasiforme 287.
 — seborrhoicum 319.
 — solare 80.
 Ehe 128. 333.
 Ehekonsens 9. 29. 61. 119.
 Eigenblut 107. 177.
 Eigenblutbehandlung 176.
 Eigenhemmung der Sera 248.
 Eigenserum 107. 188.
 Eigenserumbehandlung 176.
 Eigenstoff 177.
 Einreibungen 119.
 Einschlußblennorrhoe der Neugeborenen 245.
 Eisen 333.
 Eisenpräparate 333.
 Eiweißantikörper 30.
 Eiweißsilbersalze 139.
 Ektodermale Defekte 21.
 Ekthyma 48.
 — gangraenosum 255.
 Ekzem 13. 15. 18. 94. 98. 104. 106. 111. 167. 169. 176. 240. 254. 264. 294. 297. 300. 319. 334. 353. 354. 355. 356. 357.
 — dentales 98. 101.
 — der Oberlippe 286.
 — neurogenes 98.
 Ekzembildung bei Wurzel-spitzenerkrankungen 102.
 Ekzeme, reflektorisch entstandene 101.
 — zur Zeit der Dentition 101.
 Ekzemplokalisation 104.
 Ekzemrezidive 264.
 Elarson 207.
 Elastisches Gewebe 206.
 Elastoma 19.

Eleidin 108.
 Elektrargol 116.
 Elektroden 337.
 Elektrokardiographie 186.
 Elektrokoagulation 77. 115.
 Elektrolyse 77. 296.
 Elephantiasis 31. 336. 341.
 — nostras 335.
 Embarin 124. 246. 310. 311.
 Empfindlichkeit der Haut 107.
 Empyiform 300.
 Encephalitis haemorrhagica 56.
 Endotoxine 30. 339.
 Endourethrale Massage 117.
 Enteritis 35.
 — luetische 348.
 Enuresis nocturna 61. 220. 318. 350.
 Enzephalitis 13.
 — mit Spirochäten 90.
 Epidermitis 142.
 Epidermolysis bullosa 264.
 Epidermophyton inguinale 147.
 Epididymitis 87. 118. 151. 182. 183. 244.
 — gonorrhoeica 25. 116.
 Epiduralinjektionen 61.
 Epilepsie 319.
 Epileptische Anfälle 8.
 — — nach Anwendung des Salvarsans 7.
 Epitheliom 63. 222. 264. 335.
 Epithelioma adenoides cysticum 335.
 Epithelwucherungen 295.
 Ergrauen der Wimperhaare 100.
 Erysipel 17. 111.
 Erysipelas bullosum 299.
 Erythem 175.
 Erythema chronicum migrans 144.
 — exsudativum 48.
 — — multiforme 81. 126.
 — induratum 25. 31. 111. 222.
 — migrans 95.
 — nodosum 24. 95. 179. 334.
 — scarlatiniforme 120.
 — tertiare syphiliticum 159.
 Erythemform, seltene 144.
 Erythrasma 15.
 Erythrodermia exfoliativa generalisata 143.
 Erythrodermie pityriasi que en plaques disséminées 160.
 Erythrodermien 31. 208.

Erythrodermien en plaques 32.
 Essigsäure Tonerde 15.
 Eucerinum 264.
 Euguformsalbe 176.

F
 Fadenpilzkrankungen 336.
 Färbbarkeit von Gewebestücken 237.
 Farbenwechsel des Haarleides 331.
 Farbige 133. 135.
 Färbung der marklosen Nerven 44.
 Fastheilung 12.
 Fäzes 320.
 Fettseife 83.
 Fibrolysininjektionen 95.
 Fibroma molluscum 4.
 Fibrome 19.
 Fichtennadelbäder 175.
 Fieberreaktion 12.
 Filaria 341.
 — Bankrofti nocturna 341.
 Fingernägel 191.
 Finsensapparat 51.
 Finsenbehandlung 62.
 Finsensche Lichtbehandlung 301.
 Finsentherapie 337.
 Flaschenbacillus 14.
 Flaumhaare 142.
 Flektyphus 238.
 Fließeche Lehre 330.
 Flöhe 68.
 Fluor 303.
 Foetor axillaris 15.
 Follikulitiden 169.
 Fordycesche Erkrankung 299.
 Formaldehyd 306.
 Formaldehydkampfersalbe 296.
 Formalineckzem 207.
 Fötale Mißbildungen 188.
 Fötus 282.
 Framboesia 19. 163. 164. 165. 192. 217.
 — tropica 226.
 Frühsyphilis 344.
 Fuchsin 109.
 Fulguration 75. 76.
 Funkenanwendung 75.
 Furunculosis 111.
 Furunkel 15. 82.
 Furunkelinhalt 39.
 Furunkulin 82. 83.
 Furunkulose 38. 39. 145. 265. 334.
 Fußberkrankung 85.
 Fußsohle 19.

Ganglienzellen 3.
Gangrän 294. 301.
 — der Scheide 213.
 Gefäßdilatation 18.
 Gefäße der Glutäalgegend 174.
 Gefäßläsionen 215.
 Gehirn 2. 3.
 Gehirnsyphilis 186.
 Gelenkentzündungen, gonorrhoeische 201.
 Gelenkerkrankung, gonorrhoeische 26.
 Geschlechtliche Infektion 333.
 Geschlechtsdrüsen 329.
 Geschlechtskrankheiten 62. 128. 135. 137. 203. 205. 212. 245. 333.
 Geschwulstbildung in den Nieren 3.
 Geschwürbildung 227.
 Gesellschaft für Sexualforschung 320.
 Gewebe, elastisches 206.
 Gewerbeekzem 353.
 Giftsumach 298.
 Gipseumtrichophytie 22.
 Glättolin 81.
 Gliazellen 3.
 Globulin 279. 352.
 Glossitis 127.
 Glykogen 108.
 Glykosurie 348.
 Goldsolreaktion 345.
 Golyl 338.
 Gonargin 53. 183. 307.
 Gonaromat 305.
 Gonokokken 52. 118. 140. 150. 151. 183. 244. 245. 270. 271. 272. 273.
 Gonokokkenantigen 183.
 Gonokokkeninfektion 305.
 Gonokokkenkulturen 54.
 Gonokokkenophthalmie 182.
 Gonokokkensepsis 200.
 Gonokokkenvakzine 87. 151. 183. 256. 305.
 — monovalente 87.
 Gonorrhoe 25. 26. 52. 53. 61. 87. 88. 117. 118. 130. 132. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 151. 152. 170. 182. 183. 212. 220. 272. 303. 304. 305. 306. 307. 333. 337. 338.
 — Ausdehnung 130.
 — bei den Farbigen 202.
 — bei der Frau 87. 118.
 — beim Manne 304.
 — bei Prostituierten 118.
 — des Weibes 303.

Gonorrhoebehandlung 183. 212. 243.
 Gonorrhoeerkrankungen 160.
 Gonorrhoeotherapie 189.
 Gonorrhoeischer Gelenkrheumatismus 26.
 Granulom 25.
 Granuloma annulare 18. 31. 63.
 — ulcerosum 19.
 Graues Öl 13.
 Grundriß der Dermatologie 157.
 Guarnierische Körperchen 297.

Haar 40. 330. 331. 332. 349.
 Haarausfall 94. 99. 332.
 Haarbildung 332.
 Haarbruch 84.
 Haarerkrankungen 94.
 Haarfärbemittel 84. 143. 176. 294.
 Haargebiete 100.
 Haarimplantation 31. 96.
 Haarkeimbildung 21.
 Haarkrankheiten 330.
 Haarneubildung 18.
 Haarpomade 127.
 Haarwasser 291.
 Haarwuchs 332.
 Hämatoporphyrin 31. 80.
 Hämatotherapie 265.
 Hämatox-Eleidin 108.
 Hämaturie 53. 62.
 Hämolyse 30.
 Hämorrhoidalsuppositorien 30.
 Hämorrhoidalzäpfchen 175.
 Handpflege 330.
 Hansenscher Bacillus 269.
 Harn 29. 252.
 Harnblase 76.
 — Geschwülste 74.
 Harnentleerung 219.
 Harnkrystalle 320.
 Harnleiden 75.
 Harnleiter 283.
 Harnmenge 219.
 Harnorgane 75. 219.
 Harnröhre 126. 272. 303. 337.
 Harnröhrenentzündungen 198.
 Harnröhrenfisteln 200.
 Harnröhrenkatarrhe 198.
 Harnröhrenspritze 306.
 Harnröhrenverengungen 308.
 Harnsäurebildung 296.
 Harnsedimente 320.

Harnstoff 178.
 Harnverhaltung 60.
 Harnwege 26. 156.
 Harzgift 298.
 Haut 3. 44. 330.
 Hautaffektionen und Auge 81.
 Hautanomalien 4. 5. 7.
 Hautatrophie 95. 181.
 Hautentzündungen 263.
 — metastatische 48.
 Hautepitheliome 46.
 Hauterkrankung, urämische 295.
 Hautgangrän 47.
 — diabetische 292.
 Hautgeschwülste 335.
 Hautimmunität 31. 44.
 — bei sekundärer Lues 93.
 Hautjucken 176.
 Hautkrankheit mit Blasenbildung 21.
 Hautkrankheiten 15. 126.
 Hautkrebs 240.
 Hautmittel, juckstillende 295.
 Hautnaevi 6.
 Hautreaktion 263.
 — bei Lues 218.
 Hautsarkom 146. 180. 335.
 Hautsyphilide 154.
 Hauttransplantation 331.
 Hauttrichophytie 85. 115.
 Hauttuberkulose 19. 52. 85. 148. 211. 222. 223. 302.
 Hauttumoren, melanotische 209.
 Hautverdickungen 20.
 Headsche Reflexzonen 100.
 Hefepreparate 83.
 Hegonon 87. 243.
 Heilmittel 175.
 Heilung, abortive 12.
 Heißluft 26. 51.
 Heißluftbehandlung 337.
 Heizkörper 305.
 Hemisporose 336.
 Hereditäre Lues 191.
 — Syphilis 276.
 Heredoimmunität 153.
 Herman-Perutzsche Luesreaktion 312.
 — — Reaktion 28. 279.
 Herpes facialis 21.
 — labialis 21.
 — zoster 300.
 — — gangraenosus 159.
 — — generalisatus 114.
 Herpeseruptionen 21.
 Herxheimersche Reaktion 13. 188. 314. 339.
 Hetralin 26.
 Hexal 256. 338.

- Hexamethylenhetramin 53.
 Hg-Behandlung 352.
 Hg-Kur 213.
 Hg. salicyl. 96.
 Hg-Salvarsanbehandlung 308.
 Hirndruckerhöhung nach Salvarsan 58.
 Hirnrinde 3.
 Hirnsyphilis 217.
 Histochemie 320.
 Hochfrequenzstrom 75. 76. 176.
 Hoden 49. 343.
 Hodenimpfung 36.
 Hodeninsuffizienz 17.
 Hodentabletten 17.
 Höhensonne 292.
 Holzessig 15.
 Hornwarzen 222.
 Hühnerembryonen 295.
 Hundetrichophytie 267.
 Hutchinsonsche Zähne 281. 294.
 Hydrarg. cyanat. 347.
 — oxycyanat. 307.
 — sulfur. rubr. 18.
 Hydroa aestivalis 80.
 — buccalis 265.
 — vacciniiforme 31. 94. 334.
 Hydrojodborat 14.
 Hydronephrose 315.
 Hygiene der Haut 330.
 Hyperämiebehandlung 156.
 Hyperidrosis 169. 318.
 — pedum 15.
 Hyperkeratosen 64.
 Hyperkeratosis gonorrhoeica 305.
 Hyperleukozytose 281.
 Hypertrichosis 21. 142. 264. 267. 296.
 Hyphomyzeten 351.
 Hypospadie 253.
- I**chthyol 87.
 Ichthyolpasten 94.
 Ichthyosis atypica 229.
 Idiosynkrasien 46.
 Idioten 3.
 Ikterus 120.
 Immunhämolysine 29. 30.
 Immunvorgänge bei Syphilis 123.
 Impetigo Bockhart 266.
 — contagiosa 48. 144. 169. 266.
 — staphylogenes 265.
 Impfpocken 236. 297.
 Impotenz 61. 329.
 Indikan 263.
 Induratio penis plastica 125.
- Indurationen, holzharte symmetrische 263.
 Infektionsgefahr der Syphilis 214.
 Infektiosität des Blutes 28.
 Infusion, intravenöse 315.
 Infusionen 224.
 Injektion konzentrierten Neosalvarsans 91.
 Injektionen mit Staphylokokken 40.
 Injektionsspritze 306.
 Inkubationszeit 55.
 Intelligenz, beschränkte 4.
 Intensivbestrahlung 43.
 Intrakutanimpfung 218.
 Intrakutanreaktion 217. 346.
 Intramuskuläre Hg-Injektionen 64.
 Intravenöse Arthiginjektionen 244.
 — Injektion von Neosalvarsan 119.
 — Injektionen 215.
 Irrigator 139. 287.
- J**acobsthal'sche Modifikation 93.
 Jahresbericht 220.
 Jaluit 134.
 Jap 134. 171.
 Japan 85.
 Jod 188. 304. 338.
 — im Harn 61. 252.
 Jodargol 304.
 Joddämpfe 152.
 Jodeiweißpräparat 227. 348.
 Jodkali 212. 307. 341.
 Jodkalium 348.
 Jodocitin 246.
 Jodoform 326.
 Jodostarin 246.
 Jodpräparate 13.
 Jodprothämin 309.
 Jodtherapie 152.
 Jodtinktur 307.
 Jodtinktur-Ichthyolbehandlung 145.
 Jodtinkturpinselungen 95.
 Jodtropon 152.
 Joha 192.
 Jothioneinreibungen 119.
 Jothionsalben 13.
 Jucken 258.
 Juckendemien im Hochsommer 264.
 Juckreiz 298.
 Juvenol 176.
- K**ahlheit 143.
 Kakodyl 94.
 Kakodylinjektionen 95.
 Kalium aurocyanatum 86.
 — et natrium silicum 18.
 Kalium-Permanganat 139.
 Kalksalze 209.
 Kalkulosis 283.
 Kalomel 96.
 Kalomelinjektionen 224.
 Kalomelöl 119.
 Kalte Füße 297.
 Kältebindungsmethode 93.
 Kältemethode 154. 344.
 Kalkifikation 63.
 Kamerun 135. 136. 200.
 Kaninchen 28. 55.
 Kaninchenhoden 256.
 Kaninchenlues 152.
 Kaninchensyphilis 152. 343.
 Kankroide 63. 128. 319.
 Kantharidenblasen 28.
 Kaolin-Glyzerinpaste 175.
 Karvonensche Reakt. 154.
 Karzinome 18. 95. 112. 143. 146. 222.
 — der Haut 240.
 Keloide 46. 209.
 Keratitis interstitialis 281.
 — luetische 310.
 — parenchymatosa 309.
 Keratoma 234.
 Keratose der Handflächen 222.
 Keratosis follicularis spinulosa 47.
 Kerion Celsi 267. 318.
 Kieselsäure 168.
 Kindereczeme 107. 207.
 Kinnhaare 332.
 Kleisterverbände 16.
 Knochenhautgeschwüre, tuberkulöse 319.
 Knoten, lepröse 50.
 Kochsalzlösung 259.
 Kohlensäureschnee 108. 210. 299. 331. 335.
 Kokzidien 28.
 Kolibazillen 306.
 Koliinfektion des Nierenbeckens 306.
 Kolipyelitis 306.
 Kollargol 53.
 Kolloidaler Schwefel 53.
 Kolloide Degeneration 206.
 Kolloidmilium 206.
 Kolonialbesitz 132.
 Kolonien 133.
 Kombinationstherapie 12.
 Komplement 311.
 Komplementbindung 280.
 — bei Syphilis 93.
 Konjunktivaltripper 172.
 Konstitutionelle Syphilis 277.

Kontagiosität der Syphilis 29.
 Kontraluesin 35. 36. 96. 189. 311.
 Kontrolle, sanitäre 352.
 Konzentrierte Injektionen 122.
 — Neosalvarsaninjekt. 187.
 Koopra 176.
 Kopaivabalsam 256.
 Kopffavus 318.
 Kopfhaare 40. 330.
 — Verfärbung 72.
 Kopfhaut 343.
 Kopfschanker 343.
 Kopftrichophytien 85. 115.
 Kosmetik 81. 176. 237.
 — der Haut 349.
 Kosmetikum 156.
 Krankheitserreger 188.
 Krebs 177. 361.
 Krebssterblichkeit unter Leprakranken 242.
 Kribi 136.
 Kteinokapseln 53.
 Küchenschabe 69. 71.
 Kuhpocken 297.
 Kuhpockeninfektion 268.
 Kuhpockenvakzine 44.
 Kulturluetin 218.
 Kulturspirochäten 280.
 Kummerfeldsche Salbe 349.
 Kunstausdrücke der Medizin 221.
 Künstlerstreifen 330.
 Kupfer 211.
 Kupferbehandlung 116.
 Kupferlezithinsalbe 242.
 Kupfersalben 268. 302.
 Kupfertherapie 268.
 Kutanreaktion 186. 217. 246. 247. 347.
 — bei Lues 95.
 Kutireaktion 87. 190.
 — bei Lues 90. 218.

Lackbaum 298.
 Lanugokomedonen 82.
 Larven von Laufmilben 264.
 Larynxstenose 20.
 Lebensversicherungsanstalten 275.
 Leberschädigung durch Salvarsan 185.
 Lehrbuch 62. 220. 221. 348.
 Leichenserum 248.
 Leitfaden 126.
 Lekutyl 211. 242.
 Lekutylsalben 302.
 Lepra 19. 23. 32. 49. 50. 63. 86. 87. 149. 150. 181. 241. 269. 317.

Lepra am Auge 149.
 — in Estland 23.
 — tuberosa 337.
 Lepraätiologie 302.
 Leprabazillen 23. 49. 67. 68. 86. 303.
 Leprabekämpfung 270.
 Lepradörfer 270.
 Lepraerreger 23. 66. 68. 70. 71.
 Leprafragmente 50.
 Lepraknoten 68. 70. 269.
 Leprakranke 54.
 Lepraüberimpfungen auf Kaninchen 24.
 Lepraverbreitung 67.
 Leprom 50. 149. 150.
 Lepromgewebe 23.
 Lepröse 68.
 Leprosorium 242.
 — Muhli 68.
 Leukaemia lymphatica 114.
 Leukämie 274. 341.
 Leukoderm 44.
 Leucoderma universalis 287.
 Leukopathia unguium totalis 350.
 Leukozytozoon der Syphilis · 28. 249.
 Lezithin 30.
 Lezithinkupfer 211. 242.
 Liantral 353.
 Lichen chronicus disseminatus 261.
 — nitidus 109. 208. 351.
 — planus 111. 299.
 — — sclerosus 84.
 — ruber 296.
 — — planus 127. 158. 264. 318. 334.
 — — verrucosus 223.
 — sclerosus 298.
 — scrophulosorum 31. 52. 148. 267.
 — simplex 358.
 — trichophyticuseffloreszenzen 318.
 Lichenähnliche Dermatose 51.
 Licht 80.
 Lichtbehandlung 94. 293. 301.
 Lichtempfindlichkeit 80.
 Lichtentzündung der Haut 80.
 Lichtquelle 296.
 Lichtschutzmittel 80.
 Lichtwirkungen 80.
 Lignol 296.
 Lipoide 30. 308.
 Lipojodin 189.
 Liquor 89. 345. 346.
 — alum. acet. 15.

Liquor cerebrospinalis 281. 342.
 Liquordiagnose 352.
 Liquorkontrolle 123.
 Liquorreaktion 8.
 Liquoruntersuchung 7.
 Liquorveränderungen 221.
 Litholapaxie 283.
 Lithotomie 283.
 Lithotripsien 283.
 Livedo syphilitica pedum 287.
 Lome 134. 136.
 Lues 29. 35. 90. 93. 119. 124. 153. 154. 163. 186. 188. 190. 227. 248. 268. 282. 309. 332. 342. 344. 347. 351.
 — congenita 153. 311.
 — des Zentralnervensystems 313. 345.
 — hereditaria tarda 318.
 — nervosa 275.
 Luesanamnese 279.
 Luesbehandlung 347.
 Luesgift 276.
 Luesleberextrakt 90.
 Luesprophylaxe 213.
 Luesserum 28.
 Luetin 213. 219. 346.
 Luetinreaktion 91. 246. 309.
 Luetische Indexbestimmung 154.
 — Infektion 275.
 — perniziöse Anämie 274.
 Lumbalpunktat 60.
 Lumbalpunktion 111. 219.
 Lumbalpunktionskanüle 128.
 Lungentuberkulose 51. 115.
 Lupoid 31.
 — Boeck 31.
 Lupoidähnliche Hauterkrankungen 145.
 Lupus 19. 51. 63. 64. 85. 86. 95. 301. 302.
 — erythematodes 24. 50. 108. 120. 128. 206. 210. 222. 269. 331. 351.
 — — acutus 210.
 — — an den Nägeln 127.
 — — disseminatus 50.
 — — unguium mutilans 209.
 — faciei 85.
 — pernio 31.
 — vulgaris 32. 50. 95. 111. 116. 181. 191. 206. 242. 243. 287. 331.
 Lupusbehandlung 337.
 Lupusbekämpfung 51.
 Lupusheilstätte 32.
 Lupusheime 337.

Lupusherd 86.
Lupustherapie 268.
Lymphogranulomatose 50.
Lymphosarkom 274.
Lymphozyten 346.
Lytninol 212.

Magensyphilis 56. 156.
Malaria 344.
Maligne Syphilis 189.
Malleus chronicus 270.
Malum perforans 54.
— Pott 252.
Männlich 328.
Marianen 132.
Marshallinseln 133. 134. 171.
Mastdarmkühler 300.
Mastisol 296.
Mastzellen 46.
Mäusefavus 147.
Medizinalberichte 130.
Medullaranlage 295.
Meerschweinchenhodentest 256.
Meerschweinchenserum 27.
312.
Meiostagminreaktion 278.
Melaena neonatorum 126.
Melanin 80.
Melkernoten 268.
Meningen 250.
Meningitis 345.
— cerebrospinalis 182.
Meningokokken 272.
Menthol 30.
Mentor 256.
Mercinol 36.
Mercinolinjektionen 345.
Mercuriocoloelo 308.
Merlusan 189. 311.
Mesaortitis 251.
Mesothorium 63. 78. 156.
237. 256. 299. 317.
Mesothoriumbestrahlung
191. 209.
Mesothoriumschädigung des
Hodens 237.
Metabolismus 296.
Methylgrün 237.
Metrosalpingitis 52.
Mikrobacillus der Seborrhoe
15.
— Radaelis 47.
Mikrococcus 15.
Mikrogonokokken 271.
Mikroorganismus der Sy-
philis 28.
Mikrosporie 115. 267.
Mikrosporon lanosum 267.
— pubescens 115.
Mikrosporangruppe 48.
Milch 29.
Miliarlupoid 302.

Milien 16.
Militärärzte 339.
Milium 300. 335.
Molluscum contagiosum
179. 288.
Momentaufnahme 127.
Monochlorphenol cyst. 318.
Monorezidiv,luetisches 319.
Morphaea 84. 210. 351.
Mund 349.
Mundpflege 14.
Mundschleimhaut 20.
Mycetoma pedis 85.
Mycosis 116.
— fungoides 32. 63. 94. 158.
159. 230. 242. 270. 287.
318. 351.
Nabelkonkremente 237.
Nabelschnurserum 259.
Nabelsteine 237.
Nackenkeloid 95.
Naevi 4. 5. 266. 299. 331.
Naevus 241.
Naevusarten 5.
Naevusartige Gebilde 4.
Naevuskarzinom 208. 223.
Naevus syringadenomato-
sus papilliferus 47.
Naevuszellen 112.
Nageltrichophytie 85.
Nägel 330. 349.
Nagelerkrankungen 209.
Nageltrichophytie 115.
Narben 209.
Narbengewebe 206.
Narbige Hautveränderun-
gen 319.
Nasenersatz 243.
Nasenformationen 32.
Nasenlupus 32.
Natrium nucleicum 107.
176.
Nebenhoden 343.
Neger 134. 348.
Neohexal 256.
Neosalvarsan 36. 46. 56. 57.
59. 64. 89. 90. 92. 96.
120. 121. 122. 128. 160.
184. 188. 216. 224. 269.
281. 282. 310. 339. 340.
341. 342. 343. 344. 352.
Neosalvarsanbehandlung
184.
Neosalvarsandepots 345.
Neosalvarsaninjektionen 19.
58. 92. 119. 120. 262.
313. 339. 340. 345.
— intravenöse 313.
— subkutane 59.
— syphilitische 313.
Neosalvarsanvehikel 215.

Nephrektomie 315.
Nephritis 86. 352.
Nephrose 223.
Nervenfärbung 44.
— der Haut 96.
Nervenlues 348.
Nervensystem 126.
Nervenzellen 3.
Neubildung von Talgdrüsen
18.
Neu-Guinea 133. 170.
Neu-Mecklenburg 170.
Neu-Pommern 170.
Neuralgie 100.
Neurasthenie, sexuelle 329.
Neuritis optica 47.
— syphilitica 250.
Neurofibromatose 32. 47.
127.
Neuroglia 3.
Neurorezidive 8. 89. 121.
224. 339.
Neurotropismus 312.
Neusalvarsan 188.
Nicollesches Serum 305.
Niere 283. 315.
— verkalkte 125.
Nierenbecken 283.
Nierenblutung 125.
Nierendiagnostik 157.
Nierenerkrankung 224.
— lepröse 86.
— syphilitische 223.
Nierenkrankheiten 284.
Nierenkystom 125.
Nierenphysiologie 157.
Nierenprothesen 96.
Nierentuberkulose 285.
Noma 336.
Normalserum 28.
— bei juckenden Derma-
tosen 107.
Norwegische Scabies 23.
Noviform 81.
Nürnberg 213.
Ohr 277.
Ohrerkrankung 121.
Oidiomycosis gummosa 336.
Ol. ciner. 36. 119.
— gynocardiae 337.
Operaticnskystoskop 76.
Ophthalmoreaktion 88.
Opsonine 62.
Opsonischer Index 38.
Orchiepididymitiden 212.
Orchitiden, gonorrhöische
212.
Organextrakt 218.
Organotropie der Salvar-
sanpräparate 57.
Organotropismus 312.

Organveränderungen 216.
 Orientbeule 32. 49.
 Ortizon 14.
 Ortizon-Mundwasserkugeln
 14.
 Ortazonwundstifte 14.
 Ostafrika 133. 134. 137.
 Osteoperiostitissporotricho-
 tica 179.
 Oudinbehandlung 75.
 Oudinresonator 76.

Paget disease 95.
 Pagetsche Krankheit 240.
 Pallidinreaktion 246.
 Pankreassyphilis 249.
 Pantoponerythem 46.
 Papayenwurzeln 134.
 Papeln 275.
 Papillitis, gummöse 216.
 — nervi optici 249.
 Papillom 75.
 — am Collum 76.
 — der Blase 316.
 Papillomatosis 75. 76.
 Papulonekrotisches Tuber-
 kulid 31.
 Paquelin 51.
 Paradidymitis erotica acuta
 306.
 Paradoxe Sera 279.
 Parakeratose 16.
 Paralues 154.
 Paralyse 29. 90. 126. 154.
 186. 187. 279. 310. 338.
 340. 342. 344. 345. 351.
 — juvenile 351.
 — progressive 309.
 Paralytiker 59.
 Paralytikergehirn 308.
 Paraphenyldiamin 176.
 294.
 Parapsoriasis 145.
 Parasitotropie 57.
 Parrotsche Lähmung 127.
 Paschensche Körperchen
 298.
 Paste, Zellersche 18.
 Patientenserum 215.
 Pellagra 80. 143. 180. 181.
 361.
 Pellidol 227. 228. 229.
 Pelzfärbemittel 143.
 Pemphigoid 144.
 Pemphigus 47. 54. 114. 262.
 280.
 — congenital à kystes epi-
 dermiques 21.
 — foliac. 332.
 — hystericus mammarum
 159.
 — kongenitaler 21.

Pemphigus neonatorum 144.
 — vegetans 95.
 — vulgaris 114. 211.
 Pemphigusbehandlung 211.
 Penis 146. 253.
 Penisverdoppelung 283.
 Penoplastik 253.
 Perhydrit 263.
 Perhydrol 18.
 Periodenitis mucosa necro-
 tica recurrens 337.
 Perifolliculitis capitis absc-
 dens et suffodiens 82.
 Periodenlehre 330.
 Periodizitätslehre 329.
 Permanganatirrigationen
 138.
 Perniones 286. 318. 350.
 Pferdeserum 259.
 Phagedänismus 253.
 Pharmakotherapie 288.
 Pharmazie 288.
 Phenolkampfer 88.
 Phosphaturie 220.
 Physiotherapie 296.
 Piedra 147.
 Pigment 209. 296.
 — der Epidermis 284.
 Pigmentablagerungen 4.
 Pigmentbildung 21.
 Pigmentflecke 5.
 Pigmentgehalt 44.
 Pigmentgranula 109.
 Pigmentierte Naevi 44.
 Pigmentierung 21.
 Pigmentnävi 82. 109. 111.
 296.
 Pigmentophoren 109.
 Pigmentsarkom 146.
 Pigmentverteilung 108.
 Pilokarpininjektionen 145.
 Pilzkrankungen der
 Hände 301.
 Pilzinfektion 22.
 Pirquetsche Methode 267.
 Pituitren 259.
 Pityriasis lichenoides chro-
 nica 255.
 — rosea 240.
 — rubra pilaris 63.
 — — subacuta benigna 208.
 Plaut-Vincentische Angina
 121.
 Plazenta 49.
 Pocken 297.
 Pockenerreger 297.
 Poikilodermie 32. 95.
 Poliklinik für Harnkranke
 220.
 Poliös 45.
 Polizeiarzt 29.
 Pollutionismus 329.
 Polyarthrit 153.

Polymydie 295.
 Popoffsche Serodiagnose
 312.
 — Seroreaktion 312.
 Porokeratosis 299.
 Postpsoriatische Atrophie
 239.
 Pottsche Krankheit 252.
 Präzipitationsmethode 246.
 Präzipitine 30.
 Pretußen 133.
 Primal 143. 176.
 Primalschwarz 294.
 Primäraffekt 343. 344.
 Primäraffekte der behaar-
 ten Kopfhaut 343.
 Primärlues 308.
 Primeln 46.
 Primelserum 46.
 Primula obconica 298.
 Progressive Paralyse 279.
 Prophylaxe der Gonorrhoe
 138.
 — der Syphilis 29.
 — der venerischen Krank-
 heiten 333.
 — in sexueller Abstinenz
 333.
 Prostata 60. 156. 252.
 — normale 61.
 Prostataatrophie 60.
 Prostatagewebe 256.
 Prostatahypertrophie 61.
 156. 220. 252. 316.
 Prostatakarzinom 78. 79.
 220.
 Prostataektomie 79. 316.
 Prostatitis 25. 26. 126. 173.
 176. 189. 307.
 Prostituierte 29. 138. 150.
 251.
 Prostitution 204. 352.
 Protargol 318.
 Protein 178. 332.
 Proteinstoffwechsel 177.
 Provokatorische Salvarsan-
 injektion 123.
 — Wirkung 13.
 Prowaczeksche Initial-
 körperchen 298.
 Prurigo 114.
 — Hebrae 107.
 Pruritus 30. 80. 107. 157.
 176. 255. 300.
 — ani 15. 300.
 — essentialis ferox 159.
 — senilis 260. 262.
 — vulvae 63.
 Pseudobotryomycosis 146.
 Pseudoleukämie der Haut
 63.
 Pseudo-Milium colloidal
 267.

Pseudopelade 82. 83. 180.
 211. 268.
 — Brocq 95. 113.
 Pseudoreaktionen 218.
 Pseudoxanthoma elasticum
 19. 206.
 Psoriasis 17. 110. 144. 178.
 239. 332.
 Psoriasis kranke 177.
 Psoriatiker 54.
 Psorospermosis follicularis
 vegetans 32.
 Psychrophor 329.
 Puder 167.
 Puderbehandlung 303.
 Pupillenphänomen 348.
 Purium 353. 354. 359. 360.
 Purpura 83. 126. 283.
 — annularis 32.
 — — teleangiectodes 191.
 Purpura exanthem 45.
 Pustula maligna 287.
 Pyämide 48.
 Pyämie 255.
 Pyelitiden 26.
 Pyelonephritis 11. 26. 315.
 Pyocyaneus 255.
 Pyodermien 19.
 Pyridine 354.
 Pyrogallol 51. 86. 268.
 Pyronin 237.

Quaddelbildung 46.
 Quantitative Wassermann-
 sche Reaktion 214.
 Quarzlampe 51. 288.
 Quarzlampebehandlung
 337.
 Quarzlampe Licht 299.
 Quarzlicht 292. 294.
 Quecksilber 11. 12. 36. 64
 188. 189. 190. 282. 308.
 312. 314. 338. 340. 342.
 343.
 Quecksilberbehandlung 64.
 312.
 Quecksilberchloridinjek-
 tionen 30.
 Quecksilberintoxikation 58.
 Quecksilberkur 118. 224.
 Quecksilbernukleinsaures
 Natrium 124.
 Quecksilberpräparat 185.
 310.
 Quecksilber-Salvarsan-
 behandlung 156.
 Quecksilbertherapie 118.
 Quecksilberverbindung 189.

Radiographie 283.
 Radiometer 142.

Radiosensibilität 109.
 Radiotherapie 236.
 Radium 32. 46. 64. 75. 78.
 79. 112. 156. 299. 317.
 331.
 Radiumbehandlung 331.
 337.
 Radiumbestrahlungen 46.
 209.
 Radiumfirmisapparat 125.
 Radiumkatheter 78.
 Radiumtherapie 78. 112.
 317.
 Rassenhygiene 285.
 Rattenlepra 150.
 Raynaudsches Syndrom
 319.
 Recklinghausensche Krank-
 heit 5.
 Rectum 343.
 Reglementierung 64.
 Reinfectio 308.
 — luetica 95.
 — syphilitica 56. 95. 123.
 276. 307.
 Reinfektion 185.
 — syphilitische 313. 314.
 316.
 Reinfektionsfälle 12.
 Reinzüchtung der Spiro-
 chaete pallida 128.
 Reizbarkeit der Haut 44.
 Rekordspritze 57. 216.
 Rektalgonorrhoe 150.
 Rekurrens 153.
 Rekurrensimmunität 217.
 Repetitorium 349.
 Resorption von Arznei-
 mitteln 13.
 Resorzin 300.
 Retentionszyste eines Haar-
 balges 82.
 Rezidive 12. 308.
 Rezidivpapillome 75.
 Rheumatismus 17.
 — gonorrhöischer 305.
 Rhinophyma 18.
 Rhinosklerin 159.
 Rhinosklerom 159. 182.
 Rhodalzid-Tabletten 346.
 Rhodan 346.
 Rhodanausscheidung durch
 den Speichel 346.
 Rhodaneißpräparate
 346.
 Rhodangehalt 346.
 Rhus toxicodendron 298.
 — vernicifera 298.
 Rhusarten 298.
 Ricordsche Lösung 310.
 Riesenwuchs 223.
 Riesenzellen 209.
 Riesenzellengewebe 335.

Rindenverdickungen 3.
 Rindertuberkulinsalbe 148.
 Ringersche Lösung 177.
 259. 261.
 Ristin 13.
 Rollhaarzyste 82.
 Röntgenapparate 18.
 Röntgenbehandlung 63. 64.
 142. 209. 239. 337.
 Röntgenbestrahlung 43. 95.
 300. 331.
 Röntgendiagnose 283.
 Röntgendurchleuchtung
 288.
 Röntgenerytheme 43.
 Röntgenkarzinom 18.
 Röntgenlicht 299.
 Röntgenmethode 331.
 Röntgenographie 126.
 Röntgenrefraktäre Fälle 43.
 Röntgenschutz 295.
 Röntgenstrahlen 43. 109.
 110. 142. 176. 178. 242.
 294. 332.
 Röntgentaschenbuch 285.
 Röntgentechnik 158.
 Röntgentherapeutisches
 Zimmer 320.
 Röntgentherapie 44. 126.
 142. 223. 263. 317. 335.
 Röntgentiefenbestrahlung
 156.
 Röntgentiefentherapie 75.
 Röntgenulcus 18. 159.
 Röntgenverfahren 127.
 Rosacea 81. 108. 221. 255.
 300.
 Roseola 55. 311.
 Rossche Körperchen 155.
 Roter Hund 264.
 Rotz 49.
 Rotzbazillus 49.
 Rückenmarkssyphilis 341.

Saipan 132.
 Salamanderlarven 295.
 Salben 13.
 Salbenapplikation 264. 298.
 Salbenaufbewahrung 264.
 Salbenbehandlung 298.
 Salbengrundlagen 13.
 Salbenverband 298.
 Salizyl 35.
 Salizyl-Kreosotpflaster 64.
 Salizylsäure 240.
 Salizylsäureverbindungen
 13.
 Salizylsäurepflaster 18.
 Salpingitis 11.
 Salvarsan 7. 10. 11. 12. 35.
 56. 57. 58. 59. 64. 90.
 91. 92. 93. 94. 107. 119.

120. 121. 123. 126. 184.
188. 189. 190. 216. 224.
282. 312. 313. 314. 316.
317. 338. 339. 340. 342.
343. 344. 345. 346. 347.
352.
Salvarsan bei Tierkrank-
heiten 317.
— Gefährlichkeit 8.
— im Injektionsorte 92.
— im Urin 341.
— Nebenwirkungen 185.
— toxische Wirkung 8.
— Toxizität 7.
Salvarsanausscheidung 313.
Salvarsanbehandlung 8. 58.
60. 64. 122. 123. 185.
187. 287. 312. 344. 347.
Salvarsaninfusionen 185.
310. 334.
Salvarsaninjektionen 7. 12.
13. 55. 57. 58. 59. 92.
118. 155. 185. 186. 215.
216. 246. 279. 342.
Salvarsanisieretes Serum
187. 341.
Salvarsanliteratur 11.
Salvarsanpulver 108.
Salvarsan-Quecksilber-
behandlung 11. 56.
— — kombinierte 308.
Salvarsan-Quecksilberkur
123.
Salvarsanreaktion 313.
Salvarsanschädigungen 342.
Salvarsanserum 340.
Salvarsanserumlösungen
314.
Salvarsantherapie 120. 310.
313. 339. 346. 351.
Salvarsantod 340.
Salvarsantodesfälle 7. 339.
Salvarsanwirkung 188. 317.
Samenblasen 49.
Sandelöl 305.
Saprophytien 336.
Sarcoid Boeck 31.
Sarcoma idiopathicum mul-
tiplex haemorrhagicum
111.
Sarkoide 31. 111. 120. 269.
— Tumoren der Haut 334.
Sarkome 146.
Sauerstoffbäder 296.
Säuglingsalter 334.
Säuglingsfürsorge 214.
Säuglingssyphilis 250.
Scabies 94. 158. 301.
— Norwegica 22. 116.
Schaben 66.
— deutsche 70.
Schädigungen durch Sal-
varsan 58.

Schancker 311.
— weicher 205. 213.
Scharlach 334.
— Hautveränderungen 352.
Scharlachöl 295.
Scharlachrot 228. 295.
Scharlachrotsalbe 227.
Scheidengangrän, mer-
kurielle 213.
Schilddrüse 294.
Schilddrüsenhypertrophie
17.
Schilddrüseninsuffizienz 22.
Schimmelpilzaffektionen
336.
Schleimdrüsen 118.
Schleimhautsyphilis 121.
Schleimhautzysten 241.
— an der Raphe 118.
Schönheitspflege 331.
Schröpfungsschnepfer 277.
Schrotausschlag des
Schweines 82.
Schußverletzung 301.
Schutzgebiete 133. 135. 155.
— deutsche 130. 170. 200.
Schutzimpfung 179.
Schwangerschaftsderma-
tosen 259.
Schwefel 53. 323.
— kolloidaler 301.
Schwefelpräparat 143.
Schwefel-Rhodan 354.
Schweinefett 13.
Schweißausbruch 264.
Scleroderma circumscripta
95. 113.
Seborrhoe 15. 16. 291.
Seborrhoea capitis 291.
— sicca 328.
Sectio alta 75. 316.
Sedobrol 329.
Seife 207. 253. 300. 330.
Sekretion, innere 112.
Sekundärlyues 122.
Sekundärstrahlenwirkung
295.
Selbstschutz 203.
Sensibilisation 118.
Sensibilisatoren 80.
Sensibilisierte Virusimpf-
stoffe 118.
Sensibilisierung 106.
Sensibilität 109.
Sera, künstliche 259.
Serodiagnostik 288. 311.
320.
— auf Lues 346.
Serumbehandlung von
Hautkrankheiten 43.
Seruminjektionen 263.
Serumphänomen 64.
Serumreaktion 279.

Serum-Salvarsanlösungen
312.
Serumtransfusionen 43.
Sexualbiologie 329. 330.
Sexualzentren 330.
Silberweißpräparate 87.
Simulationen auf urologi-
schem Gebiet 219.
Skabies 48. 328. 336.
Skleritis 81.
Sklerodaktylie 20. 95.
Skleroderma 95.
Sklerodermie 20. 95. 112.
113. 158. 273. 298.
Sklerose der Aorta 27.
— des Gehirns 2.
— tuberöse 2.
Skorbut 361.
Skrophulotuberkulose 319.
Skrotalhautsyphilome 343.
Soldatenfurunkulose 37.
Sonnenbrand 264.
Soor 336.
Sozodol 35.
Sozodol-Chininverbin-
dungen 35.
Spätluetiker 58.
Spätschädigungen der Haut
43.
Spätulzerationen 43.
Speichel 346.
— Syphilitischer 346.
Sperma 29.
Spermatocystitis chronica
252.
Spermatorrhoe 190.
Spina bifida 61.
Spinalflüssigkeit 29. 90. 279.
345.
Spirillosen 190.
Spiritus 15.
Spiritusbehandlung 16.
Spirituswaschungen 15.
Spirochaeta pallida 118.
159. 188. 217. 346.
Spirochäten 17. 20. 29. 36.
55. 90. 91. 93. 128. 152.
186. 224. 266. 280. 308.
— des Paralytikergehirns
59.
Spirochätenabtötungen 12.
Spirochätenarten 128.
Spirochätenbefund 251.
Spirochätengift 314.
Spirochätenkulturen 159.
187.
Spirochätennachweis im
Paralytikergehirn 345.
Spirochätenreinkulturen 91.
218.
Spirochätenuntersuchungen
280.
Spirochätenzerfall 216.

- Spondylarthritis gonorrhoeica 53.
 Sporotrichosen 49. 180. 287. 336.
 Sporozoen 28.
 Spreizfedern 184.
 Sputum 29.
 Staatskontrolle 64.
 Staphylococce 256.
 Staphylodermie 32.
 Staphylokokken 37. 39. 44. 48.
 Staphylokokkenerkrankung 38.
 — der Haut 37.
 Staphylokokkenherde 38.
 Staphylokokkeninfektionen 255.
 Staphylokokkenkulturen 38.
 Staphylokokkenpyelitiden 26.
 Staphylokokkenvakzine 15.
 Staphyloomykosen 62.
 — der Harnwege 26.
 Statische Elektrizität 296.
 Statistik 132.
 Steine 283.
 Steinkohlenteer 15. 353. 354.
 Steinkohlenteerpech 176.
 Steinkohlenteerpräparat 353.
 Stichreaktionen 87.
 Stickstoff 332.
 Stickstoffretention 178.
 Stomatitis 35. 36.
 — ulcerosa 62.
 Strahleneffekte 141.
 Strahlenpilzaffektionen 336.
 Strahlenwirkung 74.
 Streptobacillus 180.
 Streptococce 256.
 Streptokokken 44. 48. 255.
 Streptokokkensepsis 48.
 Streptothrix madurae Vincent 85.
 Strikturen 173.
 Strongyloplasmien 179.
 Strophulus infantum 260.
 Syptol 329.
 Sublimat 30. 35. 36. 246. 307. 343.
 Sublimatinjektionen 56. 343.
 Sublimatvergiftung des Kaininchens 276.
 Sublimatwaschungen 15.
 Subtilisgruppe 267.
 Sudan 209.
 Südsee 133. 170.
 Südseeinseln 133.
 Südwestafrika 133. 135.
 Sulf. praecip. 349.
 Sulfidal 336. 337.
 Sulfoform 64. 142. 291. 323. 328. 349.
 Sulfoformöl 291.
 Sulfoformsalbe 324. 325.
 Sulfoformwirkung 327.
 Sulfosalizylsäure 256.
 Suppositorien 189.
 Sycosis 169.
 Syphilid 222.
 Syphilis 17. 19. 27. 28. 35. 54. 55. 56. 64. 90. 91. 120. 122. 123. 124. 132. 135. 143. 148. 152. 153. 154. 155. 156. 164. 165. 184. 185. 186. 189. 191. 192. 205. 214. 215. 217. 219. 221. 226. 246. 251. 273. 275. 276. 278. 280. 282. 308. 310. 311. 312. 314. 317. 333. 340. 341. 343. 345. 346. 347. 352.
 — Abortivbehandlung 8.
 — d'émblée 153.
 — der Bronchien und der Lungen 221.
 — der Pankreas 249.
 — der Tropen 167.
 — des Nervensystems 313.
 — des Zentralnervensystems 340.
 — familiäre 224. 309.
 — gummosa mutilans 159.
 — in Polen 309.
 — insontium 276.
 — kongenitale 310. 348.
 — maligne 189.
 — ohne Primäraffekt 153.
 — papuleuse nigricante 351.
 — tertiäre 10.
 — und Salvarsan 11.
 — Ursprung 155.
 Syphilisbehandlung 58. 64. 316. 346.
 Syphilisdiagnose 246.
 Syphilisepidemie 251.
 Syphilisforschung 250.
 Syphiliskranke 213.
 Syphilislatenz 123.
 Syphilislehre 62.
 Syphilispathologie 347.
 Syphilisprophylaxe 55.
 Syphilisreaktion 28. 91. 278.
 Syphilispirochäten 11.
 Syphilistherapie 224. 247. 308. 345.
 Syphilisvirus 123.
 Syphilitische Erkrankungen innerer Organe 275.
 — Infektion 275.
 — Menschen 28.
 — Nervenkrankheiten 342.
 Syphilitische Papeln 275.
 Syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems 126.
 Syphilose 186.
 Syringadenom 47.
 Syringadenoma papilliferum 47.
 Syringome 319. 335.
 Syringomyelien 295.
 Tabes 126. 191. 215. 310. 313. 338. 340. 341. 345. 351.
 — dorsalis 278.
 — oligosymptomata 215.
 Tabora 137.
 Talgdrüsen 18. 332.
 Talgdrüsenanomalie 300.
 Talgdrüsenneubildungen 82.
 Talgdrüsentumor 351.
 Talk 168.
 Tartarus stibiatus 152.
 Taschenkalender 160.
 Tätowierung 17. 238.
 Tee 134.
 Teerbäder 94. 127. 158.
 Teerpaste 142.
 Teerpräparate 300.
 Telosporidien 28.
 Tendovaginitis, gonorrhoeica 53. 117.
 Terra silicea 168.
 Tertiarismus 123.
 Testijodyl 348.
 Testikulin 82.
 Thallium acetic. 14.
 Thalliumalopecie 14.
 Thermokauter 334.
 Thermopenetration 76.
 Thermotheapie 305.
 Thorium X 207. 240. 256.
 Thyreoidin 112. 113.
 Tiefenbestrahlung 126.
 Tiegelsche Spreizfedern 185.
 Tierhaare 294.
 Tierimpfung 52.
 Tiersyphilis 251.
 Tinea imbricata 147.
 Todesfall nach Salvarsan 59.
 Togo 133. 134.
 Tokelan 147.
 Toxine 30. 299.
 Toxinon 185.
 Toxituberkulose 31.
 Toxizität des Quecksilbers 96.
 — des Salvarsans 57.
 Toxynoninjektionen 186.
 Treponema pallida 186.
 Trichoepitheliom 63. 335.

Tricho-epithelioma papulosum rodens 335.
 Trichophytie 48. 267.
 — bei Erwachsenen 48.
 — der Nägel 351.
 Trichophytieheilung 22.
 Trichophytieintradermo-
 reaktion 22.
 Trichophyten 85. 115.
 Trichophyten 48.
 Trichophytenapplikation
 267.
 Trichophyten-Moro 318.
 Trichophytintoxine 48.
 Trichophyton 115.
 — violaceum 287.
 Trichophytengruppe 147.
 Trichophytoninfektionen
 44.
 Trichophytonkulturen 48.
 Trichophytonpilze 115. 301.
 351.
 Trichosporie 147.
 Trichosporon ovale 147.
 Trigemini neuralgien 100.
 Triphenylstibinsulfid 323.
 Tripper 133. 134. 338.
 Tripperbehandlung 138.
 139. 304.
 Tripperrheumatismus 52.
 Tripperspülbehandlung 137.
 Trivalin locale 81.
 Trypanosomen 32.
 Trypanosomenerkrankun-
 gen 152.
 Tryptophangehalt 237.
 Tryptophan in der Ober-
 haut 237.
 Tuberculosis miliaris 148.
 — verrucosa 148.
 — — cutis 243.
 Tuberkelbazillen 30. 49. 85.
 148. 285.
 Tuberkulide 30. 31. 51. 86.
 120. 269. 319.
 Tuberkulidträger 31.
 Tuberkulin 17. 25. 50. 51.
 86. 110. 111. 334.
 Tuberkulininjektionen 31.
 95. 239. 337.
 Tuberkulinprobe 25.
 Tuberkulinüberempfind-
 lichkeit 24.
 Tuberkulose 17. 24. 25. 31.
 62. 116. 148. 179. 239.
 242. 268. 282. 335.
 — der Haut 85. 148.
 — der Lymphdrüsen 144.
 — des Penis 52. 268.
 — und Psoriasis 17.
 Tuberkulöse Ulzerationen
 315.
 Tuberkuloseheilmittel 301.

Tuberkuloseinfektion 147.
 Tuberkulöser Primäraffekt
 31.
 Tuberosä Sklerose 2.
 Tumorbildung bei Lympho-
 granulomatose 31.
 Tumoren des Penis 146.
 — sarkomatoide 19.
 Typhus exanthematicus
 238.
 — roseola 255.
 Tyrosin-Quecksilber 189.

Überleitungsstörung 122.
 Übertragung der Lepra auf
 Affen 23.
 Ulcera cruris 14. 227. 333.
 — varicosa 229.
 Ulcus durum 183.
 — linguae 255.
 — molle 14. 127. 192.
 — — serpiginosum 184.
 — rodens 81. 160. 331. 335.
 — varicosum 16.
 — venereum 89.
 — ventriculi 348.
 — vulvae acutum 266.
 Ulerythema acneiforme 299.
 — sycosiforme 111.
 Ulsanin 14.
 Ultraviolette Strahlen 141.
 Ultrazeozonpaste 264.
 Unguentum Credé 11.
 — solubile 349.
 — vitellinum compositum
 Rino 45.
 Unnascher Flaschenbacillus
 14.
 Unterschenkelgeschwüre 54.
 83. 109.
 — tropische 192.
 Urämide 295.
 Uranoblen 151.
 Ureterenkatheter 62.
 Ureterenkystoskop 77.
 Urethalkatarrhe 194.
 Urethralpolypen 76.
 Urethritiden 138. 195.
 — nicht-gonorrhöische 194.
 Urethritis 140. 272. 304.
 — abakterielle 198.
 — bacterica 212.
 — blennorrhöica 256.
 — posterior 303.
 Urethrokystoskop 160.
 Urethroskop 307.
 Urethroskopie 77. 126.
 Urin 320.
 — der Paralytiker 214.
 Urinausscheidung und
 Hautbeschaffenheit 263.
 Urobilinogenreaktion 252.

Urogenitalapparat 26.
 Urogenitaltuberkulose 52.
 Urologie 155.
 Urotropin 53.
 Ursache der Syphilis 188.
 Urticaria 46. 107. 299.
 — acuta 261.
 — chronica 46. 261.
 — — perstans 32.
 — factitia 46.
 — pigmentosa 63. 83. 208.
 351.
 Uterus 140.
 Uvealtraktus 81.

Vaccina generalisata 334.
 Vagina 307.
 Vaginitis 140.
 Vakzination 39. 256.
 Vakzine 15. 38. 52. 150.
 187. 244. 297. 334.
 — generalisierte 297.
 Vakzinebehandlung 111.
 303.
 — der Gonorrhöe 25. 87.
 183.
 — der Hautkrankheiten
 64.
 Vakzineinspritzungen 85.
 Vakzineerkrankung 37.
 Vakzineinjektionen 117.
 Vakzineotherapie 15. 151.
 159. 183.
 Variola 236. 297.
 Variolavakzine 297. 298.
 Variolois 236.
 Varizellen 179.
 Vaseline 13.
 Vasomotorenzentrum 46.
 Vena femoralis 333.
 — saphena 333.
 Venerische Geschwüre 183.
 Verbreitung der Ge-
 schlechtskrankheiten
 130. 135. 350.
 Verbrennungen 14. 16.
 Verfarbung der Haare 40.
 Verfeinerung der Wasser-
 mannschen Reaktion
 279.
 Verruga peruana 112.
 Verucae vulgares 319.
 Vesicaesan 304.
 Viktoria 136.
 Vincents Angina 108.
 Vioform 183.
 Virusvakzine 151.
 — sensibilisierte 118.
 Vitamine 361.
 Vitiligo 22. 44. 45. 81. 100.
 Voigtsche Linien 108. 109.
 Vorsteherdrüse 74.

Vorsteherdrüsenkrankheiten 78.
Vulva 298. 343.
Vulvitis 140.
Vulvovaginitis 25. 183. 213. 305.
— gonorrhoeica 243. 318.
— — infantum 54.

Wachstum der Haare 331.
Wanderniere 315.
Wanzen 66. 69. 71.
Wärmestrahlen 296.
Warzen 4. 5. 46. 191.
— auf dem Handrücken 47.
Wasserbad 287.
Wasserbrüche 200.
Wasserfehler 57. 89. 188. 310.
Wassermannsche Originalmethode 278.
— Reaktion 7. 9. 10. 27. 28. 29. 54. 60. 89. 153. 154. 163. 184. 190. 214. 218. 219. 224. 236. 247. 248. 250. 277. 309. 311. 312. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 348. 352.
— — bei Lepra 50.
— — quantitative 191. 214.

Wassermannsche Sero-reaktion 278.
Wasserstoffsperoxyd 263.
Wasserstoffsperoxydpräparat 14.
Wechselbeziehungen der einzelnen Organe und ihrer Störungen 329.
Weiblich 328.
Weibliche Gonorrhoe 140.
Weiße 135.
— Zilien 45.
Westkarolinen 134. 171.
White spot disease 32. 84.
Wörterbuch 221.
Wrightsche Behandlung 15.
Wunde Füße 296.
Wundpulver 14.
Wurzelneuritis 348.

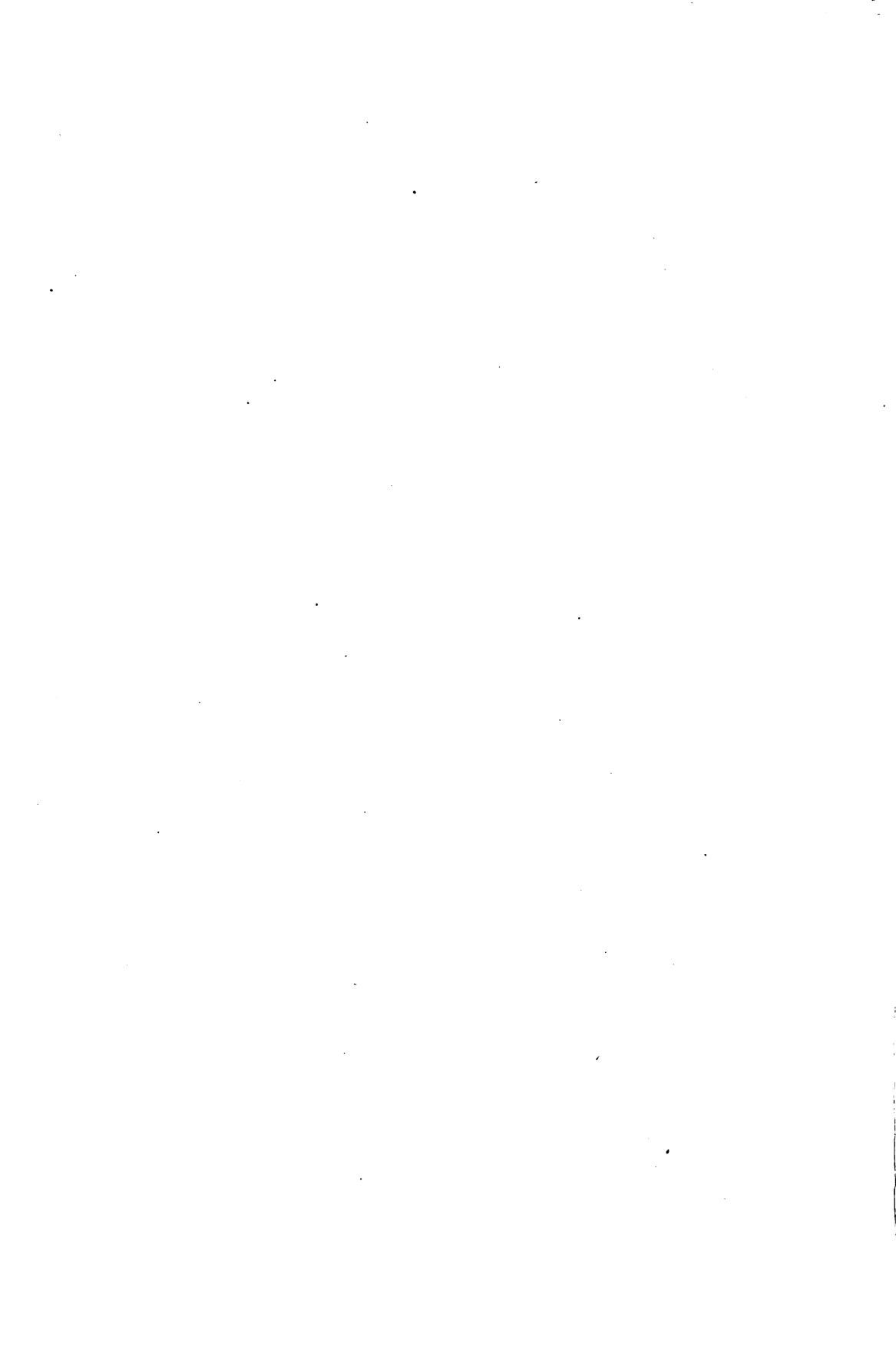
Xanthoerythrodermie 32.
Xanthoma tuberosum 145.
— — multiplex 63.
Xanthomatosis tuberosa areolaris 31.
Xanthombildung 241.
Xeroderma pigmentosum 63.

Yohimbin 61.

Yohimbin-Hydrotherapie 329.

Zählkammer 38.
Zahnaffektionen 99.
Zahndefekte 99.
Zähne 99.
Zahnkeime 21.
Zahnläsionen 64.
Zellersche Pasta 18.
Zeozonpaste 264.
Zeozonsalbe 94.
Zerebrale Erkrankung nach Arthigoninjektion 26.
Zervikalgonorrhoe 25.
Zervixkurrettage 140.
Zilien 45.
Zinkpaste 16.
Zinksperoxyd 169.
Zinnober 17.
Zirkumzision 307.
Zungenschleimhaut 20.
Zykloform 14.
Zystenniere 125.
Zystitis 11. 53. 307. 316.
— gonorrhoeische 151.
Zystoskop 282. 283.
Zystoskopie 283.
Zystostomie 75. 76. 315.
Zytdiagnostik 352.





UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 05979 9356

