

pigmentirte, abgeflachte Papel. Patient wurde am 24. Jänner 1888 nach 7 Kalomelinjektionen geheilt entlassen.

II. Fall: Der Kranke ist 27 Jahre alt, kräftig gebaut und wurde vor 5 Jahren wegen Psoriasis vulgaris mit Solutio Vlemingx und Theer behandelt. Vor etwa 5 Monaten hat der Kranke Sklerose akquirirt. Am 10. April 1889 zeigte sich bei dessen Aufnahme Folgendes: An der Haut zerstreut finden sich dichtgedrängte, dunkelbraune, halbkugelige, an ihrer Oberfläche theils glatte und hellroth gefärbte und andere mehr schuppene Effloreszenzen, endlich auch solche, welche dunkelroth gefärbt sind und an der Oberfläche abschuppen. Nach Entfernung der Schuppen erscheint eine blutende Fläche, unter welcher die Haut verdickt und infiltrirt erscheint. Die stark infiltrirten Stellen finden sich namentlich an der Streckseite der oberen Extremitäten, während am Stamme ausschliesslich braunrothe, nicht schuppene, halberbsengrosse Knoten dicht an einander gedrängt vorkommen, von denen die Epidermis sich nicht leicht ablöst und daher auch beim Kratzen kein blutendes Gewebe erscheint. An den unteren Extremitäten sind in gyrirter Form angeordnete schuppene Effloreszenzen und zwischen diesen zerstreut halberbsengrosse Stellen und Psoriasis vulgaris, neben erbsengrossen, harten Knoten, endlich kommen auch einzelne Partien vor, von denen sich die Epidermis ablöst und unter der ein halbkreuzergrosses, dunkelroth gefärbtes, infiltrirtes Gewebe erscheint.

Am Penis und Präputium sind Reste der Sklerose. Die Glans dunkelroth verfärbt.

Es erscheinen somit auch in diesem Krankheitsfalle zwei verschiedene Prozesse neben einander und mit einander kombinirt.

Neben einander finden sich dieselben vorwiegend an der Streckseite der oberen Extremitäten, woselbst die reine Form der Psoriasis vulgaris erscheint, am Stamme gehören sie der Syphilis an und bilden hier dunkelrothe Geschwülste, und schliesslich kommen dieselben kombinirt vor an den unteren Extremitäten und Vorderarmen, woselbst die Oberfläche der Effloreszenz abschuppt und auch blutet, während die Basis hart infiltrirt und halbkugelförmig gestaltet ist.

Denjenigen Stellen entsprechend, welche der Sitz der Psoriasis vulgaris sind, hat sich letztere theils unverfälscht, theils in Kombination mit dem tuberkulösen Syphilid erhalten, während am Stamme, zumal der Bauchwand, welche frei von Psoriasis vulgaris ist, die reinen Formen des tuberkulösen Syphilides prägnant hervortreten.

Im Verlaufe der Behandlung zeigt es sich auch, dass die antisiphilitische Kur die durch die Syphilis hervorgerufenen Effloreszenzen beseitigt, während die Psoriasis vulgaris durch dieselbe weiter nicht alterirt wird.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte den gewöhnlichen Befund der Psoriasis: grosse Papillen, über welchen dichte Epidermislagen liegen, Wucherungen an den horizontal verlaufenden Gefässen gleichwie an den Gefässschlingen, kurz den gewöhnlichen Befund, wie ich denselben bei der Psoriasis vulgaris andernorts beschrieben habe. Man wäre demnach hier gar nicht in der Lage, histologisch die Syphilis von der Psoriasis unterscheiden zu können, wäre man nicht begünstigt durch den Befund von Exsudatzellen, welche durch granulösen, verschiedenfarbigen Inhalt sich als Pigmentzellen erkennen lassen, wie man solche bei der Psoriasis niemals antrifft. Immerhin erscheint es auffallend, dass hier trotz der centralen Knötchen, welche der ganzen Effloreszenz das Aussehen eines Erythema Iris verleihen, in den tieferen Lagen die Exsudatzellen vollständig fehlen.

Wir können es somit mit Bestimmtheit aussprechen, dass die Stauung in den Gefässen, welche zunächst die Psoriasis vulgaris charakterisirt, ein begünstigendes Moment abgibt für die Bildung von syphilitischen Effloreszenzen auf psoriatischem Grunde. Die Differenzirung ergibt sich durch die Art der Färbung, welche bei Syphilis mehr eine dunklere Nuance hat, durch den Verlauf, indem eine antisiphilitische Kur die syphilitischen Produkte bald zur Resorption bringt, während sie die psoriatischen intakt lässt und endlich durch die mikroskopische Untersuchung, welche, wenn auch die einzelnen Rundzellen bei beiden Krankheiten die gleichen

sind, doch bei der Syphilis Pigmentirungen erscheinen, was man bei Psoriasis bisher noch nie beobachtet hat. Weitere Untersuchungen müssen darthun, wie sich die Hautfollikel dabei verhalten, indem deren Affektion bei Psoriasis gewöhnlich nur eine untergeordnete ist, während es bei Syphilis doch die Gefässnetze der Follikel sind, von denen aus die Wucherungen sich entwickeln.

Therapeutische Wirkung des Mineralmoors und dessen Surrogate: Mattoni's Moorsalz und Moorlauge.

Von Dr. E. PINS in Wien.

So allgemein anerkannt der hygienische und therapeutische Werth der Bäder in ärztlichen Kreisen auch ist, so wenig wird der Nutzen derselben für die Gesundheit vom grossen Publikum bislang gewürdigt. Insbesondere im Osten Europas, unser Vaterland mitinbegriffen, lässt die Erkenntniss der hohen Bedeutung des Bades für den Haushalt unseres Organismus noch immer viel zu wünschen übrig. Während im westlichen Europa und in Amerika das tägliche Bad zu den unerlässlichen Bedürfnissen zählt und das Badezimmer einen integrierenden Bestandtheil einer jeden bürgerlichen Wohnung bildet, in Amerika sogar in den Hotels zu jedem besseren Passagierzimmer ein Badekabinet gehört, ist im östlichen Europa, die grössten Städte Deutschlands, Oesterreichs und Frankreichs nicht ausgenommen, das Badezimmer wenn nicht als Luxusartikel, so doch nur als eine Einrichtung des höheren Komforts in den Wohnungen einzelner Wohlhabender anzutreffen.

Dieser Mangel an Verständniss für den Werth des Bades überhaupt mag die Ursache sein, dass die Heranziehung der Bäder zu Heilzwecken nicht die ihnen gebührende allgemeine Verbreitung findet und die Verordnung einer Badekur in einem unserer zahlreichen Kurorte von den Einen mit ungläubigem Kopfschütteln hingenommen, von Anderen gar als Huldigung einer Mode angesehen wird.

Schon das indifferente warme Bad entfaltet bei zweckmässigem Gebrauche eine Reihe wohlthätiger Wirkungen auf den Organismus. Indem es die Funktionen des Hautorganes anregt, erleichtert es die Thätigkeit des wichtigsten Exkretionsorganes des Körpers, der Nieren nämlich; regt den Stoffwechsel an und hebt dadurch die allgemeine Ernährung. Auf das Nervensystem übt das mässig warme Bad einen beruhigenden Einfluss aus und beseitigt so eine Reihe von funktionellen Störungen im Bereiche der verschiedenen Nervengebiete.

Bei den Mineralbädern kommt ausser der thermischen und mechanischen Wirkungsweise auch noch der chemische Reiz der betreffenden mineralischen Bestandtheile auf das Hautorgan in Betracht, durch welchen reflektorisch Modifikationen in der Innervation und Circulation erkrankter Körperstellen angeregt und auf diese Weise mitunter glänzende Heilerfolge erzielt werden. Der chemische Reiz geht da wohl in erster Linie von den flüchtigen Bestandtheilen der Mineralbäder (Kohlensäure, Schwefelwasserstoffgas, Ameisensäure, Bernsteinsäure u. s. w.) aus, aber auch die gelösten Bestandtheile des Mineralbades können nicht ohne Einfluss auf die Nerven des Hautorganes bleiben. So werden in den Soolen- und Seebädern die Hautreflexe durch die ätzende Wirkung des Kochsalzes und anderer Chlorverbindungen, in den harzigen und tonisirenden Bädern durch das Terpentin und die Gerbsäure angeregt. Die Frage, ob Bestandtheile des Mineralbades von der unverletzten Haut auch resorbirt werden, ist für viele Stoffe sowohl durch die klinische Beobachtung, als auch durch die physiologischen Experimente von Wolkenstein, Röhrig, Guttman, Wittich, Chrzaszowski und Anderen in bejahendem Sinne entschieden. Für eine andere Reihe von Körpern, wie

Chlornatrium, Quecksilber, Eisen und Arsensalze, ist dies noch unentschieden.

Was die Aufnahme der in den Stahl- und Moorbädern oder deren Extrakten enthaltenen Eisensalze betrifft, so stimmen die meisten Forscher darin überein, dass die unverletzte Haut nicht im Stande sei, dieselben zu absorbieren. G. Bunge geht sogar noch weiter und behauptet, dass auch anorganisches, per os eingeführtes Eisen vom Verdauungstrakte gar nicht absorbiert wird, und thut auf Grund seiner Thierexperimente den bedeutungsvollen Ausspruch, dass „das den Chlorotischen verabreichte Eisen zum Glücke für die Patienten gar nicht resorbiert wird“. „Gelingen nämlich Eisensalze in das Blut, so treten, wie Thierversuche gezeigt haben, Vergiftungserscheinungen ein, ähnlich denen der Arsenwirkung“³⁾.

Dem gegenüber möge mir die Bemerkung gestattet sein, dass es allerdings ein untrügliches Zeichen für die Aufnahme von Eisen in die Circulation nicht nur bei internem Gebrauche, sondern auch nach eisenhaltigen Bädern gibt. Bekanntlich erzeugt der längere Genuss von Eisenpräparaten einen zumeist aus schwefelsaurem Eisenoxydul bestehenden röthlich-braunen Niederschlag an den Zähnen. Dieser Beschlag erscheint nach den Erfahrungen aller Zahnärzte selbst dann, wenn dafür gesorgt wurde, dass das medikamentöse Eisen mit den Zähnen nicht in unmittelbare Berührung kommt, also auch bei Gebrauche von Eisenpulvern und Pillen, in Oblaten, indem das in die Säftemasse gelangte Eisen durch den Speichel ebenso wie durch den Harn ausgeschieden wird. Nun kann man diesen rostigen Beschlag an den Zähnen Chlorotischer wahrnehmen, die niemals ein Eisenpräparat einnahmen, weil sie es nicht vertrugen und als Surrogat dafür eisenhaltige Bäder gebrauchten. Die Patienten, bei denen ich dies beobachtete, waren zumeist junge Mädchen von zarter Konstitution mit weissem zartem Teint, welche nachweisbar kein wie immer geartetes Eisenpräparat zu sich nahmen, aber mehrere Monate hindurch Eisenbäder gebrauchten. Diese Erscheinung beweist mit der Sicherheit eines physiologischen Experimentes, dass aus dem Bade Eisen in den Organismus gelangt ist. Auf welchem Wege dies geschah, ob durch die unverletzte Haut, ob durch die eingetauchten Schleimhäute (der Vagina und des Rectum) oder durch zufällige, unbeachtet gebliebene Exkoriationen, bleibt dahingestellt. Uebrigens ist es für den Effekt der Eisenbäder ziemlich gleichgültig, ob die minimalen Quantitäten Eisen, welche der Körper täglich verbraucht (nach Boussignault, Bernatzik und Vogl beträgt diese kaum 0.06—0.08 pro die) durch dieselben gedeckt wird oder nicht, da die Wirkung derselben auf das Gefäss- und Nervennetz des Hautorganes allein mächtig genug ist, um einerseits durch Modifikation der Blutröhrung, andererseits auf reflektorischem Wege eine Aenderung in der Innervation, Circulation und Ernährung einzelner Organe, sowie des ganzen Körpers herbeizuführen. Ist doch die mächtige Wirkung der Seebäder zum grossen Theile auf diesen Hautreiz zurückzuführen und die ganze Hydrotherapie nur auf diese Reflexthätigkeit des Hautorganes basirt.

Speziell bei den Franzensbader Moorbädern wird die Wirkung in erster Linie dem hohen Gehalte derselben an schwefelsaurem Eisenoxydul zugeschrieben. Nächst diesem werden noch andere im Moore enthaltene Eisensalze, ferner die Ameisensäure, Bernsteinsäure und andere flüchtige organische wie anorganische Substanzen zur Erklärung ihrer Wirkung herangezogen. Meiner Ansicht nach ist ein nicht geringer Theil der notorisch günstigen Wirkung des Mineralmoores auf Rechnung der in denselben in ziemlich grosser Menge enthaltenen Arsensalze zu setzen.

Dass die arsenige Säure und deren Salze nicht allein bei innerlichem Gebrauche den thierischen Organismus beeinflussen können, beweisen die nicht selten beobachteten Vergiftungserscheinungen in Wohnungen mit schweinfurtergrünhaltigen Tapeten. Diese Art Fernwirkung des Arsens ist auch

durch die Thierexperimente von Giess in Rostock sichergestellt. Bei seinen Versuchen mit Arsen beobachtete nämlich dieser Autor nicht nur an den Versuchsthiere, sondern auch an anderen, mit diesen in einem Stalle untergebrachten Thieren, bei denen der Genuss von Arsen absolut ausgeschlossen war, genau dieselben Arsenwirkungen in allerdings etwas geringerem Maasse, wie an den Versuchsthiere. Giess leitet dies „von flüchtigen Arsenverbindungen ab, welche von den Versuchsthiere durch Lunge und Haut ausgeathmet wurden, respektive sich aus dem unter dem Kasten befindlichen Arsen (zu dem aber die Thiere nicht gelangen konnten) gebildet haben“²⁾.

Wenn demnach schon minimale Mengen von Arsen ohne direkte Einverleibung in den thierischen Organismus ihren wohlthätigen oder deletären Einfluss auf denselben geltend machen können, um wie viel leichter ist dies im arsenhaltigen Bade möglich, wo der Kontakt mit dem Körper ein unmittelbarer und die Absorptionsfähigkeit der Athmungsorgane und der Haut durch das warme Bad gesteigert ist. Im Moorbad zumal sind ja die Bedingungen hiezu in thierischen und pflanzlichen Ueberresten reichlich vorhanden, die mittelst ihres Protoplasmas den Sauerstoff der Arsenverbindungen in Aktivität setzen und so die Arsenwirkung auf den Körper zur Geltung bringen können. Die arsenige Säure spielt demnach bei der Wirkung der Moorbäder vielleicht eine grössere Rolle, als manche andere Ingredienzien, denen man dieselbe zuzuschreiben gewohnt ist.

Was von den natürlichen Moorbädern gesagt wurde, gilt selbstverständlich auch von allen anderen Bädern, in welchen dieselben Bestandtheile enthalten sind und daher auch von solchen, welche im Hause aus gewöhnlichem Brunnenwasser mit Zusatz dieser Bestandtheile bereitet werden. Am sichersten wird ein solches künstliches Moorbad dargestellt, wenn man sich des Moorsalzes und der Moorlauge bedient. Diese beiden Ingredienzien, von der bekannten Firma Mattoni in Franzensbad dargestellt, enthalten nach den Analysen von Ludwig alle wirksamen Bestandtheile des natürlichen Franzensbader Moores, aus welchem sie nach einer sinnreichen Methode extrahirt und daher mit Recht als „Moorextrakte“ bezeichnet werden. Insbesondere enthalten dieselben schwefelsaures Eisenoxydul (30 pCt.) und Arseniksäure Anhydrit (0.67 in 100 CC.) in so reichlicher Menge, dass 1 Kilo Moorsalz und 1 Liter Moorlauge in einer Quantität warmen Wassers gelöst, die eine Badewanne von gewöhnlicher Grösse fasst, sämtliche wirksamen Bestandtheile eines natürlichen Moorbades repräsentiren. Geringere Quantitäten Badewassers, wie sie für Kinder- oder zu Sitzbädern verwendet werden, erfordern selbstverständlich einen geringeren Zusatz von Moorextrakten. Der einzige Bestandtheil, durch welchen die so bereiteten künstlichen Moorbäder sich von den natürlichen Moorbädern unterscheiden, ist nichts Anderes, als Humuserde. Will man demnach das natürliche Franzensbader Moorbad vollständig imitiren, so braucht man nur eine gewisse Quantität Walderde dem künstlichen Moorbade zuzusetzen. Dieses ist jedoch wegen der Umständlichkeit, mit welcher die jedesmalige Herbeischaffung des Humus und die Fortschaffung des Schlammes, namentlich in Städten, verbunden ist, nicht nur schwierig, sondern auch ganz überflüssig und daher von mir niemals in Anwendung gebracht worden. Wenn man schon dem grösseren Drucke des Moorschlammes auf den Körper³⁾ einen Theil der günstigen Wirkung des natürlichen Moorbades vindizirt, so lässt sich dieser Effekt auf viel einfacherem und jedenfalls reinlicherem Wege dadurch erzielen, dass man die Quantität des Badewassers vermehrt, wodurch der hydrostatische Druck auf den Körper gesteigert und die supponirte Druckwirkung erreicht wird. Mit Rücksicht auf diesen Umstand lasse ich die Badewanne möglichst voll anfüllen, so dass der Körper des Patienten

²⁾ Nothnagel und Rossbach, Arzneimittellehre 6. Aufl., S. 241.

³⁾ Nach Peters beträgt der Mehrdruck des Moorbades von 300 Liter Inhalt bei einem spezifischen Gewichte des Moorbreies von 1.28 im Vergleich zu einem gewöhnlichen Wasserbade 84 Kg.

bis an den Hals im Wasser sich befindet und verwende auch bei Kindern thunlichst eine grössere Badewanne.

Mit Ausnahme jener Kollegen, die in Eisenbädern thätig sind, kann der praktische Arzt seine Erfahrungen über die Wirkung der Moorbäder zumeist nur aus solchen auf künstlichem Wege im Domizile der Patienten zubereiteten Bädern schöpfen, da ja durchschnittlich nur ein geringer Bruchtheil von den der Moorbäder Bedürftigen in der Lage ist, den betreffenden Kurort aufzusuchen. Auch meine diesbezüglichen Erfahrungen gründen sich hauptsächlich auf die Beobachtung der Wirkung künstlicher Eisen-, respektive Moorbäder.

In früheren Jahren bediente ich mich bei Verordnung von Eisenbädern, einem alten Gebrauche gemäss, des Ferrum sulfuricum mit Zusatz von Soda. Seitdem aber Mattoni's Moorextrakte von so vielen autoritativen Seiten empfohlen wurden, verwende ich ausschliesslich diese. Wenn ich auch nicht in allen jenen Fällen, in denen Moorbäder indiziert sind, hinreichende Erfahrung habe, um ein allgemein gültiges Urtheil über dieselben abgeben zu können, so ist doch das Gebiet von krankhaften Zuständen, in denen ich die Moorextrakte in Anwendung brachte, weit genug, um mich über den hohen therapeutischen Werth derselben aussprechen zu können. (Schluss folgt.)

Ueber latenten chronischen Tripper beim Manne.

Von Dr. ERNEST FINGER,
Dozent für Syphilis und Hautkrankheiten in Wien.
(Schluss.)

Wir haben im Vorhergehenden eine Reihe von Symptomenbildern kennen gelernt, in die sich die chronische Blennorrhöe, je nach Sitz, Alter, Extensität und Intensität des Prozesses zwanglos zerlegen lässt. In nicht so seltenen Fällen kommt das eine oder andere Bild rein und ungetrübt zur Beobachtung.

In anderen Fällen dagegen setzt sich das beim Patienten beobachtete Krankheitsbild aus zwei der beschriebenen Symptomenbilder zusammen, ist in diese zu zerlegen. Es besteht dann eben gleichzeitig eine Affektion an zwei der genannten Lokalisationen, die an denselben, was Intensität und Extensität betrifft, variiren kann, dann also auch die den einzelnen Lokalisationen entsprechenden Krankheitsbilder neben einander zeigt, aus denen für die Lokalisation des Gesamtprozesses Anhaltspunkte zu gewinnen nicht schwer fällt.

Die Frage nach der Lokalisation ist aber auch für die Therapie von wesentlicher Bedeutung. Der Hauptgrund, weshalb die Therapie der chronischen Urethritis trotz so vieler Bemühungen, trotz eines überreichen Medikamentenschatzes noch immer so wenig Erfolge bietet, liegt ja im Fehlen von Indikationen. Wir wissen wohl was, aber nicht wann und wie es anzuwenden. So lange wir von der chronischen Blennorrhöe nichts weiter wussten, als dass sie in der Harnröhre ihren Sitz hat, war an eine Stellung präciser Indikationen nicht zu denken und viele chronische Tripper heilten nicht, weil die Mittel zur unrechten Zeit, am unrechten Orte, mit unrechten Methoden applicirt wurden. Die Fortschritte des klinischen Studiums ermöglichen uns nun, auch in das Chaos von anempfohlenen Mitteln, die alle anzuführen ich für überflüssig halte, Ordnung zu bringen, bei der Behandlung nicht wahllos und planlos, sondern systematisch, nach bestimmten Indikationen vorzugehen.

Wir haben nun in der Symptomatologie der chronischen Blennorrhöe drei Formen derselben kennen gelernt.

1. Die recenteren Formen, in denen neben den circumskripten Herden und um diese herum noch grössere Schleimhautflächen in der Form von Kongestion und passiver Hyperämie mit Auflockerung, Schwellung und Hypersekretion der Schleimhaut erkrankt sind. Diese Formen äussern sich durch schleimig-trüben Urin mit Tripperfäden.

2. Aeltere circumskripte Formen mit Tripperfäden im klaren Urin, in denen aber die Veränderungen oberflächlich, nur in der Mucosa sitzen.

3. Ebensolche Formen, in denen aber die circumskripten Veränderungen tiefer greifen, Mucosa, Submucosa und in der Pars anterior Theile des Corpus cavernosum, in der Pars posterior die Prostata, das Caput gallinaginis und die prostaticischen Drüsen ergreifen.

Nach diesen drei Formen und ihrer Lokalisation möchte ich einige völlig scharf präcisirte Indikationen stellen.

I. Bei der ersten Form haben wir zuerst die konkomittirenden katarrhalischen Erscheinungen zu bekämpfen, indem wir diluirte, schwächere, adstringirende Lösungen auf die katarrhalisch erkrankten Partien applizieren, zunächst den Katarrh heilen, so dass nur die tieferen Herde zurückbleiben.

II. Bei der zweiten Form circumskripten mucöser Herde haben wir diese durch möglichst beschränkte Applikation von stärkeren Adstringentien und Causticis zu heilen.

III. Bei der dritten Form haben wir neben der oberflächlichen, der eben erwähnten gleichkommenen Indikation auch eine Wirkung in die Tiefe auszuüben, mit Druck und Resorbentien einzuwirken.

I. Gehen wir nach diesen Prinzipien vor und handelt es sich, wie die Symptome uns lehren — instrumentell in irgend einer Weise einzugreifen, möchte ich in den recenteren Fällen nicht empfehlen — um eine recentere chronische Urethritis, die in der Pars anterior sitzt, so können wir die diluirten Adstringentien noch ganz wohl mit der Tripperspritze injizieren lassen. Die Tripperspritze versagt aber in diesen Fällen nicht selten ihren Dienst. Der Hauptsitz des in der Pars anterior lokalisirten Krankheitsprozesses ist der Bulbus. Wollen wir auf dessen ganze Fläche das Adstringens applizieren, so muss die Flüssigkeit in einer Menge und mit einem Druck injiziert werden, der die Schleimhaut des Bulbus zu dehnen, alle Falten derselben auszuglätten vermag. Dies ist mit der gewöhnlichen Tripperspritze nur unvollkommen zu erreichen. Leichter gelingt dies mit einem einfachen, von mir angegebenen Apparat. Derselbe besteht aus einer Spritze von dem beiläufigen Gehalt von 100 bis 200 CC., die der Wand parallel und senkrecht in mittlerer Manneshöhe suspendirt wird. Das untere Ende der Spritze trägt einen etwa 1 Meter langen, festen Kautschukschlauch, an dessen Ende der birnförmige, durch einen Hahn verschliessbare, für das Orificium urethrae bestimmte Ansatz befestigt ist. Das obere Ende trägt, statt mittelst Schraubengewindes befestigt, einfach, nach Art eines Schachteldeckels aufsetzbar, den von der Stempelstange durchbohrten Deckel, die Stempelstange selbst führt oben, statt eines Ringes, eine flache Scheibe. Die Anwendung der Spritze ist eine doppelte. Sie dient in recenren Fällen als einfacher Irrigateur, um unter geringem Druck kleine Mengen Flüssigkeit in die entzündete Harnröhre einfliessen zu lassen. Der Patient entfernt dann Stempel und Deckel und lässt die Flüssigkeit nur unter dem Eigendruck einfliessen. Will man die Druckhöhe und Flüssigkeitsmenge steigern, so belässt Patient Stempel und Deckel an der Spritze und belastet durch Gewichte, die in die Stempelschale eingelegt werden. Patient beginnt mit $\frac{1}{2}$ Kilo und steigt bis 3—5 Kilo. Er lässt stets so viel Flüssigkeit in die Urethra einströmen, bis die dadurch bedingte Dehnung eben anfängt, empfindlich zu werden.

Als Injektionen verwenden wir:

Rp. Arg. nitric.	0·1	Rp. Cupri sulfur.	0·1
Aq. destill.	100·0	Aq. destill.	100·0
Rp. Zinci sulfocarb.			
Alum. cr.	aa	1·00	
Aq. destill.		500·0	

die wir täglich am Abend injiciren lassen.

Eine Beschränkung des Prozesses auf die Pars anterior ist aber nicht so häufig. Häufiger weisen die Symptome sowohl, als die anamnesticen Angaben vorangegangener Epididymitis oder akuter Urethritis posterior darauf hin, dass die katarrhalische Entzündung auch in der Pars posterior sitzt. In diesen Fällen muss die ganze Urethra mit dem

Medikament bespült werden. Ich besorge dies lieber auf dem Wege der Diday'schen Irrigation, als mit Ultzmann's Irrigationskatheter.

Diday's Methode besteht darin, bei mässig gefüllter Blase einen Nelaton-Katheter in die Harnröhre einzuführen, bis Urin aus demselben abzufließen beginnt, und nun so lange langsam vorzuziehen, bis das Abfließen des Urins aufhört. Das Auge des Katheters liegt dann im rückwärtigsten Theile der Pars prostatica. Nun wird eine Wundspritze mit dem Adstringens (es ist gut, die Lösung zu wärmen) an das äussere Ende des Katheters angesetzt und, während derselbe langsam herausgezogen wird, langsam injiziert. Zur Injektion verwenden wir Kali hypermanganicum 0·1 : 500·0, Zincum sulfocarbolicum 1 : 500·0, Argentum nitricum 0·5 : 500·0. Unter diesen meist jeden zweiten bis dritten Tag vorzunehmenden Injektionen schwindet die Schleimhautsekretion, der Urin führt aber noch Flocken, wir haben die zweite Form, die lokalisierte Urethritis vor uns, indem die Behandlung die diffusen katarrhalischen Erscheinungen heilte, zur Heilung der lokalisierten Schleimhautinfiltrate aber nicht ausreicht.

II. Haben wir einen Fall lokalisirter Urethritis vor uns, so belehrt uns das Fehlen einer mit dem Urethrometer nachweisbaren leichten Einengung in der Pars anterior das Fehlen der die tiefergreifende Urethritis der Pars prostatica begleitenden Erscheinungen darüber, dass es sich um eine circumskripte, aber oberflächliche Erkrankung handelt. Die Lokalisation können wir ausser durch die Symptomatologie auch durch Untersuchung mit der Sonde ermitteln. Diese ergibt an der erkrankten Stelle stets eine, auch bei wiederholter Untersuchung immer auf demselben Punkt, Bulbus oder Pars prostatica lokalisierte Schmerzhaftigkeit. Unsere Aufgabe ist nun die, konzentrierte adstringierende Lösungen möglichst ausschliesslich auf die Krankheitsherde zu applizieren.

Für Herde in der Pars anterior benützen wir mit Vorliebe den Ultzmann'schen Pinselapparat zu Pinselungen mit Lösungen von Nitras argenti 1 : 30—50. Für die Pars posterior werden verschiedene Suppositorien empfohlen. Zweckmässiger als diese sind die Spritzen von Ultzmann und Tommasoli. Beide für Adstringentien, erstere für wässrige Lösungen, letztere für Lanolinsalben. Als wässrige Lösungen verwenden wir Nitras argenti und Cuprum sulfuricum in 0·1—0·5—1·0—2·0—10perz. Lösung.

Die Wirkung der wässrigen Lösungen ist eine kürzer dauernde, wird durch den nächsten Pissakt behoben. Dagegen ist die Wirkung der Lanolinsalben, die der Schleimhaut fester anhaften und nicht durch das erste Urinieren, sondern erst nach 12—24 Stunden ausgeschieden werden, eine länger dauernde, intensivere. Es empfiehlt sich also zunächst, mit den wässrigen Lösungen zu beginnen und mit deren Konzentration zu steigen, dann erst zu den Lanolinsalben überzugehen, die ja auch verschiedenen Gehalt, damit verschiedenen intensive Wirkung besitzen. Als Lanolinsalben empfehlen sich:

Creol. 1·0—3·0 oder Nitr. arg. 1·0—3·0 oder Cupr. sulf. 1·0—5·0
Lanolin. 95·0
Ol. olivar. 5·0

Diese Injektionen werden jeden zweiten bis dritten Tag applicirt.

III. Endlich haben wir noch jene Fälle zu besprechen, in denen Urethrometer oder die erwähnten Erscheinungen der Prostatorrhöe, Spermatorrhöe, sexuellen Neurasthenie uns das Vorhandensein tieferer Herde anzeigen. Hier ist die Resorption und Heilung dieser Herde zu erzielen. Herbeigeführt wird diese durch Kombination von Druck und adstringirender Wirkung. Den Druck üben wir aus durch Einlegung von Otis' Sonden von hohem Kaliber Nr. 24—30, die, successive steigend, jeden zweiten bis dritten Tag eingelegt werden und 5—10—15 Minuten in der Harnröhre liegen bleiben. Nach Entfernung derselben werden die frü-

her genannten adstringirenden Lösungen oder Lanolinsalben injiziert. Gerne verwende ich in diesen Fällen auch Jodkali-lösungen und Salben.

Rp. Kali jodati	5·0	Rp. Kali jodati	5·0
Jodi puri	0·5—2·0	Jodi puri	1·0
Aq. destill.	100·0	Lanolin.	95·0
		Ol. oliv.	5·0

Für isolirte Erkrankung der Pars posterior mit Affektion des Caput gallinaginis ist auch die Kombination von Adstringentien mit Winternitz' Psychrophor sehr zu empfehlen.

Ich habe bisher weder in der Diagnose noch Therapie des Endoskops erwähnt. Sein Werth für das Studium der Oberflächenveränderungen der Harnröhre bei chronischer Blennorrhöe bleibt unbestritten. Dasselbe ist aber bei der Diagnose und Therapie derselben weder unentbehrlich noch ausreichend.

So vermag man die tiefergreifenden, im weiteren Verlaufe zu Strikturbildung führenden Formen chronischer Blennorrhöe der Pars anterior nicht mit dem Endoskop zu diagnostizieren, muss hier stets auf Sonde und Urethrometer rekurrieren. Aber auch gründlich zu heilen vermag man sie mit dem Endoskop nicht. Denn wenn man auch die Krankheitsherde mit dem Endoskop einstellt und in der usuellen Weise mit Cuprum in Lösung oder Substanz oder sonst irgend einem Adstringens touchirt, so heilt man damit wohl den Oberflächenprozess, aber das Infiltrat in der Tiefe der Submucosa, des Corpus cavernosum bleibt unberührt, macht seine Veränderungen durch, übergeht in Bindegewebe und Schrumpfung. Das Gleiche gilt für die Hypertrophie des Caput gallinaginis.

Wir haben ja den besten Beweis hierfür in der chronischen Augenblennorrhöe, die trotz der vielfachen Touchirungen, unter denen die Granulationen wohl schwinden, doch durch Konsolidirung des submukösen Infiltrates in Narbenbildung übergeht. Gerade für die ernstesten Formen der chronischen Blennorrhöe ist also endoskopische Behandlung nicht ausreichend, sie vermag der Striktur, der chronischen Prostatitis nicht vorzubeugen, sie nicht zu heilen. Durch die neueren Studien, die bessere Kenntniss der Lokalisation und ihrer klinischen Krankheitsbilder, durch die präziseren therapeutischen Indikationen wird aber diese Methode für den praktischen Arzt immer überflüssiger werden, abgesehen davon, dass die Nothwendigkeit, an grossem Material zu lernen, aber kontinuierlich über grosses Material zu verfügen, wenn man in der nöthigen Übung bleiben will, sie dem Praktiker unzugänglich macht.

Ueber Paralysis agitans.

Klinische Studie von Dr. ALESSANDRO BORGHERINI, Professor der speziellen medizinischen Pathologie an der Universität in Padua.

(Fortsetzung.)

IV. Fall. Paralysis agitans (vollkommene Form)³⁾.

Antonio R., 64 Jahre alt, Tischler, hat eine von jeder Krankheit freie Vergangenheit und ist nach aufsteigender, sowie seitlicher Linie frei von erblicher Belastung. Nach absteigender Linie gibt er an, dass eine Tochter psychopathisch erkrankte. Er war ein starker Branntweinrinker.

Die jetzige Krankheit, nach umständlicher Erzählung seiner Frau, besteht seit 12 Jahren und entstand durch heftigen Schreck über einen Blitzschlag, der in der Nähe des Patienten einschlug. Am nächsten Tage stellte sich am Daumen der linken Hand ein Tremor ein, der seit der Zeit konstant und auf diesen Finger durch volle zwei Jahre beschränkt blieb. Der Kranke war linkshändig. Nach und nach verbreitete sich stufenweise das Zittern auf den ganzen linken Arm, erst nach fünf Jahren zeigte es sich auf dem rechten, wo es jedoch milder blieb. Der Stamm wurde später ergriffen, doch bemerkt

³⁾ Ich verdanke diese Beobachtung der Liebenswürdigkeit meines theuren Freundes Dr. Perinato, Primarius des Civilspitals zu Udine, welcher mich hiedurch zum wärmsten Danke verpflichtet.