

Geschlechts-Krankheiten.

Gonorrhoe und Komplikationen.

Goldberg, B., Wildungen. Besteht ein Zusammenhang zwischen Prostatitis und Prostatahypertrophie? Zentralbl. für Chirurgie. 1907. Nr. 8, p. 201.

Goldberg fand in 50 Fällen von Prostatahypertrophie 20mal Entzündung. Bei dieser handelt es sich um akzidentelle Infektionen, ferner um chronische Gonorrhoen, die schon vor Beginn der Hypertrophie bestanden; bei 5 Fällen war Infektion ausgeschlossen, aber ein klinischer Anhalt für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen beiden Prozessen war nicht vorhanden. In sehr seltenen Fällen findet man außerdem bei jungen Männern einerseits das klinische Bild des Prostatismus ohne das pathologische Substrat einer Hypertrophie (Neurose), andererseits Hypertrophie ohne klinische Folgeerscheinungen („Prostatitis chronica cystoparetica“).

A. Gassmann (Genf).

Nathan, P. W. Gonorrheal Joint Disease and its Treatment. New-York. Med. Journ. LXXXV. 501. 16. März 1907.

Nathan erklärt mit Ausnahme der leichten, rasch vorübergehenden Erscheinungen infolge von Toxämie alle gonorrhoeischen Gelenkerkrankungen für pyämischer Natur. Die Gonokokken dringen direkt in die betroffenen Gewebe ein und zwar sind die Herde entweder in den Synovialmembranen gelegen (Arthritis) oder in den Gelenkenden der Knochen selbst (Osteoarthritis). In den letzteren Fällen handelt es sich immer um primäre Erkrankung des Knochens, nicht um eine Ausbreitung der Entzündung von dem Innern des Gelenks aus. Ebenso bleibt die Arthritisform immer auf das Gelenkinnere beschränkt und zieht niemals den Knochen in Mitleidenschaft. Gon. Gelenkaffektionen können häufige Rezidive bilden, sind aber nie wirklich chronisch. Chronisch sind nur Zustände, welche die anfängliche akute Entzündung zurückläßt; Bänder und Verwachsungen oder andere Strukturveränderungen der Synovialmembran bei der Arthritis, Ankylosen und Exostosen bei Osteoarthritis. Solche Veränderungen können nur durch Operation beseitigt werden. Für die akute Periode sowie für die Deformitäten hat sich die Behandlung nach allgemeinen Grundsätzen zu richten. In beinahe allen Fällen

von gonorrhöischer Gelenkerkrankung tritt Heilung ohne Bewegungsstörung ein, wenn der Patient während der akuten Periode in geeigneter Weise behandelt wird.

Diese Behandlung besteht in Bettruhe, Immobilisierung des betroffenen Gelenks durch Gipsverband, der zu beiden Seiten beträchtlich das Gelenk überragt. Wenn die akuten schweren Symptome abgelaufen, muß zwischen Arthritis und Osteoarthritis unterschieden werden. Im ersteren Falle tritt dann Immobilisierung in Extensionsstellung, im andern Falle abnehmbare Verbände mit passiven Bewegungen an die Reihe. Die Infektionsherde müssen so energisch wie möglich behandelt werden. Im einzelnen Falle hat man sich diese Fragen vorzulegen: 1. Haben wir es mit einem aktiven Prozeß zu tun? 2. Ist derselbe wirklich gonorrhöischer Natur? 3. Handelt es sich um Erkrankung des Gelenks (Arthritis) oder der Knochen (Osteoarthritis)? 4. Wenn der aktive Prozeß abgelaufen, haben wir es mit Adhäsionen oder mit Knochenveränderungen zu tun?

H. G. Klotz (New-York).

Witherspoon, John A. Gonorrheal Arthritis. Journ. Am. Med. Ass. XLVIII. 377. 2. Februar 1907.

Nichts Neues.

H. G. Klotz (New-York).

Ullmann, K., Wien. Über Conjunctivitis, Iridocyclitis und andere entzündliche Augenerkrankungen als Teilerscheinungen eines Gonorrhöismus. Wiener klinische Rundschau. 1907. Nr. 15, 18, 19 und 20.

Zusammenfassendes, übersichtliches Referat mit genauen Literaturangaben; siehe Original.

Viktor Bandler (Prag).

Boissonas, L. Blennorrhagie et chorée. Revue médicale de la Suisse romande. 1905. Nr. 12. p. 865.

Boissonas referiert die wenigen Fälle von Chorea, die bisher bei Gonorrhöikern beobachtet worden sind. Im allgemeinen wird ein ätiologischer Zusammenhang hierbei angenommen. Bekannt sind die Beziehungen der Chorea zum akuten Gelenkrheumatismus. In 4 von den 6 publizierten gonorrhöischen Choreafällen waren die Gelenke befallen, in 5 bestanden Herzkomplicationen; der Verlauf erscheint meist protrahiert, so daß eine reservierte Prognose am Platz ist. Auf der Heubner'schen Klinik wurden bis jetzt unter 77 Fällen nur 2 gonorrhöische gefunden, obschon systematisch darauf gefahndet wird. Einen derselben bringt Verf. in extenso. Jedenfalls scheint also die gonorrhöische Chorea selten zu sein.

A. Gassmann (Genf).

Leopold, G., Dresden. Zur Gonococcenperitonitis im Wochenbett. Laparotomie, Drainage, Genesung. Zentralblatt für Gynäkologie. 1906. Nr. 43. p. 1177.

Leopold hat bereits im Archiv für Gynäkologie, Bd. LXXVIII über mehrere Fälle von operativ behandelter puerperaler Peritonitis berichtet, von denen 2 sicher, 3 wahrscheinlich gonorrhöischer Natur waren. Er schildert einen weiteren Fall, bei dem am 6. Tage nach der Geburt Fieber auftrat. In den Sekreten fanden sich Gonokokken. Schnell ent-

wickelte sich eine akute Peritonitis mit hohem Fieber. Auf Grund der günstigen Erfahrungen des Verf. über Frühoperation erfolgte schon nach 24 Stunden die Eröffnung des Bauches zur Ablassung des eiterigen Sekretes, in dem sich zahlreiche Gonokokken fanden, und Durchspülung der Bauchhöhle mit warmer physiologischer Kochsalzlösung. Sofort nach dem Eingriff fiel das Fieber zur Norm ab, die Peritonitis ging bald zurück und die Frau genas.

A. Gassmann (Genf).

Lemierre, A. et Faure-Beaulieu, M. Septicémie et Pyohémie gonococciques. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 231.

Lemierre und Faure stellen auf Grund der Literatur in übersichtlicher und klarer Form die gonorrhöischen Metastasen dar. Die Verf. unterscheiden eine reine Septikämie mit Gonokokken im Blute ohne besondere Lokalisation in andern Organen und eine metastatische Septikämie, wobei es neben der Blutinfektion zu Metastasen in den verschiedensten Organen kommen kann. Die Metastasen können mit oder ohne Eiterung verlaufen; im ersteren Falle werden sie gonorrhöische Pyämien genannt. Es werden dann der Reihe nach kurz besprochen: die soeben genannten reinen gonorrhöischen Septikämien, dann die metastatischen Septikämien mit den verschiedenen Lokalisationen in den Gelenken, Synovialmembranen, Knochen und Knorpel, Endokard, Myokard, Perikard, Lymphdrüsen, Pleura, Lungen, Nervensystem, Nieren, Muskeln, Haut und Unterzellgewebe, Parotis und Augen. Zum Schlusse folgen noch kurze Angaben über die Diagnose, Prognose und Behandlung dieser Affektionen.

M. Winkler (Luzern).

Neisser. Über örtliche und innerliche Behandlung der Gonorrhoe. (Aus der dermat. Klinik der Univ. Breslau.) Münchener mediz. Klinik. 1907. Nr. 14.

Neisser legt seinen Standpunkt betreffs der modernen Gonorrhoebehandlung dar. Da die Gonorrhoe eine durch Mikroorganismen hervorgerufene Erkrankung ist, muß die Therapie eine antibakterielle sein. Er beginnt daher auch im akuten Stadium sofort mit Einspritzungen und zwar läßt er täglich einmal mit einer 3% Protargollösung in einer 5% wässrigen Antipyrinlösung und dreimal mit einer 1/4% Lösung von Protargol in einer 3% Antipyrinlösung spritzen. Das Antipyrin, das auch durch Alypin ersetzt werden kann, wirkt dabei reiz- und schmerzstillend.

Die Frage, ob eine interne Therapie mit balsamischen Mitteln die äußere Gonorrhoeotherapie ersetzen kann, beantwortet Verf. rückhaltlos mit „nein“. Er räumt den modernen Mitteln wie Gonosan, Santyl, Arrhovin nicht mal eine Beeinflussung, viel weniger eine Schädigung oder Tötung der Gonokokken ein, erkennt dagegen die reiz- und schmerzlindernde Wirkung der Balsamika an und gibt zu, daß sie mit Vorteil neben der äußeren Therapie gebraucht werden können. Trotzdem fürchtet er ihre Anwendung, weil die Laien leicht zu der irrigen Annahme geführt werden, daß mit dem Nachlassen der Beschwerden nun auch die Krankheit geschwunden sei.

Oskar Müller (Dortmund).

Zieler. Die Wirkungsweise der modernen Gonorrhoe-therapie. (Aus der königl. Klinik für Hautkranke zu Breslau.) Münch. mediz. Wochenschr. 1907. Nr. 12.

Nach einem Überblick über die bei der akuten Gonorrhoe eintretenden anatomischen Veränderungen, die darauf hinweisen, daß der Organismus wertvolle natürliche Schutzmittel gegen die Infektionserreger besitzt, geht Zieler auf die Therapie der Gonorrhoe näher ein. Er ist der Ansicht, daß bei der modernen Behandlung der Gonorrhoe 2 Faktoren eine wesentliche Rolle spielen, einmal die stark antiseptischen Eigenschaften unserer neuerer Mittel, sodann die natürliche Entzündung und ihre richtige Ausnützung.

Verf. möchte der Hyperämie und Entzündung einen größeren Anteil an den Heilerfolgen zugeschrieben wissen, als es bisher geschehen ist.

Oskar Müller (Dortmund).

Gans, S. Leon. Treatment of Chronic Urethral Discharge. New-York. Med. Journ. LXXXV. 156. 26. Januar 1907.

Gans bespricht zuerst Urethrorrhea, als eine klebrige Absonderung, die gewöhnlich als Folge langandauernder und schwerer Tripper zurückbleibt. Dieselbe wird durch örtliche Behandlung wenig beeinflusst, am meisten noch durch Einspritzungen von Adrenalinlösung 1 : 2000. Tonische und hygienische Maßregeln sind mehr indiziert. „Gleet“ beruht entweder auf dem Vorhandensein einer entzündlichen Stelle oder einer Erosion unabhängig von Strikturen, oder ist die Folge der letzteren. Im ersten Falle empfiehlt G. Sondeneinführung, 2—3 Minuten lang gefolgt von Spülung mit einer erwärmten Silber- oder Kupferlösung; im andern Falle ist zunächst erst die Striktur zu beseitigen. Als Nachbehandlung soll eine Sonde wöchentlich 6 Monate lang noch eingeführt werden. Tiefe Einspritzungen nach Guyon u. a. werden für die auf Urethritis posterior beruhenden Fälle empfohlen. Nur wenn diese Behandlungsmethoden nicht erfolgreich sind, wird endoskopische Untersuchung, event. Behandlung empfohlen.

H. G. Klotz (New-York).

Bierhoff, Frederic. A Modified Endoscopic Tube and Endoscopic Knives. New-York. Med. Journ. LXXXV. 218. 2. Februar 1907.

Zur besseren Einstellung von Lakunen und namentlich paraurethralen Kanälen im vorderen Teile der Urethra benützt Bierhoff einen mit einem 2 mm breiten seitlichen Schlitz versehenen endoskopischen Tubus von 25 Fr. und 5 $\frac{3}{4}$ “ Länge; ein besonders geformter Obturator soll das Vorfallen der Schleimhaut in den Spalt verhüten. Die zur Spaltung von Lakunen bestimmten Messer sind Modifikationen der von Grünfeld angegebenen; die schneidende Fläche liegt in der Fortsetzung des Schaftes, der Rücken bildet mit derselben an dem freien Ende einen spitzen Winkel; der Griff ist im Winkel gebogen. (Ref. beuützt für den gleichen Zweck hakenförmig gekrümmte Spitze und geknöpfte Messer.)

H. G. Klotz (New-York).

Renault. Un nouveau remède interne contre la blennorrhagie: Le Gonosan. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 905.

Renault hat 10 Fälle von Urethralgonorrhoe ausschließlich mit Gonosan behandelt und kommt dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Gonosan hat ausgesprochen anästhesierende Eigenschaften und vermindert die Schmerzen bei der Miktion und Erektion.

2. Es vermindert die Sekretion.

3. Das Mittel ist unschädlich für den Magendarmtraktus, für die Nieren und die Haut.

In 2 Fällen hat Renault mit Gonosan anscheinend vollständige Heilung erzielt. Indessen verlangt Verf. noch eine größere Versuchsreihe, bevor er sich definitiv über die heilende Kraft des Mittels aussprechen will. Vorläufig empfiehlt er das Gonosan warm als wirksames Unterstützungsmittel bei der gewöhnlichen Gonorrhoeotherapie.

M. Winkler (Luzern).

Lüth. Zur Therapie der Prostatitis gonorrhoeica. Mediz. Klinik. 1907. Nr. 10.

Lüth berichtet über gute Erfolge, die er mit einem neuen Mittel, dem Fibrolysin, bei parenchymatöser Prostatitis, bei der erfahrungsgemäß die Massage meist versagt, erzielt hat. Er spritzte alle 4—5 Tage eine Ampulle des von Merck hergestellten Präparates in die Glutäen ein und konnte schon nach der ersten Injektion eine Erweichung der Prostata, nach 3—4wöchiger Behandlung in verschiedenen Fällen Heilung konstatieren.

Oskar Müller (Dortmund).

Ivezic. Über Gonosan. Deutsche Praxis. XV. Nr. 11.

Gonosan wurde bei mehr als 20 Fällen mit gutem Erfolg angewandt. Von mikroskopischer Gonokokkenuntersuchung ist, auch bei den 8 Krankengeschichten, nichts erwähnt!

Theodor Baer (Frankfurt a. M.).

Siebelt. Bemerkungen zur balneologischen Behandlung der gonorrhoeischen Späterkrankungen. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 15. 1907.

Siebelt empfiehlt zur Behandlung der gonorrhoeischen Gelenkentzündungen Moorbäder, die so früh als möglich angewandt werden sollen. Für die gonorrhoeischen Genitalkatarrhe der Frauen haben sich Fichtenrindenbäder besonders gut bewährt. Die gleichen balneologischen Behandlungsmethoden brachten auch bei gonorrhoeischen Neuralgien (Ischias) Erfolg.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Venerische Helkosen.

Schütz, F., Wien (Abteilung Mraček). Behandlung venerischer Bubonen mit Saugglocken nach Bier-Klapp. Wiener medizinische Wochenschrift. 1907. Nr. 12.

Schütz hat zum Vergleiche der Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden von 85 Fällen inguinaler Bubonen, die im Jahre 1906 zur Beobachtung kamen, 46 mit Bierscher Stauung behandelt ohne Auswahl der Fälle. Die Saugglocken wurden in jedem Falle so groß gewählt, daß der Rand die infiltrierte Umgebung der erkrankten Drüsen überall überragt; für den Grad der Stauung ist das subjektive Empfinden des Patienten der beste Maßstab. Gestaut wurde täglich $\frac{3}{4}$ Stunden in der Art, daß die Saugglocke nach je 5 Minuten durch Zusammendrücken des Ballons für 3 Minuten gelüftet wird. In der Regel wurde in allen Fällen, in denen es unter dem Einflusse obiger Behandlung zur Abszedierung gekommen war, ebenso in allen jenen, welche bereits mit nachweisbarer Eiterung zur Aufnahme gelangten, sofort zur Inzision, senkrecht auf das Poupartsche Band, mit nachfolgender Stauung geschritten.

Die Erfolge der Behandlung mit Saugglocken im Vergleiche zu den bisher geübten Behandlungsmethoden kommen in folgenden Zahlen zum Ausdruck. Die 39 nach den früheren Methoden behandelten Fälle beanspruchten einen Spitalsaufenthalt von durchschnittlich 37 Tagen. In 15 Fällen gelang es, die Abszedierung zu verhindern und die geschwellten Drüsen zur Norm zurückzuführen, was eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 23 Tagen erforderte. Bei den 24 operativ behandelten Fällen betrug die Krankheitsdauer 63 Tage vom Beginn der ersten Erscheinungen, 46 Tage vom Spitalseintritte und 37 von der Operation an gerechnet. Die Behandlung nach Bier beanspruchte einen Spitalsaufenthalt von durchschnittlich 31 Tagen. Von 46 Fällen wurde in 9 mit Stauung allein ohne Inzision das Auskommen gefunden. Dabei betrug die durchschnittliche Krankheitsdauer 25 Tage. Bei den 37 mit Stauung und Inzisionen behandelten Fällen war die Krankheitsdauer 53, die Dauer des Spitalsaufenthaltes 35, nach vorgenommener Inzision 27 Tage. Vergleicht man die beiden Zahlenreihen miteinander, so ergibt sich bei der Sauggläserbehandlung eine durchschnittliche Abkürzung des Spitalsaufenthaltes um 8 Tage bei reiner Stauung, um 11 Tage bei Stauung mit Inzision, bei allen Fällen um 6 Tage gegenüber den korrespondierenden Zahlen der früheren Methoden. Dagegen zeigt es sich, daß in 80·4% der Fälle gegenüber früheren 61·5%, Inzisionen nötig waren.

Viktor Bandler (Prag).

Colt, G. N. Five cases of inguinal bubo. The Lancet 1907. April 13. p. 1010.

Colt hat fünf Fälle von Leistendrüsensbubonen operiert und beschreibt ausführlich die Operation und den Verlauf der Fälle.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Syphilis. Allgemeiner Teil.

Doktor, A., Pécs (Ungarn). Ist die Syphilis eine schwerere Krankheit als der Tripper? Zentralblatt für Gynäkologie 1905. Nr. 48. p. 1471.

Doktor glaubt, daß das Ärztepublikum die venerischen Krankheiten nicht genügend ernst und ihre Behandlung daher auch zu leicht nimmt. Sie richten mehr Schaden an als Tuberkulose oder Krebs. Wenn auch die relative Sterblichkeitsziffer der letzteren höher ist, so streiten vielleicht doch die venerischen Krankheiten mit diesen um den ersten Rang; dies wird schon durch ihre immense Verbreitung wahrscheinlich. Es läßt sich nämlich gar nicht feststellen, wie viel Todesfälle sie indirekt verursachen. Und dies gilt in erster Linie vom Tripper. Gegen die Syphilis stehen bessere Mittel zu Gebote und sie wird meist behandelt, während Publikum und Ärzte den Tripper viel zu leichtsinnig ansehen. Die Syphilis stiftet möglicherweise außerhalb der Ehe und bei den Männern, der Tripper aber innerhalb der Ehe und bei den Frauen mehr Unheil und Verheerung. Zahlreich sind die Todesfälle infolge von Extrauterinschwangerschaften, Adnexerkrankungen etc., für die der Tripper verantwortlich gemacht werden muß, ohne daß man es später noch sicher beweisen kann. Und lebenslängliches Siechtum oder verpfushtes Leben infolge von Frauenleiden, Sterilität usf. ist oft schlimmer als der Tod. Verf. illustriert seine Ansichten durch 7 Fälle.

A. Gassmann (Genf).

Morrow, Prince A. The Control of Syphilis and Venereal Diseases. Boston Med. Ann. Journ. CLVI. 169. 7. Febr. 1907.

Darlegung der Bestrebungen der Soc. for sanitary and moral prophylaxis.

H. G. Klotz (New-York).

Ruggles, E. Wood. The Physician's Relation to the Social Evil. New-York Med. Journ. LXXXV. 159. 26. Januar 1907.

Nichts besonders neues enthaltend. In der Hauptsache Bestätigung der Wichtigkeit der Erziehung.

H. G. Klotz (New-York).

Hoffmann, Erich und Brüning, Walter. Gelungene Übertragung der Syphilis auf Hunde. Deutsche mediz. Wochenschrift. Nr. 14. 1907.

Nachdem Hoffmann und Brüning 10 Kaninchen mit positivem Erfolg mitluetischem Material in die vordere Augenkammer geimpft und einmal mit Wiederimpfung von der typisch infizierten Hornhaut eines Kaninchen bei einem Affen ein charakteristisches, Spirochaeten enthaltendes Infiltrat erzeugt haben, ist der Beweis erbracht, daß die Syphilis des Kaninchens auf Affen zurückgeimpft werden kann, ohne daß in Serien fortgeimpft wurde. Weitere Experimente betrafen 2 Hunde, denen Teilchen menschlicher Primäraffekte in die vordere Augenkammer gebracht wurden. Nach 16—21tägiger Inkubation trat starke Keratitis ein, Aus-

striche der Cornea enthielten typische Spirochaeten. Somit halten Verf. die Überimpfung der Syphilis auf Hunde, also auf Carnivoren für möglich. Ferner wird darauf hingewiesen, daß nicht nur Impfung der vorderen Augenkammer, sondern auch Skarifikation der Cornea bei Affen und Kaninchen luetische Keratitis erzeugte, ein Beweis, daß die Eröffnung von Blutgefäßen für das Haften des Virus nicht notwendig sei und daß die Spirochaeten in den lymphbeerfüllten Gewebsspalten einen günstigen Boden für ihre Entwicklung finden. Max Joseph (Berlin).

Thibierge, G. La Syphilis expérimentale des singes, ses caractères, comparaison avec le chancre simple expérimental; applications possibles à la clinique. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 63.

Thibierge gibt ein kurzes Resümee über den Stand der experimentellen Syphilisforschung mit Anführung eigener Versuche. Verf. hat namentlich Makaken am freien Lidrand geimpft und zwar mit Material von Lues und Ulcus molle. Er hebt die Wichtigkeit dieser Übertragungsmöglichkeit für die Klinik hervor, namentlich für Fälle, in denen es sich um die Erlangung eines Ehekonsenses handelt. M. Winkler (Luzern).

Weil, E., Prag (Institut Hueppe). Über den Lues-Antikörpernachweis im Blute von Luetischen. Wiener klin. Wochenschrift. 1907. Nr. 18.

Die Versuche Weils erwiesen das Resultat, daß Extrakte aus Tumoren mit dem Blute von Luetikern Komplementablenkung in genau derselben Weise zeigen, wie es Wassermann und Bruck bei der Reaktion auf Luesantikörper beschrieben haben. Nach Weils Versuchen kommt die Komplementbindung dadurch zu Stande, daß gelöste Gewebstoffe mit dem Blutserum zusammen eine Reaktion geben, welche nach Art eines Präzipitationsvorganges Komplement absorbiert. Es ist nach diesen Versuchen nicht von der Hand zu weisen, daß die Reaktion auf Luesantikörper ebenfalls nur eine Reaktion aufgelöster Gewebbestandteile ist. Der Umstand, daß sich die Extrakte durch Kochen inaktivieren lassen, spricht sehr zu gunsten der Auffassung, daß die aktive Substanz nicht von der Spirochaete pallida, sondern von den Zellen des Gewebes stammt. Weil will nicht mit voller Bestimmtheit die Möglichkeit verneinen, daß Wassermann und Bruck mit ihrer Methode den Luesantikörper im Blute von Luetikern nachgewiesen haben, hält sich aber auf Grund seiner Versuche berechtigt, so lange daran zu zweifeln, bis die genannten Autoren eine befriedigende Erklärung seiner Experimente gegeben haben. Da nach Weils Versuchen die Komplementbindung eine Reaktion auf gelöste Zellbestandteile ist und diese sich auch in den Extrakten von Wassermann und Bruck vorfinden und in die Reaktion eingreifen, so muß es den genannten Autoren gelingen, nach Ausschaltung derselben eine positive Reaktion zu erzielen.

Viktor Bandler (Prag).

Janke. Gelungene Filtration von Syphilisvirus. Mediz. Klinik. 1907. Nr. 17.

Nachdem die ersten Versuche der Syphilisfiltration negativ ausgefallen waren, veröffentlicht jetzt Janke einen Fall, bei dem es ihm gelungen ist, nach Einimpfung von Syphilisfiltrat in die Augenbrauen eines Mangaben typische Primäraffekte zu erzeugen.

Verf. möchte diesen ersten positiven Ausfall darauf zurückführen, daß er im Gegensatz zu den anderen Forschern als Material keine Hautsyphilide, sondern die inneren Organe eines totgeborenen syphilitischen Kindes nahm.

Oskar Müller (Dortmund).

Ehrmann, S., Wien. Ein neues Gefäßsymptom bei Lues. Wiener mediz. Wochenschr. 1907. Nr. 16.

Ehrmann beobachtete bei mehreren Fällen von Lues eine Erkrankung der kleinsten Hautarterien, welche am Stamme und den Extremitäten sich klinisch in Form von baumförmigen, seltenen, netzförmigen Figuren präsentieren. Diese Figuren sind von dunkellivider Farbe, 1 bis 2 cm breit, an den freien Enden spitz zulaufend und sowohl an diesen als auch an den Rändern verschwommen. In der Achse eines jeden Streifens ist die Färbung besonders tief gesättigt, am tiefsten dort, wo mehrere Zweige zusammentreffen. Daß es sich um eine Hyperämie und nicht um eine Blutung handelt, zeigt ein einfaches Bestreichen der Haut, durch welches man in der Lage ist, die Hyperämie für einen Moment zum Schwinden zu bringen. Beim Anfühlen ist die Haut kühl; es handelt sich also um eine passive und Stauungshyperämie. Bei einem Falle, der zur Obduktion kam, wurde die Haut mikroskopisch untersucht und da in der Haut des Stammes eine Endarteriitis derjenigen kleinsten Arterien gefunden, welche das Blut in das subpapilläre und papilläre Netz der Haut zuführen. Will man die Beziehungen zur Syphilis deuten, so muß man es als höchstwahrscheinlich bezeichnen, daß die ursprüngliche Anlage zur Erkrankung den Hautsyphiliden entstammt, welche auf dem Boden der Cutis marmorata sich entwickeln. Die Residuen dieser Syphilide führen höchstwahrscheinlich zur Sklerose der kleinsten Gefäße.

Viktor Bandler (Prag).

Oplatek, K., Prag. Über Reinfectio syphilitica. Wiener klin. Wochenschr. 1907. Nr. 15.

Oplatek beschreibt einen Fall von Reinfectio syphilitica bei einem 47jährigen verheirateten Manne, der 7 Jahre vorher an derselben Klinik mit einer Sklerose und nachfolgendem makulösen Syphilid behandelt worden war. Nach der Behandlung war der Patient von syphilitischen Erscheinungen frei geblieben. Im heurigen Jahre trat 3 Wochen nach einem außerehelichen Coitus im Sulcus glandis ein erbsengroßes, induriertes Geschwür und indolente Drüsen rechts in inguine auf. Sechs Wochen später zeigte sich ein spärliches, papulöses Syphilid, das sich allmählich ausbreitete und nach Hg-Behandlung verschwand. Im Reizserum einer Papel fanden sich vereinzelte Spirochaetae pallidae.

Viktor Bandler (Prag).

Lindenheim. Über eine Fieberreaktion im Anschluß an die erste Quecksilberapplikation im Frühstadium der Syphilis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11. 1907.

Lindenheim konnte 12 Mal bei 106 untersuchten Fällen von sekundärer Lues nachweisen, daß im Anschluß an die erste Hg-Applikation Temperatursteigerungen eintraten, die auf nichts anderes als auf das Quecksilber zu beziehen waren. Diese Fieberreaktion scheint bei Rezidiven etwas häufiger einzutreten als bei den ersten Exanthenen.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Jeanselme, E. Des chancres extra-génitiaux. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 627.

Jeanselme hält die extragenitalen Sklerosen für häufig vorkommend (zirka 10% sämtlicher Primäraffekte) und teilt dieselben ein: in 1. venerische und 2. zufällig erworbene Schanker. Die verschiedenen Lokalisationen werden kurz besprochen und an lehrreichen Beispielen aus der Praxis des Verf. erläutert. Bei den extragenitalen Sklerosen sah Jeanselme häufig heftige Sekundärererscheinungen.

M. Winkler (Luzern).

Gaucher. Pathogenie des pigmentations du cou dans la syphilis. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 759.

Auf Grund von klinischen Beobachtungen ist Gaucher in Bezug auf die Entstehung des Leucoderma syphiliticum Anhänger der deutschen Auffassung geworden, d. h. Gaucher nimmt an, daß das Leukoderm eine Folgeerscheinung desluetischen Prozesses in loco ist. Verf. unterscheidet aber verschiedene Formen dessen, was von der deutschen Schule gemeinhin als Leukoderm bezeichnet wird, und zwar 1. die reinen Pigmentsyphilide, sei es in Form von makulösen Effloreszenzen oder seien es annuläre Formen. Beide Arten entstehen an Stelle von früheren Roseolen, erstere im Anschluß an eine erste makulöse Roseola, letztere an Stelle einer rezidivierenden Roseola. Die zwischen den pigmentierten Stellen liegenden helleren Flecke haben die Farbe der normalen Haut, es hat keine Depigmentierung stattgefunden.

2. Die Leukomelanoderma peri- et postpapulosa. Hier findet sich eine Kombination von Depigmentierung und Hyperpigmentierung. Verf. schildert den Prozeß folgendermaßen: In der Umgebung der papulösen Effloreszenzen, am Hals, bildet sich bei der Involution der Papeln zuerst ein weißer Halo, allmählich wird die Haut, wo die Papel selbst gesessen hat, ebenfalls depigmentiert und etwas narbig, während gleichzeitig die weitere Umgebung des Halo reicher an Pigment zu sein scheint.

M. Winkler (Luzern).

Lipschütz. Über die Beziehungen der Spirochaeta pallida zum Hautpigment syphilitischer Effloreszenzen. Derm. Zeitschr. Bd. XIV. p. 67.

Lipschütz hat zu seinen Untersuchungen die Produkte aller drei Stadien der Syphilis benützt. Die Methode, von der er in allen Fällen Gebrauch machte, war die von Levaditi. Er hat im ganzen 10 Fälle

untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Unter dem Einfluß der *Spirochaeta pallida* entstehen in syphilitischen Hauteffloreszenzen regelmäßig Pigmentalterationen. 2. Diese Pigmentalterationen bestehen in initialer geringgradiger Pigmenthypertrophie, die von einer Pigmentverminderung (Pigmentatrophie) gefolgt ist. 3. Der ausgesprochene Antagonismus zwischen *Spirochaeta pallida* und Hautpigment stellt einen spezifisch biologischen Vorgang dar, der auf unmittelbare Wirkung des Syphilisvirus, bezw. eines von diesem gebildeten Giftes beruht.

Fritz Porges (Prag).

Stern. Über den Nachweis der *Spirochaete pallida* im Ausstrich mittels der Silbermethode. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 14. 1907.

Stern gelang es mittels Einlegens der mit Reizserum in gewöhnlicher Weise beschickten Objektträger in 10% Argentumlösung (2 Stunden lang bei diffusem Tageslicht) die *Spirochaete pallida* im Ausstrich durch Versilberung sichtbar zu machen. Es fällt damit der Einwand der Spirochaetengegner, es sei doch merkwürdig, daß die Spirochaeten im Ausstrich nur nach Giemsa, im Schnitte nur nach der Silbermethode sich darstellen ließen.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Eitner. Über Beobachtungen an der lebenden *Spirochaete pallida*. (Aus der dermatologischen Klinik in Innsbruck.) Münch. mediz. Wochenschr. 1907. Nr. 16.

Sehr bemerkenswerte Beobachtungen, die Eitner mit Hilfe eines besseren Beleuchtungsapparates, des Ultrakondensors, an lebenden Spirochaeten machen konnte. Er betont die Schwierigkeit, die *Spirochaete pallida* in lebendem Zustande von anderen Spirochaeten zu unterscheiden. So gelang es ihm nicht, Spirochaeten eines jauchigen Peniscarcinoms von den Pallidae zu differenzieren, obwohl er durch Mischung des Materials die beiden Arten direkt nebeneinander untersuchen konnte. Beim Färbungsverfahren dagegen, also im toten Zustande, ist die Unterscheidung leicht und ein Übersehen der *Spirochaete pallida* dank dieses scharfen Untersuchungshilfsmittels ausgeschlossen. Der Umstand, daß trotzdem der Spirochaetenbefund bei klinisch manifester Lues zuweilen negativ ausfällt, andererseits wieder in sicher nichtluetischen Effloreszenzen typische *Spirochaetae pallidae* gefunden werden sollen, läßt Verf. zu der schon von Schaudinn ausgesprochenen Anschauung gelangen, daß die Spirochaete nur eine vorübergehende Phase im Entwicklungsgange eines Protozoons ist, dessen übrige Gestalten wir vorderhand noch nicht kennen.

Oskar Müller (Dortmund).

Giemsa, G. Beitrag zur Färbung der *Spirochaete pallida* (Schaudinn) in Ausstrichpräparaten. Deutsche medizin. Woch. Nr. 17. 1907.

Die von Giemsa erprobte Methode zur schnellen Färbung wenig differenzierter Parasiten, z. B. der Spirochaeten, läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Reizserum aus der Peripherie unbehandelter Papeln und Schanker, mit nur möglichst wenig Blut untermischt, wird auf einen

Objektträger, nicht Deckglas, gebracht, mit der Kante eines anderen geschliffenen Objektträgers dünn und gleichmäßig verteilt, muß darauf lufttrocken werden und wird bei frischen Präparaten mittels Hindurchziehen durch eine mittelstarke Gas- oder Spiritusflamme fixiert. Bei älteren Präparaten erübrigt sich die Fixierung, Alkoholhärtung ist ebenfalls verwendbar. Dann Einklemmen des Ausstriches in einen Objektträger, Schichtseite nach oben oder Anritzen des bestrichenen Objektträgers mit einem Schreibdiamant, Zerschneiden in der Mitte, Halten mit Kornetpinzette. Übergießen des Ausstriches mit dem frischen, wässerigen, gleichmäßig verteilten Farbgemisch, Erwärmung bis zur Dampfbildung, dann viermal erneute Färbung nach stets $\frac{1}{4}$ Minute Beiseitestellen und Abgießen der Farblösung, welche zuletzt 1 Minute einwirken muß, Abwaschen unter Wasserstrahl. Mikroskopische Untersuchung mit starkem Trockensystem. Ausschauen der dünnen Stellen, an denen sich Erythrocyten mit größeren kernlosen, rein blau erscheinenden Gewebelementen durchsetzt vorfinden. Absuchen derselben Stellen mit der Ölimmersion. Die Pallida erscheint intensiv dunkelrot auf dem gar nicht oder schwach rötlich gefärbten Untergrund, am seltensten, wo dichte Leukocytengruppen ohne rote Blutkörperchen bestehen. An dickeren Stellen des Ausstrichs, auf stärker gefärbtem Substrat hebt sie sich dennoch durch ihre tiefe, oft fast schwärzlich erscheinende Färbung ab.

Max Joseph (Berlin).

Schereschewky, J. Zum Nachweis der Spirochaete pallida in Ausstrichen. Deutsche med. Woch. Nr. 12. 1907.

Zur schnellen, intensiven und prägnanten Färbung der Spirochaete pallida empfiehlt Schereschewky folgende Methode: Entfettete Objektträger werden mit dem Gewebssaft bestrichen, wobei die Vorbehandlung mit Osmiumdämpfen etc. entbehrlich ist. Der Ausstrich wird in einer Doppelschale über Osmiumdämpfen etwa 1 Minute fixiert, dreimal durch die Flamme gezogen, in eine Petrischale mit Giemsa Mischung gebracht, dann die Schale auf ein dampfendes Wasserbad gestellt, 10—15 Minuten zugedeckt darauf belassen, wobei zum Schlusse frische Giemsa Mischung nachzugeben ist. Die Präparate sind genügend gefärbt, wenn der Objektträger auch an unbestrichenen Teilen einen leichten, roten Farbstoffschleier gewonnen hat. Man wäscht kurz ab und untersucht in Öl. Zur Konservierung bringt man den Ausstrich mittels neutralen Kanadabalsams unter ein Deckglas.

Max Joseph (Berlin).

Schuster. Der Nachweis der Spirochaete pallida, seine Bedeutung und praktische Verwertbarkeit für die Diagnose der Syphilis. Berl. klin. Woch. Nr. 17. 1907.

Nach einer Zusammenstellung der heute üblichen Untersuchungs- und Färbemethoden der Spirochaete pallida gibt Schuster sein Urteil dahin ab, daß ein positiver Spirochaetennachweis in klinisch zweifelhaften Fällen die Diagnose stellen lassen kann, während ein negativer Befund gar keine Bedeutung besitzt. Denn in einem Drittel der sicher luetischen Fälle vermochte Schuster keine Spirochaeten zu finden.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Benda. Zur Levaditifärbung der *Spirochaete pallida*
Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15—16. 1907.

Durch äußerst genaue, eigene mikroskopische Untersuchungen hat Benda nach anfänglichen Zweifeln die Richtigkeit der Tatsache erkannt, daß die durch die Levaditimethode in syphilitischen Krankheitsprozessen darstellbaren schwarzen, geschlängelten Gebilde keine Gewebsbestandteile, sondern Spirochaeten sind. Das von den Gegnern dieser Anschauung immer wieder vorgebrachte Argument, es sei doch merkwürdig, daß dieser Parasit sich nur durch Versilberung, nicht durch Anilinfarben darstellen lasse, konnte Benda auf folgende Weise entkräften: Es gelang ihm die Färbung der Spirochaeten nach Giemsa nach Zerreiben und Zerquetschen spirochaetenhaltiger Paraffinschnitte, wobei alle Gewebsbestandteile zerstört, die Spirochaeten aber leidlich erhalten blieben und ebenso ließ sich durch Zerzupfen jener „riesenzellenartigen“, noch unklarer Gebilde, die häufig genug bei gewöhnlichen Anilinfärbungen in hereditär-luetischen Lebern gefunden werden, nachweisen, daß dieselben nichts anderes sind als große Haufen von Spirochaeten. Es ist somit die *Spirochaete pallida* im Zentrum anerkannt luetischer Veränderungen auch mit anderen als den Versilberungsmethoden nunmehr nachgewiesen.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Blaschko. Die *Spirochaete pallida* und ihre Bedeutung für die syphilitischen Krankheitsprodukte. Berliner klinische Wochenschr. Nr. 12. 1907.

Blaschko wendet sich in diesem, in der Berliner medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage gegen die völlig haltlosen Einwürfe jener, die in der „Giemsa-“ und der „Silberspirochaete“ verschiedene Gebilde sehen wollen. Beides ist die von Schaudinn im lebenden, ungefärbten Zustande entdeckte *Spirochaete pallida*. Eine Verwechslung der mit Silber imprägnierten Spirochaete mit Nerven, elastischen Fasern, Zellgrenzen usw. ist für den nur etwas geübten Histologen ausgeschlossen. Diese Gebilde lassen sich nicht, wie Saling und Schulze immer behaupten, nur im mazerierten Gewebe nachweisen, sondern ebensogut auch im lebend excidierten. Negative Befunde lassen sich zwanglos dadurch erklären, daß die Spirochaeten im Primäraffekt in Haufen zusammensitzen, die nicht immer in die Schnittebene zu fallen brauchen. Von dort aus verbreiten sie sich auf dem Lymph- und Blutwege schon ziemlich frühzeitig in Körper.

Die auf den Vortrag folgende, sich über vier Sitzungen hinziehende Diskussion zeigte, daß die Spirochaetengegner unbelehrbar bleiben wollten.

H. Hübner (Frankfurt a. M.).

Schultz, O. T. Distribution of *Treponema pallidum*, Schaudinn (*Spirochaeta pallida*), in the Tissues in Congenital Syphilis. Journ. Med. Research. Vol. XV. Dez. 1906.

Ein vorläufiger Bericht über die Färbung von *Spirochaeta pallida*, über den bereits referiert wurde (Arch. V. LXXXIII. p. 315), enthält die

wesentlichen Befunde der Arbeiten von Schultz, die hier ausführlicher beschrieben und illustriert werden. H. G. Klotz (New-York).

Uhle, Alexander, A. und Mackinney, William, H. The Demonstration of Spirochaeta Pallida in Lesions of Acquired Syphilis. Journ. Amer. Med. Assoc. XLVIII. 605. 16. Febr. 1907.

Uhle und Mackinney bedienten sich der Levaditischen Methode zum Nachweis der Spirochaeta pallida in Geweben. Sie untersuchten 34 Gewebsstücke von 24 Patienten mit akquirierter Syphilis (7 Schanker, 19 sekundäre Hauteffloreszenzen mit 3 Stücken anscheinend gesunder Haut von Patienten, die anderweitig syphilitische Effloreszenzen aufwiesen, 4 tuberkuläre Syphilides und 1 Gumma). Bei 14 Patienten wurden positive Resultate erzielt, bei 10 negative; unter diesen waren 7 mit Quecksilber behandelt worden. In 2 Fällen konnten vor der Behandlung Spirochaeten nachgewiesen werden, aber nicht 5 und 9 Wochen nach der Behandlung. Bei tertiären Erscheinungen schienen die Spirochaeten weniger scharfe Konturen und eine mehr wellenförmige Gestalt anzunehmen, gegenüber der scharfen Begrenzung und deutlich spiraligen Form früherer Effloreszenzen. H. G. Klotz (New-York).

Mac Neal, Ward, J. A. Rapid and Simple Method of Staining Spirochaeta Pallida. Journ. Am. Med. Assoc. XLVIII. 709. 16. Feb. 1907.

Mac Neal empfiehlt eine Färbemethode der Spirochaeta pallida für Präparate von Flüssigkeiten (Flüssigkeit aus einer vergrößerten Inguinaldrüse). Die Farbe besteht aus einer saturierten Lösung von Methylenviolett in Methylalkohol zu je 1000 Teilen, von welcher 1 Teil Methylenblau und 2 Teile Eosin zugesetzt werden, nach folgender Formel:

Methylenviolett (rohes)	25,
Methylenblau (medizinisch rein)	10,
Eosin (gelblich)	20,
Methylalkohol (rein)	100·00.

Die Farbstoffe werden in warmem Alkohol unter wiederholtem Schütteln aufgelöst und vor dem Gebrauch 24 Stunden bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Das Deckglas ist 45 bis 60 Sekunden mit der Färbeflüssigkeit bedeckt zu lassen und dann mit derselben schnell in ca. 10 *ccm* einer wässrigen Lösung von kohlenurem Natron 1:20000 getaucht und 1—2 Minuten unter Hin- und Herbewegung der benutzten Esmarschale in derselben gelassen. Nach Abspülen in destilliertem Wasser Untersuchung feucht unter Ölimmersion. Die Spirochaeten erscheinen intensiv gefärbt, das Protoplasma der Leukocyten blau, Kerne purpur, rote Blutkörperchen graublau oder rosa. H. G. Klotz (New-York).

Thibierge, G. Le spirochaete pallida de Schaudinn, agent pathogène de la syphilis. Sa recherche, ses habitats, applications à la clinique. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 121.

Der Aufsatz liefert eine klare Zusammenfassung der bisherigen Studien über die Morphologie, den mikroskopischen Nachweis und das Vorkommen der Spirochaete pallida in luetischen Produkten. Zum Schlusse

wird die Wichtigkeit des positiven Spirochaetenbefundes für die Klinik gewürdigt.

M. Winkler (Luzern).

Ravaut, P. et Ponselle, A. Recherches sur la présence du spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. Gaz. des Hôpitaux. 1906. p. 1023.

In vielen Fällen sekundärer Lues Erwachsener, die noch unbehandelt waren und frische Erscheinungen zeigten, haben Ravaut und Ponselle vergeblich nach Spirochaete pallida im Blute gesucht. Indessen gelang es ihnen bei einem 2 Monate alten hereditär luetischen Kinde am Tage vor dem Tode sehr reichliche Spirochaeten im Blute nachzuweisen. Zur besseren Darstellung der Spirochaeten im Blute empfehlen die Verf. folgendes Verfahren:

Man läßt in 30 ccm destilliertes Wasser 30 Tropfen Blut fallen. Durch das Wasser tritt eine Hämolyse der roten Blutkörper ein. In ca. einer halben Stunde bildet sich ein Fibrinkoagulum, das in 3 Stunden komplett ist. In den Fibrinmaschen finden sich fast ausschließlich weiße Blutkörper und bakterielle Elemente. Das Gerinnsel wird mittelst einer Platinöse herausgezogen, nochmals im Wasser ausgewaschen, zur Lösung der etwa noch restierenden roten Blutkörper nachher auf Fließpapier getrocknet und wie ein Gewebstück behandelt. Die Schnitte sind nach der Levaditischen Methode zu färben. Mit diesem Verfahren konnten Ravaut und Ponselle in jedem Schnitte reichlich Spirochaeten nachweisen. Der kurzen Mitteilung ist ein Mikrophotogramm beigegeben.

M. Winkler (Luzern).

Syphilis der Haut, Schleimhaut etc.

Gassmann, A. Les bubons ramollis idiopathiques de la syphilis récente. Revue médicale de la Suisse romande. 1905. Nr. 12. pag. 811.

Gassmann beschreibt einen Fall von erweichtem Bubo bei Früh-lues, der in histologischer und bakteriologischer Richtung genauer als die bisher von Patoir und von Marcuse beobachteten erforscht ist. Er kommt, wie diese Autoren zu dem Schluß, daß keine der bisher bekannten Ursachen, die zur Erweichung syphilitischer Drüenschwellungen führen, vorliegt, und daß diese auch durch klinische Merkmale ausgezeichnete neue Art von syphilitischem Bubo (bei der es sich übrigens meist nicht um kolloquative Erweichung handelt) vorläufig als idiopathisch anzusehen ist.

A. Gassmann (Genf).

Milian. La Leucoplasie. Gazette des Hôpitaux. 1906. p. 603.

Ein kurzes Resümee eines am internationalen Kongreß in Lissabon 1906 gehaltenen Vortrages. Verfasser hält die Leukoplakie hauptsächlich für syphilitischen Ursprunges und empfiehlt zur Behandlung langdauernde Hg-Injektionskuren.

M. Winkler (Luzern).

Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane.

Fairbanks, Arthur Willard. Cerebral Syphilis in Children. Journ. Am. Med. Ass. XLVIII. 861. 9. März 1907.

Auf über 100 Fälle unzweifelhafter syphilitischer Hirnerkrankung aus der Literatur gestützt behandelt Fairbanks das in der pädiatrischen Literatur wenig berücksichtigte Kapitel der Hirnsyphilis bei Kindern. Obwohl die meisten der Beobachtungen sich zweifelsohne auf hereditäre S. beziehen, will F. sogenannte tertiäre Erscheinungen einer in früher Jugend akquirierten Syphilis nicht ausgeschlossen wissen, umso mehr als dies für das klinische Interesse von weniger Belang ist.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich um drei Veränderungen, die einzeln oder kombiniert die Symptome verursachen: Meningitis (meist Lepto-M.), Arteritis (meist Endarteritis) und Syphiloma (meist von den Meningen ausgehend), alle andern Veränderungen sind sekundärer Natur. Der spezifische Ursprung der klinischen Symptome wird angenommen nicht sowohl auf Grund der einzelnen Erscheinungen, die auch in verschiedenen andern Ursachen ihren Grund haben können, sondern auf Grund der Betrachtung aller Symptome zusammengenommen, auf die Art und Weise des Auftretens und der Entwicklung derselben. Diese Symptome sind multiform, oft ohne bestimmte Beziehung zu einander, scheinbar ohne Zweck zusammengeworfen und oft unerklärbar durch Annahme eines einzigen Krankheitsherdes. Das Auftreten derselben erfolgt in der Regel in subakuter Weise mit gelegentlich ganz akuten und schweren Zufällen. Eigentümlich ist der unregelmäßige Verlauf: plötzliches Verschwinden, häufige Rezidive und endlich bleibende periphere Zeichen zentraler Zerstörung und das Verhalten gegen spezifische Behandlung. Die einzelnen Symptome selbst sind höchst mannigfaltig, in Wesen und Grad häufig wechselnd, so daß zu einer Zeit diese, zur andern jene Symptome vorherrschen, z. B. epileptiforme Konvulsionen, Spasmen einzelner Muskeln, Tremor etc., Lähmungen der Augenmuskeln, Neuralgien, anaesthetische und paraesthetische Erscheinungen etc., und psychische Störungen und Beeinträchtigung der Intelligenz. Verf. hält es nicht für richtig, die subakuten und oft unbestimmten Frühererscheinungen als prodromale oder warnende Symptome anzusehen; dieselben seien vielmehr schon integrierende Teile des wirklichen Symptomenkomplexes, wenn auch ihr schleicher Anfang vorübergehender und erratischer Verlauf zu der andern Ansicht Veranlassung geben. Unter diesen Frühererscheinungen sind Änderungen im Charakter, Wechsel der Stimmung und Neigungen, sowie Störungen der Intelligenz die häufigsten, aber werden recht oft übersehen. Kopfschmerzen kommen wie bei Erwachsenen häufig vor, aber nicht so begrenzt oder so intensiv wie bei diesen; Schlaflosigkeit dagegen ist lange nicht so gewöhnlich, außer wenn durch

Exazerbationen von Kopfschmerz verursacht. Zu den frühen Symptomen gehören endlich die von Fournier als kongestive, von F. lieber als zirkulatorische Störungen bezeichneten Symptome: Schwindel, ganz vorübergehende Sprech- oder Gesichtsstörungen und plötzliche Bewußtlosigkeit, Ohrensausen etc.

Die frühe Erkenntnis dieser Initialsymptome ist prognostisch von großer Wichtigkeit; wo die Anamnese nicht auf den spezifischen Ursprung führt, muß nach anderweitigen Symptomen von Syphilis bei dem Kranken selbst und eventuell bei andern Familiengliedern gesucht werden.

Die Prognose ist abhängig 1. von der frühen Erkenntnis der spezifischen Natur der Erkrankung, 2. von dem Charakter der wahrscheinlichen pathologischen Veränderung, 3. von dem Lebensalter des Kindes, in welchem der Prozeß beginnt. Die Bestimmung des Typus der anatomischen Veränderungen ist nicht immer leicht oder überhaupt möglich. Gewisse Symptome sind der meningealen und der arteriellen Form gemeinsam; heftige Kopfschmerzen, Lähmungen der Kopfnerven, Schlaflosigkeit, Anfälle von Konvulsionen u. a. sprechen für Erkrankung der Meningen, die „zirkulatorischen“ Symptome mehr für Gefäßerkrankung; bei Tumoren im engern Sinne finden sich Herdsymptome, aber die gummatöse Neubildung ist öfter diffus und verursacht mehr Symptome von Meningitis, namentlich der der Hirnbasis. Im allgemeinen geben die arteriellen Prozesse die ungünstigste Prognose, gummatöse und meningeale dagegen sind in der Regel der Behandlung zugänglich. Hirnsyphilis ist schon bei der Geburt nachgewiesen worden, oder wenigstens so bald nach derselben, daß intrauterine Entwicklung der syphilitischen Veränderungen mit Sicherheit anzunehmen.

Die Berichte der einzelnen Krankenfälle umfaßt die Literatur aller Länder. Es werden die Krankengeschichten im ganzen von 50 Fällen zum großen Teil mit Sektionsbefunden im Auszug wiedergegeben und kritisch besprochen; ein eingehendes Referat darüber ist nicht wohl möglich.

H. G. Klotz (New-York).

Ranke, O. Über Gewebsveränderungen im Gehirnluetischer Neugeborner. Neurologisches Zentralblatt. 1907. Nr. 3 u. 4. pag. 112.

Ranke bringt den Vortrag zum Abdruck, den er auf der XXXI. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen 1906 gehalten hat. Da eine ausführliche Bearbeitung des Gegenstandes im III. Bande von Nissl's „Histolog. und histopatholog. Arbeiten“ erscheinen wird, so soll hier nur angegeben werden, daß in vorliegender Arbeit kurz die Befunde bei 11 Fällen hereditärer Lues angegeben werden, nämlich: Blutungen, Gefäßveränderungen, leukocytaire Infiltrate, Wucherung adventitieller Zellelemente, Proliferation des Stützgewebes; diese Veränderungen sind diffus, kommen jedoch auch herdförmig vor; Verdickung, Wucherung, Infiltration der Pia; in zwei Fällen Nachweis von Spirochasten in großer Menge. Verf. hofft, daß durch weitere Untersuchungen auch für die im

späteren Leben bei hereditär-luetischen Individuen auftretenden nervösen Störungen eine anatomische Grundlage gefunden werden könnte.

A. Gassmann (Genf).

Alquier. Valeur diagnostique des lésions vasculaires et périvasculaires de la syphilis nerveuse. Gazette des Hôpitaux. 1906. pag. 987.

Alquier beschreibt einen Fall von zerebrospinaler Syphilis, der klinisch Zeichen von Tabes darbot. Bei der Autopsie fand er eine Verdickung der Hirnhäute, besonders am hintern Teil des Rückenmarks. Daneben waren Veränderungen an den Gefäßen zu konstatieren — teils älteren Datums bestehend in Endarteritis und Sklerose der Adventitia, teils jüngeren Datums bestehend in einer Anhäufung von Zellelementen um die Venen. Die Infiltration bestand wesentlich aus Bindegewebszellen, Lymphocyten, Mastzellen und Plasmazellen.

Alquier meint, es lasse sich auf Grund der pathologisch-anatomischen Untersuchungen nicht entscheiden, ob die Paralyse syphilitischen Ursprungs sei, da die sichere anatomische Diagnose der Syphilis des Nervensystems zur Zeit nicht möglich ist. M. Winkler (Luzern).

Syphilis der Eingeweide.

Weber, F. Parkes. On tertiary syphilitic fever and the visceral and other changes connected with it. The Lancet. 1907. 16. März. pag 728 ff.

In kritischer Weise bespricht Weber das Zusammenfallen von syphilitischen Spätsymptomen und Temperaturerhöhungen. Er zitiert ausführlich die diesbezügliche Literatur und geht näher auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten ein, die dieses Fieber machen kann. Eingehend wird erörtert, wie der Fiebervorlauf und Symptome von Seiten der Lunge oft zur Fehldiagnose einer Lungentuberkulose, wie gleichzeitiges Auftreten von Leberstörungen oft in rein syphilitischen Fällen fälschlich an eine Cholelithiasis glauben läßt.

Anlaß zu der Arbeit gab dem Autor eine eigene Beobachtung: eine Frau litt an wiederholten Temperatursteigerungen, teilweise in Begleitung von Haematemesis, teilweise in Begleitung von Vergrößerungen der Leber und Milz. Die Temperaturerhöhungen und gleichzeitige andere syphilitische Symptome (Gamma des weichen Gaumens, Periostitiden der Tibien) weichen schnell einer spezifischen Behandlung.

Fritz Juliusberg (Berlin).

Montgomery, Douglass W. & Sherman, H. M. A Combination of Syphilis and Epithelioma of the Tongue. California State Journ. of Medic. V. 4. Januar 1907.

Der von Montgomery und Sherman beschriebene Fall von Kombination von Syphilis und Epitheliom der Zunge betraf eine 37jähr. Frau mit zweifelloser Geschichte von Syphilis, die auch in einigen Kindern sich äußerte. Da das mit hartem Rande besonders nach hinten begrenzte Geschwür auf einer Seite saß, wurde nur die eine Seite der Lunge durch Operation entfernt und die erhaltene Zungenspitze zur Deckung des Defekts benutzt. Die mikroskopische Untersuchung ergab zweifellos epitheliomatösen Charakter, die speckig infiltrierte Basis des Geschwürs war von zahlreichen, unregelmäßig geformten miliaren Gummen durchsetzt mit hyaliner Degeneration und Riesenzellen. Nach 3½ Jahren war kein Rezidiv eingetreten. Die vor der Operation sehr häufig beobachteten Ausbrüche von Herpes der Zunge und Lippen ließen nach der Operation nach.

H. G. Klotz (New-York).

Milhit, M. J. La Syphilis du foie. Gazette des Hôpitaux. 1906. pag. 87.

Der Artikel enthält ein klinisches Bild der Lebersyphilis, ohne einen neuen Beitrag zu liefern.

M. Winkler (Luzern).

Brunson, Rudolph. Some Syphilitic Diseases of the Eye Journ. Am. Med. Assoc. XLVIII. 1161. 6. April 1907.

Übersichtliche Zusammenstellung von bekanntem ohne originelle Zugaben.

H. G. Klotz (New-York).