



Über dieses Buch

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

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

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

Nutzungsrichtlinien

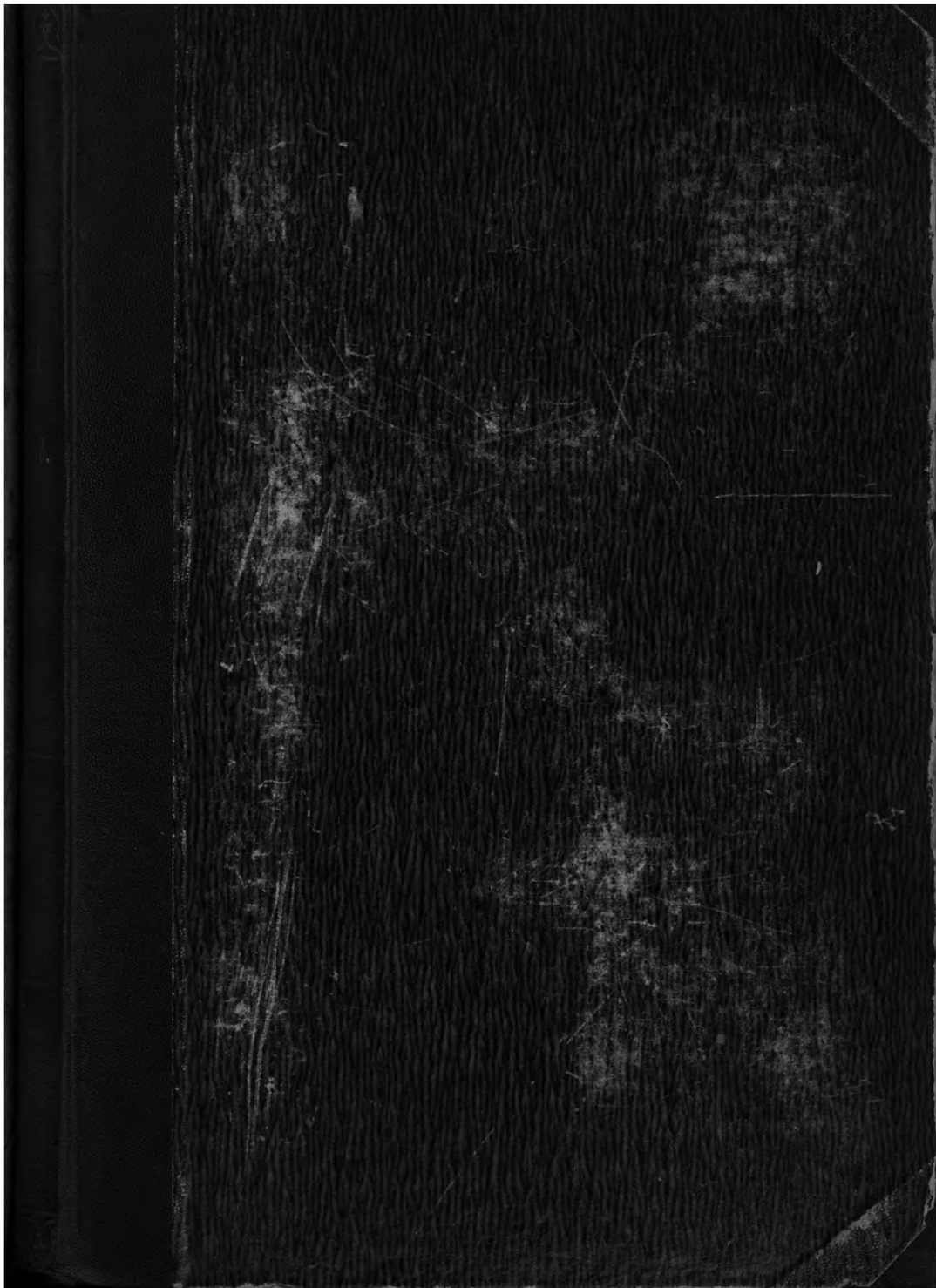
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig.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

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

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

Über Google Buchsuche

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



The University of Chicago
Libraries



GIFT OF
JULIUS ROSENWALD

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini
und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gemperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Krehner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lubinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapringer (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weill (Stuttgart), Dr. Ziern (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dreissigster Jahrgang.



Berlin 1896.

Verlag der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung.

(Oscar Coblentz.)

Wagon
to
BARABO COACH

RF1
M8

Billings
(Rocowald Trust Fund)

v. 1 - 34 0400 p. 5 (17)

1867 - 1900

I. Sach-Register.

- Abscess, perilaryngealer**, in Folge von Actinomycose 282.
 —, retropharyngealer. Typhus vor-
 spiegelnd 411.
Abscesse beim Kinde, operative Be-
 handlung der retropharyngealen 411.
 —, der Mandelumgebung, leichte Me-
 thode, gewisse zu eröffnen 554.
 —, über die, der Mandelumgebung 413.
Abscesses, ein Beitrag zur Aetiologie
 des peritonsillären 377.
Abductorenlähmung zweifelhaften Ur-
 sprunges und Bronchocele cystica und
 Dyspnoe 250.
Academy of Medicine in New-York 461.
Actinomycose, ein Fall von 282.
 —, perilaryngealer Abscess bei 98.
Adenom des rechten Stimmbandes 79.
 335.
 —, embryonaler Anlagen der Schild-
 drüse 246.
Adenome, multiple, des Larynx durch
 Thyrotomie ohne vorherige Tracheo-
 tomie exstirpiert 290.
Aetzungen des Kehlkopfes, über, mit
 concentrirter Kupfervitriollösung bei
 chronischer Laryngitis mit Aphonie
 ohne bedeutende pathologisch-anato-
 mische Veränderungen im Kehlkopf-
 feingang 159.
Allgemeininfektion, über die pyämische
 nach Ohreiterungen 510.
Amygdalitis mit nachfolgender Nephritis
 und urämischen Erscheinungen 280.
Amygdalitis, tb. chancroide ulcer. 378.
 —, chronische, colibacillärer Natur 197.
 — follicularis, über ulceröse 198.
 — —, über die Natur der, und ihr Ver-
 halten zu den infectiösen Anginen 281.
 —, lacunäre, einen eingeschlossenen
 Abscess simulirend 414.
 —, Beitrag zur Bacteriologie der acuten
 lacunären 414.
 —, lacunäre käsige, tuberculöser Natur
 414.
 — lacunata, über acute ulceröse 378.
 — ulcerosa chancriformis 198.
Anämie des Labyrinthes, die chronische,
 und die Probe mittelst des Amyl-
 nitrites 551.
Aneurysma des Aortenbogens 251.
 — — — mit rechtseitiger Stimmband-
 lähmung 287.
Angina catarrhalis und Angina pectoris,
 acute 48.
 —, combinirte gutartige, mit Serum
 behandelt 202.
 —, Diagnose der diphtheritischen 284.
 — diphtheritica und Croupnach Amygda-
 lotomie 414.
 — —, Behandlung der, mittelst Subli-
 matlösung zu 1:20 oder 1:30 in
 Glycerin 416.
 —, über diphtheritische, mit herpe-
 tischem Gepräge 416.
 —, Behandlung der diphtheritischen
 mittelst Sublimat in Glycerin aufge-
 löst 468.

Angina, ein Fall v. nichtdiphtheritischer mit Serum behandelt und tödtlichem Ausgang 201.
—, die den acuten Gelenkrheumatismus begleitende 415.
— lacunaris, bacteriologische Befunde bei 248.
—, ein Fall Ludwig'scher 204.
— membranacea, mit Roux'schem Serum behandelt 201.
—, phlegmonöse, mit Bacillus coli 469.
— pseudomembranacea, künstliche 101.
— scarlatinosa, zwei Fälle von, mittelst antistreptococcischer Serumtherapie behandelt 414.
—, über Behandlung der scarlatinösen, mittelst Marmorek'schen Serums 415.
Anginen, microbiologische Klinik der 558.
Antidiphtherieserum, die Anwendung von, im Gouvernement Poltawa 471.
Antidiphthisin 50.
Antipyrin bei Ictus laryngeus 338.
Antrum Highmori, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Processe im 39.
Aphasie, Studie über die, bei Leuten, welche mehrere Sprachen kennen 336.
—, neue Behandlungsweise der hysterischen 471.
—, urämische 466.
Aryknorpel bei einseitiger Recurrenslähmung, über das Verhalten der 98.
Asepsie, die, in der Otologie, der Rhinologie und der Laryngologie 374.
Attikeiterungen, über im Anschlusse an eine seit 33 Jahren bestehende operirte und geheilte Otorrhoe 513.
Ausspritzung der Nase, ein Apparat zur 243.
Ausspülung und Verband des Ohres und der Nase 463.
Autoscopie des Kehlkopfes, zur 132.
— des Larynx und der Trachea 211.
Bacillen, das Fortbestehen der bei von Diphtheritis geheilten Kindern 45.
Bacteriologie der Diphtherie, Laboratoriumnotizen über die 99.
Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken 161. 213. 261. 460.
— über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1892 bis 1894. 408.

Bericht über die in den beiden Etatsjahren 1890/91 und 1891/92 in der Poliklinik für Ohrenheilkunde zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle 143.
Berichtigung 272. 340.
Blutcyste, eine des Halses 465.
Blutegel im Larynx; Entfernung auf natürlichem Wege 561.
Blutegel in der Trachea 258.
Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes 91.
Blutungen und Sclerose der Thymusdrüse beim Neugeborenen 472.
Bronchialasthma, ein Fall von nervösem, bei einem 10jährigen Mädchen 473.
Bronchitis, chronische membranöse 472.
Bronchialfistel des Halses durch Electrolyse geheilt 381.
Bronchialfistel durch Electrolyse geheilt 558.
Bronchocele, acute nach Influenza 558.
Calomel bei tertiärer Laryngitis, schnelle Wirkung der subcutanen Einspritzung von 207.
Carcinom, primäres an der Bifurcation der Trachea 121.
Caries syphilitica (?) ossis ethmoidei 195.
Casuistik, Beitrag zur, der otogenen intercraniellen Complicationen 573.
Catarrh der Nase, Bemerkungen hinsichtlich der Ursache des 240.
Catarrh, postnasaler, einige Punkte, welche die Aetiologie und die Behandlung desselben betreffen 148.
Cervicalfistel mit dem Pharynx in Verbindung 465.
Chlorom beider Schläfenbeine, ein Fall von 462.
Choanen und des Nasenrachenraumes, Anomalien der 89.
Choanenverschlüsse, echte und falsche 17.
Cigarrettenrauchen, über 517.
Cocain, Tod durch Convulsionen sechs Stunden nach dem Auskratzen adenoider Vegetationen des Nasenrachenraums nach dem Gebrauch des 87.
Compendium der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende 409.
Condylome der Luftröhre 244.
Contagiosität der Diphtheritis, lange Dauer der 100.
Cornu cutaneum auriculare, un caso di 550.

- Corpus thyroideum und Morbus Basedowii 199.
- Corticalcentrum des Larynx, experimentelle Studien über das 338.
- Creosotbehandlung, über, bei Larynx- und Lungentuberculose 385.
- Creosotdämpfen, Behandlung der fötiden Bronchitis mittelst 206.
- Crico arytanoidei postici, Fall von doppelseitiger Lähmung der 101.
- Croup, zwei Fälle von, bei Kindern von 6 und 7 Monaten 284.
- , plötzlich eintretender, bei einem siebenjährigen Kinde, welches mit Larynxpapillomen behaftet war 468.
- , Kehlkopf-Intubation bei 205.
- , die laryngotrachealen Irrigationen bei 206.
- Curette, eine, zu Operationen an der Zungentonsille 197.
- Cyste, eine, der Highmorshöhle 464.
- Diaphragma**, supraglottisches, von Geburt an 289.
- Diphtherie, ein Fall von, bei einem neugeborenen Kinde 469.
- , ein mit antidiphtherischem Serum behandelter Fall von 153.
- , Behandlung der, mit Serum 248.
- , über Behandlung der, mit salzsaurem Pilocarpin 248.
- , Diagnose und Prophylaxis der 202.
- , 102 Fälle von, in der Landpraxis, behandelt mit Serum 469.
- , 120 Fälle von, behandelt mit Serum 248.
- , 130 Fälle von, in der Landpraxis, behandelt mit Serum 469.
- , 314 Fälle von, behandelt mit Serum 248.
- , die Uebertragung von, durch Nichtleidende 150.
- Diphtherie-Behandlung, Resultate der, mit Serum im Moskauer Kinder-Hospital des heil. Wladimir für das erste Halbjahr 1895. 248.
- Diphtheriefälle, 80 behandelt mit Serum im Landehospital zu Stawropol 100.
- , 143 ambulatorisch mit Serum behandelt 470.
- , 98 mit Serum behandelte 99.
- Diphtherie-Heilserums, Ueber die Ursachen der Trübung des 249.
- Diphtheritis der Conjunctiva und der Palpebra durch Serotherapie behandelt 557.
- Diphtheritis, die, im separaten Gebäude des Spital Lariboisière und ihre Behandlung mittelst des Roux'schen Serum 417.
- , mit Scarlatina verbunden 101.
- , und Serotherapie 337.
- , beim Thiere und Diphtheritis beim Menschen 286.
- , Bemerkungen über einen Fall von, mittelst Serotherapie behandelt 285.
- , vom Huhn auf ein Kind übertragen 416.
- , lacunäre acute der Mandeln 245.
- , welche von den Vögeln entsteht, experimentelle Studien über 380.
- , Uebertragung von, durch gesunde Leute 416.
- Diphtheritisbacillus, Einwirkung des Lichtes auf den 470.
- Diphtherieserum, practische Resultate der Anwendung von, im Kampfe mit Diphtherieepidemien 470.
- , Temperatursteigerungen nach Einspritzen von 100.
- Diplacusis binauralis, über 187.
- Ductus thyreoglossus. Bestehenbleiben des 258.
- O'Dwyer-Rohr, ein, in der Trachea, Tracheotomie und Extraction 564.
- Dysphagie, über, bei Larynx-tuberculose und ihre Behandlung 424.
- Ectopie**, naso-palatine, des rechten ersten oberen Mahlzahnes 464.
- Eindringen erbrochener Massen in den Larynx, plötzlicher Tod durch 560.
- Eingesendet 139.
- Eisenbahnschnnpfen, der 38.
- Eisenbahnsignale, acustische und Gehörschärfe 185.
- Electrolyse, über, der hinteren Muschelenden 464.
- , über, der Tumoren der Nasenscheidenwand und der Hyperplasien der Nasenschleimhaut 86.
- Electromotors, ein weiterer Beitrag zur Verwendung des, in der Rhinochirurgie 42.
- Embryonen, zur Anatomie der Nase menschlicher 87.
- Empyem des Antrum Highmori von 7jähr. Dauer, ein Fall von 147.
- des Sinus maxillaris tuberculösen Ursprungs 41.
- Empyems, Fall eines, der Highmorshöhle bei einem 3wöchentlichen Kinde 242.

Endometritis, complicirt mit Aphonie und Parotitis, ein Fall von 46.
 Entzündung, fibrinöse, des Pharynx und der Mandeln 553.
 —, über die wahrscheinliche pathologische Einheit der verschiedenen innerlichen und äusserlichen acuten septischen Formen von 152.
 —, der crico-arytänoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs 384.
 —, des Kehlkopfes und der Luftröhre, ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen 382.
 —, über acute, der Zungenmandel 466.
 Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes, Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen 350. 399.
 —, phlegmonöse, der Zungenmandel 412.
 Epiglottiscyste, ein Fall von 257. 340.
 Epithel, das, der Cristae und Maculae acusticae 142.
 Epithelioma des Corpus thyroideum, Metastase in der Pleura und in beiden Oberarmknochen, spontane Fractur derselben, Fibrom des Uterus 258.
 Erschütterungen, die, der Trachea bei Aortenaneurysma 251.
 Eunuchenstimme, über einen Fall von 555.
 Exothyropexie, Fall von, wegen Erstickungsgefahr bei Kropf 205.
 Expectoration, ist die, leichter nach der Intubation oder nach der Tracheotomie? 387.
 Exstirpation, totale, der Epiglottis durch die Pharyngotomia infrahyoidea 516.
 —, totale, des Kehlkopfs 49.
 Extraction eines $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser messenden Knopfes aus den hinteren Choanen 90.
Fasern, die elastischen, im Kehlkopfe 385.
 Fibromen des Larynxinnern, zwei Fälle von telangiectatischen 288.
 Fibrom der Schilddrüse 283.
 Fibropapillom des Larynx, Fall, in welchem ein, wegen seiner Grösse und Härte einen Einschnitt in das entgegengesetzte Stimmband hervorbrachte 335.
 Fistula pleuroösophagealis, ein Fall von 291.
 Fremdkörper im Larynx 206. 256.
 — der Luft- und Verdauungswege 244.

Fremdkörper, zur Casuistik der, in den Luftwegen 244.
 —, über, der oberen Luftwege und vier neue Fälle von Rhinolithen 374.
 — der obersten Luftwege 410.
 — des Oesophagus 388.
 — im Oesophagus 260.
 — in der Trachea 424.
 Fremdkörpers, Fall eines während 46 Tagen in dem linken Bronchus eingekleilt gewesenen 153.
Galvanocaustik, die Anwendung der, in den Nasenwegen 41.
 — technische Bemerkungen zur 148
 Galvanocauter, der, bei der Behandlung der gutartigen Larynxtumoren 103.
 Gangrän, über primäre, des Rachens 418.
 Gaumsegellähmung, über, nach nicht-diphtheritischer Angina 377.
 Gehirnabscess, otitischer, im linken Temporalappen. Optische Aphasie. Eröffnung durch Trepanation. Heilung 549.
 Gehörapparates. Simulation und Verkenntung von Krankheitszuständen des 389.
 Gehörorgan bei Masern, 18 Sectionsberichte über das 275.
 Geruchsmessung, qualitative 242.
 Geruchsinn, qualitative Anomalien des, und klinische Methoden, um selbe festzustellen 277.
 Gesangsarzt, der 372.
 Gesangunterrichtes, Einfluss eines schlechten, auf die Stimmbänder 472.
 Geschwülste im Nasenrachenraum, eine Vorlesung über die Behandlung der adenoiden 146.
 Gesichtsveränderung und Verstopfung der obersten Luftwege; ihre Ursachen und Mechanismus 88.
 Gesellschaft, österreich. otologische 20. 63. 134. 232. 497. 540.
 — der ung. Ohren- und Kehlkopfarzte 31. 76.
 —, schweizerische oto-laryngologische 455.
 Glasstückes, Entfernen eines, aus dem Eingang des Digestions- und Respirationstractus 386.
 Glossitis, eine neue Art von 47.
 Glottisepithelioma, über primäres, und namentlich über das locale recidivirende Epithelioma 339.
 Glottiskrampf, über 472.

- Glottispolypen, über zwei subglottische bilobäre 206.
- Glycosurie nasalen Ursprungs 89.
- Guajacol und Menthol, intralaryngeale Injectionen von, bei fötidem Auswurf 252.
- Guajacolöl in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie, Anästhesie durch 564.
- H**alsabscess, über eine neue Art von chronischem 92.
- Halsdouche, Bemerkungen über die directe 279.
- Halsfistel, über einen Fall einer medianen 151.
- Halshautemphysem, über, bei Gebärenden 409.
- Halsneurosen der klimakterischen Periode, die sensorischen 151.
- Halsrheumatismus 278.
- Halsuntersuchung, bacteriologische, bei einigen fieberhaften Krankheiten 409.
- Hämatom der Nasenseidewand, über die Behandlung des 375
- Herpes, über, des Kehlkopfes 474.
- Heuasthma, Untersuchungen über die Pathogenese des 145.
- Hörmorshöhle, chronische hämorrhagische Entzündung der 90.
- Hineinfallen der Trachealcantilen in die obersten Luftwege, Studie über das 557.
- Hirnabscess, ein Fall von multiplem otitischen 187.
- Hirnkrankheiten, Geschichte und Autopsie zweier tödtlich verlaufenen otitischen 142.
- Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter, die otitischen Erkrankungen des 82.
- Hirnsinusthrombose als Complication der Ohrenerkrankungen 463.
- Hodenatrophie durch Rheuma 424.
- Hörfeld und Hörschärfe 185
- Hörübungen, über, bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter 84.
- Husten, Behandlung des, welcher auf reflectorischem Wege von der Nase und dem Gehörorgan aus entsteht 240.
- Hygroma infrahyoideum mit Eiterung und drohender Asphyxie 419.
- Hypertrophie der Thymusdrüse, plötzlicher Tod durch 386.
- — —, über den Tod der Kinder bei 252.
- Hypertrophie der Zunge, zwei Fälle von angeborener 465.
- Hypertrophien, über polypoide, der Mandel 413.
- I**ctus laryngeus, über den 289.
- laryngis, drei Fälle von 475.
- Influenza-Otitis mit epiduralen Abscessen, drei Fälle von 187.
- Initialsymptom, ein, der Sclerose 236.
- Insectenpulver, Entzündung der obersten Luftwege durch Einathmen von 88.
- Insufficienz des Velum palatinum, zwei Fälle von 554.
- Intubation, über, des Kehlkopfes im Zusammenhang mit der Blutserum-Behandlung der Diphtherie 249.
- J**ahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen 143. 188.
- , 2., der Klinik Noltenius 447.
- , VII., vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1896 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mundkrankheiten 113.
- Jahresversammlung, dritte, der nördlichen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde 23. 69.
- Jodismus, tödtlicher, bei Kropf 421.
- Jodkali zu verabreichen, die Wichtigkeit, in zweifelhaften Fällen von Larynxkrankheiten 48.
- K**alium jodatum, Nothwendigkeit der Anwendung des, bei Larynxleiden mit zweifelhafter Diagnose 427.
- Kehlkopfes und der Luftröhre, die Krankheiten des 548.
- Kehlkopfblutung, Fall von, eine Hämostyse vortäuschend 154.
- Kehlkopfdiaphragma, ein 256.
- Kehlkopfes, ein Fall von cystischer Geschwulst des 153.
- Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis, zur Aetiologie der 155.
- Kehlkopfpapillome mit Bericht über einen interessanten Fall 151.
- Kehlkopfpolypen, zur Aetiologie der 474.
- Kehlkopfspiegel, ein zerlegbarer und sterilisirbarer 257.
- Kehlkopftuberculose, chirurgische Behandlung der 154.

Keuchhusten, scheinbarer, hervorgerufen durch einen Fremdkörper im Kehlkopf bei einem 5jährig. Mädchen 207.
 Kieferhöhle, über Fremdkörper in der 13. Kieferhöhleneiterung, bacteriologische Befunde in zehn Fällen von 194.
 Kieferhöhlenempyem, das acute, und die Frage der Selbstheilung desselben 376.
 Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung, Untersuchungen über die ?8.
 Kind in's Leben zurückzurufen, vergleichender Werth der verschiedenen Methoden, die scheinbar geborenen 43.
 Kleider, Bedeutung der, von Phthisikern herrührend 426.
 Knochenblasen in der Nase, über 38.
 Knoten, syphilitische, des Os hyoideum 155.
 Kopfknochen, Durchleuchtung der mittelst Electricität 43.
 Kopfschmerz, durch adenoide Vegetationen verursacht 240.
 Krämpfe und Mandelhypertrophie, epileptische 553.
 Krebs, ein gestielter, des Kehledeckels 383.
 —, über der Speiseröhre mit Perforation der Aorta 476.
 Kropfarten, über die Behandlung verschiedener, mit Schilddrüsenpräparaten 251.
 Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsen-nahrung 48.
 Kropf, Behandlung des, durch die Ligatur der vier Arteriae thyroideae 421.
 Kropf, Behandlung d. retrosternalen 420.
 Kropfoperationen 205.
 —, Bemerkungen über 34. 421.
 Kropf, suffocatorischer, und Zungen-tractionen 384.
 Kugel, eine, im Larynx 289.
 Kupferoxyd, schwefelsaures, bei tertiären Ulcerationen des Pharynx 410.
Labyrinthbefund eines Falles von Taubheit bei Leukämie 141.
 Labyrinthkrankungen, über apoplectiforme, bei Caissonarbeitern 341.
 Labyrinthnecrose, zur Casuistik der. Exfoliation der knöchernen Bogen-gänge und des hinteren Vorhoftheiles 522.
 Labyrinthtaubheit u. Sprachtaubheit 160.
 Lähmung der Abductoren der Stimmbänder und des Gaumensegels 286.

Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche nicht als diphtheritisch erkannt war 205.
 — des Recurrens durch Druck durch scrophulöse Drüsen 287.
 —, eines Stimmbandes in Folge eines cervicalen Aneurysma 287.
 — des linken Stimmbandes mit Lähmung des weichen Gaumens 286.
 Lamelle, congenitaler Verschluss des r. Nasenlochs durch eine knöcherne 85.
 Laryngealneurosen nach verschiedenen gynäkologischen Operationen 422.
 Laryngealstenosen und ihre Behandlung 422.
 Laryngealsyphilis, tertiäre, bei einem Erwachsenen 560.
 Laryngectomie, Operationsmethode bei der, ohne prophylactische Tracheotomie 425.
 Laryngismus stridulus, Fall von dreistündlichem, tödtlichen Anfall von bei einem neunjährigen Knaben 208.
 Laryngitis, acute, beim Kindesalter, dem Croup ähnelnd 288
 —, hämorrhagische, bei Influenza 560.
 —, oedematosa bei Kindern, über 473.
 —, — bei einem 15monatl. Kinde in Folge des Einführens eines Fremdkörpers in den Larynx 559.
 —, ein Fall v. starker traumatischer 209.
 Laryngocele, über einen Fall von 155.
 Laryngofissur, über 102.
 Laryngoscopie (Autoscopie), über die directe 60.
 Laryngo-Stroboscop, das, und d. laryngostroboscopische Untersuchung 159.
 Laryngotomia intercricothyroidea, über 423.
 Laryngotomie ohne Tracheotomie 256.
 —, die 562.
 Larynx, deformirende Arthritis deformans des 208.
 Larynx, Neurasthenie des 153.
 Larynxabscesse 253.
 Larynxanomalien, motorische 288.
 Larynxbepinselungen, zwei Todesfälle in Folge von 561.
 — mit gesättigter Kupfervitriollösung bei chronischem Catarrh mit Aphonie, ohne dass ausgesprochene Läsionen im Larynxingang sich befinden 562.
 Larynxblutung, einem Blutsturz ähnelnd 385.
 Larynxcomplicationen der Varicella, Studie über die 289.

Larynxcyste bei einer 80jähr. Frau 254.
Larynxepithelioma bei einem 23jährigen Mann 207.
Larynx-Exstirpation, über 475.
Larynxfractur in Folge von Strangulation 422.
Larynxherpes 209.
Larynxlähmung, Bemerkungen über einen Fall von tabetischer 383.
Larynxlähmungen bei Typhus 338. 423.
Larynxleiden, Pathogenie der typhösen 208.
—, spezifische Behandlung bei zweifelhafter Diagnose von 560.
Larynxmuskeln, experimentelle Untersuchungen über die feineren Functionen der 45.
Larynxödem, acutes 559.
— miasmatischen Ursprungs, acutes 559.
Larynxödem als diagnostisches Merkmal von Nierenleiden 423.
— bei Nierenleiden 560.
Larynxpapillome beim Kind, Beitrag zum Studium der 339.
—, über Behandlung der 561.
Larynxphthise, Behandlung der, durch Anwendung und durch submucöses Einspritzen von Creosot 256.
Larynxspiegel, desinficirbarer 563.
Larynxstenose mit nervöser Complication 211.
— bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhaut-Infiltration 255.
Larynxstenosen, Betrachtungen üb. 210.
Larynxstörungen, neuromotorische 473.
— bei Syringomyelitis, Bemerkungen über die 382.
Larynx tuberculose, Behandlung der 209.
— mit Krankengeschichten, Behandlung von 50.
—, subglottische 383.
Larynx tumoren, tuberculöse 474.
Larynxvaricella 423.
Larynxventrikeln, Fremdkörper (Goldstück) in den 384.
Larynx-Verletzungen, Statistisches üb. 209.
Lipo-myxo-fibrom der Mandel 377.
Löffler'schen Bacillus, Fortbestehen des, im Nasenschleim bei einem seit 15 Monaten geheilten Kinde 336.
—, Häufigkeit und Unschädlichkeit des, auf die Operationswunde nach Amygdalotomie 471.

Luftbewegung, Untersuchung über die, in der Nase während des Athmens 331.
Luftdurchgängigkeit der Nase, die exacte Messung der 89.
Luftröhre, die Krankheiten des Kehlkopfes und der 548
Lungenbrand, üb. d. Pathogenese des 387.
Lungenchirurgie 156. 427.
Lungenhernie, traumatische 259.
Lungentuberculose, der rothe Schleimhautrand um die Zähne als diagnostisches u. prognostisches Zeichen bei 95.
Lungenverletzungen, chirurgische Eingriffe bei 259.
Lymphadenom der Mandel, zwei Fälle von 334.
Malum perforans, über das, der Mundhöhle 279.
Mandelentzündung, septische, eine acute spezifische Erkrankung 149.
Mandelentzündungen, über acute, und ihre verschiedenen Arten 199.
Mandalexstirpation mittelst Scheere 198.
Mandelhusten, über 553.
Mandelhypertrophie, epilept. Krämpfe und 553.
Mandeln, larvirte Tuberculose der drei 96.
Mandelreflexe 280.
Mandelsarcom, zwei Fälle von; Tod durch Ligatur der Carotis in dem einen Fall; Recidive und Tod in dem zweiten Fall 553.
Mandelstein, ausserordentlicher Fall mit Demonstration 334.
—, sehr grosser links 414.
— links 198.
Mandeltuberculose, über die Aetiologie der, und deren Behandlung 245.
Manipulationen, zwei Todesfälle nach laryngealen 253
Meeresküste, Einfluss des Aufenthaltes an der, auf die Krankheiten der Nase, des Halses und der Ohren 195.
Membran, vollständiger Verschluss beider Nasenlöcher durch eine nahe der vorderen Oeffnung gelegene 86.
Membranen, fibrinöse, auf tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes 102.
Menschentuberculose durch einen Vogel hervorgebracht 475.
Mentholöles, über den Gebrauch des 427.
Microben des gesunden Halses 244.
Microbiologie der Angina bei Scharlach 336.

Microorganismen in der gesunden Nase 37. 277
Mittelohr-Suppuration, endocranielle Complication während des Verlaufs einer 274.
Mittheilungen, casuistische 47.
—, otologische Jankau 452.
Moskauer bacteriologischen Institute, aus dem 99.
Mumpstaubheit, über 525.
Mundseuche, die (Stomatitis epidemica, Maul- u. Klauenseuche des Menschen) 197.
Muschelenden, die hinteren 242.
Muskelatrophie, Fall v. progressiver 147.
Mycosis, über die gutartige, des Rachens und ihre Behandlung 468.
Myxoedem, Injectionen von Thyroidaldrüse bei 97.
— Behandlung des, durch den Thyroidoerethismus 283.
Nachruf an Rüdinger 518.
Nase, zur Anatomie der, menschlicher Embryonen 238.
—, Fremdkörper 27 Jahre lang in der 92.
Nasenufracturen, zur Kenntniss der 217.
Nasenhöhlen, über die normalen und pathologischen Functionen der, beim Phoniren 90.
Nasennuschel, über die Sichtbarkeit der oberen 266.
Nasen-Obturator und -Inhalator 42.
Nasen- und Rachenkrankheiten, Beitrag zur Behandlung der 515.
Nasenhöhlenraumes, über tuberculöse Vegetationen des 90.
Nasenscheidewand, Perforationen der 146.
Nasenseptums, die Aetiologie der Verbiegungen und Auswüchse am Gerüst des 486.
Nasenstein, ein aus Phosphaten gebildeter, mit einem Kirschkern als Inhalt 552.
Nasenstein, ein Fall von 147. 277.
Nasensteinen, ein Fall von, bei einem 12jährigen Mädchen 238.
Nasenhöhlenerkrankungen, zur Therapie der 91.
Nebenschilddrüsen, die, beim Menschen 246.
Nephritis, ein Fall von acuter, nach einfacher herpetischer Angina mit eclamptischen Anfällen, Bronchopneumonie, Coma und Tod 250.

Nervus phrenicus, Compression des, bei der Behandlung des Glottiskrampfes 419.
Noduli der Stimmbänder bei Kindern 419.
Nomenclatur, die anatomische 211.

Oedema glottidis als erstes Symptom des Morbus Brightii bei Erwachsenen 253
Oesophaguscarcinoms in die Aorta, Perforation eines 51.
Ohrenleiden als Ursache gewisser Facialparalysen, welche man von einer Erkältung herleitet 49.
Ohrgeräusch, ein Fall von objectiv wahrnehmbarem 58.
Ohrtrumpete, Beiträge zur vergleichen- den Anatomie der 53. 105.
Operationen, allgemeine Technik der intranasalen 243.
Orthoscopie, die, des Larynx 383.
Ovariectomie, Einfluss der doppelseitigen, auf die Stimme 554.
Ozaena, Bacteriologische Diagnose der 277.
—, über, ihre Genese und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse 515.

Papillom, diffuses subglottisches, durch endolaryngeale Methode entfernt 424.
Parästhesia pharyngolaryngea und nasalis bei Neurasthenikern, über die 94.
Pemphigus, über chronischen d. Schleimhäute 165. 224.
Perceptionsfähigkeit, zur, des normalen menschlichen Ohres 507.
Perichondritis, actinomycöse der rechten Schildknorpelhälfte 422.
— laryngea, zwei Fälle von primärer, mit günstigem Ausgang 396.
—, primäre, des Larynx mit Zerstörung der Larynxknorpel 255.
— der Larynxknorpel 382.
Petroleum mit Sublimat bei Diphtheritis und Scarlatina 471.
Pferdeblutegel unterhalb der Stimmbänder; Tracheotomie am 16. Tage; spontane Entfernung am folgenden Tage 561.
Pharyngealspasmus bei Tabetikern 379.
Pharyngitis, über eine Art, welche die Diagnose des Diabetes und des Morbus Brightii gestattet 199.

Pharyngomycosis leptothricia, zwei Fälle von Heilung der, mittelst wasserfreier Chromsäure 94.
Pharynx, seltene Localisation im, bei Syphilis 410.
Pharynxstricturen, zur Aetiologie der 94.
Pharynx tuberculose, einige Bemerkungen über 465.
Pharynxverengung in Folge syphilitischer Geschwüre 43.
Phlegmone, die sublinguale, Ludwig'sche Angina 247.
—, supracervicale, und Ludwig'sche Angina 247.
Phosphoralbumin in der Schilddrüse, über 97.
Phthisis laryngea 46.
Pityriasis rosacea durch Thyroidal-extract geheilt, ein Fall von 96.
Pneumomycosis, ein Fall von, beim Menschen 387.
Polyneuritis (puerperalis), Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der 175.
Polyp, der sogenannte blutende, der Nasenseidewand 38. 239.
—, Fall von subglottischem 103.
Posticuslähmung, doppelseitige mit Tabes dorsalis 384.
Posticusparalyse als erstes Symptom der Tabes 288.
Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels, der sogenannte 46.
Prophylaxis u. Behandlung der Bronchopneumonie nach wegen Larynxdiphtheritis ausgeführter Tracheotomie 337.
— der Diphtherie durch Antitoxine 203.
Pseudodiphtheritis u. Streptococcen 250.
— mit Streptococcen, Bronchopneumonie, Tod 284.
Pseudomembranen bei diphtheroiden Syphiliden, bacteriologische Untersuchungen der 417.
Puls, paradoxaler bei Croup 558.
Pyämie, ein Fall von, nach acuter Ohr-eiterung 512.
—, die otogene 272.
Rachenmandel, über die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen 1.
Recidive von Kropfkrebs in einer benachbarten Cervicaldrüse 421.
— nach Entfernung von adenoiden Vegetationen 240.

Recurrrens, über den 200.
Recurrenslähmung, über einseitige 44.
Reflectorträger, Stirnreif aus Hartgummi als 52.
Reflexkrampf, glossolabiolaryngealer, in Folge eines auf den Accessorius Willisii drückenden Fremdkörpers 101.
Resection des Os hyoideum 258.
—, osteoplastische, beider Oberkieferhälften nach Kocher 95.
Resoconto statistico-clinico dal 1° gennaio, 1895 al 30 giugno 1896 514.
Respirationsorgane, Behandlung der verschiedenen Krankheiten der, mittelst der intratrachealen Einspritzungen 337.
Respirationstractus, Behandlung der verschiedenen Krankheiten des, durch intratracheale Injectionen 466.
Retropharyngealabscesse, zur chirurgischen Anatomie der 33.
Retropharyngeale Abscesse und der retroviscerale Raum des Halses, die 556.
Retropharyngealer Abscess, plötzlicher Tod bei Eröffnung eines 556.
Retrovisceraler Raum des Halses, die retropharyngealen Abscesse und der 556.
Rhinitiden, vasomotorische sumpfigen Ursprungs 240.
Rhinitis caseosa, über 194.
Rhinitis, Verhältniss der primären fibrinösen, zu diphtheritischen Pseudobacillen 552.
-- fibrinosa, bacteriologische Befunde bei 375.
—, Pharyngitis, Laryngitis und Otitis, hervorgerufen durch den Pfeifferschen Bacillus 42.
—, Fall von primärer acuter oitriger, beim Kinde mit Staphylococcen, geheilt mittelst 10 proc. Menthollösung 276.
Rhinolaryngobronchitis pseudomembranacea primitiva, acute Form von 552.
Rhinolith, ein 87.
Rhinolithen, zur Casuistik der 87.
Rhinologischen Praxis, aus der zwei seltene Fälle 241.
Rhinophomia 464.
Rhinoscopia posterior, über einen Fall von 92.
Riechmesser, ein verbesserter 42.
Rundzellen-Sarcom, Bemerkungen über einen Fall von 45.

Sängerknötchen, über die Behandlung der 97.
—, endolaryngeale Entfernung von 150.
Salol, schlechte Folgen des, während einer acuten Amygdalitis verabreicht 281.
Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten 371.
Sarcom der Nase, behandelt mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus 38.
— der Nasenhöhlen; Ligatur der beiden Carotides externae: grosse Besserung 552.
— der Tonsille, zwei Fälle von 51.
— mit spindelförmigen Zellen unter den Timmbändern 335.
Schanker im Gesicht, harter 196.
— am Zahnfleisch 196.
Scharlach und frühzeitige Angina diphtheritica 557.
Scharlachfiebers, Uebertragung des, durch einen Brief 150.
Schilddrüse, über Anomalien der Entwicklung der Schilddrüse 245.
—, über den therapeutischen Werth der des Schweines 284.
— (Thyreoiditis, Strumitis), zur Aetiologie der acuten Entzündungen der 467.
Schilddrüsenbehandlung beim gewöhnlichen Kropf 252.
Schilddrüsenernährung auf das Wachstum, über die Wirkung der 334.
Schilddrüsenextract, Injectionen mit, über die Anwendung von bei 9 Fällen von Morbus Basedowii 467.
Schleimdrüsen, über im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut 37.
Schleimhautleisten, die, der Stimmlippen des Menschen 200.
Schleimpolypen der Nasenhöhlen, zur Aetiologie der 195.
— der Stimmbänder, über den Ursprung und die Structur der sogenannten 201.
Schnupfens, Studie über die Aetiologie und die Pathogenese des käsigen 91.
Scirrhus glandulae thyroideae mit zahlreichen Metastasen 467.
Scleroms der Luftwege, eine noch nicht beobachtete Complication des 477.
Septum-Abscesse, zur Behandlung der 464.
Septumdeviationen, über Behandlung von, mittelst der Trephine und der Methode von Asch 289.

Sequesters und eines Zahnes aus dem Nasenboden, Entfernen eines 90.
— aus den Nasenhöhlen, Extraction eines grossen 147.
Serotherapie, übele Zufälle, welche der zur Last gelegt werden 202.
Serum-Exanthem, über 470.
Seruminjection, über die, nach hervorgebrachten üblen Folgen bei Anwesenheit von Streptococcen 380.
Serumtherapie, die, der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin 285.
— der Therapie, zur 47.
Sinusphlebitis, ein Fall von otitischer und metastatischer Pleuritis purulenta, durch Operation geheilt 393.
Sitzungsbericht der New-Yorker Academy of Medicine 505.
Spasmus glottidis nach Tracheotomie durch Tubage geheilt 564.
Speiseröhre, Verletzung der 387.
Spontanheilung, über, von Cholesteatomen und cholesteatomähnlichen Erkrankungen in den Hohlräumen des Schläfenbeines 275.
Sprachgehör und generelles Tongehör und die Messung des letzteren durch das Gradenigo'sche Hörfeld 185.
Staphylococcen, die, und die Otorrhoe 373.
Staphyloraphie, Indicationen und Technik der 441.
Staubes, Einfluss des, der Porzellanfabriken auf die Gesundheit der Arbeiter 337.
Stecknadel, eine, in der Trachea 258.
Stein, über einen, des Warthon'schen Ganges 418.
Stenose, über angeborene, der Nasenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes 375.
Stirnhöhleeneriterung, zur Diagnose und Therapie der chronischen 194.
Stirnhöhlen-Entzündungen, Behandlung der chronischen eitrigen, mit breiter Eröffnung der vorderen Sinuswand und Drainage durch die Nasenhöhle 376.
Stomatitis und Pharyngitis mycotica leptothricia bei einem Reconvalescenten von Pleuropneumonie 278.
Streptococcen, die, des normalen und des kranken Mundes 243.
Streptococcusangina, über sogen. 469.

Streptococcusinfection 379.
Struma, zur Aetiologie der 466.
Stümmheit, ein Fall von hysterischer 472.
— — — — — mit Agraphie und
systematischer Facialisparalyse 287.
Stummsein, Behandlung des hysterischen, mittelst Aetherisation 555.
Stummsein, hysterisches 250.
—, über eine sogenannte Wunderheilung eines Falles von hysterischem 379.
—, ein Fall von hysterischem, mit Erhaltung des Singvermögens 287.
Sulla tecnica operatoria degli accessi acuti intramastoidi in rapporto colla loro patologia 513.
Supraclaviculardrüsenschwellung, diagnostischer und prognostischer Werth der 51.
Symptomencomplex, der Ménière'sche 84.
Syphilis, Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und Larynx bei der 43.
Syphilom behandelten und geheilten Kranken, Vorstellung eines mit colossalem, an der rechten Larynx- und Halsseite sitzenden 208.

Tachycardie durch Nasenpolypen hervorgerufen 278.
Tachycardie, Fall von, durch Druck auf den rechten Pneumogastricus während des Verlaufs von Lungentuberculose mit Schwellung der Tracheobronchialdrüsen 425.
Tamarinden kern im rechten Bronchus; Section 559.
Taubheit, die Ermittlung einseitiger completer 140.
Taubstummen-Statistik in Niederland 36.
Taubstümmheit durch Otitis interna, ein histologischer Beitrag zur 141.
Thyroidalkrebs, über 283.
Thyroidectomy mit nachfolgender Resection der Cartilago cricoidea und der fünf oberen Trachealringe 247.
Thyroiditis, acute, mit Ausgang in Resolution 200.
— mit Pneumococcen nach einer Pneumonie 246.
Thyrotomie, über Indicationen, Ausführung und Folgen der 426.
— wegen Larynxsarcom 211.
Tinnitus aurium, die electricische Behandlung des 287.

Tongrenze, zur diagnostischen Verwerthung der oberen und unteren 139.
Tonsillen, epileptiforme Krisen und Hypertrophie der 377.
Tonsillitis lacunaris, die infectiöse Natur der 282.
Totalexstirpation einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane 196.
Toxine, Eingangspforte der 203,
Trachealcantülen, über 529.
Trachealcarcinom, Beitrag zum primären 207.
Trachealdiphtheritis, ein seltener Fall von 204.
Trachealecarteur, neues 425.
Trachealkrebs, primärer 425.
Trachealspeiseröhrenfistel actinomycotischen Ursprunges 425.
Trachealstenosen mittelst Electrolyse, über die Behandlung von 291.
Trachealstenosen, klinische und pathologisch-anatomische Studie über primäre 259.
Tracheotomie behufs Entfernung eines Fremdkörpers 47.
— mit directem Luftenblasen in Fällen von Asphyxie bei allgemeiner Anästhesie 563.
—, wann soll man bei Croup dieselbe ausführen? 418.
— wegen Entzündung des laryngealen Zellgewebes, zwei Fälle von 563.
— wegen Erstickungskropf 420.
— wegen Fremdkörper in den oberen Luftwegen 410.
Tracheoscopy, die, und die tracheoscopischen Operationen bei Tracheotomirten 386.
Traktionen der Zunge bei Singultus 378.
Traumatische Längswunde und Durchtrennung des rechten Stimmbandes durch einen schneidenden Fremdkörper 555.
Trigeminusneuralgie und Nasenerkrankung 98.
Trommelfell, Atlas der Beleuchtungsbilder des, im gesunden und kranken Zustande 369.
Tuberculin, über den Werth des, bei der Diagnose der Tuberculose beim Rindvieh 426.
Tuberculose der Aorta 206.
Tuberculose, zwei bemerkenswerthe Fälle von, der obersten Athmungswege 289.

Tuberculose des Corpus thyroideum 258.
Tuberculose, über frühzeitige Diagnose der, beim Menschen mittelst schwacher Dosen Tuberculin 427.

Tuberculose zu Diphtheritis. Verhalten der 204.

Tuberculose, acute perforirende, des Gaumensegels 411.

Tuberculose der Glandula parotis 385.

Tuberculose, larvirte, der drei Mandeln 279. 280.

Tuberculosis ab ingestis, Bericht der zum Studium der, eingesetzten Commission 290.

Tuberkelbacillus in der Nase des gesunden Menschen, Vorhandensein des 86.

Tumoren, blutende, der Nasenscheidewand, Beitrag zur Aetiologie der 238.

Typhus, pharyngeale Localisation des 381.

Ulcus der Epiglottis, tuberculöses, mit Auskratzen und Milchsäure behandelt 291.

Vegenerationen, soll man die adenoiden ohne Ausnahme operiren? 147.

—, adenoiden bei Taubstummen 429.

—, die tuberculösen adenoiden 551.

—, tuberculöse adenoiden 515.

Veränderungen, über im Blute und einigen Organen bei Kaninchen nach subcutaner Injection von Antidiphtherieserum 249.

Verengung der Bronchien in Folge des Scleroms 255.

Verengungen, die Behandlung von, des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincantilen nach Mikulicz 254.

—, über, des Pharynxeinganges 517.

Verhandlungen des ersten österr. Otologentages 293.

Verwachsung, angeborene, der Nasenöffnungen 179.

Vögeldiphtheritis, menschliche und 381.

Voltolini und die Autoscopie des Kehlkopfes 269.

— und die Autoscopie der Luftwege 182.

Wasserdampfes, über Wirkung des, als Hilfsmittel bei der Serotherapie bei Diphtherie 417.

Weisheitszahn, fehlerhafte Entwicklung eines 516.

Worttaubheit, über urämische 418.

Wucherungen, adenoiden im Schlunde 151.

Zähne, gemeinnützige Darstellung über Entstehung, Pflege und Erhaltung der 160.

Zahn am Eingang des rechten Nasenloches mit Reflexsymptomen 278.

Zunge, Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen 376.

Zungenbeingegend, schwere Verletzung der oberen linken 517.

Zungenfremdkörper, über einen 412.

Zungenmandel, über Abscesse der 96.

Zungenpapillitis, über 196.

Zungenpsoriasis 279.

Zungencontractionen, über rhythmische, gegen Asphyxie nach Tracheotomie 412.

II. Namen-Register.

Abate 423. 560.
Adams 244.
d'Aguannon 379.
Alt 137. 234. 235. 324.
326. 341. 497. 525. 541.
547.
Ambler 382.
Améro 253.
Andreisen 95.
Anrovy 29.
Ansiaux 284.
Anthelme-Combe 414.
Alkins 388.
Asch 506.
Auclair 415.
Avellis 372. 376.
Ayler 462.
Babes 387.
Bachmaninow 246.
Baginsky 285.
Baidon 424.
Ballet 287. 418.
Bar 473.
Baratoux 196.
Barbier 197. 204.
Bareggi 42.
Bark 150.
Barr 146.
Barcki 248.
Barth 520.
Baumgarten 17.
Baurowicz 47. 94. 255.
Bayer 89. 515.
Baylie 559.
Beauchant 557.
Beausoleil 91. 155. 466.
Beck 258.

Behrens 506.
Benda 200.
Bensaude 246.
Bergeat 52. 266. 486.
Bergengrün 155. 256.
Besançon 243. 469.
Beverley 240.
Bidon 419.
Billot 557.
Bing 68. 306.
Birkett 211. 335.
Blau 408.
Bland Sutton 151.
Bliss 198.
Bloch 140.
Blumenau 418.
Boeckel 421.
Boeke 77. 78. 82.
Boeninghaus 37.
Boerger 553.
Bogrow 467.
Bonain 559.
Bornay 426.
Botey 94. 198.
Boucheron 289.
Boulay 338. 377. 464. 553.
Poulengier 278.
Bourges 205. 377. 417.
Bourowicz 383.
Bouveret 149.
Bowly 250. 251.
Braislin 278.
Breton 284.
Brieger 510.
Brindel 209. 278. 414. 421.
424. 426. 474. 517.
Brissaud 199.
Broeckaert 338.

Brongdeest 26. 71. 75.
Brown 253.
Brühl 504. 546.
Brunner 139.
Bruns 48. 289.
Brusgin 99.
Bürkner 143.
Burger 26. 29. 73. 75.
Butler 334.
Butz 464.
Büys 414.
Cagney 288.
Caille 414.
Caleb 47.
Carduell 258.
de la Carrière 418.
Cartaz 334. 382.
Casselberry 208.
Castex 153. 425. 554.
Chamberlain 45.
Chantemesse 246.
Chaplin 206.
Chappell 240. 256. 258. 461.
505.
Charrin 203.
Chas 50.
Chatelain 414.
Chiari 201. 467.
Chincini 418. 563.
Chlebnikow 100.
Chyles 506.
Claisse 472.
Clark 474.
Claude 383.
Cole 416.
Collet 289.
Collignon 471.

Collier 98. 205.
 Compaired 209. 560.
 Conchon 421.
 Coosemans 550.
 Coradecchi 250. 381.
 Corradi 210. 385. 379. 387.
 Courmont 379.
 Cravy 97.
 Curtis 472.

Daae 243.
 Dalby 151.
 Danziger 175. 331.
 Danlos 196.
 Delattre 289.
 Delavan 505. 506.
 Delbet 247.
 Delie 198.
 Denker 393. 452.
 Didsburg 44.
 Dieulafoy 96. 279. 280. 416
 Derville 412.
 Deschin 465.
 Dmochowski 39.
 Donsae 339.
 Dreyer 248.
 Dreyfuss 143. 188.
 Drosdowsky 476.
 Dubois 279. 415.
 Dubousquet-Laborderie
 414.
 Durante 472. 475.
 Durham 258.
 Dzerzgovski 249.

Egger 554.
 Egidi 422.
 Ehlich 181.
 Eicat 375.
 Elliot 155.
 Ephraim 60.
 Ertler 515.
 Escat 412.
 Evans 563.
 Ewald 51.

Fage 277.
 Falkenberg 95. 245.
 Ferras 154. 385.
 Ferrieri 422.
 Finlayson 287.
 Flatau 371.
 du Fougeray 276. 427.
 Fournier 412.
 Fränkel 38. 46. 211. 282.
 Frankenberger 430.

v. Frankl - Hochwart 84.
 309. 498. 543. 546.
 Freudenthal 38. 148. 239.
 461.
 Freund 160.
 Freytag 217.
 Friedrich 385.
 Furet 553.

Gaillard 206.
 Galeiani 101.
 Galippe 279.
 Gallez 286. 380.
 Galliard 200
 Gangolphe 420.
 Garel 199. 289. 518.
 de Gassicourt 202.
 Le Gendre 336.
 Gerber 241. 552.
 Geschelin 253.
 Ghika 556.
 Gioffredi 250. 555.
 Girode 51.
 Gleitsmann 41. 154. 209.
 239. 505.
 Glissau 410
 Glover 552.
 Goldschmidt 396.
 Gomperz 185. 307. 322.
 328. 329. 498.
 Goodall 204.
 Goodwillie 461.
 Gornow 469.
 Gortinska 248.
 Gouguenheim 146. 413. 417.
 Goureau 468.
 Gradenigo 147. 185. 514.
 Grasset 150. 427.
 Gratia 381.
 Greidenberg 242.
 Greuner 208
 Griffin 244. 287.
 Gruber 21. 68. 67. 136.
 138. 161. 214. 232. 234.
 235. 261. 293. 303. 304.
 309. 310. 311. 319 323.
 324 330. 522. 525. 541.
 542 460. 498. 502.
 Guelpa 206.
 Guesheline 561.
 Guida 419.
 Guinard 147.
 Guinon 201.
 Guranowski 522.
 Guye 71. 72. 73.

Haase 99.
 Hallé 423.
 Haller 470.
 Hammerschlag 329.
 Hanot 206.
 Hartmann 205.
 Haug 377.
 Haushalter 386.
 Hawkins 101. 384.
 Hegetschweiler 457.
 Helat 464.
 Heller 297.
 Hellmann 195
 Helme 197. 373. 374.
 Helot 86.
 Herbe 387.
 Herck 464
 Hermet 147.
 Herrmann 194.
 Herthoghe 334.
 Herzfeld 194.
 Hessler 272.
 Hewlett 37. 277.
 Heydecker 410.
 Heydenreich 387. 420.
 Heymann 43.
 Holmes 153.
 Hopkins 240.
 Hopmann 89.
 Hudelo 417.

Ikawitz 466.
 Irsai 78.
 Jaccoud 250.
 Jankau 507.
 Jéal 145. 280.
 Jones 237.
 Jonquière 458. 459.
 Josias 281.
 Jouslain 463.

Kafemann 42.
 Katzenstein 385.
 Kaufmann 134. 323. 543.
 545. 499. 500. 502. 504.
 Kayser 89. 142.
 Kiffin 558.
 Kijewski 102.
 Killian 87. 238. 257. 554.
 Kirstein 139. 182. 211. 272.
 Kissel 473.
 Klingel 194.
 Knapp 90. 142.
 Knight 462.
 Koch 103.
 Koplik 245.

Kürner 82. 462.
Kohtowt 470.
Kossortow 249.
Krasnobajew 472.
Kraus 211.
Kreidel 137.
Krepuska 77. 82.
Kroll 26. 472.
Kümmel 254.
Labit 555
Laborde 384.
Lacoarret 424.
Laker 196.
Landouzy 558.
Langier 422.
Lannois 49.
Lauphear 51. 553.
Lantin 374.
Lanz 284.
Laurens 242. 559. 564.
Lavisé 421.
Lavrand 88. 195.
Ledermann 552.
Ledoux-Lebard 470.
Lefébure 425.
Legendre 100.
Legneu 385.
Lemaistre 337.
Lemariéy 413.
Lemoine 336. 411.
Lépine 378.
Lermoyez 90. 197. 243. 373.
374. 513. 551.
Lesin 464.
Lévi 559.
Levrey 556. 564.
Levy 50.
Léwi 246.
Liaras 421.
Lichtenberg 33. 35. 513.
Lichtwitz 471.
Lichwitz 381. 555. 558.
Liebe 179.
Lindt 456.
Logucki 377.
Lublinski 423.
Luc 195. 207. 376. 468.
Lucatello 208.
Lunin 87.
Mackenzie 153. 254.
Macore 386
Malinowski 248.
Malutin 238.
Manchot 411.

Marfan 284. 423.
Marie 246. 252.
Marien 385.
Marsh 290.
Martin 258.
Martin-Durr 251.
Massei 47. 199.
Max 68. 236. 307. 308. 540.
Mayer 85. 86. 255.
Mayo 564.
Mendel 198. 207. 338. 378.
383. 474.
Merklen 338.
Meyer 248. 375. 457. 505.
506.
Michailow 291.
Michelsen 471.
Mitchell 560.
Moellinsky 463.
Moizard 201. 412. 416.
Molinié 424.
Moll 25. 26. 27. 28. 71.
74. 75.
Moncorgé 475.
Monnier 96. 375.
Monod 337.
Morf 458.
Morgan 153.
Morkotun 97.
Moty 516.
du Moncel 100.
Moure 378. 419.
Mouriez 410.
Moussons 337.
Mulford 240.
Mulhall 517.
Mussy 252.
Mygind 43.
Nade 559.
Naught 252.
Navratil, von, 33.
Némai 77. 78. 79.
Neumann 45.
Newcomb 91.
Nicaise 409
Niehaus 458.
Noltenius 447.
Noquet 87. 257. 340.
Norval 38.
Nunn 101.
Oertel 159.
Onodi 287. 428.
Ostmann 389.

Pacinoth 101.
Palazzolo 561.
Pauzat 561.
Péan 49. 247.
Peck 150. 416.
Pel 25. 26. 288.
Percepiéd 468.
Périer 56. 562.
Perrip 101.
Perruchet 475.
Philippi 506.
Pieniazek 386.
Pierce 154.
Pinard 43.
Pinder 147.
Pitres 336.
Pluder 239.
Podack 552.
Pogrebinsky 207. 425.
Poli 98. 282.
Polieoktow 249. 469.
Politzer 22. 135. 234. 235.
295. 305. 309. 310. 316.
324. 369. 498. 499. 502.
541. 544. 547.
Pollak 68. 234. 293. 326.
502.
Polo 552.
Polyák 78. 79.
Poncet 282. 283. 422. 425.
Poyet 97.
de Pradel 207.
Praetorius 160
Prieur 412.
Przedborski 350. 399.
Ptocas 247.
Quénu 259.
Rachet 260.
Radzich 102.
Rangé 90. 92. 473.
Reclus 92.
Redmer 275.
Reinhard 27. 29. 75.
Reintjes 23. 25.
Rendu 100. 466.
Reuter 242.
Reynier 259.
Revillod 204. 279.
Rice 48. 427. 560.
Richelot 423.
Ridola 258.
Ripault 204. 277.

Ripaut 557.
de Roaldès 384.
Robinson 461. 462.
Rocaz 337.
Rochard 411.
Roemisch 98.
Röpke 512.
Rosenbaum 516.
Rosenberg 465. 470.
Rosenheim 46.
Rosenthal 93. 556.
de Rossi 288
Rouffilange 201.
Rousseaux 103.
Roux 205.
Rudolph 275.
Rüdinger 518.
Rupp 461.
Rutten 208.

Sacaze 414.
Samgin 248.
Sandfort 87. 90.
Santi 410.
Santucci 339.
Sargnon 560.
Scatchard 96.
Schech 194. 548.
Scheibe 141.
Scheier 209.
Schleicher 30.
Schmiegelow 274. 376.
Schroeder 409.
Schroetter, von, 477. 522.
Schwager 58.
Schwendt 455.
Secrétan 459.
Semon 151. 244 286. 335.
Sendziak 238. 384.
Serapin 251.
Serenin 90.
Setschkarow 470.

Sevestre 45. 202. 380.
Shuttleworth 99.
Siebenmann 456. 458.
Siegel 197.
Siethoft, ten. 73.
Sikkel 69. 71.
Simonis 285.
Simpson 462 506.
-iraud 250.
Smith 462.
v. Sokolowski 382.
Sokolowsky 289.
Sollier 287.
Spencer 283.
Spengler 291.
Spicer 286. 287.
Spira 308. 309.
Spralling 88.
Stetter 113.
Stieda 38. 255.
Stipanits 78. 79.
Stocquart 200.
Störck 385.
Straight 240.
Straus 86.
Strazza 259.
Swiatlowski 471.
Symes 409.
Symonds 291.
Szenes 35. 78. 80.

Talamon 411.
Terrier 475.
Thibierge 202.
Thiéry 563.
Thomas 337. 379. 466.
Thomson 37. 277.
Thost 1. 165. 224. 529.
Thouvenet 280.
Tidey 149.
Tillaux 44.
Tissot 517.

Toti 513. 561.
Touchard 288.
Treitel 187.
Tochlenow 469.
Tuffier 427.
Turner 467.
Tussau 245.

Urbantschitsch 65. 67. 84.
234 235. 300. 301. 309.
319. 393. 497. 498. 499.
543. 544. 546.

Variot 417. 558.
Vedel 427.
Vinogradski 562.
Vulpius 148. 187.

Wagenhäuser 141.
Wagnier 94 206. 428.
Waldow 88.
Walter 465.
Waring 92.
Watson 278
Weber 426.
v Weismayr 477.
Whright 461. 462. 506.
Widal 243. 469.
Williams 256.
Winckler 91. 197.
Wingrave 465.
Winogradski 159.
Wischnakow 244.
Wolfenden 261.
Wolf 42.

Zaufal 476. 549.
Ziem 13. 132. 272.
Zilgren 48.
Zuckerhandl 53 105.
Zwaardemaker 31. 42. 70.
71. 73. 185. 236. 242. 277.
Zwillinger 31. 76. 78. 80.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofer** (Frag), Docent Dr. **Gemperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapinger** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störek** (Wien), Prof. Dr. **Ströbling** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Januar 1896.

No. 1.

I. Originalien.

Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel.

Vortrag

gehalten auf der 67. Versamml. Deutscher Naturforscher und Aerzte in Lübeck.

Von

Dr. Arthur Thost, Hamburg.

Jedem Arzt, der früher in anderen Provinzen Deutschlands mit den Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes sich beschäftigte und der dann in unsere Norddeutsche Tiefebene übersiedelt, speciell in die an der Seeküste gelegenen Orte, muss es sofort auffallen, dass dort eine ganz ausserordentlich grosse Anzahl von Menschen, besonders Kinder, an den Symptomen und Folgekrankheiten einer Hyperplasie der Rachenmandel leidet.

Es unterliegt für den beobachtenden Arzt keinem Zweifel, dass trotz der oft wiederholten gegentheiligen Meinungen dem Klima die Hauptrolle als Ursache zufällt. Speciell für Hamburg wird diese Beobachtung mitgetheilt von Schalle, ferner von Eugen Fränkel, gelegentlich des Londoner Congresses.

Ich selbst kann, nachdem ich Anfangs vorwiegend in Süddeutschland und Oesterreich diese Krankheiten studirte, nach einer jetzt zehnjährigen specialistischen Thätigkeit hier dieselbe vollauf bestätigen und halte es für keinen Zufall, dass gerade in Dänemark, England und in Norddeutschland die ersten und häufigsten Beobachtungen dieser Erkrankung gemacht worden sind. Ein Blick in das jüngst in Nothnagel's Sammelwerk erschienene Buch von Störk, der nur Wiener Material beobachtete, bestätigt gleichfalls diese Beobachtung.

Hyperplasie der Rachenmandeln kommt ebenso, wie die Hyperplasie der Gaumenmandeln ja natürlich in allen Klimaten vor, denn nächst dem Klima sind die Infectionskrankheiten, in erster Linie Scharlach und Masern, die häufigste Ursache der Schwellung jener Organe und diese Krankheiten sind ja vom Klima unabhängig.

Ich habe bei der ganz enormen Anzahl von Fällen (eine genauere statistische Uebersicht will ich später einmal bringen), die ich in der Poliklinik, in der Privatpraxis und im Krankenhause sah, auf Schädel- und Kieferform, auf Race und Abstammung und auf allgemeine Ernährung mein besonderes Augenmerk gerichtet und fand die Erkrankung bei Reich und Arm, bei den Langschädeln mit hohen Kiefern und enger Nase ebenso häufig, wie bei den Rundschädeln mit flachen Kiefern und weiter Nase, und ebenso wenig ist mir eine besondere Häufigkeit bei den zahlreich hier lebenden Familien englischer Abstammung oder bei den Kindern aus israelitischen Familien aufgefallen.

Dagegen ist das erbliche Moment in die Augen springend.

Ich habe ganze Familien, oft fünf und mehr Kinder mit hyperplastischen Rachenmandeln in Behandlung bekommen und oft brachte die Mutter, nachdem ich die älteren Kinder operirt, das Neugeborene mit derselben Klage. Wiederholt brachten auch Mütter, die früher von mir oder von anderer Seite operirt waren, ihre Kinder mit der gleichen Erkrankung und mit der selbst gestellten Diagnose, die ich nur zu bestätigen hatte.

Ich habe dann eine grosse Reihe von Kindern mit hyperplastischen Rachenmandeln behandelt, deren Eltern an Residuen alter Mittelohreiterungen oder auch, und das war mir besonders interessant festzustellen, an progressiver Schwerhörigkeit litten.

Ich verfüge über hunderte von Beispielen dieses Zusammenhanges. Es kann nach diesem häufigen Zusammentreffen kein Zweifel sein, dass Hyperplasie der Rachenmandeln erblich ist und dass sie angeboren vorkommt. Letzterer Punkt ist von Eugen Fränkel, der das gleiche Material hier beobachtete, an der Leiche festgestellt worden.

Als eine interessante, gleichfalls durch zahlreiche Beobachtungen gestützte Thatsache kann ich mittheilen, dass von mehreren Geschwistern, die von Eltern stammten, von denen eines an Schwerhörigkeit litt, die einen, die dem schwerhörigen Theil auch äusserlich glichen, an hyperplastischen Rachenmandeln litten, während die Kinder, die dem ohrgesunden Vater resp. Mutter ähnlich waren, davon freibleiben.

Die Beobachtungen des weiteren Verlaufs solcher Fälle, wo ich Gelegenheit hatte, den schädlichen Einfluss der hyperplastischen Rachenmandeln durch zwei, ja selbst drei Generationen zu verfolgen und den günstigen Einfluss einer sorgfältigen Behandlung resp. Operation dieses

Gebildes, hat mich mit den Jahren immer mehr dazu geführt, diese Erkrankungen, namentlich für das Gehörorgan, für sehr folgenschwer zu halten und mit wenigen Ausnahmen auf die allergründlichste Entfernung der Rachenmandeln, auf eine völlige Exstirpation oder Tonsillotomie zu drängen.

Eine nur theilweise Entfernung der Rachenmandeln, wie sie von manchen Seiten noch empfohlen wird, giebt, nach meinen Beobachtungen, nur halbe Resultate, ja in einer Reihe von Fällen habe ich den bestimmten Eindruck gewonnen, als ob auf solche Eingriffe durch den Reiz eine neue Infiltration des Restes mit Steigerung der früheren Beschwerden erfolgt sei.

Ich habe den Ausdruck „adenoide Vegetationen“ oder „Wucherungen“ sorgfältig vermieden, weil ich bei der totalen Entfernung der Rachenmandeln, die ich mit dem Gottstein'schen ursprünglichen Ringmesser, bei Kindern meist in leichter Narcose und, wenn irgend möglich, in einem Stück entferne, ein so anatomisch sich gleich bleibendes Gebilde erhielt, welches mit dem Namen „Wucherungen“ oder „Vegetationen“ nicht bezeichnet werden kann.

Sie wissen, es ist ein alter Streit, der um diesen Namen geführt wird. Für mich maassgebend ist es, dass die Beobachter, die anatomisch und an der Leiche, an guten Präparaten ihre Studien machten, immer nur von einer „Tonsille“ sprechen, so Luschka und nach ihm vor Allem Trautmann, der auf diesen speciellen Punkt hin wohl die meisten Präparate untersucht hat (für seine erste Publication allein 190 Sectionen).

Er gewann seine Präparate mittelst der Wendt'schen Schnittmethode, die den grossen Vortheil bietet, die Theile in toto völlig unberührt aus der Leiche entnehmen zu können.

Vergleicht man damit die üblichen Zeichnungen, die nach Spiegelbildern mit Zurhilfenahme von etwas Phantasie gefertigt sind, so erklärt sich leicht, warum die Einen von Vegetationen oder Wucherungen sprechen, die Anderen von einer Tonsille.

Die in toto bis auf die bindegewebige Basis operativ entfernten Rachenmandeln, von denen ich eine reiche Sammlung besitze, entsprechen vollkommen den Abbildungen der Anatomen.

W. Meyer in Kopenhagen, „der Vater der adenoiden Vegetationen“, hat auf dem Londoner Congress auch nur deshalb für die Bezeichnung „adenoide Vegetationen“ plaidirt, weil diese beiden Worte in ihren Hauptbestandtheilen in allen gebildeten Sprachen sich gleich bleiben und das internationale Verständniss dadurch erleichtert wird.

Mit den Trautmann'schen Angaben stimme ich auch in dem von diesem Autor immer wieder betonten Punkt überein, dass ich an der Tubenmündung selbst nie „adenoide Wucherungen“ gesehen.

Nach dem Spiegelbild scheint das allerdings häufig der Fall zu sein, wenn aber die hyperplastische Tonsille vom Rachendach in toto entfernt war, habe ich bei späteren Untersuchungen an diesen Stellen nie Wucherungen entdecken können. Dagegen habe ich in den meisten Fällen jene diffusen Schwellungen der Tubenschleimhaut gesehen, die unser französischer College Löwenberg nicht unpassend mit der Portio vaginalis uteri (un petit col utérin) vergleicht.

Dieser Punkt ist ja von einem gewissen Werth für die Aetiologie der im Gefolge der hyperplastischen Rachenmandeln auftretenden Ohrenkrankheiten.

In einer grossen Zahl von Fällen dagegen sah ich bei Patienten im zweiten und dritten Decennium jene ebenfalls schon häufig beschriebenen Stränge und Leisten, die von der Tube zum Rachendach ziehen und die für die richtige Function der Tube gewiss sehr hinderlich sind.

Moos hat auf einer Versammlung befreundeter Ohrenärzte 1884 in Strassburg über 3 Fälle berichtet, wo es infolge von Bindegewebswucherungen in den Rosenmüller'schen Gruben, die er als „Reste von adenoiden Wucherungen“ auffaste, zur völligen Abknickung der Tube gekommen war.

Ich kann diesen Fällen aus eigener Erfahrung einen Fall beifügen:

Anna C . . . , jetzt 18 Jahre alt, war von mir als Kind wegen mässig vergrösserter Rachentonsille operirt worden.

Ich operirte damals mit der Woakes'schen Zange und konnte bei dem ängstlichen Kind immer nur mit Schwierigkeiten zum Ziele kommen. Die Beschwerden waren gehoben, Patientin war mehrere Jahre auswärts in Pension, wurde dort nochmals behandelt.

Vor 2 Jahren stellte sie sich wieder vor mit der Klage über zeitweilige Schwerhörigkeit mit Schmerzen im rechten Ohr.

In der Familie war keine Schwerhörigkeit, doch habe ich später noch 3 Brüder als Patienten an hyperplastischer Rachentonsille in Narcose operirt.

Ich fand im Nasenrachenraum einen festen narbigen Strang, von der rechten Tube zum Rachendach ziehend, die Tubenmündung selbst, namentlich bei den Attacken, geröthet und geschwollen. Offenbar hatte ein Rest der Rachenmandel an dieser Stelle sich zurückgebildet und den Strang formirt.

Die Entfernung dieser Brücke brachte Heilung, der Catheter beseitigte leicht die Schwerhörigkeit.

Solche Stränge findet man auch, ohne dass sie Erscheinungen machen, sehr häufig bei Erwachsenen, und man kann sich insonderheit die von der Tube zum Rachendach ziehenden Stränge nur so entstanden denken, dass es infolge der häufigen und heftigen Entzündungen der Rachenmandeln an den Stellen, wo dieselbe die Tube berührt, ähnlich wie in der Nase, zwischen Septum und hypertrophischer Muschel zu einer Verwachsung kommt und dass bei der bindegewebigen Rückbildung der Rachenmandel diese Stränge zurückbleiben.

Bei einem etwa 20jährigen Mädchen, das mich wegen enorm vergrösserter Gaumenmandeln und einer grossen Drüse am rechten Kieferwinkel consultirte, sah ich zwei solcher weit vorspringender Stränge, ganz symmetrisch von der Tube zum Mittelpunkt des Rachendaches ziehend, so dass dieselben wie ein Stützbogen das Rachengewölbe zu halten schienen. Im Uebrigen war die Rachenmandel ganz normal zurückgebildet.

Die Untersuchungen über die Entwicklungen der Rachentonsille und über den microscopischen Bau der voll entwickelten Tonsille (Köllicker, Stöhr, Schwabach) haben ergeben, dass dieses Organ

bis auf unbedeutende Kleinigkeiten absolut gleich ist der Entwicklung und dem Bau der Gaumenmandeln.

Genauere klinische Beobachtungen zeigen uns nun, dass auch die Physiologie und Pathologie der Rachenmandel genau übereinstimmen mit den physiologischen und pathologischen Vorgängen, die wir an den Gaumenmandeln beobachten.

Stöhr hat nachgewiesen, dass das adenoide Gewebe am Rachen-
dach beim Fötus sich entwickelt durch Einwanderung lymphoider
Zellen in das reticuläre Bindegewebe daselbst, dass aber diese ein-
gewanderten Zellen sich dort nicht allein festsetzen, sondern, dass ein
continuirliches Durchwandern durch das im Uebrigen intacte Epithel
stattfindet, und zwar nicht nur während der Entwicklung dieses Ge-
bildes, sondern auch wenn die Rachenmandel ausgebildet ist, und dass
die gleichen Vorgänge statthaben bei den Gaumenmandeln und bei der
Zungentonsille, welche letztere dieser Forscher, weil sie sich am spätesten
entwickelt, besonders zur Untersuchung dieser Vorgänge verwendete.

Bei der erkrankten hyperplastischen Tonsille ist diese Auswande-
rung gesteigert, das Epithel bleibt dann nicht mehr intact, sondern
wird zu einer secernirenden Fläche, die oft enorme Mengen Secret
liefert.

Diese Vorgänge sind höchst beachtenswerth und wichtig zur Er-
klärung gewisser Krankheitserscheinungen.

An microscopischen Schnitten sowohl der Rachenmandel, als der
Gaumenmandeln sieht man deutlich dies Verhalten des Epithels (vgl.
auch Figur 40 und 42 in Seiffert's Atlas der Histopathologie etc.).

Es würde natürlich weit über den Rahmen dieses Vortrags hinaus-
gehen, wollte ich alle bei dieser Erkrankung beobachteten Symptome
und Folgekrankheiten nur berühren. Ich möchte aber an der Hand
instructiver Krankengeschichten einige seltenere Erkrankungen be-
sprechen, dann auf einige Punkte aufmerksam machen, die bisher,
nach meiner Ansicht, nicht genügend betont wurden, und schliesslich
einige noch strittige Punkte erwähnen, über die ich in Discussion ihre
Ansichten und Erfahrungen hören möchte.

Was die pathologischen Vorgänge an der Rachenmandel an-
langt, so möchte ich auch hier die völlige Uebereinstimmung der
Rachenmandel mit den Gaumenmandeln betonen.

Ich habe fast alle Erkrankungen, die die Gaumenmandeln befallen,
häufiger oder seltener auch auf der Rachenmandel sich abspielen sehen;
und ich glaube, man geht nicht zu weit, wenn man sagt, dass alle
Krankheitsprocesse, die auf den Gaumenmandeln beobachtet werden,
sich auch auf der Rachenmandel etabliren können.

Es gilt dies zunächst von den acuten Entzündungsprocessen.

Es giebt, wenn ich so sagen darf, eine Angina der Rachenmandel
in allen Formen, in denen die Erkrankung auf den Gaumenmandeln
auftreten kann, nur werden die Symptome wegen der anderen Lage
und Umgebung andere sein müssen.

Eine einfache Schwellung (Angina catarrhalis) führt zu stärkerem
Verletztsein der Nase und durch Druck auf die Tube zu Ohrenreissen,
und Kinder, die bei jeder Erkältung Ohrenreissen haben, leiden immer
an Hyperplasie der Rachenmandel. Dieses Ohrenreissen ist eine der

häufigsten Erkrankungen in der Anamnese bei Kindern und auch bei Erwachsenen, die an progressiver Schwerhörigkeit leiden.

Dieses wechselnde Symptom deutet schon darauf hin, dass der Schwellungsgrad grossen Schwankungen unterliegt, und es kommt sehr häufig vor, dass man bei einer Untersuchung eine stark vergrösserte Rachentonsille findet, das nächste Mal fast normale Verhältnisse, ganz wie bei den Gaumenmandeln. Man sollte daher auch, ehe man zu einem Eingriff sich entschliesst, eine längere Beobachtungszeit vorausgehen lassen oder, wenn es angeht, mindestens mehrere Male zu verschiedenen Zeiten untersuchen.

Die vermehrte Secretion bei dieser einfachen Hyperplasie der Rachenmandel erreicht oft einen solchen Grad, dass ununterbrochen aus dem geöffneten Mund das schleimige Secret sich ergiesst, besonders Nachts ist das Kopfkissen völlig durchnässt.

Ich operirte im vorigen Jahre einen 4jährigen Knaben, der immer einen Schutzkragen von Wachstuch tragen musste, weil er ohne diesen seine Oberkleider völlig durchnässte.

Es wurden die hyperplastischen Gaumenmandeln zunächst entfernt, welcher Eingriff dies Symptome nur wenig beeinflusste. Erst als die ebenfalls sehr grosse Rachenmandel in toto entfernt wurde, sistirte diese Hypersecretion, hier zu Lande „sebern“ genannt, für immer.

Auch die folliculäre und lacunäre Form der Entzündung der Rachenmandel habe ich in der acuten und chronischen Form häufig zu sehen Gelegenheit gehabt.

Dass auch Tonsillarabscesse bei der Rachenmandel vorkommen, habe ich zwar selbst nicht beobachtet, es sind aber solche Fälle beschrieben, die mit enorm hohem Fieber und grosser Prostration unter dem Bilde eines Typhus oder unter meningitischen Erscheinungen verliefen, bis mit einem Schlage das Bild sich änderte. Solche Abscesse sind an den Gaumenmandeln meist peritonsillär und infolge dessen bei der auf der Fibrocartilago stramm aufsitzenden Rachenmandel seltener.

Es ist bekannt, dass Diphtheritis sich häufig in Nase und Nasenrachenraum localisirt. Bei einzelnen Epidemien ist das sogar die Regel.

So sah ich vor einigen Jahren hier im Krankenhaus eine Epidemie, bei der bei allen Patienten der Process sich in Nase und Nasenrachenraum, meist mit Betheiligung der Mittelohren, localisirt hatte.

Es war leider nicht möglich, bei den schwerkranken Kindern und dem starken Belag und Secret festzustellen, wie weit dabei die Rachenmandel selbst betheiligt war. Sehr schön kann man aber bei den milderen Formen von Diphtheritis, wie sie Erwachsene befällt, feststellen, dass die vergrösserte Rachenmandel der Ausgangspunkt der Diphtheritis im Nasenrachenraum ist. Der Belag stösst sich an dieser nur allmählig und langsam ab.

Bei dieser Erkrankung kann die Rachenmandel, wie dies auch sonst nach acuten Infectiouskrankheiten gelegentlich beobachtet worden ist, vollständig necrotisch zu Grunde gehen.

Ich sah eine Patientin, bei der an Stelle der Gaumenmandeln zwei tiefe muldenförmige Nischen zwischen den Gaumenbögen erschienen, die mit einer glatten sehnig glänzenden Schleimhaut ausgekleidet waren.

Ebenso war am Rachendach eine ähnliche narbige, völlig glatte Schleimhaut. Patientin gab an, ihre Mandeln seien ihr bei einer Diphtheritis-erkrankung „weggefressen“.

Fast constant schwillt die Rachenmandel bei dazu Disponirten auch beim Scharlach an.

Es fiel mir auf, dass mehrere Kinder im Anschluss an die Operation an Scharlach erkrankten.

Es handelte sich in diesen Fällen oft um Patienten, die ich früher schon gesehen, die sich aber zur Operation nicht entschliessen konnten, oder wo ich die Operation nicht für nöthig erklärt hatte, weil keine dringenden Gründe, vor Allem Ohrenleiden, vorlagen.

Die Eltern brachten mir die Kinder, weil das Schnarchen und die sonstigen Beschwerden in der allerletzten Zeit besonders stark aufgetreten waren. Bei der Untersuchung fand ich dann eine stark vergrößerte Rachenmandel, die extirpirt wurde. Wenige Tage darauf zeigte sich das Scharlachexanthem.

B. Fränkel theilt dieselbe Beobachtung mit.

Es handelte sich hier also um ein Initial-Symptom beim Scharlach, wenn man nicht weiter gehen und die Rachenmandel als Eingangspforte für das Gift in Anspruch nehmen will.

Von den chronischen Infectionskrankheiten kommt für uns die Syphilis und die Tuberculose in Betracht.

Bei der Localisation der Syphilis im Rachen spielt die Rachen-tonsille eine wichtige Rolle.

Wenn man nämlich bei der so häufigen Perforation des weichen Gaumens rhinoscopirt, so erkennt man, dass der meist kleinen Perforation an der oralen Fläche des Velum ein ausgebreitetes Geschwür an der Rückseite des Velum entspricht, so dass die von vorn zu sehende Perforation meist nur der tiefste Punkt des an der Rückseite gelegenen Geschwüres ist. Meist findet man dabei ein Geschwür an der Tonsilla pharyngea, das von derselben abwärts längs der hinteren Pharynxwand herabreicht; man muss dann annehmen, dass das seichtere Geschwür am weichen Gaumen nur ein Abklatschgeschwür darstellt.

Auch bei den breiten luetischen Geschwüren mit callösen Rändern an der hinteren Rachenwand, wie man sie bei hereditär syphilitischen Kindern so häufig sieht, konnte ich das Geschwür bis zur Rachenmandel verfolgen. An derselben fand sich die tiefste Stelle und die Heilung schritt von unten nach aufwärts voran, so dass am Rachendach der Process am längsten Widerstand leistete. Ich sah aber auch bei sonst normalem Rachen, bei leichten Fällen von Lues auf der Rachenmandel selbst Geschwüre sowohl, wie Schleimhautpapeln, an Ausdehnung und Intensität meist ganz gleichen Processen auf den Gaumenmandeln entsprechend.

Wenn man in solchen Fällen neben der allgemeinen Behandlung diese Geschwüre an der hinteren Fläche des weichen Gaumens und an der Rachenmandel unter Spiegelcontrolle energisch touchirt, kann man viel Unheil verhüten, weil diese Geschwüre sonst rasch weiter fortschreiten, der weiche Gaumen einreisst, die beiden Hälften mit der hinteren Rachenwand verwachsen und jene fast unheilbaren Narben mit ihren Folgen für Athmung und Sprache sich einstellen.

Ich habe in zwei Fällen, wo die ersten Anlagen eines solchen Geschwürs am Velum rechtzeitig durch Rhinoscopie erkannt wurden, trotz schon vorhandener Perforation eine völlige Heilung fast ohne Narbe erzielt.

Bei der Tuberculose sind die Fälle seltener, doch mehren sich jetzt, wo man eingehender Nase und Nasenrachenraum untersucht, die Fälle an Tuberculose der Schleimhaut der Nase und des Nasenrachenraums.

Ich glaube schon deshalb an eine häufigere Erkrankung dieser Theile bei Tuberculose, weil bei Tuberculösen Mittelohrentzündungen mit ausgebreiteten tuberculösen Processen im Felsenbein häufig sich finden.

Man hat dabei bisher dem Nasenrachenraum nicht die nöthige Beachtung geschenkt. Doch fand Habermann in acht Fällen zwei Mal tuberculöse Geschwüre im Nasenrachenraum, E. Fränkel in 50 Fällen zehn Mal, und wenn die Sectionstechnik nicht so grosse Schwierigkeiten böte, würde sich die Zahl der Beobachtungen wohl rasch vermehren.

Ich sah in einem Falle, wo es sich um eine an Lupus erinnernde Form der Tuberculose der oberen Luftwege handelte und Infiltrationen und Ulcerationen den Kehldeckel, Tonsillargegend, Uvula und den weichen Gaumen ergriffen hatten, auch am Rachendach und den Tubeneingängen tuberculöse Geschwüre. Es trat auch Schwerhörigkeit ein und eine Mittelohrentzündung, die bei einer entsprechenden Behandlung völlig heilte. Auch der ganze Process vernarbte sich fast völlig auf Injectionen kleiner Tuberculindosen und intratracheale Injectionen von Kleb's Tuberculocidin.

Alle die erwähnten pathologischen Prozesse werden natürlich um so leichter haften und um so intensiver auftreten, wenn vorher schon eine einfache Hyperplasie der Rachenmandeln bestand.

Nachdem wir so das Verhalten der Rachenmandeln und ihrer Symptome bei einfachen Entzündungen und bei Infectiouskrankheiten betrachtet haben, möchte ich auf eine Gruppe von Erscheinungen zu sprechen kommen, die man als äussere bezeichnen kann und die nach meiner Beobachtung bei der hyperplastischen Rachenmandel ganz ausnahmsweise fehlen.

Obenan stehen die Lymphdrüsenanschwellungen.

Ich habe es mir zur Regel gemacht, die Untersuchungen meiner Patienten mit einer Abtastung der Drüsen zu beginnen und habe mir in den letzten Jahren genaue Notizen darüber gesammelt.

Man kann gewöhnlich schon nach dieser Untersuchung, namentlich bei Kindern, die Diagnose stellen, ob die Rachenmandeln vergrössert sind, ob die Gaumenmandeln betheiligt sind, ob Ohrenleiden vorhanden sind oder waren, auch ob Eczeme der Nase häufig sind, und zwar findet man mit absoluter Regelmässigkeit bei chronischen Hyperplasien der Rachenmandel bei Kindern eine Schwellung der zahlreichen kleinen, im unteren Halsdreieck hinter dem Musculus sternocleidomastoideus gelegenen Drüsen des Plexus cervicalis superficialis, die erbsengross, einzelne bis haselnussgross, wie ein Rosenkranz unter dem Finger wahrgenommen werden und auf beiden Seiten symmetrisch sich bis zur Supraclaviculargrube erstrecken.

Bei gleichzeitiger Erkrankung der Gaumenmandeln findet man einzelne, meist grössere, oft bis taubeneigrosse Drüsen am Kieferwinkel, entweder mehr oberflächlich oder einzelne tiefer gelegen, die zum Plexus jugularis superior gehören, oft symmetrisch, oft auf einer Seite, entsprechend einer vorwiegenden Erkrankung der einen Tonsille oder einer doppelseitigen Affection.

Bei gleichzeitiger Ohreiterung oder den Residuen derselben waren auf der betreffenden Seite ausser einzelnen, dem Plexus jugularis angehörigen Drüsen oft Drüsen des Plexus auricularis anterior et posterior als vergrössert nachzuweisen. Dieser Drüsenbefund ist so constant, dass ich die Schwellung der kleinen rosenkranzähnlichen Drüsen des Plexus cervicalis als pathognomonisch für die Hyperplasie der Rachenmandel ansehe.

In einzelnen Fällen findet man noch die Submentaldrüsen geschwollen, gewöhnlich nur eine grössere Drüse am Kinn, dabei fand ich immer Eczeme an der Oberlippe und am Kinn selbst.

Solche Eczeme sind fast constant bei vergrösserter Rachenmandel, namentlich bei Kindern. Es macht den Eindruck, als ob das Secret der Rachenmandel besonders leicht die Epidermis macerire und Eczeme erzeuge.

Ein Drüsenpaar, dem bei Erkrankung der Rachenmandel eine besondere Wichtigkeit zukommt, findet sich bei Luschka beschrieben: Zwei Drüsen, die auf jeder Seite ihre Lage zwischen dem Musculus rectus capitis anticus major und der ihm entsprechenden rinnenartig vertieften Stelle der hinteren Schlundwand, nahe unter der Basis cranii haben.

Luschka fügt hinzu:

„Durch Anschwellung der Drüsen kann die Wand des Pharynx vorgedrängt, durch ihre Vereiterung ein Retropharyngealabscess gebildet werden.“

Ich bin in der Lage, Ihnen eine dieser Schilderung genau entsprechende Krankengeschichte vorlegen zu können.

Martha W . . . , 16 Jahre alt, trat October 1894 in poliklinische Behandlung, weil sie keine Luft durch die Nase habe. Sie sei acht Wochen vordem von einem Arzt oben im Hals ausgekratzt worden, dadurch sei der Zustand schlimmer geworden.

Es fand sich hinter der linken Mandel nach oben an der Rachenwand eine weiche Geschwulst, aus der sich beim Einschneiden etwas krümliger Eiter entleerte. Am linken Kieferwinkel eine grosse entzündete Lymphdrüse. Am Rachendach eine mit Schleim und Eiter bedeckte Geschwürsfläche. Die Schwellungen nahmen zunächst noch zu.

Aus der Incisionsöffnung entleerte sich jetzt reichlicher rahmiger Eiter. Auch die Drüsenschwellung am Kieferwinkel nahm zu, es zeigte sich Fluctuation. Anfang December entleerte ich durch Aspiration aus der Drüse einen guten Esslöffel grünlichen Eiters, darauf schwoll die Drüse ab, der Abscess im Rachen heilte, wenn auch langsam, und nachdem ich den noch ziemlich grossen Rest der Rachenmandel in zwei Sitzungen entfernt, wurde Patientin völlig geheilt entlassen.

Ich habe auch einige Male bei meinen Patienten nach der Operation der Rachenmandel eine eigenthümliche Haltung des Kopfes bemerkt.

Die Halswirbelsäule wurde ganz gestreckt und leicht nach vorne gebeugt gehalten, das Kinn der Brust genähert, seitliche Drehung des Kopfes war sehr schmerzhaft und wurde ängstlich vermieden. Das Ganze sah aus, als ob an der Wirbelsäule selbst ein entzündlicher Process sich etablirt hätte. Bisweilen trat leichtes Fieber dabei auf, nach Anwendung kalter Compressen schwand diese Affection meist in ein bis zwei Tagen.

Ich kann mir diese Erscheinungen nur so erklären, dass jene beiden oben geschilderten Drüsen, die auf dem Musculus rectus capitis anticus major (Kopfnicker) liegen, von der Operationswunde aus inficirt und geschwollen, bei Bewegung des Kopfes schmerzhaft waren.

Ein sehr typisches Beispiel sah ich vor wenigen Wochen.

Carlos D. . . . , 12 Jahre alt, aus Lima (aber von Hamburger Eltern stammend), kam zu mir mit verlegter Nase und einer ganz eigenthümlichen Kieferbildung, derart, dass der Unterkiefer wie bei einer Dogge über den Oberkiefer vorstand.

Es fand sich im Nasenrachenraum eine grosse Rachentonsille, die in Narcose operirt wurde. Drei Tage nach der Operation wurde ich gerufen, weil der Knabe fieberte, den Mund nicht öffnen konnte und die Lymphdrüsen am Halse empfindlich waren. Es war kaum möglich, bei der beschriebenen Kopfhaltung einen Einblick in den Mund zu erhalten, doch sah ich die linke Tonsille leicht entzündet und die hintere Rachenwand stark geröthet und ödematös.

Unter Eisbehandlung und warmen Gurgelwässern ging die ganze Erkrankung in fünf Tagen zurück. Die linke Tonsille war schon am nächsten Tage zurückgebildet.

Ich kann nur annehmen, dass gleichzeitig mit den Halslymphdrüsen jene Drüsen an der Basis cranii infiltrirt waren.

Was die Fernwirkungen betrifft, wie Moritz Schmidt sehr treffend die nervösen Beschwerden bei Erkrankungen der oberen Luftwege nennt, so habe ich den Eindruck gewonnen, als ob bei Asthma und beim Stottern, wo sich ja sehr häufig die Rachenmandel vergrößert findet, die Operation in auffallend vielen Fällen nicht die erwünschte Heilung bringt, vielmehr auch nach glücklich ausgeführter Operation die früheren Beschwerden, meist allerdings in wesentlich geringerem Grade sich finden. Bei Enuresis sah ich nie einen vollen Erfolg, ebensowenig bei Sprachstörungen, doch hatte da eine spätere methodische Uebung Erfolge, die vor der Operation nicht erreicht worden waren.

Auch beim Asthma trat der Erfolg in einigen Fällen nicht vollständig ein, in anderen brachte erst die Behandlung der Nasenmuschel selbst die Anfälle zum Schwinden.

Die Rachentonsille als solche scheint nach diesen Beobachtungen nur in zweiter Linie diese Fernwirkungen zu verursachen.

Die ödematöse Schwellung der Muschel in Folge von Stauung und Behinderung des Abflusses von Blut und Lymphe ist, wenn auch nicht immer, so doch sehr häufig, eine Begleiterscheinung der hyperplastischen Rachenmandeln und der rechte Erfolg tritt meist erst dann ein, wenn auch diese Veränderungen beseitigt und nicht nur der Nasenrachenraum, sondern auch die Nase freigemacht worden ist.

Ich stimme auch völlig mit der Bemerkung von Halbeis (Die

adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums, München, J. F. Lehmann) überein, der die sehr häufige Hyperplasie der Nasenmuscheln bei Erwachsenen bezüglich ihrer Entstehung auf eine früher vorhandene hyperplastische Rachenmandel zurückgeführt hat, die jetzt zurückgebildet ist, so dass wir dieselbe nicht mehr nachzuweisen vermögen. Vergleiche der Erkrankungen dieser Theile bei Eltern und Kindern sind da sehr lehrreich.

Ueberhaupt werden wir über gewisse Formen von chronischen Schleimhauterkrankungen und deren Entstehung uns erst eine richtige Vorstellung machen können, wenn wir, wie bei der Lues, die Erblichkeit berücksichtigen und auch die Kinder resp. die Eltern unserer Patienten genau untersuchen. Vielleicht führen uns diese Untersuchungen auch einmal zu einer genaueren Kenntniss über die räthselhafte Ozaena, über die wir so wenig wissen, weil uns dieselbe immer fertig entgegentritt.

Ich glaube, dass bei diesem Process auch die Rückbildung der Rachenmandel eine wichtige Rolle spielt, denn die pathologisch-anatomischen Befunde bei der Rückbildung der Rachenmandel und bei der Ozaena sind sich ausserordentlich ähnlich. Kleine Unterschiede, über die sich einzelne Untersucher im Widerspruch befinden, lassen sich wohl aus dem geringeren oder weiteren Fortgeschrittensein der Krankheit erklären.

Für einen gewissen Zusammenhang spricht der Umstand, dass man bei der Ozaena die in Rückbildung begriffene Rachenmandel einige Male beobachtet hat.

Ueber zwei äussere Symptome bei unseren Erkrankungen möchte ich noch ein Wort sagen.

Man findet wiederholt die Angabe, dass die hypertrophische Rachenmandel Veranlassung zu häufigen Blutungen sei.

Ich habe in der grossen Anzahl von Fällen, die ich sah, nicht ein einziges Mal eine Blutung aus der Rachentonsille selbst gesehen. Wurde mir dieses Symptom in der Anamnese angegeben, so fand ich immer den Grund der Blutungen an der typischen Stelle am Septum. Ebensowenig konnte ich die Angabe bestätigen, dass der Geruch bei der Hyperplasie der Rachenmandel leidet. Oft findet man sogar ein besonders feines Geruchsvermögen, weil bei der gleichzeitigen Schwellung der unteren Muscheln der Athmungsstrom durch die obersten Abschnitte der Nase gehen muss.

Andererseits fand ich bei Leuten, die mich wegen Anosmie consultirten (Theehändler, Weinhändler, Köche), immer Catarrh mit Borkenbildung und Atrophie der Schleimhaut der oberen Nasenabschnitte, nie eine Hyperplasie der Rachenmandel.

Schliesslich möchte ich noch von einer Fernwirkung sprechen, die im Gegensatz zu Asthma sicher allein durch die Schwellung der Rachenmandel hervorgerufen wird: das Kopfweh und der Pavor nocturnus.

Beide Symptome schwinden sofort nach der Operation.

Nachdem durch Retzius und Axel Key nachgewiesen, dass die subduralen Lymphräume in directer Verbindung mit der Nase stehen, ist die Erscheinung ja genügend erklärt.

In zwei Fällen sah ich den Pavor nocturnus als Hauptsymptom

bei vergrößerter Rachenmandel, und zwar schrieten die Kinder nicht nur im Schlafe auf, sondern sprangen sogar aus dem Bett und liefen in's Freie.

Max E. . . . , 7 $\frac{3}{4}$ Jahre alt, wurde zu mir gebracht, weil er schwerhörig sei und keine Luft durch die Nase habe. Die Mutter gab an, dass der Knabe regelmässig jede Nacht mit lautem Schreien aus dem Bett springe, durch die Zimmer laufe und schon mehrmals im Hemd in den Garten gelaufen sei. Er sah die Eltern, die ihn in's Bett zurückbrachten, mit offenen Augen starr an und hatte am nächsten Morgen keinerlei Erinnerung des Vorgefallenen.

Nach der Operation schwanden sofort alle diese Erscheinungen. Ganz ähnlich ist der zweite Fall.

Alice J. . . . , 12 Jahre alt, die, wie ihr älterer Bruder, an hypertrophischer Rachenmandel litt, wurde mir mit der Angabe zugeführt, dass sie Nachts im Schlafe plötzlich aufschreie, aus dem Bett springe und laut rufend durch alle Zimmer laufe. Die Eltern mussten, damit das Kind sich nicht verletze, allerlei Vorkehrungen für die Nacht treffen.

Auch diese Erscheinungen schwanden völlig nach der Operation.

Nachdem ich jetzt über die Symptome der hyperplastischen Rachenmandel ausführlicher mich verbreitet habe, gestatten Sie mir, über die Folgekrankheiten einige Bemerkungen zu machen.

Unter den Folgekrankheiten stehen obenan: chronischer Catarrh und die Ohrenkrankheiten.

Die Zurückbildung der Rachenmandeln beginnt normaler Weise in der Pubertätszeit.

Es scheint wenigstens häufig, dass um diese Zeit eine besondere Schwellung der Rachenmandel auftritt. Denn um diese Zeit kommt eine grössere Anzahl Patienten mit Beschwerden, die früher nicht bestanden haben sollen und mit vergrösserten Rachentonsillen. Dann beginnen die Rückbildungen.

In einer Reihe von Fällen bildet sich aber die Rachenmandel überhaupt nicht zurück und dann findet sich immer chronischer Rachen-catarrh, entweder Pharyngitis granulosa oder lateralis, oder die trockene Form mit dem harzigen, festhaftenden Secret auf der hinteren Rachenwand.

In einer grossen Anzahl dieser Fälle habe ich die nicht oder nur theilweise zurückgebildete Rachenmandel mit dem Ringmesser entfernt und dabei die gleichen guten Erfolge gesehen, über die Thornwald berichtet, wenn er das Rachendach, speciell die Bursa, mit Galvano-caustik behandelte.

Die älteste Patientin, bei der ich eine noch bestehende hyperplastische Rachenmandel, die bis auf die Hälfte der Choanen herabreichte, bei gleichzeitiger enormer Schwellung der Gaumenmandel sah, war eine Frau von 65 Jahren, die mich wegen Halsschmerzeu aufsuchte.

Eine maligne Neubildung war auszuschliessen, denn ich beobachtete die Frau schon seit einem Jahre und ich habe mich zur Operation nur deswegen nicht entschliessen können, weil die alte Frau ziemlich anämisch ist.

Zum Schluss komme ich zu der practisch wichtigen und folgenreichsten Folgekrankheit: der hyperplastischen Rachenmandel.

Ich bin der sicheren Ueberzeugung, dass durch dieselbe nicht nur in der Kindheit die eitrigen Mittelohrentzündungen mit ihren Residuen und die chronischen Tubencatarrhe mit ihren Folgen veranlasst werden, sondern dass gerade die Umwandlung der Rachenmandel in festes Bindegewebe, oft in förmlichen Callus, auch mit Veranlassung giebt zu den sclerotischen Processen der Mittelohrschleimhaut und ihren Folgen, Fixationen der Gehörknöchelchen, Verwachsungen der Steigbügelplatte und deren Rückwirkung auf das innere Ohr.

Man wird zu der Annahme, dass auch hier die hyperplastische Rachenmandel und ihre Umwandlung in Bindegewebe die Ursache ist, gezwungen durch die grosse Anzahl von Fällen, wo man Eltern und Kinder gleichzeitig in Behandlung bekommt, wo die Eltern an sclerotischen Mittelohrprocessen leiden bei normalem Rachendach, während die Kinder wegen Hyperplasie der Rachen- und Gaumenmandeln und wegen gelinder Schwerhörigkeit uns zugeführt werden.

Ich glaube dabei beobachtet zu haben, dass in diesen Fällen eine besonders frühzeitige und besonders intensive bindegewebige Umwandlung stattfindet. Auch hierfür möchte ich ein typisches Beispiel anführen.

Ich behandelte zwei Schwestern im mittleren Lebensalter, die beide hochgradig schwerhörig, fast taub sind, so dass sie sich nur mit einem Hörrohr nothdürftig verständlich machen können. Die Eltern und ein Bruder sind normalhörend. Man führt die Taubheit der beiden sich äusserlich sehr ähnlichen Schwestern darauf zurück, dass Vater und Mutter nahe Verwandte sind.

Die jüngere Schwester hat eine 12jährige Tochter, bei der ich eine grosse Rachentonsille entfernte, da sich leichte Schwerhörigkeit eingestellt hatte.

Von den Kindern der älteren Schwester behandelte ich einen Sohn, der jetzt 16 Jahre alt, bei dem die Rachentonsille völlig zurückgebildet ist und der an einem sehr hartnäckigen Nasenrachencatarrh mit weichen Borken und hochgradiger Schwerhörigkeit leidet. Allerdings ist die letztere mit bedingt durch eine alte Ohreiterung und mehrfach erlittene Traumen.

Zwei jüngere Geschwister, ein 6jähriges Mädchen und ein 4jähriger Knabe, wurden mir mit starker Hypertrophie der Gaumenmandeln und Hyperplasie der Rachenmandel gebracht. Ich habe alle diese Mandeln gründlich entfernt und hoffe das Gehör dadurch zu retten.

Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle.

Von
C. Ziem.

Auf dem Congresse der französischen Gesellschaft für Otologie, Rhinologie und Laryngologie i. J. 1894 hat Mr. Combe eine interessante Mittheilung gemacht über einen mehr als vier Jahre in der Kieferhöhle befindlichen Fremdkörper, ein zinnernes Drainagerohr, das nach Eröffnung des eitrig erkrankten Sinus vom Alveolarfortsatz aus Seitens

eines anderen Arztes in denselben eingeführt und dessen unterer Theil dann eines Morgens abgebrochen war, während der obere mittelst Sonden nicht hat gefühlt werden können, auch nicht Seitens erfahrener und geübtester Chirurgen. Auch hatte eine nach $3\frac{1}{2}$ Jahren vorgenommene Erweiterung der Operationsöffnung das abgebrochene Stück nicht entdecken lassen. Die Eiterung heilte natürlich nicht aus. Als man nun schon im Begriffe war, eine Trepanation durch die Fossa canina vorzunehmen, fühlte der Kranke beim Schnauben plötzlich einen harten Gegenstand aus der Nase herabkommen, der sich dann als das in käsige Massen eingebettete, $2\frac{1}{2}$ Ctm. lange und 50 Gramm schwere Fragment der Canüle erwies und nach dessen Entfernung die Eiterung des Sinus innerhalb einer Woche vollständig beseitigt war. Während aber Combe selbst erklärt, dass er trotz vielfachen Suchens in der Literatur einen Fall von Fremdkörper der Kieferhöhle nicht aufgefunden habe, hat Raugé in der sich anschliessenden Discussion an den im Jahre 1886 von mir veröffentlichten, in vieler Beziehung ausserordentlich ähnlichen, mich selbst betreffenden Krankheitsfall erinnert, den er als „*accident fort heureux pour la rhinologie*“ erklärt, da von jenem in meiner Kieferhöhle abgebrochenen Stücke eines scharfen Löffels „*les immenses progrès faits dans ces dernières années sur la question des sinusites*“ ohne Zweifel abzuleiten seien ¹⁾. In ähnlicher Weise habe ich übrigens die Sache auch selbst aufgefasst, und so oft in den inzwischen verflossenen Jahren die Frage an das Geschick meinen Sinn durchzitterte, warum denn gerade mir eine Krankheit so schwerer Art auferlegt worden, ein Unfall, dessen Folgen, ein entsetzlicher Speichelfluss bei Tag und Nacht und äusserste Erregung des Nervensystems, eine im Aufblühen begriffene Praxis damals vernichtet, mich an den Rand des Verderbens und um Jahre zurück gebracht hatte, so war wenigstens ein Schimmer von Trost in dem Bewusstsein gegeben, zur Kenntniss der bis dahin in zahllosen Fällen übersehenen, so äusserst bedeutungsvollen Eiterung der Kieferhöhle, wenn auch durch Erfahrung am eigenen Leibe, ein Stück beigetragen zu haben: denn es ist, nach Epiktet, *notre fait de bien jouer le personnage qui nous est donné, mais de le choisir, c'est le fait d'un autre*. Es ist aber Zeit, dass die Möglichkeit derartiger Zufälle, wie auch Combe nun einen solchen beschreibt, für die Zukunft noch weiter eingeschränkt werde, und deshalb soll auf diesen Gegenstand hier nochmals eingegangen und die Frage kurz erörtert werden 1) wie das Hineingelangen von Fremdkörpern bei oder nach Operationen in die Kieferhöhle zu verhüten sei, 2) wie dort befindliche Fremdkörper zu behandeln sind.

1) In ersterer Hinsicht muss man a. vor Allem nur geeigneter Instrumente sich bedienen. Mit einem Stilet, einem Pfriemen, einer stumpfen Scheere oder dergl. vom Alveolarfortsatze aus in die Kieferhöhle hineinzubohren, wie das von manchen Autoren noch heute empfohlen und ausgeführt wird, ist bei irgend stärkerer Dicke der knöchernen Wandung eine Rohheit und eine Barbarei. Dasselbe gilt für eine Reihe von Fällen auch bezüglich der Anwendung des Trocarts von der Nase aus, und in der Literatur findet sich bereits eine ganze Anzahl von

¹⁾ Annales des maladies de l'oreille etc. 1894, Juin, pag. 628—31.

Beobachtungen erwähnt, in denen diese Procedur „trotz Aufbietung aller Kraft“ nicht gelungen ist, während ähnliche Vorkommnisse mir mündlich auch von Augenzeugen derartiger, da oder dort unternommener Operationsversuche mitgeteilt worden sind. Denn dass hierbei und in Folge einer ungeeigneten Bewegung, sei es des Operators, sei es des gemarterten Kranken, das Instrument leicht abbrechen und in der Wandung des Sinus stecken bleiben kann, ist ohne Weiteres klar und thatsächlich auch vorgekommen. Um störende Reflexbewegungen Seitens des Kranken zu verhindern, kann man denselben natürlich ja narcotisiren und dann auch umfängliche Resectionen an den Wandungen der Kieferhöhle vornehmen; doch ist das für die grösste Uebersahl aller Fälle gänzlich unnöthig und man kommt mit der amerikanischen Bohrmaschine und an dieselbe angesetzten speerförmigen, bis zu 6 Mm. breiten oder auch noch breiteren Fräsen wohl immer aus unter Bethätigung des cito, tuto et jucunde, so dass ich bei mehr als 500 Anbohrungen der Kieferhöhle noch niemals narcotisirt oder ein Operationsinstrument abgebrochen habe. Drillbohrer, welche ich bis z. J. 1887 selbst benutzte, und Kurbelapparate, wie die von Collin, Ollier und anderen Autoren angegebenen, arbeiten natürlich wesentlich langsamer und haben auch eine viel unsicherere Führung als der Umlauf, der im Uebrigen ja auch eine so vielseitige Verwendung zulässt. Für unsere Zwecke ist der Umlauf mit Fussbetrieb²⁾ z. Z. noch das Beste, will man aber etwas ganz Besonderes haben, zur Herabsetzung der Erschütterung der Gewebe, des in unserer bacteriensüchtigen Zeit zu wenig gewürdigten Traumatismus von Pirogoff, auf ein Minimum, so treibe man die Spirale des Umlaufs mit Wasserdruck, einer auf grossen Werften zum Durchlochen von Eisenplatten gebräuchlichen Einrichtung, die auf unserem Gebiete und überhaupt in der Chirurgie allerdings wohl in Frankreich, England, Oesterreich, Russland und Amerika und anderen reichen Ländern, aber wohl kaum in Deutschland oder nun gar in Westpreussen sich verlohnen dürfte. Zur Erweiterung einer gemachten Oeffnung setze man einfach eine breitere Fraise an den Umlauf an, meide dagegen den scharfen Löffel, der leicht abbrechen kann und in meinem eigenen Krankheitsfalle, und ohne Verschulden von meiner Seite, hierbei auch abgebrochen ist.

b. Was die Anwendung von Obturatoren oder Drainageröhren betrifft, die auch in Combe's Fall zu den beobachteten Zufällen Veranlassung gegeben, so kann ich meine schon früher geäusserte Ansicht über die gänzliche Unnöthigkeit derartiger Apparate in der Behandlung der Eiterungen der Kieferhöhle nur wiederholen³⁾: man sollte sich endlich davon überzeugen, dass ein Brotkrümchen oder eine Fleischfaser oder etwas Aehnliches, das beim Essen allenfalls einmal in die eröffnete Kieferhöhle hineingerathen wäre, Schaden doch unmöglich hervorbringen kann, wenn man eine Ausspülung des Sinus dann nachfolgen lässt. Bei mir selbst, wo eine etwas grössere Operationsöffnung

²⁾ Mechaniker G. Miller, Berlin SO., Brückenstr. 10.

³⁾ Therapeut. Monatshefte 1888, März und April; ev. vergl. auch meine inzwischen erschienenen ausführlicheren Darlegungen im Journal of Laryngology 1897, No. 11.

angelegt worden, sind niemals Speisereste eingedrungen und man lernt schnell, auf der betreffenden Seite nicht zu kauen. Das absichtliche oder unabsichtliche Einlegen von Drainröhren oder dergl. Fremdkörper kann die Heilung nur verzögern, wie ausser meiner eigenen auch die Beobachtung Combe's lehrt.

c. Die zu den Ausspülungen zu benutzenden Canülen müssen natürlich von guter Beschaffenheit sein und dürfen besonders auch eine Einknickung oder gar einen Bruch nicht besitzen. Auch ist das Abbrechen oder Abbeissen der Canülen Seitens der Kranken seltener vorgekommen, seitdem ich etwas kürzere als früher, nur 4 Ctm. lange Canülen benutze. In zwei vor mehreren Jahren von mir veröffentlichten⁴⁾ Fällen ist die von den Kranken selbst in den Sinus eingeführte, übrigens nicht defecte Canüle hart am Alveolarfortsatze abgebrochen worden.

2) Was die Behandlung in die Kieferhöhle hineingerathener Fremdkörper anlangt, so hat Pirogoff Spontanentwicklung von Kugeln in die Nasen- oder Mundhöhle mehrfach gesehen und erklärt darum und weil er solche durch Trepanation oder ein anderes operatives Vorgehen niemals selbst entfernt habe, dass man mit der Entfernung von Fremdkörpern hier nicht zu eilen brauche⁵⁾. Aehnliche Fälle von langem Verweilen von Kugeln in der Kieferhöhle sind von Dupuytren⁶⁾, von Hyrtl⁷⁾ u. a. A. erwähnt worden. Aber das sind ja offenbar ganz andere Verhältnisse als die hier zunächst in Betracht kommenden: dort gesunde, in der Fülle der Kraft verwundete Personen, hier an mehr oder weniger hochgradiger Eiterung oft seit Langem leidende; dort eine gesunde Schleimhaut der Kieferhöhle, hier eine mächtig veränderte. Das Verweilen der Fremdkörper in den letzteren Fällen muss daher auch zu viel schwereren Erscheinungen führen und ihre möglichst baldige Entfernung ist deshalb dringend geboten. Zu diesem Zwecke stehen unter Anderem die folgenden Verfahren zur Verfügung:

a. das Herausschleudern der Fremdkörper durch die Eingangspforte, was mir in den beiden soeben erwähnten Fällen gelungen ist. Es war hier die die Operationsöffnung fast vollkommen ausfüllende Canüle so dicht am Alveolarfortsatz abgebrochen, dass das Fragment nicht gesehen, sondern mit feinsten Sonden und Pincetten nur gefühlt, aber durchaus nicht gefasst werden konnte, so dass ich schliesslich auf den Gedanken kam, einen Stahldraht, dessen oberes Ende ein wenig abgebogen war, an dem Fremdkörper vorbei vorsichtig in die Kieferhöhle einzuführen, dann um etwa 180° um seine Axe zu drehen und nun schnell zurückzuziehen: hierbei folgte im ersten Falle das 10 Mm. lange und 1 Mm. dicke Bruchstück bei dem zweiten, im zweiten Falle schon bei dem ersten Versuche. Auch grössere Fremdkörper, wie z. B. Drainageröhren, können mittelst eines stärkeren Hakens so vielleicht herausgeschafft werden;

b. bei stählernen Canülen wohl auch die Anwendung eines ent-

4) Berliner klin. Wochenschrift 1891, No. 17.

5) Pirogoff, Grundzüge der Kriegschirurgie, 1864, Seite 491.

6) Cit. bei Albert, Lehrbuch der Chirurgie, I. Bd. 1890, S. 153.

7) Hyrtl, topogr. Anatomie I, S. 345, 1882.

sprechend geformten, etwas zugespitzten Electromagneten, wie z. B. des zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Augapfel gebräuchlichen, doch hat ein solcher, mit der 11elementigen Batterie Voltolini's in Verbindung gesetzt, in meinem zweiten Falle nichts geleistet;

c. die Zerschneidung des Alveolarfortsatzes auf den Fremdkörper mittelst der Knochenscheere Roser's, die bekanntlich auch zum Entfernen tiefsitzender, den gewöhnlichen Zangen nicht zugänglicher Zahnwurzeln mit Vortheil benutzt wird und bei deren Anwendung der Fremdkörper, wenn vielleicht auch nicht gefasst, dann doch jedenfalls in seiner Lage gelockert werden wird, so dass er schneller ausgestossen werden kann;

d. die Masseninjection von Flüssigkeit in den Sinus, um den dort befindlichen, mit oder ohne Absicht hineingestossenen Fremdkörper durch das Ostium maxill. herauszuschwemmen, ein Verfahren, das schon von M. Schäffer irgendwo erwähnt, dann auch von Moure u. a. A. mit Erfolg angewendet worden ist;

e. die breite Eröffnung des Sinus von der Fossa canina aus, ein Verfahren, das man natürlich nur als letztes Mittel anwenden wird⁸⁾.

Auf eine oder die andere Weise muss aber beim Eintreten schwerer Erscheinungen eingegriffen werden, und wenn Pirogoff selbst zugesteht, dass er mehrere im Munde und Rachen verwundete Personen bei jauchigem und übelriechendem Wundsecret an Pyämie im Kriege verloren habe, wie viel grösser ist dann die Verpflichtung für Jeden, um einen Kranken, dessen Leiden man selbst verschlimmert und dessen Existenz man gefährdet hat, von Grund aus, aus allen Kräften und mit allen Fasern sich zu kümmern; für Jeden heisst das, der das hehre Wort des verstorbenen Professors der Chirurgie W. Busch begriffen hat: „wer einen Operirten rettet, rettet seine Ehre“.

Echte und falsche Choanenverschlüsse.

Von

Dr. Egmont Baumgarten, Budapest.

Im Archiv für Ohrenheilkunde (Band 38, Heft 1—2) hat Dr. W. Anton einen Fall von angeborenem knöchernem Verschluss der rechten Choane mitgetheilt, und ausser den von Schwendt gesammelten 25 Fällen noch 13 Fälle aus der Literatur angeführt, so dass mit dem beschriebenen insgesamt von 39 Fällen Erwähnung gethan wird.

Hopmann hat fast zur selben Zeit im Archiv für Laryngologie (Band I) wieder zwei Fälle von knöchernem Choanenverschluss mitgetheilt, wodurch in der Literatur bisher 41 Fälle mitgetheilt sind.

In der Mehrzahl der Fälle, fast $\frac{2}{3}$, waren es knöcherne Verschlüsse, in den anderen hingegen membranöse. Die knöchernen Verschlüsse waren immer in der Ebene der Choanen gelegen, sie waren häufiger totale, seltener partielle. Die membranösen Verschlüsse hingegen liegen

⁸⁾ Ist in mehreren, von Baratoux u. a. A. inzwischen veröffentlichten Fällen mit Erfolg angewendet worden.

nur selten in der Ebene der Choanen, sondern verdecken diese nur theilweise und theilen meist ausserdem den Nasenrachenraum in zwei Abtheilungen ab. Ich nenne daher echte Choanenverschlüsse nur diejenigen totalen oder partiellen, knöchernen oder membranösen oder gemischten, die in der Ebene der Choanen liegen und nur diese verschliessen. Diejenigen membranösen Formen, die ich gesehen habe und auch hier wieder beschreiben werde, muss man als falsche Choanenverschlüsse bezeichnen, da sie nur nebenbei den oberen Antheil der Choanen verschliessen.

Ich habe im vorigen Jahre ebenfalls einen Fall von angeborenem knöchernen Verschluss der rechten Choane beobachtet.

Er betraf ein 9jähriges Mädchen, welches wegen Zuckungen des Gesichtes zu mir gebracht wurde, da auch die Sprache einen nasalen Beiklang hatte und die Mutter bemerkte, dass sich das Kind von jeher nur auf der linken Seite die Nase blasen konnte. Das Mädchen war blass, schwächlich, der Mund geöffnet, die rechte Gesichtshälfte in der Gegend der Nase, Ober- und Unterlippe paretisch und schwächer entwickelt, wodurch das Gesicht schief erscheint. Linke Nasenseite normal. In der rechten Nasenseite viel Schleim, der nicht herausgeblasen werden kann, beim Ausspritzen fliesst das Wasser nicht in den Rachen, weshalb auch der Schleim nur mit Watte ansgewischt werden kann. Nach Reinigung und Cocainisirung sieht man nach hinten, wobei die Nichtbewegung des Gaumensegels auffällt. Mit der Sonde fühlt man im Hintergrunde überall harten Widerstand und ist die erreichbare Entfernung des Widerstandes mit der Sonde rechts gegen links auffallend kürzer. Die Rhinoscopia posterior ist nicht gut ausführbar, man sieht nur den oberen Antheil des Nasenrachenraumes, mit dem Finger ist der harte, knöcherne, totale Verschluss der rechten Choane gut zu fühlen. Operation wurde verweigert; Herr College Dr. Zwillingler hat den Fall später auch gesehen und ebenfalls dasselbe gefunden. Nachdem der Zustand schon von Geburt bestehen soll, ist es sicher, dass der Verschluss angeboren ist. Da das Kind anderweitig nicht krank war, kann die rechtsseitige Gesichtsparese als Inactivitätsparese der auxiliären Muskeln, die bei der nasalen Athmung mitwirken, angesehen werden, was ebenfalls für angeborenen Verschluss sprechen dürfte. Jedenfalls ist diese Parese der Gesichtshautmuskeln damit im Zusammenhange und eine nicht ganz gewöhnliche Erscheinung.

In der Wiener med. Wochenschrift (1889, No. 51) habe ich über einen eigenthümlichen membranösen Verschluss der Choanen berichtet und bemerkt, dass in jenem Falle eigentlich Verschluss der oberen Hälfte der Choanen und Verschluss des vorderen unteren Nasenrachenraumes vorhanden war. In diesem Jahre habe ich fast gleichzeitig wieder zwei ähnliche Fälle gesehen, welche ich hier als falsche Choanenverschlüsse beschreiben will.

Im ersten Falle war der Verschluss der Choanen ein vollkommener und war theilweise ein echter.

Frau M., 40 Jahre alt, ist sehr herabgekommen, ein Tumor abdominis wurde bei ihr entfernt, doch kann sie sich auch nach der Operation nicht erholen. Seit Jahren hüstelt sie, klagt über Trockenheit im Halse, die Nase ist seit Jahren verstopft, sie presst die Luft

von rückwärts mit Gewalt durch dieselbe, um sich Erleichterung zu schaffen, auch ist Heiserkeit vorhanden. Lunge, Herz normal. Im Kehlkopfe mässige Infiltration der InterarytänoidalFalte, im Rachen starke Pharyngitis sicca. Tuberculose wurde ausgeschlossen. Die Rhinoscopia posterior sehr erschwert, da der weiche Gaumen nicht gänzlich herabgelassen werden kann; er ist hinaufgezogen und liegt fast an der hinteren Rachenwand an. Nach Cocainisirung und Abziehen mit dem Voltolini'schen Spatel sehe ich die hintere Rachenwand, die beiden Tubenenden und das Dach frei, oberhalb der Choanen beginnt ein derbes, graurothes Gewebe, welches fest an den oberen Bögen und beiderseits bis über die Mitte der Choanen an den Rändern derselben fest sitzt und dann glatt nach hinten unten in den weichen Gaumen übergeht und denselben hinaufzieht. Der untere Antheil dieses Diaphragma's glatt, sehnig durchscheinend, im oberen Antheile neben der Mittellinie rechts eine grössere, ungefähr 3 Mmtr. lange, 2 Mmtr. breite ovale Lücke, links eine etwas kleinere; von diesen Lücken ziehen nach oben und aussen 4 prominentere, röthere Stränge. Von vorne gesehen, sieht man nach hinten die Bewegung des Gewebes sowohl beim e-sagen als beim forcirten Blasen durch die Nase. Rechts ist die Lücke grösser, der mittlere Theil bleibt beim Phoniren fix, der äussere hebt sich nach aussen oben, wodurch die Lücke noch grösser erscheint; links ist die Lücke kleiner und verändert beim Heben des Gaumensegels nicht ihre Form.

Bei der Sondirung giebt das Gewebe überall nach, die durch die Lücken durchgeführten Sonden erscheinen hinten ungefähr im oberen Drittel der Choanen.

Die Dame kann kaum einige Secunden bei geschlossenem Munde athmen, beim Ausspritzen fliesst das Wasser nicht von der anderen Seite ab, sondern nach einiger Zeit von derselben Seite und etwas vom Munde.

Im anderen Falle war der Verschluss der Choanen bedeutend geringer und kann der Fall auch als Zweitheilung des Nasenrachenraumes benannt werden. Der Fall wurde in der hiesigen Gesellschaft für Otologie und Laryngologie demonstrirt.

Frau M., 30 Jahre alt, Mutter zweier Kinder, angeblich seit zehn Monaten nach Influenza krank, klagt über Halsschmerzen, Trockenheit und asthmatische Beschwerden. Bei der Untersuchung sehe ich starke Pharyngitis sicca, bei der Rhinoscopia posterior, bei welcher der ganze sichtbare Raum leicht übersehen werden kann, da Berührung mit der Sonde keinen Reflex erzeugt, sieht man die hintere freie normale Rachenwand und den hinteren Antheil des Daches. Die beiden Nasenmündungen, der vorderste Antheil des Daches durch eine grauröthliche Membran, die bei der Nasenathmung sich hin und her bewegt, verdeckt. Die Membran reicht, vom Dache etwas nach vorne ziehend, bis zum weichen Gaumen und verliert sich in denselben in der Nähe des knöchernen Randes. Der Nasenrachenraum ist durch dieses Diaphragma in zwei Theile getheilt, der hintere Raum ist etwas grösser als der vordere. In der Mitte des Diaphragma's sieht man einen 3 Mmtr. breiten, 4 Mmtr. langen Spalt, durch welchen man die Scheidewand der Choanen durchsehen kann. Bei der Rhinoscopia anterior glaubt

man beim ersten Anblick, dass man es mit normalen Verhältnissen zu thun hat, da man das Heben des Gaumensegels und die Tubenmündungen sieht, doch bei genauerer Untersuchung bemerkt man beiderseits die beschriebene Spalte. Mit der Sonde untersucht, findet man, dass die Membran nur am obersten Bogen der Choanen anhaftet, sonst frei und mit einer dünnen Sonde an den meisten Stellen leicht durchzustossen ist.

Die Aetiologie dieser Fälle ist dunkel. Im ersten Falle, den ich vor sechs Jahren beschrieb, war Lues nicht ausgeschlossen, und können möglicher Weise Geschwüre und Narben Veranlassung zum Verschlusse gegeben haben. Im dritten Falle war Lues mit Sicherheit auszuschliessen; in diesem Falle war nur eine centrale Lücke vorhanden und scheint sich allmählig eine ringförmige Verschliessung gebildet zu haben. Ich glaube nicht, dass sie angeboren war, denn weshalb hätte sich diese Veränderung erst jetzt und so rasch gebildet?

Im zweiten Falle war die Membran so derb, dass sie unter dem Messer knirschte, als ich sie durchschnitt, und war den anderen Tag wieder verwachsen, so dass ich sehr geneigt bin, besonders diesen Fall für eine Art des Scleroms zu halten, da auch das Aussehen ein solches war, wie das der Wülste bei der Laryngitis subglottica.

Ich habe dieser Tage bei einer Dame, die über lästige Trockenheit im Halse klagte, einen ganz merkwürdigen Befund des Nasenrachenraumes erblickt, der möglicher Weise die Aetiologie dieser falschen Verschlüsse klären könnte. Vor sechs Monaten zeigte diese Dame einen normalen Nasenrachenraum neben ihrer Pharyngitis sicca, die durch eine Septumdeviation und Leiste, die totalen Verschluss der betreffenden Nasenseite zur Folge hatte, erklärt war. Als ich den Nasenrachenraum jetzt sah, war ich erstaunt über den folgenden Befund: Von einem Tubenwulst zum anderen war eine quer über das Rachendach ziehende sichelförmige Schleimhautleiste zu sehen, wodurch der oberste Antheil des Nasenrachenraumes in zwei Theile getheilt war. Es ist nun sehr wahrscheinlich, dass dieser Befund das Anfangsstadium solcher Diaphragmen darstellt, und wäre das Augenmerk auf solche Falten zu richten.

Auffallend ist auch, dass die drei Fälle Frauen betrafen, die ausserdem Frauenleiden hatten.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 26. November 1895.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

Der Vorsitzende überreicht eine von Prof. Urbantschitsch an die Gesellschaft gelangte Monographie „Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter“ und beantragt, dem Autor für diese Widmung den Dank auszusprechen, womit sich

die Versammlung einverstanden erklärt. Die Monographie wird der Gesellschaftsbibliothek eingereiht¹⁾.

Ferner beantragt der Vorsitzende, ein Comité zu ernennen, welches in Angelegenheit des im Verlaufe des Jahres 1896 abzuhaltenden österreichischen Otologentages berathen und in der nächsten Sitzung bezügliche Vorschläge erstatten möge. Der Antrag wird angenommen und in das Comité nebst dem Vorsitzenden die Professoren Politzer und Urbantschitsch, sowie die Docenten Bing und Pollak gewählt.

Spätnaht nach künstlicher Eröffnung des Warzenfortsatzes.

Prof. Gruber stellt einen 54 Jahre alten Mann vor, bei welchem er am 21. October 1895 wegen Empyems in den Warzenzellen die künstliche Eröffnung vornahm. Es wurde eine die ganze Länge des Warzenfortsatzes einnehmende, über 3 Ctm. lange, 1½ Ctm. breite, 1 Ctm. tiefe glattwandige Knochenhöhle freigelegt, welche mit Eiter und weichen, leicht blutenden Granulationen ausgefüllt war. Nachdem die Behandlung *lege artis* bis zum 31. desselben Monats geführt war, Patient während der ganzen Zeit afebril war und keine Erscheinung vorhanden war, die eine Contraindication abgegeben hätte, machte Gr. die Spätnaht, wobei die 4½ Ctm. langen Wundränder der Weichtheile durch 8 Hefte vereinigt und vorsichtshalber in den unteren Wundwinkeln ein Jodoformdocht eingelegt wurde. Die Knochenhöhle war vor der Vereinigung 2¼ Ctm. tief und die Knochenwundränder auf 2½ Ctm. weit klaffend. Jodoformverband.

In den nächsten Tagen zeigte sich nicht die Spur einer Reaction; nirgends Secretansammlung, so dass der Docht weggelassen werden konnte. Am 8. November wurden die Hefte entfernt und bis zur Stunde, es sind nunmehr 26 Tage verflossen, zeigt sich nicht das geringste ungünstige Symptom; die Wunde ist überall solide geschlossen, nirgends eine abnorme Empfindlichkeit oder ein anderes unangenehmes Zeichen. Gruber macht neuerlich auf die Vortheile dieser Behandlungsweise aufmerksam und bemerkt dazu, dass er nunmehr bei einer beträchtlichen Anzahl von Operirten an der Klinik und ausser der Klinik die Spätnaht mit dem besten Erfolge anwandte und nicht in einem einzigen Falle üble Folgen zu verzeichnen hatte. Durch die Spätnaht kann man die Behandlungsdauer beträchtlich abkürzen, was gewiss sehr erwünscht ist.

Abnormitäten am Schläfebeine.

1) Abnormes Loch an der Schuppe des Schläfebeines.

An einem sonst ganz normal entwickelten Schläfebein eines Erwachsenen findet sich ungefähr 5 Mmtr. über dem oberen Rande des Jochfortsatzes und 1 Ctm. von dem äusseren Gehörgang nach vorn zu ein rundes, mit glattem Rande versehenes, etwa 4 Mm. im Durchmesser haltendes Loch, durch welches die Schädelhöhle nach aussen communicirt. Von der Schädelhöhlenfläche besehen, erweist sich diese Lücke

¹⁾ Wir erlauben uns bei dieser Gelegenheit aufmerksam zu machen, dass die Oesterr. otolog. Gesellschaft für ihre Bibliothek literarische Widmungen dankbarst entgegennimmt.

als der durchbrochene Grund einer Grube, deren Band ungefähr den doppelten Durchmesser hat, wie das an der äusseren Fläche bemerkbare Loch. Die Wandung dieser Grube ist ganz glatt und sie selbst befindet sich an der Ecke eines Winkels, welcher durch Theilung der Furche für die Art. meningea media in zwei Ausläufer entstanden ist. Es hat den Anschein, als wäre an dieser Stelle eine Erweiterung (Aneurysma) der Art. meningea media gesessen, welches den Knochen nach und nach usurirte. Dass dieses Loch kein Kunstproduct ist, erkennt man am besten an der glatten Wandung der beschriebenen Grube. Es wäre gar nicht unmöglich, dass Aneurysmen an dieser Stelle Veranlassung geben zu jenen objectiv wahrnehmbaren Geräuschen, welche man am Schädel auscultiren kann und die isochronisch sind mit dem Pulse. Dass diese Lücke am Schläfebeine in pathologischer Beziehung von grosser Bedeutung werden kann, leuchtet wohl ein.

2) Abnorme Spalte am Dache der Trommelhöhle.

Das Präparat zeigt an der Stelle, wo das Tegmen tympani an dem Felsentheile inserirt, eine deutliche, über einen Centimeter lange Spalte, durch welche die Trommelhöhle mit der Schädelhöhle communicirte. Durch dieselbe hat, wie die damit demonstrirte Dura mater zeigt, eine in der Trommelhöhle vorhandene chronische eitrige Entzündung auf die Hirnhaut übergegriffen und eine chronisch verlaufende Pachymeningitis circumscripta erzeugt. Gruber erinnert daran, dass beim Neugeborenen zwischen dem Tegmen tympani und dem Felsentheil häufig eine solche Fissur zu sehen ist und dass die eben demonstrirte demnach als eine Hemmungsbildung aufzufassen sei.

Prof. Politzer: Demonstration pathologisch-anatomischer Präparate.

P. demonstrirt:

1) das Präparat eines hochgradig schwerhörigen Pfründners, bei welchem nach einer längst abgelaufenen Mittelohreiterung ein Defect am hinteren Trommelfellsegmente und eine vollständige Verkalkung des vorderen unteren Trommelfellrestes sich vorfand. Die Schleimhaut der hinteren Trommelhöhlenwand stark verdickt und uneben, am Promontorium eine kleinlinsengrosse Kalkauflagerung. Besonders interessant ist an diesem Präparate eine ausgedehnte, zackige Verkalkung der Auskleidung des Antrum mastoideum und die Verkalkung der Sehne des M. tensor tymp.;

2) ein Präparat, an welchem am Promontorium, unterhalb der Fenestra ovalis, eine circumscripte Kalkeinlagerung in der Schleimhaut sichtbar ist;

3) das Präparat eines alten Mannes mit ausgedehnter Atrophie und Einziehung des Trommelfells, an welchem der centrale atrophische Theil der Membran vom verdickten, peripheren Theile stark abgekantet ist;

4) ein anatomisches Präparat, an welchem die an der unteren Fläche des Schläfebeins abnorm weite Fossa jugularis medianwärts und nach oben gegen die obere Fläche der Felsenbeinpyramide sich ausdehnt, wodurch an der unteren Gehörgangswand eine 3 Mmtr. grosse unregelmässige Dehiscenz entstand, durch welche die Fossa jugularis mit dem inneren Gehörgange unmittelbar communicirt. Ein zweites

Präparat, an welchem die Fossa jugularis ebenfalls bis zur oberen Pyramidenwand erweitert ist, zeigt eine zackige Dehiscenz an der hinteren Fläche der Pyramide. P. lässt es dahingestellt, ob in den Fällen von Dehiscenz zwischen Fossa jugularis und Meatus audit. intern. durch Stauungen in der Jugularvene und Druck auf den Nerv. acusticus subjective Geräusche hervorgerufen werden können.

Dritte Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Arnheim, 9. Juni 1895.

Der Vorsitzende, Herr Prof. Guye, begrüsst die Gäste, die Herren Eeman (Gent), Reinhard (Duisburg) und Schleicher (Antwerpen).

In den Vorstand wurden wiedergewählt die Herren Prof. Guye (Amsterdam), Vorsitzender, Prof. Doyer (Leiden), Schatzmeister, und Dr. Burger (Amsterdam), Schriftführer.

Vorträge.

I. J. H. Reintjes: Demonstration eines Kranken, bei dem eine Geschwulst vom Larynx-Eingang entfernt worden ist.

Pat., ein 10jähriger Knabe, hatte im Mai 1894 eine Schwellung der rechten Gesichtshälfte gehabt, welche bis August allmählig zurückgegangen war. Im Juli wurde seine Athmung sehr laut, sogar im Nebenzimmer hörbar. Im November zeigte sich eine zunehmende Dysphagie. Pat. hatte sonst keine Beschwerden, war indessen bedeutend abgemagert.

6. November 1894. Keine Drüsenschwellung am Hals. Beim Herunterdrücken der Zunge präsentirt sich eine rothe Geschwulst, welche den ganzen unteren Rachentheil ausfüllt. Dieselbe besteht aus zwei Lappen. Der Eine nimmt den Raum zwischen Epiglottis und hinterer Rachenwand ein und überschreitet nach links die aryepiglottische Falte. Dort erblickt man im Kehlkopfspiegel den unteren Lappen, welcher in die Speiseröhre einzudringen scheint. Beim Athmen, welches sehr erschwert ist, hebt sich die anämisch, übrigens aber normal aussehende Epiglottis etwas vom Tumor ab. Letzterer hat eine glatte Oberfläche, ist dunkelroth, unbeweglich und auf Palpation weich und leicht blutend.

In Anbetracht der kurzen Dauer der Schlingbeschwerden, sowie der verhältnissmässig nicht erheblichen Behinderung der Respiration, konnte ein tiefer Sitz der Geschwulst ausgeschlossen werden und glaubte ich denselben am rechten Kehledekelrand oder auf der rechten aryepiglottischen Falte annehmen zu müssen. Ich hielt den Tumor für ein Sarcom.

Am 12. November wurde im Evangelischen Krankenhaus zu Ny-megen die Operation vorgenommen. Zuerst wurde die Tracheotomie gemacht und eine Trendelenburg'sche Canüle eingeführt. In der

Narcose war die Digitaluntersuchung sehr erleichtert und nun konnte festgestellt werden, dass der Tumor mit kleiner Basis der rechten aryepiglottischen Falte aufsass. Es gelang nicht, eine Schlinge um die Geschwulst zu bringen. Beim Versuch, dieselbe mit einer Zange zu fassen, wurde ein Stück aus der Geschwulst herausgekniffen; ein eingesetzter Haken ging durch dieselbe hindurch. Aus Furcht vor heftigen Blutungen verzichtete ich auf eine Abtragung der Geschwulst in Partien und entschloss mich zur Pharyngotomia subhyoidea, mittelst welcher der Rachenraum eröffnet wurde. Jetzt konnte ich die Schlinge um den Tumor herumbringen und denselben galvanocautisch abtragen. Mit dem Cauter wurde die Stelle, wo die Geschwulst gesessen, tractirt und die Wunde mittelst Etage-Naht geschlossen. Anstatt der Trendelenburg'schen wurde eine gewöhnliche Cantüle eingeführt. Die Ernährung wurde nun durch eine durch die Nase eingeführte Magensonde hergestellt. Die aus zwei Lappen bestehende Geschwulst war 4 Ctm. lang, 3 Ctm. breit, 2,5 Ctm. dick und wurde vom Histopathologen als ein Carcinoma simplex diagnosticirt.

Am 15. November wurde die Trachealcantüle entfernt und am nächsten Tage Milch getrunken. Die reactive Schwellung im Halse war eine mässige; auf der vorderen Epiglottisfläche befand sich ein weisser Belag. Pat. wurde am 22. November entlassen. Als er sich am 10. December vorstellte, hatte er eine Schwellung des Gesichtes; er athmete wieder hörbar, und es fand sich zwischen Zungenwurzel und Kehldeckel Schwellung und ein Paar weisse Flecken (vielleicht durch die Drähte der mittleren Etagennaht verursacht?). Auch zeigte sich auf der linken aryepiglottischen Falte eine kleine Schwellung, welche nach weiteren vier Tagen bis zur Grösse einer Haselnuss zunahm. Am 8. Januar d. J. hatte sich dieselbe wieder verkleinert. Der Kehldeckel war noch verdickt und der Raum zwischen demselben und der Zunge noch ausgefüllt. Pat. zeigte sich wiederum am 10. Februar. Nun war die Schwellung an der linken Plica aryepiglottica verschwunden. Beide Plicae sahen unregelmässig und verdickt aus, die Schwellung vor der Epiglottis hatte abgenommen.

22. April. Pat. sieht gesund aus, isst gut und ist fröhlich. Keine Halsbeschwerden. Er schnarcht nur, wenn er auf der linken Seite liegt. Kehldeckel normal, etwas nach links verzogen und rückwärts geneigt. Auf der Anheftungsstelle der Geschwulst nichts Abnormes. Links sieht man einige Falten, dort, wo nach der Pharyngotomie die Epiglottis an die übrige Schleimhaut festgenäht worden.

Es wird immer schwer sein, hierbei die richtige Stellung der Epiglottis zu bewahren. Die Schwellungen, welche ich anfänglich für schnelle Recidive gehalten hatte, welche aber zu meiner Ueberraschung wieder verschwanden, sind wahrscheinlich dadurch entstanden, dass die Drähte der mittleren Etagennaht sich zu lösen suchten.

Weil nun nach so vielen Monaten kein Recidiv auftrat, so begann ich an der anatomischen Diagnose zu zweifeln. Herr Prof. Spronck in Utrecht hatte die Güte, die zweite Untersuchung der Geschwulst zu übernehmen. Sein Gutachten ging dahin, dass der Tumor ein Sarcom mit alveolärem Bau sei. Es mache den Eindruck, als beständen die Alveolen aus Endotheliumzellen. Ohne Zweifel seien Zellen, welche

Gefäße umgeben, in Wucherung gerathen. Die Geschwulst könne zu den Endotheliomen, auch zu den Perithelsarcomen gerechnet werden.

Herr Pel: Wie stellt Votr. die Prognose?

Herr Reintjes: Vollkommen ruhig bin ich nicht. Indessen neigt die Prognose nach der günstigen Seite hin. Es sind in der Literatur derartige Fälle verzeichnet, auch bei Kindern, wo kein Recidiv aufgetreten ist.

II. A. C. H. Moll: Demonstration zweier Patienten mit Larynx-Tuberculose.

Dieser Mann kam voriges Jahr in meine Behandlung. Er hatte ein Jahr gehustet und klagte seit einem Monat über Heiserkeit und Schlingschmerz, welcher derart zugenommen hatte, dass er Speisen gar nicht mehr geniessen konnte. Er sah sehr schlecht aus. Die Laryngoscopie ergab: sehr geschwollene Epiglottis, Infiltration der rechten Plica aryepiglottica; Wucherungen auf der Membrana interaryt.; Infiltration der Taschenbänder, besonders rechts. Linkes Stimmband, soweit sichtbar, normal. Infiltration der Lungenspitzen mit Ronchis; die Sputa enthalten Tuberkelbacillen. Die Behandlung begann mit Spaltung der Epiglottis und Aetzungen mit Acid. lact. pur.; Creosot innerlich. Die Schlingbeschwerden liessen bedeutend nach, allein die Incision heilte nicht. Auf beiden Seiten wurden einige Male infiltrirte Stücke mit der Doppelcurette abgetragen. Im Winter wurde Pat. in's Spital aufgenommen. Die anfängliche Besserung verlor sich wieder. Fieber, zwischen 38° und 39°, und Behinderung der Respiration stellten sich ein. Im Februar d. J. wurde die Tracheotomie gemacht und wieder mit den Pinselungen mit Milchsäure angefangen. Der Zustand ist erheblich gebessert; der Schluckschmerz und die Expectoration sind verschwunden, der Husten ist sehr vermindert, er fühlt sich kräftiger und glaubt geheilt zu sein. Diese Meinung ist optimistisch, wie aus der Kehlkopfuntersuchung hervorgeht. Leider ist in den allerletzten Tagen der allgemeine Zustand etwas verschlimmert. Als ich Pat. vor einigen Wochen in der hiesigen medicinischen Gesellschaft vorstellte, haben alle Anwesenden sich von dem günstigen allgemeinen Zustand überzeugen können. Wenn Pat. sich von dieser Verschlimmerung erholt und die endolaryngeale Behandlung sich als ungenügend erweisen sollte, so beabsichtige ich, die Laryngotomie resp. Laryngectomie auszuführen.

Dieser zweite Pat., 44 Jahre alt, kam vor 4 Monaten in meine Behandlung im traurigsten Zustand, abgemagert, mit heftigster Dysphagie, mit argem Husten, heiser und sehr dyspnoisch. Seinen Husten führt er auf eine vor 2 Jahren überstandene Influenza mit nachfolgender Pleuritis zurück. Heiserkeit besteht seit einem Jahre, Dysphagie seit einem halben Jahre. Im Kehlkopf bedeutende Schwellung der aryepiglottischen Falten. Dazu eine zugeklappte Epiglottis, so dass das Larynxinnere nicht zu sehen war. Die Lungenspitzen afficirt. Ich machte die Tracheotomie. Die anfänglich stark erhöhte Temperatur sank innerhalb 14 Tage bis zur Norm. Allmählig hat sich nun der ganze Zustand gebessert; er sieht viel besser aus, hustet viel weniger, die Expectoration ist sehr vermindert, die Aphonie verschwunden. Die Athembehinderung ist nicht vollständig verschwunden, da noch eine erhebliche Schwellung des linken Taschenbandes zurückgeblieben ist.

In Folge dessen ist das linke Stimmband nicht zu sehen; das rechte ist gesund. In diesem Falle hat also die Tracheotomie nicht nur die drohende Erstickungsgefahr beseitigt, sondern auch einen vortrefflichen Einfluss auf den laryngealen Process geübt, wie es in solchen Fällen Moritz Schmidt betont hat. Meiner Ansicht nach darf ein Process in den Lungen, wenn er nur nicht zu ausgedehnt ist, von der Tracheotomie nicht abhalten.

Herr Krol: Beim ersteren Pat. hat der Vortr. erwähnt, dass er vielleicht später die Laryngectomie ausführen werde. Ich bemerke aber, dass eine ausgedehnte Affection beider Lungen vorliegt. Ich betrachte das Larynxleiden als ein unzweifelhaft secundäres und erachte die Larynxextirpation nicht als gerechtfertigt.

Herr Moll: Auch ich betrachte die Larynxtuberculose als secundär. Wir sollen uns auf chirurgischen Standpunkt stellen. Auch bei localer Gelenks- oder Knochentuberculose sind gar nicht selten die Lungen erkrankt, ohne dass dies ein Grund sein sollte, um die örtliche Tuberculose chirurgisch nicht zu behandeln. Der Kehlkopf verhält sich ganz, wie ein erkranktes Gelenk. Eine Contraindication würde ein Lungenprocess nur dann sein, wenn Pat. in Folge dessen die Operation nicht würde überstehen können.

Herr Pel: Betrachte ich diesen Pat. vom Standpunkte der allgemeinen Klinik und achte ich auf sein kränkliches Aussehen, seine Blassheit, seine Abmagerung, seinen äusserst weichen Puls, so besteht für mich kein Zweifel, ob wir es hier mit einer echten tuberculösen Dyscrasie zu thun haben. Ich glaube nicht, dass Pat. eine eingreifende Operation werde überstehen können. Der Vergleich mit der chirurgischen Tuberculose ist nicht haltbar, weil hier die allgemeine Dyscrasie im Vordergrund steht.

Herr Moll: Wenn man den elenden Zustand, in welchen Pat. sich befunden hat, mit demjenigen nach der Behandlung vergleicht, so ist der günstige Erfolg der letzteren unverkennbar. Dies beweist, dass das Lungenleiden ein örtliches Eingreifen nicht ausschliesst. Zufälligerweise ist Pat., wie gesagt, in den letzten Tagen gar nicht so wohl, wie er gewesen.

Herr Brondgeest: Ich glaube auch, dass man sich der Larynxtuberculose mit deren schrecklichen Schmerzen und furchtbaren Leiden gegenüber immer zum chirurgischen Standpunkt bekennen müsse und dass energisches Eingreifen Pflicht sei.

Herr Burger: Meiner Meinung nach ist, eben vom chirurgischen Standpunkte, bei diesem Kranken die Laryngectomie keineswegs angezeigt. Der Chirurg soll sich eine klare Vorstellung darüber bilden, was mit der Operation zu erreichen ist, und da ist die Larynxextirpation eine Operation, die nicht nur mit grosser Gefahr verbunden ist, sondern auch sogar, wenn sie glücklich verläuft, den Pat. in einen höchst invaliden Zustand bringt. Das Tragen eines künstlichen Kehlkopfes ist durchaus kein wünschenswerther Zustand. Die Laryngectomie ist nach meiner Ansicht nur dann indicirt, wenn damit vollständige Heilung zu erzielen ist, und ich schliesse mich Herrn Krol an, wenn er eine ausgedehnte Lungenaffection als eine absolute Contraindication betrachtet.

Herr Moll: Vorläufig denke ich auch gar nicht an diese Operation. Auch war mehr die partielle Laryngectomie gemeint.

III. C. Reinhard: Zwei Patienten nach Panse-Körner operirt.

Ich erlaube mir, Ihnen zwei Patienten vorzustellen, welche an chronischer Mittelohreiterung mit Caries und hochgelegener Perforation der Membrana Shrapnelli und durchwachsenden Granulationen litten. Da vielerlei Behandlungsmethoden vergebens in Anwendung gezogen worden, entschloss ich mich zur definitiven Freilegung der Mittelohrräume.

Der Hautschnitt wurde direct bis auf den Knochen geführt und ging parallel der Insertion der Ohrmuschel, ein Finger breit nach vorn am oberen Rande, so dass die Concha selbst ganz nach vorn umgeklappt werden konnte, besonders, als mit einem schmalen Raspatorium die hintere und obige häutige Gehörgangswand abgehoben war und nun der häutige Gehörgang wie ein Trichter hervorgezogen werden konnte; die vordere und untere häutige Gehörgangswand lasse ich stets in situ und sichere dieselbe möglichst, um später keine artificiellen Stenosen im Meatus and. ext. zu bekommen. Ich habe jetzt den knöchernen Gehörgang, wie am Skelett, vor mir und sehe bei directem Lichte das Trommelfell, die Perforation, die Granulationen und den Rest vom Hammer. Die hintere knöcherne Gehörgangswand wird von aussen nach innen (Stacke operirt wohl noch als Einziger von innen nach aussen) abgetragen bis zum Antrum, wobei besonders bei Entfernung des medialsten Theiles derselben Vorsicht geboten ist, um Verletzungen der medialen Paukenwand, oder N. facialis, oder der Bogengänge zu verhüten, unter Anwendung einer rechtwinkelig umgebogenen Silbersonde oder des Stacke'schen Schützers vermeidet man Nebenverletzungen, die Hauptsache ist aber gute Beleuchtung des Operationsgebietes, welches in dieser Tiefe schon sehr dunkel ist; ebenso wird die Pars ossea, d. h. die knöcherne laterale Wand des Atticus entfernt, die Reste von Trommelfell und Gehörknöchelchen können jetzt mit der Pincette gefasst werden, und mit dem scharfen Löffel werden die Granulationen und der eingedickte Eiter, unter möglichster Schonung der noch vorhandenen Schleimhaut, beseitigt. Durch Fortnahme der hinteren und zum Theil auch der oberen Gehörgangswand und der Pars ossea werden Gehörgang, Pauke, Atticus, Aditus, Antrum und die geöffneten Zellen des Proc. mastoideus in einen einzigen Raum umgewandelt, den Sie an diesem Präparat sowohl, als auch an den beiden Patienten wiedererkennen werden. In unseren Fällen waren im Warzenfortsatz nur wenige Zellen vorhanden, die mit Granulationen angefüllt waren.

Es erübrigt nun noch, die Lappenbildung anzuführen, wie sie von Panse und Körner angegeben ist beim primären Verschluss der Operationswunde. Dieser Lappen wird aus der hinteren häutigen Gehörgangswand gebildet durch zwei horizontale Parallelschnitte derart, dass die Basis des Lappens in der Concha liegt. Dadurch, dass die Schnitte nach aussen bis in das äussere Ohrloch geführt werden, wird dieses erweitert; der Lappen wird durch Tamponade an die hintere Wand der neugeschaffenen Höhle gelegt und die retroauriculäre Oeffnung durch Nähte primär verschlossen. Die Nachbehandlung findet vom

äusseren Gehörgang aus statt und ist durch die Erweiterung der äusseren Öffnung derselben wesentlich erleichtert. Sie muss die Epidermisirung der Wände der Höhle anstreben unter Zurückhaltung der Granulationen.

Ich habe nach obiger Methode bis jetzt 12 Fälle operirt und bin mit dem Resultat sehr zufrieden. Ich lege freilich einen sehr engen Massstab bei der Auswahl der Fälle an. Cholesteatome schliesse ich wegen des sicher zu erwartenden Recidivs von vornherein aus. Auch tuberculöse Caries halte ich nicht für geeignet. Entscheiden muss stets der Befund während der Operation. Findet sich nur eine umschriebene Caries der Gehörknöchelchen oder der Pars ossea, so würde ich stets primär schliessen; bei Caries der medialen Paukenwand muss man schon vorsichtig sein; ich musste einen Fall wieder von neuem öffnen, da sich die Caries an der medialen Wand unter einer sog. Pseudoepidermisirung weiter ausdehnte und ich derselben vom Gehörgang aus nicht genügend beikommen konnte.

Die Vorzüge der Lappenbildung nach Panse-Körner bestehen: a. in kürzerer Zeit der Nachbehandlung, da die Epidermisirung der Höhle von vier Wundrändern aus geschehen kann; b. in dem cosmetischen Effect.

IV. A. C. H. Moll. Zwei Patienten operirt nach Zaufal.

Nach der Beschreibung des Herrn Vorredners kann ich einen Theil meines Vortrages zurückhalten. Ich werde mich auf die Differenzen beschränken, und diese beziehen sich hauptsächlich auf die Plastik. Ich vermag die Vortheile derselben nicht einzusehen und glaube, dass in vielen Fällen, besonders wo die Haut unterminirt ist, wie in einem meiner Fälle, diese Haut nicht benutzt werden darf. Durch die Schonung der Haut wird überdies die Operation erschwert, besonders bei den engen Gehörgängen der Kinder. Auch ist es in vielen Fällen nothwendig, die tieferen Theile gut erreichen zu können, um auch später Granulationen eventuell wegzukratzen oder zu ätzen. Es existirt ja bereits eine sehr starke Neigung zur Verengung. Es ist allerdings sehr schön, die Wunde in 10 Tagen zur Heilung bringen zu können; allein dies wird ja nur ausnahmsweise gelingen. Wenn man, wie Zaufal beschrieben hat, und wie ich selbst es vorher bereits gemacht hatte, einfach den häutigen Theil der oberen und hinteren Gehörgangswand abträgt, so hat man augenblicklich grossen Raum, die vordere Wand bleibt intact und die Epidermisirung vollzieht sich später auch ganz gut. Ich fange immer in der Weise an, dass ich zuerst den Hammer durch den intacten Gehörgang entferne, so dass man bei dieser subtilen Operation nicht vom immer wieder hervorquellenden Blute behindert wird. — Dann mache ich eine grosse Incision auf dem Warzenfortsatz und gradwinklig darauf eine zweite nach vorn, wenn nöthig noch eine dritte nach hinten, so dass das ganze Planum inclinatum mit der Gehörgangsöffnung frei vorliegt.

Jetzt wird eine elastische Röhre in den Gehörgang eingelegt und hierauf von hinten die häutige Wand eingeschnitten, dann ein Messer durch die Wunde eingeführt und an der oberen und hinteren Wand zwei horizontale, parallele Einschnitte gemacht. Dieses Stück wird mittelst Raspatorium entfernt. Nun wird an der typischen Stelle das Antrum geöffnet, und vom geöffneten Antrum aus eine Sonde in den

Aditus ad antrum eingeführt. Das Antrum wird also von aussen nach innen geöffnet. Schliesslich wird die laterale Wand des Atticus und die ganze obere Gehörgangswand weggemeisselt, wobei der eventuell noch anwesende Amboss mitkommt; dann auch die knöcherne Wand des hinteren Gehörgangsabschnittes mit Schonung des Stückes, welches den Facialis enthält. Die Höhle wird abgeschabt, mit sterilisirtem Wasser irrigirt und mit Jodoformgaze tamponirt, theilweise von der Wunde aus, theilweise durch den Meatus.

Die erstere Pat., dieses Mädchen, ist im vergangenen Jahre operirt worden. Sie hatte viel Kopfschmerzen und chronische Otorrhoe. Die Höhle ist geheilt. Der Kopfschmerz, der nach der Operation allmählig verschwunden war, ist wieder aufgetreten, als die Pat. ihre Arbeit wieder aufgenommen hat, ist indessen weit geringer wie früher. Es war bei der Operation ein kleiner Rest vom Trommelfell vorhanden, der Hammer war cariös, der Amboss anwesend; das Antrum mit Granulationen gefüllt.

Dieser zweite Pat., das Kind, kam in sehr vernachlässigtem Zustande zu mir. Der Gehörgang war mit Eiter gefüllt. Hinter dem Ohr war eine Schwellung. Wenn man darauf drückte, floss der Eiter mit einem Strahle aus dem Ohr. Der Gehörgang war unterminirt und perforirt; eine schlechte Haut für eine Plastik! Vom Trommelfell war nur ein Rest anwesend; die Gehörknöchelchen waren vorhanden; der Hammer aber cariös und defect. Die Wunden sind jetzt geheilt und von der normalen Gehörgangsöffnung aus sieht man, wie die knöcherne hintere Gehörgangswand fehlt und der Blick Zugang hat in die Warzenzellen, das Antrum, den Atticus, alles von Epidermis überhäutet. Die Gehörschärfe ist noch 1 Mtr. für die Flüstersprache, 2 Mtr. für die Conversationssprache.

Herr Reinhard: Ich verstehe es nicht, wozu es nützlich sein könnte, Epidermis, dieses kostbare Gut, wegzuwerfen, anstatt es zu benützen.

Herr Burger: Wie macht Herr Reinhard die Nachbehandlung in der Mehrzahl der Fälle, wo er nicht primär die Wunde verschliesst?

Herr Reinhard: Ich halte die Wunde auf, bis sich in der Tiefe gesunde Granulationen gebildet haben. Dann erst lasse ich die retro-auriculäre Oeffnung per granulationem sich schliessen. Beim Cholesteatom mache ich durch Lappenbildung aus der Kopfhaut eine persistente retro-auriculäre Oeffnung, und zwar wegen der so gut wie sicheren Recidive. Aus kosmetischen Rücksichten wird gegen die persistente Oeffnung viel geeifert. Besonders aber bei Leuten, die sich nicht regelmässig nachbehandeln lassen können, muss man die Oeffnung zu einer persistenten gestalten.

V. H. van Anrooy: Ein Fall von geheilter primärer Larynx-Tuberculose.

Der Pat., den ich Ihnen hatte vorstellen wollen, der aber plötzlich verhindert worden ist, hierher zu kommen, ist ein Herr von 37 Jahren, der Ende 1893 ab und zu eine belegte Stimme hatte. Wegen zunehmender Heiserkeit besuchte er mich Februar 1894. Im Kehlkopf fand ich, ausser einer diffusen Röthung der Stimmbänder, ein kleines Geschwür auf dem leicht geschwellenen rechten Taschenband, unmittel-

bar vor der Giesskanne. Pat. hatte ausser Heiserkeit keine Klagen. Der allgemeine Zustand war gut. Schwere Erkrankungen hatte er nie durchgemacht. Er hustete sehr wenig, expectorirte nicht. Lungen, bei wiederholter Untersuchung, gesund. Im Sputum keine Bacillen. Keine Anzeichen von früherer oder manifester Lues. Die dennoch vorgenommene Behandlung mit Jodetum kalicum war erfolglos. Durch äussere Umstände konnte Pat. sich erst im Mai einer örtlichen Behandlung unterwerfen. Der Process im Larynx hatte indessen Fortschritte gemacht. Die Ulceration hatte auf die geschwollene rechte Arytänoidgegend übergreifen und sich auch nach vorn auf dem Taschenband weiter ausgedehnt. Pat. hatte jetzt Schluckbeschwerden und dann und wann Schmerz im rechten Ohr. Ich entfernte nun mit der Curette die granulirenden Ränder des Geschwürs auf der rechten Arytänoidgegend und schickte die Fragmente an Prof. Siegenbeek van Heukelom in Leiden, welcher die microscopische Diagnose „Tuberculose“ mit Sicherheit stellen konnte. Die weitere Behandlung bestand in Curettement mit nachfolgenden Einreibungen von reiner Milchsäure. Ich bedaure nun, Ihnen den ausgezeichneten Erfolg dieser Behandlung nicht demonstrieren zu können. Die Ulcerationen sind vollständig vernarbt. Nur ist in Folge dieser Narben die Oberfläche des rechten Taschenbandes etwas uneben. Keine Spur von Entzündung oder Infiltration. Die Stimme, welche im Mai 1894 sehr heiser war, ist jetzt nur noch ganz wenig belegt; die Stimmbandbewegung normal. Ich kann hinzufügen, dass Pat. seine Stimme gar nicht hat schonen können, und dieser Umstand darf Schuld daran sein, dass die Heilung eine langsame gewesen, und erst Ende October eine vollständige war.

VI. Schleicher: Demonstration eines galvanocautischen Griffes mit Rheostat.

Das Instrument, welches ich mich beehre, ihnen vorzuführen, hat den Zweck, während der Herabsetzung des Widerstandes in Folge der Zusammenschnürung der Schlinge einen compensirenden Widerstand in den Stromkreis einzuschalten, so dass die Schlinge fortwährend dasjenige Quantum Stromes erhält, welches ihrer Grösse entspricht. Jedermann weiss, dass beim Zusammenziehen grosser Schlingen durch die Ausschaltung des eigenen Widerstandes die Stromintensität dermaassen steigen kann, dass der Draht schmilzt oder auch, dass eine Blutung entsteht. Ungeachtet der Behauptung von Lichtwitz, dass die Benutzung eines Rheostaten überflüssig sei, wählt jeder Operateur, um dem genannten Uebelstande abzuhelfen, von vornherein einen möglichst schwachen Strom, man macht den Draht nur rothglühend. Dabei verbrennt aber die Geschwulst zu langsam, der Schorf wird zu dick, die Reaction zu gewaltig. Wurde der Strom gar zu schwach gewählt, so erlischt mitunter das Glühen ganz. Andere helfen sich dadurch, dass sie den Strom von Zeit zu Zeit unterbrechen, wenn das rasche Gleiten der Schlinge, das zu laute Knistern des verbrennenden Gewebes ein zu starkes Erglühen des Drahtes verräth. Dessen ungeachtet reisst ihnen mitunter die Schlinge, bevor sie am Ziel sind. Diejenigen gehen am sichersten, welche über eine Assistenz verfügen, welche, während der Operateur die Schlinge schliesst, mittelst eines Rheostaten den Strom allmählig vermindert. Denn dass der Operateur selbst, wie

man behauptet hat, diese Bewegung ausführen sollte, daran ist nicht zu denken. Mein Instrument ermöglicht es, ohne Assistenz mit dem Rheostaten zu arbeiten, indem der Zeigefinger des Operateurs mit dem Schlitten den Widerstand einschaltet. Ich habe mich des Boecker'schen Handgriffes bedient. Selbstverständlich können auch andere Universalgriffe mit Rheostat versehen werden, sobald sie nur den bekannten Forderungen bezüglich der Dicke und Leitungsfähigkeit der Stromleiter und der Excursion des Schlittens entsprechen. Eine um eine Glasplatte gewundene Neusilberspirale hängt am linken unteren Rand der Ebonitfassung. Hinten ist sie mit einer Schraube am hinteren Ring des Griffes befestigt, vorn endet sie in das vordere Ende des linken Stromleiters. Letzteres ist in der Mitte durchfeilt, so dass die gewöhnliche Stromleitung aufgehoben ist. Der Strom tritt von der Leitungsschnur in eine dünne Kupferleiste, welche sich nach oben rechtwinklig umbiegt und so auch den linken oberen Rand der Ebonitfassung bedeckt. Dort oben wird der Strom durch eine unter dem Schlitten angebrachte federnde horizontale Zunge aufgenommen und durch eine zweite verticale Zunge auf den Rheostaten fortgeleitet. Je weiter nun der Schlitten nach hinten steckt, desto mehr Spiralen hat der Strom links zu durchlaufen, ehe er in die Schlinge tritt. Es sei bemerkt, dass der Neusilberwiderstand viel grösser ist als der Widerstand einer jeglichen Schlinge. Auf diese Weise ist es ermöglicht, gleich beim Beginn der Operation einen starken Strom zu verwenden.

Obgleich die Beweglichkeit des Schlittens in keiner Weise verringert ist, so benutze ich diese Gelegenheit, um den Schlingenschnürer von Chardin zu empfehlen, bei welchem der Draht nicht durch lange Röhren läuft und letztere auf grosser Entfernung von einander stehen. Auf diese Weise ist die Bewegung des Schlittens so leicht, dass ein Kind denselben würde anwenden können.

Herr Zwaardemaker: Ich gratulire dem Redner zu dem vortrefflichen Gedanken, in so einfacher Weise ein Rheostat in einen galvanocaustischen Griff einzuschalten. Sein Instrument hat ausserdem den Vortheil, das Contact, welches an galvanocaustischen Instrumenten immer schlecht ist oder ungenügend wird, zu umgehen.

H. Burger.

(Schluss folgt.)

Gesellschaft der ung. Ohren- und Kehlkopffärzte.

(XIII. Sitzung vom 17. October 1895.)

1) Hr. Zwilling: Fremdkörper 8 Monate lang in der Nase, foetid-eitriger Ausfluss. Asthma.

Julius B., 57 J. alt, Kaufmann in Győr, hat sich am 5. August 1895 auf der laryngologischen Abtheilung des öffentlichen Ambulatoriums (Prot. No. 426) mit der Klage gemeldet, dass er am 12. December 1894 wegen Nasenbluten von seinem Arzte tamponirt wurde; der Tampon konnte aber weder von dem betreffenden Arzte, welcher es öfters versuchte, noch von anderen Aerzten, welche er später consultirte, ent-

fernt werden, liegt noch immer in der Nase, verursacht grässliche Schmerzen und Athembeschwerden und verbreitet einen derartigen Gestank, dass die Menschen mit ihm nicht mehr verkehren wollen, so dass er als Kaufmann in seiner Existenz bedroht ist.

Ich habe bei dem kräftigen, kurzhalsigen Patienten eine vorge-schrittene Arteriosclerose gefunden. Bei der vorderen Rhinoscopie ist die linke Nase mit reichlichem grünlich-gelben Eiter ausgefüllt, die Schleimhaut ist dunkel-blauroth, geschwollen, ein Fremdkörper nicht sichtbar, mit der Sonde lässt sich aber in der Tiefe der Nase bald ein Hinderniss befühlen, welches weich ist, die Sonde aber nur $\frac{1}{2}$ Ctm. tief hineindringen lässt. Bei der mit Leichtigkeit ausgeführten hinteren Rhinoscopie war die linke Choane mit einer mit dunkelgrauen Schorfen bedeckten fremden Masse ausgefüllt. Die hinteren Enden der Muscheln waren nicht sichtbar. Rechte Choane frei und normal.

Nachdem sich bei einer Sondirung eine stärkere Blutung eingestellt hat und die mit den verschiedenen Instrumenten versuchte Entfernung weder von vorne, noch durch den Nasenrachen gelungen ist (ich habe sogar das Rückwärtsschieben, welches man doch lieber vermeiden soll, versucht), habe ich bei der weichen Consistenz des Fremdkörpers und mit Rücksicht auf das Alter des Pat. und auf seine unbestimmte Angaben schon den Verdacht auf ein Neoplasma gefasst, als es mir gelang, mit der Schlinge, mit welcher ich einen Teil dieser Masse zu diagnostischen Zwecken entfernen wollte, den an den Tampon befestigten 5 Ctm. langen Faden hervorzuziehen, zwischen den Fingern zu fassen und auf diese Weise den ungewöhnlich grossen, mit Eiter, Blut und Schleim vollgesaugten Tampon, trotz seiner Schlüpfrigkeit, mit grosser Anstrengung herauszuziehen. Wie Sie sehen, selbst der schon getrocknete Tampon hat noch eine ungewöhnliche Grösse (Demonstration) und sein Geruch genügt selbst jetzt, nach 6 Wochen, um ein Urtheil zu bilden, wie gerechtfertigt die Klagen des armen Patienten waren.

Es wäre sehr wünschenswerth, noch festere und schärfer präcisirte Regeln aufzustellen, die Frage betreffend, wann bei einer Epistaxis die hintere Tamponade gemacht werden soll, oder nicht: noch wünschenswerther wäre aber, dass diese Regeln von den Herren Collegen eingehalten werden sollten. Ich habe erfahren, dass viele Collegen — besonders die jüngeren — bei einer jeden etwas stärkeren Nasenblutung, ohne sich zuerst zu überzeugen, woher die Blutung kommt und ohne zuerst andere mildere, auch sehr oft zweckerfüllende Methoden zu versuchen, sofort belloquieren, natürlich recht häufig unzweckmässig. Ich habe nicht die Absicht und speciell nicht hier in dieser Gesellschaft, ausführlich über die Belloque'sche Tamponade zu sprechen, ich will nur hinweisen, wie leicht es ist, die Regel einzuhalten, dass die Grösse des Tampons der wahrscheinlichen Grösse der Choane entsprechen soll. Der betreffende Herr Colleague hat eben diese Regel ausser Acht gelassen und die Folge war, dass er eine solche Kraft anwenden musste, dass dem Patienten, wie er sich ausgedrückt hat, „der Kopf beinahe geplatzt ist“. Die Entfernung des Tampons ist auch nun sehr spät, nach 8 Tagen versucht worden, obzwar es nach Aufhören der Blutung, nach 2 Tagen schon angezeigt gewesen wäre.

Nach der Entfernung habe ich Nasenausspülungen mit antiseptischen Lösungen angewendet. Die Eiterung hat sich sehr bald ad Minimum reducirt, Foetor verloren und die Athmung ist normal geworden. Ich habe eine ausführlichere Beschreibung der Asthmaanfalle nicht für nothwendig gehalten, sie waren ganz typisch, in der letzten Zeit recht häufig und haben den Patienten sehr erschöpft.

Discussion:

Hr. v. Navratil: Ich kann bestätigen, dass die Aerzte sehr oft die Untersuchung vernachlässigen, woher die Blutung stammt und sofort die Belloque'sche Tamponade anwenden, obzwar, je nach dem Sitze der Blutung, andere Verfahren angewendet werden sollten.

2) Hr. Lichtenberg: Tympanitis acuta, Abscessus subduralis, Operation, Heilung, zwei Fälle.

Die Oeconomie der Natur hat bei den acuten Paukenhöhlen-eiterungen für das Wohl der Menschen sehr zweckmässige Einrichtungen getroffen, denn trotz des Umstandes, dass phlogogene und pyogene Stoffe über zahlreiche und bequeme Wege zur Weiterverbreitung verfügen, kommen intracranielle Erkrankungen in Folge von acuten Tympanitiden verhältnissmässig doch selten vor. Die Betrachtung der anatomischen Verhältnisse der Paukenhöhle wird uns ferner überzeugen, dass alle Erkrankungen dieser Höhle den Warzenfortsatz selbstverständlich in Mitleidenschaft ziehen müssten, aber trotz dieser vollständig motivirten Annahme sind Warzenbeincomplicationen verhältnissmässig doch selten. Ich will heute zwei solche Fälle der geehrten Gesellschaft demonstrieren, in denen den Ausgangspunkt des Warzenbeinempyems eine acute Tympanitis bildete. Die Fälle wichen aber klinisch und Operationsbefund betreffend, ferner auch im nosologischen Substrat von einander ab.

Der erste Patient consultirte mich am 14. August 1895 und gab an, dass vor 10 Wochen nach einem Ausfluge in und hinter dem rechten Ohre starke Schmerzen auftraten und das Gehörvermögen sich auf dieser Seite bedeutend reducirt hat. Er hat sein Leiden 5 Tage lang nicht beachtet, suchte dann am 6. Tage einen Ohrenarzt auf, der sofort die Paracentese machte und aus dem kranken Ohre viel Secret entfernte. Nach einer 14tägigen Behandlungszeit, während welcher Ohrenfluss und Schmerzen, besonders hinten am Knochen fortwährend bestanden, ist Patient von seinem Arzte für gesund erklärt worden und wegen der heftigen Schmerzen hinter dem Ohre, welche in's Ohr, zu den Schläfen und nach hinten ausstrahlten und für nervös erklärt worden sind, einem Nervenspecialisten überwiesen worden. Nach einer 4wöchentlichen Electricisirung (über die Qualität des Stromes habe ich keine Aufklärung erhalten) litt der Pat. noch immer, die Eiterung war während dieser Zeit sehr gering. Jetzt consultirte er einen anderen Arzt und setzte auf dessen Verordnung zwei Blutegel auf das Warzenbein, doch ohne Erfolg, denn nach 24 Stunden waren die Schmerzen wieder da. Ein anderer Ohrenarzt rieth ihm in's Grüne zu gehen, um sich zu erholen.

Temperaturmessungen sind während diesen 10 Wochen nicht gemacht worden. Der Pat. ist sehr stark abgemagert. Aeusserer Ge-

hörgang normal, in der Tiefe wenig Eiter. Insufficiante Trommelfell-perforation hinten-oben. Bei der Catheterisation kleinblasige schwache Rasselgeräusche. Eine kaum merkbare Anschwellung über dem Warzenbeine, aber grosse Druckempfindlichkeit. Nach hinten und oben ausstrahlende, selbst in der Nacht nicht sistirende Schmerzen.

Meine erste Aufgabe war, die insufficiante Trommelfell-Oeffnung nach oben und unten zu erweitern, gründlich durchzublasen und dem Paukenhöhleneiter, welcher jetzt reichlich und dünn hervorquoll, freien Abfluss zu gewähren.

Gehörvermögen auf der kranken Seite $\frac{0}{60}$; Weber nach der kranken Seite lateralisiert, Rinné —. Trotz des freien und reichlichen Eiterabflusses und energischer Anwendung der Kälte hörten die Schmerzen doch nicht auf. Temp. $37,2^{\circ}$ C., P. 95. Nach 5 Tagen, als die Schmerzen unerträglich wurden, habe ich mit Rücksicht auf die Dauer der Erkrankung und auf den Symptomencomplex Warzenbeinempyem diagnosticirt, obzwar das pathognomische Zeichen — Senkung der hinteren, oberen Partie des äusseren Gehörganges — fehlte und am 18. August die typische Aufmeisselung des Warzenbeins auf der Poliklinik ausgeführt. Anwesend waren die Herren Feldbaum und Rothbart. Die Corticalis war gesund, pneumatische Zellen des Warzenbeins cariös und mit Eiter ausgefüllt. Das Antrum wurde in $2\frac{1}{2}$ Ctm. Tiefe erreicht und ganz cariös gefunden, bei der Eröffnung derselben starker Eiterfluss. Fistel nach oben, mit Eiterabfluss in den Operationscanal. Das Antrum ist ganz geöffnet worden, man konnte bei starker electriccher Beleuchtung bis zu dem Aditus und dem kurzen Ambosfortsatz sehen, alles Cariöse ist abgemeisselt und die Dura exponirt worden. Vom Standpunkte dieses Befundes gehört also der Fall in die Kategorie der subduralen oder extraduralen Abscesse. Typischer Verband mit steril. Gaze. Nach einer halbstündigen Ruhe nach der Narcose ist Patient auf dem Rettungswagen in fixirtem Hängebette, ohne jedes Schütteln, in seine Wohnung nach Ofen transportirt worden. Verbandwechsel nach 5 Tagen. Viel freiliegender Eiter in dem Operationscanal, trockene Reinigung, principielle Vermeidung jeder Ausspritzung, lockere Tamponade, Verlauf fieberfrei. Schmerzen minderen Grades zeigten sich noch 3 Wochen lang, meistens in der Hinterhauptbein-Gegend. Trommelfellperforation in 10 Tagen ganz verheilt, Ohren-eiterung aufgehört. Hört jetzt $\frac{4}{60}$. Es war also ein Subduralabscess mit Tendenz gegen die mittlere Schädelhöhle, ohne jede Aeusserung. Wer das schon öfters gesehen hat, wird sich darüber nicht wundern.

Das Krankheitsbild des zweiten Falles ist schon ganz verschieden, obzwar der Ausgangspunkt des Leidens derselbe war, aber trotz des lebensgefährlichen Characters des Leidens zeigte hier der Organismus des Kranken eine seltene Toleranz. Pat. klagte Anfangs December 1894 zuerst über Schmerzen, welche in und hinter dem rechten Ohre localisirt waren und ihn $4\frac{1}{2}$ Monate lang arbeitsunfähig machten, da er immer das Bett oder das Zimmer hüten musste. Bis Anfang Mai waren die Schmerzen sehr stark, er hat aber keinen Arzt consultirt, und da es ihm besser wurde, hat er zu arbeiten angefangen. Ende Mai traten aber die unerträglichen Schmerzen in dem Ohre und an dem Warzenbein wieder auf und er musste sich zu Bette legen, bis zum 18. Juni

1895, wo er auf die Poliklinik kam. Pat. war sehr stark abgemagert. Gehörgang angeschwollen, Trommelfell opak, mit normalen Niveauverhältnissen. Warzenbein äusserst druckempfindlich, infiltrirt, ödematös. Bei der Catheterisation grossblasiges Rasseln. Das Ohr ist angeblich nie geronnen. Ich habe nach reiflicher Ueberlegung Warzenbein-Empyem diagnosticirt und die Operation nach 2 Tagen auf der Poliklinik gemacht. Anwesend waren die Herren Baumgärten, Tomka, Feldbaum und Rothbart. Vor der Operation in der Narcose Paracentese, Catheterisation, viel dünner Eiter. Typische Aufmeisselung. Corticalis etwas verfärbt. Nach Abmeisselung einer dünnen Knochenschichte dicker Eiter, Warzenbein voll mit Granulationen und total cariös. Das Antrum lag in diesem Falle viel höher als normal, war destruiert und mit dickem Eiter ausgefüllt. Alles Kranke wurde entfernt, die Knochenwunde war mehr als 2 Ctm. lang und $1\frac{1}{2}$ Ctm. breit. Typischer Sterilgaze-Verband. Temperatur vor der Operation $39,8^{\circ}$ C. Verbandwechsel nach 6 Tagen, Verlauf fieberfrei, Schmerzen sofort aufgehört und nie wieder zurückgekehrt. Principielle Vermeidung jeder Ausspritzung. Totale Vernarbung in 6 Wochen.

Obzwar die Krankheit hier schon $\frac{1}{2}$ Jahr dauerte, ist die Heilung schon in 6 Wochen erfolgt, im Gegensatz zu dem ersten Falle, wo nach einer 10 Wochen langen Krankheitsdauer eine kleine Oeffnung an dem Warzenbein noch immer existirt. Ausserdem ist im zweiten Falle Gehör $\frac{30}{100}$, vor der Operation = 0. Schon bei dem ersten Verbandwechsel fand ich keinen Eiter im Ohre und das Trommelfell war schon vernarbt.

Discussion:

Hr. Szenes: Nachdem ich den Fall I auch gesehen habe, will ich Folgendes bemerken: Der Pat. wohnt in der Nähe der Charité und hat mich einmal mit dem Herrn Krankenhausdirector Ludwik zusammen consultirt. Damals habe ich factisch keine Indication zu einer operativen oder localen Behandlung gefunden. Pat. sah zwar schlecht aus, hatte aber keine Schmerzen. Wir rieten ihm einen Aufenthalt in der Sommerfrische zu. Bald suchte mich dann die Frau des Patienten auf und erzählte, dass bei ihrem Manne schreckliche Schmerzen auftraten und dass aus der Sommerfrische nichts geworden ist. Damals also, als ich den Pat. sah, waren keine objective Symptome da und so konnte ich auch keine Operation in Aussicht stellen.

Hr. Lichtenberg beruft sich demgegenüber auf den Operationsbefund.

II. Referate.

a) Otologische:

Taubstummen-Statistik in Niederland. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1895, II, No. 24.)

Ein Comité aus der Niederländischen Gesellschaft zur Förderung der Medicin (Vorsitzender Prof. Doyer in Leiden) hat, auf Grundlage der Ergebnisse der Volkszählung von 1890, eine statistische Untersuchung der Blinden und Taubstummen unternommen, wofür die Regierung die Zählkarten der Volkszählung zur Verfügung gestellt hatte. Die geplante ohrenärztliche Untersuchung aller Taubstummen hat man bei Weitem nicht durchführen können. Die Bedeutung dieser Statistik steht in Folge dessen hinter der von Lemcke für Mecklenburg-Schwerin bearbeiteten sehr zurück.

Die Zählkarten erwähnen 1977 Taubstumme. Indessen hat man über bloss 1622 solche Angaben erhalten können, dass die Diagnose der Taubstummheit über jeden Zweifel erhaben ist. Bei nur 466 hat eine ohrenärztliche Untersuchung stattgefunden.

Die Frequenz der Taubstummheit in Niederland beträgt 0.044%. Die Männer überwiegen mit 1007 gegen 890 weibliche Taubstumme.

Bei der statistischen Bearbeitung sind die 355 Fälle, wo nähere Angaben fehlen, ausser Betracht gelassen. Auffallend ist, auch in dieser Statistik, die grosse Frequenz der jüdischen Taubstummen (10%, während nur 2.2% der Bevölkerung jüdischer Rasse ist).

Unter den 1622 Taubstummen konnten 219 Mal (13.5%) hereditäre Momente nachgewiesen werden. Bei diesen 219 Taubstummen bestand in 77 Fällen Consanguinität der Eltern, und verhältnissmässig viel häufiger bei den jüdischen als bei den anderen Taubstummen.

Von 848 Patienten ist angegeben, dass die Taubheit eine congenitale war; 619 Mal soll dieselbe erst nach der Geburt entstanden sein, während dies in 155 Fällen nicht mit Sicherheit festzustellen war.

In den Fällen angeborener Taubheit wurde dieselbe in grossen Familien häufig bei den jüngeren Kindern angetroffen. Wo die älteren Kinder befallen waren, ist einige Male Idiotie, Schwachsinnigkeit bei den später Geborenen notirt.

In den 619 Fällen acquirirter Taubheit soll dieselbe 286 Mal nach „Hirnentzündung“ (Eklampsia infantum), 70 Mal nach Typhoid, 34 Mal nach Scharlach, 31 Mal nach Masern, 13 Mal nach Meningitis cerebrospinalis entstanden sein. Primäres Ohrenleiden als Ursache der Taubstummheit finden wir kein einziges Mal verzeichnet. Indessen ist selbstverständlich diesen anamnestischen Mittheilungen kein allzu hoher Werth beizumessen. In 21 Fällen werden Traumata am Kopf (2 Mal Zangenextraction) als Taubheitsursache angegeben.

Bei 466 ohrenärztlich untersuchten Taubstummen wurden nur 120 Mal otoscopische Abweichungen constatirt, nämlich 43 Ohrenschmalzpfropfe, und weiter Kalkablagerungen, Atrophien, Perforationen. In 2,7 pCt. aller Fälle wurde Idiotie constatirt, in der grossen Majorität bei angeborener Taubheit.

Nicht weniger als 1338 von 1622 Patienten (82 pCt.) hatten speciellen Taubstummenunterricht erhalten.

Nur 3 pCt. der Patienten war verheirathet, von welchen $\frac{1}{3}$ mit Nicht-Taubstummen, $\frac{2}{3}$ mit Taubstummen. Unter den 146 Kindern aus diesen Ehen giebt es nur 5 Taubstumme. H. Burger.

b) Rhinologische:

Microorganismen in der gesunden Nase. (Microorganisms in the healthy nose.) Von DDR. medd. St. Clair Thomson und R. T. Hewlett, London. (Lancet, 1. Juni 1895.)

Die Verff. fanden bei ihren Untersuchungen, dass die meisten Organismen im Vestibulum durch die Vibrissae und den Schleim aufgefangen werden und dass sich auf den mit Flimmerepithel bekleideten Stellen der Nase fast keine Microorganismen finden. Felix Semon führte in der Discussion aus, dass er eine Bestätigung dieser Abwesenheit von schädlichen Organismen darin sehe, dass er jetzt nie mehr Antiseptica nach der Operation der Rachenmandel gebrauchen lasse und dass trotzdem keine Complicationen vorgekommen seien. Allan Macfadyen meinte, dass wohl ausser der mechanischen Reinigung durch die Vibrissae auch noch eine bacterienvernichtende Eigenschaft des Schleims vorhanden sein könne. Habershon will die Erklärung in der Thätigkeit des Flimmerepithels suchen. Hewlett hält den Nasenschleim für einen sehr schlechten Nährboden für Microorganismen. Was die nach Nasenoperationen bisweilen beobachtete Tonsillitis anlangt, so betrachtet sie St. Clair Thomson mit den Franzosen (und Anderen. Ref.) als eine septische Infection. M. Schm.

Ueber Schleimdrüsen im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut. Von Dr. G. Boeninghaus in Breslau. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, 1895.)

Im hyperplastischen Epithel der Regio respiratoria der Nasenschleimhaut finden sich bisweilen Schleimdrüsen vor. Sie werden gebildet von hohen flimmernden Cylinderzellen, wie sie die normale Nasenschleimhaut trägt, die sich um eine tuberculöse Einsenkung des hyperplastischen cylindroiden Epithels gruppieren und im Grunde derselben zu verschleimen pflegen. Die verschleimten Zellen unterscheiden sich nicht von den Becherzellen der normalen Nasenschleimhaut und haben wie diese eine netzförmige protoplasmatische Structur. Im Schnitte ist der meist schräg aufsteigende Ausführungsgang fast immer von dem Grunde der Drüse abgeschnitten, und so erscheint der letztere meist als grosse, helle, mitten im Epithelsaum gelegene Knospe. — Diese Schleimdrüsen wurden von B. in einem Nasenpolypen in vielen hundert Exemplaren nachgewiesen, in anderen Präparaten wurden sie selten vorgefunden. Farbige Abbildungen illustriren das Gesagte. Beschorner.

Der sogenannte blutende Polyp der Nasenseidewand. (*The so-called bleeding polypus of the nasal septum.*) Von Dr. W. Freudenthal. (*Annals of Ophthalmology and Otology*, July 1895.)

Krankengeschichte eines Falles von Angiona des Septum narium bei einem 23jährigen Mädchen, welches ihr Leiden — Nasenbluten — auf einen Fall vor 9 Monaten zurückführt. Die Entfernung des runden, röthlich braunen Tumors verursachte eine derartige Hämorrhagie, dass Patientin in ein Hospital gebracht und daselbst die Exstirpation vollendet wurde. Die wiederkehrenden Blutungen wurden schliesslich durch Cauterisationen gestillt, die microscopische Untersuchung ergab Fibroangiom.

Mit der von F. betonten Seltenheit solcher Fälle stimmten mehrere Mitglieder der New-York. Academy bei seiner Krankenvorstellung nicht überein. G—n.

Der Eisenbahnschnupfen. Von Prof. Dr. B. Fränkel in Berlin. (*Arch. f. Laryngol. etc.* Bd. III, Heft 3, p. 383, 1895.)

Dieser Schnupfen, welcher Personen beiderlei Geschlechts bei längerem Eisenbahnfahren befällt, stellt genau dieselben Erscheinungen dar, wie der Beginn des vasomotorischen oder Heuschnupfens. Er ist nur mit der Annahme zu erklären, dass die sensiblen Nerven durch den Staub etc. gereizt werden und reflectorisch Niessreiz, vermehrte Secretion und vasomotorische Veränderungen veranlassen. Es muss daher bei den betreffenden Patienten eine grössere Reizbarkeit der Nasenhöhlenauskleidung, insbesondere ihrer sensiblen Nerven, vorausgesetzt werden, eine Irritabilität, ähnlich derjenigen, wie sie von F. früher zur Erklärung des Asthma's herangezogen wurde. Zur Herabsetzung derselben empfiehlt Autor Arg. nitric.-Einspritzungen mit $\frac{1}{4}$ bis 1 p. Mille Lösungen, einen um den anderen Tag; prophylactisch kann man das Einlegen von Wattetampons in die äusseren Nasenlöcher versuchen. Beschorner.

Sarcom der Nase, behandelt mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus. (*Sarcoma of the nose treated with the toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus.*) Von Norval H. Pierce, Chicago. (*Chic. med. Reporter*, Juli 1895.)

Verf. berichtet über drei nach der von Coley angegebenen Methode behandelte Fälle, in denen er aber keinen Erfolg erzielte. Der eine Fall war ein Myxosarcom von der Nasenmuschel ausgehend, der zweite ein Fibrosarcom und der dritte ein blutender Polyp des Septum. M. Schm.

Ueber Knochenblasen in der Nase. Von Dr. A. Stieda in Rostock. (*Arch. f. Laryngol. etc.* Bd. III, Heft 3, p. 359, 1895.)

Mittheilung zweier Fälle, ein 16- und ein 19jähriges Mädchen betreffend. Im ersten erreichte die Knochenblase, von der rechten mittleren Nasenmuschel ausgehend, die Grösse eines Hühnereies. Die Dicke der Wand betrug 1,5–3 Mm. — Der zweite Fall zeichnete sich durch bemerkenswerthe klinische Erscheinungen, namentlich hochgradige nervöse Beschwerden aus. Hier wurden mehrere und zwar über bohnergrosse Blasen constatirt, welche sich innen mit einer

dünnen; glatten Schleimhaut ausgekleidet fanden; die äussere Schleimhaut war hochgradig polypös entartet. Die Polypen gingen von der mittleren linken Muschel aus. — Aus den microscopischen Befunden genannter Fälle ging mit Sicherheit hervor, dass sich hier ein entzündlicher Process, analog den Entzündungs-Erscheinungen, wie sie auch bei einfacher Muschelhyperplasie am Periost vorkommen, abgespielt hatte, dessen Residuen sowohl an der Schleimhaut, als auch an der Knochen-Substanz deutlich nachzuweisen waren. Die Diagnose einer Knochenblase wird durch die hart elastische Beschaffenheit der Tumorwand wahrscheinlich, durch Eröffnung der Höhle mit Galvanocauter oder Conchotom gesichert. Die Therapie muss je nach Lage, Gestalt und Grösse der Blase verschieden sein. Zuerst ist jedenfalls wegen der geringen Blutung ein Versuch mit der galvanocautischen Schlinge zu empfehlen. Misslingt derselbe, dann treten Conchotom und Knochenzange in ihre Rechte.

Beschorner.

Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Prozesse im Antrum Highmori. Von Dr. Z. Dmochowski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 255, 1895.)

Die Unkenntniss der morphologischen Veränderungen, welche sich in der Nasenhöhle vollziehen, ist Folge des Mangels genauer anatomisch-pathologischer Untersuchungen, und dieser wieder hat seinen Grund in der schweren Erhältlichkeit geeigneten Sectionsmaterialies. D. stellte sich zur Aufgabe, auf der Basis von 152 ausgeführten Sectionen, d. h. 304 besichtigten und untersuchten Kieferhöhlen, ferner auf Grund der bacteriologischen Untersuchungen an 13 bei Sectionen gefundenen Empyemen und am Eiter von 6 klinisch diagnosticirten und durch Punction entleerten Empyemfällen, diejenigen Veränderungen zu studiren, welchen die Schleimhaut der Höhle bei verschiedenen krankhaften Processen unterliegt, ferner den Ausgangspunkt der betreffenden Krankheit nachzuweisen und schliesslich, so weit möglich, die Ursache dieser Prozesse klar zu legen. — Nach sorgfältiger Feststellung der normalen anatomischen Verhältnisse jener, hier in Frage kommenden Gegend, nach Sichtung der über die pathologische Anatomie existirenden Literatur und nach eingehendster Darlegung der anatomischen Bilder von 34 von ihm untersuchten Fällen, theilt auch er, und zwar in Uebereinstimmung mit sämmtlichen Autoren, die Schleimhaut-Entzündungen der Highmorshöhle ein in:

1) Acute catarrhalische Entzündungen. 2) Chronische catarrhalische Entzündungen, als deren Folgen sich ergeben: a. Cysten, b. Polypen, c. Osteome, d. Hydrops inflammatorius. 3) Eitrige Entzündungen: a. acute, b. chronische. 4) Diphtheritische Entzündungen, und fügt noch 5) als specifische: a. die syphilitischen und b. die tuberculösen hinzu. — Die acute catarrhalische Entzündung kann als solche verlaufen, was auch häufig der Fall zu sein scheint, oder aber in einen chronischen Zustand, d. h. eine catarrhalische chronische Entzündung übergehen und unterscheidet D. hierbei zwei Formen; die ödematöse und die hypertrophische, die zweite von der ersten ausgehend. Diese Entzündung kann sich auf eine bestimmte, oft sehr unbedeutende Ausdehnung beschränken und

ist die häufigste Folge davon: Cysten-, seltener Polypenbildung. Osteome, nicht immer Resultat der chronischen Entzündung, sind gleichfalls keine Seltenheit; fast in jedem Falle, sei es in einer catarrhalischen oder eitrig-chronischen Entzündung, wo diese auf die tieferen Schleimhautschichten, auf das Periost oder auf die Knochenwände selbst übergegangen ist, können irgend welche dieser Formen angegriffen werden. Was den Hydrops anlangt, d. h. die freie Ansammlung seröser Flüssigkeit, welche die Highmorshöhle vollkommen ausfüllt und einen Druck auf die Wände ausübt, wodurch schliesslich das Lumen der Höhle immer weiter wird, so erkennt D. die Möglichkeit ihrer entzündlichen Natur, demnach die Berechtigung der Bezeichnung als Hydrops inflammatorius, an. Auch diphtheritische Entzündungen der genannten Höhle kommen vor, indessen unterscheiden sie sich keineswegs von denjenigen anderer Körpertheile. In welchem Zusammenhange sie zu den acuten Empyemen stehen, ist z. Z. noch eine offene Frage, möglich, dass sie das Anfangsstadium der acuten eitrigen Entzündungen dieses Bereiches bilden. Uebergehend zum Empyeme selbst, d. h. der eitrigen Entzündung der die Kieferhöhle auskleidenden Schleimhaut, so trennt er acutes von chronischem Empyem. Ersteres ist der Hauptsache nach characterisirt durch acute Veränderungen jener, namentlich durch Hyperämie, Oedem, Infiltration und eitriges Secret, sowie durch Fehlen der für chronische Entzündung maassgebenden Veränderungen, als: Wucherungen der Schleimhaut, Cysten, Polypen, Hypertrophien des Periostes. Das chronische Empyem zerfällt in zwei Arten, die sich nur durch ihren Inhalt unterscheiden, nämlich den rein schleimigen oder den schleimig-eitrigen. Die erste Art bildet den Ausgang zu eitriger Entzündung, die andere zu catarrhalischer. Die tuberculöse und syphilitische scheint äusserst selten. In einem, einen Phthisiker betreffenden Falle fand D. in der übrigens gesunden Highmorshöhle etwas schleimig-eitriges Flüssigkeit, welche eine Anzahl Tuberkelbacillen enthielt. In dem einen von ihm beobachteten Falle syphilitischer Entzündung befand sich die Schleimhaut nur in einem chronisch-catarrhalischen Zustande, doch liegen Mittheilungen vor, wo ein im Zerfall begriffenes Gumma eine Eiterung im Sinus hervorrief. — Als Ursachen der catarrhalischen und eitrigen Highmorshöhlen-Entzündung gelten, in Gruppen getheilt, folgende: 1) Directe Verwundungen. 2) Pathologische Processe der Nase: a. acute und chronische catarrhalische Entzündungen; b. Nasenpolypen; c. eitrig und diphtheritische Entzündungen; d. Ozaena. 3) Pathologische Processe der Zähne und des Alveolarfortsatzes: a. Zahncaries; b. nicht eitriges Periostitis; c. eitriges Periostitis; d. Zahncysten. 4) Pathologische Processe des Oberkiefers: a. Tuberculose; b. Syphilis; c. Neubildungen. D. erkennt zwar im Allgemeinen diese ätiologischen Momente an, doch mit gewissen Einschränkungen; so z. B. ist er der Ueberzeugung, dass, wenn zwar kaum der Einfluss der Zähne auszuschliessen, dieser doch nur ein minimaler sei und in den meisten Fällen wohl die in der Nase vorgehenden Processe als Ursache für die in Rede stehende Affection zu gelten haben. Die in der Umgebung des Foramen maxillare sich entwickelnden Polypen können für die

Aetiologie nur insofern von Bedeutung sein, als sie durch mechanischen Verschluss jener Oeffnung pathologische Prozesse des Sinus maxillar. zu veranlassen im Stande sind; wir sollten, da sie bei chronischem Nasencatarrh vorkommen, eher diesem als den Polypen die Schuld beimessen. — Um den Einfluss der Infectionsprocesse, welche in der Nase vor sich gehen, zu studiren, untersuchte D. bacteriologisch den Inhalt der Highmorshöhle. Er fand bei 18 Eiterungsfällen vornehmlich folgende pathogene Microorganismen: 3 Mal Staphylococcus pyogen. aur. 10 Mal Bacillus pyogen. foetid., 3 Mal Streptococc. pyogen., 2 Mal, Pneumococc. Friedländer., 1 Mal Bacill. pyocyaneus, und bestätigt dieses Resultat des Autors Annahme, dass die Eiterung der Highmorshöhle keine spezifische, durch einen besonderen Microorganismus hervorgerufener Process sei, sondern dass jeder pathogene Microorganismus, wenn er einmal auf den vorbereiteten Boden gelangt ist, eine Entzündung hervorrufen oder die schon bestehende zur Exacerbation bringen kann, so dass es schliesslich zur eitrigen Entzündung kommt. Dass die Highmorshöhle durch das Secret einer eitrigen Nasenschleimhaut-Entzündung inficirt werden kann, ist wahrscheinlich, da erstens die Möglichkeit des Eindringens des Nasensecretes in die Höhle ausser Zweifel steht und zweitens, wenn auch selten, dieselben Microorganismen in der Nase, wie in anderen Fällen im Eiter der Highmorshöhle, wahrgenommen werden. — Einen bacteriologischen Zusammenhang der Ozaena und der Eiterung in der Highmorshöhle festzustellen, war D. nicht im Stande. Der von Hajek beobachtete Bacill. foetid. ozaenae war mit dem Bacill. foetid., den D. in seinen Empyemfällen fand, jedenfalls nicht identisch.

Die Lectüre der hochinteressanten, wichtigen, in alle Einzelheiten sorgfältig eingehenden, die Literatur in umfassendster Weise berücksichtigenden, preisgekrönten Arbeit möge allen Fachgenossen hierdurch auf's Wärmste empfohlen sein.

Beschoner.

Empyem des Sinus maxillaris tuberculösen Ursprungs. (Antral empyema of tuberculous origin.) (Lancet, 1. Juni 1895.)

Der Fall wurde von J. Kekwick in dem British Journ. of dental science vom 15. Mai 1895 mitgetheilt. Der Eiter enthielt reichliche Tuberkelbacillen. Die Kranke wurde durch Einblasungen von Jodoform wesentlich und rasch gebessert.

M. Schm.

Die Anwendung der Galvanocaustik in den Nasenwegen. (The application of the galvanocautery in the nasal passages.) Von J. W. Gleitsmann, M. D., New-York. (Ann. of Ophthalmologie and Otology, Vol. IV, 2, April 1895.)

Verf. empfiehlt die heisse Schlinge zur Entfernung der Polypen, sowie die Verwendung des Platiniridiumdrahtes mit 5—10 pCt. Iridiumgehalt, der in Amerika 2 Mark per Drittelmeter koste, aber sehr dauerhaft sei. Ferner hat er die Anwendung der Trichloressigsäure nach Aetzungen in der Nase zur Verminderung der Reaction nützlich gefunden. (Ref. stimmt dem nach seiner Erfahrung vollkommen zu.)

M. Schm.

Nasen-Obturator und -Inhalator. Von Dr. R. Kafemann in Königsberg. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 407, 1895.)

Das Instrument, welches die Unzuträglichkeiten des Sänger'schen Obturators vermeidet, ist vornehmlich für Fälle genuiner Ozaena bestimmt, kann aber ebensogut zu permanenter Inhalation flüchtiger Medicamente bei Behandlung aller acuten Catarrhe der Nase und Nasenrachenhöhle, des Larynx und der Bronchien verwendet werden. — (Erhältlich bei Pfau, Dorotheenstr. 67, Berlin.)

Beschorner.

Ein verbesserter Riechmesser. Von Dr. H. Zwaardemaker in Utrecht. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 368, 1895.)

Beschreibung des Apparates, der in der Hauptsache aus einem porösen Porzellancylinder besteht, welcher mit einer glaserenen Umhüllung in der Weise umgeben ist, dass zwischen Porzellan und Glas ein Zwischenraum von 4 Mm. Weite übrig bleibt. Dieser wird dann mit der gewählten Lösung des Riechstoffes für eine längere Dauer vollständig angefüllt und hermetisch verschlossen. Den olfactometrischen Cylinder steckt man schliesslich auf das Innenrohrchen eines Riechmessers. Zur Tränkung der Porzellanrohren eignen sich ausser Valeriansäure 1:10000, deren Reizschwelle bei 0,4 Ctm. Cylinderlange liegt, noch vorzüglich Vanillin in Glycerin gelöst. Letzteres hat den Vortheil, dass man den Flussigkeitsmantel des Apparates fast nie zu erneuern braucht. Die Reizschwelle findet sich für eine solche 1 pro Mille Vanillin-Lösung in Glycerinlösung bei 0,3 Ctm. — Genaueres über Technik der Geruchsmessung, Stellung des Olfactometers in der vorderen Hälfte des Nasenloches etc. ist in einer Monographie Z.'s, welche bei W. Engelmann in Leipzig erscheint, enthalten.

Beschorner.

Ein weiterer Beitrag zur Verwendung des Electromotors in der Rhin-chirurgie. Von Dr. Wolff in Metz. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 385, 1895.)

Abbildung, Beschreibung und Empfehlung eines Electromotors, von 8zelliger Accumulatorenbatterie getrieben, nebst zugehörigem Instrumentarium, das sich dem Autor vorzüglich bewährt hat. Lieferanten: Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen.

Beschorner.

c) Pharyngo-laryngologische:

Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis und Otitis, hervorgerufen durch den Pfeiffer'schen Bacillus. (Rhinites, pharyngites, laryngites et otites provoquées par le bacille de Pfeiffer.) Von Dr. Bareggi. (Giorn. del Instituto Nicolai und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Der spezifische Influenzabacillus wurde in 22 Fällen obiger Krankheiten nachgewiesen. Verf. betont die leichte Verwechslung des Influenzabacillus mit Streptococcus und Diphtheriebacillus. Er kommt viel häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern vor.

Dr. P. K.

Pharynxverengerung in Folge syphilitischer Geschwüre. (Rétrécissement du pharynx consécutif à des ulcérations syphilitiques.) Von Dr. Heymann. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 4 Février 1895 und Semaine médicale No. 8, 1895.)

Syphilitische, Narben des Pharynx zwangen zur Ausführung der Tracheotomie; es bestanden zwei übereinander liegende Verengerungen.
Dr. P. K.

Verwachsungen und Verengerungen im Pharynx und Larynx bei der Syphilis. (Adhérences et rétrécissements pharyngiens et laryngiens dans la syphilis.) Von Dr. Heymann in Berlin. (Archiv internat. de laryngol. etc., Bd. VIII, No. 2, März/April 1895.)

Nach Mittheilung seiner Erfahrungen über Entstehung, Art, Form, Folgen und Sitz jener, der tertiären Syphilis zugehörigen Störungen (im Rachen zumeist hinter den Choanen und am Uebergange des Nasenrachenraumes in den Mundrachenraum verbreitet sich H. über die mehr oder weniger soliden Verwachsungen, welche zu schweren Stenosen und Occlusion im Pharynx und Larynx (bei diesem letzteren handelt es sich zumeist um membranöse Verwachsungen der wahren und falschen Stimmbänder) führen können. Zum Schluss streift Autor die Therapie, welche vornehmlich in Anwendung von Messer, Galvanocauter, Intubation, progressiver Dilatation, schneidender Zange bei Pharynx- und Larynxstenose (bei letzterer nach vorhergegangener Tracheotomie) besteht. Die Hauptschwierigkeit der Behandlung beruhe jedoch weniger, meint H., in der Dilatation selbst, als in dem Bestreben, die Dilatation zu einer dauernden zu gestalten. Beschorner.

Vergleichender Werth der verschiedenen Methoden, die scheinotd geborenen Kinder in's Leben zurückzurufen. (De la valeur comparative des différents procédés employés dans le but de ranimer les enfants nés en état de mort apparente.) Von Dr. A. Pinard. (Académie de médecine de Paris, 15 Janvier 1895 und Semaine médicale No. 4, 1895.)

Aus der Statistik zu schliessen, darf man die Vorzüge der Methode der Zungentraktionen noch nicht annehmen.
Dr. P. K.

Durchleuchtung der Kopfknochen mittelst Electricität; ihr Werth bei der Diagnose der Erkrankungen der Highmorshöhle. (Transillumination interne des os de la face au moyen de l'électricité; sa valeur dans le diagnostic des maladies de l'antré d'Highmore.) Von Dr. Holger Mygind. (Journ. of laryng., rhinol. and otol., Janvier 1894, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Bisher hat man keinen Vergleich zwischen verschiedenen gesunden Leuten angestellt, welche durch die Durchleuchtung untersucht wurden. Verf. hat, um diese Lücke auszufüllen, 200 gesunde Leute, und zwar 38 unter 15 Jahren, 122 von 15 bis 44 Jahren und 30 über 44 Jahre untersucht; das Zimmer muss dunkel sein und kein zu Untersuchender darf falsche Zähne tragen. Das Resultat der Untersuchung bei Gesunden ist so verschieden, dass der diagnostische Werth der Untersuchung bei Kranken, namentlich was die Krankheiten des Antrum Highmori anbelangt, zweifelhaft ist.
Dr. P. K.

Indicationen und Technik der Staphyloraphie. (Indications et technique de la staphyloraphie.) Von Prof. Dr. Tillaux. (Revue générale de clinique et de thérapeutique, Février 1894, und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. wartet das Alter der Vernunft ab. Chloroform ist gefährlich und soll nur angewandt werden, wenn man bei herabhängendem Kopfe operiren will. Die Technik ist folgende: 1) die Kranke soll auf einem Stuhle sitzen und den Kopf gegen die Brust des Assistenten stützen, den Mund weit offen halten; 2) den weichen Gaumen mit Cocainlösung pinseln; 3) zur blutigen Erfrischung der Ränder soll man das gerade Bistouri und eine Hakenpincette nehmen, namentlich soll der vordere Winkel des Dreiecks ordentlich aufgefrischt werden, so dass man ein ganz blutiges Dreieck vor sich hat; 4) wenn die Verhältnisse es erlauben, soll man mit der gebogenen Reverdin'schen Nadel die Silberfäden von einem Rande horizontal zum anderen führen, wenn nicht, soll man schief von unten nach oben die zwei Ränder vereinigen; 5) man soll die Drähte einander nähern, so gut es geht; besteht eine zu grosse Spannung, so soll man Entspannungsschnitte machen, welche nur bis zur Mucosa der anderen Seite gehen dürfen: Also blutige Anfrischung der Ränder in Form eines V, Annähern der Silberfäden, Entspannungsschnitte je nach Bedürfniss.

Die functionellen Resultate sind immer zweifelhaft; die Resultate der später zu folgenden Sprachübungen hängen von der Länge des Gaumensegels ab. Das Schlucken wird immer gebessert.

Dr. P. K.

Ueber einseitige Recurrenslähmung. (De la paralysie récurrentielle unilatérale.) Von Dr. Didsburg. (Arch. internat. de Laryngologie. etc. Bd. VIII, No. 2, März/April 1895.)

Nach Recapitulation aller der Ursachen, welche zu einem Irrthume in der Diagnose einer einseitigen Stimmbandlähmung verleiten können und nach Würdigung der streng von einander zu trennenden musculären und nervösen Störungen geht D. zunächst auf die ätiologischen Momente näher ein, welche zu Recurrenslähmungen peripheren Ursprunges führen können. Es sind dies: Pharynx- und Oesophagus-Tumoren, Aortenaneurysma, Läsionen der Lunge (Lungentuberculose) und der Pleura, Pericarditis, Keuchhusten, Diphtherie, Typhus, Syphilis, Rheumatismus, Erkältung, Hysterie, Intoxication (Arsen, Blei etc.) — und verbreitet sich dann über die Larynxparalysen bulbären Ursprunges in Folge von Syphilis, Bulbitis, diffuser Sclerose, Tabes. Schliesslich resumirt D. die verschiedenen Ansichten über das Semon'sche Gesetz und die Erfahrungen, welche gemacht wurden, indem man dieses in Uebereinstimmung mit unserer gegenwärtigen Kenntniss des Nervensystems zu bringen sich bemühte, ohne jedoch die noch immer schwebenden, hierbei in Betracht kommenden Fragen des ätiologischen Problems der Recurrenspalysen in ihrer Lösung wesentlich zu fördern.

Beschorner.

Das Fortbestehen der Bacillen bei von Diphtheritis geheilten Kindern.
(Sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphtérie.) Von Dr. Sevestre. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 8 Février 1895 und Semaine médicale No. 8, 1895.)

Verf. vergleicht die bei auf die gewöhnliche alte Methode behandelten und bei mittelst Heilserum behandelten Kindern gemachten bacteriologischen Untersuchungen und findet, dass das Fortbestehen der Löffler'schen Bacillen ungefähr ein gleiches ist. Wenn der Bacillus nicht mehr im Pharynx gefunden wurde, so bestand er noch lange in der Nase; diese letztere Periode dauert selten über einen Monat. In Bezug auf die Prophylaxis kann man hieraus practische Schlüsse ziehen: bevor nämlich Diphtheritisreconvalescenten mit gesunden Kindern zusammenkommen dürfen, muss die bacteriologische Untersuchung das gänzliche Verschwinden der Bacillen in Mund und Nasenrachenraum festgestellt haben. Es sollten also neben Diphtheritiszelten noch andere für die Isolirung der Reconvalescenten bestehen; am besten würden solche Asyle auf dem Lande errichtet.

Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von Rundzellen-Sarcom, behandelt mit Erysipelas und Bacillus prodigiosus nach Excision desselben. (Notes on a case of round-celler sarcoma, treated by Erysipelas and prodigiosus toxines after excision.) Von Dr. F. T. Chamberlain. (Virginia Medical Monthly, June 1895.)

Patient, 26 Jahre alt, mit guter Familiengeschichte, fühlte zum ersten Mal Halsbeschwerden nach Essen von Kastanien. Drei Tage nachher vom Arzte untersucht, fand derselbe eine mehr wie hühnereigrosse Geschwulst der rechten Tonsille, welche pyramidenförmig mit der Spitze nach unten die Uvula nach links dislocirte und bloß eine bleistiftstarke Oeffnung zur Respiration übrig liess. Die Diagnose von Sarcom, auch nachher durch das Microscop bestätigt, wurde gemacht, und unter Cocainanästhesie die Geschwulst gründlich entfernt.

3 $\frac{1}{2}$ Monate nachher war der Tumor in derselben Ausdehnung wieder recidivirt und nun mit Erysipelas- und Prodigiosus-Toxinen während 1 $\frac{1}{2}$ Monaten Injectionen vorgenommen. Bei der dann erfolgenden Demonstration des Patienten constatirte C. eine Gewichtszunahme von 8 Pfund und eine beträchtliche Besserung des localen Befundes. Er giebt sich der Hoffnung hin, dass Patient ganz genesen wird.

G—n.

Experimentelle Untersuchungen über die feineren Functionen der Larynxmuskeln. (Recherches expérimentales sur le mécanisme intime des muscles du larynx.) Von Dr. Neumann. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. beschreibt eine bis jetzt nicht beschriebene Bewegung des Stimmbandes während der Phonation, nämlich in senkrechter Richtung. Seine Schlüsse, welche auf Thierexperimente gestützt sind, werden am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Der sogenannte Prolapsus des Morgagni'schen Ventrikels. Von Dr. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

F. giebt zunächst eine Uebersicht über die in der Literatur erhaltenen, zwar bis zum Jahre 1868 zurückreichenden, indessen nicht sehr zahlreichen Beobachtungen betreffend genannte Affection, aus denen hervorgeht, dass der Hauptsache nach zwei verschiedene Auffassungen über das Wesen des sogenannten Prolapses des Ventrikels bestehen: Die Einen sehen darin den Vorfall der sich umstülpenden Membran, welche die Höhle verkleidet, die Anderen die Folgen einer entzündlichen Veränderung. F. giebt auf Grund seiner Untersuchungen der Ueberzeugung Raum, dass das, was gewöhnlich unter dem Namen des Prolapsus ventriculi zusammengefasst wird, entweder eine Chorditis vocalis super. hyperplastica, oder eine Laryngitis lateralis hyperplastica, oder eine Chorditis ventricularis infer. hyperplastica, oder eine Combination dieser Zustände darstellt, dass der Prolaps also immer einer Hyperplasie des Bindegewebes seine Entstehung verdankt, dass diese Hyperplasie aber an allen drei Wänden der Cavitas des Ventrikels ihren Sitz haben kann. Betreffs Dauer der Entstehung des, einen Wulst darstellenden Prolapses glaubt F., dass er sich nicht, wie einige Beobachter hervorheben, plötzlich, sondern dass er sich allmählig entwickelt. Er vermag wohl eventuell die Phonation zunächst nur wenig zu stören, gelegentlich eines Hustenstosses aber oder dergl. kann eine Art forcirter Incarceration des Wulstes in der Ventrikelöffnung zu Wege kommen, durch venöse Stauung eine Schwellung und Einklemmung in derselben und Verhinderung der Glottisbildung, so zwar, dass der nur erst leicht heisere Pat. plötzlich aphonisch wird. In dieser Auffassung des sogen. Prolapses als eines hyperplastischen Processes liege, so schliesst F., die Aufgabe begründet, mehr noch als bisher, die operative Beseitigung des Wulstes vorzunehmen.

Beschorner.

Phthisis laryngea, Heilung. (Phthisis laryngée, guérison.) Von Dr. Rosenheim. (Société de médecine berlinoise, Séance du 6 Février und Semaine médicale No. 8, 1895.)

Ein 29jähriger Schullehrer hatte ulceröse Laryngitis an den Stimmbändern und im Interarytenoidealraum mit Tuberkelbacillen im Auswurf. Heilung durch 10- und 20procentige Mentholeinspritzungen. Die Heilung bewährt sich seit 1887.

Dr. P. K.

Ein Fall von Endometritis, complicirt mit Aphonie und Parotitis; Wiederherstellung der Stimme nach Eröffnung eines parotitischen Abscesses. Von Privatdocent A. N. Solovjew. (Medicinskoje Obosrenje No. 9, 1895.)

Es handelte sich um eine 31jährige Hysterica, die an Endometritis und hysterischer Aphonie litt. Es wurde die Abrasio mucosae uteri und Amputation der Portio vaginalis ausgeführt. Danach leicht fieberhafter Verlauf und Parotisabscess, welch' letzteren Verf. jedoch nicht als Metastase auffasst. Behufs Eröffnung des Abscesses wurde Pat. narcotisirt. In der Narcose schrie Pat. laut (nach fast zweijähriger Aphonie). Pat. wurde davon in Kenntniss gesetzt und bald darauf kehrte die Stimme endgiltig wieder.

Gorodecki.

Tracheotomie behufs Entfernung eines Fremdkörpers, welcher 3 $\frac{1}{2}$ Monate im linken Bronchus sich befunden hatte. (Tracheotomy for the removal of a Foreignbody from the left bronchus of three and a half months standing.) Von Dr. M'Caieb. (New-York. Polyclinic, July 1895.)

Einem dreijährigen Jungen gerieth beim Lachen eine Kaffeebohne in die Luftröhre, ohne mit Ausnahme von leichten Hustenattacken weitere Erscheinungen zu machen.

Nach länger als 3 Monaten entwickelte sich linksseitige Pneumonie, tiefe Tracheotomie wurde gemacht, die Wundränder durch Ligaturen auseinander gehalten, und als Patient eine Woche später den Fremdkörper noch nicht ausgehustet hatte, dessen Extraction versucht. Dieselbe gelang mit einer Speiseröhrenzange mit gerippten Enden, welche vier Zoll unter der obren Grenze des Sternum in dem linken Bronchus die Bohne fasste, welche zur dreifachen Grösse angeschwollen war. Der Patient wurde gesund. G—n.

Casuistische Mittheilungen. Von Dr. A. Baurowicz in Krakau. (Arch. für Laryngol. etc., Bd. II, Heft 3, pag. 409, 1895.)

1) Ein Fall von Kehlkopfsarcom, complicirt mit Perichondritis. Micro-fusocellulares Sarcom der linken Kehlkopfhälfte, einen 53jährigen Arbeiter betreffend, mit rapidem Verlauf. Radicaloperation vermochte ein Recidiv nicht zu verhindern, welches als inoperabel betrachtet werden musste. Bemerkenswerth war, dass die böartige Neubildung von Anfang an mit Perichondritis (linke Hälfte des Ringknorpels) complicirt war.

2) Ein mit Laryngofissur behandelter Fall von Kehlkopftuberculose. — Bei einer 50 Jahre alten Frau mit ausgebreiteten tuberculösen Infiltraten im Kehlkopfe wurde die Laryngofissur vorgenommen und der Larynx gründlich ausgeräumt. Da narbige Verwachsungen (nicht Recidiv) erneut zu bedrohlicher Athemnoth führten, wurde 3 Monate später die Laryngofissur wiederholt, eine Trennung der narbigen Verwachsungen vorgenommen, durch Einlegen Schrötter'scher Bolzen einer abermaligen Stenosirung vorgebeugt und später ein Bolzen nach Thost eingelegt, welcher 3 Wochen liegen blieb. Nach Entfernung auch der Trachealcanüle blieb die Passage frei und Patientin wurde entlassen. — Der ungünstige Zufall der Verwachsung an der vorderen Commissur bei der erstmaligen Laryngofissur wäre sicher zu vermeiden gewesen, wenn die Kranke das Spital nicht vorschnell verlassen hätte. Beschorner.

Eine neue Art von Glossitis. (Sur une nouvelle forme de glossite.) Von Dr. Massei. (Revista clinica et Terapeutica und Revue de laryngol. No. 22, 1894.)

Es handelt sich um eine Glossitis follicularis, welche von Ruault, Seifert und Colin beschrieben, aber zuerst vom Autor erwähnt worden ist. Seifert, die Arbeit von Massei erwähnend, nennt selbe Amygdalitis praeepiglottica acuta. Dr. P. K.

Die Wichtigkeit, in zweifelhaften Fällen von Larynxkrankheiten Jodkali zu verabreichen. (The importance of administering iodide of potassium in laryngeal disease of doubtful origin.) Von Dr. C. C. Rice. (Medical Record, July 6, 1895.)

Rice betont zuerst die Schwierigkeit der Diagnose von Entzündungen oder Geschwülsten des Larynx in einer Anzahl von Fällen, und spricht seine Ueberzeugung dahin aus, dass es nicht specifische Larynxerkrankungen giebt, welche durch Jodkali in kleinen Dosen gebesert werden, ferner dass mehrere Larynxaffectionen nicht syphilitischer Natur in ihrem Verlauf der Syphilis ähnliche Läsionen darbieten, und in diesen Fällen rathet er ernstlich, Jodkali zu geben, auch wenn man nicht an die Existenz von Syphilis glaube.

Zur Unterstützung seiner Ansicht führt er sehr instructive Krankengeschichten mit Abbildungen an. Ein Patient hatte ausgesprochene Lungen- und Larynx tuberculose. Beide Giessbeckenknorpel waren beträchtlich infiltrirt, am linken Taschenband ein Geschwür, und die Epiglottis so beträchtlich ulcerirt, dass ihr Substanzverlust in keinem Verhältniss zum Larynxbefund stand. Nach Jodkali heilte die Epiglottis, der Larynx selbst zeigte keine Besserung.

Ein zweiter Patient hatte ein auch microscopisch bestätigtes Papillom am rechten Stimmband, welches nach Exstirpation am linken auftrat. Nach dessen Entfernung beeinträchtigten warzige Erhabenheiten, allgemeine Congestion und zackiger Rand der Stimmbänder die Stimme wesentlich. Auch hier heilte Jodkali den Patienten.

Der dritte Patient, 40 Jahre alt, mit einem kindlichen Penis, welcher nie cohabitirt hatte, bekam Perichondritis des linken Giessbeckenknorpels, mit bedeutender Schwellung und Unbeweglichkeit der betreffenden Larynxhälfte einhergehend. Die Behandlung, anfänglich gegen Tuberculose eingeleitet, erzielte erst Heilung, nachdem Jodkali in geringer Dosis drei Wochen lang gegeben wurde. G—n.

Acute Angina catarrhalis und Angina pectoris. (Angine catarrhale aigue et angine de poitrine.) Von Dr. Zilgren. (Revue médicale de l'Est und Revue de laryngol. No. 22, 1894.)

Eine catarrhalische Angina heilte in fünf Tagen. Am sechsten Tage kam ein eine Stunde dauernder Anfall von Angina pectoris, welcher sich am nächstfolgenden Tage wiederholte. Peter hat solche Anfälle im Verlaufe der Influenza beobachtet. Dr. P. K.

Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsennahrung. (A propos du traitement du goître par l'ingestion du corps thyroïde.) Von Dr. Paul Bruns. (Semaine medicale No. 6, 1894.)

Von 60 Kropfkranken wurden 14 gänzlich geheilt, 9 bedeutend gebessert; die Behandlung ist desto erfolgreicher, je jünger der Patient ist; nach 20 Jahren kann man auf keine gänzliche Heilung mehr hoffen. In allen diesen Fällen kann es sich nur um hyperplastische Kröpfe handeln. Bei cystischen, colloiden und fibrösen Kröpfen eignet sich die Behandlungsweise gar nicht. Dr. P. K.

Totale Exstirpation des Kehlkopfs, des oberen Theiles der Speiseröhre, der unteren Hälfte des Pharynx (vorgenommen mit Dr. Fauvel) und Ersatz dieser Organe durch einen, nach seiner Anordnung hergestellten prothetischen Apparat durch Dr. Michaels. (Ablation totale du larynx, de la portion supérieure de l'oesophage et de la moitié inférieure du pharynx faite avec le Dr. Fauvel, et restauration de ces organes avec un appareil prothétique construit, sur ses indications, par le Dr. Michaels. Von M. Péan. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 3, Mai-Juni 1895.)

Der Fall betrifft einen 50jährigen Mann, an dem wegen Carcinoms die oben gekennzeichnete Operation vorgenommen wurde; der erwähnte Apparat, von Mathieu gefertigt, war 30 Ctm. lang und hatte die doppelte Aufgabe: die Athmung und die Nahrungszufuhr zu ermöglichen, was vollständig erreicht wurde. Eine gute Abbildung erleichtert das Verständniss der sinnreichen Prothese. — Der Fall bestätigt, was P. zum Schlusse seiner Mittheilung noch ganz besonders betont, nämlich: dass es selbst mit unseren heutigen vortrefflichen diagnostischen Hilfsmitteln sehr schwer ist festzustellen, ob die Neubildung auf den Kehlkopf beschränkt oder bereits auf Nachbarorgane übergegangen, und dass es daher unmöglich ist, vor der Operation zu versprechen, dass diese auf den Kehlkopf beschränkt bleiben kann; dass dementsprechend die Verletzung durch die Operation und die Folgen derselben eventuell weit ausgebreiteter und complicirter zu werden vermögen, als ursprünglich angenommen wurde, dass aber selbst so mächtige Eingriffe heut zu Tage nicht mehr so gefährlich, vielmehr derart ausgebildet sind, dass selbst im anscheinend hoffnungslosesten Falle noch Hilfe geschafft werden kann, was früher kaum angenommen werden durfte, und dass endlich durch Hilfe sinnreicher Prothesen in schwersten Fällen, wie z. B. dem vorliegenden, nicht nur die Möglichkeit der Tongebung und Nasenathmung, sondern auch der Nahrungszufuhr durch den Mund (flüssiger wie fester) geschaffen werden kann.

Beschorner.

Ohrenleiden als Ursache gewisser Facialparalysen, welche man von einer Erkältung herleitet. (De l'étiologie otique de certains cas de paralysie faciale dite „a frigore“.) Von Dr. M. Lannois. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. kommt am Ende seiner interessanten Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) Die Facialislähmung „a frigore“ ist sehr häufig durch eine wenig ausgeprägte Otitis media hervorgebracht, welche ausfindig gemacht werden muss; diese Otitis ist hervorgebracht durch eine von einer Erkältung herrührenden Angina oder Rhino-Pharyngitis, welche auf die Trommelhöhle sich fortgepflanzt hat; 3) nimmt man den otitischen Ursprung sehr vieler Facialisparalysen an, so erklären sich viele Symptome, welche sonst nicht zu erklären sind, wie Fieber, Ohrenscherzen, schmerzhaftes Hören, gestörtes Hören; 4) diese Aetiologie, gut erkannt, ist von grosser Tragweite für die Prognose; die Paralyse heilt schnell, wenn man das Ohrenleiden behandelt.

Dr. P. K.

Behandlung von Larynxtuberculose mit Krankengeschichten. (The treatment of laryngeal tuberculosis with a report of cases.)
Von Dr. R. Levy, Denver. (New-York. Medical Journal, July 20, 1895.)

Nach einer Analyse der verschiedenen Behandlungsmethoden der Larynxphthise bekennt sich Levy als Anhänger der chirurgischen Behandlung, resp. des Curettement und der Milchsäure.

Er hat bis 1891 30, seitdem 42 Larynxphthisiker in verschiedener Weise behandelt, und letztere in einer Tabelle aufgeführt, welche den Ort der Acquisition der Krankheit, deren Dauer, die Wirkung von Colorado's Klima während der Anwesenheit der Patienten und das Endresultat anzeigt. Die Lungen besserten sich in 13, der Larynx in 12 Fällen, in 3 Fällen verschlimmerte sich der Larynx bei Besserung der Lungen.

Von den vor 1891 behandelten Kranken waren damals 12 gebessert; über 5 von diesen konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, von den restirenden 7 sind jetzt noch 2 gebessert.

Zwei Krankengeschichten sind dem Artikel beigefügt, dessen Werth beträchtlich erhöht worden wäre, wenn Levy einen genauern Befund des Larynx, oder doch die jeweilige eingeschlagene Behandlungsmethode angegeben hätte, da dadurch wenigstens ein Anhaltspunkt gegeben wäre, welche Behandlung die besten Erfolge aufzuweisen hätte — ein Mangel an Statistik, auf den Referent bei einer andern Gelegenheit hingewiesen hat, und der bei der Beurtheilung des Werthes der verschiedenen Methoden sich sehr fühlbar geltend macht.

G—n.

Antiphthisin. Von Dr. Chas. Denison. (Medical Record, July 20, 1895.)

Denison gibt die Zusammensetzung von Tuberculin, spricht sich auf Grund von Untersuchungen von Patienten in Baltimore bei Gelegenheit der American Medical Association gegen günstige Resultate mit Paquin's Serum aus, und beschreibt von 23 mit Antiphthisin behandelten Kranken den Verlauf zweier Fälle.

Der erste Patient mit Dämpfung an beiden Lungenspitzen und Bronchialathmen, sowie Dämpfung an der linken Lungenbasis brachte nahezu 5 Monate im Lande zu, bis Antiphthisin von D. gebraucht wurde. Mit bis zu 5 Ccm. innerhalb 7 Wochen steigenden Dosen behandelt, ist Puls und Respiration normal geworden, die verdichteten Partien haben sich aufgeklärt, und Patient ist in jeder Beziehung besser.

Der zweite Kranke vertrug Antiphthisin weniger gut, es wurden allgemeine Reactionserscheinungen und Temperaturerhöhungen beobachtet, doch bei langsamer Steigerung des Mittels besserte sich der Lungenbefund, und im Auswurf konnten keine Bacillen mehr nachgewiesen werden.

D. ist der Ansicht, dass nicht bloß nicht alle Patienten gleich gut Antiphthisin vertragen, dass man deshalb individualisiren müsse, sondern dass auch die manchmal beobachteten Reactionserscheinungen auf Beimischung von Toxinen im Antiphthisin beruhen, womit er mit den vom Referenten gemachten Erfahrungen, nicht aber mit den von Klebs und von Ruck ausgesprochenen Ansichten sich im Einklang befindet.

G—n.

Diagnostischer und prognostischer Werth der Supraclaviculardrüsenschwellung. (Valeur diagnostique et prognostique des adénopathies susclaviculaires.) Von Dr. Girode. (Société médicale des hôpitaux de Paris, Séance du 25 Janvier 1895 und Semaine médicale No. 6, 1895.)

Es ist längst bekannt, dass die Schwellung der Supraclaviculardrüsen linkerseits einen grossen diagnostischen Werth bei der Diagnose der Krebstumoren des Unterleibes haben. Jedoch giebt es Ausnahmen, wo diese Schwellung einen anderen Werth hat: Verf. giebt eine Krankengeschichte, wo die Supraclaviculardrüsenschwellung einen Leberkrebs zu bestätigen schien; bei Lebzeiten wurde eine solche angeschwollene Drüse exstirpirt und die bacteriologische Untersuchung ergab Tuberkelbacillen; ein mit diesem Drüsensaft geimpftes Meerschweinchen starb an allgemeiner Tuberculose. Die Section der inzwischen gestorbenen Patientin ergab Lebertuberculose.

In drei Fällen von Supraclaviculardrüsenschwellung fand Dr. Mathieu einmal Magenkrebs, einmal rundes Magengeschwür und einmal secundäre Syphilis mit Dyspepsie. Bei Tuberculose sind ausser der Supraclaviculardrüsenschwellung meistens auch noch andere Drüsenschwellungen am Körper zu beobachten, welche dann dicker und weicher sind.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Sarcom der Tonsille. Tod in dem einen in Folge Unterbindung der Carotis communis, Recidive und Tod in dem andern. (Two cases of sarcome of the tonsil: death from ligation of the carotis in one, recurrence and death in the second.) Von Dr. G. Lanphear. (New-York Medical Journal, Aug. 3, 1895.)

In dem ersten Fall, einer 56jährigen Frau, wurde, da eine Excision der Tonsille vier Monate vorher von rascher und ausgebreiteter Recidive gefolgt war, die Radicaloperation von aussen vorgenommen. Die Patientin vertrug schon bei der Tracheotomie drei Tage vorher die Narcose schlecht, und war bei der Exstirpation Lanphear deshalb gezwungen, den unteren Theil der Geschwulst rasch zu excidiren, wobei er die Carotis interna durchschnitt. Er unterband dann die Carotis communis, nachdem vorher schon die externa unterbunden worden war. Nach der Operation hob sich der Puls, doch blieb Patientin bewusstlos, war linksseitig vollständig gelähmt, und Collateralkreislauf durch Circulus Willisii hatte sich nicht eingestellt. Tod nach 72 Stunden, Section nicht gestattet.

Der zweite Patient, vier Monate an Schwellung der rechten Tonsille erkrankt, verweigerte Radicaloperation, wurde nach Entfernung der Geschwulst durch die Mundhöhle besser, starb aber an Recidive bald nachher.

Lanphear giebt die Literatur von 71 Fällen von Sarcom der Tonsillen.

G—n.

Perforation eines Oesophaguscarcinoms in die Aorta. (Perforation d'un carcinome de l'oesophage dans l'aorte.) Von Dr. Ewald. (Société de médecine interne de Berlin, Séance du 4 Février 1895 und Semaine médicale No. 8, 1895.)

Gewöhnlich perforiren solche Carcinome die Lungen. Während des Lebens war bei einem 60jährigen Manne das Oesophaguscarcinom dia-

gnosticirt. Das Sondiren wurde gut vertragen, bis auf einmal plötzlicher Tod durch Blutbrechen eintrat. Das Carcinom sass an der classischen Stelle, nämlich in der Höhe der Bifurcation der Trachea, und war einerseits in die Lunge, andererseits in die Aorta gewuchert; der Magen war mit einem ungeheuren Blutgerinnsel ausgefüllt. A. Fraenckel zeigt an, dass Dr. Benda zwei Carcinompräparate zeigen wird, von denen das eine ein Oesophaguscarcinom mit Durchbruch in die Trachea, das andere ein Oesophaguscarcinom mit Durchbruch in die Aorta darstellt; die Durchbruchsstelle der letzteren war kaum stecknadelkopfgross und Patient war ebenfalls plötzlich an Blutung gestorben. Dr. P. K.

Stirnreif aus Hartgummi als Reflectorträger; Gegenschraube an der Gelenkvorrichtung. Vorrichtung gegen das Beschmutzen des Reflectors beim Gebrauche. Verwendung von ungeschwärztem Aluminium auch am Spiegelgehäuse. Von Dr. Hugo Bergéat in München. (Archiv f. Laryngol. etc., Bd. I, Heft 3, 1894.)

Angenehmer fester Sitz, Haltbarkeit, Reinlichkeit, hübsches Ansehen, Leichtigkeit (125 Gramm) sind die Hauptvorzüge dieses Spiegels.

Bescharner.

I N H A L T.

I. Originalien: Thost: Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel. — Ziem: Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle. — Baumgarten: Echte und falsche Choanenverschlüsse. — Oestereichische otologische Gesellschaft. — Dritte Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. — Gesellschaft der ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. — II. Befehrate: a) Otologische: Taubstummen-Statistik in Niederland. — b) Rhinologische: Thomson und Hewlett: Microorganismen in der gesunden Nase. — Boenninghaus: Ueber Schleimdrüsen im hyperplastischen Epithel der Nasenschleimhaut. — Freudenthal: Der sogenannte blutende Polyp der Nasenseidewand. — Fränkel: Der Eisenbahnschnupfen. — Pierce: Sarcom der Nase, behandelt mit den Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus. — Stieda: Ueber Knochenblasen in der Nase. — Dmochowski: Beitrag zur pathologischen Anatomie und Aetiologie der entzündlichen Prozesse im Antrum Highmori. — Kekwick: Empyem des Sinus maxillaris tuberculösen Ursprungs. — Gleitsmann: Die Anwendung der Galvanocaustik in den Nasenwegen. — Kafemann: Nasen-Obturator und -Inhalator. — Zwaardemaker: Ein verbesserter Riechmesser. — Wolff: Ein weiterer Beitrag zur Verwendung des Electromotors in der Rhinochirurgie. — c) Pharyngo-laryngologische: Bareggi: Rhinitis, Pharyngitis, Laryngitis und Otitis, hervorgerufen durch den Pfeiffer'schen Bacillus. — Heymann: Pharynxverengung in Folge syphilitischer Geschwüre. — Heymann: Verwachungen und Verengungen im Pharynx und Larynx bei der Syphilis. — Pinard: Vergleichender Werth der verschiedenen Methoden, die scheinotd geborenen Kinder in's Leben zurückzurufen. — Mygind: Durchleuchtung der Kopfknochen mittelst Electricität; ihr Werth bei der Diagnose der Erkrankungen der Highmorschöhle. — Tillaux: Indicationen und Technik der Staphyloraphie. — Didsburg: Ueber einseitige Recurrenslähmung. — Sevestre: Das Fortbestehen der Bacillen bei von Diphtheritis geheilten Kindern. — Chamberlain: Fall von Rundzellen-Sarcom, behandelt mit Erysipelas und Bacillus prodigiosus nach Excoision desselben. — Neumann: Experimentelle Untersuchungen über die feineren Functionen der Larynxmuskeln. — Fränkel: Der sogen. Prolapus des Morgagni'schen Ventrikels. — Rosenheim: Phthisis laryngea, Heilung. — Solowjew: Ein Fall von Endometritis, complicirt mit Aphonie und Parotitis. — M'Caieb: Tracheotomie behufs Entfernung eines Fremdkörpers. — Baurowicz: Casuistische Mittheilungen. — Massei: Eine neue Art von Glossitis. — Rice: Die Wichtigkeit, in zweifelhaften Fällen von Larynxkrankheiten Jodkali zu verabreichen. — Zilgren: Acute Angina catarrhalis und Angina pectoris. — Bruns: Kropfbehandlung mittelst Schilddrüsen-nahrung. — Péan: Totale Exstirpation des Kehlkopfs, des oberen Theiles der Speiseröhre, der unteren Hälfte des Pharynx (vorgenommen mit Dr. Fauvel) und Ersatz dieser Organe durch einen, nach seiner Anordnung hergestellten prothetischen Apparat durch Dr. Michaels. — Lannois: Ohrenleiden als Ursache gewisser Facialparalysen, welche man von einer Erkältung herleitet. — Levy: Behandlung von Larynx-tuberculose. — Denison: Antiphthisin. — Girode: Diagnostischer und prognostischer Werth der Supraclaviculardrüsen-schwellung. — Lanphear: Zwei Fälle von Sarcom der Tonsille. — Ewald: Perforation eines Oesophaguscarcinoms in die Aorta. — Bergéat: Stirnreif aus Hartgummi als Reflectorträger.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthinerstr. 8.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Gaughofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Weinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lubinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Februar 1896.

No. 2.

I. Originalien.

Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete.

Von

Prof. Dr. E. Zuckerkandl, Wien.

Zur Ergänzung der durch Rüdinger in hervorragender Weise begonnenen Arbeit über die vergleichende Anatomie der Ohrtrompete und der von mir selbst und von Kostanecki gelieferten Beiträge zu dem gleichen Kapitel der Anatomie erlaube ich mir im Folgenden die Tuben einiger seltenen Thiere zu beschreiben.

Die Kenntnissnahme der verschiedenen Formen, welche die Tuba bei den einzelnen Säugethierordnungen darbietet, ist wichtig, wie dies schon daraus hervorgeht, dass zur Zeit ein belehrender Ueberblick über die Morphologie der Ohrtrompete nicht gut möglich ist, da vorläufig weder das descriptive noch das entwicklungsgeschichtliche Material zu einer solchen Betrachtung ausreicht.

Phalangista vulpina (Fig. 1 und 2).

Die Wandungen der Tuba enthalten keinen Knorpel, sondern setzen sich ausschliesslich aus einer derben (fibrösen) Bindegewebsmasse zusammen, die ein mehr homogenes Aussehen darbietet, da ihre Bündel vorwiegend in einer senkrecht auf die Längsachse der Ohrtrumpete gestellten Richtung verlaufen. Das Gewebe ist sehr zellenreich und zeigen diese Elemente zumeist die Spindelform. Diese Struktur zeigt auch die laterale Tubenwand, nur ist hier die fibrilläre Grundsubstanz ein wenig lockerer gefügt.

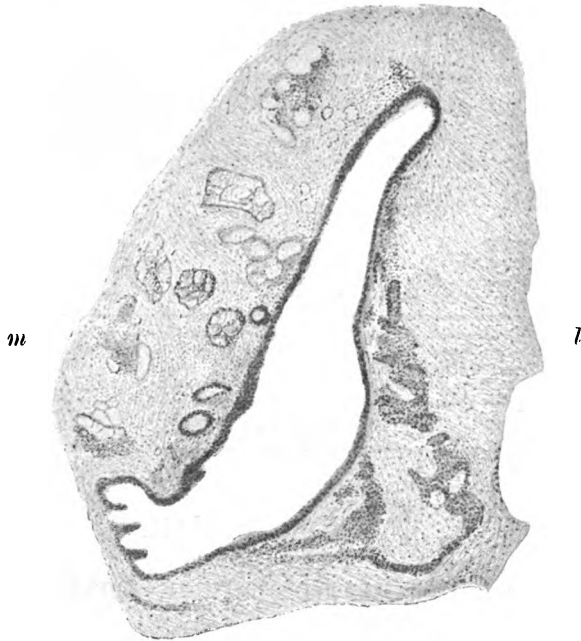


Fig. 1.

Phalangista. 1 — laterale, m — mediale Tubenplatte.



Fig. 2.

Phalangista. Ein Stück der medialen Tubenwand bei starker Vergrösserung.

Beide Tubenwände sind gleich lang, sie reichen allenthalben in allen Zonen der Ohrtrumpete gleich weit herab. Der Tubenboden wird von Schleimhaut und einer dünnen fibrösen Aussenschichte gebildet. Da der medialen Tubenwand eine fast gleich lange laterale Tubenwandung gegenüber steht, so kann von einem Tubenhaken nicht die Rede sein. Beide Platten sind gleich, wenn man von dem Umstande absieht, dass die mediale Wand die laterale an Stärke (Dicke) übertrifft.

An den fibrösen Tubenwänden ist die Continuität des Gewebes nicht vollständig gewahrt, da dieselben an vielen Stellen von Drüsenhaufen unterbrochen werden. In der medialen Hälfte der Tubenplatte erstrecken sich die Drüsenmassen vom Boden bis in das Dach empor, während im lateralen Antheile das Tubendach drüsenfrei ist. Am dichtesten gedrängt zeigen sich die Drüsenacini in den basalen Theilen der Tubenwände; sie durchsetzen die Wandung ihrer ganzen Dicke nach und gehen an der medialen Platte in einen Drüsenkörper über, welcher submucös der hinteren Fläche der Tubenplatte aufliegt. Die Ausführungsgänge aller dieser Drüsen öffnen sich gegen das Tubenlumen.

o

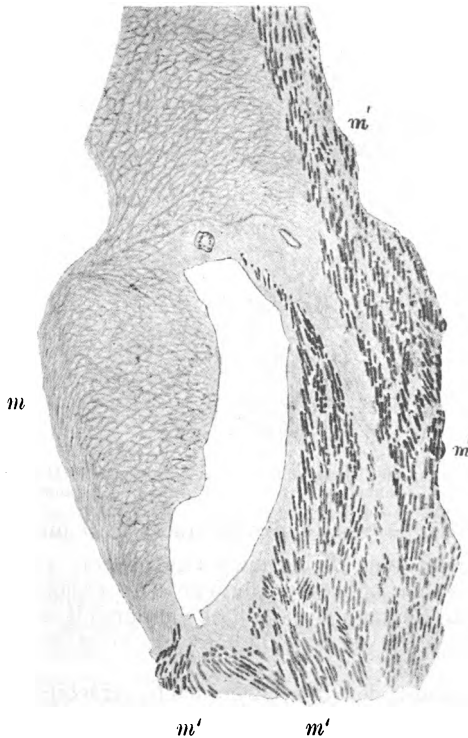


Fig. 3. Phascolarctus. Querschnitt durch die laterale Hälfte der Tube.
o — oben, m — mediale Tubenplatte, m' — Musculatur.

Durch diese Einlagerung von Drüsen erscheint namentlich der basale Antheil der Tuba wie zerklüftet, ja stellenweise sind die Tubenwände überhaupt auf schmale, zwischen den Drüsenhaufen eingeschaltete Septa reducirt.

Den Tubenspalt anlangend, bemerke ich, dass eine Gliederung desselben in ein Sicherheitsröhrchen und in eine Hilfsspalte (Rüdinger) nicht zu bemerken ist, eine Erscheinung, die offenbar auf den Mangel eines Tubenhakens zu beziehen ist.

Am Bodenantheile der Tuba ist eine kleine Aussackung zu bemerken, indem hier der Spalt sich unter der medianen Tubenplatte ein wenig nach hinten ausweitet.

Epithel grossentheils abgefallen; das noch vorhandene ist cylindrisch.

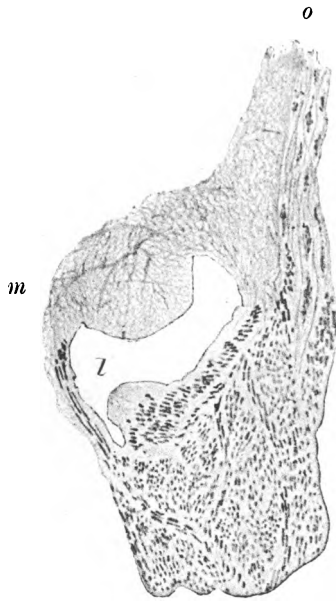


Fig. 4. Phascolarctus. Querschnitt durch die laterale Hälfte der Tuba.
o — oben, m — mediale Platte, l — l. Leiste.

Phascolarctus cinereus (Fig. 3 und 4).

Die Wandungen der Tube sind knorpelfrei, sie setzen sich aus einem äusserst derben, fibrösen Bindegewebe zusammen, welches zum Unterschiede von Phalangista deutlich gebündelt und frei oder sehr arm an Zellen ist. Die mediale Tubenwand zeigt ein dichteres Gefüge als die laterale.

Was den Verlauf der der Dicke nach verschiedenen Faserbündel der medialen Tubenwand anlangt, lässt sich beobachten, dass die grössere Anzahl derselben dem Längendurchmesser der Tube parallel verlaufen. Diese werden von anderen gekreuzt, die senkrecht zur Tubenaxe gerichtet sind.

In der Nähe der Rachenmündung ist der Dickenunterschied der Tubenwände nicht bedeutend, gegen die Paukenhöhle hin gewinnt die mediale Wand das Uebergewicht, sie verdickt sich an einer umschriebenen Stelle wesentlich und tritt mit convexer Fläche in die Tubenlichtung hinein vor (Fig. 4). Diese Stelle findet sich nahe dem Tubenboden und springt als dicke längsgebündelte Leiste gegen das Lumen vor. Der *Musculus tensor palati* erstreckt sich bis nahe an die Schleimhaut und weit in die Leiste der lateralen Tubenwand hinein.

Von dieser Leiste abgesehen, ist die laterale Tubenwand ungleich zarter als die mediale.

Die Tubenwände sind drüsenarm, nur in der Nähe des Ostium pharyngeum finden sich einige Träubchen, welche sich auch auf kurzer Strecke in die mediale Wand hinein fortsetzen.

Die Tubenlichtung ist ziemlich weit und im Bodentheile am geräumigsten. Eine Grenze zwischen Hilfs- und Sicherheitsspalte zeigt sich nicht ausgeprägt. Nahe dem Tubenboden, wo die Leiste der lateralen Tubenwand kantig vortritt, buchtet sich der Spalt unter der Leiste nach vorne aus.

Die Schleimhaut ist drüsenarm und basal leicht gefaltet, über das Epithel kann ich nicht berichten, da es abgefallen war.

Procyon lotor (Fig. 5).

Die Tuba dieses Thieres gleicht seiner Form nach der von *Phascolarctus*. Die mediale Tubenwand ist nämlich dicht am Querschnitt oval und mit der lateralen Fläche convex gegen das Tubenlumen vorspringend. Die laterale Wand dagegen ist dünn und wegen des Anschlusses an die convexe Fläche der Gegenplatte concav.



Fig. 5.

Waschbär. In der dicken medialen Tubenwand sind zwei Knorpelkerne enthalten.
o — oben, u — unten, l — laterale, m — mediale Platte.

Die beschriebenen Wände zeigen einen ganz eigenthümlichen Bau. Die Hauptmasse derselben besteht aus fibrösem zellenarmen Gewebe. Während nun die laterale Tubenwand, keine Stelle ausgenommen, diese Structur besitzt, findet man in der medialen Tubenplatte nur in der dem Ostium tympanicum nahe gelegenen Portion der Ohrtrumpete das Gleiche, nicht aber in der an das Ostium pharyngeum grenzenden Hälfte, da in derselben Knorpelkerne eingelagert sind. Dieselben sind auf ein kleines Terrain der Wand beschränkt und führen eine

hyaline Grundsubstanz. Die Lage der erwähnten Knorpelkerne kann ohne Berücksichtigung der in der betreffenden Tubenwand vorkommenden Drüsen nicht genau bestimmt werden, daher zunächst dieses Verhalten zu besprechen ist.

Die mediale Wand der Ohrtrumpete enthält ziemlich viele Drüsenacini, die über die ganze Höhe ausgebreitet sind, eine Zerklüftung des fibrösen Gewebes nicht veranlassen und deren Ausführungsgänge an der Schleimhautbekleidung des Tubenlumens ausmünden.

Von den beschriebenen Knorpelkernen findet sich der eine, zugleich obere, nahe dem Tubendache zwischen zwei Drüsenhaufen eingeschoben, der andere zwischen einem Drüsenconglomerat und der hinteren Peripherie der medialen Tubenwand.

Die Tubenlichtung stellt am Querschnitt einen gebogenen, nach vorne convexen Spalt dar, an dem, wie in allen bisherigen Fällen, keine Grenze zwischen Sicherheitsröhrchen und Hilfsspalte zu bemerken, deren Bodentheil aber in Folge von Faltenbildung der Schleimhaut gebuchtet ist.

Die Schleimhaut selbst ist zart, drüsenarm und an ihrer Oberfläche haften stellenweise cylindrische Zellen, an welchen jedoch kein Flimmersaum mehr zu erkennen ist.

(Schluss folgt.)

Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch.

Von

Dr. Schwager, Kaiserslautern.

Ende des vorigen Jahres hatte ich die seltene Gelegenheit, einen Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch zu beobachten. Es handelte sich dabei um ein 14-jähriges Mädchen, welches mir die Angabe machte, es sei vor etwa 4 Jahren mit dem Kopf voraus in einen Bach gefallen, und zwar vornehmlich auf die linke Kopfhälfte; vor Schreck wurde es bewusstlos und musste aus dem Wasser gezogen werden. Seit jener Zeit verspürt es ein eigenthümlich knipsendes Geräusch im linken Ohr, das bis heute sowohl bei Tag als bei Nacht ununterbrochen anhält. Das Geräusch soll Anfangs stärker gewesen sein, im Lauf der Zeit aber an Intensität abgenommen haben.

Bei der Untersuchung ergab sich nun Folgendes:

Die Patientin, ein kräftig gebautes, noch nicht menstruirtes Mädchen von etwas anämischem Aussehen, war bisher immer gesund und stammt aus einer gesunden Familie; insbesondere liegt keine nervöse Belastung vor. Die inneren Organe, speciell das Herz und die grossen Gefässe, weisen keine Abnormitäten auf.

Nähert man sich dem linken Ohr der Patientin bis auf etwa 20 Ctm., so vernimmt man ein eigenthümliches knipsendes Geräusch, ähnlich jenem, welches beim Reiben der freien Ränder zweier Fingernägel aneinander entsteht. Das Tempo ist ein ziemlich unregelmässiges:

nach einer Reihe schnell auf einander folgender Schläge hört man wieder einige langsamere, dann entsteht eine kleine Pause u. s. w., gerade wie der Puls bei gestörter Herzthätigkeit; dagegen ist die Zahl der Geräusche in der Minute meist constant und beträgt bis zu 110.

Das Trommelfell zeigt, abgesehen von einer unbedeutenden Trübung und einer geringen Verkürzung des Lichtkegels, annähernd normale Verhältnisse. Die Hörweite für die Uhr beträgt $\frac{60}{100}$; Lücken in der Tonscala bestehen nicht; C₁ wird auf beiden Ohren gleichmässig percipirt; der Rinné'sche Versuch fällt beiderseits positiv aus. Luftverdünnung im äusseren Gehörgang, sowie das Politzer'sche und Valsalva'sche Verfahren üben keinerlei Einfluss auf die Stärke und Zahl der Geräusche aus. Irgend welche sichtbaren Bewegungen am Trommelfell finden nicht statt. Der Befund am rechten Trommelfell ist ungefähr der gleiche. Im rechten Ohr ist kein Geräusch hörbar.

Bei der Betrachtung der oberen Luftwege erscheint die Nase normal, die Gaumenmandel beiderseits in geringem Grade verdickt; im Cavum naso-pharyngeale sitzt ein flaches Polster adenoider Vegetationen; an den Tubenmündungen konnte ich während der Inspection keine Bewegungen wahrnehmen. Isochron mit dem Ohrgeräusch hebt und senkt sich der weiche Gaumen, die Uvula und die Gaumenbögen. Patientin ist im Stande, das Geräusch zu unterdrücken und wieder hervorzurufen; im ersteren Falle cessiren auch die Bewegungen des weichen Gaumens; wenn sie ihre Aufmerksamkeit auf etwas Anderes lenkt, gehen die Geräusche und Zuckungen ununterbrochen weiter. Die Kehlkopfmuskeln functioniren normal. Patientin glaubt bei jedem Geräusch in der linken Halsseite das Gefühl zu haben, als ob sich innen etwas bewege, und giebt als Sitz dieser Empfindung immer den vorderen Rand des M. sternocleidomastoideus an.

Die Mittheilung des Mädchens, dass das Geräusch auch Nachts anhalte, wurde mir von den Eltern bestätigt, denn die etwas ängstliche Mutter trat in der ersten Zeit, als sich das Knipsen bemerkbar machte, öfters an das Bett des schlafenden Kindes heran, um zu horchen, ob die lästige Erscheinung noch da sei, und constatirte dabei jedes Mal, dass während des Schlafes durchaus keine Aenderung eintrat.

Während des nunmehr 4-jährigen Bestehens des Leidens soll sich, wie bereits erwähnt, eine Abnahme der Intensität bemerkbar gemacht haben, doch dünkt es mir wahrscheinlicher, dass es sich lediglich um eine Angewöhnung an den vorhandenen Zustand handelt.

Wir haben es im vorliegenden Fall offenbar mit einem clonischen Krampf des Musc. tensor veli palati zu thun, durch dessen Action ja bekanntlich die Wände der Tube von einander abgehoben werden und derartige Geräusche zu Stande kommen.

Eine mit der obigen ganz ähnliche Beobachtung theilte Kaufmann¹⁾ aus der Klinik Gruber's mit; sie weicht von der meinigen nur insofern ab, als bei dem nervös veranlagten Jungen die Geräusche zeitweise von einem Ohr auf das andere übersprangen und zur Nacht-

¹⁾ Diese Monatsschrift 1894, No. 5, pag. 141.

zeit sistirten; im Uebrigen decken sich beide Erscheinungen vollständig. Ebendasselbst findet sich über den besprochenen Gegenstand eine so reiche Angabe der einschlägigen Literatur, dass ich mir eine genaue Wiedergabe derselben wohl ersparen darf und den Leser auf die oben citirte Quellenangabe verweisen kann.

Ueber die directe Laryngoscopie (Autoscopie).

Von

Dr. A. Ephraim in Breslau.

Vor Kurzem¹⁾ hat Kirstein²⁾ eine Methode angegeben, mittelst deren es gelingt, den Kehlkopf und die Trachea ohne Hilfe eines Spiegels oder einer auf dem Princip desselben beruhenden Vorrichtung zu besichtigen. Noch bevor man in der Lage gewesen war, sich über diese Methode ein Urtheil zu bilden, gab der Verfasser eine Aenderung derselben an³⁾, welche zweifellos als eine sehr erhebliche Verbesserung angesehen werden muss sowohl bezüglich der Belästigung, die dem Patienten erwächst, als auch bezüglich der Extensität des Ergebnisses. Bei dem ersten Verfahren musste die Untersuchung in liegender Stellung des Patienten bei hängendem, oder in sitzender Stellung bei ganz stark zurückgebogenem Kopfe vorgenommen werden; und auch so war der Anblick des gesammten Larynx nicht möglich. Da beide Uebelstände bei der neuen Methode in Wegfall kommen, auch Kirstein sich nunmehr ausschliesslich derselben zu bedienen scheint, so kann die ältere wohl als abgethan betrachtet werden. Ich habe daher lediglich die neuere in der letzten Zeit an einem grösseren Material in Anwendung gezogen; über die gemachten Beobachtungen sei mir gestattet, in Kurzem zu berichten.

Das Verfahren, dessen Einzelheiten von K. anschaulich geschildert sind, besteht darin, dass zunächst mittelst eines rinnenförmigen Spatels, dessen Handgriff rechtwinklig angesetzt, und dessen proximales Ende leicht nach abwärts abgebogen und halbkreisförmig ausgeschnitten ist, die Zunge in toto heruntergedrückt wird, so dass die Epiglottis sichtbar ist. Durch Einschieben des Spatelendes in den Winkel zwischen dieser und der Zungenbasis und durch kräftigen Druck auf das so erfasste Lig. glosso-epigloss. med. gelingt es oft, die Epiglottis so um ihre transversale Axe zu drehen, dass sie sich in die Rinne des Spatelendes hineinlegt; dirigirt man nun den Spatel so, dass sein proximales Ende fest in dieser Position verbleibt, während das distale sich den oberen Schneidezähnen des weitgeöffneten Mundes nähert, so gelingt es in vielen Fällen in der That, den gesammten Larynx und die Trachea bis zur Bifurcation, ja auch ein Stück beider Bronchien scharf und klar zu übersehen. — Kirstein giebt an, dass die Kopfhaltung des

¹⁾ Eingesendet im September 1895.

²⁾ Berlin. klin. Wochenschrift 1895, 22.

³⁾ Therap. Monatsh. 1895, Juli.

Patienten bei der Untersuchung die gewöhnliche aufrechte sein soll und dass der Arzt nach Belieben sitzen oder stehen kann. Ich habe gefunden, dass es für die Besichtigung der vorderen Commissur am zweckmässigsten ist, wenn der Patient den Kopf etwas in den Nacken legt und der Arzt vor demselben steht, während ein vollständiges Bild der Trachea sich am leichtesten bei sogen. gerader Kopfhaltung gewinnen lässt. — Die Beschwerden, welche die Untersuchung den Patienten verursacht, sind oft nur gering. Schmerzhaft ist das Verfahren nicht im Mindesten, wenn es richtig ausgeführt wird. Der erforderliche recht starke Druck auf die Zungenwurzel wird ja natürlich als unangenehm empfunden, ruft jedoch in nicht so vielen Fällen, als man wohl erwarten sollte, Würgebewegungen hervor, welche sich im Uebrigen durch Uebung oder durch Cocain meist ausschalten lassen.

Kirstein giebt nicht an, in einem wie grossen Theil der untersuchten Fälle ihm der Einblick in den Larynx gelungen ist. Bezüglich dieses Punktes habe ich die Erfahrung gemacht, dass dies beim weiblichen Geschlecht ungleich leichter und häufiger gelingt, als beim männlichen. Und zwar ist es weniger die grössere Empfindlichkeit der Zungenbasis, als vielmehr die mangelhafte Beweglichkeit der Epiglottis, oft wohl auch eine starke Wölbung derselben, welche uns im Wege ist. Es gelingt bei Männern viel seltener als bei Frauen, den Kehldeckel so aufzurichten, wie es für einen freien Einblick nöthig ist. Dann müssen wir uns damit begnügen, die Gegend der Aryknorpelspitzen, welche wohl immer, und den oberen Abschnitt der hinteren Larynxwand, der allermeistens sichtbar wird, zu betrachten. Auf Weiteres müssen wir, wie ich glaube, in solchen Fällen verzichten, da das Anheben der cocainisirten Epiglottis mit der Sonde dann nach meiner Erfahrung ebensowenig nutzt, wie das von K. gleichfalls vorgeschlagene Herabdrücken derselben mit dem auf ihre Laryngealfläche gesetzten Spatel. Zu ihrer Aufrichtung mittelst eines durchgeführten Fadens — wie K. als *Ultimum refugium* vorschlägt — konnte ich mich nicht entschliessen, weil dieses etwas grausame Verfahren wohl nur dann angezeigt erscheinen würde, wenn auch die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel misslänge.

Was nun den Nutzen betrifft, den wir aus diesem neuen Verfahren voraussichtlich ziehen werden, so ist K. der Meinung, dass dasselbe einen revolutionären Process in der Laryngoscopie bedeute. Wenn er damit sagen will, dass der Kehlkopfspiegel im Begriff stehe, gestürzt zu werden, so kann ich bei aller Anerkennung, die ich für die offenbar sehr bedeutsame Erfindung habe, diese Ansicht nicht theilen. Die Vortheile, welche dieselbe gewährt, sind meines Erachtens von zweierlei Art. Erstens unterscheidet sich das auf directem Wege gewonnene Bild des Kehlkopfs, wie K. mit Recht hervorhebt, von dem Spiegelbilde desselben durch eine viel grössere Körperlichkeit, durch greifbare Plastik. Dies beruht wohl darauf, dass wir auch die Tiefenausdehnungen der einzelnen Kehlkopftheile (Dicke der Taschenbänder, Höhe der Seitenwände etc.) in den natürlichen Verhältnissen sehen, während dieselben im Spiegelbilde immer entstellt, sozusagen nivellirt sind. Zweitens ist hervorzuheben die Vorzüglichkeit, mit welcher uns das Verfahren die Besichtigung der Kehlkopfhinterwand gestattet. Es

ist für mich keinem Zweifel unterworfen, dass durch dasselbe alle Methoden, auch die Killian'sche, weit in den Schatten gestellt werden, wobei nochmals bemerkt sein mag, dass gerade die Besichtigung der Hinterwand am leichtesten und in den allermeisten Fällen gelingt. Indess ist dies wohl der einzige Punkt, in welchem die Extensität des directen Bildes die des indirecten übertrifft.

Vielmehr ist die Ausdehnung des ersteren in vielen Fällen — und damit gehe ich zu den Schattenseiten des Verfahrens über — eingeschränkt, da nämlich der Anblick der Sin. pyriformis durch die vom Spatel verdrängten seitlichen Partien des Zungengrundes oft verlegt ist. Es ist ferner nicht zu vergessen, dass der Einblick ohne grössere Schwierigkeit doch nur in einem Theil der Fälle ($\frac{1}{4}$ bis höchstens $\frac{1}{3}$) gelingt, und dass auch dann die Belästigung der Patienten grösser ist, als der Kehlkopfspiegel sie verursacht. Exceptionelle Fälle kommen freilich vor; so untersuchte ich eine Frau, die auf Einführung des Spiegels mit den heftigsten Würgebewegungen reagierte, während die directe Besichtigung ohne irgend welche Schwierigkeit vorgenommen werden konnte. Indess ist dies eben eine — vermuthlich sehr seltene — Ausnahme.

Demnach geht meine Meinung dahin, dass das Kirstein'sche Verfahren einen grossen Werth haben wird: 1) als Mittel für den physiologischen Unterricht, 2) als eine vorzügliche Methode zur Besichtigung der Hinterwand, 3) als diagnostisches Mittel in solchen Fällen, in denen uns der Kehlkopfspiegel mit Bezug auf Tiefenverhältnisse nicht sichere Klarheit verschafft (Ausdehnung und Ursprung von Geschwülsten, Höherstehen eines Stimmbandes etc.). — Dagegen glaube ich nicht, dass es sich für die gewöhnliche erste Untersuchung des Kehlkopfs eignet.

Ob das Verfahren auch für die Laryngotherapie, wie K. glaubt, einen Fortschritt bedeutet, muss abgewartet werden. Vorläufig glaube ich es nicht. Der Operateur muss in vielen Fällen eine halbgebückte Stellung einnehmen, um den Larynx direct sehen zu können, eine Position, welche für eine sichere Führung der Hand sehr ungünstig ist. Es ist ferner für den Rechtshänder nicht leicht, vielleicht ohne specielle Vorübung Manchem unmöglich, mit der linken Hand diejenige Kraft mit der erforderlichen Sicherheit auszuüben, deren es zum Niederdrücken der Zunge oft bedarf. Es ist ausserdem zunächst nicht abzu sehen, inwiefern das Operiren ohne Hilfe des Spiegels, also mit geraden Instrumenten, in therapeutischer Beziehung dem bisherigen Verfahren irgendwie überlegen ist, wenn es dasselbe auch in technischer Beziehung, d. h. in Bezug auf leichte Erlernbarkeit übertrifft. — Die Hauptrolle wird ja hierbei freilich die Beschaffenheit der Instrumente, deren Construction von K. projectirt ist, und die Individualität des Operateurs spielen.

Zum Schluss sei mir eine Bemerkung über den Namen gestattet, welchen der Erfinder seiner Methode gegeben hat. Er nennt dieselbe „Autoscopie des Larynx“ und will damit sagen, dass wir mittelst derselben den Kehlkopf selbst und nicht dessen Spiegelbild sehen. Man kann wohl darauf wetten, dass von vielen Tausend Unbefangenen nicht Einer vermuthen wird, durch diese Bezeichnung solle etwas Derartiges

ausgedrückt werden; das Wort „Autopsie“, zu welchem die „Autoscopie“ ein Analogon bilden soll, ist ja auch ein höchst unglückliches. Unter Autoscopie des Larynx verstehen wir ja von Alters her diejenige Procedur, die man allein darunter verstehen kann, nämlich die Besichtigung des eigenen Kehlkopfs. Und so dürfte es wohl rathsam erscheinen, die Bezeichnung „directe Laryngoscopie“ beizubehalten, welche ohne Weiteres verständlich und vollkommen treffend ist.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 28. Januar 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Pollak.

Der Vorsitzende theilt mit, dass er den in der Oest. otologischen Gesellschaft für das Helmholtz-Denkmal gesammelten Betrag mit dem Verzeichnisse der Subscribenten an Herrn Prof. S. Exner in Wien abgeliefert hat und legt die betreffende Bestätigung vor, welche der Secretär der Gesellschaft übernimmt.

Weiters theilt er mit, dass das in der letzten Sitzung gewählte Otologen-Tag-Comité den Beschluss fasste, folgende Anträge zu stellen:

1) im laufenden Jahre soll der Oesterreichische Otologentag am 28. und 29. Juni in Wien abgehalten werden;

2) mit Ausnahme der administrativen Sitzung, in welcher die Wahl neuer Mitglieder stattfindet und die internen Angelegenheiten berathen werden, können auch Nichtmitglieder der Gesellschaft, sowohl Inländer wie Ausländer, an dem Otologentag theilnehmen. Bei den dazu besonders eingeladenen Collegen giebt diese Einladung das Recht zur Theilnahme. Jene Herren Collegen, welche keine Einladung erhielten und sich betheiligen wollen, können durch ein Gesellschaftsmitglied eingeführt werden;

3) mit der weiteren Vorbereitung wird das früher designirte Otologen-Tag-Comité betraut.

Diese Anträge wurden ohne Debatte und einstimmig angenommen; es wird demnach der Oesterreichische Otologentag am 28. und 29. Juni 1896 in Wien stattfinden.

Coloboma auriculae, gelungene Plastik.

Prof. Gruber berichtet über einen mit sehr gutem Erfolge operirten Fall von *Coloboma auriculae*.

Wie die von Dr. Hennig vor der Operation gefertigte Moulage zeigt, handelte es sich um eine angeborene Spaltbildung an der linken Ohrmuschel eines 22jährigen Mannes. Die Spalte durchsetzte die ganze Muschel vom Helix nach vorne und trennte so die Muschel in zwei Theile, deren unterer den Antitragus und das Läppchen, der obere den

anderen Theil der Muschel in sich begriff. Die Ränder dieser Spalte waren von normaler Cutis überzogen und die einzelnen Theile der Muschel normal entwickelt. Das Ohrläppchen ist mit seinem vorderen Rande der ganzen Länge nach an der seitlichen Gesichtsfläche angewachsen. Der über der genannten Spalte gelegene Theil der Muschel stand von der Seitenfläche des Schädels in einem Winkel von 75° ab, während der unter der Spalte gelegene Theil mit der Seitenwand des Schädels einen Winkel von 30° bildete. Hierdurch verrieth sich die Missbildung auf den ersten Blick, wenn man den Patienten auch en face ansah, und die Verunstaltung war um so störender, weil die rechte normale Ohrmuschel die gewöhnliche Insertion hatte. Diese Missstaltung, welche natürlich bei seitlicher Besichtigung umso mehr auffiel, bestimmte den Kranken, um Abhilfe zu bitten.

Wenn man die Ränder der Spalte bis zur Berührung näherte, ging dies wohl sehr leicht, allein der obere Theil der Muschel blieb in seiner ursprünglichen Stellung, und wenn man jetzt den Patienten von vorne ansah, war die Missstaltung gleich störend. Es musste also bei der Operation daran gedacht werden, die Spalte zu beseitigen und gleichzeitig auch dem oberen Muscheltheile eine mehr normale Stellung zu sichern.

Dementsprechend wurden zunächst die Ränder der Spalte durch Wegnahme schmaler Hautstücke aufgefrischt und durch blutige Naht vereinigt. Nach stattgehabter Auffrischung zeigte sich, dass die Haut an der hinteren Muschelfläche sich mehr zurückzog, als an der vorderen, was Gruber bestimmte, die Stiche bei der Naht nicht auf einmal durch sämtliche Gebilde zu führen, da dadurch leicht eine unschöne Narbe entstehen konnte, sondern es wurden die Hautränder der vorderen Fläche zuerst und dann die Hautränder der hinteren Ohrmuschelfläche durch besondere Hefte vereinigt, wobei man, um einer nachträglichen Discontinuität am Helix vorzubeugen, die ersten Hefte an diesem anlegte und dabei darauf achtete, die Wundränder genau zu adaptiren.

Um nun den oberen Muscheltheil mehr der Seitenwand des Schädels zu nähern, machte der Vortragende die von ihm vor Jahren für ähnliche Fälle vorgeschlagene und öfters mit Erfolg ausgeführte Plastik. Es wurden hinter der Muschel zwei nahezu 5 Ctm. lange, mit der Concavität gegen einander gerichtete bogenförmige Schnitte, welche oben und unten in einem spitzen Winkel zusammen trafen, derart durch die Haut geführt, dass der eine Schnitt an der Ohrmuschel, und zwar 1 Ctm. entfernt von ihrer Insertion, der zweite in gleicher Entfernung von letzterer am Warzentheile zu liegen kamen. Der von diesen beiden Schnitten begrenzte Hautheil wurde von seiner Unterlage lospräparirt und entfernt. Darauf wurde die Haut sowohl vom vorderen als vom hinteren Schnitte aus auf ungefähr 5 Mmtr. von ihrer Unterlage lospräparirt. Die Blutung, welche ziemlich profus war, wurde durch Unterbindung der betreffenden Arterien gestillt und dann die Wundränder durch 5 Hefte vereinigt. Durch Anlegen eines antiseptischen Verbandes, bei welchem die genähte Haut durch Jodoformgaze in den Insertionswinkel gedrückt wurde, wurde die Muschel in die natürliche Stellung gebracht und der Verband, da sich in den nächsten Tagen

nicht die geringste Reactionserscheinung bemerklich machte, durch 8 Tage belassen. Als jetzt der Verband abgenommen wurde, waren die Wundränder überall verwachsen und die Stellung der Ohrmuschel nun derartig, dass der Winkel noch etwas geringer erschien, als auf der anderen Seite. Die Hefte wurden nunmehr entfernt und vorsichtshalber noch durch einige Tage ein entsprechender Verband belassen. Nunmehr ist in der Stellung der beiden Ohrmuscheln kein Unterschied wahrzunehmen und auch die Vereinigung der Spaltränder ist vollkommen gelungen¹⁾.

Prof. Urbantschitsch berichtet von einem 14jährigen Mädchen, das seit 6 Monaten an einer eiterigen Entzündung der linken Paukenhöhle gelitten hatte, von Mitte December an von Kopfschmerzen und Erbrechen häufig befallen wurde und am 24. December durch mehrere Stunden bewusstlos war. Urbantschitsch sah das Kind zum ersten Male am 25. December und nahm noch an diesem Tage die Radicaloperation vor. Es zeigte sich dabei ein geräumiges Antrum mastoideum, das gleich dem Atticus mit Detritus und cholesteatomatösen Massen erfüllt erschien; der Amboss fehlte, der Hammer wurde entfernt und erwies sich als gesund; am Tegmen tympani lag an einer kleinen Stelle die Dura mater frei. Während der Operation erfolgte vom Antrum-Atticus-Dache aus eine heftige arterielle Blutung, die wahrscheinlich von einem Aste der Arteria meningea media ausging. Die Blutung wurde durch eine 10 Minuten dauernde Jodoform-Tamponade gestillt (während Urbantschitsch in einem anderen Falle dadurch genöthigt war, die Operation zu unterbrechen und erst 5 Tage später zu vollenden). Nach der Operation fühlte sich das Mädchen vollkommen wohl; die Temperatur zeigte am Operationstage 38,7°, am nächsten Tage 37,8° und von da an 37—36,5°. Der Wundverlauf war ein günstiger, die früher vorhanden gewesenenen cerebralen Erscheinungen waren vollständig zurückgegangen, nur zeigte sich eine Woche nach der Operation ein leichter Stirnkopfschmerz und eine Schläfrigkeit, wobei jedoch das Kind im Uebrigen nicht die geringsten Störungen im Allgemeinbefinden darbot und verständige Antworten gab.

Am 9. Januar 1896, nach einem gut verbrachten Tage, erfolgte plötzlich, ohne irgend welche vorausgegangene Symptome Exitus letalis. Die durch Herrn Prof. Kolisko vorgenommene Section ergab im unteren Schläfenlappen der erkrankten linken Seite einen hühnereigrossen Abscess, der von einer dicken Kapsel (von 3—4 monatlicher Dauer) umgeben war und zwischen sich und dem Tegmen tympani eine normal aussehende Gehirnpartie zeigte. In der Umgebung des Abscesses fand sich Oedem vor, das als einzig nachweisliche Todesursache aufzufassen war. Urbantschitsch demonstirt das betreffende Präparat.

Urbantschitsch erwähnt ferner einen mit dem ersten Falle gleichzeitig beobachteten zweiten Fall, der eine 34jährige Frau betraf,

1) Der Kranke stellte sich am 29. Januar l. J. auf der Klinik Gruber's wieder vor; er ist mit dem Erfolg sehr zufrieden. Das Verhältniss ist so geblieben, wie es oben geschildert wurde.

die seit drei Jahren an einem eitrigen Ohrenflusse linkerseits gelitten hatte und besonders häufig im December 1895 von Occipitalschmerzen, Nackensteifigkeit, Schwindel, Uebelkeiten und zeitweiser Verwirrung befallen worden war. Als die Patientin behufs Operation am 2. Januar 1896 an die Poliklinik kam, waren bereits die Erscheinungen der Meningitis bei einer Temperatur von 40° vorhanden. U. nahm trotzdem die Radicaloperation vor, bei der das Antrum mastoideum und der Atticus als eine grosse, mit Cholesteatom erfüllte Höhle erschienen; an einer Stelle des Antrum mast.-Daches zeigte sich die Dura mater blossgelegt. Die extrahirten Gehörknöchelchen erwiesen sich als gesund. Es wurde Thiersch-Siebenmann'sche Transplantation vorgenommen. Am Tage der (8 Uhr Morgens vorgenommenen) Operation und am nächsten Vormittage (den 6. Januar) befand sich Patientin ganz wohl und fieberlos; am 6. Januar Mittags trat heftiges Fieber (39,5°) auf, das sich von da an nicht wieder verlor (39—40,6°); die Besichtigung der Operationswunde ergab normalen Wundverlauf und keine Spur von Eiterretention. An dem Tage des erneuten Fieberanfalles (6. Januar) begann eine zunehmende Ablenkung beider Augen (*Deviation conjuguee*) und eine Drehung des Kopfes nach links, wobei die versuchsweise vorgenommene Drehung des Kopfes nach rechts sehr schmerzhaft erschien und eine schwache Bewegung beider Augen nach rechts nur mit Mühe erfolgte. Das Bewusstsein war dabei anscheinend intact; Patientin verfiel noch an demselben Tage in vollständige Aphasie mit einzelnen Monophasien (z. B. „Dableiben“) bei hier und da auftretender Monolalie (z. B. „blei—blei—blei—blei“). Am 7. Januar trat zu den bisherigen Erscheinungen Parese beider rechtsseitigen Extremitäten hinzu mit Contractur dieser und gesteigerten Reflexen, bei Anästhesie und Analgesie derselben. Die linken Extremitäten erwiesen sich hingegen eher als hyperalgetisch. Trotz der Möglichkeit einer Entstehung der angeführten Symptome durch einen Abscessherd im linken Schläfenlappen nahm U. in Anbetracht der deutlich ausgesprochenen meningealen Erscheinungen und des tief daniederliegenden Kräftezustandes der Patientin keinen weiteren operativen Eingriff vor. Am 9. Januar erfolgte Exitus letalis. Die Section (Prof. Kolisko) ergab Pachymeningitis chronica interna und Pachymeningitis et leptomeningitis purulenta. Die Innenfläche der Dura mater über der linken Hemisphäre erschien mit einer dicken, fibrinös-eitrigen Exsudatmembran überkleidet, die Meningen an der Basis um das Chiasma herum, nach rückwärts über Pons und Medulla hin, ferner an der Convexität der linken Hemisphäre längs einiger Sulci von einem serös-eitrigen Exsudate infiltrirt. Ein Gehirnabscess fand sich nicht vor.

Wie U. hervorhebt, ergab also der erstbeschriebene Fall bei dem Mangel irgend welcher Herderscheinungen einen mächtigen Abscess im linken Schläfenlappen, und dagegen der andere Fall mit vorhandenen Herderscheinungen keinen Eiterherd.

Urbantschitsch demonstrirt ferner ein Projectil, das er aus der Paukenhöhle eines Mannes auf operativem Wege nach Abmeisslung eines Stückes der hinteren Gehörgangswand entfernt hatte. Die betreffende Revolverkugel war durch den Gehörgang, ohne diesen zu verletzen, in die Paukenhöhle eingedrungen und hatte sich am Promon-

torium zu einer breiten Scheibe abgeflacht. Patient zeigte sich an diesem Ohre vollständig taub. Nach der Entfernung des Projectils erwies sich das Promontorium eingedrückt, ohne Durchbruch in's Labyrinth.

Am 2. Tage nach der Operation, bei sonst günstigem Wundverlaufe, stellte sich eine Facialparese ein, die innerhalb der nächsten Woche in eine vollständige Paralyse überging.

U. deutete diese als Druckerscheinung auf den blossgelegten Nervus facialis und wandte anfänglich den Inductionsstrom an; als aber dieser nach einwöchentlicher Anwendung keine Besserung ergab, nahm U. versuchsweise eine mechanische Einwirkung auf den Facialis durch rasches Beklopfen der gelähmten Muskeln vor, welche Methode U. bereits in einem anderen Falle von Facialparese mit Erfolg vorgenommen hatte. Thatsächlich zeigte sich auch diesmal auf das Beklopfen hin jedesmal eine deutliche Zunahme der Muskelaction, weshalb auch diese Behandlung im Verein mit dem Inductionsstrom weitergeführt wurde und nach 6 Wochen eine beinahe vollständige Heilung erzielte.

Urbantschitsch zeigt schliesslich einen Sequester vor, den er aus dem rechten Ohre einer Frau entfernt hatte, der aus der ganzen Schnecke bestand. Auffälliger Weise hörte die Frau nach ausgestossener Schnecke sämtliche dem Knopfknochen aufgesetzte Stimmgabeln am rechten Ohre stärker als am linken Ohre und lateralisirte die der Mitte des Kopfes aufgesetzten Stimmgabeln stets nach rechts; erst 3 Monate nach erfolgter Ausstossung der Schnecke begann das Urtheil der Patientin über die subjective Localisationsstelle unsicher zu werden und vom 4. Monate an wurden die Stimmgabeltöne nun mehr am gesunden linken Ohre wahrgenommen, eine Erscheinung, die auch derzeit, nunmehr seit einem Jahre, anhält. Wie U. betreffs dieses Falles bemerkt, könnte die mitgetheilte Beobachtung leicht in dem Sinne Ewald's gedeutet werden, dass noch vom Stamme des Acusticus, nach Entfall des peripheren Endorgans, eine Gehörsempfindung auslösbar wäre und dass diese erst einige Monate später in Folge der mittlerweile stattgefundenen Atrophie des Acusticus entfallen sei. U. tritt jedoch dieser Anschauung nicht bei, sondern schliesst aus der in seinem Falle angegebenen Lateralisirung des Stimmgabeltones in das schneckenlose rechte Ohr auf die Unsicherheit, aus den Angaben des Versuchsfalles weitgehende Schlüsse zu ziehen. Der Beweis für die Ansicht Ewald's wäre nur in einem Falle von vorhandener Gehörsempfindung bei beiderseits ausgestossener Schnecke erbracht. U. hat bisher nur einen von Dr. Max beschriebenen Fall von Ausstossung beider Schnecken beobachtet, wobei eine bilaterale complete Taubheit bestand.

Prof. Gruber kann sich der Anschauung des Vortragenden, wonach nach Exfoliation der Schnecke absolute Ertaubung Platz greifen müsse, nicht anschliessen; er ist vielmehr der Meinung, dass ein partieller Verlust des Labyrinthes nicht unbedingt totale Taubheit mache. Gr. erzählt von drei an seiner Klinik beobachteten Fällen, wo dies nicht zuträfe. Keineswegs sei die Ansicht Ewald's so kurzweg von der Hand zu weisen, im Gegentheil glaube er, dass man gar bald anderer Ansicht sein werde über die Function der einzelnen Labyrinththeile, als dies jetzt der Fall ist.

Dr. Max erklärt sich gleichfalls als Anhänger der bis jetzt herrschenden Anschauung.

Dr. Bing glaubt, dass die Nervenendapparate in den Bogengängen auf gewisse Erregungen hin als Coordinationsorgan, auf andere Erregungen hin als Schallperceptionsorgan functioniren dürften.

Docent Dr. Pollak demonstriert eine sequestrirte Schnecke, die er durch Ausspritzen aus dem rechten Ohre eines an Otitis media purulenta leidenden Mannes entfernte. Derselbe lag nach seiner Angabe durch mehrere Monate bewusstlos und halbseitig gelähmt an einer medicinischen Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses. Nach Verlassen desselben litt er längere Zeit an Schwindel und Unsicherheit des Ganges. Die Hörprüfung ergibt totale Taubheit des rechten Ohres für alle Sorten zugeleiteter Töne sowohl per Luft- als durch die osteo-tympañale Leitung. Weber lateralisiert nach links. Coordinationsstörungen sind momentan nicht vorhanden, nur vermag der Patient mit geschlossenen Augen nicht gut auf einem Beine zu stehen. Interessant war das Ergebniss der electricischen Untersuchung des Ohres. Bei einer derartigen Anordnung der Electroden, dass die An am linken Vorderarm lag, die Ka auf den rechten Tragus angelegt wurde, gab der Patient an, bei 5 Milliampères Stromstärke und Kathodenschluss einen nicht näher bestimmbaren, brummenden Ton auf dem ertaubten Ohre zu percipiren. Der Vortragende schliesst daraus, dass der Acusticusstamm selbst, wenn er vom electricischen Strome getroffen und erregt wird, im Stande ist, eine Gehörssensation zu vermitteln.

Pollak hat nach dem Muster der von Gruber im Jahre 1878 in die Praxis eingeführten medicamentösen, gelatinösen Ohrmandeln solche beim Apotheker Grohs in Wien anfertigen lassen, die statt des bisher gebräuchlichen Zinc. sulfur.- oder Opiumzusatzes 10 pCt. Carbonsäure enthalten. Er versuchte sie zunächst bei der Otitis ext. circumscripta, bei welcher sie sich vorzüglich bewährten. Schon kurze Zeit nach Einführung derselben in den äusseren Gehörgang waren die Schmerzen wie abgeschnitten, und in nahezu 70 pCt. der Fälle gelang es, den Process zu coupiren. Diese günstigen Resultate veranlassten Pollak, die Bougies auch in den Anfangsstadien der Otitis media acuta anzuwenden. Die schmerzstillende und vielfach coupirende Wirkung der Carbolgelatinebougies trat prompter ein, als beim Einträufeln der von Bendeladt-Hewetson empfohlenen 10—20proctg. Phenolglycerinlösung.

Die Application ist eine einfache und der Carbolglycerin-Einträufelung vorzuziehen. Dem Vorwurfe, dass durch die zerfliessende Gelatine der Gehörgang verschmiert werde, tritt P. entschieden entgegen; er stimmt Gruber bei, der über dieselbe berichtete, dass sie zerflossen eine wässrige, klare Flüssigkeit liefere, die sich in die zum Verschlusse des Gehörganges verwendete Watte einsaugt oder abfließt.

Dritte Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Arnheim, 9. Juni 1895.

(Fortsetzung zu No. 1.)

VII. A. Sikkel: A. Demonstration eines Gypsabgusses des Oberkiefers bei Nasenverstopfung.

Der Abguss stammt von einem 14jährigen Knaben, der immer an Nasenverstopfung litt und bei dem ich gewaltige adenoide Vegetationen entfernte. Der Abguss zeigt die bekannten Abweichungen: gothische Wölbung des harten Gaumens (hier stark ausgesprochen), Knickung des Alveolarbogens in der Mittellinie, so dass die mittleren Schneidezähne einen scharfen Winkel bilden und Einsenkung der seitlichen Theile des Bogens in Folge vom Druck der Wangen bei geöffnetem Munde. Interessant an diesem Fall aber ist das Verhalten der beiden lateralen Schneidezähne. Der linke fehlt gänzlich, der rechte ist nur durch einen atrophischen Rest repräsentirt. Ich erinnere daran, dass Prof. Rosenberg derzeit auf dieses Schwinden der lateralen Schneidezähne aufmerksam gemacht und als ein Zeichen der Evolution gedeutet hat. Wenn diese Zähne vor den andern die Neigung besitzen, den Kiefer zu verlassen, so liegt es nahe, anzunehmen, dass auch bei Raumbeschränkung, wie sie bei Formveränderungen in Folge von Entwicklungsstörungen auftritt, diese Zähne im Kampf mit den übrigen am ehesten verdrängt werden. Eben dieser Abguss, wo der eine Schneidezahn fehlt und der andere atrophisch vorhanden ist, demonstriert diese Möglichkeit.

Ich zeige Ihnen hier eine Zeichnung des Oberkiefers eines 13jährigen Mädchens, bei dem beide lateralen Incisivi sehr atrophisch sind.

Die besprochene Veränderung fand ich unter den Folgen der Formveränderung des Oberkiefers nirgendwo verzeichnet.

B. Zwei Fälle von Rhinolith.

Der eine Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, bei dem ein kleiner Stein extrahirt wurde, dessen Kern, wie sich später herausstellte, ein Kirschkern war; während der andere Nasenstein, welcher bei einem 21jährigen Mädchen entfernt wurde, keinen Fremdkörper enthielt, und also als ein wirklicher Rhinolith angesehen werden kann. Beide Steine sassen rechts.

C. Ein Fremdkörper im Kehlkopf.

Ein Mann kam zu mir mit Klagen über eine Gräte, welche beim Genuss von Stockfisch in seinen Hals gerathen war. Bei der ersten Untersuchung sah ich nur einen kleinen Blutpunkt auf der linken Mandel; nichts im Larynx. Bei genauerm Zusehen entdeckte ich auf der linken Seitenwand, unmittelbar über dem Sulcus pyriformis, ein weisses Streifchen von $\frac{3}{4}$ Ctm. Länge. Als ich dann die Sonde bei dem Blutpünktchen auf der Mandel einführte, konnte ich einige Centimeter tief vordringen, ohne indessen etwas zu fühlen. Mit der gebogenen Sonde konnte ich mich überzeugen, dass das weisse Streifchen prominent war und der Wand fest auflag. Mit der Schrötter'schen Pincette dieses Stückchen fassend, wurde zuerst eine Bewegung nach

abwärts ausgeführt und dann die 4,5 Ctm. lange Gräte herausgezogen. Ich theile den Fall mit als ein Beispiel, wie grössere Fremdkörper mit Kraft eingetrieben werden und nahezu vollständig im Gewebe verschwinden können. Hätte die Gräte nicht, blos für einen kleinen Theil, die Kehlkopfwand durchbohrt, so wäre die Extraction äusserst schwierig gewesen.

D. Congenitales Fibrom der Nase.

Ein vierjähriger Knabe, der bei der Geburt bereits eine ziemlich grosse Geschwulst hatte, zeigt auf der Nase eine grösstentheils den rechten Nasenflügel, theilweise auch den Nasenrücken bedeckende, sehr weiche Geschwulst von der Grösse eines Canarien-Eichens. Dieselbe soll an Grösse nicht zugenommen haben. Bei der Rhinoscopia anterior sieht man die Schleimhaut in das Nasenlumen stark hervorgewölbt. Der Tumor wird nach Incision der Haut herauspräparirt, das Nasenloch tamponirt, die Hautwunde durch Naht verschlossen. Heilung in einigen Tagen. Vier Monate später war die Form der Nase eine nahezu normale geworden. Microscopisch zeigte sich die Geschwulst als ein Fibrom mit wenig Kernen und vielem Bindegewebe. Demonstration der Geschwulst, des microscopischen Präparates und der Photographien des Kindes vor und nach der Operation.

VIII. H. Zwaardemaker: A. Ueber Toynbee's Otoscop.

Z. hebt hervor, dass die Otoscope gewöhnlich aus Materialien, welche den Schall sehr schlecht leiten, angefertigt sind, so dass die Uebertragung des Schalles durch Wandleitung fast gänzlich wegfällt. Es ist die Luft, welche die Leitung besorgt. In Folge dessen ist die Grösse der Lichtung von wesentlichem Einfluss. Um dies zu zeigen, beschreibt Redner einen Versuch, wo die Hörzeit einer C²-Stimmgabel auf Klangboden durch ein weites und ein enges Otoscop bestimmt wurde. Diese Zeiten waren 65 resp. 53 Secunden. Es ist also gut, eine Lichtung zu wählen, welche derjenigen des äusseren Gehörganges entspricht. In der Regel wird ein Durchmesser von 6 Mm. zweckentsprechend sein. Dieser Durchmesser soll im ganzen cylindrischen Raum vorhanden sein, auch im auralen Abschnitt, wo derselbe gewöhnlich kleiner ist wie in der Cautchuc-Schlange. Beim Festhalten des Otosopes sind nur ganz allmähliche Krümmungen gestattet. Hierzu ist nothwendig, dass Pat. das Instrument in der Richtung nach unten und hinten hält. Der Arzt soll dasselbe ziemlich tief in's Ohr einsetzen. Dies ist nur möglich, wenn die Wand dünn ist. Dann stellt sich das Otoscop von selbst in die Richtung des Gehörganges.

Die Frage, ob beim Otopiscopiren Resonanz im Spiele ist, wird vom Redner verneinend beantwortet. Da die Röhre an beiden Enden von einem Trommelfell verschlossen ist, so werden sich unter allen Umständen an den Enden Bäuche und in der Mitte ein Knoten bilden. Bei einer Otopiscoplänge von 85 Ctm. wird also die Wellenlänge des Eigentones des Instrumentes 170 Ctm., dessen Schwingungszahl 195 doppelte Schwingungen betragen. Solche tiefe Töne werden beim Otopiscopiren wohl selten in Betracht kommen.

Weil beim Otoscop, im Gegensatz zum Stethoscop, die Wandleitung wegfällt, so lohnt es nicht, ein binaurales Otoscop zu benutzen. Dasselbe würde, bei Unbequemlichkeit der Handhabung, blos den

Vortheil des Hörens mit zwei Ohren, ohne die Verstärkung durch gegenseitige Knochenleitung, darbieten.

Herr Brondgeest: Die Oeffnung im Ansatzstück ist immer kleiner als der Durchschnitt der Schlange.

Herr Zwaardemaker: Der Durchmesser der Olive soll 6 Mm., und die Dicke der Wand eine geringe sein.

Herr Sikkell: Hat der Vortr. auch die Schwingungsdauer der Gabel bei raschem und bei langsamem Abdrücken der Feder gemessen? Absolut constant ist der Anschlag bei der Lucae'schen Stimmgabel nicht. Bei dem geringen Unterschied, von dem die Rede ist, kommt diese Unbeständigkeit gewiss in Betracht.

Herr Zwaardemaker: Die Lucae'sche Stimmgabel ist nicht ganz constant, wenn man sehr lange schwingen lässt. Allein diese Versuche wurden stets unmittelbar nach einander gemacht, so dass die Stimmgabel sich in völlig gleichem Zustand befand. Beim Anschlagen drückt man den Hammer nicht auf die Gabel, sondern hebt einen „Arrêt“, wobei unmittelbar der Hammer fällt. Dieses Moment kommt also bei den constatirten Unterschieden nicht in Betracht. Nein, keine technischen, vielmehr psychische Momente können eine Quelle von Unterschieden bilden. Oft habe ich gemeint, Unterschiede dem eignen Gehör zuschreiben zu müssen.

Herr Guye: Die Schlange ist gewöhnlich in sehr schlechter Weise mit dem Ohrstückchen verbunden, nämlich durch Vermittlung eines Zwischenstückchens, dessen Lumen nicht mehr wie 2—3 Mm. beträgt. Dieses Zwischenstück soll wegfallen.

B. Ueber die zum Telephoniren mit den Reichs-Apparaten erforderliche Hörschärfe.

Beim Entwerfen einer Prüfungsordnung für die Post- und Telegraphenbeamten fand eine Untersuchung nach der Hörschärfe, welche für das Telephoniren mit den gewöhnlichen Apparaten für Intercommunal-Verkehr noch genügt, statt. Es zeigte sich, dass bei einer Hörschärfe von 1 Mtr. für Flüstersprache am Fernsprecher nur einzelne Wörter verstanden werden; dass bei 1,5 Mtr. ganze Theile eines Formulars wegfallen. Bei 2 Mtr. werden zwar die Wörter grösstentheils verstanden, allein der Zusammenhang geht verloren. Erst bei 4 Mtr. kann ein Formular (die Beschreibung des Laufes der holländischen Flüsse) mit grosser Anstrengung nachgesprochen werden. Auch ein Pat. mit einer Hörschärfe von 6 Mtr. begegnete hierbei noch Schwierigkeiten, während erst Patienten mit 7 Mtr. dem Formular und auch Gesprächen schnell und leicht folgen können.

Herr Guye: Beachtenswerth ist, dass für das Publikum das linke Ohr das für's Telephoniren wichtigere ist, während dagegen die Beamten an den centralen Stationen mehr mit dem rechten Ohr telephoniren und bei ihnen also der Zustand des letzteren Ohres für ihre Brauchbarkeit maassgebend ist.

Herr Moll: Hat sich die Untersuchung auch mit dem schlechten Einfluss des Telephonirens auf das Gehör beschäftigt?

Herr Zwaardemaker: Nein! In der Literatur sind etliche Fälle von diesem Einfluss notirt. In unserem Lande sind bei den höheren Postbeamten solche Fälle noch nicht bekannt. Dagegen ist es eine

feststehende Thatsache, dass das Telephoniren und namentlich der Telephondienst an das Nervensystem sehr grosse Ansprüche stellt, und namentlich dem Ausbruche einer Neurasthenie Vorschub leisten kann.

C. Einige seltenen Gehörsfelder.

Zuerst zeigt Votr. drei Gehörsfelder von Patienten mit Schädelbasisfractur. Zum Vergleiche werden Fälle von Labyrinthtaubheit nach Lues und nach Parotitis vorgelegt. Weiter Gehörsfelder von Sclerose, von mit Chininvergiftung complicirter Sclerose und von Labyrinthtaubheit nach Artillerie-Feuer. Das nächste Gehörsfeld ist von einem Falle von Retinitis pigmentosa, als Familienkrankheit aufgetreten. Hierbei eine auffällige Taubheit von eigenthümlicher Form. Die untere Grenze der Tonleiter wurde auf beiden Seiten bei E² (20 doppelte Schwingungen), die obere Grenze bis ais⁶, links bei a⁶ gefunden. Dazwischen bestand eine für alle Töne ziemlich gleichmässige Herabsetzung der Hörschärfe. Das Gehörsfeld hat eine Oberfläche rechts von $\frac{1}{3}$, links von $\frac{1}{4}$ der normalen.

Der Fall giebt Votr. die Veranlassung, im Vorübergehen die Analogie zwischen Hemeralopie und Paracusis Willisiana hervorzuheben. In beiden Fällen herabgesetzte Function bei Schwächung von Licht resp. Schall in der Umgebung; verbesserte Function bei Verstärkung des zugleich mit dem zu beobachtenden Reize einfallenden Lichtes resp. Schalles. In beiden Fällen Ernährungsstörung an der Peripherie des Gesichts- resp. Gehörsfeldes, welche aus der Pigmentverschiebung bei der Retinitis, aus dem drohenden Verlust der oberen Zone der Tonleiter bei der Paracusis hervorgeht.

Schliesslich legt Votr. zwei Gehörsfelder von schleichend verlaufender Labyrinthtaubheit vor. Eines dieser Felder zeigt eine Tonlücke, gerade an der Stelle derjenigen Tonhöhe, welche dem Ohrensausen des Patienten entsprechen soll. Hier trifft also vollständige Aufhebung der Function mit einem inneren fortwährenden Reizzustand zusammen.

Herr Guye: Der Vergleich der Paracusis mit der Hemeralopie ist mir deshalb interessant, weil ich überzeugt bin, dass erstere im Acusticus ihren Ursprung, und mit den Gehörknöchelchen nichts zu thun hat.

IX. A. A. G. Guye: Ueber eine eigenthümliche, noch nicht beschriebene Drehungsempfindung bei Labyrinthleiden.¹⁾

G. hat vor Kurzem einen Fall von Menière'scher Krankheit und linksseitiger Taubheit bei einem 47jährigen Manne vorgestellt. Das Mittelohr war normal. Im Anfalle sah Pat. ganz deutlich die Gegenstände seiner Umgebung in der Weise der Zeiger einer vor ihm befindlichen Uhr drehen. Nachdem dies einen Augenblick gedauert hat, sieht er plötzlich Alles nach rechts wegfliegen; es folgt Uebelkeit, Erbrechen, und wenn er sich nicht schnell hinlegt, fällt er hin.

Die Drehungsempfindungen bei Menière'scher Krankheit sind in der Regel zweierlei Art. Die frequenteste ist die Empfindung der Drehung um eine verticale Axe herum und zwar, wie G. 1879 gezeigt hat, nach der Seite des kranken Ohres hin. Dieselbe lässt sich auf

¹⁾ In extenso veröffentlicht in „The Brit. Med. Journal, 23. Nov. 1895.

eine Reizung in den Ampullen des horizontalen Bogenganges zurückführen. Die zweite Drehungsempfindung ist eine nach vorn- und hintenüber. Die dritte, welche die seltenste ist, ist diejenige der Drehung aller Gegenstände vor dem Auge wie ein Rad oder wie die Zeiger einer Uhr. Die Flächen der beiden verticalen Bogengänge schneiden die horizontale nicht in sagittaler oder frontaler, sondern in einer schiefen Richtung. Der linke obere Bogengang entspricht einer Axe, welche durch das rechte Auge und den linken Warzenfortsatz geht. Diesem Bogengang geht der hintere Bogengang des rechten Ohres parallel. Die Axe, welche dem rechten oberen und dem linken hinteren Bogengang entspricht, geht durch das linke Auge und den rechten Warzenfortsatz. Leise Drehungsempfindung in diesen beiden Paaren coordinirter Canäle könnte die Empfindung vom Drehen der Gegenstände wie die Zeiger einer mehr nach rechts oder nach links vor dem Patienten befindlichen Uhr erwecken. Heftige, von einem dieser Canäle ausgelöste Drehungsempfindung könnte die Sensation des Vorn- und Hintenüberfallens erwecken, wäre es auch nicht um eine transversale, sondern um eine mehr nach rechts oder nach links liegende Axe.

Herr ten Siethof: Ich habe einen Neurasthenicus mit völlig normalen Ohren behandelt, der bei jedem heftigen Migräne-Anfall solch' eine Drehungsempfindung bekam. Eine andere Patientin mit leichtem Mittelohrcartarrh, litt an Menière'schen Erscheinungen und beschrieb ihre Drehungsempfindung in völlig gleicher Weise. Diese Kranke hatte Schleimhautschwellungen am hintern Ende der unteren Nasenmuscheln. Mit Cocainisirung der unteren Muscheln verschwand mit einem Male der Schwindel. Nach Abtragung der hinteren Muschelenden haben sich die Menière'schen Erscheinungen nicht mehr gezeigt. Ich bin vielmehr geneigt, in diesen beiden Fällen den eigenthümlichen Schwindel auf Rechnung nervöser, neurasthenischer Einflüsse als von Labyrinthleiden zu schreiben.

Herr Guye: In der That sind bei vielen Kranken mit Menière'schen Leiden die Klagen theilweise nervöser Natur. Wir sollen uns aber davor hüten, Beschwerden zu schnell als neurasthenische zu betrachten. Ich halte es für wahrscheinlich, dass bei der zweiten Patientin eine zeitweise Störung (Hyperämie) im verticalen Bogengang die Ursache des Schwindels gewesen.

Herr Burger: Die beschriebene Empfindung ist sehr interessant, die Beziehung derselben mit der Bogengang-Affection indessen vorläufig noch hypothetisch. Auf zwei Wegen blos ist diese Frage zur Klarheit zu bringen: durch die Obduction und durch das Experiment.

Herr Guye: Die Frage hat allerdings vorläufig einen hypothetischen Character. Es ist deshalb wünschenswerth, auf solche Fälle wohl zu achten. Mein Patient war auf dem einen Ohre völlig taub.

Herr Zwaardemaker: Ich möchte für Experimente in dieser Frage auf zwei einfache Hilfsmittel aufmerksam machen, nämlich auf den von Kreidl bei seinen Labyrinth-Untersuchungen Taubstummer gebrauchten Apparat, den gewöhnlichen Clavierstuhl, auf dem man die Patienten herumdrehen lässt, und auf den gewöhnlichen Schaukelstuhl.

X. A. C. H. Moll: Die Behandlung der acuten Leiden der Nebenhöhlen der Nase.²⁾

Absichtlich spreche ich von den Nebenhöhlen im Allgemeinen, ohne zu differenziren, weil ich dies bei den acuten Entzündungen oft für unmöglich halte. Für die von mir angegebene Behandlung ist es auch nicht nöthig. Es versteht sich, dass beim acuten Catarrh durch Schleimhautschwellung ein Verschluss der Mündungen der Nebenhöhlen entstehen kann. Die Folgezustände, welche hieraus resultiren können, werden sich durch Neuralgien, Gefühl von Schwere u. s. w. kund geben, Erscheinungen, welche gewöhnlich ohne Behandlung wieder verschwinden. Allein ich habe beobachtet, dass in vielen Fällen von Rhinitis bei Influenza diese Erscheinungen nicht verschwanden. Ich applicirte dann gewöhnlich Cocain oder Menthol, oft ohne Erfolg. Dann habe ich oft, nach Hartmann, die Politzer'sche Luftdouche angewendet, bisweilen mit, oft aber ohne Erfolg. Ich gestehe, dass ich es nie gern that. Denn ist diese Behandlung wohl sicher harmlos? Nachdem ich einmal eine Mittelohrentzündung post (propter?) hoc habe auftreten sehen, habe ich es unterlassen. Auch halte ich jede Methode, welche durch Compression die Nebenhöhlen entleeren soll, für unpractisch. Die erste Folge der Compression wird ja bei den engen Mündungen, z. B. der Stirnhöhlen, eine Verschiessung des Lumens sein. Bei den Höhlen, die ohne Canal in die Nase münden (Antrum maxill., Sin. sphen.), wird dies nicht immer eintreten. Dann wird auch die Luft das aërostatische Gleichgewicht herstellen können; weil aber in der ganzen Nasenhöhle der gleiche Druck herrscht, wird sie Secrete aus den Höhlen nicht her austreiben können. Der bisweilen auftretende günstige Effect des Politzer'schen Verfahrens erklärt sich erstens durch die Herstellung des aërostatischen Gleichgewichtes und zweitens dadurch, dass nach der Compression die entweichende, längs der Mündungen der Nebenhöhlen streifende Luft in diesen Höhlen ein Moment von niedrigerem Drucke hervorrufen wird. Die Aspiration ist die wirksame Kraft.

Wenn man Nase und Mund zuhält, und dann activ den Brustkorb hebt, so entsteht in allen den correspondirenden Hohlräumen ein negativer Druck, den ich in der Highmorshöhle bei einem Empyemkranken, dem ich die Alveole perforirt hatte, gemessen habe. Derselbe betrug 15 Mm.

Herzfeld hat neuerdings empfohlen, das eine Nasenloch zu schliessen und durch die andere Seite die Luft mit Kraft nach aussen zu treiben. Hierbei verursacht der Luftstrom in den Nebenhöhlen eine Druckverringerung. Ich glaube aber, dass man, bei geschwollener Nasenschleimhaut, auf diese Weise keinen sehr kräftigen Luftstrom erzeugen kann.

Als Beispiel erwähne ich den Fall eines Fräuleins, das in den letzten Tagen vom Januar an Influenza erkrankt war. Dazu heftiger Schmerz im linken Ohr, in der linken Schläfengegend, um das Auge herum und im Jochbein. Sie kommt 5. Februar zu mir; ich finde das

²⁾ Der Vortrag ist in extenso veröffentlicht in Moure's „Revue de laryngologie“ 1895, No. 16.

Ohr normal, allein in der Nase, besonders an der mittleren Muschel, Schwellung und beim Hiatus Eiter. Bei der Durchleuchtung Schatten unter dem linken Auge, subjective Lichtempfindung nur rechts. Ich liess sie einige Male Mund und Nase schliessen und den Brustkasten erweitern. Hierauf ist mehr Eiter in der Nase zu sehen, und der Schmerz in der Schläfengegend ist um Vieles vermindert. Ich empfahl ihr, das Verfahren jede zwei Stunden zu wiederholen. Abends war der Schmerz verschwunden, und als ich sie am 12. Febr. untersuchte, war sie subjectiv ganz geheilt und nahm sie bei der Durchleuchtung das Licht auf beiden Seiten wahr. Auch bei mir selbst, in analogen Umständen angewendet, war ich über den unmittelbaren Erfolg erstaunt. Der Schmerz kehrte zwar wieder, ich konnte denselben aber stets vertreiben, bis er nach zwei Tagen sich nicht mehr zeigte.

Herr Reinhard: Ich möchte den Redner fragen, ob er bei seinen Untersuchungen der Nebenhöhlen die von Noltenius letzthin in der Oberkieferhöhle so oft gefundene seröse Ansammlung von Flüssigkeit beobachtet hat. Ich habe nie eine solche Erkrankung bei der Probepunction gesehen, obgleich ich häufig punctire.

Herr Moll: Auch ich bekam nie seröses Exsudat. Allein bei den acuten Entzündungen mache ich keine Probepunction.

Herr Burger: Mit vielem Interesse hörte ich, dass Herr Moll bei acuter Rhinitis die Nebenhöhlen oft afficirt fand und diese Nebenhöhleneiterungen heilen sah. Namentlich in Folge von Influenza sah ich in der letzten Zeit mehrere Fälle von acuten Nebenhöhleneiterungen, die spontan ausheilten. Ich möchte betonen, dass für solche acute Highmorseiterungen die Durchleuchtung von grosser diagnostischer Wichtigkeit ist. Ein Pat. kommt zu uns mit acuter Rhinitis und Schmerzen in der einen Gesichtshälfte. Bei der Durchleuchtung bleibt diese Seite dunkel, während die andere sich als transparent erweist. Ich lasse in solchen Fällen frequente Durchspülungen durch die Nase unter niedrigem Druck machen. Nach einigen Tagen schwinden die Eiterung und die Beschwerden und nun hellt sich das Durchleuchtungsbild auf der kranken Seite auf, bis das Bild ganz symmetrisch geworden ist. Dann darf man ja mit Sicherheit feststellen, dass eine einseitige Eiterung der Highmorshöhle bestanden hat.

Herr Moll: Ich gebe zu, dass die Heilung spontan zu Stande kommen kann. Allein ich habe die Fälle gesehen, wo dieselbe einige Wochen auf sich warten liess und erst mit der Aspirationsmethode auftrat. Der Druckschmerz verschwindet mitunter unmittelbar nach der Aspiration.

XI. P. Q. Brondgeest: Die Behandlung von Lupus und Tuberculosis laryngis in vorgeschrittenen Stadien.

Auf Grund von einigen mitgetheilten Fällen glaubt B., dass man gegen diese Zustände so kräftig wie möglich auftreten soll, und dass es angezeigt ist, nach der Laryngotomie alles Kranke thermocautisch zu vernichten. Man wird sich zu dieser Behandlung entschliessen müssen, wenn durch die endolaryngeale keine Heilung erreicht wird. Beim Lupus, wo der Kehildeckel so oft stark ergriffen ist, wird man diesen zuerst durch die Pharyngotomia subhyoidea in toto entfernen und, falls auch das Larynxinnere afficirt ist, einige Zeit später die

Laryngotomie machen. Schliesslich behandelt B. die Frage, inwiefern man, schon bei beginnender Tuberculosis laryngis, mittelst Laryngofissur alles kranke Gewebe wird zu entfernen versuchen.

Die Discussion wird auf die nächste Versammlung verschoben.

H. Burger.

Gesellschaft der ung. Ohren- und Kehlkopfarzte.

(XIV. Sitzung vom 21. November 1895.)

1) Herr Zwillinger: Kehlkopflähmung in Folge eines Processes an der Gehirnbasis.

Pat. wurde in der Sitzung der königl. Gesellschaft der Aerzte am 26. October als ein Fall von Meningitis basilaris syphilitica vorgestellt. Den Kehlkopfbefund habe er damals nur kurz skizzirt. Obzwar die interessirenden Symptome in Folge der Behandlung sich schon um Vieles gebessert hatten und nur mehr theilweise sichtbar sind, hält es der Votr. doch für angezeigt, den Pat. auch hier vorzustellen.

Pat. ist 35 Jahre alt, Amtsdienner. Im März 1895 ist eine rechtsseitige Facialisparalyse aufgetreten, welche trotz Jodkali und Electrification keine Besserung zeigte und theilweise auch noch heute besteht. Ausserdem hat Pat. schon damals auf dem rechten Ohr die Uhr nicht gehört. Lues negatur. 1880 sollen zwei „Warzen“ von seinem Gliede entfernt worden sein, welche sich im Verlaufe einer Blennorrhoea bildeten. 1884 sind Schmerzen im rechten Arme aufgetreten, gegen welche ein Gypsverband erfolglos angewendet wurde, erst nach 25 Quecksilber-Inunctionen hörten sie auf. Am 17. October l. J. klagte Pat. über allgemeines Unwohlsein und Kopfschmerzen, konnte ausserdem das rechte Auge nicht nach auswärts bewegen, sah doppelt, war heiser und die Speisen regurgitiren. Befund nach ausführlicher Untersuchung: Abducensparalyse, Rachen- und Kehlkopfparalyse, Trigemusanästhesie und Acusticusanästhesie auf der rechten Seite. Visus normal. Augenspiegelbefund, abgesehen von einer venösen Hyperaemie, normal. Die Diagnose wurde auf differentiellem Wege und mit Benutzung der Antecedentien, trotz Leugnen einer Infection, auf einen syphilitischen Process der Gehirnbasis gestellt und eine Inunctionskur eingeleitet. Schon nach der vierten Inunction war eine Rückbildung der neuentstandenen Gehirnnervenlähmungen wahrnehmbar und bis heute sind Abducenslähmung und rechtsseitige Gaumenbogenlähmung geheilt und Kehlkopflähmung bedeutend gebessert. Spiegelbefund bei der ersten Untersuchung: rechter Gaumenbogen gelähmt, Uvula schief. Auf dem Arcus palatoglossus nach rechts und links diffuse Röthe und kleine, stecknadelkopfgrosse Epithelverluste. Die rechte Kehlkopfhälfte bleibt bei der Phonation vollständig unbeweglich, nur an dem rechten Aryknorpel ist eine zuckungsartige kleine Bewegung sichtbar, das Stimmband ist excavirt und steht in vollständiger Abduction. Bei der Phonation bewegt sich aber die linke Seite, wie das in solchen Fällen oft sichtbar ist, über die Medianlinie nach rechts. Es kann also die vollständige

Lähmung sämtlicher durch den N. laryngeus d. innervirten Muskeln constatirt werden. Sensibilität intact. Nach der vierten Inunction macht die rechte Kehlköpfhälfte eine zwar sehr kleine Excursion gegen die Mittellinie, der Aryknorpel bewegt sich etwas freier. Nach der 6. und 7. Inunction ist die Bewegung grösser, aber noch etwas träge; der Glottisschluss ist aber nicht complet, da das rechte Stimmband noch immer concav ist. Jetzt fällt aber eine andere Erscheinung auf, dass die Glottis schief steht.

Dieser Befund hat, die Innervation des M. crico-thyreoideus betreffend, ein grosses Interesse. Es scheint, als wie wenn das gesunde Stimmband etwas höher stehen würde, als das gelähmte.

Gegenwärtig fällt bei der Phonation nur der Umstand auf, dass die Bewegung der rechten Seite nicht so prompt ist, als die der linken. Das rechte Stimmband ist noch immer nicht normal gespannt. Die Glottis steht noch immer ein wenig schief, und die Stimme ist ein wenig heiser. Motilität und Sensibilität des Gaumensegels sind schon normal. Pat. hat bis jetzt 26 Inunctionen gemacht.

Discussion:

Herr Némai: Ich theile die Ansicht des Herrn Zwillinger, dass das linke Stimmband gesund, und das rechte gelähmt ist; was aber die Niveaudifferenz betrifft, finde ich, dass das gesunde Stimmband etwas tiefer und das gelähmte höher liegt. Dieser Umstand ist auch dem Satze, den ich nach meinen diesbezüglichen Thierexperimenten aufgestellt habe, vollkommen entsprechend und man kann daraus auf die Lähmung des rechten M. cricothyreoideus folgern.

Herr Böke: Ich bin zwar von der Anamnese nicht ausführlich informirt, kann aber die Facialisparalyse in diesem Falle nicht aus centrale Ursprünge erklären, denn bei centralen Affectionen tritt die Facialisparalyse auf der der Acusticusparalyse entgegengesetzten Seite auf. Viel eher bin ich geneigt anzunehmen, dass ein localer Process im Ohre vorhanden ist, welcher die Acusticusparalyse verursachte, und halte eben deshalb die Facialisparalyse peripheren und nicht centralen Ursprungs.

Herr Krepuska: Wünschenswerth wäre es, den damaligen Zustand der Herzaction zu kennen, ob der Puls nicht retardirt oder arhythmisch war? Diese klinischen Symptome sind sehr wichtig, wenn wir Verdacht auf eine centrale Erkrankung haben. Auf mich macht der Fall den Eindruck, dass hier nach aller Wahrscheinlichkeit irgend eine Stoffvermehrung vorhanden ist, welche auf den Acusticus und Facialis, dort, wo sie gemeinsam verlaufen, einen Druck ausübt. Die Acusticusanästhesie ist aber nicht complet. Pat. litt im Beginne der Erkrankung an Gehörsensationen und ist auf dem rechten Ohre taub geworden. Er hört die Taschenuhr da auch jetzt noch nicht. Weber ist links +, Rinné rechts + und daneben ist der Paukenhöhlenbefund negativ. Bei solchen Symptomen muss mit Rücksicht auf die Facialisparalyse derselben Seite angenommen werden, dass die Krankheit an einer Stelle sitzt, wo der VII. und VIII. Nerv gemeinsam verläuft, also von der Austrittsstelle in der Medulla oblongata bis zu dem lateralen Ende des Gehörganges. Die Affection des N. vagus lässt aber auch die Annahme

zu, dass der Sitz der Erkrankung nicht im inneren Gehörgange, sondern an der Austrittsstelle der Nerven in der Medulla zu suchen ist.

Ich wollte dies Alles nur per Tangentem erwähnen, denn um Wesen und Localisation der Krankheit festzustellen, muss man den Kranken früher ausführlich untersuchen und den Krankheitsverlauf beobachten.

Herr Böke: In der otologischen Literatur sind auch Fälle von Gehirnsyphilis erwähnt, wo Exostosen und Tophi auf den VII. und VIII. Nerv in ihrem gemeinsamen Verlaufe im inneren Gehörgange Druck ausgeübt hatten.

Herr Szenes: In dem demonstrierten Falle könnte man vielleicht von den erwähnten Geschmacksalterationen insoweit auf die Localisation des Uebels folgern, dass dasselbe näher der Peripherie gelegen angenommen wird.

Es scheint nicht für sehr wahrscheinlich, dass der Sitz der Krankheit — Ursache der Paralyse — vielleicht in dem Kleinhirn wäre, wo etwa ein Tumor die Erkrankung des Acusticus und Facialis an einer und derselben Stelle verursacht hätte, da auf die in Angriff genommenen Inunctionen in der Facialissphäre eine wesentliche Besserung erfolgte, die acustische Anästhesie jedoch auch jetzt noch besteht. Aus dem negativen Trommelfellbilde könnte man aber auch noch auf einen sclerotischen Process denken, welcher nach und nach zur Taubheit führte.

Herr Zwillinger: Thatsache ist es, dass der M. cricothyreoideus dexter gelähmt ist, jene Behauptung des Herrn Némai aber, dass das gelähmte Stimmband höher steht, als das gesunde, kann ich nicht bestätigen. Ich kenne den Fall vom Anfange an und kann die Niveaudifferenz, welche seit der Kur abgenommen hat, besser beurtheilen, um so mehr, weil ich den Fall auch öfter gesehen habe. Die Differenz war übrigens immer gering. Was die Bemerkungen der Herren Otologen betrifft, habe ich die Taubheit nur deshalb für basilären Ursprungs gehalten, weil die übrigen Lähmungen auch dieses Ursprungs sind.

Herr Némai: Ich muss wiederholen, dass das gelähmte Stimmband höher steht. Dieser Umstand kann nicht bewiesen, sondern muss gesehen werden.

Herr Zwillinger: Ich ersuche die anwesenden Herren, den Patienten zu untersuchen und sich über diese Frage zu erklären.

Die Herren Irsai und Polyák finden, dass das gesunde Stimmband etwas höher liegt.

2) Herr Stipanits: Entfernung der unteren Nasenmuschel.

Vortr. bespricht auf Grund eines vorgestellten Falles die blutige Entfernung der unteren Muschel. Er benutzt zu diesem Zwecke zum meist den Meissel, zuweilen auch die Knochenzange oder Scheere. Die Operation wird folgender Weise ausgeführt: Nach Durchwaschung der Nase mit einer schwachen Sublimatlösung und Anästhesirung mit 10 pCt. Cocain wird die Muschel, je nach Bedürfniss, partiell oder total entfernt. Die Blutung, welche kaum beträchtlich ist, wird während der Operation mit einer Alumnollösung gestillt. Nach der Operation wird die Nase mit Jodoformgaze-Streifen ausgefüllt und dieser Tampon 2—3 Mal täglich gewechselt. Die Heilung erfolgt in 8—10 Tagen, selbst in Fällen, wo auch Knochenpartikel entfernt worden sind. Vortr.

führt die Operation als eine vorausgehende dann aus, wenn er an einer wegen der Muschel unerreichbaren Stelle arbeiten muss, besonders aber bei den hochgradigen Hypertrophien der unteren Muschel, wenn mildere Verfahren nicht zum Ziele führen und wo man rasch eingreifen muss. In Fällen, wo eine Operation nothwendig ist, ist Votr. ein entschiedener Feind der Galvanocaustik, weil er sich nicht erklären kann, dass in Fällen, wo die Cauterisation anwendbar ist, sein Verfahren nicht anwendbar wäre, und muss er eine Wunde machen, so macht er das viel lieber nach den chirurgischen Anforderungen mit einem scharfen Instrumente, als mit dem Cauter, welcher in der Nase nur durch Eiterung heilende Wunden verursacht. Andererseits ist es viel zweckmässiger, den Patienten in 8—10 Tagen zu heilen, selbst wenn der Eingriff energischer ist, als 2—3 Monate lang zu behandeln. Votr. schreibt seinem Verfahren folgende Vortheile zu: 1) die Entfernung ist eine radicale und ihr Grad steht in unserer Macht; 2) Pat. wird in einer Sitzung von seinem Leiden befreit; 3) der Hauptvortheil ist, dass die Heilung so schnell erfolgt, wie bei keinem anderen Verfahren.

Discussion:

Herr Polyák: Ich glaube, dass das Verfahren nur selten eine Anwendung finden wird; nur in Fällen, wenn bei Ausführung von eingreifenden Operationen an versteckt liegenden Stellen die Muschel im Wege steht. Selbst hier ist es zu befürchten, dass die Blutung das Gesichtsfeld verdeckt, und da diese Operation nicht in einem Zuge gemacht werden kann, so wird der Operateur die Situation nicht beherrschen können. Selbst in solchen Fällen wird eine gute kalte Schlinge bessere Dienste leisten. Bei der Behandlung der Hypertrophien kann dieses Verfahren die Galvanocaustik nicht ersetzen, um so weniger, da es sich ja nur darum handelt, dass der Patient genügend Luft durch die Nase haben soll, nicht aber zu viel, und bei dem Meissel ist zu fürchten, dass der Nasengang zu weit ausfallen kann, und die daraus folgenden Krankheiten sind für den Kranken doch nicht gleichgiltig. Einen grossen Nachtheil sehe ich auch darin, dass nach der Operation die Nase Tage lang tamponirt werden muss.

Herr Stipanits: Ich kann mit dem Meissel immer eine solche Dilatation des Nasenganges machen, wie ich es wünsche.

3) Herr Némai: Kehlkopfnarben nach hochgradigen tuberculösen Destructionen.

Der demonstrirte Fall ist ein Beweis dafür, welch' gutartigen Verlauf zuweilen die Kehlkopftuberculose nimmt. In den Lungen ist eine fortgeschrittene, seit mehreren Jahren bestehende Tuberculose nachweisbar, welche ebenfalls zum Stillstand gekommen ist. Pat. ist fieberfrei. Der Kehlkopfspiegel zeigt grosse Defecte an der Epiglottis und der rechten aryepiglottischen Falte, sowie des rechten Stimmbandes, welches nicht ulcerirt, sondern höckerig ist. Die destruirte Epiglottis und Plicæ zeigen einen solch' grossen Substanzverlust, dass man an der defecten Seite der übriggebliebenen Epiglottis Insufflationen machen, oder den Pinsel in den Kehlkopf einführen kann. Den Boden der Defecte bildet überall ein solides Narbengewebe. Indessen ist der rechte Arvknorpel infiltrirt und die Kehlkopftuberculose kann nicht für geheilt betrachtet werden.

Pat. phonirt mit dem höckerigen Stimmbande zwar rauh, aber ziemlich gut. Von Syphilis waren keine Zeichen da, Pat. leugnet auch eine Infection und sein Kehlkopfleiden wurde in der Provinz mit Jodoform-Insufflationen behandelt.

Discussion:

Herr Zwillinger: Die Prognose des Falles ist trotz der Vernarbung recht schlecht, denn nicht nur die Aryknorpel, sondern die ganze Umgebung ist infiltrirt. Interessant ist, dass auch ein Theil des Knorpels fehlt, was bei solchen tuberculösen Processen selten vorkommt. Was die Vernarbung betrifft, so kommen uns solche Wunder recht oft zu Gesicht: ich hatte einen Fall von starker tuberculöser Infection der Epiglottis, welche mit Jodoform und Morphin-Insufflationen behandelt wurde und sich in einem halben Jahre zurückgebildet hatte.

4) Herr Szenes: Caries mastoidea in Folge von Influenza. (Krankendemonstration.)

Der Fall betrifft einen 15 Jahre alten Gymnasialschüler, welcher am 5. September a. c. erkrankte, mit Kopfschmerzen, Mattigkeitsgefühl im ganzen Körper und 39—39,5 gradigem Fieber. Einen Tag später stellten sich reissende Schmerzen in der Tiefe des linken Ohres, am nächstfolgenden Tage solche auch im rechten Ohre ein, weshalb ich am 8. September zu dem Kranken gerufen wurde. Zu dieser Zeit bestand bereits beiderseits das klinische Bild einer Otitis media acuta, mit einer stark diffusen Hyperämie beider Paukenhöhlengengebilde, welche sich trotz der verordneten Installationen 15proc. Carboll-Glycerins nicht zurückbilden wollte und schon am nächsten Tage trat linkerseits, einen Tag später auch aus dem rechten Ohre, eine profuse Eiterung auf. Vor Auftritt der Otorrhoe delirirte Pat. einmal, jedoch nur kurze Zeit hindurch; mit Ausnahme der Trousseau'schen Linien aber, bestanden keine weiteren meningitischen Symptome. Vom 10. September an wurden beide Ohren, der überaus profusen Otorrhoe wegen, zweistündlich mit Lysollösung gespritzt: auf den Kopf ein Eisbeutel, auf beide Ohren Eisumschläge. Bis zum 12. September liess das Fieber allmählich nach, und von nun ab blieb Pat. fieberlos. — Trotz des Nachlassens des Fiebers traten die übrigen Symptome der Influenza, besonders aber die bronchitischen Erscheinungen, in den Vordergrund, und als ich Pat. am 18. September neuerdings sah, bezogen sich die Klagen ausser den erwähnten Erscheinungen, besonders auf die Herabsetzung des Gehörvermögens und auf die beiderseitige profuse Otorrhoe. An beiden Trommelfellen war im hinteren unteren Quadranten je eine breite Perforation zu sehen, die Warzenfortsätze waren jedoch vollkommen frei.

Nach einem vollen Monate (am 18. October) stellte sich Pat. neuerdings vor, nachdem die Eiterung aus dem rechten Ohre schon seit drei Wochen sistirte und auch das Gehörvermögen normal war. Die linke Warzengegend zeigte Schwellung und Röthe. In der Tiefe des linksseitigen äusseren Gehörganges war wenig dicker Eiter zu sehen, nach dessen Entfernung Defect im hinteren unteren Trommelfellquadranten sichtbar war, rechterseits hingegen war auf dem vollkommen normalen Trommelfell keine Spur eines vorhergegangenen Processes zu sehen. Auf die sofort in Angriff genommenen Eisumschläge auf das

linke Ohr ging die Schwellung vollkommen zurück, wovon ich mich am 25. October überzeugt hatte, doch bestand noch immer ein geringer Ausfluss aus diesem Ohre. Pat. liess jetzt die Umschläge weg. Am 8. November stellte er sich wieder vor, da die linke Warzenfortsatzgegend neuerdings angeschwollen war, und die abermals angewandten Umschläge keinen Rückgang der Schwellung erwirkten, wurde Pat. behufs Eröffnung des Warzenfortsatzes am 11. November in das Israelitenspital aufgenommen.

Bei der Aufnahme stand die linke Ohrmuschel ein wenig nach vorne; die Epidermis der geschwollenen Warzenfortsatzgegend war geröthet und in der Mitte derselben liess sich an einer hellerstückgrossen Fläche eine Fluctuation nachweisen; sowohl bei der Percussion, als auch durch die von Okuneff empfohlene Auscultationsmethode ergab es sich, dass der Warzenfortsatz nahezu in seinem ganzen Umfange erkrankt war. Das Gehörvermögen war rechterseits normal, links für die Uhr = 0, tiefe Stimmgabeltöne wurden hier nur per Knochenleitung, hohe auch per Luftleitung gehört, Weber +, Rinné links —.

Nach Durchtrennung der Weichtheile wurde das ein wenig verdickte Periost mit Hilfe des Elevatoriums etwas schwerer wie sonst abgelöst, und nur nach Abneisselung der ganzen Corticalis trat die ausgebreitete Caries zu Tage: im Antrum befand sich wenig dicker Eiter, hingegen um so mehr fungöse Granulationen. Nach vollständiger Ausräumung der erkrankten Gebilde wurde nun die ganze Wundhöhle mit Jodoformgaze austamponirt und Pat. verbrachte wohl nach der zwei Stunden lang dauernden Narcose die Nacht ein wenig unruhig (die Operation hat nämlich Abends von 6—8 Uhr gedauert), des Morgens fühlte er sich bereits wohl und stand auch schon vom Bette auf. Nach fünf Tagen (am 16. November) wurde der erste Verband gewechselt, das Ohr war vollkommen trocken und auch das Gehörvermögen war bereits so weit gebessert, dass die Uhr auf 5 Ctm. gehört wurde, und auch Rinné war für hohe Stimmgabeltöne + und nur für tiefe Töne —. Am 19. November wird der Verband wieder gewechselt, Pat. tritt aus dem Spitale aus und tritt nun in ambulatorische Behandlung.

Zur Zeit der Demonstration befindet sich Pat. 10 Tage nach der Operation, er fühlt sich recht wohl, seine Gesichtsfarbe wird von Tag zu Tag eine bessere und eine vollkommene Genesung ist somit nach einigen Wochen, mit Verheilung der Operationswunde, sicherlich zu erhoffen. Die colossale Destruction des Warzenfortsatzes beweist am besten, welche Zerstörungen die Influenza zu verursachen vermag.

Interessant ist in diesem Falle, dass sich die Influenza so zu sagen zuerst im Gehörgange etablirte, und wenn auch die Paukenhöhlen-erkrankung beiderseits in gleichem Maasse bestanden hatte, so bildete sich dieselbe bei gleichmässiger Behandlung beider Ohren dennoch nur rechterseits zur Norm zurück, linkerseits hingegen übergriff sie auf den Warzenfortsatz: trotz dieser später aufgetretenen neuerlichen Erkrankung hatte Pat. nur in den ersten Tagen seiner Erkrankung Fieber gehabt, später aber war er constant fieberfrei. Druckempfindlichkeit, ebenso auch spontane Schmerzen stellten sich wohl vor der Operation im linken

Warzenfortsätze zeitweise ein, seit der Operation ist jedoch die Wunde selbst für stärkeren Druck nicht mehr empfindlich.

Discussion:

Herr Krepuska: Nach meinen Erfahrungen führt die Otitis media suppurativa acuta, besonders, wenn sie aus Influenza hervorgeht, wenn im Verlaufe der Behandlung kein Fehler gemacht wird, nur in den allerseltensten Fällen zu Warzenbeinentzündungen. Es ist anzunehmen, dass in dem vorliegenden Falle die während der vier Wochen langen Behandlungspause entstandene Eiterretention den Anlass zu der Warzenbeinerkrankung gab, welche nur operativ geheilt werden konnte.

Herr Böke: In dem vorliegenden Falle ist der Ausgangspunkt des Leidens der Influenza zuzuschreiben, welche Otitis media verursachen und sich auch weiter verbreiten kann; wie weit, das lässt sich im Vorhinein nicht bestimmen. Sie beschränkt sich gewöhnlich nur auf die Paukenhöhle, sehr selten geht sie in das Antrum über. Ich schliesse mich der Ansicht an, dass wir mit richtiger Behandlung im Stande sind, bei der Influenza-Otitis auch ohne Operation Heilung zu erzielen, und wenn die Otitis media in das Antrum übergeht, dann hat entweder der Kranke eine Nachlässigkeit begangen, oder ist ein Kunstfehler gemacht worden.

Was diesen Fall und die Operation betrifft, so ist sie sehr schön gelungen.

II. Kritiken.

Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Von Dr. Otto Körner, a. o. Professor und Director der Poliklinik für Ohren- und Kehlkopfkranken in Rostock. Mit einem Vorwort von Ernst von Bergmann. Zweite grossentheils umgearbeitete Auflage. (Frankfurt a. M., Verlag von Johannes Alt, 1896.)

In verhältnissmässig kurzer Zeit ist der ersten Auflage dieses Buches die vorliegende zweite gefolgt. Die ausgezeichnete Aufnahme und schnelle Verbreitung verdankte es zum Theile einem wahren Bedürfnisse. Bis dahin war das über die otitischen Erkrankungen der intracraniellen Gebilde veröffentlichte Material sehr zerstreut und in Folge dessen ausserordentlich schwer zugänglich; nach dem Erscheinen dieses Werkes war es dem Leser nicht allein sehr leicht gemacht, sich mit der gesammten Literatur über diesen Gegenstand vertraut zu machen, sondern es wurde ihm das Material wissenschaftlich und praktisch gesichtet und kritisch beleuchtet. Schon die erste Auflage des Werkes musste demnach als eine hochschätzbare Bereicherung der Literatur über den Gegenstand aufgefasst werden und in noch weit höherem Maasse müssen wir dies von der zweiten Auflage bekennen.

Es ist keine leere Redensart, wenn Verf. von einer „grossentheils umgearbeiteten Auflage“ spricht, denn das Buch zeigt thatsächlich zahlreiche Erweiterungen und Umarbeitungen.

Die Abhandlung zerfällt in einen allgemeinen und speciellen Theil. Der erstere bespricht die Statistik, und zwar: 1) die Häufigkeit der Todesfälle in Folge von Ohreiterungen im Vergleiche mit der Zahl aller Todesfälle; 2) die Häufigkeit der Todesfälle in Folge von Ohrenkrankheiten im Verhältniss zur Zahl aller Ohrenkrankheiten; 3) die Häufigkeit der Todesfälle im Verhältniss zur Zahl der Ohreiterungen; 4) die relative Häufigkeit der verschiedenen otitischen Hirnkrankheiten unter einander; 5) die Häufigkeit der otitischen Hirnkrankheiten im Vergleiche zu den entsprechenden Erkrankungen nicht otitischen Ursprungs. Diesen Besprechungen diente ein grosses, theils eigenes, theils von anderen Autoren entlehntes Material zur Grundlage.

Nun folgt eine sachgemässe Schilderung der anatomischen Verhältnisse, welche den Uebergang von Eiterungen aus dem Schläfenbeine in die Schädelhöhle ermöglichen, eine kurze Beschreibung der primären Erkrankungen im Ohre und im Schläfenbeine, welche intracranielle Eiterungen hervorrufen können, und an diese reiht sich die Besprechung des Einflusses der Localisation der primären Erkrankungen im Schläfenbeine auf die Localisation der verschiedenen intracraniellen Complicationen. Bemerkungen über die Mechanik der Infection und die Prophylaxe der otitischen Hirnkrankheiten schliessen den allgemeinen Theil.

Im speciellen Theile finden wir kurzgedrängte, aber meisterhaft abgefasste Schilderungen der Pachymeningitis externa und des extraduralen Abscesses, der Pachymeningitis interna und des intrameningealen Abscesses, der otitischen Leptomeningitis purulenta, der Meningitis serosa in Folge von Eiterungen im Ohre und im Schläfenbeine, der Hyperämie der Meningen und des Hirnödems in Folge von Eiterungen im Ohre und im Schläfenbeine, der Hyperämie der Meningen und des Hirnödems in Folge von Eiterungen im Ohre und Schläfenbeine, der tuberculösen Meningitis und Hirntuberkel bei Tuberculose des Ohres und des Schläfenbeines, der phlebitischen Thrombose der Sinus durae matris und der Vena jugularis und der Operation der otitischen Sinusphlebitis mit einem Verzeichniss der in der Literatur enthaltenen operirten Fälle. Daran reiht Verfasser eine Beschreibung der Sinusthrombose in Folge von Marasmus und von Compression des Sinus neben Ohreiterung, der otitischen Pyämie ohne Sinusphlebitis (Pyämie durch Osteophlebitis im Schläfenbeine), der septischen Erkrankungen in Folge von Ohr- und Schläfenbeineiterungen und des Hirnabscesses. Zum Schlusse folgt eine kurze Besprechung der Hirnembolie in Folge von Thrombose der Carotis bei Mittelohreiterungen und Schläfenbeincaries. Bei jeder der genannten Krankheiten ist sowohl die pathologische Anatomie als auch die Symptomatologie in der klarsten Weise geschildert und die Behandlung, namentlich was die üblichen Operationen anlangt, mit einer Sachkenntniss beschrieben, die in jedem Worte den erfahrenen und gediegenen Meister verräth. Näher einzugehen ist schon deshalb nicht möglich, weil in dem vorliegenden Werke in der That nur Werthvolles enthalten ist und wir das Buch abschreiben müssten, um unsere Leser in hinreichender Weise damit vertraut zu machen. Wir sind überzeugt, dass es der grössten Verbreitung sicher ist und dass es in kurzer Zeit in den Händen eines

jeden Specialisten sein wird. Das Urtheil, welches Professor von Bergmann, der sich ja selbst durch seine klassische Abhandlung über denselben Gegenstand ein unvergängliches Monument gesetzt hat, in seinem dem Werke gewidmeten Vorwort abgab, dass nämlich der Verfasser sich durch seine mühevollen Arbeit ein grosses Verdienst erworben hat, ist ein vollkommen zutreffendes, das wir mit vollster Ueberzeugung unterschreiben.

Das Werk ist den verdienstvollen Lehrern des Autors, den Herren A. Kussmaul und A. Kuhn, in Dankbarkeit gewidmet und es können diese Herren auf ihren Schüler wahrhaft stolz sein.

Die Ausstattung des Buches ist eine glänzende. Gruber.

Ueber Hörübungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter. Von Dr. Victor Urbantschitsch, K. K. a. ö. Professor für Ohrenheilkunde an der Universität und Vorstand der Abtheilung für Ohrenkrankheiten an der allgem. Poliklinik in Wien. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1895.

Verfasser stellte sich die Aufgabe, alles das, was Andere vor ihm und er selbst über Hörübungen als Heilmethode bei Taubstummheit und Ertaubung im späteren Alter mittheilten, in einer Monographie der Oeffentlichkeit zu übergeben. Damit hat er jedenfalls einen schätzbaren Beitrag zur Literatur über Taubstummenerziehung geliefert und sich ein anerkanntes Verdienst erworben. Seine eigenen Anschauungen über die Methode und deren Erfolg decken sich in dieser Monographie mit dem, was Verfasser in seinen früheren Vorträgen ausführlich mittheilte. Er ist auch jetzt noch der Meinung, dass selbst Totaltaube durch solche Hörübungen wenigstens einen nützlichen Grad von Hörvermögen erlangen, worin wir ihm nicht beipflichten können. Was bei des Hörvermögens fähigen Kranken durch solche Uebungen zu erreichen ist, das haben gebildete Ohrenärzte und Taubstummenlehrer immer gekannt und danach gehandelt, und dass bei solchen, welche total taub sind, auch mit den Hörübungen entweder gar nichts, oder wenigstens nicht ein der grossen Mühe und Anstrengung auch nur im entferntesten entsprechender Erfolg zu erzielen ist, davon wird sich der Herr Verfasser sowohl, wie alle Jene, welche diese Methode bei solchen Kranken in Anwendung bringen, um so mehr überzeugen, je länger sie diese Behandlung üben werden. Wem die Methode bis jetzt unbekannt blieb, der wird die von der Verlagsbuchhandlung hübsch ausgestattete Broschüre mit Nutzen lesen. Gruber.

Der Ménière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres*). Von Dr. L. v. Frankl-Hochwart, Privatdocent für Neuro-pathologie a. d. Universität Wien. (Wien 1895. Alfred Hölder.)

Nach einer historischen Einleitung bespricht der Autor die Terminologie des Ménière'schen Sympmtomencomplexes, wobei er dafür plaidirt, denselben in seiner Gesamtheit als „Ménière'sche Symptome“ zu

*) Specielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von Hofr. Prof. Dr. Hermann Nothnagel, XI. Band, II. Theil, III. Abth.

bezeichnen, die man dann nach dem Verlaufe weiter eintheilen könne, je nachdem, ob die Erkrankung momentan bei bisher intactem Gehörorgane erfolgt — die apoplectische Form und diejenige traumatische Form, bei welcher sich die bekannte Trias dem Insulte unmittelbar anschliesst — oder ob sich die Erkrankung zu vorliegenden Ohrenkrankungen entweder acuter oder chronischer Natur gesellt. Hier setzt sie entweder gleichzeitig mit der Erkrankung des Ohres ein, oder der Schwindel entwickelt sich chronisch bei früher entstandener Affection; manchmal tritt die Trias ganz plötzlich zu schon vorhandenen Ohrenleiden hinzu. Diese Formen werden mithin je nach dem Sitze der Affection unterschieden.

Als Anhang hierzu kommen dann noch einige Krankheitsbilder transitorischer Natur mit der Trias Ohrensausen, Schwindel und Brechreiz bei intactem Ohre, welche als Pseudo-Ménière'sche Symptome bezeichnet werden.

Diese, sowie das Einsetzen der Ménière'schen Symptome und dessen ätiologische Bedingungen sind in 5 Capiteln unter Wiedergabe sämtlicher verwerthbaren Krankengeschichten aus der vorliegenden Literatur eingehend abgehandelt; die vortheilhafte Aneinanderreihung der mit grossem Fleisse gesammelten Krankengeschichten soll besonders hervorgehoben werden.

Die Symptomatologie der Vertigo auralis ist bis in's Detail erschöpfend wiedergegeben; das Capitel über die Pathologie der Ménière'schen Symptome ist meisterhaft und verdient alles Lob; den von den klinischen und physiologischen Forschungsergebnissen abgeleiteten Schlüssen des Autor's wird wohl jeder Fachmann zustimmen. Die Capitel über Diagnose, Prognose und Therapie der Ménière'schen Symptome reihen sich würdig an das vorhergegangene und zeugen von der selten grossen Erfahrung des Autor's auf diesem Gebiete. Schöner und lichtvoller ist dieses Thema bisher nicht bearbeitet worden, so dass sich der Herr Autor mit dieser Arbeit ein wahres Verdienst um unser Specialfach erworben hat.

Im gleichen Geiste sind auch „die Erkrankungen des inneren Ohres“ geschrieben. Diese Arbeit trägt trotz ihrer Kürze den Stempel der Originalität und bietet auch dem Fachmann manches Neues; besonders hervorzuheben ist in dieser Richtung das Capitel über die Hörstörungen bei Neurosen.

Gomperz.

III. Referate.

a) Rhinologische:

Congenitaler Verschluss des rechten Nasenlochs durch eine knöcherne Lamelle. (Occlusion congénitale de la narine droite par une lame osseuse.) Von Dr. E. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Operation, vollständige Heilung.

Dr. P. K.

Vollständiger Verschluss beider Nasenlöcher durch eine nahe der vorderen Oeffnung gelegene Membran. (Occlusion complète des deux narines par une membrane placée près l'orifice externe.) Von Dr. E. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary Reports u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Membran in Folge spezifischer Geschwüre entstanden. Heilung durch den Galvanocauter. Dr. P. K.

Vorhandensein des Tuberkelbacillus in der Nase des gesunden Menschen. (Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain.) Von Dr. Straus. (Archives de médecine expériment. et d'anatomie pathologique u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

In einer Reihe von Experimenten, welche von der grössten Wichtigkeit in betreff der Nasenleiden und der Tuberculose sind, hat Verf. den virulenten Tuberkelbacillus in der Nase gesunder Individuen, welche sich in von Tuberculösen bewohnten Räumen aufhielten, nachgewiesen. In der Nase von Studenten, Krankenwärtern, sonstiger Kranken ohne Tuberculose hat Verf. den Tuberkelbacillus nachgewiesen, welcher, in das Bauchfell von Meerschweinchen eingeimpft, Tuberculose hervorbringen konnte. Cornet hatte die Tuberkelbacillen in dem Luftstaub der von Tuberculösen bewohnten Krankenzimmer nachgewiesen. Verf. weist nun dieselben in der Nase nach. Dies ist also die erste Etappe der Contagion durch die ersten Luftwege.

Dr. P. K.

Ueber Electrolyse der Tumoren der Nasenscheidenwand und der Hyperplasien der Nasenschleimhaut. (De l'électrolyse des tumeurs de la cloison du nez et des hyperplasies de la pituitaire.) Von Dr. Paul Helot. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Die Principien der Electrologie sind einfach folgende: 1) Lässt man einen Strom durch lebendes thierisches Gewebe durchgehen, so bildet sich derselbe Process wie beim Durchgang eines electricischen Stromes durch eine salinische Lösung: die Säure geht an den positiven und die Basis an den negativen Pol. Die Modification in dem betreffenden Gewebe ist also dieselbe, wie wenn am positiven Pol eine Säure und am negativen Pol ein Alkali auf das Gewebe einwirken würden. 2) Die Wirkung ist für dasselbe Gewebe, in directem Verhältniss mit der Zeitdauer und der Stärke des Stromes. 3) Die Wirkung ist aber im umgekehrten Verhältniss zu der Ausdehnung der Electroden an der Applicationsstelle. 4) Jede Electricitätsquelle kann zur Electrolyse angewandt werden, wenn selbe stark genug ist und wenn sie mit bestimmten Apparaten in Verbindung steht.

Verf. giebt sehr gute practische Rathschläge für den Gebrauch der Electrolyse, welche am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. Von Dr. G. Killian in Freiburg i. Br. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 17, 1895.)

Während K. im ersten Theile seiner topographisch-anatomischen bzw. anthropologischen Studie im Arch. f. Laryngol. etc. Bd. II, p. 234 (Ref. in dieser Monatsschr. 1895, p. 253) die Schleimhautfalten der Nasenscheidewand zum Gegenstande seiner Untersuchungen macht, wendet er sich im zweiten Theile der ursprünglichen Morphologie der Siebbeingegend zu, um in gedrängter Kürze erst die oberflächlich sichtbaren Bildungen der lateralen Siebbeingegend, dann die in der Tiefe der Hauptfurchen verborgenen Bildungen zu besprechen. Auch hier muss auf das Original verwiesen werden, da in dem engen Rahmen eines Referates und ohne Abbildungen ein Verständniss der an hochinteressanten Einzelheiten reichen Arbeit nicht herbeigeführt zu werden vermag.

Beschorner.

Tod durch Convulsionen sechs Stunden nach dem Auskratzen adenoider Vegetationen des Nasenrachenraums nach dem Gebrauch des Cocain. (Mort par convulsions six heures après le raclage de végétations adénoïdes du nasopharynx après application de cocaine.) Von Dr. A. Sandfort. (Société britannique de laryngol. et rhinol., Juillet 1894 und Revue de laryngol. No. 21, 1894.)

Die Operation wurde um zehn Uhr ausgeführt, um halb vier Uhr traten Krämpfe ein, welche sich noch einmal nach einer Viertelstunde wiederholten und den Tod durch Erstickung herbeiführten. Verf. erklärt den ersten Anfall als Reflexerscheinung, nach welchem eine Blutung der Schädelbasis eingetreten sei, welche den zweiten tödtlichen Anfall veranlasste. Das Cocain steigert jedenfalls die nervöse Reizbarkeit und soll man mit seinem Gebrauche vorsichtiger sein. Es ist dies nicht der erste tödtliche Ausgang einer solchen Operation, die anderen sind nicht veröffentlicht worden.

Dr. P. K.

Zur Casuistik der Rhinolithen. Von W. J. Lunin. (Medicinskose Obo-srenje No. 19, 1895.)

Verf. beschreibt zwei von ihm beobachtete Fälle. In dem einen hatte sich um einen Hornknopf, der etwa 15 Jahre in der Nase des Pat. zugebracht hatte, ein Concrement von 3 Ctm. Länge, 6,6 Gramm Gewicht gebildet.

Gorodecki.

Ein Rhinolith. (Un cas de rhinolithé.) Von Dr. Noquet. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1894 und Revue de laryngol. et d'otologie No. 15, 1894.)

Der Fall ist insofern interessant, als fast kein Ausfluss, kein blutiger Ausfluss, kein Lufthinderniss, keine Schmerzen bestanden. So erklärt es sich, dass Patientin nur über „übelriechenden Athem“ klagte, welcher besonders die Umgebung sehr belästigte und ferner, dass der Stein während dreissig Jahren nicht entdeckt wurde. Man soll also immer bei übelriechendem Athem die Nase untersuchen.

Dr. P. K.

Untersuchungen über die Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung. Von A. Waldow in Rostock. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 233, 1895.)

Ist die Nasenathmung während der Wachstumsperiode längere Zeit durch adenoide Vegetationen verlegt, so bildet sich allmählig ein abnormer Hochstand des Gaumens aus; letzterer erscheint auf dem Querschnitte anstatt flach gewölbt jetzt tiefer, rundlich ausgehöhlt. Dauert die Behinderung der Nasenathmung während des Wechsels der oberen Schneidezähne fort, so kommt es zu einer winkligen Einknickung zwischen den medialen Schneidezähnen, die allmählig immer hochgradiger wird, so dass daraus der V-förmige Kiefer resultirt. Der Hauptgrund hierfür ist, dass während bei geschlossenem Munde die Wangen nur einen minimalen Druck auf die Kieferränder ausüben, dem der Zungengrund das Gleichgewicht hält, bei geöffnetem Munde die Wangentheile gespannter und straffer werden, so dass bei lange bestehender Mundathmung ein zwar nur geringer, aber doch beständiger Druck auf die Kiefer ausgeübt wird. Da der Unterkiefer ein beträchtlich festerer Knochen ist als der von grossen Lufträumen durchsetzte und durch eine Nahtlinie getheilte Oberkiefer, so bleibt der erstere von der Formveränderung frei. Alle anderen vorkommenden Arten von Nasenverschluss, welche im Kindesalter bereits vor, sowie auch während des Zahnwechsels vorhanden sind, bringen im Wesentlichen dieselben Deformitäten hervor, wie die durch adenoide Vegetationen vor dem Zahnwechsel gezeitigten, niemals aber die V-Form. Warum die letzte hier ausbleibt, ist vorläufig noch eine offene Frage.

Eine Anzahl photographischer Abbildungen und Profilzeichnungen bringen die verschiedenen Formen der missgestalteten Oberkiefer zu klarer Anschauung. Beschoner.

Entzündung der obersten Luftwege durch Einathmen von Insectenpulver. (Inflammation des voies respiratoires supérieures par des inhalations de poudre insecticide.) Von Dr. Spralling. (Med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Es wurde Pyrethra Staub eingeathmet, welcher in sehr grosser Menge in dem Zimmer verbreitet worden war; die drei Mitglieder der betreffenden Familie bekamen Rhinopharyngitis, Heiserkeit, Ohren-catarrrh mit den Anfällen von Asthma, wie selbe bei Heuasthma vorkommen. Dr. P. K.

Gesichtsveränderung und Verstopfung der obersten Luftwege; ihre Ursachen und Mechanismus. (Déformations de la face et obstruction des voies respiratoires supérieures; causes et mécanisme.) Von Dr. H. Lavrand. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1894.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) bei dem adenoiden Gesichtsausdruck sind die Deformationen mehr auffallend, als in Wirklichkeit vorhanden; 2) die Gesichtsknochen und die Sinus sind nicht auffallend verändert. Wenn die Backenknochen verflacht erscheinen, so rührt dieses von dem Offenhalten des Mundes her; 3) die Nase, welche

horizontal abgeflacht ist, die obere Zahnreihe und der harte Gaumen sind allein verändert; 4) die eigentliche Nase ist nicht verändert; 5) die Nasenverstopfung im Allgemeinen und die adenoiden Vegetationen im Besonderen sind die Ursachen dieser Veränderungen. Daher kommt das Offenstehen des Mundes und das Senken des Unterkiefers; dabei sind die Muskeln der Oberlippe und der Wangen gezogen und gespannt, sie üben einen permanenten Druck auf die darunter liegenden Knochen (äussere Nase, obere Zahnreihe und harten Gaumen) aus; 6) die Veränderungen sind desto ausgeprägter, je früher das Respirationshinderniss eingetreten ist; 7) man muss das Respirationshinderniss heben; da dieses nicht immer genügt, so muss man um jeden Preis durch Verschliessen des Mundes den Druck der Muskeln der Oberlippe und der Wangen auf die darunter liegenden Knochen aufheben.

Dr. P. K.

Die exacte Messung der Luftdurchgängigkeit der Nase. Von Dr. R. Kayser in Breslau. (Arch. f. Laryngologie etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 101, 1895.)

Um die Luftdurchgängigkeit der Nase, also die Summe der Widerstände, die der Luftstrom in der Nase zu überwinden hat, in absoluter Weise zu bestimmen, construirte K. einen Apparat, mittelst dessen er Versuche anstellte, die zwar bei Weitem noch kein abschliessendes Urtheil gestatten, immerhin aber zur Aufklärung mannigfacher Erscheinungen auf dem Gebiete der Nasenathmung eine Handhabe bieten.

Beschorner.

Glycosurie nasalen Ursprungs; Heilung durch Wiederherstellen des Nasenathmens. (Glycosurie d'origine nasale; guérison par le rétablissement de la respiration nasale.) Von Dr. Bayer. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 19, 1894.)

Ein 45-jähriger Mann hat alle allgemeinen Symptome des Diabetes mellitus nebst einer Rhinitis hypertrophica und Pharyngitis sicca. Gänzliche Heilung des Diabetes nach erfolgreicher Nasalbehandlung. Der ursächliche Zusammenhang ist schwer zu erklären.

Dr. P. K.

Anomalien der Choanen und des Nasenrachenraumes. Von Dr. Hopmann in Köln. (Arch. f. Lar. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 48, 1895.)

Mit Hilfe einer grossen Zahl von Abgüssen der Choanen und des Nasenrachenraumes, und an der Hand einschlägiger Beobachtungen liefert H. eine Beschreibung der bemerkenswerthesten Formveränderungen in dieser Gegend, welche in Gemeinschaft mit den, sich jener anschliessenden Darlegungen, der Thatsache Anerkennung und Geltung verschafft, dass Engen und anderweitige Unregelmässigkeiten der Choanen und des oberen Rachenraumes nicht nur auf syphilitischer bezw. geschwüriger Basis, sondern häufig genug auch durch fehlerhafte Anlage entstehen, in Folge von angeborenen oder früh erworbenen Wachstumsstörungen.

Beschorner.

Extraction eines $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser messenden Knopfes aus den hinteren Choanen. (Cas d'extraction d'un bouton de trois quarts de pouce de diamètre des narines postérieures.) Von Dr. Sandfort. (Société britannique de laryngologie et rhinologie, Juillet 1894 und Revue de laryngologie No. 21, 1894.)

Der Knopf befand sich ungefähr acht Jahre in der Nase; es bestand einseitiger fötider Ausfluss, Nasenverstopfung und asthmatische Anfälle. Patient wusste nicht, wie der Fremdkörper in die Nase gekommen war.

Dr. P. K.

Entfernen eines Sequesters und eines Zahnes aus dem Nasenboden. (Ablation d'un séquestre et d'un dent du plancher du nez.) Von Dr. H. Knapp. (Archives of otology, April 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 1, 1895.)

Ein 7jähriger Knabe hat das linke Nasenloch von Eiter, Schleim und Knochenstücken ausgefüllt. Nach mehrtägiger Borsäureausspülung wurden die Massen entfernt und es fand sich ein mit seiner Krone nach oben sehender Schneidezahn darin.

Dr. P. K.

Ueber die normalen und pathologischen Functionen der Nasenhöhlen beim Phoniren. (Sur le rôle normal et pathologique des fosses nasales dans la phonation.) Von Dr. Paul Raugé. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1894.)

Verf. giebt eine ausführliche Arbeit über obengenanntes Thema, eine Arbeit, deren Quintessenz wiederzugeben unmöglich ist. Das Original muss nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Chronische hämorrhagische Entzündung der Highmorshöhle. (Aus dem Moskauer Marienhospital.) Von W. Serenin. (Medicinskoje Obosrenje No. 17, 1895.)

Eine 60jährige Frau litt seit zwei Jahren an Schwellung in der Gegend des linken Oberkiefers, seit $\frac{1}{2}$ Jahre auch an Schmerzen und blutigem Ausfluss aus der Alveole des linken obern Molaris I. Der Alveolarfortsatz war geschwellt, bei Sondirung des Fistelganges von der Alveole aus fand sich kein entblösster Knochen. Die Diagnose schwankte zwischen Entzündung und maligner Neubildung. Es wurde in Narcose die Vorderfläche des Oberkiefers entblösst, ein Theil der vordern und untern Wandung resecirt, die verdickte Schleimhaut ausgekratzt, der Defect durch Naht geschlossen. Reactionslose Heilung. Die microscopische Untersuchung der entfernten Schleimhaut constatirte chronische hämorrhagische Entzündung.

Gorodecki.

Ueber tuberculöse Vegetationen des Nasenrachenraumes. (Des végétations adénoïdes du pharynx nasal.) Von Dr. Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 10, 1894.)

Den Meyer'schen Principien widersprechend nimmt man jetzt an, dass gewisse adenoide Vegetationen nach vollständiger Operation recidiviren, während andere selbst nach unvollständiger Exstirpation

atrophiren und verschwinden. Ferner bringen oft kleine Vegetationen schwere Symptome, während sehr entwickelte Vegetationen fast keine Symptome hervorrufen; die Operation giebt ferner nicht in allen Fällen befriedigende Resultate, in manchen Fällen schadet sie offenbar. Es giebt eine Form tuberculöser Vegetationen des Nasenrachens, welche zwar anatomisch leicht zu erkennen, für welche aber kein klinisches sicheres Symptom besteht; man kann ihre Natur nur bei sonst cachectischen, von tuberculösen Eltern abstammenden Kindern vermuthen. Wie alle localen Tuberculosen sind sie auch zu entfernen.

Dr. P. K.

Studie über die Aetiologie und die Pathogenese des käsigen Schnupfens. (Etude sur l'étiologie et la pathogénie du coryza caséeux.) Von Dr. R. Beausoleil. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 24, 1894 und No. 2, 1895.)

Die Rhinitis caseosa, wie selbe von den verschiedenen Autoren beschrieben wird, ist nicht als eigenartige Krankheit anzusehen, sondern als ein unter gegebenen Verhältnissen entstehendes Symptom verschiedener Krankheiten zu betrachten. (Ref. ist längst derselben Ansicht.) Die Facta, dass eine Rhinitis caseosa in einigen Stunden Zeit zu heilen ist, dass in dieser kurzen Zeit alle genannten unangenehmen Symptome verschwinden und dass nachher nie eine Veränderung der Mucosa entdeckt wird, sprechen dafür. Was sicher ist, die Symptome der Rhinitis caseosa bestehen, wenn gehinderter Luftdurchgang durch die Nase besteht; sie kommen also bei Fremdkörpern sowohl wie bei Hypertrophie der Mucosa vor; die Producte des Catarrhs können nicht durch den Luftstrom entfernt werden und bilden so den Kern zu jenen käsigen Pfröpfen, welche nicht nur alle Gärungsmicroben, sondern auch jene fadenförmigen eigenthümlichen Gebilde, welche einen grossen Antheil an jenen käsigen Bildungen nehmen, enthalten.

Dr. P. K.

Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachens, nebst einem Todesfall. (Hémorrhagies à la suite d'ablation des végétations adénoïdes du nasopharynx, avec relation d'un cas à issue fatale.) Von Dr. J. E. Newcomb. (Amer. Journal of Medic Sciences und Revue de laryngol. et d'otologie No. 21, 1894.)

Vier Stunden nach der Operation begann eine leichte Blutung, welche sträflicher Weise von den Verwandten als nichtsbedeutend angesehen wurde und nach 24 Stunden den Tod durch Anämie herbeiführte.

Dr. P. K.

Zur Therapie der Nebenhöhlenerkrankungen. Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 388, 1895.)

Nach seinen Erfahrungen verwirft W. principiell alle intranasalen Manipulationen bei Eempyemen sowohl des Antrum Highmori als auch des Sinus frontalis, sofern dieselben zu therapeutischen Zwecken dienen und nicht gleichzeitig eine Gegenöffnung an der äusseren Wand des

betreffenden Sinus angelegt ist. Als Empyem bezeichnet er nur solche Erkrankungen der Nebenhöhlen, bei denen eine fötide eitrige Flüssigkeit abgesondert wird. Bietet die Art der Flüssigkeit noch keinen Anhalt dafür, dass Zersetzung in der Nebenhöhle stattfindet und fehlen dringende Indicationen zur Operation, so behandelt W. zunächst mit milden Mitteln ohne Caustica und erreicht damit, dass die Patienten von ihren Nebenhöhlenerkrankungen nicht zu arg belästigt werden. Bessert sich der Zustand gar nicht, so muss dann, auch bei catarrhischen Affectionen, der betreffende Sinus operirt werden, und zwar mit breiter Eröffnung, eventuell mit Anlegung einer Gegenöffnung. Bei Siebbeinerkrankungen kam W. zumeist mit intranasalem Eingriffe aus.

Beschorner.

Fremdkörper 27 Jahre lang in der Nase. (*Corps étranger ayant séjourné vingt-sept ans dans le nez.*) Von Dr. Alfred Waring. (*Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 1, 1894.)

Eine 31jährige Frau hat Obstruction und fötiden Ausfluss aus dem linken Nasenloch. Patientin glaubte, es sei nur eine Folge von Influenza. Tuberculose und Syphilis ausgeschlossen. Es gelang, mittelst einer Pincette einen von Kalkconcrementen umgebenen Kirschkern heraus zu befördern. Patientin erinnerte sich nun, als Kind von vier Jahren drei oder vier Kirschkerne in die Nase gesteckt zu haben, wovon nur zwei wieder entfernt worden waren. Heilung.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Rhinoscopia posterior. (*Sur un cas de Rhinoscopia postérieure.*) Von Dr. P. Rangé. (*Arch. internat. de Laryngologie etc.* Bd. VIII, No. 4, pag. 228, 1895.)

Aussergewöhnlich günstige räumliche Verhältnisse der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes bei einem Ozaena - Kranken, grosse Unempfindlichkeit der Rachengebilde, träges Gaumensegel, sehr geeignete Zunge etc. gestatteten mit Leichtigkeit die Spiegeluntersuchung, insbesondere den Anblick des Hiatus maxillaris.

Beschorner.

b) Pharyngo-laryngologische:

Ueber eine neue Art von chronischem Halsabscess. (*Sur une nouvelle variété de phlegmon chronique du cou.*) Von Dr. Reclus. (*Médecine moderne* No. 74, 1893 und *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 11, 1894.)

Ein bis jetzt nicht beschriebener chronischer Halsabscess kommt bei abgeschwächten Kranken vor. Von den vier Hauptzeichen der Abscesse bestehen blos zwei: Röthung und Schwellung. Die Röthung ist bordeauxroth, die Haut ist gespannt und nicht in Falten zu legen: der sehr ausgedehnte Tumor liegt seitlich am Halse oder bedeckt die Trachea in der Mitte; Fieber und Schmerz bestehen nicht. Der Ver-

lauf ist sehr langsam; vier bis sechs Wochen verlaufen, ehe Fluctuation und Oedem eintreten; die Heilung verläuft ebenso langsam; Anfangs denkt man an Krebs und diagnosticirt erst später den Abscess. Man kann diese Abscesse mit dem sehr harten Anthrax vergleichen. Die bacteriologische Untersuchung ergibt einen Diplococcus, wie man ihn noch nicht bei den im Eiter befindlichen Microben gefunden. Incision mittelst Galvanocauter oder Thermocauter, Drainage, Auswaschen; Prognose ungünstig wegen des schlechten Allgemeinzustandes der Patienten und wegen Compression der obersten Luftwege.

Dr. P. K.

Zur chirurgischen Anatomie der Retropharyngealabscesse. Anatomisch-experimentelle Untersuchung des retrovisceralen (Henke) Raumes des Halses und seiner Fortsetzung in der Brusthöhle. Von S. Rosenthal. Aus dem Cabinet der operativen Chirurgie von Prof. V. V. Maksimoff an der Warschauer Universität. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 4, 1895.)

In einer ausführlichen und höchst lesenswerthen Arbeit legt Verf. die Resultate seiner Untersuchungen nieder, in denen er die bekannten Injectionsversuche von Henke, König, Soltmann u. A. wiederholte, behufs genaueren Studiums der anatomischen Verhältnisse des Zellgewebes am Halse und in der Brusthöhle. Bekanntlich sind dieselben zum Verständniss der Eiterungen, speciell der Retropharyngealabscesse von hervorragender Bedeutung. Verf. experimentirte an 30 Leichen, darunter 24 Kindesleichen. Zur Injection verwendete er ausser den bereits gebräuchlichen Injectionsmassen von Rüdinger, Teichmann etc. auch Wachs. Die Technik der Injection ist am besten im Original nachzulesen. Verf. gelangt zu folgenden, von den Resultaten seiner Vorgänger theilweise abweichenden Sätzen:

- 1) Der retroviscerale Raum des Halses repräsentirt sich in Form einer Spalte mit festen anatomischen Grenzen;
- 2) von der Basis cranii reicht derselbe durch den ganzen Hals und geht in's hintere Mediastinum über;
- 3) bei den Injectionsversuchen wird der Raum zu einem Sacke ausgedehnt, dessen Wände aus Zellgewebe bestehen;
- 4) dringt die Injectionsmasse bis in die Brusthöhle, so erhält der Abguss Bisquitform; die engste Stelle liegt an der Grenze zwischen Hals und Brust;
- 5) ohne Zerreißung des Zellgewebes verläßt die Injectionsmasse nicht die Grenzen des retrovisceralen Raumes;
- 6) dabei werden die Organe des Halses auseinandergedrängt;
- 7) der M. sterno-cleido-mast. und die anderen Muskeln kommen nicht in directe Berührung mit der Injectionsmasse;
- 8) die Art. thyreoidea inf. dient nicht zur Ueberleitung der Masse aus dem retrovisceralen in den prävisceralen Raum;
- 9) der retroviscerale Raum umscheidet nirgends die Speiseröhre von allen Seiten;
- 10) die Masse dringt nicht aus dem retrovisceralen Raum in die Gefäßscheide;

11) im hintern **Mediastinum** liegt die **Masse** zwischen **Speiseröhre** und **Wirbelsäule**, weiter unten zwischen **Speiseröhre** und **Aorta descendens**;

12) die untere Grenze der **Masse** liegt am **IX.—X. Brustwirbel**;

13) die **Masse** dringt nirgends aus dem **retrovisceralen** Raum in den **prävisceralen**, auch nicht aus einem **Mediastinum** in's andere, so dass **retrovisceraler** Raum und hinteres **Mediastinum** einen **zusammenhängenden** und von den **Nachbarräumen** fest **abgegrenzten** Raum darstellen.

Gorodecki.

Zur Aetiologie der Pharynxstricturen. Von Dr. A. Baurowicz in Krakau. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 3, p. 354, 1895.)

Nach B.'s Beobachtungen an dem Materiale der laryngologischen Abtheilung von Prof. Pieniazek in Krakau gebührt dem Sclerom als Ursache der Rachenverengung in Bezug auf Häufigkeit die erste Stelle, dann erst folgt die acquirirte, ferner die hereditäre Lues, endlich Lupus. Verengerungen in Folge von Diphtherie oder von Verletzung beim Aetzen sah B. weder in Krakau noch in der Stoerk'schen Klinik. Sitz der Verengung bei Sclerom ist vornehmlich die Gegend der Choanen, ferner diejenige des Ueberganges vom Nasenrachenraum zum Mundrachenraum. Was die Behandlung anlangt, so wurden bei den Erstgenannten mit Galvanocaustik und Zange vortreffliche Erfolge erzielt; bei den Letzteren gestaltet sie sich schwieriger, doch gelingt es zumeist auch hier, insbesondere mittelst Galvanocaustik, die Nasenathmung wieder herzustellen.

Beschorner.

Zwei Fälle von Heilung der Pharyngomycosis leptothricia mittelst wasserfreier Chromsäure. (Deux nouveaux cas de guérison de la pharyngomycose leptothricique par l'acide chromique anhydre.) Von Dr. Wagner. (Société française de laryngol. et d'otol. 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 16, 1894.)

Zwei Fälle von Heilung, wie sie bei anderen Behandlungsweisen nie so schnell und manchmal gar nicht von Statten geht. Es werden jedes Mal nur einige Stellen, und zwar die am meisten hervorragenden, mit wasserfreier Chromsäure betupft; letztere wird an den Knopf einer Sonde angeschmolzen; man legt einige Crystalle Chromsäure auf den Knopf einer umgebogenen Sonde und hält selbe über eine Spiritusflamme; die Crystalle schmelzen und bilden eine kleine schwarze Kugel, welche durch Erkalten roth wird; wird sie schwarz, so hat sich durch Zersetzung Chromoxyd gebildet, welch' letzteres ganz unwirksam ist. Man braucht die hervorragenden Leptothrixstellen bloß wöchentlich ein Mal leise zu betupfen.

Dr. P. K.

Ueber die Parästhesia pharyngolaryngea und nasalis bei Neurasthenikern. (De la parästhésie pharyngolaryngienne et nasale chez les neurasthéniques.) Von Dr. B. Botey. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 18, 1894.)

Man begegnet bei Neurasthenikern den verschiedenartigsten Gefühlen im Pharynx, Larynx, Nase und Brustkasten; diese Gefühle sind

nicht fortwährend, sondern intermittierend, bessern sich nach dem Essen; sie rühren nicht von einigen etwa bestehenden Granulationen her; ebensowenig von Pharyngitis lateralis, Tonsillitis hypertrophica und lacunaris; noch sind sie als Reflexe von Nasenleiden anzusehen; die Varices der Zungenbasis und die Erkrankungen der Zungenmandel sind auch nicht Schuld daran. Bei einem Drittel solcher Kranken findet man rheumatische Anlage, und dann helfen Jodkalium, Natron salicyl., Douchen sehr oft. Die zwei anderen Drittel bestehen aus anämischen, hysterischen Neuropathen, Hypochondern, tuberculösen Candidaten und Neurasthenikern und haben diese Parästhesien, welche nicht schmerzhafter Natur sind. Verf. kommt zu folgenden Endschlüssen: 1) die Neurastheniker und die nervösen Patienten beklagen sich manchmal über ein Druckgefühl, über eine Verstopfung der Nase, welche sich anatomisch nicht erklären lassen; 2) die Pharynxparästhesie zeigt sich immer in der Höhe des Os hyoideum oder des unteren Endes des Arcus palatopharyngeus; 3) die Parästhesie des Larynx und der Trachea werden an die Cartilago cricoidea oder an die beiden oberen Trachealringe verlegt; 4) bei der Parästhesia pharyngea und laryngea der Neurastheniker findet man manchmal Hypertrophie der Mandeln, Pharynxgranulationen, Varices der Zungenbasis u. s. w.; die Parästhesie besteht in diesen Fällen fort, trotzdem die genannten Krankheiten behandelt werden.

Dr. P. K.

Osteoplastische Resection beider Oberkieferhälften nach Kocher.
(Aus der chirurgischen Hospitalklinik von Prof. F. K. Bornhaupt in Kiew.) Von A. Falkenberg. (Wratsch No. 33, 1895.)

Die Operation wurde an einem 29jährigen Kranken wegen Recidiv eines retronasalen Polypen ausgeführt. Bornhaupt wich in folgenden Punkten von der Kocher'schen Vorschrift ab: 1) Nach Spaltung der Lippe wurde die Uebergangsfalte nur longitudinal gespalten; 2) der weiche Gaumen wurde nicht gespalten; 3) die Oberkieferhälften wurden nicht durch Knochennaht, sondern mittelst um die Schneidezähne herumgelegten Drahtes fixirt; 4) bei der Nachbehandlung wurde kein Gazetampon dem Kranken zwischen die Zähne gegeben. Es erfolgte Heilung per primam. Es ist dies der zweite überhaupt veröffentlichte Fall. Der glückliche Ausgang spricht zu Gunsten der scheinbar sehr eingreifenden Operation.

Gorodecki.

Der rothe Schleimhautrand um die Zähne als diagnostisches und prognostisches Zeichen bei Lungentuberculose. (Du lisière jingival rouge comme élément de diagnostic et de pronostic dans la tuberculose pulmonaire.) Von Dr. A. Andreessen. (Semaine médicale No. 18, 1895.)

Das sogenannte Frédéricq-Thompson'sche Symptom kommt bei Weitem nicht bei allen Lungenphthisikern vor; besteht es, so sind die Fälle immer schwer; da es bei Schwangeren, welche gesund sind, besteht, so muss Schwangerschaft nebst Wochenbett ausgeschlossen werden, wenn das Zeichen soll bei einer Frau als Zeichen der schweren Tuberculose angenommen werden.

Dr. P. K.

Ueber Abscesse der Zungenmandel. (Des abcès de l'amygdale linguale.) Von Dr. Mounier. (Société française d'otologie, de rhinologie et de laryngologie, Session 1894, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1894.)

Meistens ist Erkältung die Ursache. Die allgemeinen Symptome bestehen in Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit und Frösteln; das bedeutendste subjective Symptom ist das schmerzhaftes Schlucken, welches in keinem Verhältniss zum objectiven Halsbefunde steht; höchstens sind die Gaumenbögen und der Pharynx leicht geröthet; die meisten Autoren nehmen deshalb in solchen Fällen eine rheumatische Angina an. Man erkennt aber das Leiden nur durch den Spiegel und begreift dann auch die grosse Schmerzhaftigkeit bei fast gesundem Pharynx: Man sieht einen oft taubeneigrossen Tumor an der Zungenbasis, welcher das Ligamentum glossoepiglotticum zum Verschwinden gebracht hat und sich immer nach links oder nach rechts ausdehnt und nie median bleibt, sondern immer entweder das linke oder das rechte Ligamentum glossoepiglotticum zum Verstreichen bringt. Das Leiden ist also immer einseitig. Die Epiglottis ist wenig verändert, die Eröffnung findet meist spontan statt und der Verlauf dauert 5—15 Tage. Verf. hat zwei solche Fälle beobachtet und giebt deren Krankengeschichten.

Dr. P. K.

Larvirte Tuberculose der drei Mandeln. (Tuberculose larvée des trois amygdales.) Von Prof. Dieulafoy. (Arch. internat. de Laryng. etc. Bd. VIII, No. 4, pag. 191, 1895.)

Nach D.'s Untersuchungen sind oft die scheinbar gutartigen adenoiden Vegetationen und Mandelhypertrophien tuberculöser Natur und seien diese Gebilde in hervorragender Weise geeignet, als Eingangspforte für die Tuberkelbacillen zu dienen, sie aufzunehmen und geeigneten Boden für ihr Wachsthum und ihre Vermehrung darzubieten. Bei 61 Fällen von Mandelhypertrophie fand D. 8 tuberculöser Natur, d. i. 1 auf 9; bei 35 Fällen von adenoiden Vegetationen 7 tuberculöser Natur, d. i. 1 auf 5.

Beschorner.

Ein Fall von Pityriasis rosacea durch Thyroidalextract geheilt. (Sur un cas de pityriasis rosé traité avec succès par l'extrait thyroïdien.) Von Dr. W. Scatchard. (Semaine méd. No. 18, 1895.)

Eine 72jährige Frau wurde vergeblich mit Natronsalicyl, Arsenik, Jodkalium, Sublimat nebst localen Mitteln behandelt. Patientin nahm, allmählig steigend, bis zu vier Täfelchen Extract pro die während eines Monats, worauf die Heilung eintrat. Die Behandlung war sehr abschwächend; es traten Abmagerung, Kurzathmigkeit, grosse Schwäche ein, welche Symptome einer roborirenden Behandlung und Strychnin schnell wichen. Jedes Täfelchen enthielt 30 Centigramm Extract.

Dr. P. K.

Injectionen von Thyroidaldrüse bei Myxoedem. (Injections thyroïdiennes dans le myxoedème.) Von Dr. Cravy. (Revue générale de clinique et thérapeutique No. 54 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 11, 1894.)

Verf. wendet das Schilddrüsenextract von ganz jungen Schafen an, weil es wirksamer als das der älteren Thiere ist. Der Effect ist gleich stark, ob man es subcutan oder per os anwendet. Die unangenehmen Zufälle, wie Schwindel, Brechen, Convulsionen, werden nur bei zu starken Dosen beobachtet. Die Symptome des Myxödems schwinden rasch, besonders wird der Urin reichlicher, das specifische Gewicht nimmt zu, ebenso der Harnstoff. Obschon Heilung nach drei bis vier Wochen eintritt, muss die Behandlung doch lange Zeit fortgesetzt werden. Die Formel ist folgende: 24 Theile Drüsengewebe auf 1 Theil Glycerin; diese Mischung muss vor Hitze und Licht geschützt werden. Bei Erwachsenen giebt man drei Mal täglich fünf Tropfen, bis zu fünfzehn Tropfen jedes Mal. Bei Kindern beginnt man mit einem Tropfen dreimal täglich und steigt bis zu sechs Tropfen pro die.

Dr. P. K.

Ueber Phosphoralbumin in der Schilddrüse in Zusammenhang mit der Frage über deren Function. Von K. S. Morkotun. (Wratsch No. 37, 1895.)

Verf. hat im Laboratorium von Prof. Nencki in St. Petersburg aus der Schilddrüse von Ochsen einen phosphorhaltigen Eiweisskörper dargestellt, den er nach der Nomenclatur von Hammarsten Tirenucleoalbumin nennt; der Körper enthält 0,32 pCt. Phosphor. Verf. neigt sich der Ansicht zu, dass dieser Körper in der Schilddrüse synthetisch aus Mucin und Serumalbumin gebildet werde und dass bei Ausfall der Schilddrüsenenthätigkeit das Mucin in den Geweben als colloide (Myxödem) oder amyloide Substanz abgelagert werde. Verf. erwähnt auch die Thatsache, dass der Phosphorgehalt in Nucleoalbuminen des Gehirns und der Schilddrüse sehr genau übereinstimme, wodurch die Hypothese, die Schilddrüse fabricire wichtige Stoffe für das Gehirn, an Wahrscheinlichkeit gewinnt.

Gorodecki.

Ueber die Behandlung der Sängerknötchen. (Du traitement des nodules des chanteurs.) Von Dr. Poyet. (Arch. internat. de Laryngologie etc. Bd. VIII, No. 4, pag. 215, 1895.)

P. hält diese Gebilde für eine einfache umschriebene Epithel-*Pro*liferation am freien Rande eines oder beider wahren Stimmbänder, die sich öfter bei Frauen wie bei Männern, öfter bei Sopranistinnen und Tenören als bei mit anderen Stimmen Begabten vorfindet. Betreffs der Behandlung hält er ausgedehnte Ruhe, eventuell verbunden mit wiederholten und kräftigen Aetzungen, Exstirpation und Galvano-caustik für empfehlenswerth.

Beschorner.

Ueber das Verhalten der Aryknorpel bei einseitiger Recurrenslähmung. Von Dr. W. Roemisch in Freiburg i. Br. (Arch. f. Laryng. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 68, 1895.)

Ueberkreuzung der Aryknorpel, die bekannteste Erscheinung bei einseitiger Recurrenslähmung, kommt auch zuweilen unter normalen Verhältnissen vor und hängt nach Schrötter's sowohl, wie auch nach R's Meinung mit der verschiedenen Entwicklung des Santorini'schen Knorpels zusammen. R. fand sie bei 200 Patienten ohne Lähmungserscheinungen, in 10 Fällen; bei 39 Fällen von Recurrenslähmung 19 Mal. Ferner beobachtete R. bei einseitiger Recurrenslähmung Bewegungen an dem Aryknorpel der gelähmten Seite 1) bei der Phonation, 2) bei tiefer Inspiration, 3) gewisse charakteristische Bewegungen, Zuckungen am Aryknorpel der gelähmten Seite, welche R. zur Untersuchung der Frage Veranlassung geben: Können auf der gelähmten Kehlkopfseite Muskelcontractionen eintreten, die derartige Bewegungen des Aryknorpels bewirken? und gelangt Autor im Verfolge seiner Reflexionen auf die Vermuthung, dass der Muscul. interarytaenoideus, wie schon Mandelstamm und Exner behauptet haben, eine gemischte und individuell wechselnde Innervation aufweisen. In welchem Grade und in welcher Häufigkeit beim Menschen der Laryngeus superior oder der Recurreus der andern Seite heranzuziehen sei, bleibt eine noch zu lösende Frage.

Beschorner.

Perilaryngealer Abscess bei Actinomycose. (Absès périlaryngé dû à l'actinomycose.) Von Dr. C. Poli. (Bollet. de la Reg. Acad. med. di Genova und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Ein 25jähr. Mann zeigte an der linken Halsseite eine fluctuirende Geschwulst, welche den Larynx nach rechts und hinten verschoben hatte. Chronischer Rachenkehlkopfcarrh mit seinen Symptomen. Die Geschwulst war nach einem linksseitigen Mandelabscess in drei Monaten Zeit bis zu dieser Grösse entwickelt. Beim Einschnitt kam Eiter, gelbe Krümchen enthaltend, heraus; letztere ergaben bei der microscopischen Untersuchung Actinomycosekörnchen. Die Wunde wurde erweitert, ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponirt. Heilung. Dies beweist, dass Actinomycose heilbar ist, wenn der primäre Herd dem Chirurgen zugänglich ist. Das Factum beweist auch, dass die gewöhnliche Eingangspforte für die Actinomycceten die Mandel ist; der Microorganismus findet sich in freiem Zustande oder verkalkt im Munde der Menschen und Thiere, wo er dann leicht in einer Mandelcrypte beherbergt wird.

Dr. P. K.

Trigeminusneuralgie und Nasenerkrankung. (Trigeminal neuralgia and nasal disease.) Von Mayo Collier, London. (Lanc., 31. August 1895.)

Der eine Fall litt 4, der andere 12 Jahre an der Neuralgie; bei beiden war sie durch eine Erkrankung der mittleren Muschel bedingt und wurde in beiden Fällen durch Wegnahme der mittleren Muschel rasch geheilt.

M. Schm.

Laboratoriumnotizen über die Bacteriologie der Diphtherie. (Laboratory notes on the bacteriology of diphtheria.) Von E. B. Shuttleworth, Phar. D., Toronto. (Lancet, 14. Septbr. 1895)

Verf. berichtet über die Untersuchung von 248 Fällen, von denen 188 im Hospitale behandelt wurden. Er beschreibt die Art der Untersuchung sehr eingehend. Ref. möchte nur Einiges daraus hervorheben. Er empfiehlt zur Schnelldiagnose die Anfertigung von Strichpräparaten auf Objectträgern und die Färbung der getrockneten Präparate mit Löffler's Blau. Er konnte auf diese Weise in etwa einem Drittel der Fälle die Bacillen sofort nachweisen. Ein negatives Ergebniss hat natürlich keinen Werth. In 75,5 pCt. fand er den Löffler'schen Bacillus, und zwar in 25 pCt. allein und in 30 pCt. mit Strepto- und Staphylococcen gemischt. In 16 pCt. fand er nur die erwähnten Microorganismen ohne Diphtheriebacillen. Unter 5611 Culturen, die in New-York gemacht worden seien, hätte der specifische Bacillus in 27 pCt. gefehlt! Unter 32 tödtlich ausgegangenen Fällen fand er in 37 pCt. den Bacillus allein und in 43,7 pCt. gemischt. Eine Tabelle, die er nach der Schwere der Fälle und dem Befunde der bacteriologischen Untersuchung zusammengestellt, bestätigt die allgemeine Ansicht, dass die Beimischung von anderen Organismen den mehr oder weniger schweren Verlauf der Krankheit beeinflusst.

M. Schm.

Aus dem Moskauer Bacteriologischen Institute. Zur Frage über die Giftigkeit des antidiphtherischen Serums für Thiere und Vögel. Von A. W. Brusgin. (Wratsch No. 37, 1895.)

Verf. experimentirte an Tauben, Meerschweinchen, Kaninchen. Alle vertrugen die Injectionen bis auf geringe Temperaturerniedrigung, die aber auch bei Injection von einfachem Serum und sogar physiologischer Kochsalzlösung auftrat, ausgezeichnet. Es wurden bis 3000 Immunitätseinheiten auf einmal injicirt.

Gorodecki.

Dreiundneunzig mit Serum behandelte Diphtheriefälle. (Aus dem Elisabeth-Kinderhospital in St. Petersburg.) Von F. F. Haase. (Medicinskoje Obosrenje No. 17, 1895.)

Verf. giebt recht interessante statistische Zusammenstellungen, die im Original nachgelesen werden müssen. Hier sei nur hervorgehoben, dass er die immerhin hohe Mortalität von 33,3 pCt. zu verzeichnen hatte. Er kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Das Serum ist kein specifisches Heilmittel, doch kürzt es in leichten und mittelschweren Fällen die Krankheitsdauer ab, indem es die Abstossung der Membranen begünstigte, in schweren und septischen Fällen gab es dagegen dem Verf. keine günstigen Resultate: von sieben Fällen genas nur ein, allerdings sehr schwerer Fall (Affection des Rachens, Kehlkopfs und der Nase). Bessere Resultate erhielt Verf. bei Kehlkopfffection. Von 38 Fällen genasen 20, tracheotomirt wurden 9 Fälle.

Gorodecki.

Achtzig Diphtheriefälle behandelt mit Serum im Landeshospital zu Stawropol. Von J. Chlebnikow. (Medicinskoje Obosrenje No. 16, 1895.)

Im Kreise Stawropol herrschte in den letzten zehn Jahren eine immer mehr und mehr sich ausbreitende Diphtherie-Epidemie. Die Mortalität schwankte zwischen 40 und 70 pCt. Die vom Verf. mit Serum behandelten 80 Fälle ergaben eine Mortalität von blos 12,5 pCt. Verf. gelangt zu folgenden Sätzen:

1) das Serum besitzt unzweifelhaft heilende Kraft; es erniedrigt bedeutend die Mortalität bei allen Formen der Diphtherie, mit Ausnahme der septischen;

2) der bedeutende Carbolgehalt (0,5 pCt.) des Behring'schen Serums erschwert die Dosirung, hauptsächlich bei Kindern bis zum 10. Lebensjahre; in diesen Fällen verdient das Serum von Roux Vorzug;

3) sehr bequem sind Fläschchen, die in einem geringeren Quantum von Serum eine grössere Anzahl von Antitoxineinheiten enthalten;

4) die Injection reinen Serums ruft bei strenger Antisepsis der Injectionsstelle gar keine locale Reizung hervor;

5) die ausgedehnte Anwendung des Serums in der Landespraxis (speciell in Russland) wird eine bedeutende Mortalitätsabnahme herbeiführen, nur sollen die Injectionen ausschliesslich von Aerzten gemacht werden, um das bereits beginnende Vertrauen der bauerlichen Bevölkerung zur neuen Heilmethode nicht zu erschüttern.

Gorodecki.

Temperatursteigerungen nach Einspritzen von Diphtheritisserum.

(Des modifications de la température consécutives aux injections de sérum antidiphthérique.) Von DDr. Rendu u. Legendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Mars 1895 und Semaine médicale No. 13, 1895.)

Bei einem alten Manne, welcher an einer Operationswunde Diphtheritis bekam, wurden 20 Cubikcentimeter Serum eingespritzt und es traten heftige Fiebererscheinungen mit Heilung ein. Bei einem Falle von Diphtheritis in der Nase stieg nach der Einspritzung am anderen Tage die Temperatur auf 40 Grade. Heilung. Dr. P. K.

Lange Dauer der Contagiosität der Diphtheritis. (Longue durée de la contagion de la diphthérie.) Von Dr. Tezenas du Moncel. (Société des sciences médicales de Lyon und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Bei 50 Diphtheritis-Reconvalescenten fand T. immer den Löffler'schen Bacillus; der später eintretende Schnupfen ergab immer die betreffenden Bacillen; nach 22, 23 und selbst 53 Tagen konnte Verf. den Bacillus bei solchen Reconvalescenten finden. Man soll also ein besonders für Diphtheritis-Reconvalescenten bestimmtes Spital bauen. Dr. Lépine bemerkt, dass man schon vor 30 Jahren das Secret des postdiphtheritischen Schnupfens als contagiös ansah. Dr. P. K.

Diphtheritis mit Scarlatina verbunden. (*Diphthérie associée à la scarlatine; étude clinique.*) Von Dr. William P. Nunn. (*Annales of gynaecology and pediatry und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 5, 1894.)

1) Die pseudomembranösen Anginen bei Scarlatina sind immer Diphtheritis; 2) Diphtheritis giebt immer eine schlechte Prognose bei Scharlach; 3) die nasalen und laryngealen Complicationen sind häufiger bei Scharlach als sonst; 4) es kann auch nachher Paralyse eintreten; 5) die Scharlachdiphtherie kann bei Anderen Diphtheritis ohne Scharlach hervorrufen, einerlei, ob Letztere schon Diphtheritis hatten oder nicht.

Dr. P. K.

Künstliche Angina pseudomembranacea. (*Angine cou enneuse provoquée.*) Von Dr. Perrin. (*Archives de médecine et de chirurgie militaires und Annales des mal. de l'oreille et du larynx* No. 6, 1894.)

Die Soldaten bringen selbe hervor, indem sie sich den Pharynx mit dem in Cantharidenpulver getauchten Finger einreiben. Es entstehen so Pseudomembranen, welche der diphtheritischen Angina ähnlich sehen; das Fehlen der Drüsenschwellung und des gestörten Allgemeinbefindens nebst dem negativen bacteriologischen Befund helfen zur Differentialdiagnose.

Dr. P. K.

Fall von doppelseitiger Lähmung der Cricoarytanoidei postici verbunden mit Tabes dorsalis; Erstickung; Tracheotomie; Heilung; Bemerkungen. (*Case of bilateral paralysis of the crico-arytanoidei postici associated with tabes dorsalis; asphyxia; tracheotomy; recovery; remarks.*) Von Dr. Francis Hawkins, Berkshire. (*Lancet*, 1. Juni 1895.)

Der Fall betraf einen 42jährigen Mann, der 15 Jahre vorher an Syphilis erkrankt gewesen war. Der Verlauf ergibt sich aus der Ueberschrift. Zweimal ist in dem Aufsatz wieder Abduction statt Adduction gesagt. (Dieser Druckfehler wäre doch leicht zu vermeiden, wenn man sich anderer Worte bedienen wollte. Ref.) M. Schm.

Glossolabiolaryngealer Reflexkrampf in Folge eines auf den Accessorius Willisii drückenden Fremdkörpers. (*Spasme reflexe glossolabiolaryngé dû à la présence d'un corps étranger au voisinage du nerf occipital gauche.*) Von Dr. Pacinoth und Dr. Galeiani. (*Gaz. degli ospit. und Annales des mal. de l'oreille et du lar.* No. 5, 1894.)

Bei einem 30jährigen Manne bestand seit langer Zeit tonischer Krampf der Nackenmuskeln mit Sprach-, Schluck- und Kaustörungen, also mit dem bekannten Bilde der Glossolabiolaryngealparalyse. Vor 12 Jahren hatte man ihm einen irdenen Topf auf den Kopf geschlagen; jetzt bemerkt man die Narbe mit einem harten Knoten im Innern. Die Narbe und mit ihr ein kleiner Porzellanscherben wurden entfernt und es trat vollständige Heilung ein.

Dr. P. K.

Ueber Laryngofissur. Von Dr. F. Kijewski in Warschau. (Archiv für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 121, 1895.)

Mittheilung von 20 Laryngofissuren, vorgenommen bei 19 Individuen, und zwar 1 Mal bei Fractur des Kehlkopfes, 7 Mal bei Geschwülsten (4 Papillome, 1 Carcinom, 1 Sarcom, 1 fibröser Polyp), 2 Mal bei syphilitischen Stricturen, 1 Mal bei Laryngit. tuberculosa, 9 Mal bei subglottischen Processen. — Beschreibung der Operations-Methode. K. resumirt in Kürze folgendermassen: 1) Gutartige Neubildungen anlangend: Grössere, mehr gewucherte und harte, auf breiter Basis aufsitzende Geschwülste sollen nur durch die Laryngofissur operirt werden, da wir sie nur auf diese Weise in toto entfernen können. 2) Bösartige Neubildungen: Bei diesen ist die Laryngofissur dringend indicirt, selbst dann, wenn wir über den Character der Geschwulst im Zweifel sind. 3) Fractur des Larynx: Hier kann die Operation wenigstens zur Klarstellung der Verhältnisse beitragen. 4) Syphilitische Verengerungen: Bei kleinen Narben giebt die Laryngofissur zweifellos viel günstigere und sichere Resultate, als alle endolaryngealen Versuche. Doch auch hier muss man nach der Operation zu Canülen und Dilatatoren greifen, da wir nur auf diese Weise dauerhafte Heilung erzielen können. 5) Tuberculose des Kehlkopfes: Bei grösseren Infiltraten, bei harten Wucherungen, die nicht allzuleicht dem Löffel weichen, ist auch bei guten Athmungsbedingungen die Laryngofissur vorzunehmen, da man sich auf diese Weise leichter Rechenschaft über den Process ablegen und wirksamer handeln kann. Bei Anwesenheit von gesunden Lungen giebt uns die Operation bei primärer Larynx-Tuberculose die Möglichkeit radicaler Heilung. 6) Laryngitis subglottica hypertrophica chronica: Hier hält K. die Laryngofissur auch in jenen Fällen für indicirt, in welchen die Hypertrophien noch keine bedeutende Verengerung, demnach noch keine Dyspnoe verursachten.

Beschorner.

Fibrinöse Membranen auf tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes.

Von P. Radzich. (Medicinskoje Obosrenje No. 19, 1895.)

Verf. beobachtete bei einem Phthisiker mit weit vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberculose mehrfache Bildung von fibrinösen Membranen auf Geschwüren der Fossa pyriformis dextra.

Verf. ist aus verschiedenen Gründen nicht geneigt, die Ursache dieser Bildung mit der angewandten Therapie (Pinse lung mit 10 proctgr. Lösung von Phenol in Natrio sulfuricinato) in Verbindung zu bringen.

Aehnliches ist nur von Nikitin (Handbuch der Laryngoscopie, russisch) ebenfalls bei einem Phthisiker in extremis beobachtet worden. Nur waren die von Verf. beobachteten Membranen frei von Microorganismen, während im Falle von Nikitin zahlreiche Formen, besonders Staphylococcen vorhanden waren.

Verf. erwähnt noch, dass Bezold auch bei Tuberculose des Mittelohres Membranbildung beobachtete und dieselbe wegen Mangels an Microorganismen als Schutzvorrichtung des Organismus auffasst (cf. Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde etc).

Gorodecki.

Der Galvanocauter bei der Behandlung der gutartigen Larynx-tumoren. Einige Bemerkungen, sich auf den Gesang beziehend.
(Du galvanocautère dans le traitement des tumeurs bénignes du larynx. Quelques considérations au point de vue du chant)
Von Dr. L. Rousseaux. (Revue de laryngol. et d'otol. No. 19, 1894.)

Die Classiker behaupten, man soll den Galvanocauter wegen des leicht eintretenden Larynxödems und der sich nachher bildenden, die Stimme beeinträchtigenden Narben so wenig wie möglich gebrauchen. Verf., auf viele Beispiele sich stützend, kommt zu folgenden Schlüssen: 1) man kann den Galvanocauter trotz aller gegenseitigen Behauptungen im Larynxinnern gebrauchen; 2) man soll ihn bei gutartigen, kleinen, flach aufsitzenden Larynxtumoren anwenden; 3) das kleine Gewicht, die Präcision, die kleinen Dimensionen erleichtern seine Handhabung; 4) die Cauteren müssen kleiner als der Tumor sein und man muss selbe auf das Centrum der Tumoren aufsetzen; 5) man soll das Dunkelrothe der Glühhitze nicht überschreiten; 6) man muss den Grad der Glühhitze im Voraus probiren; 7) man muss bei dieser Abmessung immer daran denken, dass im Larynxinnern ein Bruchtheil Hitze im Contact mit der nassen Tumorfläche verloren geht, so dass man bis zum Kirschroth erhitzen kann; 8) man darf bloß eine Secunde lang brennen; 9) das Brennen hat gar keine Reaction; 10) die kleinen Unebenheiten, welche nach Wegfallen des Schorfes bemerkt werden, verschwinden von selbst; 11) nie wurde nach dem Brennen der Uebergang einer gutartigen Geschwulst in eine bösartige beobachtet; 12) um die Stimme durch das laryngoscopische Bild in eine bestimmte Stimmlage, für welche sie geschaffen ist, zu rangiren, muss man das Gehör zu Hilfe nehmen; 13) bevor ein Schüler sich der Sängerprouession widmet, muss er sicher sein, dass sein Larynx normal gebaut ist; 14) angeborene Fehler der Nase und des Larynx verhindern, dass ein Schüler sich dem Gesange widmet.

Dr. P. K.

Fall von subglottischem Polyp. (Un cas de polype sousglottique.)
Von Dr. Paul Koch. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 6, 1894.)

Seltener als die Larynxpolypen, häufiger als Trachealpolypen, bilden selbe ein Mittelding nicht nur in Bezug auf ihr Vorkommen, sondern auch in Bezug auf Prognose, Symptomatologie und Therapie. Sie werden später als die Larynxpolypen, früher als die Trachealpolypen von den Patienten bemerkt und folglich vom Arzte diagnosticirt. Im gegenwärtigen Falle befand sich der Polyp unterhalb des linken Stimmbandes, nahe an demselben. Die Amputation mittelst der betreffenden Scheinmann'schen Schneidezange gelang nicht wegen Eintretens eines gefährlichen Erstickungsanfalles; die Zange wurde mit Mühe entfernt, ohne den Polypen herauszubefördern; starke Blutung. Nach zwei Tagen wurde der durch die Zange zerquetschte Polyp ausgehustet; der Tumor war zu dick, um von der Zange auf einmal gefasst zu werden; er war nur zerquetscht und gangränös geworden. Heilung.

Dr. P. K.

Notiz.

Der Verein spanischer Otologen und Laryngologen wird am 18. October 1. J. in Madrid tagen. Präsident des Vorbereitungs-Comité's ist Herr Dr. E. Uruñuela, Schriftführer Herr Dr. Celestino Compaired.

I N H A L T.

I. Originalien: Zuckerkandl: Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete. — Schwager: Ein Fall von objectiv wahrnehmbarem Ohrgeräusch. — Ephraim: Ueber die directe Laryngoscopie (Autoscopie). — Oesterreichische otologische Gesellschaft. — Dritte Jahresversammlung der Niederländischen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (Schluss). — Gesellschaft der ungar. Ohren- und Kehlkopfärzte. — II. Kritiken: Körner: Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. — Urbantschitsch: Ueber Hörstörungen bei Taubstummheit und bei Ertaubung im späteren Lebensalter. — v. Frankl-Hochwart: Der Ménière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres. — III. Referate: a) Rhinologische: Mayer: Congenitaler Verschluss des rechten Nasenlochs durch eine knöcherne Lamella. — Mayer: Vollständiger Verschluss beider Nasenlöcher durch eine nahe der vorderen Öffnung gelegene Membran. — Straus: Vorhandensein des Tuberkelbacillus in der Nase des gesunden Menschen. — Helot: Ueber Electrolyse der Tumoren der Nasenschleimhaut und der Hyperplasien der Nasenschleimhaut. — Killian: Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. — Sandfort: Tod durch Convulsionen sechs Stunden nach dem Auskratzen adenoider Vegetationen des Nasenrachenraumes nach dem Gebrauch des Cocain. — Lunin: Zur Casuistik der Rhinolithen. — Noquet: Ein Rhinolith. — Waldow: Untersuchungen über die Kiefermissbildungen in Folge von Verlegung der Nasenathmung. — Spralling: Entzündung der obersten Luftwege durch Einathmen von Insectenpulver. — Lavrand: Gesichtsveränderung und Verstopfung der obersten Luftwege; ihre Ursachen und Mechanismus. — Kayser: Die exacte Messung der Luftdurchgängigkeit der Nase. — Bayer: Glycosurie nasalen Ursprungs; Heilung durch Wiederherstellen des Nasenathmens. — Hopmann: Anomalien der Choanen und des Nasenrachenraumes. — Sandfort: Extraction eines $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser messenden Knopfes aus den hinteren Choanen. — Knapp: Entfernen eines Sequesters und eines Zahnes aus dem Nasenboden. — Raugé: Ueber die normalen und pathologischen Functionen der Nasenhöhlen beim Phöniren. — Serenin: Chronische hämorrhagische Entzündung der Highmorshöhle. — Lermoyez: Ueber tuberculöse Vegetationen des Nasenrachenraumes. — Beausseil: Studie über die Aetiologie und die Pathogenese des käsigen Schnupfens. — Newcomb: Blutung nach Entfernen der adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraumes, nebst einem Todesfall. — Winckler: Zur Therapie der Nebenhöhlenkrankungen. — Waring: Fremdkörper 27 Jahre lang in der Nase. — Raugé: Ueber einen Fall von Rhinoscopia posterior. — b) Pharyngo-laryngologische: Reclus: Ueber eine neue Art von chronischem Halsabscess. — Rosenthal: Zur chirurgischen Anatomie der Retropharyngealabscesse. — Baurowicz: Zur Aetiologie der Pharynxstricturen. — Wagner: Zwei Fälle von Heilung der Pharyngomycosis leptothricia mittelst wasserfreier Chromsäure. — Botey: Ueber die Parästhesia pharyngolaryngea und nasalis bei Neurasthenikern. — Falkenberg: Osteoplastische Resection beider Oberkieferhälften nach Kocher. — Andreesen: Der rothe Schleimhautrand um die Zähne als diagnostisches und prognostisches Zeichen bei Lungentuberculose. — Mounier: Ueber Abscesse der Zungenmandel. — Dieulafoy: Larvirte Tuberculose der drei Mandeln. — Scatchard: Ein Fall von Pityriasis rosacea durch Thyroidal-extract geheilt. — Cravy: Injectionen von Thyroidaldrüse bei Myxoedem. — Morkotun: Ueber Phosphoralbumin in der Schilddrüse in Zusammenhang mit der Frage über deren Function. — Poyet: Ueber die Behandlung der Sängerknoten. — Roemisch: Ueber das Verhalten der Aryknorpel bei einseitiger Recurrenzlähmung. — Poli: Perilaryngealer Abscess bei Actinomyose. — Collier: Trigemiusneuralgie und Nasenerkrankung. — Shuttleworth: Laboratoriumnotizen über die Bacteriologie der Diphtherie. — Brugin: Zur Frage über die Giftigkeit des antidiphtherischen Serums für Thiere und Vögel. — Haase: Dreiuudneunzig mit Serum behandelte Diphtheriefälle. — Chlebnikow: Achtzig Diphtheriefälle behandelt mit Serum im Landeshospital zu Stawropol — Rendu und Legendre: Temperatursteigerungen nach Einspritzen von Diphtherieserum. — Tezenas du Moncel: Lange Dauer der Contagiosität der Diphtheritis. — Nunn: Diphtheritis mit Scarlatina verbunden. — Perrin: Künstliche Angina pseudo-membranacea. — Hawkins: Fall von doppelseitiger Lähmung der Cricoarytanoidei postici verbunden mit Tabes dorsalis. — Pacinoth und Galeiani: Glossolabiolaryngealer Reflexkrampf in Folge eines auf den Accessorius Willisii drückenden Fremdkörpers. — Kijewski: Ueber Laryngofissur. — Radzich: Fibrinöse Membranen auf tuberculösen Geschwüren des Kehlkopfes. — Rousseau: Der Gal anocauter bei der Behandlung der gutartigen Larynx-tumoren. — Koch: Fall von subglottischem Polyp. — Notiz.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge** und **Referate** sowie alle **Druckschriften** **Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn **Dr. Gruber** in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verlag: Expedition der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Genthnerstr. 8.
Druck von **Marchner & Stephaan** in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. E. Voltolini und
weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Helze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weill** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, März 1896.

No. 3.

I. Originalien.

Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Ohrtrompete.

Von

Prof. Dr. E. Zuckerkandl, Wien.

(Schluss zu No. 2.)

Seehund (Fig. 6—8).

Das Ostium pharyngeum bildet eine nur undeutlich begrenzte Lücke. Am Querschnitte der Tuba sieht man schon mit freiem Auge, dass das Lumen im Vergleiche zum Knorpel klein und basal von dem letzteren untergebracht ist. In der medialen Hälfte ist der Tubenknorpel sammt einer demselben dorsal aufsitzenden drüsigen Masse 10 Mm., in der lateralen 4—5 Mm. hoch.

An der Tubenlichtung unterscheidet man nicht wie sonst eine mediale und eine laterale, sondern eine obere und eine untere Wand. Erstere wird von der stumpfen basalen Kante des Knorpels gestützt.

Nur lateral verschiebt sich der Spalt ein wenig nach oben, so dass an einer etwa 1 Mm. langen Stelle auch eine knorpelige mediale Tubenwand auftritt.

Von einem Tubenhaken ist dem beschriebenen Verhalten entsprechend keine Spur vorhanden.



Fig. 6.

Seehund. Querschnitt der Tuba am Ostium pharyngeum.

Verfolgt man Querschnitte der Tuba von dem Ostium pharyngeum gegen das Ostium tympanicum, so zeigt sich Folgendes:

Unmittelbar an der Rachenmündung ist der Tubenspalt relativ lang, schräg gestellt und an seinem Bodentheile verzweigt, da die Schleimhaut einige Falten aufwirft (Fig. 6). Die beiden Tubenwände sind fast gleich stark und werden aus dicken, breite Spalten begrenzenden, fibrösen Lamellen gebildet. Die Spalten der medialen Tubenwand enthalten Drüsenconglomerate beziehungsweise Fettläppchen.

Oberhalb des Tubenspalts erscheint ein unregelmässig geformtes hyalines Knorpelstück, dem sich gegen die Basis cranii adenoides Gewebe, vermengt mit Drüsenhaufen, anschliesst.

Gleich lateral von dem Ostium pharyngeum ändert sich das Querschnittsbild. Der Tubenspalt ist kürzer geworden, verzweigt sich am oberen wie am unteren Ende und wird allseits von einer dicken fibrösen Schichte umrahmt. Oberhalb des Tubenspaltes folgt dann ein dichtes Gewebe von besonderer Höhe, dessen Stroma von netzförmig verzweigten fibrösen Lamellen aufgebaut wird.

Die ausgedehnten Lücken enthalten grosse Drüsenhaufen, welche hier den Hauptantheil der Tuba bilden. Auch Knorpel ist vorhanden, u. zw. in Form von vier Kernen, die hauptsächlich durch die Drüsen von einander geschieden sind. Es veranlassen hier die Drüsenmassen eine hochgradige Zerklüftung des Knorpels.

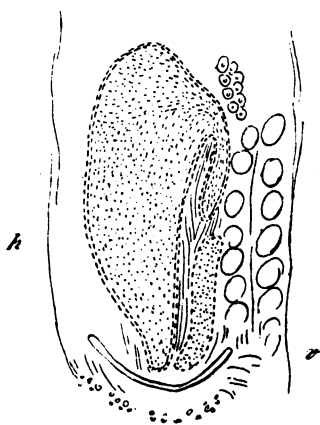


Fig. 7.
Seehund. Querschnitt der Tuba mehr lateral.
v — vorne. h — hinten.

Noch mehr lateral gehend, aber noch immer im medialen Drittel der Tuba, zeigt sich die Tubenlichtung als horizontal gelagerte, basal erweiterte und durch vier Schleimhautfalten verzweigte Cavität, oder wie noch weiter aussen, als einfache horizontale Spalte (Fig. 7). Sie wird ringsherum von Schleimhaut, der an der Peripherie eine dicke Schichte fibrösen Gewebes sich anschliesst, umgeben, und der Tubenknorpel liegt eigentlich ganz oberhalb des Tubenspaltes.

Die Tubenwände sind nicht mehr medial und lateral, sondern nach oben und unten umgestellt.

Von den vier Knorpelkernen ist einer zu einem mächtigen Knorpelstücke geworden, welches ganz umschlossen wird; auch zwischen den Kernen finden sich Drüsen.

Gegen die Mitte der Ohrtrompete hin vergrössern sich die Knorpelkerne und verschmelzen mit dem Hauptknorpel zu einer Masse, so dass oberhalb der horizontal gestellten und halbmondförmigen Tubenlichtung ein einziges Knorpelstück untergebracht ist. Dieses ist nun auch so nahe an das Tubenlumen herangerückt, dass es die eine, nämlich die obere Tubenwand bildet.

Da, wo die vergrösserten Knorpelkerne aneinanderstossen und verwachsen, findet man in den Spalten keine Drüsen mehr, sondern bloss Bindegewebe, welches, nebenbei bemerkt, in die hyaline Grundsubstanz einstrahlt.

Die laterale, basale Tubenwand hat sich nicht geändert, sie besteht aus Schleimhaut und aus einer fibrösen Substantia propria.

In der lateralen Portion der Tuba ist der Knorpel zu einer ungetheilten, keine Spalten führenden Masse umgeformt, deren oberes Ende lateralwärts hakenförmig umbiegt. Der Knorpel wird von einer dichten fibrösen Schichten eingeschlossen, deren Dicke namentlich an der lateralen Fläche des Knorpels gut entwickelt ist.

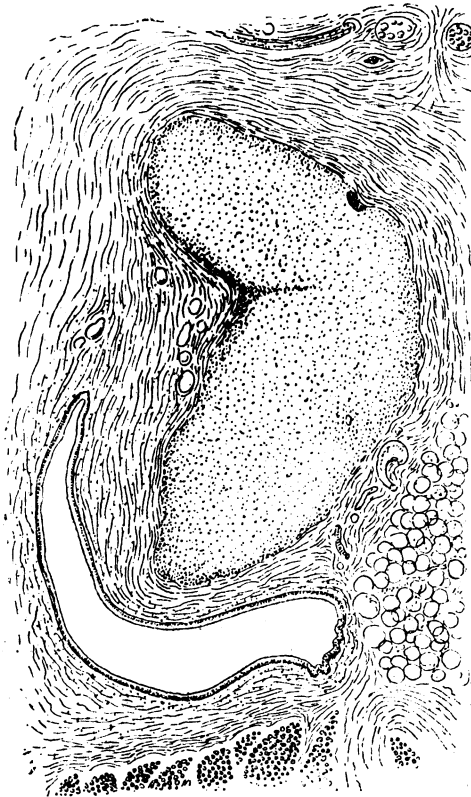


Fig. 8.

Seehund. Querschnitt der Tuba nahe dem Ostium tympanicum.

Der Tubenspalt ist halbmondförmig und biegt lateralwärts mit einem kurzen Stücke nach oben um, so dass der Knorpel nicht mehr, wie in den medialen Antheilen der Ohrtrumpete, ausschliesslich ober-

halb des Tubenspaltes lagert, sondern nun auch schon, allerdings nur auf einer kurzen Strecke, die mediale Wand des Rohres begrenzt (Fig. 8).

Die Schleimhaut der Tuba ist äusserst drüsenarm.

Das Epithel ist abgefallen.

Propithecus diadema (Fig. 9, a—d).

Das Ostium pharyngeum tubae markirt sich blos an seinem hinteren oberen Rande durch eine niedrige halbmondförmige Erhabenheit der Rachenwand. Die knorpelige Tuba selbst besitzt eine Länge von 7 Mm. und das der Rachenmündung folgende 4 Mm. lange Stück der Tuba bildet einen offenen Trichter.

Betrachtet man diese Ohrtrumpete an Querschnitten, so zeigt sich, dass ihr Knorpel der Gesammtform nach der des Menschen sehr ähnlich ist, sich aber durch eine excessiv vorgeschrittene Zerklüftung von der menschlichen Ohrtrumpete unterscheidet.

Die Zerklüftung, welche vom Ostium pharyngeum bis an das Ostium tympanicum reicht, besorgen Drüsenmassen, die stellenweise die ganze Dicke des Knorpels durchsetzen.

Betrachten wir nun einige der Querschnitte etwas näher.

Im nächsten Bereiche des Ostium pharyngeum ist der Tubenknorpel hakenförmig gebogen. Der längere Schenkel des Hakens gehört der medialen Wand, der viel kürzere dem Tubendache an. In Folge der reichlichen Drüseneinlagerung zerfällt der Knorpel in sechs Stücke, von welchen das oberste (Dachtheil) am grössten ist. Die einzelnen Stücke werden von einander durch Drüsenconglomerate getrennt, welche eine beträchtliche Dicke aufweisen.

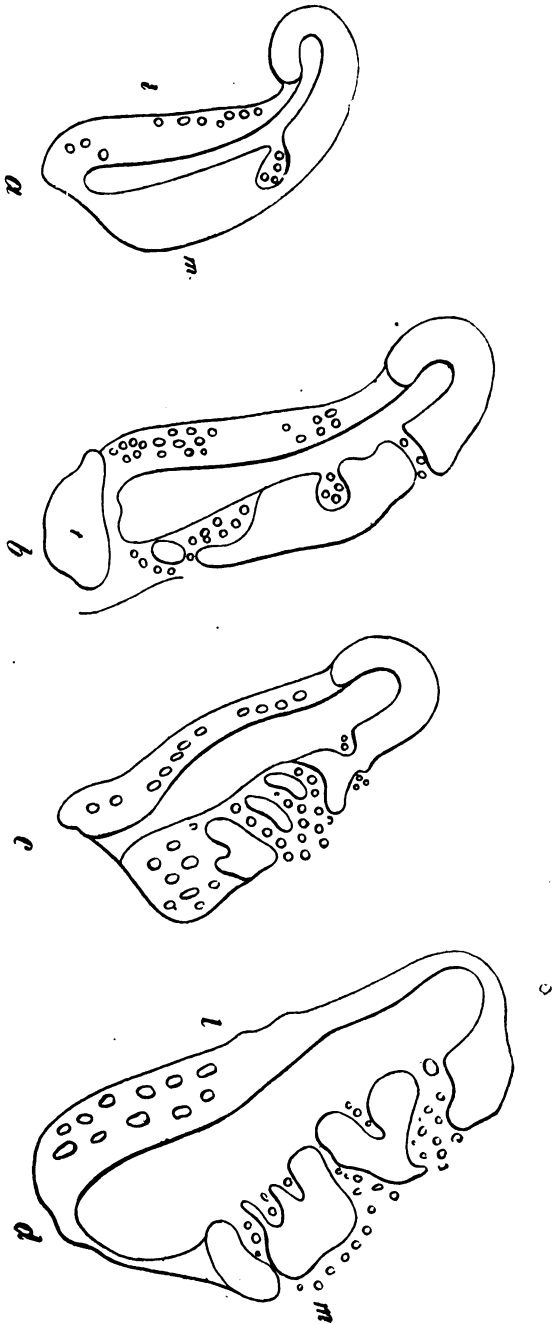
An anderen, mehr lateralwärts gelegenen Querschnitten beobachtet man, dass die Knorpelstücke bald an ihrer vorderen, bald an ihrer hinteren Seite unter einander zusammenhängen. Die Drüsen liegen bald in vorderen Nischen des Knorpels und hängen diesfalls mit den Drüsen der Schleimhaut zusammen, bald befinden sie sich in Vertiefungen und Spalten an der hinteren Tubenseite, die mehr oder minder tief den Knorpel durchsetzen.

In dem lateralen Theile der Tuba, wo in Folge der gut ausgebildeten Einrollung des Tubenhakens eine Gliederung des Tubenlumens in eine Hilfsspalte und ein Sicherheitsröhrchen deutlich zu erkennen ist, verringert sich die Zerklüftung des Knorpels allmählig. Man findet hier nur mehr buchtige Vertiefungen an der der Lichtung zugekehrten Seite des medialen Tubenknorpels, die endlich in der unmittelbar an die knöcherne Tuba grenzenden Partie des Knorpels ganz aufhören, so dass die Platte sammt Haken eine ungetheilte Masse repräsentirt.

Fasst man die Bilder der einzelnen Querschnitte zusammen, so zeigt sich, dass der Tubenknorpel eine lacunäre Beschaffenheit besitzt; es finden sich der Grösse nach variirende Hohlräume, welche von einem ein unregelmässig geformtes Netzwerk bildenden Knorpel umgeben werden.

Der Architectur nach gehört der zerklüftete Knorpel in die Gruppe der Knorpel mit faseriger Grundsubstanz.

Die laterale Tubenwand ist fibrös, in der seitlichen Hälfte dicker



[Fig. 9. Propithecus. Tubenquerschnitte. a* und b lateral, c und d medial.]

l — laterale, m — mediale Platte, t — basale Leiste,

[Die eingezeichneten Ringe repräsentieren das Drüsenverhalten. (Schematisch.)

als in der Nähe des Ostium pharyngeum, fett- und drüsenhaltig und stellenweise in Folge der Drüsenentwicklung ähnlich dem Knorpel zerklüftet. Das laterale Ende der Platte verdickt sich in der Nähe des Ostium tympanicum zu einer dicken, fibrösen, fetthaltigen Leiste, die im Laufe gegen das Ostium pharyngeum an Breite stetig zunimmt, so dass sie medial schon die ganze Breite des Tubenbodens in Anspruch nimmt (Fig. 9 b). Diese Leiste, welche durch eine verschmälerte fibröse Brücke mit dem zugespitzten unteren Rand der medialen Tubenplatte verbunden ist, wandelt sich nach innen zu in ein Knorpelstäbchen um.

Die Schleimhaut ist dick und enthält viele Drüsen.

Epithel abgefallen.

Der Levator und Tensor palati repräsentiren sich ähnlich wie beim Menschen; letzterer besitzt keinen Ansatz am Processus pterygoideus.

Simia troglodydes (Fig. 10).

Die Tuba hat mit der des Menschen die grösste Aehnlichkeit. Nahe dem Ostium pharyngeum ist die Einrollung des Tubenhakens noch nicht ausgesprochen, wohl aber im lateralen Antheile der Ohrtrompete. Hier bildet der Knorpel eine einheitliche, stark eingerollte

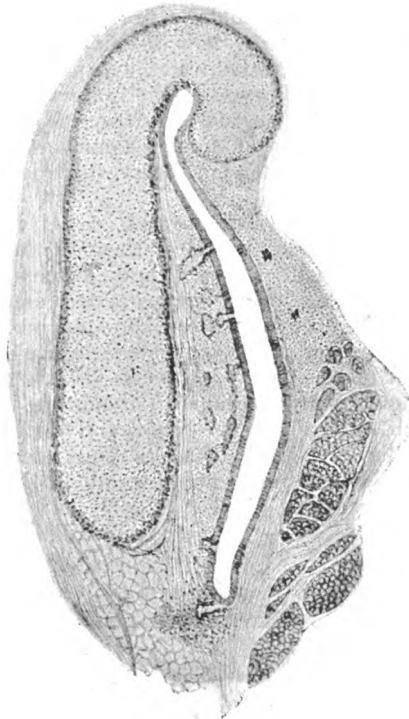


Fig. 10.

Platte, während medial der Haken durch eine drüsenhaltige Bindegewebsmasse von der medialen Tubenplatte abgetrennt ist. Die laterale Hälfte des Tubenbodens enthält ein Knorpelstäbchen. Dieses wie auch der übrige Knorpel ist hyalin, jedoch zeigt die Grundsubstanz eine asbestartige Zerklüftung.

Das Tubenlumen zeigt ein deutliches Sicherheitsröhrchen, dessen Schleimhautbegrenzung zart und drüsenlos ist. In der Hilfsspalte ist die Schleimhaut dick und drüsenreich, insbesondere an einer Stelle, wo die vom Haken getrennte mediale Tubenplatte stark verjüngt ist. Hier erstreckt sich überdies die Drüsenmasse bis unter den kaum gebogenen Haken. Schleimhaut an medialer Tubenwand und am Boden leicht gefaltet. An der lateralen Wand ist die Faltung eben nur angedeutet.

Die freie Schleimhautfläche trägt cylindrisches Flimmerepithel. —

Das Resumé der beschriebenen Details ergibt einige bemerkenswerthe Momente über die Structur der Tuba, das Verhalten des Knorpels zum Lumen und der Drüsen zu den Tubenwänden, die ich kurz zusammenfassen möchte.

Hinsichtlich der Structur der medialen Tubenwand zeigt sich, dass dieselbe ähnlich wie bei *Echidna* und *Macropus* auch bei *Phalangista* und *Phascolarctus* eine fibröse Beschaffenheit aufweist. Bei *Procyon* ist die mediale Tubenwand gleichfalls fibrös, doch treten in derselben auch schon Knorpelkerne auf. Beim Seehund, Schimpansen und bei *Propithecus* ist die mediale Tubenwand knorpelig.

Sehr auffallend ist die Form der Ohrtrompete beim Seehund, indem im Gegensatze zu den Tuben der anderen Säugethiere der Tubenknorpel oberhalb des Lumens zu liegen kommt, was überdies in Folge seiner Grösse in einem auffallenden Missverhältnisse zur Kleinheit der Lichtung steht.

Das Gefüge der medialen Tubenwand ist bei einigen der beschriebenen Thiere (am schönsten bei *Propithecus*), kein homogenes, da Drüsenmassen derart reichlich die Wand durchwachsen, dass diese letztere förmlich in ein Fachwerk umgewandelt erscheint. Dieses Verhalten kehrt beim Menschen wieder, indem wir auch hier häufig Drüsenconglomerate antreffen, welche stellenweise den Knorpel seiner ganzen Dicke nach durchsetzen: Ich weise diesbezüglich nur auf einen Fall hin, in welchem in der medialen Tubenhälfte an einer Stelle der Haken durch einen drüsenhaltigen Spalt von der Platte getrennt ist und in welchem ferner durch Drüsen eine dem Lumen zunächst liegende Schichte der hinteren Tubenwand in Form einer dünnen Scheibe abgespalten wurde.

VII. Jahresbericht vom 1. Januar 1895 bis 1. Januar 1896 aus dem Ambulatorium für Ohren-, Nasen-, Hals- und Mund- Krankheiten.

Von
Professor Dr. **Stetter**.

Im Jahre 1895 sind im Ganzen 1720 Kranke behandelt worden,
und zwar:

855 Ohrenkranke,
507 Nasen- und Halskranke,
317 Zahn- und Mundkranke,
41 an anderen Krankheiten Leidende.

Von diesen Patienten stammten

1137 aus Königsberg,
457 aus Ostpreussen,
22 aus Westpreussen, Pommern, Posen,
104 aus Russland.

Bezüglich des Alters und des Geschlechtes der im Jahre 1895
behandelten Patienten ergaben sich folgende Tabellen:

A. Ohrenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	11	7	18
1—10 Jahre	79	88	167
11—20 „	97	100	197
21—30 „	73	85	158
31—40 „	76	60	136
41—50 „	49	40	89
51—60 „	34	26	60
61—70 und darüber	9	21	30
	428	427	855

B. Nasenkranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	2	0	2
1—10 Jahre	12	26	38
11—20 „	25	55	80
21—30 „	12	37	49
31—40 „	13	24	37
41—50 „	13	11	24
51—60 „	6	8	14
61—70 und darüber	3	5	8
	86	166	252

C. Halskranke.

Alter	männlich	weiblich	Summa
unter 1 Jahr	1	1	2
1—10 Jahre	28	23	51
11—20 „	18	35	53
21—30 „	20	44	64
31—40 „	30	19	49
41—50 „	10	12	22
51—60 „	2	8	10
61—70 „	1	3	4
	110	145	255

Wie in den früheren Jahresberichten, habe ich in der folgenden Tabelle alle seit dem 1. Januar 1889 behandelten Ohrenkranken nach ihrem Lebensalter zusammengestellt und daraus ergibt sich wiederum das grosse Uebergewicht der Patienten im jugendlichen Alter.

Tabelle

der vom 1. Januar 1889 bis zum 1. Januar 1896 behandelten Ohrenkranken:

Alter	männlich	weiblich	Summa
1 Jahr	82	59	141
1—10 Jahre	739	681	1420
11—20 „	935	586	1521
21—30 „	534	529	1063
31—40 „	407	320	727
41—50 „	347	273	620
51—60 „	225	201	426
61 und darüber	136	174	310
	3405	2823	6228.

Es standen also beinahe ebenso viel Kranke in dem Alter von 1—20 Jahren als in dem späteren Alter von 21—60 und darüber; es ist jedoch eine Verschiebung zu Gunsten der zwei ersten Alters-Decennien insofern zu beobachten, als die Summe der vier letzten Decennien um 64 grösser ist, als die der zwei ersten, während im vorigen Jahre die letztere ein Plus von 31 ergab. Es wäre eine erfreuliche Thatsache, wenn man aus diesen kleinen Anfängen darauf schliessen dürfte, dass dem jugendlichen Alter von Seiten der Eltern und pract. Aerzte mehr Sorgfalt entgegengebracht wird, wenn es sich im Anschluss an die betreffenden acuten Infectionskrankheiten um Erkrankungen des Ohres handelt. Es ist eine unleugbare Thatsache, dass die weitaus grösste Mehrzahl dieser Kinder an einer chronischen eitrigen Mittelohr-Entzündung leidet, und es wäre eine überaus erfreuliche Erscheinung, wenn diese chronischen Ohreiterungen immer seltener würden, dadurch dass die Hausärzte sofort bei Beginn, im acuten Stadium, die richtige Therapie einleiteten, ja wenn durch geeignete Desinfectionsmittel, durch Gurgelungen, Pinselungen, Insufflationen der Nasenrachenraum derartig gereinigt würde, dass von ihm aus eine Infection des Mittelohres nicht stattfinden und auf diese

Weise der schlimmste Feind — die Diphtheritis — unschädlich gemacht werden könnte! — Mit aufrichtiger Freude habe ich die Arbeit von Schwarz¹⁾ begrüsst, der den auch von mir in ausgedehntem Maasse angewendeten Sozodolpräparaten eine besonders günstige Heilwirkung gegen Diphtherie zuschreibt, und es ist mir in dieser Hinsicht besonders ein Fall im höchsten Grade lehrreich, in dem es sich um eine postdiphtherische, sehr profuse Mittelohreiterung handelte, welche unter Behandlung mit Solut. natr. sozodol. und Insufflationen von Pulv. natr. sozodol. in 3 Wochen glatt ausheilte. Das betreffende Kind (7 Jahre alt) hat seit 6 $\frac{1}{2}$ Monaten seine Eiterung verloren, die allerdings nur sehr kleine Perforation im Trommelfell ist geheilt und die Hörfähigkeit vollständig wiedergekehrt. Ein einziger solcher Fall lehrt mehr wie tausend andere, in denen vielleicht nach monate- oder jahrelanger Behandlung durch alle möglichen Mittel eine Besserung erzielt wird insofern, als die Eiterung zum Stillstand gebracht wird. Dann hat aber das Mittelohr stets schon so sehr gelitten, dass die Function nie und nimmermehr zur Norm zurückkehrt. Wenn irgendwo in der medicamentösen Therapie das „Cito“ angebracht ist, so ist es hier bei der Heilung der acuten Mittelohreiterungen; da heisst es: womöglich heilen, ehe durch den Eiterungsprocess tiefergreifende Veränderungen an den Gebilden des Mittelohres hervorgebracht werden; Veränderungen, welche neuerdings die Indication zu einer eingreifenden Operation abgeben, wobei von vornherein auf Wiederherstellung des Gehörs verzichtet werden muss. — Warum soll es denn nicht möglich sein, die Erkrankungen des Mittelohres im Anschluss an die acuten Infections-Krankheiten zu vermeiden, insoweit ihre Entstehung auf eine directe Fortpflanzung der Entzündungs- und Eiterungserreger vom Nasenrachenraum aus festgestellt ist? Wenn es gelingt, den Löffler'schen Diphtheriebacillus im Nasenrachenraum durch das Natr. sozodolicum zu tödten, so kann er auch nicht mehr schädigend auf das Mittelohr einwirken und diese hierdurch bedingte schwere Folgeerkrankung wird ausbleiben müssen. Wenn sie aber dennoch eingetreten ist, so wird eine frühzeitige Paracentese des Trommelfells und sofortige energische Behandlung mit Sol. natr. sozodol. event. per tubam und vom äusseren Gehörgang aus schneller heilen, als es bisher möglich gewesen ist. Herr College Dr. Schwarz in Constantinopel hatte die Güte, mir auf eine bezügliche Anfrage zu antworten, dass weder er, noch mehrere andere Collegen während oder nach der Diphtherie, welche mit Sozodol-Insufflationen behandelt worden war, Ohrerkrankungen in der Folge gesehen haben. Das ist jedenfalls eine sehr auffallende Thatsache; denn jeder Arzt, vor Allem jeder Ohren-Specialist weiss, wie gern sich eine acute eitrige Media an die Diphtheria faucium anschliesst, welche Gefahren für das Gehör, event. sogar für das Leben daraus erwachsen und wie schwer die Heilung derartiger eitriger Mittelohrentzündungen ist. Ich halte es daher für eine unerlässliche Pflicht des Arztes, gegebenen Falles sich nach den Vorschriften von Schwarz (l. c.) bei der Diphtherie-Behandlung zu richten und ebenso

¹⁾ Neue Vorschläge zur Prophylaxis und Therapie der Diphtherie. Wien. klin. Wochenschr. No. 43, 1895.

eine Soziodol-Behandlung einzuleiten, wenn eine postdiphtheritische Otitis media vorliegt.

Gleichfalls der gütigen Mittheilung des Herrn Collegen Schwarz verdanke ich die Nachricht, dass ein in Konstantinopel practicirender Ohrenarzt constatiren konnte, dass in den letzten Jahren mehrere postdiphtheritische Ohrerkrankungen in Behandlung kamen, bei denen das Soziodol keine Anwendung gefunden hatte.

Die genannten Thatsachen geben jedenfalls genügenden Grund zu der Ueberlegung, ob nicht das Soziodol hier prophylactisch wirkt, und es sollte um so mehr seine Anwendung niemals unterlassen werden, als es keinesfalls jemals schädigenden Einfluss auf den Organismus haben kann.

Nach dieser kurzen, aber wie ich glaube gerade im Anschluss an die eitrigen Ohrerkrankungen im kindlichen Alter practisch wichtigen Abschweifung auf das therapeutische Gebiet, kehre ich nun zum eigentlichen Jahresbericht zurück.

Die behandelten Krankheitsformen waren folgende:

A. Ohrenkrankheiten.

	R.	L.	D.	Sa.
Weichtheil-Abscesse der Muschel und hinter dem Ohre	3	2	—	5
Eczem der Muschel	4	8	1	13
Congenitales Katzenohr	1	—	—	1
Cerumen	48	34	28	110
Corpora aliena	14	9	—	23
Polyp des Gehörganges	3	2	—	5
Periostitis proc. mast.	9	3	—	12
Vulnus meat. aud. ext.	1	—	—	1
Otitis externa diffusa	46	27	5	78
Otitis externa circumscripta	21	21	3	45
Perforatio myring. traumatica	—	5	—	5
Obsolete Perforation	17	11	6	34
Myringit. acuta haemorrhagica	57	48	14	119
„ chron. desquamativa	8	8	1	17
„ „ purulenta, granul.	29	30	4	63
„ „ sicca	24	24	23	71
„ „ bullosa	2	—	—	2
Verkalkungen im Trommelfell	2	1	2	5
Sclerose der Mittelohrschleimhaut	7	17	24	48
Otitis med. catarrhalis	41	26	49	116
„ med. chron. purul. c. perfor. myringis	88	67	37	192
„ med. chron. purul. c. perfor. myringis et c. granul.	32	11	5	48
„ acuta	8	7	3	18
Tubencatarrh	2	5	4	11
Labyrinth-Leiden	3	6	12	21

B. Nasen-Krankheiten.

Eczema nasi	21
Acne rosacea.	10
Furunkel	4
Corpora aliena	3
Congelatio	1
Ulcus septi	3
Schleimpolypen	17
Chondroma septi	1
Hochgradige Septum-Scoliose	30
Rhin. hypertrophicans (reine Schleimhaut- Hypertrophie)	199
Rhin. atrophicans und Ozaena	33
Rhin. catarrh.	78
Epistaxis	12
Rhino-pharyngit. cat.	36.

C. Mund- und Hals-Krankheiten.

Tuberculöse Lymphdrüsen	3
Furunkel	4
Glossitis	32
Tonsillar-Abscesse	3
Tonsillen-Hypertrophie	4
Angina tonsillaris	60
Pharyngitis granulosa	107
Laryngitis acuta und chronica	113
Stimmband-Polypen	4
Stimmband-Parese	4

Ausserdem wurden an 317 Kranken 433 Zahnextractionen gemacht, so dass also im Ganzen

1720 Kranke

im Ambulatorium, und zwar meistens unentgeltlich, behandelt wurden.

Bezüglich der Wechselbeziehung zwischen dem Ambulatorium und den Aerzten, welche demselben Patienten überwiesen haben, ist derselbe Modus wie früher beibehalten worden, dass nämlich den betr. Aerzten stets ein kurzer Bericht über den Kranken bez. über Diagnose und Therapie erstattet wurde. — Wenn auch aus dieser Einrichtung sowohl mir wie dem protocollführenden Amanuensis eine grosse Mehrarbeit erwächst, so möchte ich doch im Interesse der Herren Collegen und der Kranken nicht davon abgehen; denn erstere müssen dadurch wenigstens etwas von der Ohrenheilkunde lernen, die sie vom Universitäts-Studium her nur vom Hörensagen kennen, und für die Kranken muss ein Nutzen daraus hervorgehen, weil sehr viele von ihnen nicht bis zum Ende der Kur in Behandlung des Ambulatoriums bleiben können. Es ist mir in dieser Hinsicht ein erfreuliches Zeichen für das Wachstum des ärztlichen Interesses an den Ohrenkranken und somit auch an der Ohrenheilkunde überhaupt, dass sich die Zahl der ärztlichen Berichte über diese und jene Veränderungen im Krankheitsverlaufe der qu. Patienten von Jahr zu Jahr mehrt. Ebenso unbedingt,

wie ich jeden brieflichen Verkehr — bezüglich der Behandlung — mit dem Patienten grundsätzlich ablehne, eben so gern trete ich mit den behandelnden Aerzten in Correspondenz und freue mich, wenn ich Directiven für die Behandlung geben kann, selbstverständlich aber nur dann, wenn ich den Kranken wenigstens ein Mal vorher selbst gesehen habe.

Es wurden im Ambulatorium folgende

Operationen

ausgeführt:

Abscess-Eröffnungen am äusseren Ohre	6
Ohr-Polypen-Extraction	5
Muschel-Plastik (Katzenohr ²⁾)	1
Wilde'sche Incisionen	9
Ecrasement des Antrum mast.	4
Necrosis ossis petrosi, Necrotomie	1
Nasenpolypen-Extraction	17
Cauterisationen:	
bei Schleimhaut - Hypertrophie der Nasen-	
muscheln	28
bei Pharyngit. granulosa	62
Ecrasement adenoider Vegetationen im Nasen-	
rachenraum	15
Sarcom der Schädelbasis, Exstirpation mit Spal-	
tung der Nase	1
Teleangiectasien septi, Cauterisation	4
Scoliosis septi, Excision eines dreieckigen Stückes	1
Cavernoma nasi, Exstirpation	1
Tonsillotomie	4
Lymphomata colli, Exstirpation	1
Tonsillar-Abscesse	3
Tumor am Zungengrunde, Cauterisation	1
Halsabscesse	2
Ulcus (Carcinom?) der Wangenschleimhaut (Ex-	
stirpation	1
Empyema antr. Highmori	1
Necrosis mandibulae, Necrotomie	1

169.

Im Anschlusse an die Operationstabelle seien mir einige nähere Erläuterungen gestattet.

Wie durch meine Erfahrungen in den früheren Jahren, so bin ich auch in diesem Jahre wieder von der Nützlichkeit der Wilde'schen Incision bei Entzündungen in der Regio mastoidea überzeugt worden. Bei den neun Kranken, bei denen die genannte Incision gemacht wurde, handelte es sich um eine Periostitis auf dem Proc. mastoideus im Anschluss an eine chronische Otitis media purulenta. In fünf Fällen war Fluctuation nachzuweisen und es entleerte sich dementsprechend Eiter aus der Incisionswunde, der Knochen erwies sich aber durchaus gesund,

²⁾ Arch. f. Ohrenheilk., Bd. 39, pag. 101.

so dass ich mich nicht genöthigt sah, das Antrum mastoideum zu eröffnen. Zugleich mit der Incisionswunde heilte auch die eitrige Mittelohrentzündung aus. — Das Ecrasement des Antr. mastoideum machte ich vier Mal, weil zwei Mal eine Knochenfistel in das Antrum hineinführte und zwei Mal sich der Knochen nach Entfernung des Periostes auffallend blau und wenigstens anscheinend etwas elastisch zeigte. Nachdem hier durch einen Meisselschlag die dünne Corticalis durchtrennt war, entleerte sich in beiden Fällen relativ viel Eiter. Auch bei diesen Patienten heilte die Otitis media zugleich mit der Incisions- resp. Trepanations-Wunde. Alle die zuletzt genannten Operirten stellen sich mir auf meinen ausdrücklichen Wunsch von Zeit zu Zeit wieder einmal vor, damit ich kontrolliren kann, ob die Eiterung aus dem Ohre nicht etwa wieder eingetreten ist und um Hörprüfungen vornehmen zu können. Sie sind bis jetzt (März 1896) bis auf eine meist nur sehr geringe Gehörsschwäche geheilt geblieben. Ich kann demnach von meiner im vorjährigen Jahresbericht³⁾ ausgesprochenen Ansicht nichts zurücknehmen, dass man die Wilde'sche Incision zu sehr unterschätzt und dass die Bereitwilligkeit, die Warzenzellen und den Schädel resp. das Mittelohr zu eröffnen, eine zu grosse ist⁴⁾. Die Wilde'sche Incision muss bei allen Periostitiden des Proc. mastoid. in Folge von acuter oder chronischer Mittelohrentzündung jeder Zeit der erste operative Eingriff sein.

Hinsichtlich der Operationen im Nasenrachenraum verdient besondere Erwähnung eine 52jährige Patientin mit einem weichen Riesenzellensarcom, das, von der Schädelbasis ausgehend, in die Choanen hineingewuchert war und neben heftigen Blutungen sehr starke Athembeschwerden hervorrief. Bei der Digital-Untersuchung vom Nasenrachenraum aus fiel sofort die sehr weiche Consistenz auf. Der Finger gelangte ohne jeden Druck in ein schwammiges, ungeheuer leicht zerdrückbares, sehr blutreiches Gewebe. Es ergab sich daraus, dass man es nicht mit einem der gewöhnlichen Fibrosarcome zu thun haben könne, die aus der Flügelgaumengrube stammen und zu deren Entfernung von Langenbeck die osteoplastische Oberkieferresection angegeben hat, sondern es war mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Tumor breitbasig auf der Basis cranii aufsässe und ein ganz weiches, sehr blutreiches Myxosarcom sein müsse. Dass man von den natürlichen Nasenöffnungen aus dem Tumor nicht würde ausreichend beikommen können, war von vornherein klar, daher spaltete ich die Nasenöffnungen nach oben bis zur knöchernen Nase mit dem Messer und diese selbst mit der Knochenzange, liess die Nasenflügel weit auseinander halten. Der Finger gelangte nun leicht bis zur Basis des Tumors auf der unteren Fläche des Keilbeines. Bei überhängendem Kopfe ging ich nun rasch mit einem grossen scharfen Löffel ein und schabte die Geschwulst möglichst radical vom Keilbein ab. Die enorm starke Blutung erforderte ein sehr schnelles Operiren, und als ich nichts mehr von Geschwulstmassen fühlen konnte, tamponirte ich das ganze Operationsgebiet fest

³⁾ Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1895, No. 4.

⁴⁾ V. Lange, Langenbeck's Archiv, Bd. 47.

mit Jodoformgaze, deren Enden ich theils zum Munde, theils zu den Nasenöffnungen herausführte, nachdem die Wundränder hier wieder vereinigt waren. Am fünften Tage post operationem entfernte ich die Tampons, ohne dass eine Nachblutung eintrat. Drei Wochen nach der Operation reiste Patientin nach Hause, sie ist aber, wie ich erfahren habe, etwa ein halbes Jahr darauf gestorben — angeblich an einer Lungenentzündung — wohl Lungenmetastasen. Die Operation war für mich als Chirurgen noch insofern besonders interessant, als ich klar daraus entnehmen konnte, dass man Geschwülste, welche von der Basis des Keilbeines ausgehen, sehr gut radical entfernen kann, wenn man nur die Nasenbeine osteoplastisch resecirt; denn oft genug wird man es mit compacteren Tumoren zu thun haben, deren radicale Entfernung eo ipso leichter gelingt, als so weicher Sarcome, wie es in dem in Rede stehenden Falle vorlag. Ich glaube nicht, dass mich hier eine osteoplastische Oberkieferresection besser zum Ziele geführt hätte. Da die Kranke bis zu ihrem Tode aber nicht mehr über Beschwerden von Seiten der Nasenathmung geklagt hat, so glaube ich auch annehmen zu dürfen, dass die Operation in der That eine radicale gewesen ist; denn sonst hätte in einem halben Jahre in loco operationis sicher ein Recidiv auftreten und wieder zu den alten Beschwerden führen müssen.

Das Ecrasement der adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum habe ich entweder mit dem Finger oder mit dem Sichelmesser gemacht. Nur ausnahmsweise habe ich dabei die Chloroform-Narcose angewendet und bei hängendem Kopfe operirt. — Die hinterher manchmal recht kräftige Blutung stand in allen Fällen von selbst in kurzer Zeit, zur Reinigung des Nasenrachenraums und als Adstringens lasse ich jetzt etwa 2—3 Wochen lang eine 1procentige Lösung von Zinc. sozodol. durch die Nase in den Nasenrachenraum stäuben, was sich alle Kinder sehr gern gefallen lassen, manche sogar gern selbst ausführen. Nur bei grösseren, ganz wilden und ungeberdigen Kindern ziehe ich die Narcose in Anwendung.

Im nächsten Jahresberichte werde ich Erfahrungen über die Behandlung der adenoiden Vegetationen mit starken Resorcinlösungen mittheilen können.

In der Art der Cauterisation der Schleimhauthypertrophie der Nasenmuschel habe ich mein Verfahren gegen früher geändert, und wie ich glaube, in empfehlenswerther Weise.

Ich habe die Flächen-Cauterisation ganz verlassen und die stichförmige an ihre Stelle gesetzt. Um die mehr weniger ausgedehnte Zerstörung der Schleimhaut zu vermeiden und um eine event. mögliche Verwachsung der Wundflächen der cauterisirten Muschel mit der durch die Glühhitze an einer circumscripten Stelle zu Grunde gegangenen Septumschleimhaut ganz sicher zu vermeiden, habe ich besonders bei sehr stark verdickten Schleimhäuten mit einem spitzen Brenner einen Canal parallel der Muschel-Knorpel-Fläche zwischen dieser und der dicken Schleimhaut gebrannt, dadurch die Schleimhaut selbst geschont und durch die spätere Narbencontractur doch eine Erweiterung des Nasenganges erreicht. Es ist bei dieser Operations-Methode auch nicht nothwendig, einen Tampon hinterher in die Nase einzulegen, um die Bildung einer Verwachsung mit der Septumschleimhaut zu verhindern.

Der in der Operationstabelle aufgeführte Fall eines Tumors am Zungenrunde war ein breitbasig aufsitzendes Papillom, welches anscheinend von einer Papilla circumvallata ausgegangen war und eine pilzförmige Wucherung darstellte, welche von einem dunkelrothen Wall umgeben war. Im Laufe der Jahre habe ich mehr und mehr auf die hyperplastischen Veränderungen achten gelernt, welche in der Region der Papillae circumvallatae nicht selten auftreten und als der einzige sichtbare Grund für einen fortwährenden Hustenreiz aufzufinden waren.

Fast immer erstrecken sich diese Hyperplasien bis zur Epiglottis herab und umgeben als mehr weniger dicke Wülste das Ligamentum glosso-epiglotticum medium. Einzelne derselben, die in der vorderen Region des hinteren Zungenabschnittes lagen und als isolirte, mehrere Millimeter hohe Geschwülstchen die Umgebung überragten, habe ich direct mit der Scheere abgeschnitten.

Was schliesslich noch die Behandlung der Krankheiten des Ohres anlangt, so bin ich auch im verflossenen Berichtsjahre ein treuer Anhänger der Sozodol-Präparate geblieben. Ueber die Behandlung der Myringitis chronica sicca mit Acid. sozodol. habe ich mich an anderer Stelle⁵⁾ ausführlich ausgesprochen, aber auch bei eitrigen Otitiden ist wie bisher das Natr. und Kalium sozodolicum in Anwendung gezogen worden. Gegen Granulationen hat sich das Hygrargyrum sozodol. ausgezeichnet bewährt, das allerdings wegen der mit seiner Anwendung verbundenen heftigen Schmerzen nur in beschränktem Maasse in Gebrauch gekommen ist.

Aus der III. medicinischen Klinik des Herrn Professor
von Schrötter.

Primäres Carcinom an der Bifurcation der Trachea.

Von

Dr. Karl Ehlich.

Mit zwei Abbildungen.

Die bisher veröffentlichten Fälle von primärem Carcinom der Trachea sind so wenig zahlreich, dass es mir nicht unangemessen erscheint, die casuistische Literatur über diesen Gegenstand um einen Fall zu bereichern, der auf der III. med. Klinik durch längere Zeit in Beobachtung und Behandlung stand.

Anamnese.

A. G., 65 Jahre alt, Bildhauer, Vater des Patienten starb an Cholera, die Mutter in hohem Alter an Altersschwäche.

Eine Schwester starb an einer dem Patienten unbekanntem Krankheit, eine andere lebt und ist gesund.

Sechs Kinder des Patienten starben in früher Jugend, vier leben und sind gesund.

⁵⁾ Klin. Vorträge a. d. Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie, Bd. I, Heft 6.

Patient selbst ist nach seiner Angabe früher niemals ernstlich krank gewesen.

Erst vor zwei Jahren im Winter erkrankte er mit Husten und Heiserkeit an einem Kehlkopfcatarrh, der sich nach sechswöchentlicher Behandlung etwas besserte, jedoch hustete Patient späterhin immer noch, wenn auch im Sommer die Beschwerden abnahmen. Dabei war sein Kräftezustand vollkommen unversehrt, so dass Patient ohne jede Mühe seiner Beschäftigung nachgehen konnte.

Im nächsten Winter nahm der Husten wieder zu, wobei weisser Schleim ausgeworfen wurde. Im Februar wurde die Stimme etwas tonloser, wenn sich Patient nicht sehr zum Lautreden anstrengte. Seit dieser Zeit bemerkte er, dass er beim Stiegensteigen und anderen körperlichen Anstrengungen etwas kurzathmig wurde, seit drei Monaten sei beim Athemholen ein Geräusch vorhanden. Da sich dieser Zustand langsam, aber stetig verschlechtert, sucht Patient die Ambulanz auf. Er bekommt Jodnatrium ordinirt, nach dessen Gebrauch der Husten und Auswurf leichter von statten gegangen sein soll. Diese Besserung dauert jedoch nicht lange an, und sollen in der letzten Zeit die ausgehusteten Schleimklumpen auch mit Blut gemengt gewesen sein, und hierzu kommt noch, dass Schlingbeschwerden auftreten, indem feste Speisen nach Angabe des Patienten im Halse stecken bleiben und erst nach Einnahme von Flüssigkeit herabgeschwemmt werden, worauf Patient, wie er sich ausdrückt, wieder Luft bekommt. Zum Zwecke der Linderung dieses Zustandes sucht Patient Ende Juli 1895 das Spital auf.

Lues wird geleugnet und sind keine objectiven Anhaltspunkte für dieselbe vorhanden.

Status praesens vom 31. Juli 1895.

Patient ist mittelgross, von mässig entwickeltem Knochenbau, mittelmässiger Muskulatur, geringem Unterhautfettgewebe. Körpergewicht 53 kg. Die Haut ist von normaler Farbe, das Gesicht gebräunt. Cyanose nicht bemerkbar.

Oedeme bestehen nicht.

Die Haut ist von normaler Feuchtigkeit, ihre Temperatur nicht erhöht.

Kopf mesocephal, die sichtbaren Schleimhäute von normaler Farbe. Zunge feucht, nicht belegt, wird gerade vorgestreckt.

Pupillen etwas weit, beiderseits gleich, reagiren träge auf Licht-einfall und Accomodation.

Hals mässig lang, von normaler Breite, keine Struma, keine abnormen Pulsationen. Halsgruben mässig tief. In der Nackengegend, links deutlicher als rechts, Gruppen von Lymphdrüsen, von denen keine Bohnengrösse erreicht.

Thorax entsprechend lang und breit, gut gewölbt; Athmung tief, erschwert, findet mit Zuhilfenahme aller Auxiliarmuskeln statt, von einem lauten und längeren inspiratorischen und einem kürzeren expiratorischen Stenosengeräusche begleitet, vorwiegend abdominal.

Herzstoss weder sicht- noch tastbar.

Herzdämpfung verkleinert, und zwar beginnt sie am unteren Rande der IV. Rippe, überragt den linken Sternalrand nicht nach rechts, und

begrenzt sich ungefähr einen Querfinger innerhalb der Mamillarlinie im V. I.-C.-R. Herztöne an allen Östien rein und scharf begrenzt. Ueber der Aorta der zweite Ton accentuirt.

Puls rhythmisch, etwas frequent, normal gespannt.

Das Arterienrohr etwas rigid, gut gefüllt.

Die rechte Radialis etwas weicher, schlechter gefüllt, der Pulschlag findet in beiden Radiales gleichzeitig statt.

Percussion der Lungen. Links vorn und rückwärts heller, voller Schall in den normalen Grenzen. Nach rechts vom rechten Steralrande von der Clavicula bis zur III. R. eine etwa zwei Querfinger breite Zone etwas gedämpften Schalles, im Uebrigen normaler Lungenschall. Die Auscultation der Lungen ergiebt verschärftes Vesiculärathmen mit Pfeifen und Giemen. Daneben über beiden Lungen die stenotischen Geräusche hörbar, die das Athmungsgeräusch beim tiefen Athmen verdecken.

Abdomen etwas über dem Niveau des Thorax nirgends druckempfindlich, keine Resistenz wahrnehmbar.

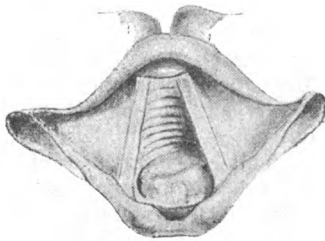
Die Leberdämpfung beginnt am unteren Rande der V. R. und überragt den Rippenbogen nicht.

Die Milz nicht vergrößert.

Im Harne, der von ganz normalem Aussehen ist, spec. Gew. 1018, keine pathologischen Bestandtheile.

Patient gewöhnt sich sehr leicht an die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel. Der tracheoscopische Befund, von Professor von Schrötter bei Sonnenlicht aufgenommen, lautet:

Larynx in Bezug auf Form und Motilität vollständig normal. Die Bifurcation der Trachea erscheint durch einen Tumor verbreitert, und zwar derart, dass vom Lumen des rechten und linken Bronchus ein ganz kleiner Spalt sichtbar ist. Der Tumor besteht aus zwei Theilen, die sich in der Frontalebene treffen, und von denen der an der hinteren Trachealwand ausgehende in den linken Bronchus hinein einen Fortsatz sendet. Die Schleimhaut der Trachea ist oberhalb des Tumors



Figur 1.

blassgelblich. Der Tumor selbst ist intensiv geröthet, auf seiner Oberfläche sieht man feine Gefäßverzweigungen. Die Figur 1 zeigt das tracheoscopische Bild von Herrn Dr. R. Heller nach der Natur aufgenommen.

In den nächsten Tagen klagt Patient über Schlingbeschwerden

und Husten. Der Auswurf ist schleimig und mit reichlichen Luftblasen durchsetzt.

Der Kräftezustand des Patienten ist ziemlich gut. Untertags hustet Pat. beinahe gar nicht, die Athmung auch in der Ruhe erschwert und geräuschvoll.

Es wird eine Arsen-Medication mit Solut. Fowleri begonnen.

Das Befinden des Patienten bleibt ziemlich gleich. Der Husten macht nur mitunter eine interne Anwendung von Morphinum nothwendig.

Das tracheoscopische Bild ändert sich nicht.

Nach einem Monate, am 1. September, ist das Gewicht dasselbe wie bei der Aufnahme, 53 kg. Die Arsen-Medication wird fortgesetzt. Am 5. September hustet Patient in der Nacht zum ersten Male etwas Blut aus, das dem Schleime beigemischt ist.

Auch in diesem Monate zeigt sich keine Veränderung im objectiven Befunde der Trachea sowohl, als auch der übrigen Organe.

Am 20. September ist das Körpergewicht 52,5 kg.

Am 1. October bekommt Pat einen Anfall von heftiger Athemnoth mit Erstickungsgefühl. Eine Morphinum-injection, sowie Inhalation mit Ol. juniperi verschafft ihm Erleichterung.

Die Differenz der Radialpulse, die schon oben erwähnt wurde, ist deutlicher geworden.

Das Sternum, sowie beiderseits eine Zone von 1½ cm daneben bis zum II. I.-C.-R. schnell gedämpft. Schmerzhaftigkeit daselbst besteht nicht.

Das tracheoscopische Bild ist im Allgemeinen dasselbe. Der rechte Bronchus ist auf einen schmalen Schlitz verengt, der linke ist bedeutend weiter.

Die Athembeschwerden nehmen zu.

Das Sputum ist oft blutig tingirt, stark eitrig, zähe. Die microscopische Untersuchung desselben ergiebt keine specifischen Geschwulstelemente.

Am 11. October wieder ein heftiger stenotischer Anfall, der durch beinahe eine Viertelstunde anhielt. Morphinum-Injection.

Das tracheoscopische Bild hat sich insofern geändert, als die beiden Wülste, die in der Gegend der Bifurcation von vorn und hinten kommend sich in der Mitte begegnen, viel deutlicher hervortreten und eine gut wahrnehmbare Niveaudifferenz erkennen lassen. Die Furche, welche durch ihr Zusammentreten gebildet wird, ist viel schärfer ausgesprochen, aber so wie früher frontal gestellt.

Durch den Tumor wird das Lumen des rechten Bronchus zum grössten Theile verlegt, desgleichen sieht man den Tumor in das Lumen des linken Bronchus sich vorwölben und hineinragen. Das Lumen des linken Bronchus ist weiter, als das des rechten. Die Farbe der Tumorstülpe jetzt düster roth, Ulcerationen auf denselben nicht sichtbar. Eine Pulsation ist an den Tumoren nicht wahrnehmbar. Die übrige Trachealschleimhaut etwas röther, als in der Norm.

Larynxbefund vollkommen normal.

Patient spricht in einer hohen Flüsterstimme.

Der Auswurf in den letzten Tagen sehr reichlich, eitrig, zeitweilig

mit blutigen Beimengungen, enthält keine Tuberkelbacillen, auch sind Tumorelemente nicht nachweisbar.

Der Kräftezustand des Patienten verschlechtert sich, Pat. kann kaum einige Schritte gehen. Die Athemnoth ist hochgradig.

Körpergewicht am 11. October 50,5 kg.

21. October. Patient verfällt zusehends. Trotz reichlicher Morphiundarreicherung subcutan kann Pat. infolge der Athemnoth nur wenig schlafen. Auswurf reichlich, vom früheren Aussehen. Der Trachealtumor, dessen Gestalt sich nicht geändert hat, ist mit blutigem Schleime bedeckt, und an der Trachealwand bemerkt man kleine Stellen, von denen aus Blutung erfolgt. Gewicht 49 kg.

23. October. Pat., der bisher fieberlos war, hat heute eine Morgentemperatur von 38,6.

Ueber dem linken Unterlappen rückwärts eine geringe Dämpfung. Stechende Schmerzen in dieser Gegend.

Abendtemperatur 38,8. Die Dämpfung hat an Ausdehnung und Intensität zugenommen und einen tympanitischen Beiklang.

24. October. Die Dämpfung intensiver, in den unteren Partien derselben Bronchialathmen. Auswurf reichlich, blutig, in demselben grosse Mengen von Fränkel-Weichselbaum'schen Diplococcen.

25. October. Die Dämpfung ganz ausgesprochen, über derselben lautes Bronchialathmen, im Inspirium nach dem Stenosengeräusche sehr scharfes Knistern. Temperatur afebril, dabei der Puls sehr frequent, gespannt.

27. October. Der Zustand des Patienten sehr schlecht. Die Pneumonie besteht in derselben Ausdehnung fort.

30. October. Tentamen suicidii durch mehrere Stiche in die linke Brustseite. Aus einer der Stichwunden im IV. I.-C.-R. erfolgt eine starke Blutung, die durch einen Compressionsverband gestillt wird. Es tritt Hautemphysem der linken Brustseite auf. Keine Symptome von Pneumothorax.

Patient hustet eine grössere Menge ganz reinen Blutes aus.

Patient wird ziemlich schnell sehr blass, der Puls klein und frequent, kalter Schweiss auf der Stirne. Somnolenz.

In der Nacht auf den 31. October ist Pat. sehr unruhig, wirft sich hin und her.

Am 31. October erfolgt nach längerer Agone mit lautem Trachealrasseln der Exitus letalis.

Die klinische Diagnose lautete: Tumor tracheae et mediastini. Pneumonia lab. inf. sinistr. Arteriosclerose. Vulnus scissum pulmon.

Die pathologisch-anatomische Diagnose von Professor Weichselbaum war:

Constringirendes, derbes Carcinom (Scirrhus) an der Bifurcation der Trachea, auf die beiden Bronchi und die Muskulatur des Oesophagus übergreifend, mit hochgradiger Stenose der Trachea und der beiden Bronchi und Perforation in den Oesophagus.

Pneumonie des linken unteren Lungenlappens, umschriebene Pleuritis und beginnende Pneumonie des rechten Unterlappens.

Trübe Schwellung der Leber und Nieren.

Geringer acuter Milztumor.

Zwei penetrirende Brustwunden der linken Seite mit Verletzung der linken Lunge, des Herzbeutels und der linken Herzhälfte, und consecutiver Hämorrhagie in den Herzbeutel und in die linke Pleurahöhle, und Hautemphysem.

Obductionsprotocoll.

Körper mittelgross, kräftig gebaut, mager. Hals schlank, Thorax gut gewölbt, auf seiner linken Hälfte in der Umgebung der Brustwarze fünf lineare, in schräger Richtung gestellte, etwas über 1 Ctm. lange Continuitätstrennungen der Haut mit vertrocknetem Grunde. In der genannten Ausdehnung fühlt man bei Druck ein Knistern. Das Unterhautbindegewebe daselbst, sowie das Bindegewebe zwischen den grossen und kleinen Brustmuskeln von geronnenem Blute durchsetzt. Im V. I.-C.-R. der linken Seite, drei Querfinger nach aussen von der Mittellinie, eine lineare, quer verlaufende, die Zwischenrippenmuskulatur und die Pleura durchsetzende Continuitätstrennung, welche in die linke Brusthöhle geht. Die linke Lunge ist an den meisten Stellen, auch an der Stelle der Continuitätstrennung, der Pleura angewachsen. An dieser Stelle ist die Oberfläche des linken Oberlappens mit locker geronnenem, schwarzrothen Blute bedeckt, ferner finden sich grössere, dunkelrothe Blutklumpen zwischen der Basis dieser Lunge und dem Zwerchfell. Die linke Lunge ist an ihrer medialen Fläche zum grossen Theile mit dem Herzbeutel verwachsen, und nahe einer solchen Verwachungsstelle findet man, entsprechend der zuvor beschriebenen Continuitätstrennung der Pleura, eine quer verlaufende, in den Herzbeutel eindringende, scharfrandige, spitzwinklige Continuitätstrennung des Pericards. Im Herzbeutel selbst theils flüssiges, theils geronnenes schwarzflockiges Blut. An der Vorderfläche des linken Ventrikels, zwei Querfinger oberhalb der Spitze und unmittelbar nach aussen vom Sulcus longit. ant. findet sich ebenfalls eine querverlaufende, kaum 1 Ctm. lange, lineare Continuitätstrennung des Epicards und der oberen Schichten des Myocards. Gegenüber der Continuitätstrennung des Herzbeutels findet sich an der medialen Fläche des linken oberen Lungenlappens ebenfalls eine lineare, aber etwas kürzere Continuitätstrennung der Pleura, welche sich in einen Wundcanal fortsetzt, der in schiefer Richtung nach oben und aussen die Substanz des linken oberen Lungenlappens durchsetzt und an der Vorderfläche dieses Lappens mit einer ebenfalls linearen Continuitätstrennung endet. Der Wundcanal ist durch ein schwarzes Coagulum vollständig verstopft. Im IV. I.-C.-R. der linken Seite findet sich ebenfalls eine die Zwischenrippenmuskulatur und die Pleura durchsetzende lineare Wunde. Der linke Herzventrikel contrahirt. Im rechten Ventrikel und in den Vorhöfen sind lockere Blut- und Faserstoffgerinnungen. Das Herzfleisch etwas leicht zerreislich und blassbraun. Die Klappen zeigen ausser leichten Verdickungen keine Veränderung.

Die Aorta ascendens ist in geringem Grade gleichmässig erweitert. Ihre Intima nur an einzelnen Stellen leicht verdickt und gelblich gefärbt. Die rechte Lunge ist im Bereiche ihres Oberlappens stellenweise angewachsen. Entsprechend der oberen Hälfte der hinteren Fläche des rechten Oberlappens ist die Pleura mattglänzend, von sehr zarten Fibringerinnungen bedeckt. Dieser Stelle entsprechend sind die

hintersten Partien dieses Lappens verdichtet, und von einer reichlichen schaumigen Flüssigkeit durchsetzt. Stellenweise erscheint die Schnittfläche dieser Lungenpartie selbst feinkörnig, nahezu luftleer und rothbraun. Die übrigen Partien der rechten Lunge sind lufthaltig, die Randpartien leicht gedunsen, emphysematös. Der Unterlappen der linken Lunge, welcher mit der Costalpleura vollständig verwachsen ist, erscheint in seiner ganzen Ausdehnung leberähnlich hart, luftleer, auf der Schnittfläche fein granulirt, graubraun.

Die Bronchialverästelungen in diesem Lappen, selbst die grösseren, enthalten weiche, gelbe, zum Theile mit Eiter gemengte Fibrinpfropfe. Die Schilddrüse klein, feinkörnig, rothbraun. Die Schleimhaut des Larynx dünn und mit Ausnahme der Epiglottis gut incirt.

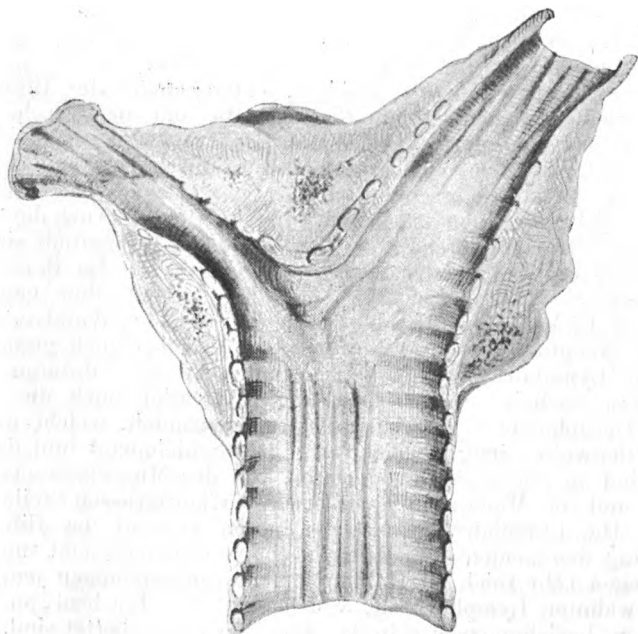
Die Trachea ist an der Bifurcationsstelle stark verengert. Die Verengung wird bewirkt durch ein flaches Neoplasma, welches nicht allein an der Bifurcationsstelle sitzt, sondern auch in beide abgehende Bronchi sich fortsetzt, und zwar in beiden in einer Längenausdehnung von 2 cm.

Das Neoplasma substituirt nicht blos die Schleimhaut, sondern theilweise auch die übrigen Theile der Wand der Trachea, beziehungsweise der Bronchi. An den peripheren Partien überragt das Neoplasma das Niveau der angrenzenden Schleimhaut nur um einige Millimeter, und in den centralen Partien ist es sogar etwas vertieft. Die Schleimhaut ist im Bereiche des Neoplasma stellenweise sehr dünn, so dass letzteres an diesen Stellen mit weisser Farbe durchschimmert. An den anderen Stellen ist die Schleimhaut noch etwas dicker und stark incirt. Im rechten Bronchus erstreckt sich das Neoplasma auch bis zum Abgange des ersten Astes von demselben.

An der Vorderwand der Trachea, entsprechend der Bifurcation, ist das umgebende mediastinale Bindegewebe mit der Trachea innig verwachsen und sehr derb. Die Wand der Trachea erreicht daselbst eine Dicke von fast 1 cm, wobei sie theilweise durch das Neoplasma substituirt wird. Letzteres erscheint auf der Schnittfläche sehr derb, grauweiss, und giebt nur einen spärlichen, milchigen Saft. Auch die übrigen Partien der Wand der Trachea an der Stelle der Bifurcation sind verdickt, ebenso die Wände der angrenzenden Bronchi. Im Bereiche der Trachea ist die Wand noch fast 1 cm dick, nimmt aber gegen die Bronchi an Dicke allmählig ab. Auch hier ist die Wandverdickung durch das Neoplasma bedingt, in welchem daselbst auch pigmentirte, sehr derbe Lymphdrüsen eingebettet sind. An der hinteren Fläche der Trachea erscheint entsprechend der Bifurcation auch die Muscularis des Oesophagus in die Aftermasse umgewandelt, welche aber daselbst stellenweise eitrig erweicht ist. Die Schleimhaut und die Submucosa sind an dieser Stelle ödematös, von der Muscularis etwas abgehoben, und die Mucosa an einer etwa hanfkorngrossen Stelle durchbrochen. Die Lymphdrüsen, welche in der Gegend der Bifurcation und entlang den beiden Bronchen liegen, erscheinen nicht umgewandelt, dagegen sehr reich an Kohlenpigment, ausgenommen jene schon früher erwähnten Lymphdrüsen, welche mit der Trachealwand innig verwachsen, beziehungsweise in das Neoplasma eingebettet sind. Oberhalb des Neoplasma ist die Schleimhaut an der hinteren Wand der

Trachea in mehrere schmale Längswülste gelegt, und diesen entsprechend etwas verdickt. Desgleichen zeigt die Schleimhaut der beiden Bronchen unterhalb des Neoplasma mehrere dicht nebeneinanderliegende, schmale Längswülste, in deren Bereich sie ebenfalls verdickt ist. Diese Längswülste sind zwar auch noch weiter abwärts zu verfolgen, nehmen aber an Dicke und Breite ab. Die Lymphdrüsen am Halse sind nicht verändert. Die Leber etwas stärker convex, ihre Consistenz in geringem Grade vermindert, ihre Structur stellenweise un- deutlich, grösstentheils hellbraun, und an einzelnen oberflächlich ge- legenen Stellen gelblich gefärbt. Die Gallenblase ist hochgradig ge- schrumpft und enthält in ihrer Höhle eine dickliche eitrige Flüssigkeit. Die Wand der Gallenblase ist stark verdickt, der Ductus cystic. aber durchgängig. Die Milz ist leicht vergrössert, die Pulpa etwas weicher und chocoladebraun. Das Stroma deutlich sichtbar. Magen und Darmcanal zeigen keine Veränderung. Beide Nieren ziemlich gross, ihre Oberfläche an den meisten Stellen leicht granulirt, die Rinde relativ schmal, weich, graugelblich; die Marksubstanz ebenfalls blasser.

In Figur II sieht man die Trachea und die beiden Bronchien von vorn aufgeschnitten und sind die Grenzen des Tumors, sowie die Ver- engerung der Trachea und der Bronchien in der Abbildung sehr gut erkennbar. Auch diese Zeichnung verdanke ich der Güte des Herrn Dr. R. Heller, wofür ich ihm meinen besten Dank ausspreche.



Figur II.

Aus der vorangegangenen Krankengeschichte ergibt es sich, dass ein 65 Jahre alter Mann, der bis dahin immer gesund gewesen sein soll, vor zwei Jahren mit leichteren Symptomen eines Catarrhes der oberen Luftwege erkrankte, dass sich bei ihm vor einem Jahre allmählig Athembeschwerden einstellten, die im Anfange nur bei körperlichen Anstrengungen, später auch in der Ruhe sein Leiden bildeten. Die Athemnoth nimmt in der Zeit seines dreimonatlichen Spitalaufenthaltes rasch zu, Patient hustet häufig und magert sichtlich ab. Es stellen sich Anfälle von Husten mit Erstickungsgefühl ein, der Kranke kommt ganz von Kräften und während einer intercurirenden Pneumonie macht er seinem Leben ein Ende. Die schon im Beginne seines Spitalaufenthaltes auf Grund des Kehlkopfspiegelbefundes gestellte Diagnose: Verengung der Trachea durch eine an der Bifurcationsstelle sitzende Neubildung, wird durch die Autopsie bestätigt.

Dies ist in grossen Zügen der Inhalt der Krankengeschichte, den ich der Besprechung der einzelnen Symptome vorausschicke. Der Beginn des Leidens mit allmählig zunehmender Athemnoth, die im weiteren Verlaufe sehr hohe Grade erreichen kann, sowie das Auftreten von Erstickungsanfällen, wenn die Krankheit ihrem Ende naht, ist allen bisher beschriebenen Fällen gemeinsam, und ist die Ursache nicht zweifelhaft. Bezüglich der Erstickungsanfälle ist zu bemerken, dass dieselben durch eine Verlegung des ohnehin schon eng bemessenen Lumens der Luftwege durch zähes Secret zu Stande kommen, und direct zum Ende führen können, wie in einem Falle von Oestreich beschrieben ist. Inhalationen mit *Ol. junip. et terebinth.* brachten in unserem Falle immer etwas Erleichterung. Dem langsamen Zustandekommen der Stenose ist es zuzuschreiben, dass zuletzt durch Angewöhnung an ein sehr geringes Sauerstoffquantum Verengungen der Trachea vertragen werden, die mit dem Fortbestande des Lebens nicht vereinbar scheinen. So ging in unserem Falle die Athmung durch einen ganz schmalen Spalt im rechten Bronchus und durch ein gewiss auf ein Viertel der normalen Weite reducirtes Lumen des linken Bronchus vor sich.

Die Athmungsfrequenz war erhöht, doch überschritt sie niemals die Zahl von 32 Athemzügen in der Minute und hält sich gewöhnlich zwischen 24 und 26 Athemzügen. Dieses Verhalten ist ungewöhnlich, indem in der Regel bei Stenosen der grösseren Luftwege die Athmungsfrequenz etwas vermindert sein soll.

Die Dyspnoe war vorwiegend inspiratorisch.

Die Stimme war schon bei der Aufnahme des Patienten beim gewöhnlichen Sprechen ziemlich hoch, tonlos, eine Flüsterstimme. Bei angestrengtem Sprechen gewann sie Anfangs noch etwas Klang, späterhin blieb sie auch dann tonlos.

Der Husten nahm mit der fortschreitenden Krankheit zu. Der Auswurf, immer sehr reichlich, war zuerst schleimig-eitrig, späterhin rein eitrig und mit Blut untermengt und zeigte endlich die rostbraune Farbe eines pneumonischen Sputum.

Auch bei wiederholter sorgfältiger Untersuchung, zu der ja das Ergebnis der Tracheoscopie aufforderte, wurden keine Elemente, die eine histologische Diagnose der Neubildung ermöglicht hätten, aufgefunden, was durch den Mangel von Excrescenzen oder exulcerirten

Stellen erklärlich ist. Im Uebrigen ist es, wie ich aus der Literatur ersehe, auch bei exulcerirten Carcinomen bisher nicht gelungen, im Sputum die charakteristischen Elemente zu finden.

Von Gerhardt¹⁾ und von Oestreich²⁾, bei dem auch eine vollständige Literaturangabe der bisher publicirten Fälle von primärem Trachealkrebs zu finden ist, wird darauf hingewiesen, dass das Auftreten des Hustens mit Auswurf vor dem Beginne der Stenosenerscheinungen für die Diagnose Lues spricht, während ein Verhalten, wie in unserem Falle, bei Carcinom, besonders wenn es exulcerirt, häufig vorkommt.

Schlingbeschwerden waren in meinem Falle ebenfalls vorhanden. Sie traten erst in dem dritten Monate vor dem Exitus auf und bestanden in Schmerzen beim Schlucken fester Speisen. Von einer Sondirung des Oesophagus wurde abgesehen, da das zu erhoffende diagnostische Resultat zu der Gefahr der Perforation in einem zu grossen Missverhältnisse stand. Ein Steckenbleiben von Bissen kam niemals vor, entsprechend dem anatomischen Befunde, der keine Stenose des Oesophagus, sondern nur eine Perforation der Neubildung in demselben ergab. Das ziemlich späte Auftreten von Schlingbeschwerden kann differentialdiagnostisch insofern verwendet werden, als dadurch ein primäres Oesophaguscarcinom unwahrscheinlich gemacht wird. Bezüglich der Differentialdiagnose in unserem Falle ist zu bemerken, dass bei den ausserordentlich günstigen tracheoscopischen Verhältnissen mein Chef, Herr Professor von Schrötter, gleich im Beginne die Diagnose auf eine maligne Neubildung der Trachea stellte, wobei Anfangs die Entscheidung Sarcom oder Carcinom offen bleiben musste.

Wenn in unserem Falle die Erhebung des tracheoscopischen Befundes aus irgend einem Grunde nicht möglich gewesen wäre, dann hätte sich bei dem Vorhandensein der Dämpfung über dem Sternum, sowie bei der deutlichen Verschiedenheit des Radialpulses ein Aneurysma der Aorta als Ursache der Trachealstenose schwer ausschliessen lassen, wie ja denn in der That sich bei der Section eine Erweiterung der Aorta fand, die aber nicht so hochgradig war, um irgend welche Compressionserscheinungen hervorzubringen. Als es sich im späteren Verlaufe bei oft wiederholten Untersuchungen herausstellte, dass der Tumor sich so gut wie gar nicht änderte, jedenfalls nicht ein Wachsthum zeigte, das einem Sarcom znkommen müsste, dabei die Cachexie sehr in den Vordergrund der Symptome trat, entschied man sich für die Diagnose Carcinom der Trachea.

Sarcom wurde, wie gesagt, wegen des langsamen Wachsthums, Aneurysma, eine Diagnose, die sehr nahe lag, aus der Gestalt und der fehlenden Pulsation des Tumors ausgeschlossen. Gegen ein übergreifendes primäres Oesophaguscarcinom sprach die geringe Intensität und das späte Auftreten der Schlingbeschwerden. Ein comprimirender Lymphdrüsentumor, von den mediastinalen Lymphdrüsen ausgehend,

¹⁾ Gerhardt, Fall von Trachealkrebs. Deutsche med. Wochenschr. XIII, pag. 1024, 1887.

²⁾ Oestreich, Der primäre Trachealkrebs. Zeitschrift für klinische Medicin XXVIII, No. 23, 1895 (vollständige Literaturangabe).

war ebenfalls mit der circumscribten Gestalt und der Lage des Tumors nicht vereinbar.

Metastasen konnten auch bei der Section nicht nachgewiesen werden, nicht einmal die zunächst gelegenen Mediastinaldrüsen, mit Ausnahme derjenigen, die im Winkel zwischen den Hauptbronchien liegen und in die Neubildung einbezogen erscheinen, zeigten ein abnormes Verhalten.

Wie ich aus der diesbezüglichen Literatur ersehe, ist die Diagnose auf primäres Carcinom der Trachea intra vitam bisher nur in zwei Fällen von Schrötter³⁾, und in je einem Falle von Fischer⁴⁾ und Gerhardt⁵⁾ gestellt worden, und es wäre somit unser Fall als der fünfte dieser Art einzureihen, wenn man vom Falle II bei Oestreich absieht, von dem kein Obductionsbefund vorliegt.

Herr Professor Weichselbaum hatte die besondere Liebenswürdigkeit, die diesbezüglichen histologischen Präparate durchzusehen, wofür ich ihm hiermit meinen ergebensten Dank ausspreche. Er konnte aus diesen Präparaten Folgendes feststellen: Das Neoplasma erweist sich bei der microscopischen Untersuchung als ein zellarmes, derbes Carcinom (Scirrhus), das heisst, es besteht aus kleinen, schmalen, nicht selten spaltenförmigen Alveolen mit kleinen Krebszellen und sehr reichlichem, nur mässig zellreichen fibrösen Stroma. Das Carcinom sitzt nicht nur in der Schleimhaut, sondern breitet sich vorzugsweise in der Submucosa und den tieferen Schichten aus. Als Ausgangspunkt des Carcinoms können mit grosser Wahrscheinlichkeit die Schleimdrüsen angesehen werden. Wenn auch an den verschiedenen Schnitten keine Stellen gefunden werden konnten, die in vollkommen überzeugender Weise für die erwähnte Entstehungsart sprechen, so fanden sich doch solche Stellen, in denen von den Schleimdrüsen bloss die Ausführungsgänge oder Reste derselben erhalten waren, während die Acini theilweise oder ganz durch Krebsalveolen substituirt erscheinen. Diese Partien ragen deutlich über das Niveau derjenigen Partien hervor, in denen die Schleimdrüsen noch vollständig erhalten sind.

Hierzu bemerke ich, dass nach den einschlägigen Literaturangaben die fibrösen Carcinome der Trachea seltener sind, als die medullaren Formen.

Zum Schlusse erfülle ich eine angenehme Pflicht, indem ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor von Schrötter, für die Förderung dieser Arbeit durch seine Rathschläge meinen besten Dank ausspreche.

³⁾ Schrötter, Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 9. November 1877. Laryngologische Mittheilungen, 1871, pag. 86.

⁴⁾ Fischer, Beiträge zur Casuistik der Trachealstenosen durch maligne Neoplasmen. Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 1882, No. 12.

⁵⁾ l. c.

Zur Autoscopie des Kehlkopfes.

Von C. Ziem.

The river of Lethe runs as well above
ground as below. Bacon.

In seinen interessanten Arbeiten über Autoscopie der tieferen Theile des Rachens, des Kehlkopfs und der Luftröhre¹⁾, d. h. also die directe Besichtigung dieser Theile ohne Hilfe eines Spiegels, hat Herr College Kirstein offenbar übersehen, dass ein in mehrfacher Beziehung ähnliches, allerdings nicht in gleichem Maasse ausgebildetes Verfahren schon im Jahre 1865 von Voltolini angegeben und, im Gegensatze zu gelegentlichen Notizen früherer Autoren, in systematischer Weise geübt worden ist. Nach Voltolini wird die Zunge mittelst eines Tuches weit aus dem Munde hervorgezogen und dann mit einem knieförmigen, so tief als möglich abwärts gleitenden Spatel hinter gedrückt, so dass bei der so hervorgerufenen Würgebewegung der Kehldeckel in die Höhe steigt und in einer Reihe von Fällen nun sammt den Lig. aryepiglottic. und den Aryknorpeln deutlich übersehen werden kann. Noch wirksamer sei es, durch den Spatel oder das Operationsinstrument selbst die Würgebewegung hervorzurufen, während man mit dem aussen zu beiden Seiten des Kehlkopfs aufgesetzten Mittel- und Ringfinger der linken Hand den Kehlkopf nach oben hebt, bei gleichzeitiger Fixation der Zunge mittelst des Daumens und Zeigefingers derselben Hand. In dieser Weise hat Voltolini bei einer alten Dame eine tief im Pharynx sitzende, am Eingange des Oesophagus festgespiesste und mit dem oberen Ende gegen den Kehldeckel hin gerichtete Gräte wahrgenommen und mittelst einer langen Pincette, ohne Spiegel, entfernt; so hat er ferner bei einem 12-jährigen, tracheotomirten Knaben sogar die Intubation der Glottis vor Aerzten demonstribirt, indem bei Reizung des Zungengrundes mittelst einer Sonde der Kehldeckel und der contrahirte Eingang des Kehlkopfs zum Vorschein gekommen ist, so dass man mit der Sonde nun in letzteren eingehen und die Sonde dann von aussen her in der Luftröhre erblicken konnte. Auch erhält man nach Voltolini manchmal eine noch deutlichere Ansicht vom Eingange des Kehlkopfes, wenn man den Kehldeckel mittelst eines Stäbchens (V.'s Kehldeckelstäbchen) nach vorn umbiegt, und V. zweifelt nicht, dass man in manchen Fällen der Art, nach Gewöhnung des Kranken an den Reiz, noch tiefer in den Kehlkopf wird hineinblicken können, sowie dass das Verfahren besonders auch in der Kinderpraxis von Werth sei²⁾. Im Jahre 1879 hat Voltolini sein Verfahren nochmals besprochen und dasselbe auch zur Ausführung seiner Schwammoperation empfohlen, indem man nach Sichtbarmachen des Kehldeckels in der angegebenen Weise mit dem an dessen Rückenfläche angelegten Schwamm nur in den Kehlkopf hineinzugleiten brauche³⁾. Ob er das mit Anwendung des Kehldeckelstäbchens verbundene Verfahren in den letzten Jahren seines Lebens, durch Anwen-

1) Vergl. bes. dessen zusammenfassende Darstellung. Berlin, O. Co-blentz, 1896.

2) Galvanocaustik. 1872, S. 71.

3) Rhinoscopie, S. 143.

dung von Cocain oder in anderer Weise noch weiter ausgebildet hat, ist mir nicht bekannt.

Wenn nun Kirstein selbst erwähnt, dass es neuerdings häufig vorkomme, dass schon bei der gewöhnlichen Pharyngoscopie, beim Niederdrücken der Zunge mit einem, etwa dem Fränkel'schen, Spatel sofort „die ganzen Aryknorpel und ein Stück der Stimmbänder, manchmal gleich die Bifurcation“ zu sehen seien, „was früher nie geschehen sei“: so ergibt sich hieraus wohl mit Bestimmtheit, dass er Voltolini's Verfahren zum Sichtbarmachen der Aryknorpel bez. des contrahirten Kehlkopfeinganges nicht gekannt hat. Obschon also das von Kirstein ausgebildete Verfahren von dem Voltolini's in mehrfacher Beziehung abweicht, besonders auch darin, dass bei dem Ersteren die Zunge nicht aus dem Munde herausgezogen und eine Würgebewegung nicht absichtlich hervorgerufen, das Nachvorndrücken des Zungengrundes hier auch in zweckmässigerer Weise und mit geeigneteren Spateln vorgenommen wird, während das Anheben des Kehlkopfes von aussen her, und zwar „zur Vergrösserung des autoscopischen Gesichtsfeldes“ manchmal auch von Kirstein angewendet wird: so ist das Problem, Theile des Kehlkopfes ohne Spiegel zu besichtigen, doch bereits von Voltolini nicht nur in Angriff genommen, sondern sogar schon bis zu dem Grade gelöst worden, dass selbst intralaryngeale Eingriffe in dieser Weise möglich gewesen sind. Selbstverständlich sollen die Verdienste Kirstein's um weitere Vervollkommnung der Autoscopie hiermit nicht geschmälert werden: aber in der Entstehungsgeschichte derselben darf neben der auch von Kirstein angeführten, im Jahre 1869 mitgetheilten Beobachtung Tobold's von directer Laryngoscopie der Name Voltolini's künftig nicht mehr fehlen.

Zur Würdigung der Verdienste des Letzteren auch auf diesem Gebiete sollten die vorstehenden Zeilen etwas beitragen, während durch Berücksichtigung der nun folgenden Bemerkungen die für eine Reihe von Fällen sicherlich werthvolle Methode Kirstein's vielleicht noch etwas vervollkommenet und vereinfacht werden kann. Allerdings wird oft genug, der Zeit und dem Orte nach, die Anwendung der electricischen Stirnlampe Kirstein's unerlässlich sein: dennoch sollte, wenn irgend möglich, auch bei diesem Verfahren das direct auffallende Sonnenlicht wieder mehr zur Geltung kommen. Und zwar aus zwei Gründen. Sowohl deshalb, weil dasselbe vermöge seiner stärkeren Intensität ein grösseres Gebiet auf einmal erleuchtet und daher auch hier ein übersichtlicheres Gesamtbild gewähren wird, als auch deshalb, weil man das directe Sonnenlicht, im Gegensatze zu jeder anderen Lichtquelle, auf den zu Untersuchenden in verschieden starkem Winkel auffallen lassen kann, je nach der Tageszeit, zu der man untersucht, so dass wenigstens ein Theil der von Kirstein eingehender gewürdigten, aus anatomischen Gründen, wie besonders Verschiedenheiten in der Grösse des Halses, der Weite der Mundhöhle, der Dicke der Zunge, der Gestaltung der Epiglottis, der Autoscopie so und so oft entgegenstehenden Schwierigkeiten bei directem Sonnenlichte wohl noch zu überwinden sein dürfte. In dieser Hinsicht sei erwähnt, dass in den Jahren 1880—1882, während meines Aufenthaltes in Alexandrien, in meiner am Ende einer Strasse belegenen Wohnung, deren nach Süden sowie nach Westen gerichtete

Fenster einen freien, durch Nachbarhäuser nicht gehemmten Blick über weithin sich ausdehnende Gärten und Palmenhaine gestatteten, laryngoscopische und rhinopharyngoscopische Untersuchungen bei direct auffallendem Sonnenlichte an dem nach Süden sehenden Fenster oft nur mit Schwierigkeit oder nur bei stärkerer Neigung des Kopfes des Kranken nach hinten oder auch selbst dann nicht gelungen sind, in den späteren Nachmittagsstunden aber, bei tieferem Stande der Sonne und bei dem dann in das nach Westen gerichtete Fenster in breitem Strom sich ergießendem Lichte mit überraschendster und erfreulichster Einfachheit von Statten gegangen sind. Natürlich kann man ja, bei hohem Stande der Sonne, von Süden her einfallendes Licht durch einen Spiegel reflectiren, doch hat die Untersuchung dann sofort etwas Steifes und Gebanntes und für alle derartigen Untersuchungen, auch für das Voltolini'sche und Kirstein'sche Verfahren, giebt es wohl kein schöneres und wirksameres, kein den Untersucher weniger störendes, kein idealeres Licht, als das von Westen her direct auffallende Sonnenlicht. Voltolini's Untersuchungszimmer in Breslau war nach Süden gelegen, so dass im Hochsommer, bei hohem Stande der Sonne, auch er des reflectirten Lichtes sich bedienen musste: doch würde ein nach Westen gerichtetes Fenster einen grösseren Theil des Jahres über eine noch bessere und bequemere Beleuchtung ihm gewährt haben, ein Mangel, auf den es, zum Theil wenigstens, vielleicht zurückzuführen ist, dass Voltolini sein Verfahren nicht zu der Vollendung geführt hat, zu der es nun von Kirstein emporgehoben worden ist. Freilich wird die Beschaffung einer solchen nach Westen sehenden und in ihrem Ausblicke durch gegenüberstehende Gebäude nicht behinderten Wohnung Schwierigkeiten oft genug bereiten, doch dürfte der Besitz einer solchen erst den ganzen Werth der Autoscopie, besonders auch in operativer Hinsicht, zur Geltung kommen lassen.

Danzig, den 27. Januar 1896.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 25. Februar 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Dr. Kaufmann.

Demonstrationen:

I. Dr. Kaufmann: Ein Fall von perisinuösem Abscesse mit Pyämie, geheilt durch Operation.

Ein 12jähriges Mädchen, seit Jahren ohrenleidend, bekam am 22. Januar d. J. plötzlich Schüttelfrost von angeblich halbstündiger Dauer, in den zwei darauf folgenden Tagen wieder Schüttelfröste, am 24. Tage angeblich Bewusstlosigkeit mit Erbrechen. Schlaflosigkeit, intensiver Kopfschmerz mit Schwindelgefühl.

Bei der am 25. Januar erfolgten Aufnahme in die Klinik des Prof. Politzer war Pat. somnolent, Temperatur 38,5, wiederholtes Erbrechen. Innere Organe normal; Seitens der Hirnnerven keine Erscheinungen. Rechtes Ohr gesund.

Linkes Ohr: Gehörgang mit dickflüssigem übelriechenden Eiter gefüllt, sehr eng, von Mittelohrbildern nichts erkennbar. Weichtheile des Warzenfortsatzes normal, jedoch an der Spitze etwas druckempfindlich, ebenso die Gegend knapp unterhalb des Warzenfortsatzes. Hörweite nicht eruierbar.

Bei der sofort vorgenommenen Operation (Radicaloperation) zeigte sich der Warzenfortsatz hyperämisch, in geringer Tiefe schon reichlich Eiter und durchfeuchtete schmutzig-graugrüne Cholesteatommassen. Nach Ausräumung der im Attic und im Mittelohre befindlichen weichen Granulationen und Cholesteatommassen (Gehörknöchelchen nicht sichtbar) wird der Sinus in seinem ganzen Verlaufe im Schläfebeine freigelegt. In der Umgebung des Sinus reichlich dickflüssiger Eiter, die Sinuswand etwas missfarbig, im Sinus jedoch deutlich flüssiges Blut nachweisbar. Deshalb wird die Eröffnung des Sinus nicht ausgeführt. Plastik der hinteren Gehörgangswand. Jodoformgaze-Verband.

Am nächstfolgenden Tage noch Temperatur 37,9, kein Schüttelfrost. Seither normale Temperatur. Normaler Wundverlauf.

II. Docent Dr. Gomperz stellt eine 23jähr., sonst wohlgebildete Patientin mit einer angeborenen Abnormität an den pharyngealen Tubenostien und Divertikelbildung am Rachendach vor.

An beiden Tubenostien, welche besonders rechts stark in den Nasenrachenraum vorspringen, verjüngt sich der obere Abschnitt des Wulstes, längs des äusseren Choanenrandes hinlaufend, kegelförmig, und weiter, am Rachendach fortlaufend, zu einer Leiste von 2 Mmtr. Breite; die beiden Leisten verschmelzen bei ihrem fast ganz symmetrischen Verlauf am Rachendach und bilden einen Bogen, der in seiner ganzen Ausdehnung so aussieht, als bestände er aus denselben Geweben, wie der Tubenwulst; auch erweist er sich als ebenso derb. Er springt 3—4 Mmtr. weit über das Niveau der Schleimhaut vor, so dass er einerseits die Choanen überdacht, andererseits die Bildung einer seichten Aushöhlung an der oberen Rachenwand von der Ausdehnung eines 10 Pfennig-Stückes begünstigt; daselbst zeigt sich die Schleimhaut glatt, ziemlich dünn, mit mehreren schlitzförmigen, scharfrandigen, in die Tiefe führenden Oeffnungen, von denen die eine, 4 Mmtr. lange, bis 2 Mmtr. breite, in der Medianlinie steht. Ein operativer Eingriff, sowie Lues waren nicht vorausgegangen. (Die genaueren Mittheilungen über diesen Fall sollen nach der Fertigstellung einer Abbildung in dieser Monatsschrift erfolgen.)

III. Prof. Politzer: Ueber Knochendefecte in der äusseren Atticwand.

Man hat die nach der totalen Zerstörung der Membr. Shrapnelli entstehenden Lückenbildungen im Attic auf die Entblössung des Knochens von seiner ernährenden Periostlage zu erklären versucht. Dies könnte allenfalls für die untere, zugeschärfte, dünne Knochenwand des Margo tymp. angenommen werden, keineswegs aber von der höhergelegenen dicken Atticwand, die von den Knochengefässen der oberen Gehörgangswand versorgt wird. Die von Walb vertretene Ansicht, dass eine primäre, eitrig Otitis des Margo tymp. die Ursache eitrig Entzündungen im Attic und ihrer Ausgänge in Caries der Atticwand

sein könne, ist durch nichts erwiesen. P. ist vielmehr der Ansicht, dass nach Blosslegung des Randes der Incisura Rivini bei der septischen Eiterung, die hier die Regel ist, die Entzündungserreger und Fäulnisscoccen in die Knochenräume eindringen und zum Zerfalle der Knochengewebe führen. Je länger die Eiterung dauert, in desto grösserem Umfange schmilzt der Knochen ein. Die Ausheilung des Eiterprocesses kann daher einmal mit einem kleinen, ein andermal mit einem colossalen Knochendefecte im Attic abschliessen.

P. demonstrirt mehrere hierauf bezügliche Präparate seiner Sammlung:

1) das Präparat einer 75jährigen Pfründnerin. Trommelfell intact. Membr. Shrapnelli zerstört. Oberhalb des Proc. brevis ein erbsengrosser Knochendefect in der äusseren Atticwand, durch den ein vom Gehörgange eingewandertes Cholesteatom sich hinter dem Hammeramboskörper in die Trommelhöhle hineinschiebt. In der Tiefe des Attic ist eine verästigte Bindegewebsmembran sichtbar;

2) das Präparat einer 88jährigen Pfründnerin. Hintere Trommelfellhälfte zerstört, die vordere, verdickte, mit dem Hammergriff zusammenhängende Trommelfellhälfte mit der inneren Trommelhöhlenwand in Contact. Ueber dem Proc. brevis ein grosser, zackiger Knochendefect, der sich auf einen Theil der hinteren Gehörgangswand ausdehnt und das Antrum mastoid. blosslegt. Im Attic und Antrum eingewanderte schmutzig-weisse Cholesteatommassen. Ost. tymp. tubae durch Bindegewebe verschlossen;

3) das Präparat eines unbekanntes Individuums (zufälliger Befund) mit grubigen Einziehungen des mit der inneren Trommelhöhlenwand verwachsenen Trommelfells. Ausgedehnter Knochendefect im äusseren Attic, durch den der freiliegende Hammerkopf sichtbar ist. Aehnliche Befunde, bei welchen der Amboskörper fehlt, sind auch von Gruber und Gomperz verzeichnet worden:

4) ein Präparat mit starker Verdickung und Pigmentirung des Trommelfells. Knochendefect in der Atticwand. Zerstörung des Ambos und des Hammerkopfes, der am Hammerhalse abgesetzt erscheint;

5) Präparat eines Phthisikers mit cariöser Zerstörung der Atticwand und des Tegmen tymp. Multipler Durchbruch der Dura mater und Exitus lethalis durch Meningitis;

6) decalcinirte Durchschnitte durch die Trommelhöhle. Von einem an acuter Pleuresie verstorbenen 13jährigen Mädchen. Zerstörung der Membr. Shrapnelli mit einem Theile der Atticwand. Verwachsung des Hammerkopf mit dem Tegmen tymp. und Adhärenz des Trommelfells mit der inneren Trommelhöhlenwand, wie sie auch von Hartmann bei Perforation der Membr. Shrapnelli beobachtet wurde.

Discussion:

Prof. Gruber macht darauf aufmerksam, dass er bereits vor einigen Jahren in der „Wiener allgemeinen medicinischen Zeitung“ einen Aufsatz über die secundären Ausweitungen („Ectasien“) im Schläfebeine publicirte, in welchem er die Theorie über das Zustandekommen derselben entwickelte. Speciell macht er darauf aufmerksam, dass am oberen Theile des inneren Randes vom äusseren Gehörgange das Trommelfell sein Gewebe direct von den Weichtheilen des Gehörganges

bezieht, dass an dieser Stelle kein Annulus cartilagineus sich befinde, die Trommelfellgefäße mächtiger sind, einerseits also das Gewebe, weil bluthaltiger, auch zu stärkeren Entzündungen disponirt ist und andererseits der Knochen nicht, wie an anderen Stellen des inneren Randes vom äusseren Gehörgange, durch den Annulus cartilagineus geschützt ist, daher auch leichter durch die Eiterung zerstört werden kann. Ein disponirendes Moment für die Infection am Antrum sei auch darin gegeben, dass der zur Bildung des Warzenfortsatzes bestimmte Theil der Schuppe mehr diploetische Substanz enthält und in den schon unmittelbar nach der Geburt nachweisbaren Zellenräumen gerade in diesem Theile die Infection durch eingelagerte Microben leichter stattfinden könne, wodurch eine Einschmelzung des Knochens hier um so leichter geschehe.

IV. Dr. Alois Kreidl, Assistent am physiologischen Institut des Prof. Exner, demonstirt eine Katze, bei welcher er vor einem Jahre beide Nervi acustici nach einer Modification der Ewald'schen Methode zerstört hatte. Die Operation geschah in der Weise, dass nach freigelegter Bulla mittelst Paquelins die Acustici vom Foramen rotundum aus im Meatus acusticus internus gleichzeitig mit dem N. facialis zerstört wurden. Wenn der Acusticus zerstört ist, zeigt sich noch während der Operation Abfließen von Liquor cerebrospinalis und horizontaler Nystagmus.

Nach einem Jahre zeigt das Thier noch folgende Symptome, die der Vortragende demonstirt: breitspuriger, hörbarer Gang, beständige Bewegungen des Kopfes, Ungeschicklichkeit beim Ergreifen der Nahrung, Ungeschicklichkeit beim Springen, verschiedene Gleichgewichtsstörungen. Fehlen der galvanischen Reaction.

Dr. Kreidl ist der Ansicht, dass diese Störungen auf einen Ausfall der Gleichgewichtsorgane im inneren Ohre zurückzuführen sind.

An diese Demonstration knüpfte sich eine Discussion, an welcher sich die Herren Politzer, Gruber und Kreidl beteiligten.

Dr. Ferdinand Alt: Sectionsbefund eines Falles von Morbus Ménièrei (Leukämie).

A. berichtet über eine gemeinsam mit Herrn Dr. Friedrich Pineles ausgeführte Arbeit. Ein 66jähriger Tagelöhner, der bis zum Winter 1894 nie ernstlich krank war und zu dieser Zeit über Kopfschmerz, Schwäche und hochgradige Mattigkeit zu klagen begann, wurde im Juni 1895 unter heftigem Schwindel und Ohrensausen bewusstlos und hatte, als er zu sich kam, das Gehör nahezu vollständig verloren. Ein totaler Verlust des Hörvermögens soll erst nach etwa 14 Tagen aufgetreten sein. Seither war Patient bettlägerig, wurde noch häufig von Schwindelanfällen befallen und suchte im Juli 1895 die I. medicinische Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses auf.

Daselbst wurde hochgradige Leucämia myelo-lienalis chronica diagnosticirt (2600000 rote auf 600050 weisse Blutkörperchen, circa 1:4, zahlreiche mononucleäre, grosse Leukocyten, Markzellen neben Lymphocyten, vereinzelt kernhaltige rote Blutkörperchen, colossaler Milztumor, sehr grosse Leber, ausgebreitete Hämatome). Die Ohrenuntersuchung ergab: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, getrübt, Lichtreflex verzo-gen. Stimmgabel C₂ wird vom Scheitel aus nicht percipirt. Vor

dem linken Ohre und vom linken Warzenfortsatze aus wird C₂, C₁ und C nicht gehört, vor dem rechten Ohre wurden nur die sehr stark angeschlagenen Stimmgabeln C₂, C₁ und C hochgradig verkürzt gehört, vom Knochen aus nicht percipirt. Sehr laute Sprache nur in unmittelbarer Nähe des rechten Ohres, links complete Taubheit. Stromstärken von 15—20 M.-A. sind nicht im Stande, beim Patienten Schwindel zu erzeugen.

Am 8. September 1895 trat der Exitus lethalis ein. Die Section ergab: Myelo-lienale Leukämie mit vereiterten leukämischen Hämatomen. Die beiden Schläfenbeine und der Hirnstamm wurden von A. und P. zur näheren Untersuchung übernommen.

Der Hirnstamm und der Nervus acusticus, nach der Weigert-Pal'schen Methode behandelt, bieten folgende Veränderungen dar: Im intramedullaren Verlaufe des Acusticus, sowohl in der lateralen, als in der medialen Acusticus-Wurzel, an zahlreichen Stellen theils kleinere, theils äusserst mächtige leukämische, kleinzellige Infiltrate. Namentlich zeigt sich die Austrittsstelle des Acusticus, dort wo die beiden Wurzeln zusammenstossen, stark infiltrirt, die Pia leicht verdickt und kleinzellig infiltrirt. An den Acusticusfasern ist stellenweise eine leichte Degeneration wahrnehmbar. Die Acusticuskerne, die hintere Vierhügelgegend, Kleinhirn zeigen keine pathologischen Veränderungen. Blutungen oder Reste von Blutungen sind nirgends nachweisbar.

Mittelohr völlig intact, Labyrinthbefund (Dr. Kaufmann) negativ (controlirt durch die Herren Proff. Gruber, Politzer und Weichselbaum); von den bisher beschriebenen leukämischen Veränderungen des Labyrinthes nichts nachweisbar, feinste Veränderungen können wegen etwas stärkerer Entkalkung der Präparate nicht absolut ausgeschlossen werden. In den bisher veröffentlichten Fällen betrafen die pathologischen Veränderungen entweder das Labyrinth (Politzer, Steinbrügge zwei Fälle, Lannois, Wagenhäuser) oder das Mittelohr (Gradenigo). Von Veränderungen des Acusticus ist in keinem dieser Sectionsbefunde die Rede und wohl hauptsächlich deshalb, weil eine Untersuchung des Acusticus, bezw. des Hirnstammes unterblieb. In diesem Falle wird demnach zuerst eine leukämische Infiltration des Acusticus nachgewiesen.

Da ferner in der ganzen Literatur kein Fall einer isolirten Acusticusaffection verzeichnet ist, die Morbus Ménièrei bedingt hätte, könnte dieser Fall als die erste diesbezügliche Beobachtung verzeichnet werden. Dass Ströme von 15—20 M.-A. beim Patienten galvanischen Schwindel nicht erzeugten, wäre wohl im Sinne der Pollak'schen Versuche, als Ausfallerscheinung durch Läsion des Coordinationsapparates zu deuten.

Discussion:

Prof. Gruber weist darauf hin, dass in den zahlreichen von ihm untersuchten Präparaten, die ihm von dem Vortragenden vorgelegt wurden, nirgends eine Spur des Corti'schen Organes vorhanden sei. So viele Präparate er auch während seiner langjährigen Thätigkeit zu untersuchen Gelegenheit hatte, wenn das Labyrinth überhaupt entwickelt war, zeigte sich doch immer an den microscopischen Präparaten mindestens eine Spur des Corti'schen Organes. In diesen Präparaten aber ist dasselbe wie wegrasirt, nirgends auch nur eine Andeutung davon, während sonst in dem Gehäuse des Labyrinthes Ab-

normitäten nicht nachweisbar sind. Auf Gruber mache die Sache den Eindruck, als ob bei der Entkalkung das Corti'sche Organ verloren gegangen wäre, und er möchte davor warnen, aus diesem Befunde zu schliessen, dass die leukämische Infiltration in dem betreffenden Falle bloss den Acusticus und nicht auch die Labyrinthgebilde betraf. Der Befund im Acusticus sei jedenfalls von hohem Interesse.

Alt erwidert, dass er das Hauptgewicht auf die leukämische Infiltration des Acusticus lege und die Frage, ob diese allein den Ménière'schen Symptomencomplex hervorgerufen hätte, als nur nebensächlich berücksichtigt habe.

Eingesendet.

Die verehrliche Redaction

ersuche ich sehr ergebenst um Aufnahme der folgenden Bemerkung zu dem in No. 2 Ihrer Monatschrift veröffentlichten Aufsätze von A. Ephraim. Den citirten Ausdruck „revolutionärer Process“ habe ich 15 Zeilen später dahin erläutert, dass „die Alleinherrschaft des Kehlkopfspiegels ernstlich bedroht“ ist. Ueber die Ausdehnung des dem Autoscope zukommenden Herrschaftsantheiles ist in diesem Satze nichts präjudicirt. — Nebenbei bemerkt, habe ich den Aufsatz, auf welchem Ephraim's Arbeit basirt, längst ausser Cours gesetzt (in dem Abschnitte „Literatur meiner Monographie: Die Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre“) — ein Umstand, der zur Zeit der Abfassung der Ephraim'schen Arbeit nicht vorausgesehen werden konnte, den ich aber jetzt, zur Zeit der Publication, hervorzuheben Anlass habe.

Berlin, 17. März 1896.

Dr. Alfred Kirstein.

II. Referate.

a) Otologische:

Zur diagnostischen Verwerthung der oberen und unteren Tongrenze, sowie des Rinne'schen und Schwabach'schen Versuches. Von G. Brunner in Zürich. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 3, 4)

B. bringt verschiedene kritische Bemerkungen vor, welche sich ihm bei der Verwerthung der functionellen Prüfungsmethoden, deren Werth er durchaus anerkennt, aufgedrängt haben. Zunächst ist derselbe der Ansicht, dass es sich bei der Knochenleitung nur zum kleinsten Theil um die Massenschwingungen des Trommelfells und der Gehörknöchelchen, hervorgerufen durch Reflex von den Wandungen des äusseren Gehörganges an dessen Luftsäule, handle, vielmehr fast lediglich um die Molecularschwingungen der Schädelknochen, des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen. Hierfür spricht ihm u. A. die Beobachtung, dass in Fällen von starker Trommelfellanspannung ein Stimmgabelton, welcher bei Luftleitung um einen halben bis ganzen Ton und noch mehr erhöht wahrgenommen wurde, durch Knochenleitung richtig gehört wurde, hier also eine wesentliche Betheiligung der Luftleitung in

obigem Sinne auszuschliessen ist. — Die Verstärkung der Knochenleitung bei Erkrankungen des äusseren und mittleren Ohres erklärt B. ausschliesslich durch Mitschwingen (Resonanz), die Bezold'sche Annahme einer vermehrten Spannung im schalleitenden Apparat reiche, wie Bezold ja auch selbst betont, nicht für alle Fälle aus. — Hinsichtlich der diagnostischen Bedeutung der oberen Tongrenze weist B. darauf hin, dass auch Affectionen im schalleitenden Apparate im Stande sind, die obere Grenze herabzusetzen, jedoch möchte er bei grösseren Differenzen (1,5 und mehr des Galton-Pfeifchens) allemal eine Erkrankung des schallempfindenden Apparates annehmen. Wiederholt fand sich nach Vornahme der Luftdouche die obere Tongrenze erhöht, seltener heruntergedrückt, in einem Fall von beiderseitiger Obstruktion durch Cerumen ziemlich starke Herabsetzung, die sich nach der Ausspritzung alsbald verlor. Auch bei der acuten Otitis media beobachtete B. in einem Falle einen ziemlich bedeutenden Defect an der oberen Grenze, der sich mit der fortschreitenden Heilung allmählig ausglich. — In Uebereinstimmung mit Bezold ist B. ferner auch bezüglich der diagnostischen Bedeutung der unteren Tongrenze, indem er einen zusammenhängenden Defect daselbst, insofern derselbe nur für die Luftleitung besteht, auf eine Störung des schalleitenden Apparates bezieht; dagegen hebt er hervor, dass nicht umgekehrt jede derartige Störung einen Ausfall an der unteren Tongrenze bedinge, wie dies Bezold behauptete. Letzterer hat jedoch in seiner jüngsten Auseinandersetzung über den Gegenstand (Ueberschau über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde, pag. 89) selbst schon gewisse bestimmte Einschränkungen in dieser Hinsicht gemacht, welche an betreffender Stelle nachzulesen sind.

Beim Rinne'schen Versuche weist B. auf im Uebrigen bekannte Abweichungen hin, die theils ihre Deutung als Mischformen von Erkrankung des schalleitenden und -percipirenden Apparates finden dürften, theils einer Erklärung noch nicht zugänglich sind. Die Angabe Bezold's, dass trotz intacter Schalleitung — R. bei einseitiger hochgradiger Schwerhörigkeit vorkommen könne, glaubt B. dahin ergänzen zu dürfen, dass ihm in den angeführten Fällen auf Grund einzelner Umstände gleichwohl ein Schluss auf Alterationen im Mittelohr, die eine Verstärkung der Knochenleitung zur Folge hatten, berechtigt erscheine.

Keller.

Die Ermittlung einseitiger completer Taubheit. Von Dr. Bloch in Freiburg i. B. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 3, 4.)

Zur Ermittlung einseitiger totaler Taubheit empfiehlt B. die Anwendung des binauralen Hörschlauches, ohne aber dieser Methode, wie irgend einer anderen, eine volle Sicherheit für alle Fälle zusprechen zu können. Auf das gläserne oder metallene Verbindungsstück eines gegabelten Hörschlauches, dessen beide langen Enden von hinten her in die beiden Gehörgänge des zu Untersuchenden eingesetzt werden, wird eine schwingende Stimmgabel aufgesetzt. Verschliesst man nun möglichst geräuschlos den zum total tauben Ohre führenden Schlauch, so wird der Ton im anderen Ohre lauter gehört, weil die ganze Schallmasse dorthin geleitet wird; besteht aber noch ein Rest von Gehör-

vermögen auf dem schwerhörigen Ohre, so wird beim Hören durch beide Schlauchenden der Ton binaural als subjectives Hörfeld in den Kopf hinein verlegt, beim Verschluss des zum erkrankten Ohre gehörigen Schlauches aber wird der Ton leiser und im gesunden Ohre selbst vernommen, beim Öffnen des Schlauches aber wieder stärker und im Kopfe. Es entsteht nämlich bei dem hier vorhandenen Hörrest durch das Hören mit beiden Ohren eine binaurale Schallverstärkung, welche beim einseitigen Verschluss und dadurch bedingtem monauralen Hören, wesentlich abgeschwächt wird. Einige Fälle illustriren den Werth des Versuches.

Keller.

Ein histologischer Beitrag zur Taubstummheit durch Otitis interna.

Von A. Scheibe in München. (Zeitschr. f. Ohrenheilkunde XXVII, 2.)

Bei einem an Scharlachdiphtheritis verstorbenen 8½ jährigen Taubstummenschüler ergab die Section der Gehörorgane neben frischer, mit der letzten Erkrankung im Zusammenhang stehender Entzündung der Mittelohrschleimhaut die Residuen alter abgeläufener beiderseitiger Labyrinthentzündung, und zwar in übereinstimmender Weise mit anderen bekannten Fällen: Neubildung von Bindegewebe und Knochengewebe besonders im Anfangstheil der Paukentreppe an der Einmündung des Aquaeduct. cochleae, sowie in den Bogengängen, weniger in der Schnecke und im Vorhof. In letzterem zeigt sich das Periost auf der Stapesfussplatte stark hypertrophirt bis zur Fixation des Steigbügels. An der Dura keine Veränderung, nur eine Verdickung an der unteren Wand des Meatus audit. internus. — Der Autor nimmt auch für diesen Fall nicht eine primäre Otitis int. an, sondern eine Fortleitung der Entzündung von einer Meningitis, wahrscheinlich durch den Aquaed. cochleae in's Labyrinth. Als wahrscheinliche Form der Meningitis wird, wie fast stets, auch hier die Cerebrospinalmeningitis angenommen. Die Angabe, dass Schultze in seinem bekannten Falle (Virchow's Archiv 119, 1) es unentschieden lasse, ob eine Meningitis oder eine der Poliomyelitis acuta gleichzusetzende cerebrale Erkrankung der Labyrinthaffection zu Grunde liege, dürfte dahin zu ergänzen sein, dass auch Schultze eine leichte, durch den Krankheitserreger der Poliomyelitis bedingte Meningitis annimmt und sich nur, in Uebereinstimmung mit Voltolini, gegen die übliche Annahme einer sporadischen Form der epidemischen Cerebrospinalmeningitis ausspricht, insofern der Beweis für eine solche Annahme in sehr vielen Fällen nicht erbracht sei.

Keller.

Labyrinthbefund eines Falles von Taubheit bei Leukämie. Von Prof. Dr. Wagenhäuser. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXIV, X.)

Der Fall betraf eine 35jährige Fabrikarbeiterin mit lienaler Leukämie, welche ungefähr 10 Monate nach dem Beginne der Krankheit, 8 Monate vor dem Tode beiderseits ertaubte. Die Section ergab: Aeusseres und mittleres Ohr normal.

Der Entkalkung leistete ein elfenbeinharder Knochenkern von ca. 3 Mmtr. Durchmesser, der sich durch die ganze Pyramide hinzog, hartnäckigen Widerstand.

Die histologische Untersuchung ergab beiderseits Extravasate, aus

rothen und weissen Blutkörperchen bestehend, in den Schnecken; solche Extravasate fanden sich auch im Vorhof, daneben aber schon neugebildetes Bindegewebe.

In den Bogengängen zeigten sich nebst Bindegewebsneubildung schon neugebildete Knochenmassen. Als Ursache dieser Veränderungen nimmt W. Hämorrhagie in's Labyrinth an. Gomperz.

Das Epithel der Cristae und Maculae acusticae. (Aus dem anatomischen Institut in Göttingen.) Von Dr. Otto Kaiser. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, XIV.)

Der Autor hat die Untersuchungen Retzius' über die Nervenendstellen der Ampullen und Bläschen des Labyrinthes einer Nachprüfung unterzogen, unter Benutzung der von Golgi eingeführten Methode der Erzeugung von Chromsilber in den Objecten.

Als Resultate dieser neueren Forschungen enthält die Arbeit eine genauere Beschreibung der Limitans, eine mit Hilfe der Chromsilberfärbung gewonnene, sehr schöne Darstellung der Epithelzellen, der Hüllen der Haarzellen und des Saftlückensystems, schliesslich die Behauptung, dass die Axencylinder der Acusticusfasern sich nicht in einzelne Fibrillen auflösen, wie Retzius es darstellte, sondern sich nur kelchförmig um die Haarzelle ausbreiten; der nervöse Kelch bestehe aus derselben hyalinen Grundsubstanz, wie der Axencylinder, in welche jene Granula eingelagert sind, die Retzius für Fibrillenquerschnitte ansieht. Gomperz.

Geschichte und Autopsie zweier tödtlich verlaufenen otitischen Hirnkrankheiten. Von H. Knapp, New-York. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVII, 1.)

K. bespricht zunächst einen Fall von chronischer Mittelohreiterung, welcher bis auf die letzten Stunden vor dem Tode, wo die Temperatur auf 40,7° C. stieg, fieberlos verlaufen war und ausser starken Kopfschmerzen und Schlafsucht während der letzten Wochen keine sonstigen Allgemeinstörungen hervorgerufen hatte. Die Section ergab einen ausserordentlich grossen Schläfelappenabscess von 8 Ctm. Länge und 6,5 Ctm. Höhe. Die Invasion war von der Paukenhöhle aus durch das Tegmen tymp. erfolgt.

In einem zweiten, einen 24jährigen Mann betreffenden Falle von acuter linksseitiger Mittelohreiterung (jedoch vielleicht ein acutes Recidiv einer früheren Otitis med. purul.), bei welchem trotz wiederholter eingreifender Operationen am Warzenfortsatz und Freilegung der erkrankten Mittelohrräume die Krankheitserscheinungen Seitens des Gehirns nicht nachliessen und auch wiederholte Craniotomie keinen Abscess nachweisen konnte, fand sich ein solcher auch bei der Section nicht, dagegen eitrige Leptomeningitis der Vorderlappen bis zur Mitte der Grosshirnconvexität; Basis und Rest der Grosshirnoberfläche frei. Interessant war ausserdem der Nachweis eines Senkungsabscesses von der Paukenhöhle aus entlang dem Semicanal pro tens. tymp. nach dem Nasenrachenraum hin, welcher während des Lebens nur Röthung der linken Gaumensegelhälfte und mässige Halsbeschwerden hervorgerufen hatte, welche auf einen Catarrh zurückgeführt wurden. K. ver-

muthet, dass die Leptomeningitis von diesem otitischen Retropharyngeal-Abscess aus entstanden sei, dadurch, dass die Eitererreger auf irgend einem Wege, am wahrscheinlichsten der Hypophysis cerebri entlang, in die Schädelhöhle gelangt seien. Die Möglichkeit einer derartigen Entstehungsweise einer eitrigen Hirnhautentzündung ex otitide verdient künftighin, wie Verf. betont, berücksichtigt zu werden in Fällen, wo die Untersuchung des Paukendaches oder der inneren Felsenbeinfläche keinen Defect nachweisen lässt. Keller.

Bericht über die in den beiden Etatsjahren 1890/91 und 1891/92 in der Poliklinik für Ohrenheilkunde zu Göttingen beobachteten Krankheitsfälle. Von Prof. Bürkner. (Archiv für Ohrenheilkunde, Band XXXIV, Heft XV.)

Es wurden 2357 Kranke behandelt mit 54,9 pCt. Heilungen und 19,4 pCt. Besserungen.

55,6 pCt. waren Erwachsene, 44,4 pCt. Kinder. 60,1 pCt. männlich, 39,9 pCt. weiblich.

Das äussere Ohr war in 21,6 pCt., das mittlere mit dem Trommelfell in 71,1 pCt., das innere in 2,7 pCt. betheilig. In der Operationstabelle fällt die grosse Zahl der Paracentesen auf.

Was die Resultate bei der Erprobung der neueren Medicamente betrifft, so lobt B. besonders das Jodtrichlorid in $\frac{1}{5}$ proc. Lösung als energisches Antisepticum. Weniger befriedigte das neutrale borsaure Natron, ebensowenig Lysol, Naphthol und Wasserstoffsuroxyd. Das Pyoktanin wird verworfen. Gomperz.

Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1894—1895). Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg i. Els.

A. Ohr.

- 1) Aurnhammer, Rud., Ueber einen seltenen Fall congenitaler Knorpelreste am Halse mit Auricularanhang vor dem rechten Ohr und linksseitiger Ohrfistel. München 1894.
- 2) Bache, Arthur, Ueber das Ohrcholesteatom. Berlin 1895.
- 3) Benedikt, M., Ueber Fremdkörper im Ohr. Strassburg 1894.
- 4) Camerer, Rud., Ueber Fremdkörper, welche die Tuba Eustachii durchdringen. Tübingen 1894.
- 5) Doehne, Fr., Ueber künstlich erzeugten Nystagmus horizontalis und rotatorius bei Normalen und Taubstummen. Würzburg 1895.
- 6) Frankenstein, Selmar, Ueber periauriculäre Entzündungen und Abscessbildungen bei Otitis media purulenta. Königsberg 1895.
- 7) Gräf, Hans, Erysipelas bei Otitis. Jena 1894.
- 8) Laqueur, W., Zur Syphilis des äusseren Ohres. Würzburg 1894.
- 9) Levi, Herrmann, Ueber Meningitis serosa im Gefolge chronischer Ohrentzündungen. Freiburg 1894.
- 10) Liebe, O., Die an der Universitäts-Ohrenklinik in Halle während des letzten Decenniums beobachteten Fälle von Erysipelas. Halle 1894.
- 11) Okonogi, S., Ueber Labyrinthkrankung und deren Symptomencomplex bei hereditärer Spätsyphilis. Tübingen 1894.

- 12) Reinhardt, Ernst, Die chirurgische Eröffnung der Mittelohrräume. Greifswald 1895.
- 13) Sauberschwarz, Ed., Interferenzversuche mit Vocalklängen. Tübingen 1895.
- 14) Schmidt, W., Die Betheiligung des Felsenbeins, besonders des Ohres, bei Basisfracturen. Marburg 1894.
- 15) Strehl, Hans, Der galvanische Schwindel in seinen Beziehungen zum inneren Ohr. Königsberg 1895.
- 16) Weygandt, Fr., Percussion und Auscultation des Ohres. Marburg 1895.
- Nicht zugänglich:
- 17) Friedländer, Max, Die Betheiligung des rechten und des linken Ohres an den verschiedenen Ohrenkrankheiten. Leipzig 1894.
- 18) Kruschewsky, Paul, Statistische Beiträge zur Pathologie des Gehörorgans. Leipzig 1895.
- 19) Seidler, Otto, Ueber die Nachbehandlung des operirten Felsenbeincholesteatoms. Leipzig 1894.

* * *

Von den physiologischen Arbeiten lässt sich die gründliche Untersuchung von Sauberschwarz (13) kaum erschöpfend referiren. Der Autor schliesst im Allgemeinen aus seinen Versuchen, dass für die Vocallänge gewisse in ihnen enthaltene Töne von bestimmter Höhe charakteristisch sind, mögen diese nun durch Resonanz verstärkte harmonische Obertöne oder irgend welche harmonische oder unharmonische, selbstständige Mundtöne sein. Dieses Merkmal hat aber nicht für alle Vocale die gleiche Bedeutung; es spielen noch andere Momente mit, so z. B. das Stärkeverhältniss des Grundtons zu einem oder mehreren seiner Obertöne oder das Stärkeverhältniss verschiedener Obertöne zu einander.

Strehl (15) kommt auf Grund von Experimenten an labyrinthlosen Fröschen und Tauben, an Taubstummen und normalen Menschen zu dem Schluss, dass die unter dem Namen „galvanischer Schwindel“ bekannten Kopf- und Augenbewegungen bei querer Durchleitung eines constanten Stromes durch den Kopf zu dem inneren Ohr in keiner directen Beziehung stehen und glaubt dies dadurch bewiesen zu haben, dass 1) Frösche und Tauben ohne Labyrinth exact auf den galvanischen Strom reagiren, 2) dadurch, dass er den Wahrscheinlichkeitsbeweis Pollak's an Taubstummen für die Betheiligung des Labyrinths am galvanischem Schwindel nicht bestätigen kann, und 3) dadurch, dass auch 6,4 pCt. der gesunden Menschen keinen galvanischen Schwindel zeigen.

Die Untersuchungen Doehne's (5) ergaben nichts Neues. Von 86 Taubstummen zeigten 41 und von 60 Normalen 3 keinen Nystagmus bei Drehbewegungen. Um die Frage zu fördern, hätte es vor Allem einer Ohrenuntersuchung der Taubstummen und entsprechender Classification bedurft, die unterlassen wurde.

Zur Diagnostik liegt die Arbeit von Weygandt (16) aus der Marburger Ohrenklinik vor. Nach ihm ist 1) die Percussion des Warzenfortsatzes für die frühzeitige Erkennung einer Entzündung

dieses Knochens nicht zu verwerthen, 2) die Auscultation vom Warzenfortsatze hat für die Diagnose von Ohrenerkrankungen im Allgemeinen keinerlei practischen Werth, da die Resultate zu unsicher sind. 3) Jan-kau's Methode (Deutsche med. Woch. 1891 und 1892) ist theils unzuverlässig, theils überflüssig.

Bache's (2) Studie ist eine literarische Zusammenstellung ohne Material zur Klärung der Frage. Benedikt (3) giebt eine fleissige, erschöpfende Darstellung des Capitels und einen Ueberblick über die in der Strassburger Ohrenklinik in den Jahren 1876—1894 constatirten 154 Fälle (1,02 pCt. der gesammten Krankenzahl). — In dem von Camerer (4) beschriebenen Fall handelte es sich um einen 4½ Ctm. langen Strohalm, der einem 4-jährigen Knaben durch den Mund in die Tube resp. Pauke gewandert war und nach 1½-jähriger Eiterung durch den Gehörgang entfernt wurde.

Okonogi (11) bringt eine erschöpfende Darstellung und Casuistik von 7 Fällen.

Levi (9) berichtet über einen interessanten Fall von Meningitis serosa nach Schneckenearies in Folge chronischer Ohreiterung und bespricht die Symptomatologie der erstgenannten Affection.

Aus der Poliklinik von Stetter (Königsberg) berichtet Frankenstein (6) über 19 Fälle von periostalem Abscess des Warzenfortsatzes nach Otitis media purulenta, die sämmtlich nach Wilde'scher Incision heilten, und zeigt hiermit die segensreichen Erfolge dieser nicht mehr „fashionablen“ Encheirese.

Nach einer übersichtlichen Zusammenstellung der verschiedenen Operationsmethoden schildert Reinhardt (12) aus der Poliklinik von Krzywicki (Königsberg) 10 Aufmeisselungen, die dem unbefangenen Beobachter zum Theil nicht den Eindruck ihrer stricten Indication machen. Vor Allem fehlen Angaben, in wie weit den einzelnen Fällen Versuche mit conservativer Behandlung vorausgingen.

b) Rhinologische:

Untersuchungen über die Pathogenese des Heuasthma. (Recherches pathogéniques sur le rhume des foins.) Von Dr. Joal. (Presse méd. u. Annales de la société medico-chirurgicale de Liège No. 8—9, 1895.)

Das Heuasthma ist als einfacher Nasenreflex zu betrachten. Arthritismus, Neurasthenie, Empfindlichkeit der Nasenmucosa sind prädisponirende Momente. Die Kranken zeigen regelmässig Zeichen von schlechter Ernährung und von Neurasthenie. Vasomotorische Störungen in der Schneider'schen Membran, welche anfallsweise auftreten, erklären die Paroxysmen des Heufiebers; ausser den Anfällen bemerkt man oft nichts Auffälliges an der Nasenmucosa, wenn nicht eine grosse Reizbarkeit. Die bestimmenden Localreize sind Licht, Gerüche, Staub; einen besonderen Einfluss kann man den Pollenarten nicht zuschreiben, ebensowenig bestimmten Microorganismen. Wenn das sogenannte Heuasthma immer an bestimmte Zeiten gebunden ist, so kommt dies daher, daß immer zu derselben Zeit eben bestimmte Gerüche, Staubformen, Luftreize und Hitze auftreten.

Dr. P. K.

Perforationen der Nasensecheidewand. (Perforations de la cloison du nez.) Von Dr. A. Gouguenheim. (Hôpital Laribonière, clinique laryngologique de semaine médicale No. 48, 1895.)

Betreffen meist das Septum cartilagineum und sind gewöhnlich von Allgemeinleiden, besonders von Syphilis, abhängig; aber es giebt eine selbstständige Form, welche man die „catarrhalische“ nennen kann; sie wurde zuerst von Zuckerkanndl beschrieben und rührt von keiner Diathese her. Sie kommt an der hervorragendsten Stelle verkrümmter Scheidewände vor, beginnt mit sich oft wiederholenden Blutungen und Schorfbildungen, ist wenigstens centimeterhoch, mit abgerissenen Rändern versehen und wird nur zufällig entdeckt. Es besteht keine Nasendeformation dabei, wodurch sie sich von Syphilis unterscheidet. Sie entwickelt sich langsam, ohne Wissen des Kranken und wird zufällig entdeckt, wenn Patient wegen eines sonstigen Halsleidens den Arzt consultirt. Bei Syphilis hingegen entwickelt sich die Perforation rasch und geht öfters auf das Knochengertist über. Nasendouchen von lauwarmem Salzwasser und Borvaselin werden mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

Eine Vorlesung über die Behandlung der adenoiden Geschwülste im Nasenrachenraum. (A lecture on the treatment of adenoid growths in the nasopharynx.) Von Thomas Barr, M. D., Glasgow. (Lanc., 14. Sept. 1895.)

Nachdem Verf. in einem früheren Vortrage die bekannten Symptome der adenoiden Geschwülste und ihre Folgen auseinandergesetzt, kommt er in dieser Vorlesung auf die Behandlung zu sprechen. Er betont die Wichtigkeit einer frühzeitigen Operation, bespricht dann die Frage der Anästhesie, in Bezug auf welche er dem Chloroform den Vorzug giebt. Augenscheinlich ist ihm der Bromäther noch unbekannt, denn ein grösserer Theil der Einwürfe gegen die Anästhesie überhaupt und gegen einzelne Mittel hätten wegfallen können, wenn er den Bromäther benutzte. Die Bromäthernarcose giebt genügend Zeit, drei Mandeln in einer Sitzung wegzunehmen, ein Verfahren, das Ref. fast regelmässig anwendet, wenn die Kinder nicht zu schwächlich sind. Allerdings ist dazu nöthig, dass man die Gaumenmandeln blutlos, d. h. mit Galvanocaustik operirt. Verf. gebraucht in den letzten Jahren immer die Gottstein'sche Cürette und ist sehr zufrieden mit ihr. Er scheint häufiger stärkere Blutungen zu erleben, nach den umständlichen Vorbereitungen zu der Operation zu schliessen. Seitdem Ref. eine nicht zu scharfe Cürette benutzt, kommen ihm stärkere Blutungen kaum mehr vor, trotz zahlreicher Fälle, die er zu operiren hat. Mit Recht betont Verf. die Wichtigkeit der Nachbehandlung, sowohl unmittelbar nach der Operation als auch dann, wenn die Mundathmung nachher nicht von selbst eintritt. Es muss in dem Falle nachgesehen werden, ob die ganze Geschwulst entfernt ist oder ob in der Nase nicht eine Veränderung besteht, welche die Nasenathmung beeinträchtigt. In manchen Fällen muss man das Schliessen des Mundes während der Nacht durch Uebungen am Tage oder durch Bandagen erzielen. Neu war Ref. das Zukleben der Lippen mit Heftpflaster.

M. Schm.

Soll man die adenoiden Vegetationen ohne Ausnahme operiren?
(Doit-on toujours opérer les végétations adénoïdes?) Von Dr. Hermet. (Journal de clinique et de thérapeutique infantiles und Annales des maladies de l'oreille et de larynx No. 9, 1895.)

Verf. hatte eine grosse Zahl solcher Patienten, wo aus irgend einem Grunde nicht operirt werden konnte und sie befanden sich später gar nicht schlecht dabei. Um nun in's Klare zu kommen, operirte Verf. von 103 kleinen Patienten nur diejenigen, welche Ohrenleiden, Kopfschmerzen, schlechte Körperentwicklung und geistige Trägheit zeigten und diese wurden rasch gebessert. Verf. kommt nun zu folgenden Schlussfolgerungen, indem er die Patienten in zwei Categorien theilt: 1) in solche, welche ohne Verzug operirt werden müssen, 2) in solche, wo man abwarten kann, bis obengenannte Symptome eintreten. Das Abwarten bewahrt die Patienten oft vor der Operation, welche ja nicht so ganz ungefährlich ist (Blutungen, Meningitis, Cocain- und Bromäthylvergiftung); im Alter von 18 Jahren vergangen die adenoiden Vegetationen oft ja gewöhnlich von selbst.

Dr. P. K.

Ein Fall von Nasenstein. (Sur un cas de rhinolithé.) Von Dr. Gradenigo. (Académie royale de médecine de Turin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1895.)

Gewöhnliche Symptome der organischen Fremdkörper in der Nase bei einer 30jährigen Frau. Der Kern des Steines zeigte sich als Kirschenkern, die Hülle bestand aus Carbonaten, phosphorsaurer Magnesia und etwas Eisen. Pat. erinnerte sich nicht, wann der Kirschkern in die Nase gedrungen war.

Dr. P. K.

Extraction eines grossen Sequester aus den Nasenhöhlen. (Extraction d'un volumineux sequestre des fosses nasales, operation de Rouge.) Von Dr. Aimé Guinard. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 9, 1895.)

Man wendet die Operation nach Rouge nicht oft genug zu obigem Zwecke an. Sie hinterlässt keine Narbe; sie giebt zwar ungeheure Blutungen, welche leicht gestillt werden und bei abhängendem Kopfe das Chloroformiren nicht hindern; sie eröffnet einen sehr grossen Zugang zu den Nasenhöhlen und erlaubt den Sinus maxillaris genau zu untersuchen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Empyem des Antrum Highmori von 7jähriger Dauer. (A case of empyema of the antrum of Highmore of seven years duration.) Von George Pinder, M. D., Nottingham. (Lancet, 19. October 1895.)

Ausser Kopfschmerzen litt der Kranke auch an Nausea und Herzklopfen. Er wurde durch Eröffnung und Ausspülung des Antrum rasch geheilt.

M. Schm.

Einige Punkte, welche die Aetologie und die Behandlung des postnasalen Catarrh betreffen, nebst Bemerkungen über die Hygiene der Athemorgane. (Some points regarding the etiology and treatment of postnasal catarrh with remarks on the hygiene of the respiratory organs.) Von W. Freudenthal, M. D., New-York. (Journ. of the amer. med. Association, 9. November 1895.)

Verf. hat die Versuche von Aschenbrandt, Kayser und Bloch nachgemacht und spricht sich an der Hand derselben für die Ansicht der ersteren beiden Autoren aus, nämlich dass die Luft mit 500 Gramm Wasser pro Tag vollkommen gesättigt werde, glaubt aber, die Einschränkung machen zu müssen, dass ein Theil der Feuchtigkeit der durchstreichenden Luft von der Schleimhaut des Cavum geliefert werde. Er stützt diese seine Ansicht durch einen Versuch bei einem mit erheblicher Rachenmandel versehenen Knaben, der vor der Operation nur 57,6 Gramm Feuchtigkeitzufuhr in 24 Stunden zeigte und nachher beinahe normal 342,7. In einem zweiten Falle, bei dem durch galvanocaustische Aetzungen die Nasenschleimhaut vier Jahre zuvor erheblich zerstört worden war, hatte der Mann nur 167 Gramm Zufuhr, bei einem Mann, der jedes Jahr an Heufieber litt, betrug sie 299 Gramm. Führte er ganz trockne Luft zu, so war die Wasserabgabe in der Nase um so grösser, bis zur normalen Sättigung. Er untersuchte sodann verschiedene geheizte Räumlichkeiten und fand, was man ja schon lange ungefähr weiss, dass die Luftfeuchtigkeit im Zimmer bei der in Amerika üblichen Dampf- und Ofenheizung nur 19 bis 40 Grad betrug, gegen 85 und 95 im Sommer und Freien. Verf. geht dann näher auf die Entstehung des retronasalen Catarrhs durch die Erschöpfung der Nasenschleimhaut an Feuchtigkeit ein und sucht auszuführen, dass diese dadurch, dass sie als Reiz wirkt, eine Schwellung des Schwellgewebes verursacht, in Folge deren sich dann die Absonderung der Flüssigkeiten in dem Nasopharynx vermindere, so dass es so zur Bildung von Krusten komme. Die Versuche, diese zu entfernen, bringen nun wieder einen Reizzustand hervor, der sich schliesslich als retronasaler Catarrh geltend mache. Er spricht für eine bessere Construction der Heizanlagen, bei denen der Zufuhr von Feuchtigkeit mehr Beachtung geschenkt werden solle. Er macht sich dann mit Recht lustig über die jetzt immer mehr zunehmende Angst, sich zu erkälten, während die Ursache von vielen Erkrankungen doch nur der Mangel an frischer Luft sei. Er verurtheilt die Art zu leben am Ende des neunzehnten Jahrhunderts als eine ungesunde, weil von Männern, Frauen und bei der Kindererziehung zu wenig Werth auf den Genuss frischer Luft gelegt werde. Er tadelt auch nach der Ansicht des Referenten mit Recht eine allzuwarme Kleidung, besonders das Tragen von Unterkleidern, und schreibt die Erfolge des Pfarrers Kneipp der Verminderung an Kleidung zu und der Abhärtung. Er ist auch für das Barfussgehen eingenommen. M. Schm.

Technische Bemerkungen zur Galvanocaustik. Beschreibung eines neuen Nasenbrenners. Von Dr. Walther Vulpus in Erfurt. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, XV.)

Die technischen Bemerkungen beziehen sich auf die Maassnahmen,

um in der Batterie, an den Schnüren, am Handgriff und den Brennern möglichst wenig Stromwiderstand zu haben.

Der neue Brenner stellt eine ca. 2,5 Ctm. lange, 0,4 Mmtr. dicke Platinschlinge dar, welche die freien, nach dem Handgriff zu convergirenden, 11 Ctm. langen Schenkel von sprödem Kupfer- oder Silberdraht verbindet, welche in entsprechender Weise in den Handgriff eingeschaltet werden. Mit diesem Instrument gelingt es leicht, selbst sehr flach aufsitzende Wucherungen von der Unterlage in Form eines zusammenhängenden Streifens abzuschälen. Gomperz.

c) Pharyngo-laryngologische:

Fall von progressiver Muskelatrophie; myopathische Zungenatrophie.

(Myopathie atrophique progressive; Atrophie linguale myopathique.) Von Dr. M. L. Bouveret. (Lyon médical, September 1895 und Semaine médicale No. 50, 1895.)

In diesem Falle waren Muskelgruppen atrophirt, welche, den Autoren gemäß, nie bei dieser Krankheit atrophiren sollen. Von den Kopfmuskeln sollen nur die vom Nervus facialis innervirten bei der progressiven Muskelatrophie mit ergriffen werden, während in diesem Falle die Kau-, Augenlider-, Zungen-, Pharynx- und Gaumensegelmuskeln nicht alle, wie es gemäss den classischen Schilderungen sein soll, verschont blieben. Patient konnte die Augenlider nicht ganz öffnen (der Dichter Heinrich Heine musste die oberen Augenlider mit den Fingern in die Höhe heben, wenn er Jemandem in's Gesicht sehen wollte; er war mit demselben Leiden behaftet. Ref.) und zeigte Zungenatrophie; die fibrilläre Muskelcontraction fehlte, ein Beweis, dass die Zunge wirklich atrophisch und nicht durch Labioglosso-Laryngealaffection gelähmt war.

Dr. P. K.

Septische Mandelentzündung eine acute spezifische Erkrankung.

(Septic tonsillitis an acute specific disease.) Von Stuart A. Tiedey, M. D., Florenz. (Lancet, 14. December 1895.)

Verf. vertheidigt die Existenzberechtigung der Krankheit als ebenbürtig mit den anderen infectiösen Krankheiten, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, Mumps etc. Er hat sie häufig in den verschiedenen Kurorten der Schweiz beobachtet, wo sie am Genfer See unter dem Namen „weisser Hals des See's“ und in Pontresina als „Pontresinahals“ bekannt ist. Die Beschreibung, die er davon giebt, lässt vermuthen, dass es sich um das handelt, was wir Angina lacunaris zu nennen gewohnt sind, die wohl in vielen Fällen eine nicht sehr virulente Diphtherie darstellt. Uebertragungen will er freilich nicht gesehen haben. Er schreibt die Ursache schlechten Drainageverhältnissen zu. Er möchte auch einige Formen von septischer Pneumonie und Pleuritis hierher rechnen. Bacteriologische Angaben fehlen. M. Schm.

Uebertragung des Scharlachfiebers durch einen Brief. (De la transmission de la scarlatine par l'intermédiaire d'une lettre). Von Dr. Grasset. (Annales d'hygiène publique, Août 1895, und Semaine médicale No. 48, 1895.)

Der allbekannte, von Dr. Sanné erzählte Fall ist folgender: Eine ältere Dame mit ihrer Tochter, welche die Bretagne bewohnten, erhielten einen Brief aus Deutschland, in welchem die Schreiberin mittheilt, dass sie eben Scharlach überstanden habe und daß sie sich so reichlich abschuppe, dass sie von Zeit zu Zeit ihr Briefpapier abschütteln musste, um die Schuppen zu entfernen. In dem von der Dame mit ihrer Tochter bewohnten Orte war kein einziger Fall von Scharlach. Nach einigen Tagen bekamen Beide Scharlach und die Mutter starb.

Einen ähnlichen Fall erzählt nun Grasset: Ein 9jähriges Kind erkrankte an Scharlach; in der Reconvalescenz schrieb es an seine 40 Km. entfernt wohnenden Eltern, welche ein Söhnchen von zwei Jahren bei sich hatten; im letzteren Orte war gar kein Scharlachfall. Das 9jährige Kind legte als Curiosum einen grossen Epidermislappen in den Brief, mit welchem Brief und Lappen das 2jährige Söhnchen spielte; nach 6½ Tagen erkrankte letzteres an schwerem Scharlach.

Dr. P. K.

Die Uebertragung von Diphtherie durch Nichtleidende. (The transmission of diphtheria by nonsufferers.) Von Herbert Peck, Ormskirk. (Lancet, 14. December 1895.)

Verf. hatte Gelegenheit, eine sehr interessante Verbreitungsreihe der Diphtherie zu beobachten, die ganz mit den neueren Forschungen stimmt. In einem Hause A. erkrankte ein Mann an typischer Diphtherie im October. Am 26. December begann ein anderer Mann in dessen Hause zu arbeiten; am 21. Januar und am 6. Februar erkrankten des letzteren Kinder an Diphtherie und starben, während der Vater kein Zeichen der Krankheit darbot. Ein weiteres Kind erkrankt in demselben Hause am 16. Februar. Der Bruder dieser drei Schwestern kommt nur zum Begräbniss und Sonntags zum Wechseln des Hemdes in das Zimmer, in dem seine Schwestern krank waren. Er erkrankt nicht, es lassen sich aber in seinem Halse zahlreiche Diphtheriebacillen nachweisen. Er arbeitet in dem Hause C. In demselben schläft ein 18jähriger Mann in dem gleichen Zimmer, erkrankt am 26. Februar, man findet bei ihm ebenfalls zahlreiche Diphtheriebacillen. Er geht heim in das Haus D. und am 3. und 12. März erkrankten seine beiden Geschwister, das eine derselben zeigt ebenfalls reichliche Bacillen, das andere wurde nicht darauf untersucht.

M. Schm.

Endolaryngeale Entfernung von Sängerknötchen. (Endolaryngeal removal of „Singer's“ nodule.) Von Bark, Liverpool. (Lancet, 21. Dec. 1895.)

Bark stellte in der Liverpool medical Institution zwei Sänger vor, denen er mit sehr gutem Erfolg für das Singen je ein Knötchen von der Stimmlippe entfernt hatte.

M. Schm.

Adenoide Wucherungen im Schlunde. (Adenoid growths in the pharynx.) Von Sir William B. Dalby, London. (Lanc., 30. Nov. 1895.)

Verf. ist grosser Anhänger des Fingernagels mit und ohne Stahlansatz auch als Nachbehandlung nach dem Gebrauch des Ringmessers. Er giebt dem Kranken bei der Operation eine nach vorn übergebogene Stellung zur Vermeidung des Einathmens von Blut. Die Wucherungen sollen sich nach der Pubertät immer vollständig zurückbilden, worin Ref. dem Verf. nicht beistimmen kann. Bei jüngeren Kindern finde man öfter ein Wiedererwachen des Wachstums der Wucherungen nach einem Zwischenraum von mehreren Jahren. Verf. wundert sich, dass einer über 60 Jahre alten Kranken wegen subacutem Mittelohrkatarrh der Pharynx gekratzt werden sollte. Ref. hat in höherem Alter Fälle gesehen, in denen noch so viel des adenoiden Gewebes übrig war, um Gelegenheit zu Eiterungen aus den ebenfalls noch vorhandenen Recessus zu geben, und in solchen Fällen hält Ref. es für ganz gerechtfertigt und am schnellsten heilend, wenn man die Recessus wegkratzt.

M. Schm.

Ueber einen Fall einer medianen Halsfistel. (On a case of median cervical fistula.) Von J. Bland Sutton, London. (Lancet, 9. November 1895.)

Es handelte sich um einen persistirenden Ductus thyroideus. Verf. schnitt ihn ganz heraus. Er bildet den Fall und die microscopischen Befunde ab. Das Epithel in dem Gange war Flimmerepithel.

M. Schm.

Die sensorischen Halsneurosen der klimakterischen Periode. (The sensory throat neuroses of the climacteric period.) Von Prof. F. Semon, London. (Brit. med. Journ., 5. Januar 1895.)

Verf. macht zuerst auf die mannigfachen bekannten Beziehungen zwischen Geschlechtsorganen und Hals aufmerksam, auf die Unbestimmtheit der Localisation im Halse, zu der er ein an sich erlebtes Beispiel hinzufügt (er fühlte einen Knochen, der hinter dem Velum stak, im rechten Sinus pyriformis), und kommt dann auf die im Titel genannten Beschwerden, die sich immer zwischen dem 38. und 55. Jahre finden. Sie tragen den Character der Parästhesie oder der Neuralgie, welche Form einen sehr unangenehmen Grad erreichen kann. In den letzten Jahren tritt sie auch als Cancerophobie auf. Sie gehen mitunter dem Wechsel in der Periode voraus. Die Prognose ist absolut günstig, die Beschwerden verschwinden, wenn sich der Organismus einmal an den neuen Stand der Dinge gewöhnt hat. Bei der Diagnose muss man natürlich zunächst andere mögliche Ursachen der parästhetischen Gefühle ausschliessen können, aber man muss auch nicht in jeder geringen Veränderung des Halses die Ursache der Beschwerden finden wollen. Die Behandlung ist eine psychische; nützlich sind, wenn sonst indicirt, milde Curen in Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Aix les Bains und Vichy (Refer. möchte die kühlen Thermen, wie Schlangenbad, Wildbad etc. hinzufügen, von deren Gebrauch er grossen Nutzen gesehen hat).

M. Schm.

Ueber die wahrscheinliche pathologische Einheit der verschiedenen innerlichen und äusserlichen acuten septischen Formen von Entzündung, bisher beschrieben als acutes Oedem des Kehlkopfes, ödematöse Laryngitis, Erysipel des Schlundes und Kehlkopfes, Phlegmone des Schlundes und Kehlkopfes, und Angina Ludovici. (On the probable pathological identity of the various forms of acute septic inflammations of the throat and neck hitherto described as acute oedema of the larynx, oedematous laryngitis, erysipelas of the pharynx and larynx, phlegmon of the pharynx and larynx and angina Ludovici.) Von Prof. F. Semon, London. (Med. chir. Transact., Vol. 78, 1895.)

Verf. hatte die glückliche Gelegenheit, eine Reihe von 14 hierher gehörenden Fällen zu beobachten, von den leichtesten Formen, über deren septische Natur man zweifelhaft hätte sein können, bis zu den schwersten, in wenigen Stunden tödtenden. Er kommt durch genaue Kritik der einzelnen Fälle zu einem Krankheitsbilde, das er, wie folgt, schildert. Acute septische Entzündungen des Halses können durch verschiedene Mikroorganismen hervorgerufen werden und wechseln in Bezug auf die primäre Localisation, Ausdehnung und die Complicationen je nach der verschiedenen Virulenz und wahrscheinlich je nach der Menge der eingewanderten pathogenen Factoren. Sie befallen vorher gesunde Personen beider Geschlechter und aller Alter. Der Beginn der Krankheit ist meist sehr plötzlich und durch einen Frost mit nachfolgender rascher Steigerung der Temperatur bezeichnet. Der Verlauf des Fiebers hängt jedoch in jedem einzelnen Falle von der Virulenz ab. Der Puls ist fast immer sehr frequent und weich; die Beschwerden steigern sich im Halse rasch zur Aphagie. Die objectiven Symptome hängen von der Localisation und der Ausdehnung des Processes ab. In der grossen Majorität der Fälle beginnt die Krankheit an den Mandeln und im Schlunde, dem natürlichen Portal für den Eintritt der Microorganismen. In einigen Fällen ist es der Kehlkopf und besonders der Kehldeckel, in welchem sich die Erkrankung zuerst zeigt. Die frühzeitige ödematöse Schwellung und die grellrothe Farbe unterscheiden die Krankheit im Beginn von einer einfachen Angina. Die Exsudation in das Gewebe ist meistens von serösem Charakter, Uebergang in eitrige führt fast immer zum Tode. Die Krankheit verbreitet sich mitunter sehr rasch auf die serösen Häute des Körpers oder auch auf das Centralnervensystem. Endlich kann sich die Krankheit auch zuerst im Zellgewebe der Haut des Halses lokalisiren, die bisher sog. Angina Ludovici. Verf. widerlegt sodann die möglichen Einwürfe gegen seine Ansicht in Bezug auf die Identität der verschiedenen Prozesse; erstens, dass die septische Natur der leichteren Fälle nicht bewiesen, was nur fortgesetzte bacterielle Untersuchungen thun könnten. Aus der verschiedenen Localisation könne man zweitens auch keine Gegengründe ableiten, es sei dabei wie bei der Diphtherie, die dieselbe Krankheit bleibe, einerlei, wo sie sich ansiedle. Wenn sie im Larynx durch entzündliche und andere Erkrankungen mit Unterbrechung der Epitheldecke einen günstigeren Boden als im Pharynx finde, so siedle Diphtherie sich auch manchmal dort primär an. Auch die Tuberculose finde häufig genug ihre Eingangspforte in den Tonsillen. Merkwürdig sei in den Fällen, in denen die Erkrankung im Pharynx begonnen hat, die

Neigung, sich nach unten auszubreiten. Nase und Nasopharynx wären in des Verf.'s Fällen immer unbetheiligt gewesen, das sei aber keine allgemeine Regel. Die Verschiedenheit des Fiebers könne auch keinen Gegengrund geben, da es von der Ausbreitung, der Virulenz und dem Character des Processes abhängt. Auch die einmal ödematöse, das andere Mal eitrige Entzündung beweise nichts gegen des Verf.'s Ansicht, seitdem Jordan nachgewiesen, dass der Streptococcus erysipalatis Fehleisen's mit dem Streptococcus pyogenes identisch ist, und nicht nur dieses, sondern auch, dass Entzündung und Eiterung von den verschiedensten Microorganismen hervorgerufen werden kann, und dass die Intensität des Processes wahrscheinlich von der Menge der eingeführten septischen Kokken und von dem Zustand der Gewebe abhängig ist.

M. Schm.

Ein mit antidiphtherischem Serum behandelter Fall von Diphtherie. (A case of diphtheria treated by antidiphtheric serum.) Von W. A. Holmes, M. D., Barrow in Furness. (Lanc., 7. Dec. 1895.)

Ein fast 6jähriges Mädchen, das, mit zwei Injectionen behandelt, Anfangs sehr gut gedieh und am 16. Tage nachher anscheinend an Herzparalyse starb. (Warum Verf. in der Ueberschrift einmal richtig Diphtherie sagt und dann diphtheritic ist unklar. Der Ausdruck Diphtheritis sollte doch jetzt vermieden werden. Ref.)

M. Schm.

Fall eines während 46 Tagen in dem linken Bronchus eingeklebt gewesenen Fremdkörpers; Operation; Heilung. (A case of foreign body impacted for 46 days in the left bronchus; operation; recovery.) Von John H. Morgan, London. (Lanc., 28. Sept. 1895.)

Der Fall betraf ein fast 9 Jahre altes Mädchen; nach der Tracheotomie konnte ein ziemlich tief in dem Bronchus steckendes Stück eines Pflaumenkerns mit der Zange gefasst und herausbefördert werden.

M. Schm.

Ein Fall von cystischer Geschwulst des Kehlkopfes. (A case of cystic tumour of the larynx.) Von G. Hunter Mackenzie, M. D., Edinburgh. (Lancet, 7. Dec. 1895.)

Einjährige Heiserkeit bei einem 67 Jahre alten Manne, der zuletzt auch grosse Athemnoth hatte. Die Cyste wurde mit der Zange operirt. Nachher zeigte sich, dass die Stimm- und Taschenlippe durch den lange (?) anhaltenden Druck ganz verschwunden waren (? Ref.). Verf. hat 3 Jahre vorher eine Cyste des Kehlkopfes bei einer Frau von 80 Jahren beobachtet. Multiplicität der Fälle!

M. Schm.

Neurasthenie des Larynx. (Neurasthénie laryngée.) Von Dr. Castex. (Revue de laryngologie et d'otologie No. 13, 1894.)

Verf. versteht hierbei eine nervöse Aphonie, wo das Laryngoscop bloss eine leichte Abspannung der Stimmbänder erkennen lässt ohne Asymmetrie; diese Amyosthenie ist durch Willenskraft zu heilen. Ein heftiger unerwarteter Stoss auf's Epigastrium bringt ebenfalls oft Heilung. Charcot wandte übrigens diesen Stoss gegen den hysterischen Schlucker an.

Dr. P. K.

Fall von Kehlkopfblutung, eine Hämoptyse vortäuschend. (Un cas d'hémorrhagie laryngée simulant une hémoptysie.) Von Dr. Ferras in Luchon. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, Heft 4, pag. 232, 1895.)

20jähriges Mädchen mit Amenorrhoe, seit Kurzem abmagernd, hustend, wurde von reichlichem Blutsputten heimgesucht. Das Gesamtbefinden liess beginnende Tuberculose befürchten. Die laryngoscopische Untersuchung genügte, um die Diagnose: harmlose Larynxblutung in Folge von Gefässzerreissung in der Interarytanoidealgegend, festzustellen. Beschorner.

Chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberculose. (Surgical treatment of laryngeal tuberculosis.) Von J. W. Gleitsmann, M. D., New-York.

Verf. hat zwei Vorträge veröffentlicht, von denen er den einen in der American laryngological Association und den anderen vor der British laryngological Association gehalten hat. Der erstere ist in dem New-York. med. Journ. vom 19. October 1895 und der andere im Journ. of Laryng. 1895, 9, gedruckt. Verf. beschreibt an der Hand eines sehr ausführlichen Literaturverzeichnisses und nach seiner eigenen Erfahrung die Entwicklung der chirurgischen Behandlung seit den Versuchen von Marcet, 1869, und des Ref., 1880. Er kommt zu folgenden Indicationen: Die chirurgische Behandlung ist zu empfehlen: 1) bei primärer Erkrankung des Kehlkopfes; 2) bei gleichzeitiger Erkrankung der Lunge, wenn diese nicht bis zur Hectik und Erweichung vorgeschritten ist; 3) am besten paßt sie für umschriebene Infiltrationen; 4) für harte Schwellungen der arytanoiden Gegend, der Taschenlippen, der Hinterwand, für tuberculöse Tumoren und für Erkrankungen des Kehldeckels; 5) in vorgeschrittenen Fällen mit starker Dysphagie, die auf Infiltration der Arygegend beruht, ist die Curettage als das schnellste Mittel zur Erleichterung gerechtfertigt. Contraindicationen sieht Verf. 1) in weit vorgeschrittener Lungenerkrankung und Hectik, 2) in disseminirter Kehlkopferkrankung, die wenig gesundes Gewebe zwischen den erkrankten Stellen läßt, und 3) in ausgedehnten Infiltrationen mit starker Stenose, wobei die Tracheotomie mehr indicirt ist. Er will das Verfahren auch nicht bei sehr nervösen und nicht bei solchen Kranken angewendet wissen, denen die nöthige Ausdauer und das Vertrauen zu dem Arzte fehlen. Verf. hat von 12 Kranken 4 geheilt ohne Rückfall nach 6—10 Monaten. (Der längste Fall des Ref. ist nun 17 Jahre geheilt.) M. Schm.

Kehlkopfpapillome mit Bericht über einen interessanten Fall. (Laryngeal papillomata with report of an interesting case.) Von Norval H. Pierce, M. D., Chicago. (Chic. med. Reporter, April 1895.)

Verf. bespricht die Aetiologie, Histologie, Diagnose und die Behandlung der Kehlkopfpapillome. Das Interessante an seinem Fall war, dass er bei einer Erwachsenen in einem Jahr trotz sorgfältiger Entfernung der Geschwülste 18 Mal Rückfälle beobachtete, aber schliesslich doch Herr darüber wurde. M. Schm.

Zur Aetiologie der Kehlkopfgeschwüre bei Typhus abdominalis. Von Dr. med. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngolog. etc. Bd. III, Heft 1 und 2, pag. 85, 1895.)

Ein 24jähriger Matrose, starker Trinker und Raucher, an Typhus abdom. erkrankt, musste wegen am 14. Tage auftretender Suffocations-Erscheinungen tracheotomirt werden. Am gleichen Tage Exitus letalis. Die Section ergab: Larynxschleimhaut, namentlich in der Gegend der Cartilag. aryt. hochgradig ödematös geschwollen, beide wahren Stimmbänder grösstentheils durch scharfrandige, tief eingreifende Geschwüre zerstört; der Geschwürsgrund wird von einer grauen pulpösen, nicht übelriechenden Masse bedeckt. Nach genauer Untersuchung des Kehlkopfpräparates (Abbildg. beige) bekennt sich B., wie in diesem speciellen Falle, so überhaupt als Gegner der Decubituslehre bei Kehlkopfgeschwüren im Gefolge des Typhus, schliesst sich vielmehr der Anschauung von Rokitansky an, der dieselben nicht als eine blos zufällige Complication oder als Krankheit sui generis, sondern als Metastase der typhösen Noxe in ganz bestimmte Stellen der Mucosa laryngis betrachtet wissen will, einer Anschauung, die von Eppinger zuerst nach bacteriologischer Seite hin erweitert wurde, welcher jenen Geschwüren eine mycotische Entstehungsweise zuspricht. Die Nomenclatur betreffend, meint B., dass dem wirklichen Sachverhalte die Benennung „Laryngitis typhosa“ für den beim Typhus so häufig zu beobachtenden Kehlkopfcatarrh, und „Ulcus typhosum laryngis“ für die auf typhöser Basis entstandenen Geschwüre der Kehlkopfschleimhaut entsprechen würde.

Beschorner.

Ueber einen Fall von Laryngocele. (Sur un cas de laryngocèle.) Von Dr. Beausoleil. (Revue de laryngol. et d'otologie No. 16, 1894.)

Seltene Fälle; Verf. beschreibt einen solchen. Wie in den meisten Fällen, ist er durch Hustenanstrengungen entstanden; sein Ursprung liegt in der Mitte des Ventriculus Morgagni; er hat dieselben klinischen Symptome wie die Tracheocele. Obgleich nun die gewöhnlich angeführten Ursachen der Krankheit ihre Entstehung genügend erklären, so kann man doch mit Virchow und Sapey eine zur Krankheit disponirende angeborene Verlängerung des Sinus Morgagni annehmen; man hat solche Vergrößerungen beschrieben, welche bis zum Os hyoideum, ja bis zur Zungenbasis reichten und den von Broca in den Mémoires d'anthropologie bei den Gorilla's und den Affen beschriebenen Säcken gleichkommen. Da solche Tumoren den Kranken nur wenig belästigen, so beschränkt man sich auf symptomatische Behandlung; die radicale Operation ist schlimmer, als die Krankheit.

Dr. P. K.

Syphilitische Knoten des Os hyoideum. (Nodules syphilitiques de l'os hyoide.) Von Dr. Georges Elliot. (Journal of cutaneous and genito urinary 1893, Janvier, und Revue de laryngologie et d'otologie No. 18, 1894.)

Verf. beschreibt zwei Fälle, wo nachluetischer Infection sich Tophi am Os hyoideum ausbildeten, welche dann der antisiphilitischen Kur wichen.

Dr. P. K.

Lungenchirurgie. Einige Fälle von Lungenchirurgie. Explorativer Einschnitt in die Pleura bei Lungenleiden. Resection der rechten Lungenspitze bei Lungentuberculose; Vorstellung des Patienten 4 Jahre und 5 Monate nach der Operation. Chirurgischer Eingriff auf die Lungen bei Trauma und internen Krankheiten. Pneumotomie wegen Bronchialerweiterung; die verschiedenen Methoden, grosse Lungencavernen zu heilen. Nothwendigkeit, die Rippenzwerghauttasche bei Lungenoperationen zu drainiren. Lungen-cyste, Pneumotomie, Heilung. Zwei Fälle von Pyopneumothorax. Drei Fälle von Lungenchirurgie. (Chirurgie du poulmon. Quelques cas de chirurgie du poulmon. De l'incision exploratrice de la plèvre dans les lésions pulmonaires. Résection du sommet du poulmon droit pour tuberculose pulmonaire; présentation du malade quatre ans et cinq mois après l'opération. Intervention sur le poulmon dans les cas de traumatisme et d'affections médicales. Pneumotomie pour dilatation bronchique; des modes de réparation des grandes cavités pulmonaires. Nécessité du drainage du cul de sac costo-diaphragmatique dans la plupart des interventions sur le poulmon. Kyste hydatique du poulmon; pneumotomie; guérison. Deux cas de pyopneumothorax. Trois cas de chirurgie du poulmon.) Neuvième Congrès français de chirurgie, Paris, du 21 au 26 Octobre 1895. (Semaine médicale No. 52, 1895.)

P. Reclus als Berichterstatter über „Lungenchirurgie“ theilt die Krankheiten, welche chirurgische Eingriffe in Anspruch nehmen können, in drei Gruppen: 1) die Blutungen; die Unterbindung des Gefässes nach Eröffnung des Thorax wurde versucht: die Fälle endeten natürlich lethal; 2) die Tumoren, zu welchen man die Tuberculose und den Krebs rechnet (Pneumectomie); wegen Tuberculose wurde selbe mehrere Male versucht, aber ohne Erfolg, sie scheint für immer vervorren zu sein; die wegen Krebs gemachten Pneumectomien sind noch seltener; die geheilten Fälle sind mit Vorsicht aufzunehmen; 3) die dritte Kategorie betrifft tuberculöse und bronchiectatische Cavernen, Gangrän, Abscesse, Cysten. Bei Cavernen muss man bedenken, dass das Allgemeinleiden gewöhnlich seinen tödtlichen Verlauf nimmt, wenn auch der chirurgische Eingriff, welcher immer sehr bedeutend ist, gelungen ist; die Indicationen zur Operation sind selten: die Cavernensymptome müssen die Hauptrolle in der Krankheit spielen, die putride Resorption muss das Hauptsymptom sein und allein die hohe Temperatur bedingen, die Hustenanfälle und die starke Eitersecretion müssen den Patienten zu Grunde richten, dann kann man operiren und dann noch ohne grosse Aussicht auf Erfolg. Bei Cysten ist die Pneumotomie wirklich heilbringend; die Statistiken beweisen es; bei Gangrän ebenfalls; die Statistiken beweisen es ebenfalls. Dasselbe gilt von den Abscessen. Bei allen Pneumotomien ist ein bequemer breiter Zugang zu dem Krankheitsherd nothwendig; dann müssen die beiden Pleurablätter, wenn selbe nicht entzündlich schon verwachsen sind, vereinigt werden; nun muss abermals durch Probepunctionen der Sitz ganz genau bestimmt werden und dann lässt man die Nadel liegen, um sich durch letztere leiten zu lassen; zur Eröffnung gebraucht man immer den nur bis zum Dunkelrothen erwärmten Thermocauter; denn alles unnöthige Blutfließen muss vermieden werden. Man muss also die schneidende

Klinge so viel wie möglich vermeiden, also nur bei ganz dünner oder sclerotirter Cavernenwandung. Die geöffnete Caverne wird mit dem Finger weiter eröffnet; etwa bestehende, in andere Cavernen führende Hohlgänge mittelst des Fingers vorsichtig erweitert. Selbst wenn die Probeponction ein negatives Resultat ergibt, so kann man doch das sclerotische Gewebe vorsichtig trennen, weil man jedenfalls der Caverne näher rücken und diese dann bald nach aussen sich öffnen wird, wie viele Beispiele beweisen. Bei gehörig grosser Rippenresection und weit geöffneter Caverne muss man gehörig drainiren; man nimmt dazu weiche Kautschukröhren oder Jodoformgazestreifen; Einspritzungen müssen vermieden werden wegen der leicht eintretenden und dann tödtlichen Laryngobronchitis. — Péan betont, dass bei Blutungen, internen oder äusseren, namentlich bei traumatischen, man nicht mit der Operation eilen soll. Ruhe und absolute Immobilisation helfen oft; er bringt hierzu Beispiele als Beleg. Bei den übrigen Leiden, für welche man die Pneumectomie und die Pneumotomie ausführt, hat Péan sich immer mit der ergiebigen Rippenresection und Auskratzen der angewachsenen Theile begnügt. Bei einem Falle von Cyste, welche mit eitriger Pleuritis verwechselt worden war, machte Péan die Rippenresection, den Einschnitt mittelst Thermocauter, Drainage und Jodeinspritzungen; es trat Heilung ein. Péan operirte einmal ein Chondrom der Lunge mit Erfolg; trotz aller Vorsicht mussten einige Zangen zur Blutstillung liegen bleiben. — Dr. Bazy betont die Nothwendigkeit der Untersuchung der Pleurahöhle, um ein Lungenleiden zu erkennen: bei einem an Lungengangrän leidenden jungen Menschen machte er die Resection der achten und neunten Rippe, schnitt den Pleurasack fingerdickgross ein und fand die Pleura normal; als er den Finger ganz hoch nach oben führte, fühlte er Verwachsungen. Er machte nun die Resection der dritten und vierten Rippe und fiel auf den gangränösen Herd, welchen er eröffnete und drainirte. Es trat Heilung ein. — Dr. Tuffier machte bei einem 28jährigen jungen Manne die Lungenresection rechts oben wegen Tuberculose; er eröffnete den zweiten Intercostalraum ohne Rippenresection und ohne grosse Zerreibungen hervorzurufen. Das Princip seiner Methode besteht darin, dass er durch Ablösen des parietalen Pleurablattes einen extrapleurales Pneumothorax bildet, welcher die Lungenspitze als Hernie aus dem intercostalen Einschnitt hervordrängt und welcher dann untersucht werden kann. In diesem Fall war ein nussgrosser tuberculöser Herd gefunden und exstirpirt worden. Schon voraus im Auswurf und dann noch in dem entfernten Knoten war von Cornil der Tuberkelbacillus gefunden worden. Das gesunde Lungengewebe war 2 Ctm. weit in der Umgebung des tuberculösen Herdes entfernt worden. Heilung. Tuffier stellte den Kranken vor, man sah keinen Unterschied zwischen der rechten und linken Thoraxspitze; der Mann macht seit einiger Zeit die schwersten Arbeiten. Tuffier kommt zu dem Schlusse, dass im Allgemeinen die Chirurgie gegen Tuberculose machtlos ist, dass es aber einzelne sehr seltene Fälle giebt, welche gegen den Absolutismus sprechen und welche ein ebenso günstiges Resultat geben wie andere locale Exstirpationen tuberculöser Herde. — Dr. Michaux machte zwei unglücklich verlaufende Pneumectomien am unteren Lungen-

theil: die Operation verlief normal, die Patienten erlagen später dem Allgemeinleiden. In beiden Fällen konnte Michaux keine Caverne finden, obschon beide kleine Cavernen durch die Section bestätigt wurden. Er kommt zu dem Schlusse, dass die Diagnose wenig ausgedehnter Cavernen in den unteren Lungenpartien sehr schwer ist; die Lunge ist ein tolerantes Organ, denn Verf. punctirte und durchschnitt sie mit dem Thermocauter ohne Blutung und ohne merkliche Reaction. Verf. erzählt einen Fall, wo ein 18jähriger junger Mann sich eine Revolverkugel in die linke Lunge am Pericardium vorbeijagte; die Blutung war den allgemeinen und den physikalischen Symptomen nach eine bedeutende und schien sich nicht zu stillen; es wurde zwischen der Brustwarze und der Eingangsöffnung der Kugel ein V-Schnitt mit nach oben gekehrter Oeffnung von 8 Ctm. gemacht, 6 Ctm. von der siebenten und achten Rippe reseziert, die Pleura eingeschnitten, ungefähr 1 Liter Blut entleert; an der sichtbar athmenden Lunge war eine Stelle, aus welcher Luft und Blut flossen. Es wurde tamponirt und man legte zwei Drainröhrchen ein. Normale Eiterung und Heilung. — Dr. Walther. Bei lange bestehenden bronchiectatischen grossen Cavernen ist die Sclerose des umgebenden Lungengewebes ein Haupthinderniss zur Heilung der blossgelegten Cavernen, und dennoch kann die Indication zur Operation bestehen und gute Resultate ergeben. Bei einem 26jährigen, mit Pyopneumothorax behafteten Mädchen konnte man ganz deutlich zwischen unterem Schulterblattwinkel und Wirbelsäule das Platzen der Luftblase, welche die Communication mit einem Bronchus andeutete, hören; diese Diagnose wurde von allen anwesenden Aerzten bestätigt. Die Operation ergab eine ungeheure grosse bronchiectatische Caverne, welche eine grosse Resection der siebenten, achten und neunten Rippe erforderte und welche man mit Fingerslänge bis unter die sechste und fünfte Rippe verfolgen konnte. Heilung. — Dr. Delagénère. Lungen- und Pleurachirurgie sind unzertrennlich, eben weil die Pleura immer septisch inficirt ist und weil die meisten Lungenoperationen wegen Sepsis ausgeführt werden. Man muss also die Pleura immer desinficiren und resequiren, was am leichtesten durch die Resection der sechsten, siebenten, achten und neunten Rippe geschieht. In drei von ihm mit Erfolg operirten Fällen konnte Delagénère den grossen Nutzen der Drainage des Sinus costodiaphragmaticus sehen; es handelte sich um eine Cyste, um einen Abscess und um Gangrän; es blieb in keinem Falle die kleinste Fistel übrig. — Dr. Jonnesco operirte wegen einer Hydatidencyste ein 17jähriges Mädchen; er machte in der Axillarlinie links eine ausgedehnte Resection der siebenten Rippe, punctirte die Pleura und entleerte 80 Gramm einer seröseitigen Flüssigkeit; mit dem Thermocauter gelangte er durch das Lungengewebe in die Cyste, aus welcher sich 800 Gramm mit Detritus vermischter Flüssigkeit entleerten. Heilung unter gewöhnlicher Behandlung. — Dr. Marchant. Er operirte zwei an Pyopneumothorax leidende Patienten, welche beide tuberculös waren. Relative Heilung. — Dr. Doyen operirte eine Hydatidencyste mit unglücklichem Ausgang, eine tuberculöse Caverne ebenfalls mit lethalem Ausgang und eine tuberculöse Infiltration mit Heilung.

Dr. P. K.

Ueber Aetzungen des Kehlkopfes mit concentrirter Kupfervitriol-lösung bei chronischer Laryngitis mit Aphonie ohne bedeutende pathologisch-anatomische Veränderungen im Kehlkopfeingang.
Von S. W. Winogradski. (Wratsch No. 44, 1895.)

Verf. benutzte die bereits von Trousseau empfohlenen Kupfervitriolätzungen des Kehlkopfes mit gutem Erfolge. Er führt neun Krankengeschichten an. Die von ihm beobachteten Veränderungen im Kehlkopfe (Schwellungen, Excoriationen) waren recht bedeutend und dürften manchmal selbst den Verdacht auf Tuberculose hervorrufen. Die Application concentrirter Kupfervitriollösung war allemal von Erfolg begleitet.

Gorodecki.

Das Laryngo-Stroboscop und die laryngo-stroboscopische Untersuchung. Von Hofrath Prof. Dr. Oertel in München. (Arch. f. Laryngologie und Rhinologie Bd. III, Heft 1 und 2, 1895.)

Der Apparat ist nach dem Principe der Töpler'schen rotirenden Scheibe, an deren Peripherie eine Anzahl von Oeffnungen in gleichen Abständen sich befinden, construiert. Durch die Möglichkeit, bei seiner Anwendung den zu untersuchenden Gegenstand in günstigster Weise zu beleuchten, die Geschwindigkeit der rotirenden Scheibe, die zugleich als Sirene dient, nach der Tonhöhe oder der Schwingungszahl des tönenden Körpers zu reguliren und verschiedene Gangunterschiede oder das Unisono zwischen beiden rasch und exact herzustellen, kann der Apparat ausser der Untersuchung des Kehlkopfes für physiologische, diagnostische und therapeutische Zwecke, auch für jede andere physikalische Beobachtung zum Studium schwingender Körper überhaupt benutzt werden. Vornehmlich aber diente er dem Erfinder zur Beobachtung oscillirender Stimmbänder beim Lebenden, hauptsächlich zwecks Studiums der Frage über die Bildungsweise der Register der menschlichen Stimme, der Brust- und Falsett-Register, ferner zum Nachweis der Formveränderungen der Stimmbänder bei verschiedenen Stimmstörungen durch Beobachtung ihrer abnormen, mehr oder weniger beeinträchtigten Oscillationen. — Die aus den, mittelst des Laryngo-Stroboscops vorgenommenen Untersuchungen sich ergebenden Folgerungen sind: Die bisher geübte, nicht ausreichende Spiegeluntersuchung des Kehlkopfes wird durch das neue Verfahren vervollständigt und erst zum eigentlichen Abschluss gebracht, es wurde eine wichtige wissenschaftliche Untersuchungsmethode gewonnen, welche durch keine andere ersetzt werden kann, gleichermassen aber auch ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in Fällen der verschiedenen Störungen der motorischen Functionen des Kehlkopfs, das wohl auch Anhaltspunkte zu einem erfolgreichen therapeutischen Eingreifen und für die Prognose zu geben im Stande sein kann. Die genaue Beschreibung des Apparates, seine Anwendungsweise und die mit ihm vorgenommenen experimentellen Untersuchungen müssen im Original nachgelesen werden. Vier Tafeln Abbildungen erleichtern das Verständniss der hochinteressanten Arbeit.

Beschorner.

II. Kritiken.

Labyrinthtaubheit und Sprachtaubheit. Klinische Beiträge zur Kenntniss der sogen. subcorticalen sensorischen Aphasie, sowie des Sprachverständnisses der mit Hörresten begabten Taubstummen. Von Freund in Breslau. Verlag von Bergmann, 1895.

F. weist auf die den Otiatern freilich nicht so befremdlich erscheinende Thatsache hin, die den Neurologen unbekannt war, dass es Fälle isolirter Worttaubheit mit relativ gut erhaltenem Gehör für die anderen Schallqualitäten giebt, bei welchen nicht eine Läsion des Klangbildcentrums oder einer der zugehörigen Leitungsbahnen, sondern eine Erkrankung des Ohres, in specie der Labyrinth, der Worttaubheit zu Grunde liegt, demzufolge also die letztere nicht ausschliesslich als topisches Symptom einer Hirnläsion zu deuten ist, sondern dieselbe ihre topische Bedeutung erst durch die gleichzeitig vorhandenen anderweitigen Symptome im einzelnen Falle erhält. Die mit grosser Umsicht angestellten Untersuchungen, durch welche der Autor bemüht ist, sich über die einschlägigen Fragen Klarheit zu verschaffen, verdienen die Aufmerksamkeit nicht blos der Neurologen, sondern auch der Ohrenärzte; jedenfalls werden die Ausführungen des Verf.'s dahin führen, dass in Zukunft in Fällen von Worttaubheit der Untersuchung der Ohren eine weit eingehendere Sorgfalt geschenkt werden wird, als dies bisher vielfach der Fall gewesen zu sein scheint. Keller.

Gemeinnützige Darstellung über Entstehung, Pflege und Erhaltung der Zähne. Von Ed. Praetorius, pract. Zahnarzt, Berlin.

Eine populär gehaltene kurze Schilderung der Entwicklung der Zähne, ihres Baues, des Zahnwechsels im Kindesalter, sowie der dabei mitunter zur Beobachtung kommenden Unregelmässigkeiten. Die Entstehung des Zahnfrasses (Caries) und des Zahnsteines, als der am häufigsten vorkommenden Krankheiten der Zähne, wird in leicht fasslicher Weise beschrieben. P.

Notizen.

Deutsche Otologische Gesellschaft.

Die fünfte Versammlung der Deutschen Otologischen Gesellschaft wird in diesem Jahre am 22. und 23. Mai in Nürnberg stattfinden.

Diejenigen Herren Collegen, welche Vorträge oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, werden gebeten, ihre Themata bis zum 20. April d. J. dem ständigen Secretär, Herrn Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen, an welchen auch Anmeldungen zur Aufnahme in die Gesellschaft zu richten sind, bekannt zu geben.

Die Oesterreichische Otologische Gesellschaft wird am 28. u. 29. Juni l. J. ihren Otologen-Tag, zu welchem auch Nichtmitglieder der Gesellschaft Zutritt haben und Vorträge halten können, in Wien abhalten. Näheres in der nächsten Nummer dieser Monatsschrift.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschoner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kieselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Prof. Dr. **M. Schmidt** (Frankfurt a. M.), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störck** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, April 1896.

No. 4.

I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

Im Jahre 1895 erschienen im Ambulatorium 6113 neue Kranke, und zwar: 3763 Personen männlichen und 2350 Personen weiblichen Geschlechts.

Von den Kranken waren dem Alter nach:					
	bis zu 5 Jahren	179	männliche	+	174 weibliche = 353
von	6—10	302	„	+	281 „ = 583
„	11—20	792	„	+	523 „ = 1315
„	21—30	928	„	+	586 „ = 1514
„	31—40	629	„	+	316 „ = 945
„	41—50	447	„	+	231 „ = 678
„	51—60	279	„	+	144 „ = 423
„	61—70	154	„	+	66 „ = 220
von	71—80 u. darüber	53	„	+	29 „ = 82
	Summa:	3763	„	+	2350 „ = 6113.

Diagnose. (Hier sind nur jene Krankheiten angeführt, welche Gegenstand unserer Behandlung waren).	Männer.				Weiber.			
	r.	l.	b.	Summe	r.	l.	b.	Summe
Fistula auris congen.	—	1	—	1	1	—	—	1
Missbildung der Ohrmuschel	1	2	—	3	—	1	—	1
Appendices tragi	1	—	—	1	—	1	—	1
Acute nässende Flechte der Ohrmuschel	3	5	1	9	2	2	1	5
Chron. nässende Flechte der Ohrmuschel.	—	—	1	1	—	1	1	2
Epithelioma auriculare	2	—	—	2	—	—	—	—
Epithelioma retroauriculae	—	—	—	—	—	1	—	1
Sarcoma in regione auris	1	—	—	1	1	—	—	1
Othaematoma auriculae	1	3	—	4	1	—	—	1
Perichondritis auriculae	1	1	—	2	1	—	—	1
Atheroma auric.	2	1	—	3	—	—	—	—
Combustio aurium	1	1	2	4	1	—	1	2
Ohrenschmalzansammlung	138	156	283	577	50	68	167	285
Hautabschürfungen im Gehör- gang	2	1	—	3	—	1	—	1
Fremdkörper im äusseren Ge- hörang	24	16	7	47	16	17	2	35
Vulnus lacero-contus. aur.	—	1	—	1	—	—	—	—
Umschriebene Entzündung des äusseren Gehörganges	78	58	28	164	35	48	14	97
Diffuse Entzündung des äuss. Gehörganges	37	24	11	72	9	17	11	37
Parasitäre Entzündung des äusseren Gehörganges	1	2	—	3	1	1	—	2
Acute nässende Flechte des äusseren Gehörganges	8	5	3	16	7	4	3	14
Chron. nässende Flechte des äusseren Gehörganges	1	—	2	3	2	3	2	7
Bläschenflechte (Herpes) des äusseren Gehörganges	1	2	1	4	3	2	—	5
Hautjucken (Pruritus) des äusseren Gehörganges	5	4	7	16	2	5	4	11
Verengerung (Stenose) des äusseren Gehörganges	3	2	3	8	1	4	1	6
Exostosis des äuss. Gehörg. Acute Entzündung des Trommelfelles	2	1	—	3	1	—	1	2
Traumatische Ruptur des Trommelfelles	6	11	2	19	4	6	1	11
Narben des Trommelfelles	5	16	—	21	2	7	—	9
Atrophie des Trommelfelles	54	78	121	253	32	48	57	137
Kalkablagerung im Trommelf. Trockene Perforation des Trommelfelles	3	5	3	11	1	1	1	3
	9	10	12	31	8	9	3	20
	13	21	27	61	7	11	19	37

Diagnose.	M ä n n e r.				W e i b e r.			
	r.	l.	b.	Summe	r.	l.	b.	Summe
Zerstörung des Trommelfelles	16	22	35	73	11	17	21	49
Acute catarrhal. Mittelohrentzündung	67	109	84	260	39	55	45	139
Acuter Catarrh der Tub. Eust.	47	68	135	250	24	28	75	127
Chron. catarrhal. Mittelohrentzündung	51	85	482	618	49	58	278	385
Plastische Mittelohrentzündg.	21	25	121	167	28	39	134	201
Plastische Mittelohrentzündg. mit Labyrinthaffect.	2	4	8	14	2	2	3	7
Acute eitrige Mittelohrentzünd.	51	39	31	121	24	32	21	77
Chronische eitrige Mittelohrentzündung	153	137	277	567	132	109	191	432
Chronisch - eitrige Mittelohrentzündung mit Polypen	53	42	31	126	23	13	11	47
Periostitis mastoidea.	7	5	—	12	2	1	—	3
Caries-Necrose des Schläfenbeins	17	12	—	29	11	5	—	16
Labyrinth-Affection (primär)	9	7	21	37	4	6	6	16
Morbus Ménièrei	1	3	1	5	—	—	—	—
Nervöses Ohrtönen	8	5	15	28	7	11	19	37
Otalgia	9	14	3	26	11	8	7	26
Taubstummheit	—	—	34	34	—	—	24	24
Adenoide Vegetationen	—	—	52	52	—	—	30	30
Summe	915	1004	1844	3763	554	642	1154	2350
	6113.							

Der Beschäftigung nach waren die männlichen Kranken:

Kinder bis zum 6. Jahr	Schneider 73,	Hutmacher 16,
380,	Tischler 43,	Müller 29,
Schulknaben 441,	Bäcker 64,	Tagelöhner 241,
Studenten } 97,	Schuster 84,	Friseur 25,
Hochschüler } 97,	Schriftsetzer 24,	Kutscher 33,
Advokaten 2,	Maurer 78,	Uhrmacher 17,
Aerzte 15,	Sicherheitswachm. 21,	Spengler 21,
Priester 6,	Kellner 48,	Zimmermaler 12,
Beamte 43,	Drechsler 43,	Wirthe 18,
Agenten, Commis 187,	Tapezierer 38,	Private 113.
Bauern 263,	Maschinisten } 32,	
Hausknechte } 81,	Heizer } 32,	
Diener } 81,	Comptoiristen 61,	
Schlosser 137,	Metalldreher 37,	
Schmiede 45,	Anstreicher 24,	

Von den übrigen Kranken ist die Beschäftigung nicht angegeben.

Der Beschäftigung nach waren die weiblichen Kranken:

Kinder 245,	Verkäuferinnen } 81,	Tagelöhnerinnen 156,
Schülerinnen 284,	Kassiererinnen } 81,	Köchinnen 45.
Näherinnen	Lehrerinnen 14,	Von den übrigen
Kleider- } 562,	Kaufmannsgattinnen 62	Kranken ist die Be-
macherinnen	Dienstmädchen 128,	schäftigung nicht an-
Fabrikarbeiterinn. 114,	Bäuerinnen 86,	gegeben.

Verzeichniss der Operationen,
welche an den im Jahre 1895 in Abgang gebrachten klinischen
Kranken ausgeführt worden sind.

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten			
		wurden			starben
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt	
Trepanation des Warzenfortsatzes bei Caries und Otitis processus mast.	42	27	10	—	5
Trepanation des Warzenfortsatzes bei Cholesteatom	2	—	2	—	—
Trepanation des Schläfebeines bei Abscessus cerebri	1	—	—	—	1
Excision eines Naevus im Meatus audit. extern.	1	1	—	—	—
Polypenextraction bei Otitis med. supp. chron.	3	1	2	—	—
Paracentese des Trommelfells bei Otitis med. supp. acuta	2	2	—	—	—
Auskratzen adenoider Vegetationen bei Tubencatarrh	1	1	—	—	—
Abtragung einer hypertrophischen Nasenmuschel bei Catarrh. chron.	1	1	—	—	—

Verzeichniss der Operationen,
welche im Jahre 1895 an den ambulanten Kranken ausgeführt worden
sind.

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten		
		wurden		
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt
Incision bei Othaematoma	4	4	—	—
Exstirpation bei Atheroma auric.	2	2	—	—
Incision bei Perichondritis	1	1	—	—
Incision bei Otitis externa	67	67	—	—
Paracentese bei Catarrh. exsudat.	31	24	7	—

Operationen und deren Veranlassung.	Anzahl	Von den Operirten wurden		
		geheilt	ge- bessert	nicht geheilt
Paracentese bei Otitis med. supp. ac.	72	61	11	—
Polyphenextraction bei Otitis med. supp. chron.	145	32	113	—
Auskratzung adenoider Vegetationen	64	52	12	—
Tonsillotomie bei Catarrh. chron.	21	12	9	—
Abtragung der hypertroph. unteren Nasen- muschel bei Catarrh. chron.	8	5	3	—

(Fortsetzung folgt.)

Ueber chronischen Pemphigus der Schleimhäute.

Von

Dr. Arthur Thost in Hamburg.

Nach einem auf der Lübecker Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag.

Der Pemphigus der Schleimhäute ist eine im Ganzen seltene Erkrankung. Schrötter beschreibt zwei Fälle, erwähnt einen dritten. Moritz Schmidt hat bei seiner reichen Erfahrung nur fünf Fälle beobachtet. In unserer Fachliteratur sonst werden hier und da einige Beobachtungen erwähnt, immer werden sie als eine seltenere Erkrankung besonders veröffentlicht.

Eine grössere Anzahl Fälle werden dagegen von Augenärzten beschrieben, weil beim chronischen Pemphigus der Schleimhaut die Conjunctiva meist mit befallen ist und die Folgen des Pemphigus auf derselben, die essentielle Bindehautschrumpfung, rasch Symptome macht, die den Patienten zum Arzt führen, während die Beschwerden, die der Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege verursacht, meist nur gering, oft überhaupt nicht vorhanden sind, so dass der Arzt in vielen Fällen nicht zu Rathe gezogen wird.

Der Umstand, dass ich gegenwärtig zwei fast völlig gleichartige Fälle dieser Erkrankung in Behandlung habe, veranlasste mich, diese Fälle der Versammlung vorzustellen, die Krankengeschichten und meine Beobachtungen mitzutheilen und einige Bemerkungen daran zu knüpfen.

Ich theile zunächst die Fälle selbst mit.

Der erste Patient: Heinrich Rabe, 59 Jahre alt, früher Telegraphenbote, hat mit 15 Jahren „kaltes Fieber“ gehabt, sonst aber keine schweren Erkrankungen überstanden.

Die Eltern starben in hohem Alter, die Mutter am Brustkrebs, der Vater an unbekannter Ursache.

Patient war immer ein kleiner, schwächlicher Mensch, der von seinen Kameraden deshalb vielfach geneckt wurde. Wegen seines vertrockneten Aussehens sagten sie scherzend, er werde einmal dem Postmuseum einverleibt werden.

Patient hat als Telegraphenbote viel laufen müssen und war meistens im Freien beschäftigt. Er giebt ferner an, dass er früher häufig an Stockschnupfen und gelegentlich an Nasenbluten gelitten habe, auch häufiges Niesen soll am Beginn der Erkrankung aufgetreten sein. Lues wird bestimmt und glaubhaft in Abrede gestellt.

Vor fünf Jahren liess er sich pensioniren und half dann in einem Tabaks- und Cigarrenladen. Der scharfe Geruch in diesem Laden, meinte er, sei der Grund seiner jetzigen Erkrankung.

Er hatte keine besonderen Beschwerden, nur Stechen beim Schlucken und Brennen beim Genuss scharfer Speisen und Spirituosen.

Etwa um dieselbe Zeit traten auch die Beschwerden an den Augen und zwar links hochgradiger auf.

Ich beobachte den Patienten jetzt seit 1894.

Das Bild ist, ziemlich bedeutende Schwankungen an Intensität und Ausdehnung des Processes abgerechnet, fast immer dasselbe.

Auf der Schleimhaut des Nasenrachenraums des Rachens und des Larynx finden sich inselförmige, weisse Flecken von unregelmässiger Gestalt, von der Grösse einer Linse bis Marktstück gross. Diese weissen Flecken werden gebildet durch die abgehobene Epidermis, die oft wie ein zerknittertes Papier gefaltet ist oder in Fetzen herabhängt, in Nase und Nasenrachenraum auch wohl mehr eintrocknet und dann borkig wird, wobei sie dann statt der schneeweissen Farbe eine mehr schmutzig-graue, braune oder auch röthliche Farbe zeigt, wenn Blut beigemischt ist.

Die an diese Inseln anstossenden Schleimhautlinien zeigen meist eine stärkere reactive Röthung. Die weisse Epidermisdecke reisst leicht ein und lässt sich von dem Rete Malpighi ohne Schwierigkeit ablösen. Man sieht dann die rothe Papillarschicht, die auf Berührung blutet. Der ganze Process heilt rasch ab, ohne Narben, schon nach 24 Stunden hat man oft ein ganz verändertes Bild. Da, wo solche weisse Inseln waren, sieht man nach wenig Tagen völlig normale, rothe Schleimhaut, wo normale Schleimhaut war, sind über Nacht solche weisse Inseln entstanden. Obwohl diese Stellen wechseln, sind doch gewisse Bezirke besonders häufig befallen, so der weiche Gaumen und die Gaumenbögen, die Epiglottis und die hinteren Flächen der Aryknorpel.

Bei diesem Patienten sah ich nie solche Flecken an den Lippen, an der Zunge und der Wangenschleimhaut, dagegen ist das Innere des Larynx häufiger befallen.

Es scheint bei ihm der weiche Gaumen nach oben, die wahren Stimmbänder nach unten die Grenze für die Erkrankung zu bilden und nur einmal sah ich dicht unter der vorderen Commissur in der Trachea einen linsengrossen Fleck.

Diese weissen Flecke mit reactiver Röthung in der nächsten Umgebung entstehen aus Blasen, die aus der Schleimhaut aufschliessen, ähnlich wie Brandblasen, dann platzen und jene Epidermisfetzen hinterlassen. Die Epidermis kann sich zum Theil wieder anlegen.

Dieser Vorgang muss sich sehr rasch abspielen, denn obwohl ich den Patienten seit mehr als zwei Jahren fast ununterbrochen zwei Mal wöchentlich untersuchte, sah ich doch nur drei oder vier Male

solche frische Blasen, die ich, wie alle anderen Beobachter, als schwappende Blasen mit grünlich durchscheinendem Inhalt bezeichnen muss. Dieselben reissen leicht ein und entleeren dann wenig trübe seröse Flüssigkeit.

Die Contouren dieser Schleimhautinseln verändern sich bei jedem Schluckact, weil die zarten, oft wie Schleier durchsichtigen weissen Epidermisschichten sich bei der leisesten Berührung verschieben. Diese Beobachtung fällt vor allen Dingen auf, wenn man sich anschickt, ein solch' momentanes Bild zu skizziren, nach jedem Schluckact findet man dabei die Contouren verändert.

Etwas anders stellt sich der Befund in der Nase dar.

Die Schleimhaut ist blass und dünn, nirgends Borken, normale Weite, für Luft gut durchgängig. In der linken Nase ist das Septum mit dem concaven Rand der mittleren Muschel, die leicht atrophisch ist, ausgedehnt und fest verwachsen.

Patient hatte früher viel an verstopfter Nase gelitten, auch Borken gehabt, die er mit dem Finger entfernen musste.

Eine Prüfung des Geruchsinnes ergiebt eine fast völlige Anosmie. Starke ätherische Oele, Asa foetida etc. werden nicht unterschieden, selbst Petroleum riecht er, wie er angiebt, nicht.

Eine Prüfung der Schleimhaut des Mundes und des Rachens auf Tast- und Temperatursinn giebt normale Verhältnisse, für Wärme scheint aber eine gewisse Ueberempfindlichkeit zu bestehen.

Patient hat gelegentlich über Ohrensausen und Zischen in den Ohren geklagt, wenn der Hals stärker befallen war. Auch diese Erscheinungen sind in letzterer Zeit seltener.

Die Untersuchung der Ohren giebt fleckig getrübt, glanzlose Trommelfelle, namentlich rechts.

Die Hörfähigkeit ist beträchtlich herabgesetzt:

„Links, Uhr 1 Meter,
Flüstersprache 3 Meter,
Rechts, Uhr $\frac{1}{2}$ Meter,
Flüstersprache etwa 2 Meter.“

Die rechte Tube schwerer durchgängig.

Uebler Geruch aus dem Munde oder aus der Nase nicht wahrnehmbar, auch der Patient hat dergleichen nie an sich beobachtet.

Die Bindehaut beider Augenlider ist geschrumpft und zum Theil narbig verwachsen. Dieser Process ist rechts nur angedeutet, während er links zu einer Verwachsung der Lidspalte geführt hat.

Augenbefund von Dr. E. Franke, der die Beobachtung und Behandlung der Augen übernommen hat:

December 1893, als ich den Patienten zuerst sah, fand sich rechts beginnende Schrumpfung des unteren Bindehautsackes; am oberen Theil des Bindehautsackes war hauptsächlich Schrumpfung der Bindehaut am äusseren und inneren Winkel. Eine flügelartige Verdickung der Conjunctiva bulbi zog von der unteren Uebergangsfalte nach dem unteren äusseren Hornhautrand.

Links waren die Verhältnisse ähnlich, nur griff hier der flügelartige Fortsatz bereits auf die Hornhaut über.

Die Conjunctiva tarsi superioris zeigte jederseits dem Lidrand parallel verlaufende, gelbliche Narben. Leichte Trichiasis rechts.

Im Laufe der Beobachtung zeigten sich an jedem Auge wiederholt Blasen. Der Fortsatz auf der Hornhaut linkerseits breitete sich weiter nach dem Centrum hin aus. Trotz wiederholten Abtrennens mit dem Galvanocauter hatte er sich schliesslich bis an den Pupillarrand erstreckt. Jetzt wurde er (Juni 1895) ganz abgetragen und die so entstandene Wundfläche mit 2 Hautläppchen nach Thiersch bedeckt. Gleichzeitig wurden die inzwischen entstandenen Verwachsungen zwischen einem Theil der Hornhaut und dem Unterlide getrennt und durch Zwischenpflanzen Thiersch'scher Lämpchen der Bindehautsack zum Theil an dieser Stelle wieder hergestellt. Im Uebrigen hat die Schrumpfung der Bindehaut und damit die Verkleinerung des Bindehautsackes an diesem Auge weitere Fortschritte gemacht.

Die flügelartige Verdickung der Conjunctiva bulbi rechts ging nach einer gründlichen Ausbrennung mit dem Galvanocauter zurück, doch ist auch hier im Laufe des Jahres eine weitere Schrumpfung der Bindehaut und damit des Conjunctivalsackes eingetreten. Die Hornhaut ist bisher intact.

Was den allgemeinen Zustand bei unserem Patienten anlangt, so ist derselbe von kleiner, graciler Figur und Knochenbau, besonders fällt die welke, erdfahle Haut auf, Kopf- und Barthaare sind trocken und, wie häufig bei Scrophulösen und Cachectischen, leicht gekräuselt. Die Zähne sind schon vor Jahren sämmtlich ausgefallen, nachdem sie sich vorher im Kiefer gelockert hatten. Das linke Auge scheint kleiner, weil die Lidspalte durch Verwachsung verengt ist. Die Muskulatur schwach, der Thorax schmal, Herz und Lungen bei Percussion und Auscultation völlig normal. Urin enthält weder Eiweiss, noch Zucker.

Nirgends auf der Haut ist eine Blase oder Efflorescenz zu sehen. Patient kann sich auch nicht erinnern, je eine Erkrankung der Haut gehabt zu haben. Es besteht keine Drüsenschwellung.

Seit ich den Patienten beobachte, hat sich der Character des Leidens nicht merklich geändert, nur in der letzten Zeit, wo eine auffallend kalte und trockene Witterung vorherrschte, trat eine erhebliche Steigerung des Processes und der Beschwerden auf.

So war vor allen Dingen das Innere des Kehlkopfes mit solchen weissen Membranen bedeckt. Die wahren Stimmbänder bis in den subglottischen Raum hinein befallen. Patient hatte häufig Husten und war nicht heiser. Auch im Rachen und Nasenrachenraum waren in der letzten Zeit grössere Schleimhautbezirke befallen, selbst in der Nase sah ich wiederholt frische Stellen, wo die Epidermis in Fetzen sich abheben liess oder zu Brocken eingetrocknet war.

An der Stelle, wo die mittlere Muschel mit dem Septum fest verwachsen war, so dass der obere Nasengang obliterirt ist, bildete sich ein kleiner linsengrosser Abscess, aus dem mehrere Tage lang Eiter abfloss.

Bei Eintritt milderer Witterung gingen diese heftigen Erscheinungen zurück.

Ich hatte gerade um diese Zeit dem Patienten Arsen verordnet und glaubte darauf die Verschlimmerungen schieben zu müssen, über-

zeugte mich aber von der Unrichtigkeit dieser Annahme, weil die Verschlimmerungen, trotzdem das Mittel sofort ausgesetzt wurde, anhielten, und weil bei dem zweiten Patienten, der das Mittel nicht erhalten hatte, zu derselben Zeit die gleiche Verschlechterung des Zustandes beobachtet wurde.

Es war zu einer Zeit, wo in Folge des herrschenden Ostwindes fast alle chronischen Halspatienten über Steigerung ihrer Beschwerden klagten, und wo, wie man zu sagen pflegt, alle Welt erkältet war.

Das stärkere Ergriffensein der Schleimhaut über den Aryknorpeln scheint auch zu tiefer greifenden Veränderungen der Schleimhaut geführt zu haben. Es erscheint der Eingang in den Kehlkopf verengt und die Contouren der einzelnen Theile des Larynx mehr verwischt. Auch an der Uvula ist eine solche Veränderung deutlich, sie erscheint kürzer und verdickt.

Die Witterung hat also einen gewissen Einfluss auf die Intensität des Processes, milde und feuchte Witterung beeinflusst denselben in günstiger, rauhe, trockene Luft in ungünstiger Weise.

Am geringsten war die Affection, als Patient wegen der an seinen Augen vorgenommenen Transplantationen einige Tage ruhig im Bett gelegen hatte.

Interessant ist es noch, dass eine Tochter des Patienten, die Lehrerin ist, ein sonst kräftig entwickeltes Mädchen von 22 Jahren, zu mir kam mit einem atrophischen, zu Borkenbildungen neigenden chronischen Catarrh der Nase und des Nasenrachenraumes. Der dadurch verursachte Kehlkopfcarrh störte sie in ihrem Beruf, ausserdem klagte sie viel über Kopfweh.

Bei ihr erinnert aber die ganze Affection durch kein einziges Merkmal an Pemphigus.

II. Der zweite Patient, Cäsar Ladage, 26 Jahre alt, ebenfalls Telegraphenbeamter, verheirathet, stammt von gesunden Eltern, auch die Geschwister sollen gesund sein.

Patient klagt seit etwa 4 Jahren über Krustenbildungen und Blutungen aus der Nase, Schmerzen und Stechen im Halse.

Auch er hat früher an Stockschnupfen gelitten, Mandelentzündungen will er nie gehabt haben. Eine geringgradige Schwerhörigkeit führt er darauf zurück, dass früher dicht an seinem Ohr einmal eine Pistole abgeschossen worden sei.

Patient ist ein kleiner, graciler, schwächlig gebauter Mann, von derselben erdfahlen Gesichtsfarbe, wie der erste Patient. Hat wie dieser auch das trockene, leicht gekräuselte Haar, schlecht entwickelte Muskulatur und zeigt überhaupt in seinem Aeusseren, trotz des bedeutenden Altersunterschiedes eine frappante Aehnlichkeit mit dem ersten Patienten, so dass man dieselben für Brüder halten könnte.

Lungen und Herz sind normal. Urin ohne Eiweiss und Zucker. An der äusseren Haut hat auch er weder Blasen noch irgend ein Exanthem oder Narben gehabt, nur im dritten Lebensjahr will er einmal einen Ausschlag, der Beschreibung nach eine Urticaria, gehabt haben.

Die Nase ist für Luft völlig durchgängig, die Schleimhaut erscheint leicht ödematös, im Ganzen eher hypertrophisch.

Vorn am Septum beiderseits kleine Borken.

Der Geruch ist stark herabgesetzt, wenn auch nicht so hochgradig, wie bei dem ersten Patienten. Patient kann die bekannten ätherischen Oele nicht von einander unterscheiden.

Ueblen Geruch aus dem Munde und der Nase habe ich bei dem Patienten nie wahrgenommen, auch hat Patient nie darüber geklagt.

Auf der Schleimhaut des Rachens und des Kehlkopfes fand sich während der ersten Zeit meiner Beobachtung — ich beobachtete den Patienten seit December 1894 — immer nur an einer Stelle, an der hinteren Rachenwand, eine längliche Insel von erkrankter Schleimhaut, wo die Epidermis entweder in Fetzen herabhing oder leicht verfärbt und angetrocknet war. Später jedoch zeigte sich auch die Epiglottis fast regelmässig befallen, selten der Nasenrachenraum.

Das Innere des Kehlkopfes war nie befallen, die Stimme nie heiser.

Die Hörfähigkeit ist auf beiden Seiten leicht herabgesetzt, die Trommelfelle trüb und etwas eingezogen.

Auch bei ihm fand sich die Schleimhaut des Mundes und der Wangen nie befallen und dieselbe bei Berührung und gegen Temperaturen normal, mit der einzigen Abweichung, dass auch bei ihm, wie beim ersten Patienten, gegen höhere Temperaturen eine gewisse Ueberempfindlichkeit vorhanden war.

Wie ich schon beim ersten Fall erwähnte, trat auch bei diesem in der letzten Zeit eine Verschlechterung ein, so dass der Kehlkopf und die tieferen Rachenparthien nie frei waren.

Was die Augen anlangt, so konnte ich selbst zwar eine sichtbare Veränderung Anfangs nicht constatiren, eine genaue Untersuchung von Dr. Franke aber ergab folgenden Befund:

Bei dem Patienten findet sich bisher die Bindehaut des unteren Coniunctivalsackes normal, ebenso im Allgemeinen die der Coniunctiva tarsi super. und die der oberen Uebergangsfalte. Nach dem Umklappen der Oberlider zeigen sich indessen an jedem Auge am äusseren und inneren Lidwinkel ganz zarte, gelbliche, weisse narbige Stränge, vom Tarsus nach der Coniunctiva bulbi verlaufend. Lässt man den Patienten nach unten innen blicken und zieht man dabei das Oberlid leicht in die Höhe, so zeigen sich diese Stränge als erste beginnende Verwachsung zwischen Oberlid und Bulbus, faltenartig vorspringend in den sonst normalen Bindehautsack.

Wenn Sie die beiden Fälle vergleichen, so fällt Ihnen zunächst die erwähnte Aehnlichkeit der äusseren Erscheinung auf. Das cachectische Aussehen, das trockene, leicht gekräuselte Haar; auch auf der Schleimhaut sind die Bilder ganz dieselben, nur sind bei dem zweiten Patienten bisher an den Augen keinerlei subjective Beschwerden aufgetreten. Auch der fieberlose chronische Verlauf, die geringen Beschwerden, kurz Alles ist bei beiden Fällen gleich. Ebenso ist und war bei beiden die äussere Hautdecke völlig unbetheiligt, im Gegensatz zu der grossen Anzahl von Pemphigus mucosae, die anderwärts beschrieben sind.

Eine Uebersicht über die in der Literatur veröffentlichten Fälle von Schleimhaut-Pemphigus, die allerdings auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen will, ergibt, dass unter diesem Namen offenbar sehr

verschiedene Krankheitsprocesse beschrieben werden, die in Bezug auf Verlauf, Localisation, Mitbetheiligung der äusseren Haut und Ausgang die grösste Verschiedenheit zeigen. Sowohl bei den Hautärzten, als auch bei den inneren Medicinern, bei den Augenärzten und auch bei unseren Fachcollegen stehen sich die Ansichten über diese Erkrankung noch schroff gegenüber.

Die Zahl der klinisch genau beobachteten, ätiologisch sorgfältig untersuchten und pathologisch-anatomisch erforschten Fälle ist noch zu gering, um eine genaue Abgrenzung der einzelnen Formen zu ermöglichen.

Ich halte es daher für einen besonders glücklichen Umstand, dass ich gleichzeitig zwei völlig sich gleiche Fälle beobachten kann.

Ich will mich darauf beschränken, aus der Literatur die Fälle von chronischem Pemphigus der Schleimhaut, die den meinigen gleichen, hier etwas ausführlicher zusammenzustellen, um auf diese Weise diese Formen von den anderen zahlreichen Pemphigus-Formen — Martius erwähnt allein 97 Arten von Pemphigus — möglichst genau abzugrenzen.

Aus der mir zugänglichen Literatur kann ich folgende Fälle als hierher gehörig anführen:

I. Am meisten gleicht unseren Fällen ein Fall, der von Professor Deutschmann, in den von ihm herausgegebenen Beiträgen zur Augenheilkunde, veröffentlicht worden ist.

Es handelte sich dabei um eine 71jährige decrepide Frau, die wegen Verwachsung der Lidspalte zu ihm kam.

Als Ursache derselben fand sich eine essentielle Bindehautschrumpfung, die Deutschmann mittelst Transplantationen eines Lappens aus dem unteren Lid mit gutem Erfolg operirte.

Auch hier fand sich auf beiden Augen, wie bei unserem ersten Fall, ein Flügelfell, das sich von der Conjunctiva des Lides bis zum Cornealrand erstreckte.

Es war Deutschmann aufgefallen, dass Patientin bei der Untersuchung fast immer ihr Taschentuch vor den Mund hielt; als er sie fragte, warum sie dies thue, gab sie ihm zögernd zu, dass sie bereits seit sechs Jahren an üblem Geruch aus dem Munde leide.

Die Untersuchung der Mundhöhle zeigte am harten Gaumen unregelmässige Geschwürsflächen mit intensiver Röthung der Umgebung.

Sie hatte leichte Beschwerden beim Essen und Trinken, die nur ganz ausnahmsweise fehlten:

Die äussere Haut war bei ihr niemals befallen.

Ein einziges Mal sah Deutschmann bei ihr am harten Gaumen eine schwappende grosse Blase. Auch am Auge sah er einmal zwei gelblich weisse, hirsekorngrosse, blasige Erhebungen.

Der Fall ist besonders interessant, weil Deutschmann denselben zusammen mit Unna, der die Diagnose bestätigte, bacteriologisch untersuchte. Sie erhielten durch Reinculturen einen Streptococcus, der sich bei Ueberimpfung auf Kaninchen als pathogen erwies, bestimmte, für Pemphigus charakteristische Erscheinungen jedoch nicht zeigte.

Die nebenbei von Deutschmann in seinem Fall gefundene massenhafte Ansammlung von Xerosisbacillen hat nach seinem Aus-

spruch mit der Aetiologie der Erkrankung sicherlich keinen Zusammenhang; es handelt sich, wie er meint, nur um Schmarotzer.

Deutschmann beobachtete den Fall zwei Jahre lang, er entzog sich dann leider der Beobachtung. Spätere von mir angestellte Nachforschungen ergaben, dass die Frau, 78 Jahre alt, nachdem sie völlig erblindet war, an Altersschwäche gestorben ist.

Eine spätere Behandlung und Obduction hat nicht stattgefunden.

II. Drei Fälle, die von Steffan in den Monatsblättern für Augenheilkunde von Zehender 1884 erwähnt werden.

Steffan stellt dort die von den Augenärzten bis 1882 veröffentlichten Fälle von Pemphigus conjunctivae zusammen, deren Zahl mit den seinigen 15 beträgt.

Von diesen 15 Fällen sind aber nur 3 — sein eigener eingeschlossen — auf die Schleimhaut localisirt, während die übrigen Fälle von universellem Pemphigus sind.

A. Im ersten Fall, von Lasègue veröffentlicht, fand sich die Erkrankung am Nasenflügel bei einem 60jährigen Patienten, ging von da auf beide Augen über, links zu Xerophthalmie und Verlust des Auges führend.

Uns speciell interessirt der Zusatz:

„Auch im Rachen und Oesophagus traten noch Pemphigus-Eruptionen auf, die zeitweise bedeutende Schlingbeschwerden verursachten. Damit war der Erkrankungsbezirk des Pemphigus zu Ende.“

B. Der zweite Fall, von Becker, betraf einen 68jährigen Patienten. Der Pemphigus beschränkte sich ausschliesslich auf Nase und nächste Umgebung und die Schleimhaut der Kiefern. Später trat dazu Pemphigus beider Augen mit Ausgang in Xerophthalmie.

C. Der dritte Fall, der uns hauptsächlich interessirt, ist der von Steffan selbst beobachtete Fall, wo es sich um eine 73jährige Frau handelte, die an essentieller Bindehautschrumpfung litt. Die wahre Ursache dieser Schrumpfung wurde erst klar, als sich nicht nur auf der Schleimhaut, sondern auch auf der Epidermis des äusseren Lides exquisite Pemphigusblasen zeigten. Auf anderen Stellen der Oberhaut fanden sich nie Pemphigusblasen, dagegen wurde im späteren Verlauf eine Rachenaffection beobachtet, die von Moritz Schmidt als Pemphigus mucosae festgestellt wurde.

Es ist dieser Fall einer der Eingangs erwähnten fünf Schmidt'schen Fälle.

Schmidt beobachtete bei diesem Verwachsungen der hinteren Gaumenbögen mit der Schlundwand, welche nach und nach zu einem vollständigen Verschluss nach der Nase zu führten.

Auch er sah nur einmal am Kehldeckel eine frische Pemphigusblase, sonst gewöhnlich nur die weissen Schorfe, die, wie er sehr treffend bemerkt, den Aetzschorfen von Lapis auffallend gleichen.

Wie Steffan später mittheilt, endete dieser Fall mit einer beiderseitigen Phthisis bulbi, während die Rachen- und Kehlkopfaffection fortbestand. Auf den äusseren Hautdecken trat nie wieder Pemphigus zu Tage, auch das Allgemeinbefinden war nicht gestört.

Die übrigen in der augenärztlichen Literatur veröffentlichten Fälle

interessiren uns weniger, weil es sich dabei meist um cachectische Kinder handelt, die an allgemeinem Pemphigus litten, der, auf das Auge übergehend, meist rasch zum Tode führte.

Ob eine Erkrankung der Schleimhaut der oberen Luftwege dabei vorhanden war, wird nicht angegeben. Nur der eine von Gelpke in Zehender's Monatsheften von 1885 berichtete Fall ging an Dyspnoe zu Grunde, im Sectionsbericht findet sich aber eine Erkrankung des Respirationsabschnittes nicht erwähnt und die Lungen waren normal.

III. Auch der von Landgraf in der „Berliner klinischen Wochenschrift 1891 No. 1“ veröffentlichte Fall gleicht den unseren vollständig in Bezug auf seinen Ausbreitungsbezirk.

Es handelte sich um einen 48jährigen Arbeiter, mit Tuberculose hereditär belastet, der im 18. Lebensjahre einen Ausschlag am Kopf und später eine Lungenentzündung überstanden hatte.

Im Frühjahr 1887 bekam er zugleich mit anderen Arbeitern, die in einer chemischen Fabrik mit Erdarbeiten beschäftigt waren, Brennen in den Füßen und Schmerzen in Stirn und Augen. An diese Symptome schloss sich ein wenig später eine Erkrankung der Nase, die schmerzte und blutiges Secret und Schorfe absonderte. Zu gleicher Zeit trat ein Trockenheitsgefühl im Rachen auf, Kitzeln im Kehlkopf und Würgen.

Etwa $\frac{3}{4}$ Jahr nach den ersten Krankheitssymptomen begann er mit dem linken und etwas später mit dem rechten Auge schlecht zu sehen; obwohl er 9 Wochen lang auf einer Augenklinik sachgemäss behandelt wurde, besserte sich sein Zustand nicht. Er trat im Mai 1888 deshalb in die Charité, also etwa ein Jahr nach Beginn der Erkrankung. Dort wurde von Landgraf kurz folgender Befund festgestellt:

Patient mittelgross, nicht sehr kräftig, früh gealtert, Muskulatur schlaff, abgemagert, Haar ergraut, kein Fieber, Haut welk. Nirgends Exantheme, nirgends Drüsenschwellungen.

Conjunctiva beiderseits geschrumpft, die beiden Flächen ausgedehnt verwachsen, so dass rechts nur noch eine kleine Spalte sichtbar ist. Hornhaut trüb, von neugebildeten Gefässen durchzogen. Patient ist rechts fast blind, links zählt er mühsam die Finger.

Schleimhaut der Nase mit fest anhaltenden Borken bedeckt. Im knorpeligen Septum eine erbsengrosse Perforation mit leicht geschwürigen Rändern. Linke untere Muschel im vorderen Abschnitt cariös.

Im Rachen strangförmige Verwachsungen der Gaumenbögen mit der hinteren Rachenwand.

Die blasse Schleimhaut zeigt landkartenförmig begrenzte weisse Auflagerungen, die sich leicht abziehen lassen. Es kommt dann eine leicht blutende, stark geröthete Schleimhaut zu Tage. Kehldeckel an der Mundfläche leicht geröthet. Zungengrund, innere Fläche der Epiglottis, Taschenbänder und die Schleimhaut über dem Aryknorpel zeigen dieselben leicht entfernbaren Auflagerungen wie die Rachenwand. Ebenso Theile der Luftöhre.

Patient ist heiser.

Die entferntesten Auflagerungen erweisen sich unter dem Mikroskop zusammengesetzt, theils aus vollaftigen, nicht necrotischen Epithelzellen, theils aus Detritus, in dem genauere Differenzirungen nicht mehr möglich waren.

Landgraf fügt hinzu:

„Von Professor Ehrlich wurde mit Bestimmtheit irgend eine bacterielle Affection ausgeschlossen!“

Dieser Zustand blieb unverändert viele Monate.

Auch im Kehlkopf zeigten sich Verdickungen der Schleimhaut, namentlich der Epiglottis. Die Stimmbänder verwachsen an der vorderen Commissur, und es bildete sich eine Verengung des Kehlkopffinern heraus, die zusammen mit der fortschreitenden Verdickung der Schleimhaut am Kehlkopfeingang eine genauere Beobachtung der Vorgänge im Innern des Larynx nicht mehr gestattete. Bei diesen Vorgängen wurde nie über Schmerzen geklagt. Erst als der Schleimhautprocess auch die Mundschleimhaut ergriff, und auch dicht hinter der Lippencommissur grauweisse pseudomembranöse Auflagerungen sich zeigten, wurde der Zustand ein qualvoller und schmerzhafter und die Nahrungsaufnahme war durch die Schmerzen sehr erschwert.

„Während der ganzen Beobachtungszeit war nicht ein Mal eine Veränderung auf der Haut beobachtet worden.“

Es war nie Fieber vorhanden, Urin stets normal. Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen. Gewichtsabnahme 2 $\frac{1}{2}$ kg. Jede Medication völlig erfolglos.

Nach einjähriger Beobachtungszeit wurde der Kranke von der Heimathsbehörde requirirt und der weiteren Beobachtung entzogen.

Inwieweit die ersten Symptome, von der auch die Kameraden des Patienten befallen gewesen sein sollen, im Zusammenhang stehen mit der späteren Schleimhauterkrankung, liess sich trotz eifrigster Nachforschung nicht eruiren und muss die Frage offen gelassen werden.

Der ganze Verlauf aber, und die Localisation auf die Augen und die Schleimhaut der oberen Luftwege stimmen so genau mit unseren Fällen überein, dass man auch, ohne dass wirklich Blasenbildung beobachtet wurde, Landgraf entschieden beipflichten muss, wenn er diesen Process für Pemphigus erklärt.

Auch bei seinen Patienten war cachectische Beschaffenheit, sowohl der Schleimhaut, wie der äusseren Haut und auch der übrigen Gewebe, in die Augen springend. Ebenso bildeten sich, da wo die Schleimhaut sich berührte, Verwachsungen, Verdickungen, nur scheint der ganze Process bei seinem Patienten intensiver, in die tieferen Schichten der Schleimhaut übergreifender gewesen zu sein, so dass es, wie am Septum und an der Muschel, zu necrotischen Processen resp. Perforationen gekommen ist.

Es handelte sich also um die Form von Pemphigus, die als Pemphigus foliacius beschrieben ist.

(Schluss folgt.)

Rachen- und Kehlkopfsymptome bei der Polyneuritis (puerperalis).

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

Seitdem Traube zuerst den Zusammenhang zwischen dem laryngoscopischen Befund einer l. Recurrenslähmung und einem Aortenaneurysma dargelegt und auf Grund des Spiegelbildes die Diagnose gestellt hatte, hat sich die Erkenntniss Bahn gebrochen, dass der Kehlkopfspiegel nicht allein zur Diagnose und Therapie örtlicher Erkrankungen verwendet werden kann, sondern auch zur Erkenntniss des Leidens weit abliegender Organe dienen muss. Bei vielen Krankheiten wird der Kehlkopf vor Beginn, im Verlauf oder nach Ablauf betroffen; am wichtigsten ist es natürlich für uns, wenn das Spiegelbild die Initialsymptome zeigt. Leider können diese jahrelang bestehen, ohne dem Betroffenen irgend welche Beschwerden zu machen. Am häufigsten trifft dies bei den allmählig entstehenden halbseitigen Lähmungen zu, welche subjectiv so geringe Störungen verursachen, dass sie meistens übersehen werden; die einseitige Posticuslähmung macht z. B. weder von Seiten der Respiration noch Phonation irgendwelche bemerkenswerthe Erscheinungen; und gerade diese Lähmung hat für die Diagnose und Therapie mancher Krankheit, bei welcher sie als Initialsymptom erscheint, z. B. der Tabes, welche auf luetischer Grundlage beruht, eine solche Bedeutung, dass ich auf die Folgen einer frühzeitigen Erkenntniss des Leidens kaum hinzuweisen brauche. Daher hält Semon mit Recht es sogar für eine Pflicht, bei allen vorhandenen oder vermutheten organischen Krankheiten, welche die Centren oder Stämme der motorischen Kehlkopfnerven betreffen könnten, die laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, auch wenn kein Symptom von Seiten des Kehlkopfes eine solche Untersuchung zu fordern scheint.

Andrerseits ist das Laryngoscop auch dann ein werthvolles Hilfsmittel für die Beurtheilung der Ausbreitung, der Dauer und Prognose des Grundleidens, wenn die Diagnose auch feststeht und die Symptome von Seiten des Kehlkopfes sich so deutlich markiren, dass die Function des Organs beträchtlich gestört wird. Ich will nur auf die Affectionen hindeuten, welche bei der Tuberculose und Lues vorkommen oder bei den Erkrankungen der Nachbarorgane des Halses oder der Brust, die durch Schädigung einzelner Nerven die verschiedensten Lähmungen zur Folge haben. Am häufigsten treten letztere bei den Erkrankungen des Centralnervensystems — Gehirn und Rückenmark — hervor und hier sind sie von hervorragender Bedeutung für die Localisation des Herdes. Auch bei den peripheren Nervenleiden gehört eine Beeinträchtigung des Kehlkopfes nicht zu den Seltenheiten, leider wird aber eine genaue Untersuchung zu oft verabsäumt. Ich will mich auf die Polyneuritis puerperalis beschränken, deren Casuistik ich um einen einschlägigen Fall vermehre.

Eulenburg hat in der Deutschen med. Wochenschrift 1895, No. 8 und 9 (Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis), eine ausführliche Schilderung der Polyneuritis gegeben und sämmtliche beschriebene Fälle

— 38 unter Hinzufügung seiner eigenen 3 — tabellarisch geordnet. Er stellt zwei Formen nach der verschiedenen Schwere des klinischen Krankheitscharacters auf und unterscheidet:

a. eine leichtere, mehr localisirte Form, die am häufigsten an den Armen ein- oder doppelseitig, besonders im Medianus- oder Ulnarisgebiet (Brachialtypus), seltener an den unteren Gliedmaassen, meist einseitig im Ischiadicusgebiet (Crural- oder Lumbosacraltypus), oder auch Anfangs brachial, dann crural aufzutreten pflegt und nach bisherigen Erfahrungen eine überwiegend günstige Prognose darbietet; und

b. eine schwerere, mehr diffuse oder generalisirte Form, die sich, acut oder subacut aufsteigend oder absteigend, in einzelnen Fällen der neuritischen Form der Landry'schen Paralyse entsprechend entwickelt und auch die cerebralen Nervengebiete in grösserer oder geringerer Ausdehnung beteiligt.

Der zweiten Form gehören also, wenn ich von einem zweifelhaften Fall von Mills (23 der Tabelle) absehe, sämmtliche Fälle an, welche eine Betheiligung des Rachens und Kehlkopfes zeigen.

1) Korsakoff¹⁾ 1890: Frau 28jährig. ? para. Aetiologisches Moment: Todtes, nicht ausgetragenes, verwestes Kind.

Zeit und Art des Beginnes: Am Ende der Schwangerschaft Kreuz- und Ischiadicusschmerzen; nach der Geburt grosse Erregung, Panphobie, Bewusstseinstörung, heftige Schmerzen in Rumpf und Extremitäten. Drei Wochen post partum Paraparese der Beine.

Art und Ausdehnung: Fast alle Muskeln der Beine paretisch, besonders die Adductoren. Anästhesie im Gebiete des Plexus lumbalis. Parästhesien und Schmerzen in den Beinen. Harnverhaltung, träger Stuhlgang. Allmählig werden die Muskeln der Beine vollständig paralytisch, dann die der Arme, ferner Bauch- und Rumpfmuskulatur. Starke Schmerzen in Rumpf, Armen und Trigeminis. Krampfanfälle der Arme und Beine. Zuckungen im Gesicht. Schlingbeschwerden, vorübergehende Sprachstörung. Psychische Störung scharf ausgeprägt. Angstzustände, Verwirrtheit, Gedächtnisschwäche.

Verlauf: Die Lähmung bestand etwa einen Monat, dann verschwanden die Schlingbeschwerden, Gesichtsschmerz, Sprachstörung; ausgeprägte Atrophie an Armen und Beinen; keine electriche Zuckung, Contractionen in Knieen und Fussgelenken, starke Schmerzen in den Beinen, vorübergehendes Fussödem u. s. w. Es interessirt uns nur noch, dass die Reflexe erst im 4. Jahre nach Erkrankung wieder erschienen.

2) Sottas 1892: 31jährige Frau, 6para.

Aetiologische Momente: Nach der 2. Entbindung schwere Puerperalerkrankung mit Phlegmasia alba dolens. Bei späteren Schwangerschaften stets heftiges Erbrechen. In den letzten Monaten der 6. Schwangerschaft heftige Angina.

Zeit und Art des Beginnes: Am 4. Tage nach der Geburt erschwerte Beweglichkeit der Beine, Spitzfussstellung. Schmerz der Gürtel- und Bauchgegend. Lancinirende Schmerzen in den Beinen. Drei Tage später incomplete Armlähmung, auch Rumpflähmung. Aphonie.

¹⁾ Citirt aus Eulenburg's Aufsatz.

Art und Ausdehnung: Totale Lähmung der Beine, mit Fehlen der Sehnenreflexe, herabgesetzte electriche Erregbarkeit. Vorübergehende Incontinenz von Mastdarm und Blase, Lähmung der Extensoren und Flexoren des Rumpfes und der Bauchmuskeln; complete schlaffe Lähmung des linken, incomplete des rechten Armes, starke Atrophie. Totale Lähmung beider Stimmbänder. In den Beinen Hyperästhesie und Hyperalgesie mit verlangsamer Empfindung. Muskelsinnstörung. Nervenstämmе der Beine sehr druckempfindlich.

Verlauf: Nach 14 Tagen Besserung von Blase und Mastdarm, später auch Abnehmen der Schmerzen, nach 2 $\frac{1}{2}$ Monaten Besserung der Motilität in Armen und Beinen. Tod durch Lungentuberculose drei Monate nach der Entbindung.

3) Lunz 1894: 29jährige Frau, Primipara.

Geburt und Wochenbett völlig normal. (Kleiner vernarbender Darmriss.)

Zeit und Art des Beginnes: Vier Wochen post partum Schluckbeschwerden, Diplopie, Kopfschwindel.

Art und Ausdehnung der Erkrankung: Insufficienz beider Abducentes, Parese des linken und unteren Facialis, Deviation der Zunge nach links, Herabhängen des Gaumensegels, Schlucken erschwert, Athembeschwerden. Starke Parese beider oberen und unteren Extremitäten. Parästhesie (Kribbeln), Abschwächung der Sensibilität, Nerven und Muskeln sehr empfindlich. Patellarreflexe fehlend. Electriche Erregbarkeit stark herabgesetzt, nicht qualitativ verändert.

Verlauf: Langsame Besserung und fast völlige Heilung. Athembeschwerden und Schlucken verloren sich zuerst.

4) Eulenburg: Schwere diffuse Polyneuritis. Frau 27 Jahre alt, 2 para, vor Jahren voraufgegangene Polyarthritis rheumatica, Anämie, ungünstige Einwirkung des Tropenklima's; wegen Hyperemesis vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft durch künstlichen Abortus, profuse Nachblutungen. 8 Tage nach dem Abortus versuchte Patientin aufzustehen, ging einige Schritte und knickte dann zusammen mit dem Gefühl, als ob ihr der ganze Unterkörper gelähmt sei, so dass sie von da ab liegen bleiben musste. Heftige Schmerzen im Rücken, im Kreuz und in den Gliedern stellten sich ein, die Lähmung der Beine wurde im Verlauf der nächsten 24 Stunden complet, worauf sich successiv auch Lähmung beider Arme, sowie der Rückenmuskulatur und endlich Aphonie und Lähmung der Schlingmuskeln hinzugesellten, Alles in Zeit von ungefähr 48 Stunden. Die Schluckstörungen waren so bedeutend, dass mehrere Wochen hindurch ausschliesslich künstliche Ernährung durch Clysmata vorgenommen werden musste. Die Lähmung trat also in der Form aufsteigender acuter Paralyse auf; es verlor sich zuerst die Aphonie, dann die Schluckbeschwerden. Allmählig ging von oben nach unten absteigend die Paralyse zurück, schlaffe atrophische Lähmung der Vorderhandmuskulatur und beider unteren Extremitäten zurücklassend.

5) Eigene Beobachtung: Frau S. aus K., 21 Jahre alt. Primipara. Patientin hat als Kind Masern und Scharlach durchgemacht; zwischen dem 10. und 20. Jahre litt sie fast jedes Jahr an einer fieberhaften Krankheit, die circa 10 Tage anhielt, mit Frost und Hitze begann und

durch allgemeinen reichlichen Schweissausbruch endete, was sich täglich wiederholt haben soll. Da Patientin zu dieser Zeit an der schlesisch-russischen Grenze wohnte, wo Wechselfieber endemisch auftritt, darf ich nach der Schilderung diese Krankheit annehmen, zumal nach dem Wegzuge aus jener Gegend seit dem 20. Jahre kein Anfall mehr auftrat. Eine Milzvergrößerung konnte ich sicher nicht feststellen. Ende April kam Patientin nieder, ohne Kunsthilfe; das Kind lebt und ist gesund. Das Wochenbett verlief normal; 14 Tage nach der Entbindung bemerkte Patientin des Morgens Beschwerden beim Schlingen, welche sie aber nicht beachtete. Als am nächsten Tage Heiserkeit, Gesichtszuckungen und allgemeine Schmerzen auftraten, sah ich Patientin.

Status: Herabhängen des weichen Gaumens, welcher sich bei Phonation nur in geringem Grade hob. Die Sprache vollständig nasal; beim Schlucken entweicht ein Theil der Flüssigkeit durch die Nase, dabei entsteht ein heftiger Hustenanfall. Die Sprache heiser, in's Falset überspringend. Das Spiegelbild ergiebt vollständige Unbeweglichkeit des rechten Stimmbandes in Kadaverstellung, der Rand deutlich excavirt; das linke Stimmband geht bei der Phonation nicht über die Mittellinie hinaus; bei starker Inspiration und Expiration zeigen beide Stimmbänder grobe Schwingungen. Berührung mit der Sonde wird rechts gefühlt, löst aber keinen Reflex aus, während er links sofort eintritt. Arme und Beine etwas geschwollen, bei Druck sehr schmerzhaft, besonders an den Austrittspunkten der Nerven, bedeutende Schwäche rechts, links geringer; auch Sensibilität rechts stärker herabgesetzt, Stecknadelkopf konnte von der Spitze nicht unterschieden werden. Im Rücken bestanden heftige Schmerzen, welche nach oben und nach den Extremitäten ausstrahlten und am Hals das Gefühl von Einschnürung hervorbrachten. Patellarreflex fehlte rechts, links konnte er nur bei starkem Schläge hervorgerufen werden. Electricische Erregbarkeit konnte ich nicht prüfen.

Die übrigen Organe normal, Auge, Mastdarm, Blase zeigten keine Veränderung.

Verlauf: Die Behandlung bestand in Massage, welche ich täglich anwenden liess. Innerlich: Nux vomica, Levico. In den ersten Tagen sehr vorsichtige Darreichung der Nahrung, um einer Schluckpneumonie vorzubeugen. Nach 5 Tagen hörte das Verschlucken auf, das nasale Timbre der Sprache verlor sich und die Schmerzen wurden geringer.

Nach 4 Wochen war der Gaumen normal beweglich. Die Sprache rein; laryngoscopisch rechts träge Bewegung, beide Stimmbänder schlaff. Sensibilität, Reflexe vorhanden. Doch konnte Patientin nur wenige Schritte gehen, ohne zu ermüden, während sie mit den Händen bereits vollständig ihre Hausarbeit verrichtete. Jetzt Alles normal.

Aetiologisch kann in diesem Falle nur die früher überstandene Malaria angenommen werden, da die Schwangerschaft und das Wochenbett vollständig normal verlaufen sind. Der Beginn des Leidens im Rachen und Kehlkopf steht nicht vereinzelt da; auch in dem Lunzischen Falle traten zuerst Schluckbeschwerden auf. Leider fehlt hier die Larynxuntersuchung, trotzdem Athembeschwerden bestanden und diese Untersuchung geradezu zu fordern schienen. Bei Eulenburg

waren die Schluckbeschwerden so stark, dass mehrere Wochen hindurch künstliche Ernährung vorgenommen werden musste, dennoch verschwanden dieselben, ebenso wie die Aphonie zuerst. Dasselbe Verhältniss finden wir in den anderen Fällen. Bei Korsakoff sind die Lähmungen nach einem Monat nicht mehr vorhanden, während an den Extremitäten noch nach drei Jahren anormale Zustände constatirt wurden. Selbst wenn Lähmungen in den unteren oder oberen Extremitäten zuückbleiben, gehen die Störungen im Rachen und Kehlkopf schnell und immer vollständig zurück.

Angeborene Verwachsung der Nasenöffnungen.

Von

Dr. med. **Georg Liebe**, Geithain (Sachsen).

Es ist eine von grossen Autoren behauptete, wie von eben solchen bestrittene Thatsache, dass durch angeborene oder frühzeitig erworbene Verlegung der Nasenathmung — vor Allem durch adenoide Wucherungen der Rachtensille — der Oberkiefer in seinem Wachstume aufgehalten wird. Körner (Untersuchungen über Wachstumsstörung und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. Leipzig 1892) hat diese Frage, allerdings zumeist nur in Bezug auf adenoide Wucherungen als Ursache, untersucht und auch geschichtlich erörtert.

Folgender Fall, dessen Krankengeschichte vorerst angeführt werden mag, scheint mir zu beweisen, dass wirklich die Verstopfung der Nase die Ursache der Kiefermissbildung ist.

Patient M., 18 Jahre alt, trat am 8. März 1895 in Behandlung. Derselbe ist als Kind im denkbar höchsten Grade rhachitisch gewesen, er lernte erst im fünften Jahre laufen, bekam im zweiten Jahre den ersten Zahn, und mit zwei Jahren waren seine Knochen noch „wie Gallerte“. Er litt an allerlei Beulen, Geschwüren und Eiterungen, wurde erst eine Zeit lang gestillt und dann mit allen möglichen Mitteln ernährt, Kuhmilch, Schweizermilch, Thee u. s. w., die er meist wieder erbrach. Dieses Kind blieb aber trotzdem der Menschheit erhalten¹⁾.

Vier Wochen nach der Geburt merkten die Eltern, dass das Kind keine Luft durch die Nase bekam. Aerztlicherseits ist indessen in den ersten 15 Jahren nichts gethan worden, und als dann bei einem Besuche einer Klinik behufs Operation ein wochenlanger Aufenthalt dasselbst verlangt wurde, sahen die Eltern davon ab. Ein neuer Arzt, neue Hoffnungen. Der Patient kam also zu mir.

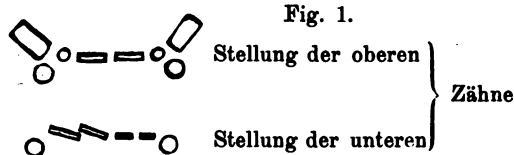
In der Nase zeigte sich bei der Untersuchung anstatt der Nasenöffnung beiderseits eine, im Centrum etwa 1½ Ctm. tiefe, trichterförmige Höhle; auf der Spitze des Kegels eine noch nicht stecknadelköpfgrosse Oeffnung. Mit feiner Sonde konnte man nicht nur eine anscheinend sonst normal gebildete Nase dahinter fühlen und bis in den

¹⁾ Anm. bei der Corr.: Ist indessen an einem Lungenleiden verstorben (nicht in meiner Behandlung, daher leider keine Section vorgenommen).

freien Nasenrachenraum fahron, sondern auch, wenn man sie hakenförmig abbog, den Verschluss als einen ziemlich kräftigen, häutigen bestimmen.

Die Rhinoscopia posterior ist trotz aller Versuche bis heute nicht möglich gewesen. Vom weiteren Status ist Folgendes notirt.

Der Gaumen bietet das durch die Kranken mit adenoiden Wucherungen bekannte Bild, hoch, schmal. Die Zähne des Oberkiefers zeigen Folgendes. Die mittleren Schneidezähne normal gestellt, ihre Schneide ausgebogen. Daneben zwei kleine Zahnchen, nicht in der Form der Incisivi, sondern der Eckzähne, an diese schliessen sich in der dann normal stehenden — aber sehr cariösen — Reihe die Prämolaren an. Zwischen den geschilderten eigentlich zweiten Schneidezähnen und den Prämolaren vor der Zahnreihe stehen die Eckzähne, welche erst „vor



Kurzem“ gekommen sind. Unten sind die beiden linken Schneidezähne ganz klein, die grösseren rechten dachziegelartig übereinander geschoben. Die obere Zahnreihe greift, da der Unterkiefer weiter vorsteht, hinter die untere. Da ferner der Mund zum Athmen immer offen gehalten werden muss, der junge Mann aber natürlich das Bestreben hat, den dadurch entstehenden unschönen Gesichtsausdruck zu verbessern, erhält die Mundspalte eine schiefe Form, das ganze Gesicht aber zeigt das bekannte Bild bei adenoiden Wucherungen (s. Fig. 2).

Der Allgemeinzustand ist schlecht, Brust schmal und flach, trotzdem der Patient ein eifriger Turner ist. Befinden dabei gut; er kennt eben die Wohlthat der Nasenathmung nicht.

Es wurde nun sofort zur Incision des linksseitigen Verschlusses geschritten. Die Blutung war nach einem Kreuzschnitte mässig, die Luft trat voll ein und die freiere Athmung wurde mit Wohlbehagen empfunden. Am 10. März wurde die Oeffnung nochmals erweitert, am 15. ein Hornröhrchen, am 27. ein Gummidrain eingeführt. Am 27. öffnete ich auch die rechte Seite und legte am 29. ein Drainrohr ein.

Es stellte sich reichliche schleimig-eitrige Absonderung aus der Nase ein, welche den Patienten zu täglicher Ausspülung und Herausnahme nebst Waschung der Röhrchen nöthigte.

Diese wurden aber bald, als sich die Narben gebildet hatten, verloren, indem sie theils nach innen, theils nach aussen glitten. Wir haben sie dann entfernt und täglich Anfangs mit einem hölzernen, den Handschuh-Ausweitern ähnlichen Instrumente (Pat. als Drechsler hatte es selbst verfertigt), später mit einem Ohrenspiegel nach Kramer aus dem historischen Instrumentenkasten Dehnung der vernarbten Ränder vorgenommen.

Jetzt, Mitte November, ist der Zustand folgender. Die Oeffnung der linken Seite ist ungefähr bleistiftstark, rechts dagegen hat sie der

Kranke wegen der mit der Weitung verbundenen Schmerzen bis auf einen Spalt sich zuziehen lassen. Er hat beim Gehen, Arbeiten u. s. w. Luft genug, nur beim Turnen und sonstigen Anstrengen reicht der Athem nicht. Die Absonderung ist gering, die Sprache natürlich noch nasal. Obwohl das Resultat kein ideales ist, befindet sich doch der junge Mann gegen früher sehr wohl und ist, besonders da ihm der Klinikaufenthalt erspart wurde, sehr zufrieden.



Fig. 2.

Da derartige Fälle sehr selten sind — die meisten Autoren erwähnen sie gar nicht, Moldenhauer bezeichnet sie (Die Krankheiten der Nasenhöhlen. Leipzig 1886) als „sehr selten und bisher nur in wenigen Beispielen beobachtet“ — dürfte ein kurzes Wort über die vermuthliche Aetiologie der Kiefergestaltung noch berechtigt sein. Es handelt sich natürlich um die Frage, hat der Nasenverschluss oder die

hier hochgradig vorhandene Rhachitis die Kieferverbildung hervorgehoben? Fleischmann giebt in seinem Buche „Klinik der Pädiatrik. II. Der erste Zahndurchbruch des Kindes“ (Wien 1877) im sechsten Kapitel „Rhachitis der Kiefer und deren Einfluss auf das Milchgebiss“ eine ausgezeichnete Schilderung der rhachitischen Kieferveränderungen mit 17 Figuren. Es ergibt sich daraus — was auch Körner (a. a. O.) als Resumé zieht —, dass die rhachitischen Veränderungen hauptsächlich den Unterkiefer befallen, während am Oberkiefer die hohe Wölbung und die Knickung an den Nahtstellen fehlt. Die Oberkieferschneidezähne stehen bei unserem Kranken hinter denen des Unterkiefers (s. Fig. 1), was aus der geraden, nicht bogenförmigen Anordnung der Oberkieferschneidezähne resultirt.

Unseres Kranken Gebiss ist also ganz anders beschaffen, als wie die genannten Beobachter das rhachitische schildern. Es wäre doch wohl auch ein ganz eigenthümlicher Zufall, wenn nicht rhachitische Kinder mit Nasenobstruction und ein anderes Kind mit einem ganz anders gearteten, aber in gleicher Weise wirkenden Nasenverschluss, wenn auch rhachitisch, dieselben Erscheinungen darböten, ohne dass dieselbe Ursache gewaltet hätte. Ich glaube daher nach dem Geschilderten mit Körner u. A. annehmen zu dürfen, dass die bekannten specifischen Kieferveränderungen eine durch die Ausschaltung der Nasenathmung erzeugte Erscheinung sind. Die Art und Weise des Zustandekommens, welche Körner zu erklären sucht, nach einem Falle zu beurtheilen, dürfte zu viel gewagt sein.

Voltolini und die Autoscopie der Luftwege.

Offenes Schreiben an Herrn Dr. C. Ziem in Danzig.

Von

Dr. Alfred Kirstein.

Hochgeehrter Herr College! Das Märzheft dieser Monatsschrift brachte einen Aufsatz aus Ihrer Feder, in welchem Sie Ihr Interesse für die Autoscopie in zwiefacher Richtung bekunden, rückwärts und vorwärts schauend. Den Dank für diese Theilnahme an meinem Werke glaube ich am besten dadurch abzustatten, dass ich das von Ihnen zur Sprache gebrachte Thema: „Voltolini und die Autoscopie der Luftwege“ in den folgenden Zeilen erledige. Zuvörderst sei eine klärende Erinnerung dem von Ihnen erwähnten rasch rollenden „river of Lethe“ entrissen. Den Ausdruck „Autoscopie“ habe ich ursprünglich geprägt für eine von Grund aus neu geartete Sache, nämlich für die Endolaryngotracheobronchosopia directa. Später habe ich den Ausdruck weiter gefasst und auf die intermediäre Zone ausgedehnt, welche zwischen dem von mir dem unbewehrten Auge zu allererst erschlossenen Gebiete und dem Gebiete der gemeinen Sichtbarkeit, dem Mundrachen, liegt: auf den tiefen, hinter der Zungenwurzel verborgenen Pharynxabschnitt mitsammt der in ihm eingeschlossenen oberen Um-

randung des Kehlkopfes (Epiglottis, aryepiglottische Falten, Spitzen der Aryknorpel). In diesen „tiefen Pharynx“ haben vor mir, allbekanntermassen, viele Aerzte oftmals ohne Spiegel hineingeschaut (in mehr oder weniger unvollkommener Weise), so dass hier, für diese Zwischenzone, die Erfindung meiner autoscopischen Methode nicht ein revolutionäres, sondern nur ein reformirendes Ereigniss werden konnte. Und nun zu unserem Thema: „Voltolini und die Autoscopie der Luftwege“, dessen Material, so geringfügig es in summa ist, doch noch in drei Rubriken aufgetheilt werden muss.

1) An die Möglichkeit, das Innere der grossen Bronchien und der Luftröhre direct zu besichtigen, hat Voltolini nie gedacht.

2) An die Möglichkeit, das Innere des Kehlkopfes direct zu besichtigen, hat Voltolini gedacht, aber

a. er beschränkte seine Hoffnung darauf, in einem Moment, und zwar in einem unphysiologischen Moment, nämlich während des Würgeactes, etwas vom Kehlkopffinnern direct sehen zu können;

b. auch dieses uns heute gar bescheiden dünkende Ziel zu erreichen ist ihm nie geglückt.

3) Ueber das Thema: „Voltolini und die Autoscopie des tiefen Pharynx“ habe ich vor geraumer Zeit eine Erörterung niedergeschrieben, welche einem grösseren für Eulenburg's encyclopädische Jahrbücher bestimmten Manuscript angehört, das längst in den Händen der Verleger Urban & Schwarzenberg ist, längst im Drucksatze steht und mir lange vor dem Erscheinen Ihres Aufsatzes im Correcturabzuge vorgelegen hat. Diese Erörterung lautet:

„Voltolini hat bereits vor 30 Jahren angegeben, dass man ohne Spiegel bei fast allen Menschen, mit seltenen Ausnahmen, den Pharynx bis zum Oesophagus und den Kehldeckel besichtigen, manchmal selbst die Giesskannenknorpel zur Ansicht bringen kann, besonders leicht bei Kindern (Berl. klin. Wochenschrift 1868, No. 23). Das liest sich jetzt so, als ob es dasselbe wäre wie meine „Autoscopie des tiefen Pharynx“, aber es ist nicht dasselbe. Voltolini konnte (von leichtesten, günstigsten Fällen abgesehen) die genannten Theile nur in einem Moment besichtigen, und zwar in einem unphysiologischen Moment, während ich sie in aller Ruhe unter physiologischen Bedingungen der Betrachtung freilege. Der wesentlichste Bestandtheil der Voltolini'schen Technik ist: absichtliche Hervorrufung von Würgebewegungen durch mechanische Reizung des Zungengrundes; dazu kommt: Anheben des Kehlkopfes von aussen und (für die Aryknorpel) Aufheben der Epiglottis mit dem Kehldeckelstäbchen. Bei meiner Technik ist gerade die Vermeidung von Würgebewegungen das Hauptbestreben.“ —

Nun haben wir das gesammte Material beisammen und können es mit Rücksicht auf Ihren Aufsatz besprechen.

Selbstverständlich wird Ihnen nichts ferner gelegen haben als das Bewusstsein, den Besitzstand des verewigten Voltolini auf meine Kosten zu vermehren. Da es sich nun aber doch so gefügt hat, dass Ihre Darstellung in das ganz allgemein gehaltene Schlussurtheil ausläuft, ich hätte „Verdienste um weitere Vervollkommnung der Autoscopie“! — so werden Sie gewiss zufrieden sein, wenn ich mit deutlichen Worten die Legende im Keime ersticke, deren Urheber zu

werden Sie in Folge Ihrer immerhin etwas sehr freien Ausdrucksweise Gefahr liefen: die Legende, dass die Autoscopie eine von mir vervollkommnete (von Ihnen durch das von Westen her direct auffallende Sonnenlicht noch weiter vervollkommnete) Erfindung Voltolini's sei.

Alles, was wir über die Luftwege von den Taschenbändern abwärts autoscopisch vermögen, habe ich im Sommer vorigen Jahres aus dem Nichts heraus geschaffen; Voltolini's Verdienst um diese Sache ist so gross wie das irgend eines anderen Autors, nämlich Null. Wir können diese Angelegenheit ja ohne Umschweife auf eine knappe, total eindeutige Formel bringen mit der Frage: „Hat Voltolini, nach dem Zeugniß seiner Schriften, jemals die Stimmbänder des unverletzten lebenden Menschen direct gesehen?“ „Nein!“ lautet die Antwort, klipp und klar.

Voltolini hatte ein richtiges Gefühl dafür, dass die vulgo respectirte Grenze der directen Sichtbarkeit (beim „In—den—Hals—gucken“ mit dem Zungenspatel) einer gewissen Erweiterung nach unten hin fähig war. Sein von diesem Gefühl getragenes Streben und Vollbringen für den „tiefen Pharynx“ nahm eine eigenthümliche Richtung, die ihn sogleich abseits von der Linie des später von mir bearbeiteten und gelösten Problems führte. Er betrieb mit grossem Eifer und etwas zu hoch gespannten Erwartungen die optische Ausnutzung des Würgeactes — eines Phänomens, welches bei der „Autoscopie“ gar nicht in Betracht kommt, oder doch nur in einem ärgerlichen Sinne, als Störung. So hat Voltolini nicht eine Saat ausgestreut, deren Ernte ein glücklicher Epigone einheimen konnte (etwa: weil er im Zeitalter des Cocains, des electricischen Glühlämpchens und derlei nützlicher moderner Requisiten lebt), sondern: Voltolini's Technik war im Kerne ihres Wesens unfähig, fortzeugend die Autoscopie des Kehlkopfes und der Luftröhre zu gebären, weil sie planmässig auf die Erregung von Reflexen angelegt war, statt auf deren Vermeidung; die von Voltolini in zuversichtlichem Tone geäusserte Hoffnung, mit der von ihm cultivirten, durch verschiedene kleine Mittel unterstützten Würgeprocedur schliesslich tiefer in den Kehlkopf hineinblicken zu können, blieb unerfüllt, weil sie unerfüllbar ist. Ich bewundere gleich Ihnen die Geschicklichkeit der Hand, der es gelang, mit primitiven Hilfsmitteln eine Gräte aus der Tiefe des Schlundes zu ziehen, eine hinter die Epiglottis geführte Sonde blind bis in die Luftröhre vorzuschieben, die dunkle Höhle des Kehlkopfes ohne Leitung des Auges erfolgreich mit einem Schwämmchen auszuscheuern. Aber von den anatomisch-physiologischen und technischen Erfordernissen der wohlcharacterisirten Methode, die nach meinem Vorschlage „Autoscopie“ heisst — hatte Voltolini keine Ahnung, und (mein ceterum censeo): von den Stimmbändern hat er ohne Spiegel oder Prisma in seinem Leben nichts gesehen; sonst hätte er es gesagt.

Die autoscopische Aera der laryngologischen Technik kündigte sich, wie Sie wissen, Ende April 1895 mit dem Satze an: „Das Innere (!) des Kehlkopfes und der Luftröhre ist bei vielen Menschen der directen Besichtigung zugänglich; manche Eingriffe hierselbst sind unter directer (durch keinen Spiegel, kein Prisma oder dergleichen ver-

mittelter) Controlle des Auges ausführbar“ (Allg. med. Central-Zeitung 1895, No. 34). Dieser Satz bezeichnet die Grenzen meiner Domaine in scharf umrissenen Conturen, deren Verwischung durch die destructive Arbeit des (nach Ihrem interessanten Motto) über wie unter der Erde fließenden „river of Lethe“ ich nicht befürchte.

Ich versichere Sie meiner ausgezeichneten collegialen Verehrung.
Berlin, am 2. April 1896.

II. Referate.

a) Otologische:

- 1) **Sprachgehör und generelles Tongehör und die Messung des letzteren durch das Gradenigo'sche Hörfeld.** Von Dr. Zwaardemaker (Utrecht). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXV, pag. 232.)
- 2) **Hörfeld und Hörschärfe.** Von Gradenigo (Turin). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVI, pag. 163.)
- 3) **Acustische Eisenbahnsignale und Gehörschärfe.** Von Dr. Zwaardemaker. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVIII, pag. 33.)

ad 1. In vielen Fällen von Schwerhörigkeit hält die Herabsetzung des Gehörs für die Sprache nicht gleichen Schritt mit der Hörstörung für die Töne. Es erscheint somit zweckmässig, die Werthe für die beiden Gehörsqualitäten durch möglichst einfache Methoden in allen Fällen feststellen zu können. Für die Bestimmung der Hörschärfe für die Sprache empfiehlt Z. die Prüfung mittelst der Flüstersprache nach dem Vorgange von O. Wolf und drückt das Ergebniss in Form eines Bruches aus, dessen Nenner 18 Mtr. (als Normaldistanz), dessen Zähler die gefundene Distanz bildet. Bezüglich eines Maasses für das generelle Tongehör schliesst sich Z. an die von Hartmann und Gradenigo eingeführten Methoden an, welche er durch die Bestimmung der unteren und oberen Tongrenze noch erweitert, andererseits jedoch der leichteren Ausführung halber dadurch vereinfacht, dass er sich auf die Prüfung der Hörschärfe für die Stimmgabeln C, c² und fis⁴ beschränkt als der Uebergangspunkte der Zone der Contra-Octaven, des Brustregisters, der Zone der Vocale und der hohen Geräuschconsonanten. Die Ergebnisse dieser 3 Stimmgabelprüfungen in Verbindung mit der unteren und oberen Tongrenze werden in Form einer Curve dargestellt, bei welcher die Hörzeiten nach Hartmann (Deutsche medic. Wochenschr. 1885, 15; Referat in dieser Monatsschr. 1885, pag. 147) in Procente umgerechnet, dann aber die Quadrate der letzteren als Ordinatenwerthe auf einer Abscissenachse errichtet werden, welcher die Töne der vom normalen Ohr vernommenen chromatischen Tonleiter von E⁻³ bis e⁷ in Mm. zu Grunde gelegt sind. Der Flächeninhalt des durch die Curve bestimmten Hörfeldes wird in Vergleich gestellt mit einer durch Z. festgestellten Tabelle, welche die Werthe für das normale Hörfeld vom 4.—80. Lebensjahre enthält.

ad 2. Z. machte den obigen Vorschlag, statt der Hartmann'schen Zahlen deren Quadrate zu setzen, aus dem Grunde, weil in Folge der Qualität des Metalls der Stimmgabeln letztere nicht in arithmetischer (z. B. 1, 4, 7, 10), sondern in annähernd geometrischer Progression (also 1, 3, 9, 27) abklingen. Gradenigo findet diesen Ausweg wohl für zweckmässig zur Bezeichnung der Schallintensität der schwingenden Gabel: wenn man aber die Hörschärfe bezeichnen wolle, welche ja bekanntlich im umgekehrten Verhältnisse zur Schallintensität steht, so müsse, wenn letztere durch die Quadrate der Hörzeiten ausgedrückt werde, die Hörschärfe durch die Quadratwurzel aus denselben bestimmt werden. Gradenigo giebt die Darstellung eines Hörfeldes, in welches die Hörschärfe bei ein und demselben Individuum nach Hartmann, Zwaardemaker und ihm selbst eingetragen ist. — Im Uebrigen hebt Gr. der Methode Z.'s gegenüber hervor, dass die von Letzterem als genügend bezeichneten 5 Beobachtungen nicht ausreichen, um ein verwerthbares Maass für das Tongehör daraufhin festzustellen; er hält es für geboten, wenigstens jede Octave in einem oder in wichtigeren Fällen in zwei ihrer Töne (c und g) zu prüfen.

ad 3. Z. spricht sich gegen die Ansicht Pollnow's aus, dass man eine für den Dienst genügende Hörschärfe beim Zugpersonale annehmen dürfe, wenn in gewöhnlicher Weise laut geführte Unterhaltung leicht verstanden würde. Hierbei könnten aber Tonlücken bestehen, welche bei der Prüfung mittelst der Sprache unerkant blieben, dagegen sich sofort offenbaren, wenn wichtige Signale grade diesen Defect betreffen. Z. rath daher zu einer genaueren Prüfung zunächst mit der Bezold'schen continuirlichen Tonreihe behufs Feststellung von Tonlücken, worauf dann mittelst Stimmgabeln die Hörschärfe bei einzelnen Tönen nach der Methode von Hartmann, Gradenigo oder dem Autor, deren Ergebnisse nicht so sehr von einander abwichen, vorgenommen und darnach das Hörfeld graphisch dargestellt werden soll. Es bedarf nun, um die Dienstauglichkeit im gegebenen Falle zu bestimmen, lediglich des Vergleiches des Hörfeldes mit der Tonlage der Signale. Was nun letztere anbelangt, so fand Z. die Tonhöhe der Mundpfeife nach der Stärke des Anblasens zwischen f^5 und c^7 ; bei dem Signalhorn (beim Rangiren) entspricht die Tonlage a gerade der Mitte der menschlichen Tonleiter, dasselbe wird deshalb auch von Allen, welche für die Sprache noch ein mässiges Verständniss besitzen, gehört werden, jedoch wirkt starker Wind bei fahrendem Zuge in ungemein starker Weise abschwächend. Der Grundton der Dampfpfeife entspricht a^2 , doch erreicht die Tonhöhe, wenn der Dampf mit grosser Kraft eingelassen wird, die oberste Tongrenze, wird deshalb bei Labyrinthaffektionen, wie solche bei älteren Locomotivführern bekanntlich oft vorkommen, abgeschwächt gehört werden, besonders bei fahrendem Zuge und entgegengesetzter Windrichtung. Bezüglich der Gehörschärfe für die Sprache rath Z., als Minimum ein Meter Entfernung für Flüstersprache anzunehmen.

Keller.

Ueber Diplacuis binauralis.¹⁾ Von L. Treitel. (Archiv für Ohrenheilkunde XXXII, XVIII.)

Der Autor hat zwei Fälle von Diplacuis beobachtet, einen, der durch angestregtes Telephoniren, und einen zweiten, der im Anschluss an eine Trommelfellruptur entstanden war. In beiden Fällen war das Gehörorgan vorher nicht krank gewesen, im zweiten war die Hörfähigkeit für die Sprache sogar normal, auch für Stimmgabeltöne.

Bei der Untersuchung mit letzteren (c und fis⁴) war die Diplacuis nicht zu constatiren.

Im ersten Fall wurde, was sehr selten ist, dies Doppelthören beim Hören der Sprache bemerkt. Die Symptome in diesem Falle veranlassten Treitel, die Möglichkeit anzunehmen, dass in der Ermüdung das ursächliche Moment des Entstehens gelegen war. Gomperz.

Drei Fälle von Influenza-Otitis mit epiduralen Abscessen. Von Vulpinus in New-York. (Zeitschr. f. Ohrenheilk. XXVII, 2.)

V. beschreibt des Näheren drei Fälle von eitriger Mittelohrentzündung bei Influenza, in welchen er die Behandlung erst nach längerer Zeit übernahm, als sich die Indication zur Eröffnung des Warzenfortsatzes herausstellte. Es bestanden nur kleine Trommelfell-perforationen, deren ausgiebige Vergrößerung die Operation jedoch nicht mehr umgehen liess. Bei der Eröffnung des Processus mastoideus fanden sich in allen drei Fällen Fistelgänge zu subduralen Abscessen in der mittleren und hinteren Schläfengrube, sowie zu einem paraphlebitischen um den Sinus transversus. Es erfolgte Heilung.

Der Autor weist auf die Nothwendigkeit möglichst frühzeitiger und ausgiebiger Paracentese (galvanocautische) des Trommelfells bei eitriger Influenza-Otitis hin, um so der Weiterverbreitung der Entzündung nach dem Warzenfortsatze hin, die gerade bei Influenza besonders zu befürchten sei, möglichst vorzubeugen. Keller.

Ein Fall von multiplem otitischen Hirnabscess nebst einer Statistik aus dem path.-anat. Institut zu Berlin. Von L. Treitel in Berlin. (Zeitschr. f. Ohrenh. XXVII, 1.)

Chronische rechtsseitige Mittelohreiterung, welche zuletzt unter heftigen Kopfschmerzen, mässigem Fieber, Sopor und Nackensteifigkeit innerhalb 14 Tagen zum Tode führte. Die Section ergab zwei grosse und zwei kleine Gehirnabscesse, einen apfelgrossen im rechten Schläfelappen und angrenzenden Theil des Occipitallappens, die kleineren lagen mehr rückwärts im Hinterhauptlappen. Durchbruchstelle im Tegmen tympani. — Unter 21 Fällen von Hirnabscessen, welche im path.-anat. Institut zu Berlin unter 6000 Sectionen zur Beobachtung kamen, fand sich unter 7 ex otitide entstandenen Abscessen nur in 1 Falle, unter 14 aus anderer Ursache stammenden dagegen 5 Mal ein multipler Abscess vor. Keller.

¹⁾ Nach einem Vortrag im Verein für innere Medicin zu Berlin.

b) Rhinologische:

Jahresbericht über die an den deutschen Universitäten auf dem Gebiet der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten erschienenen Doctor-Dissertationen (August 1894—1895) Von Dr. R. Dreyfuss in Strassburg i. Els. (Fortsetzung und Schluss.)

B. N a s e.

20) von Chrzanowski, Josef. Ueber das Empyem des Antrum Highmori. Königsberg 1895.

21) Dürnhöfer, L. Beitrag zur Casuistik der Stirnhöhlenosteome. München 1895.

22) Frank, Th. Ueber syphilitische Tumoren der Nase. Strassburg 1894.

23) Grimm, H. Fremdkörper in der Nase. Berlin 1895.

24) Grouven, C. Ueber die eosinophilen Leucocyten der Schleimhaut des Respirationstractus. Bonn 1895.

25) Helbing, Ed. Ueber das Rhinhaematom. Heidelberg 1895.

26) Hemmrich, L. Ueber eosinophile Zellen in Schleimpolypen. Würzburg 1895.

27) Jacobsohn, Arthur. Ueber die Coexistenz verschiedenartiger Tumoren in den oberen Luftwegen. Königsberg 1895.

28) Jacoby, Max. Kritik einiger neuer Behandlungsmethoden der Ozaena. Königsberg 1895.

29) L^öneweber, Wilh. Meningitis und Hirnabscess nach Empyem der Stirnhöhlen. München 1895.

30) Mohr, W. Ein Beitrag zur Casuistik der Rhinitis crouposa. Heidelberg 1895.

31) Neuhaus, E. Ueber intranasale Synechien. Heidelberg 1894.

32) Olschewsky, Paul. Ueber das Sarcom der Nasenhöhle. Königsberg 1895.

33) Rosenfeld, Ernst. Beitrag zur Casuistik der nasalen Stenosen. Würzburg 1894.

34) Salinger, Louis. Beitrag zur Soziodoltherapie. Königsberg 1895.

35) Sarasohn, Leopold. Untersuchungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraums an Epileptikern und Idioten. Königsberg 1895.

36) Schladebach, Otto. Ueber Fremdkörper in der Nase und Rhinolithen. Jena 1894.

37) Schneider, Richard. Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Lupus und Lues hereditaria tarda. Jena 1895.

38) Wezler, Wilhelm. Zur Statistik und Klinik des Erysipelas faciei. Erlangen 1895.

39) Wittkop, August. Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen des Sinus frontalis. Würzburg 1894.

40) Wohnlich, W. Ueber das Empyema antri Highmori. Heidelberg 1895.

Nicht zugänglich:

41) Ehrenfried, Max. Beitrag zur Lues des Nasenrachenraums. Leipzig 1895.

42) Richter, E, Die nicht perforirende eitrige Entzündung der Stirnhöhlen und ihre operative Behandlung. Leipzig 1895.

* * *

Hemrich (26), der 30 Fälle von Nasenschleimpolypen auf das Vorkommen von eosinophilen Zellen untersuchte, kommt zu dem Schluss, dass sich diese Zellen nicht in den Polypen selbst bilden, sondern durch den Blutstrom dahin gebracht werden. Den Widerspruch jedoch, dass in klinisch wie pathologisch-anatomisch gleichen Fällen von Nasenpolypenbildung einmal eine Unmenge solcher Zellgebilde sich finden, das andere Mal gar keine, vermag Verf. nicht zu lösen.

Ref. glaubt, dass eine Lösung der Frage vielleicht in der Richtung gefunden werden kann, dass die ätiologischen Momente der Polypenbildung — bestehende oder geheilte Nebenhöhlencatarrhe, periostitische Prozesse des Siebbeins — mehr als bisher berücksichtigt werden.

Eine neue Behandlungsmethode der Ozaena beschreibt uns Jacoby (28) in einem nach Angaben von Kafemann construirten Obturator. Derselbe, eine conische Metallröhre, deren Umfang gegebenen Falls durch einen Gummiring vergrössert werden kann, wird von den Kranken mehrere Stunden täglich getragen. Durch zwei verschiebbare Metallflügel im Innern der Röhre wird der Luftzutritt nach Bedarf geregelt. Ausserdem kann im Innern ein erbsengrosses Wattestückchen, mit Menthol getränkt, angebracht werden.

Kafemann will besonders bei denjenigen Fällen von Ozaena, die mit bedeutender Erweiterung des Naseninnern einhergehen, werthvolle Erfolge gesehen haben; von Heilungen — und auf diese kommt es doch an — wird nichts erwähnt.

Salinger (34) berichtet über die Anwendung der Sozodolpräparate in Stetter's Ambulatorium. Die Erfolge waren grösstentheils sehr befriedigende. Bei 120 Fällen von Gesichtsrose in der Erlanger medicinischen Klinik war nach Wezler (38) 95 Mal der Ausgangspunkt der örtlichen Erscheinungen zu eruire; davon gingen 52 von der Nase aus.

Die traumatische Natur des Rhinhaematoms wird durch 7 Fälle aus Jurasz' Poliklinik illustriert, über die Helbing (25) berichtet. Es handelte sich um symmetrische, breitbasige Geschwülste, den beiden Seiten der Scheidewand aufsitzend. Heilung durch Incision und Tamponade. Wohnlich (40), der ebenfalls unter Jurasz' Aegide arbeitete, hält bei Empyema antri Highmori die Punction vom untern Nasengang aus und Durchspülungen mit 0,2—0,5 proc. Diaphtherinlösungen für das rationellste Verfahren. Das Verfahren nach Hartmann (Ausspülung vom erweiterten Ostium maxillare aus) eigne sich nur für besonders günstige Fälle; die Jansen'sche Methode (Wegmeisselung der vordern, seitlichen und eventuell auch innern Wand) möchte er „womöglich ganz aus der Therapie ausschliessen, da deren Character beinahe gefährlicher ist als der eines Empyems selbst“.

Wittkop (39) schildert einen Fall von syphilitischer Caries der Stirnhöhlenwänden, der von Schönborn operirt und dann mit Jodkali behandelt wurde. In den Stirnhöhlen selbst war kein Eiter. Leider fehlt ein Bericht über das cosmetische Resultat.

Der Fall von letal verlaufener Stirnhöhleiteuerung Leineweber's (29) ist bereits von Krecke anderweitig publicirt.

Schliesslich möchte ich noch über die Untersuchungen Sarasohn's (35) berichten, der unter Kafemann's Leitung die Insassen der Epileptiker- und Idiotenanstalt Carlshof inspicierte und einen ausserordentlich hohen Prozentsatz von Hyperplasie der Rachentonsille (auch bei den Erwachsenen) fand. S. glaubt sich jedoch nicht berechtigt, daraus auf einen Causalnexus zwischen dieser und der geistigen Erkrankung schliessen zu dürfen.

C. Rachen und Kehlkopf.

43) Amos, E. Ueber einseitige Hirnnervenlähmung. Strassb. 1895.

44) Bader, Ferd. Ueber einen Fall von Kehlkopfkrebs mit grossem Drüsentumor am Halse und Metastasen in der Lunge. Kiel 1894.

45) Berliner, Alfred. Zur Kenntniss tuberculöser Erkrankungen an Diphtherie verstorbenen Kinder. Freiburg 1895.

46) Bircks, Leonhard. Weitere Untersuchungen über Pharynxreflexe bei Normalen und Hysterischen. Bonn 1894.

47) Bührmann, Aug. Ein Beitrag zur örtlichen Behandlung der Rachendiphtherie. Marburg 1895.

48) Daus, James. Die Diphtheriefälle der medicinischen Klinik zu Rostock im letzten Jahrzehnt (1883—92). Rostock 1894.

49) Elkan, Siegm. Zur klinischen Bedeutung der Halsabscesse bei Scharlach. Berlin 1895.

50) Friedrichs, A. Zur Lehre von den Lähmungen mit bulbären Symptomen. Bonn 1895.

51) Frost, L. Ein Beitrag zur Aetiologie des Spasmus glottidis der Kinder. Würzburg 1892.

52) Grumach, W. Ueber einen behaarten Rachenpolypen. Königsberg 1895.

53) Hecht, Hugo. Beiträge zur Lehre von den Kehlkopfabscessen. München 1895.

54) Hensel, Louis. Zur Localbehandlung der Rachendiphtherie mit der Löffler'schen Toluolmischung. Greifswalde 1895.

55) Herms, Fr. Beitrag zu den Störungen des Kehlkopfs bei Tabes. Berlin 1895.

56) Hirsch, Victor. Ein Beitrag zur Prognose der Diphtherie auf Grund der in der Kgl. chir. Univ.-Klinik zu Berlin in den Jahren 1884—94 gesammelten Erfahrungen. Berlin 1894.

57) Horowitz, L. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Behring'schem Heilserum in der medic. Klinik zu Bonn. Bonn 1895.

58) Hortmann, Franz. Ein Fall von Tracheostenosis luetica. München 1894.

59) Hoyer, W. Beitrag zur Lehre der angeborenen epithelialen Fisteln und Cysten des Halses. Göttingen 1895.

60) Jacoby, Martin. Studium zur Entwicklungsgeschichte der Halsorgane der Säugethiere und des Menschen.

1) Historisch-kritische Betrachtungen über die Entwicklung der Kiemendarmerivate. Berlin 1895.

- 61) Josephsohn, John. Ueber die Frühformen der tuberculösen Erkrankung des Larynx im Anschluss an einen Fall von primärer juveniler Kehlkopftuberculose. Königsberg 1895.
- 62) Katzenstein, M. Ueber secundäre Veränderungen der Organe bei Rachendiphtherie. München 1895.
- 63) Kauffmann, Max. Zur Behandlung der Diphtherie. Tüb. 1894.
- 64) Künne, A. Ueber Lipome der oberen Luftwege. Würzb. 1893.
- 65) Lahr, Ferd. Ueber den Blutsturz nach der Tracheotomie. Giessen 1894.
- 66) Laubinger, H. Ueber subcutane Injectionen von Chininum bimuriaticum bei Keuchhusten. Bonn 1894.
- 67) Levy, Moritz. Ueber rechtsseitige Stimmbandlähmung bei Aortenaneurysmen. Strassburg 1895.
- 68) Märtens, Max. Die Entwicklung des Knorpelgerüsts im Kehlkopf von *Rana temporaria*. Göttingen 1895.
- 69) Neitzke, E. Beitrag zur Histologie der Croupmembran in der Trachea. Kiel 1895.
- 70) Pasemann, W. Ueber 100 mit Behring's Diphtherieheilserum in der Greifswalder medicinischen Klinik behandelte Fälle von echter Diphtherie. Greifswald 1895.
- 71) Pollnow, Leo. Beiträge zur chirurgischen endolaryngealen Behandlung der tuberculösen Epiglottis. Königsberg 1895.
- 72) Rosenbaum, Emil. Zur Casuistik der angeborenen Halskiemenfisteln des Menschen. Giessen 1895.
- 73) Schlender, F. Ueber Oedema laryngis bei Polyarthrits acuta rheumatica. Berlin 1895.
- 74) Schober, Ernst. Ueber die Wirksamkeit der Immunität bei Diphtherie. Königsberg 1895.
- 75) Schröder, E. Ueber Rachen- und Kehlkopferkrankungen bei Abdominaltyphus. Berlin 1895.
- 76) Thomann, Max. Beitrag zur Behandlung chronischer Erkrankungen der Gaumenmandeln. Freiburg 1895.
- 77) Triep, Heinr. Ueber Tuberculose der Tonsillen. Würzb. 1891.
- 78) Waldvogel, R. Bacteriolog. und path.-anat. Untersuchungen über infectiöse Pharyngo-Laryngitiden. Göttingen 1894.
- 79) Weck, Oscar. Ein Fall von Nervenerkrankung höchstwahrscheinlich hysterischer Art nach Trauma. Bonn 1895.
- 80) Weidemann, H. Die Tonsillen als Eingangspforten für infectiöse Krankheiten. München 1895.
- 81) Wien, Otto. Die Neoplasmen der Tonsillen. München 1895.
- 82) Will, Erich. Ueber die Articulatio crico-arytaenoidea. Königsberg 1895.
- 83) Witte, P. Ueber einen Fall von Pseudobulbärparalyse. Berlin 1895.
- 84) Wolff, H. Ueber Pseudobulbärparalyse. Berlin 1895.
- 85) Zöppritz, K. Ueber multiloculäre Kiemengangscysten. Tübingen 1894.

Nicht zugänglich:

86) Paetow, Franz. Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des *Musc. crico-thyreoideus*. Leipzig 1895.

87) Petrick, M. Ueber primäres Tonsillarcarcinom. Leipzig 1895.

* * *

Die lesenswerthe Arbeit Will's (82), die sich auf ein Material von 30 Kehlköpfen stützt, verbreitet sich über die Form und Beschaffenheit der Gelenkflächen der *Cartilago cricoidea* und der *Cartilagine arytaenoideae*, über die Gelenkkapsel und die Beweglichkeit der Knorpel.

Die Details eignen sich nicht zu einem kurzen Referat.

Bircks (46) weist auf Grund von Untersuchungen an Hysterischen und Normalen (200 Individuen) nach, dass die physiologischen Grenzen der Erregbarkeit des Pharynx so schwankend sind, dass ein Fehlen der Erregbarkeit als ein hysterisches Phänomen durchaus nicht angesprochen werden kann.

Waldvogel's (78) Untersuchungen erstrecken sich hauptsächlich auf die Züchtung der verschiedenen Varietäten des *Streptococcus* bei diversen infectiösen Processen im Pharynx und Larynx.

Die Frage von den angeborenen Halsfisteln erfährt eine erfreuliche Förderung durch Rosenbaum (72), dem die seltene Gelegenheit geboten war, einen solchen Fall anatomisch zu durchforschen.

Bis jetzt liegt nur ein von Watson ausführlich untersuchter Fall vor. Es handelte sich bei R. um durchgehende, vollständige Fisteln, die ganz symmetrisch gelegen, am Innenrand des *Sternocleidom.* sich öffneten und zwar etwas unterhalb der Stelle, an welcher dieser Muskel den *Omochoideus* kreuzt. Die Innenöffnung lag an der hintern untern Begrenzung der Tonsille (wo fast alle münden) in einer dicken carunkelartigen Duplicatur der Schleimhaut. In ähnlicher Weise wie im Fall Watson war die Wandung der Gänge von einem quergestreiften Muskel umgeben, der vom *Sternocleidomastoideus* ausgehend sich in die Musculatur der Pharynxwand verlief. Die Gänge waren 6 bezw. 6,5 Centimeter lang. Da die Canäle unterhalb des *Nerv. hypoglossus*, dagegen oberhalb des *Glossopharyngeus* verliefen, so ist ihr Ursprung aus der zweiten Kiementasche sicher.

Von Publicationen über die Diphtherie sei die von Hirsch (56) hervorgehoben, eine statistische Zusammenstellung von 2658 Fällen aus der Berliner chirurg. Universitätsklinik, die des Interessanten eine Menge bietet.

Pasemann (70) ist mit seinem Lehrer Mosler ein entschiedener Anhänger der Serumtherapie. Katzenstein (62), der die inneren Organe von 9 Diphtherieleichen mikroskopisch untersuchte, fand darin mannigfache degenerative Veränderungen, die man im Original nachlesen möge. Im Falle Lahr's (65) erfolgte die Haemorrhagie bei einem 4jährigen Kind infolge eines *Decubitalgeschwürs* der Trachea und Usurirung der *Adventitia* der Art. *anonyma* aus der letzteren, 3 Tage nach dem *Decanulement*.

Von sonstigen infectiösen Affectionen berichtet Schröder (75) über die *pharyngo-laryngealen Complicationen* des *Typhus abdominalis* (55 unter 198 Patienten der II. medicinischen Klinik in Berlin). Er

theilt dieselben je nach der Schwere der Affection in 4 Gruppen: 1) Catarrhe, 2) Erosionen, 3) Oedeme und oberflächliche Geschwüre, 4) Decubitalgeschwüre und Necrosen.

Schlender (73) beobachtete — eine grosse Seltenheit! — halbseitiges Kehlkopfdem bei acutem Gelenkrheumatismus.

Der Fall Hortmann's (58) ist nicht einwandfrei, da die Section keinerlei specifisch syphilitische Veränderungen in den Organen ergab. Es bestand eine narbige Stenose dicht über der Bifurcation, in Folge deren die Patientin erstickte.

Pollnow (71) beschreibt ein nach Angabe von Kafemann construirtes Instrument, das den Zweck hat, beim Curettement der oralen Epiglottisfläche ein Ausweichen derselben nach hinten zu verhindern und so der Curette den nöthigen Widerstand von hinten aus zu geben. In das Instrument kann ein Kehlkopfspiegel gesteckt werden, so dass eine Assistenz nicht nöthig ist.

Frost (51) räth bei Kindern, die an Laryngospasmus leiden, nach einer verlängerten Uvula zu fahnden und diese eventuell zu kürzen. Er belegt seine Ansicht durch eine Reihe günstiger Erfolge.

Künne (64) beschreibt ein Lipom der Regio interarytaenoidea, das fast die ganze Glottis ausfüllte und mittelst GlühSchlinge entfernt wurde. Wenn wir noch einen kurzen Blick auf die neuropathischen Kehlkopffectionen werfen wollen, so sei der Fall einer rechtsseitigen Posticuslähmung erwähnt, den Levy (67) schildert. Ursache war ein Aneurysma der Aorta descendens, das sich stark nach rechts ausbuchtete. Das linke Stimmband war intact. Herms (55) berichtet über laryngologische Befunde bei Tabes aus Gerhardt's Klinik für die Zeit von 1884—94. Es waren im Ganzen 17 Fälle (unter 122) mit laryngealen Affectionen, doch halten wohl nicht alle Fälle bezüglich der Diagnose als speciell tabische einer eingehenden Kritik stand. So war 2 Mal Tuberculose vorhanden, und zwar das eine Mal direct perichondritische Prozesse beider Aryknorpel, die die gefundene Bewegungsstörung genügend erklären. In einem andern Fall mit angeblicher Lähmung der Arytaenoidei interni bestand keine phonatorische Störung, die doch eine unbedingte Folge dieser Lähmung sein würde.

In einem Fall von Pseudobulbärparalyse, mitgetheilt von Wolff (84), findet sich folgender Befund: „Bei ruhiger Athmung stehen die Stimmbänder in normaler Abductionsstellung; bei der Phonation bewegen sie sich sehr träge, das linke macht weniger Bewegungen als das rechte, wobei sie die Mittellinie nicht ganz erreichen. Beim Intoniren wird das Gaumensegel nicht gehoben. Beim Versuch zu schlucken, beginnt Patient zu husten; bei Berührung der hintern Rachenwand erfolgt Schlingen, bei der des Kehlkopfs Schlingen und Husten. Durch Sprechen kann sich Patient nicht verständlich machen, statt aller Worte stösst er nur ein rauhes Hauchen aus.“

In einem andern Fall fand Witte (83) den Larynx intact, dagegen eine rechtsseitige Gaumenlähmung.

Friedrichs (50) erhob in 2 Fällen von amyotrophischer progressiver Bulbärparalyse nebst Andeutungen von amyotrophischer Lateralsclerose folgenden Befund: „Die Stimmbänder stehen etwas weiter auseinander als normal und schliessen beim Intoniren nicht ganz, vielmehr bleibt

ein. schmaler Spalt in der ganzen Länge der Stimmritze. Beim Lachen jauchzende Inspiration. Keine Anzeichen von Laryngitis.“ Im zweiten Fall war die Laryngoscopie erschwert, da Patientin die Zunge nicht über die Zahnreihe hervorstrecken kann und ausserdem häufig den sich rasch ansammelnden Speichel schlucken muss. „Jedoch scheint keine Parese der Larynxmuskulatur vorhanden zu sein.“ Die Fähigkeit des Hustens ist erhalten.

Schliesslich beschreibt noch Weck (79) einen Fall von traumatischer Hysterie nach Fingerverletzung, wo klonische Krämpfe des betroffenen Arms und Stottern auftraten.

Ueber Rhinitis caseosa. Von Dr. Klingel in Elberfeld. (Arch. f. Laryngologie etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 199, 1895.)

K. versteht unter Rhinitis caseosa nur solche Fälle, bei denen es zur Ablagerung eines käsigen Secretes kommt, wobei diese Secretanhäufung das Wesen der Krankheit ausmacht, ohne daß sonstige tiefergreifende Veränderungen der Nase primär bestehen. Ueber einen einschlägigen Fall, eine 35—40 Jahre alte Frau betreffend, berichtet er ausführlich.

Beschorner.

Bacteriologische Befunde in zehn Fällen von Kieferhöhlen-Eiterung.

Von Dr. J. Herzfeld und Dr. Fr. Herrmann in Berlin. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 143, 1895.)

Es fanden sich vornehmlich Streptococcen, Staphylococcus albus, aureus, citreus, ruber; ein Bacterium coli und ein proteusartiger Bacillus; gelbe Sarcine (Friedländer's); ein Capselbacillus und verschiedene Arten von Stäbchen, die für Mäuse nicht pathogen waren und bei Brüttemperatur wuchsen. Zwei Befunde waren besonders wichtig, einmal die geringe Pathogenität des Eiters resp. der aus demselben gewonnenen Bacterien, ferner der Nachweis von Bacterien, die auf künstlichem Nährboden bei Brüttemperatur nicht fortkommen. Letztere Erscheinung erklärt sich dadurch, dass die Nase und deren Nebenhöhlen von einer Luft durchströmt werden, deren Temperatur weit unter Körpertemperatur sich befindet.

Beschorner.

Zur Diagnose und Therapie der chronischen Stirnhöhleneiterung.

Von Prof. Dr. Schech in München. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 165, 1895.)

Nach Angabe einiger wichtiger und neuer Anhaltspunkte für die Diagnose giebt Sch. der Ueberzeugung Raum, dass die einzige sicher zum Ziele führende Therapie bei chronischen Stirnhöhleneiterungen, und zwar nicht nur bei jenen, welche mit Auftreibung der Höhle, Verdrängung des Bulbus, Fistelbildung und Erscheinungen des Hirndruckes verlaufen, sondern auch bei den latenten Formen, bei denen Supraorbitalneuralgie das alleinige subjective Symptom bildet, die Eröffnung von Außen mit Exstirpation der ganzen Sinusmembran sei.

Beschorner.

Caries syphilitica (?) ossis ethmoidel. Auskratzung. Hirntod ohne Zusammenhang mit der Operation. Von Dr. Ludw. Hellmann in Würzburg. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 210, 1895.)

Es handelte sich um, im Leben sichergestellte, ganz typische Empyeme der Kiefer- und vorderen Siebbeinhöhlen bei einer 50jährigen Frau, deren alte Syphilis nur aus der Anamnese mit Sicherheit erkennbar war. Probepunction vom unteren Nasengange aus ergab zähen, nicht übelriechenden Eiter in der rechten Kieferhöhle. Auskratzung der Granulationen im mittleren Nasengange mittelst scharfen Löffels, wobei sich neben wenigen morschen Knochensplitterchen etwa ein halber Fingerhut voll übelriechenden Eiters entleerte, der aus einer Höhle im vorderen Theile der mittleren Muschel stammte. Aufblasen von Jodol. Besserung der Kopfschmerzen. 44 Tage darauf Tod unter schweren Hirnsymptomen. Die Obduction ergab Caries des Siebbeines und bewies mit Sicherheit, daß die Hirnsymptome und der Tod mit der Auskratzung in gar keinem Zusammenhang standen. Der Fall ist geeignet, die Skepsis gegenüber dem nicht specifischen Ursprung einer Siebbeincaries zu steigern, selbst dort, wo die Caries als solche durch die Obduction festgestellt wird.

Beschörner.

Zur Aetiologie der Schleimpolypen der Nasenhöhlen. (De l'étiologie des polypes muqueux des fosses nasales.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 5, Septbr./Octbr. 1895.)

Die myxomatöse Degeneration der Nasenschleimhaut, die sich histologisch nur wenig vom einfachen Oedem jener Membran unterscheidet, zeigt sich verschiedenartig, je nach der Gegend, wo sie beobachtet wird. Neigung zu gestielter Formation wird fast ausschliesslich an der mittleren Muschel und dem mittleren Nasengange angetroffen, entsprechend den Falten und Ausbuchtungen dieser Gegend. Gleichzeitiger Bestand einer Läsion des unterliegenden Knochens und myxomatöser Entartung der Schleimhaut ist keineswegs constant, ja, nach des Autors Erfahrungen, geradezu eine Ausnahme. — Die myxomatöse Entartung der Nasenschleimhaut ist oft völlig unabhängig von jeder Läsion der Nachbarschaft; sie kann wohl Folge wiederholter und langbestehender Nasencatarrhe sein, kann aber auch entstehen, ohne dass der Zusammenhang mit einem pathogenen Einflusse nachzuweisen ist.

Beschörner.

Einfluss des Aufenthaltes an der Meeresküste auf die Krankheiten der Nase, des Halses und der Ohren. (Influence du séjour au bord de la mer sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles.) Von Dr. H. Lavrand in Lille. (Arch. internat. de Laryngologie etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr./Decbr. 1895.)

L. kommt zu dem Schlusse, dass sich Kranke mit chronischen Nasen-, Hals- und Ohr affectionen am Meere, d. h. inmitten der Seeluft und bei Anwendung localer und allgemeiner Hydrotherapie, wohl befinden. Auszunehmen sind Individuen mit continuirlichen und intermittirenden Ohr-Eiterungen, mit sclerösen Otitiden und mit Ohrgeräuschen, drittens solche Rachen- und Kehlkopfleidende, welche Con-

gestionien unterworfen sind, ferner reizbare Tuberculöse, endlich Arthritiker, die zu Congestionen oder acuten und subacuten Schleimhautirritationen neigen.

Beschorner.

Totalexstirpation einer grossen endonasalen Geschwulst durch die Choane. Von Dr. Carl Laker. (Arch. f. Ohrenheilkunde XXXII, XVII.)

Nach Austamponirung des mittleren und unteren Nasenganges mit Watte wurde mit den Branchen einer Korzange die Watte nach hinten gedrückt, wobei der Stiel der Geschwulst riss und diese durch die Choane in die Mundhöhle kam.

Gomperz.

c) Pharyngo-laryngologische:

Harter Schanker im Gesicht; Facialisparalyse derselben Seite; tuberculöse syphilitische Krusten der Kopfhaut und des Gesichtes. (Chancre indurée de la face; paralysie faciale du même côté; syphilides tuberculo-croûteuses du cuir chevelu et de la face.) (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, séance du 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Eine 68jährige Frau hatte vor 38 Jahren die Syphilis von ihrem Manne bekommen und wurde damals regelrecht behandelt; seither gesund, bis im Winter trockene tuberculöse Syphiliden am Oberschenkel und am Rumpfe eintraten und unter geeigneter Behandlung heilten; dann traten die oben angegebenen Erscheinungen ein. Wirkung der antisymphilitischen Behandlung bewies den syphilitischen Ursprung des Leidens.

Dr. P. K.

Schanker am Zahnfleisch. (Chancre de la gencive.) Von Dr. Danlos. (Société de dermatologie et de syphiligraphie de Paris, séance de 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Ein Kranker hatte geschwollene Cervicaldrüsen, papulösen Ausschlag und bald nachher Roseola und sonstige Syphilide. An den Genitalien war kein Schanker zu entdecken; blos war am oberen Zahnrande eine harte ulceröse Stelle, welche als Schanker angesehen werden musste (Fournier). Es werden von Dr. Barthélemy und Dr. E. Besnier noch zwei andere Zahnfleischschanker erwähnt, welche schwer zu erkennen waren und denselben Verlauf wie der erste Fall hatten.

Dr. P. K.

Ueber Zungenpapillitis. (De la papillite linguale.) Von Dr. Barattoux. (Archiv. latinos de rinolog. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 10.)

Verf. nimmt mit Duplaix das Bestehen einer in Erosion der an der Zungenspitze und den Zungenrändern sich befindlichen Papillen bestehenden Krankheit an, welche ziemlich selten ist, öfter bei Frauen als bei Männern vorkommt und mittelst Galvanocaustik geheilt wird. Recidive kommen häufig vor.

Dr. P. K.

Eine Curette zu Operationen an der Zungentonsille. Von Dr. E. Winckler in Bremen. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1 2, pag. 211, 1895.)

Das Instrument ähnelt dem Gottstein'schen Ringmesser zur Beseitigung adenoider Vegetationen im Nasenrachenraume und hat zum Zweck, die Hyperplasien der Zungentonsille mit einem glatten Schnitte, aber unter Controlle des Spiegels, zu entfernen. Eine Abbildung giebt die Form der Curette wieder. Beschorner.

Die Mundseuche (Stomatitis epidemica, Maul- und Klauenseuche des Menschen). Von Dr. Siegel in Britz-Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 172, 1895.)

S. giebt ein vortreffliches Bild dieser sehr ernsten, übrigens bisher schwer zu diagnosticirenden und wenig beschriebenen Krankheit, welche, nach Bollinger, beim Menschen viel häufiger vorkommt, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist. Sie characterisirt sich sowohl nach den Symptomen, als auch dem pathologisch-anatomischen und bacteriellen Befunde bei Thieren wie bei Menschen als eine Infectiouskrankheit mit dem Hauptsitz im Darm; wenn man auch sehr wesentliche Symptome in der Mundhöhle findet, so sind wirklich typische Veränderungen hier nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen zu beobachten. Das sicherste Erkennungszeichen liegt in der microscopischen Diagnose und es muss als Verdienst des Autors anerkannt werden, ein bacteriologisches Verfahren angegeben zu haben, welches jene zu einer leichten gestaltet. S. glaubt nämlich nach seinen reichen Erfahrungen und gründlichen Untersuchungen den Erreger der Krankheit in einem Bacterium zu erkennen, welches in der Mitte steht zwischen Coccen und Bacillen und welches sich regelmässig vornehmlich im Darme und dessen Inhalt findet. Dasselbe wurde bislang daselbst noch nicht beobachtet. — Der Arbeit muss das grösste Interesse entgegengebracht werden, um so mehr, als bislang gewiss unzählige Fälle von Mundseuche beim Menschen unbeachtet und unerkant geblieben sind. Der Grund hierzu liegt darin: einmal, weil in leichten Fällen die Krankheit schnell und ohne grosse Belästigung vorübergeht, so dass zumeist kein Arzt geholt wird, dann aber weil in den schweren Fällen die Munderkrankung gegen die vom Darm und der Leber ausgehenden Symptome zurücktritt, und da letztere noch dazu fieberlos verlaufen und ohne stürmische Erscheinungen, sich die Patienten nicht in Krankenhäuser aufnehmen lassen. Die wenigen vielleicht zur Section gekommenen Fälle blieben wohl unaufgeklärt. Beschorner.

Chronische Amygdalitis colibacillärer Natur. (Un cas d'amygdalite chronique colibacillaire.) Von Dr. Lermoyez, Dr. Helme und Dr. Barbier. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 8.)

Verf. geben die genaue Krankengeschichte dieses klinisch und anatomopathologisch interessanten Falles; sie kommen zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) es besteht eine Art chronischer Mandelentzündung, welche sich klinisch und bacteriologisch von den bis jetzt bekannten chronischen Amygdalitiden unterscheidet; 2) sie tritt acut auf und verläuft chronisch; 3) die gewöhnlichen Mittel helfen nicht, und

man muss die Totalexstirpation vornehmen; 4) subjective Symptome bestehen fast nicht: höchstens etwas Schlingbeschwerden, wenn das Exsudat zu confluirend sich gestaltet; 5) sehr schlechtes Allgemeinbefinden, welches in keinem Verhältniss zur Grösse des Localleidens ist; auffallend sind dabei die gastrischen Erscheinungen; dieselben verschwinden, wenn die Mandeln ordentlich gereinigt sind, um mit dem Wiederauftreten des Exsudates wieder zu beginnen; 6) charakteristisches Aussehen der Mandeloberfläche; 7) gesundes Aussehen der Umgebung der Mandeln; 8) keine geschwollenen Cervicaldrüsen; 9) man kann das Bacterium coli nachweisen.

Dr. P. K.

Amygdalitis ulcerosa chancriformis. (De l'amygdalite ulcéreuse chancriforme.) Von Dr. Mendel. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Diese, leicht mit Chancer, Gumma oder Tuberculose der Mandeln zu verwechselnde, fieberlose Krankheit zeichnet sich vornehmlich durch ein mehr oder weniger tiefgehendes Geschwür der Mandel mit harten Rändern, durch leichte Submaxillardrüsenschwellung aus. Insbesondere die Kürze des Bestandes der Affection, ihr leichter Verlauf, die Geringfügigkeit der Symptome, namentlich der Drüsenschwellung und die rasche Heilung ohne besondere Medication, unterscheiden sie von Syphilis und Tuberculose. M. hält es für nicht unwahrscheinlich, dass die Krankheit eine besondere Form des Herpes darstellt, dessen Bläschenruptionsstadium unbeobachtet oder unbeachtet blieb.

Beschorner.

Mandalexstirpation mittelst Scheere. (Incision des amygdales au moyen de ciseaux.) Von Dr. A. Bliss. (Therap. Gazette und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. zeigt eigens dazu construirte Scheeren, gebogen, mit kurzen Schenkeln und sehr solide gebaut; er gebraucht den Aether dabei und nimmt die Mandeln stückweise heraus.

Dr. P. K.

Ueber ulceröse Amygdalitis follicularis. (De l'amygdalite ulcéreuse folliculaire.) Von Dr. Delie. (Société belge d'otologie et de laryngologie 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 20.)

Verf. nimmt, mit Moure übereinstimmend, eine so titulirte eigenartige Mandelentzündung an, welche nicht mit Amygdalitis follicularis lacunaris, noch mit zurückbleibendem Geschwür nach Mandelabscess, noch mit syphilitischem Gumma, noch mit Carcinom, noch mit Schanker, noch mit Tuberculose verwechselt werden kann, und welches wahrscheinlich parasitärer Natur ist.

Dr. P. K.

Mandelstein links. (Calcul de l'amygdale gauche.) Von Dr. Botey. (Archiv. latinos de rinolog. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Seltene Fälle; man soll sie sobald als möglich operiren wegen der Nähe der Carotis interna und der Jugularis interna.

Dr. P. K.

Ueber acute Mandelentzündungen und ihre verschiedenen Arten. (Les amygdalites aiguës et leurs formes.) Von Dr. Massei. (Riforma medica und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. theilt sie in inflammatorische (rothe) und exsudative (weisse) und ihre Unterabtheilungen. Er betont die Mangelhaftigkeit der klinischen Diagnose, welche practischen therapeutischen Schaden bringt.
Dr. P. K.

Ueber eine Art Pharyngitis, welche die Diagnose des Diabetes und des Morbus Brightii gestattet. (Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète ou l'albuminurie.) Von Dr. J. Garel. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 2.)

Joal und später Lõri haben zuerst auf diese Art von Pharyngitis aufmerksam gemacht. Die hyperämische Form ist pathognomonisch und am wichtigsten; sie geht in die sogenannte Pharyngitis sicca über, welche nicht mehr so pathognomonisch ist. Die erstere Form zeichnet sich durch excessive Schwellung der Pharynxschleimhaut aus, letztere ist sehr empfindlich und der Spiegel wird kaum ertragen; sie ist gar kein sicheres Zeichen der Albuminurie oder der Zuckerkrankheit, sondern lässt blos an selbe denken und fordert zur Untersuchung auf.
Dr. P. K.

Corpus thyroideum und Morbus Basedowii. (Corps thyroïde et maladies de Basedow.) Von Dr. Brissaud. (Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes, Bordeaux 1895 und Semaine médicale 1895, No. 39.)

Zuerst von Trousseau auf ein Herzleiden, dann von Piorry auf Druck der Schilddrüse auf die Halsnerven zurückgeführt, wurde das Entstehen der Basedow'schen Symptome auf eine centrale bulbäre Ursache reducirt; in den letzten Jahren aber nimmt man meistens an, dass die Schilddrüse ein eigenes Gift secernirt, welches Gift auf das Centralnervensystem wirkt und so die bekannte Triade der Basedow'schen Krankheit hervorbringt. Von diesen beiden jetzt gangbaren Theorien nimmt man am besten das Mittelding an, indem man aus der Basedow'schen Krankheit keine eigentliche Krankheit, sondern nur mehr ein Syndrom macht, ebenso wie das längst für die Epilepsie gesehen ist. Jedes Syndrom ist characterisirt durch das Vorhandensein mehrerer Symptome, von welchen eines am constantesten und am ausgeprägtesten ist: bei der Epilepsie ist es der Verlust des Bewusstseins, bei Asthma ist es die Dyspnoe, bei der Parkinson'schen Krankheit ist es die Muskelstarre. Bei der Basedow'schen Krankheit ist es die Tachycardie, welche nie fehlt und um welche sich alle andern zahlreichen Symptome, von welchen allerdings der Exophthalmus und der Kropf die häufigsten sind, gruppiren. Die Basedow'sche Krankheit ist also eine einfache Neurose: es giebt überhaupt keine Art Neurose, welche sich nicht mit Basedow'schen Symptomen verbinden kann. Die Heredität spielt eine Hauptrolle bei ihrer Entstehung; und nicht nur die similitäre Heredität, sondern am meisten die gewöhnliche nervöse Heredität; dieses Factum allein beweist schon, dass man es mit

einer Neurose zu thun hat. Was die Behandlung betrifft, so wurde wegen Erstickungsgefahr die Thyroidectomie gemacht: die Statistik dieser Fälle ist sehr ungünstig. Die Fütterung mit Schilddrüsen-substanz und mit Tabletten ist nicht nur unlogisch, sondern auch schädlich.

Dr. P. K.

Acute Thyroiditis mit Ausgang in Resolution. (Thyroidite aigue avec résolution) Von Dr. Galliard. (Société médicale des hôpitaux de Paris, séance du 21. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Bei Influenza trat bei einer 40jährigen Frau acute Entzündung der rechten Schilddrüse mit allen unangenehmen Symptomen auf. Antipyrin, Abführmittel, Belladonna zertheilten die Geschwulst.

Dr. P. K.

Ueber den Recurrens. (Le nerf recurrent laryngé.) Von Dr. Stoe quart. (La voix parlée et chantée 1893 und Annales des maladies de l'oreille etc. 1894, No. 10.)

Der rechte Recurrens ist mehr von der Medianlinie entfernt, als der linke; beide haben also verschiedene intrathoracische Verhältnisse zu den Brustorganen. Der rechte umgreift die Subclavia in einem Punkte, welcher von dem seitlichen Trachealrand etwas entfernt ist, während der linke sich über die horizontale Partie des Aortenbogens schwingt, welcher Bogen der Wirbelsäule anliegt, vor welcher sich erst die Trachea befindet. Aus diesen Verhältnissen ergibt sich: 1) der linke Recurrens ist mehr in die tiefen, an der Trachealseite gelegenen Lymphdrüsen, hinter der Articulatio sternoclavicularis eingebettet; 2) der rechte Recurrens ist enger mit der Pleura verbunden; er liegt deren oberer Spitze an, welche sich bis in die Supraclaviculargrube erhebt. Dieser Kegel bildet mit der Trachea einen mit Fettgewebe angefüllten Raum, in welchem der rechte Recurrens liegt.

Dr. P. K.

Die Schleimhautleisten der Stimmlippen des Menschen. Von Dr. C. Benda in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 205, 1895.)

Bestätigung der von B. Fränkel 1888 constatirten Thatsache, dass das menschliche wahre Stimmband, die Stimmlippe der neuen anatomischen Nomenclatur. longitudinale Leisten der Schleimhaut enthält und genaue Untersuchungen über Anordnung und Verlauf derselben mittelst des von Blaschko angegebenen, durch L. Philippson verbesserten Verfahrens die Configuration der Epidermisunterfläche auf Macerationspräparaten zu studiren, wobei sich herausstellte, dass die Leistenformation eine besondere Modification papillärer Schleimhauterhebungen und eine constante Eigenschaft der ausgebildeten menschlichen Stimmlippe darstellt. An denjenigen neugeborenen Kinder wurden sie vermisst. Der Einwand, dass die Leisten pathologische Gebilde seien, wird durch ihre regelmässige Anordnung bei normalen Kehlköpfe, besonders aber durch ihre, für beide Stimmlippen symmetrische Vertheilung widerlegt.

Beschorner.

**Ueber den Ursprung und die Structur der sogenannten Schleim-
polypen der Stimmbänder.** (Sur l'origine et la structure des
polypes dits muqueux des cordes vocales.) Von Prof. Dr. Chiari.
(Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 2.)

Die sogenannten Schleimpolypen sind nicht immer durchsichtig,
trotz der ödematösen Infiltration, namentlich wenn das Blut selbe in-
filtrirt; dabei sind sie aber weich und schlotternd. Es sind immer nur
Fibrome des Stimmbandes, d. h. eine circumscribed Hypertrophie der
Stimmbandmucosa.

Dr. P. K.

**Ein Fall von nichtdiphtheritischer Angina mit Serum behandelt und
tödlichem Ausgang.** (Un cas d'angine non diphthéritique traitée
par le sérum et suivie de mort.) Von Dr. Moizard. (Société médi-
cale des hôpitaux, 5 Juillet 1895 und Semaine médicale No. 35.)

Ein sechsjähriges Mädchen, mit pseudomembranöser Angina be-
haftet, bekam eine Einspritzung von 10 Ccm. Serum aus dem Institut
Pasteur; die inzwischen gemachte Cultur liess keine Diphtherie nach-
weisen; die Angina heilte in Folge der Einspritzung wunderbar schnell
und das Allgemeinbefinden war ausgezeichnet. Aber am sechsten Tage
trat hohes Fieber ein mit einem von der Injectionsstelle ausgehenden
und sich über den ganzen Körper verbreitenden Urticariausschlag. Der
Hals war vollständig geheilt, der Harn war ohne Albumen; der Tod
trat unter den Erscheinungen von Krämpfen und Ergriffensein des
Centralnervensystems ein. Verf. glaubt den Tod nicht der grossen Dosis,
noch der Qualität des Serums, sondern einfach durch ungünstigen
Einfluss der Toxine des Serums auf das Centralnervensystem zu er-
klären. Verf. und Dr. Legendre sind gegen die Präventivimpfungen,
da das Roux'sche Serum keine Vaccine ist und nur gegen die fest-
gestellte Diphtheritis gebraucht werden soll; das Serum wirkt nur auf
die Pseudomembranen, nicht aber auf die Albuminurie und die gefähr-
lichen Lähmungen.

Dr. P. K.

**Angina membranacea mit Roux'schem Serum behandelt. Tod durch
Anurie mit urämischen Convulsionen.** (Un cas d'angine mem-
braneuse traité par le sérum de Roux; mort avec anurie et
convulsions urémiques. Von Dr. L. Guinon und Dr. Rouffilange.
(Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Mars 1895 und Semaine médi-
cale No. 35.)

Die bacteriologische Untersuchung war nicht gemacht worden. Am
dritten Tage wurde die erste Injection gemacht, nach welcher, trotzdem
die Angina sich besserte, Eiweiss im Urin und grosse Abgeschlagenheit
des Körpers eintraten. Nach den drei folgenden Injectionen nahm die
Nephritis mit allen ihren Symptomen immer zu und das Kind starb an
Anurie mit urämischen Convulsionen. Verf. nehmen eine diphtheritische
oder streptococcische Nierenaffection von vornherein an, welche auch
ohne Injectionen bestanden hätte, aber sie rathen, die schon kranken
Nieren nicht durch Seruminjectionen mit Arbeit zu überbürden, welche
Arbeit darin besteht, die Toxine des antidiphtheritischen Serums aus-
zuscheiden.

Dr. P. K.

Combinirte gutartige Angina mit Serum behandelt; toxische Erscheinungen. (*Angine diphtérique associée bénigne traitée par le sérum; accidents toxiques.*) Von Dr. Thibierge. (*Revue mensuelle de l'enfance*, Mai 1895 und *Semaine médicale* No. 35.)

Ein vierjähriges Mädchen bekam nach vier Einspritzungen Anurie und Collapsus, welcher glücklicher Weise mittelst Coffein, Kochsalzeinspritzungen unter die Haut, Sondenernährung, Bädern, Darmausspülungen, Sauerstoffeinathmungen bekämpft wurde. Die nach jeder Einspritzung eintretende Urticaria mit den übrigen Intoxicationserscheinungen bewiesen, dass die Symptome nicht von Diphtheritis herkommen konnten; die Periode der diphtheritischen Nierenerscheinungen war übrigens vorüber, es traten auch gar keine Lähmungserscheinungen auf.

Dr. P. K.

Uebele Zufälle, welche der Serotherapie zur Last gelegt werden. (*Des accidents imputables à la sérothérapie.*) Von Dr. Sevestre. (*Société médicale des hôpitaux*, 19. Juillet 1895 und *Semaine médicale* 1895, No. 37.)

Die Erytheme und Arthralgien kamen auch bei Diphtheritis vor, ehe die Serotherapie angewandt wurde. Sie kommen oft bei Streptococcen vor, selbst bei Abscessen mit Streptococcen ohne Angina.

Dr. P. K.

Diagnose und Prophylaxis der Diphtherie. (*Diagnostic et prophylaxie de la diphtérie.*) Von Dr. Cadet de Gassicourt. (*Académie de médecine de Paris*, séance du 25. Juni 1895 und *Semaine médicale* 1895, No. 33.)

Herpetische Angina ist klinisch nicht von diphtheritischer Angina zu unterscheiden; Verf. giebt Beispiele, wo selbst bei bestehendem Herpes der Lippen, der Nase und des übrigen Gesichtes Diphtheritis der Mandeln bestand; die bacteriologische Untersuchung ist also nicht zu entbehren. Seit der Anwendung des Behring'schen Serums ist die Ansteckungsgefahr noch grösser als früher, weil die Kinder viel früher geheilt werden und demnach noch immer bei der Genesung ansteckungsfähige Bacillen bei sich führen. Die Gelegenheit der Ansteckung ist also in stetigem Wachsen begriffen, was ja leider die Statistiken beweisen. Dem abzuweichen, besteht nur die Isolirung der Kranken; wie erkennt man letztere? Durch die bacteriologische Untersuchung allein. Hier beginnen aber die Schwierigkeiten: Nicht alle Aerzte verstehen die Technik der Untersuchung und nicht alle können sich die dazu nöthigen Einrichtungen verschaffen; man muss also besondere Laboratorien zu diesem Zwecke errichten, sowie selbe in anderen Ländern bestehen. Die Academie wird also folgenden Wunsch aussprechen: Die französische Academie, überzeugt, dass das einzige Mittel, die Diagnose zu stellen und die Verbreitung der Diphtheritis zu verhindern, in der bacteriologischen Untersuchung besteht, bittet den Staat, bacteriologische Institute mit einem dazu geeigneten Arzte an der Spitze sobald als möglich zu gründen und alle practischen Aerzte davon zu benachrichtigen.

Dr. P. K.

Prophylaxis der Diphtherie durch Antitoxine. (Prophylaxie de la diphtérie par l'antitoxine.) (Archiv. of pediatrics und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Im Kinderspitale von New-York wurden alle Kinder untersucht und man fand bei 100 Kindern, welche sich wohl befanden, den Löffler'schen Bacillus. Seit einiger Zeit kamen alle neuen Diphtheritisfälle in New-York bei diesen Kindern vor. Es wurden nun 60 Kinder isolirt, von denen 30 Nasendouchen und 30 Injectionen von Serum erhielten; von ersteren erkrankte keines, von letzteren erkrankte eins nach fünf Wochen an lobärer Pneumonie mit Diphtheritis. Dr. P. K.

Eingangspforte der Toxine; Vertheidigung des Organismus; Diarrhoe centralen Ursprungs. (Porte d'entrée des toxines; défense de l'organisme; diarrhée d'origine centrale.) Von Dr. Charrin. (Société de biologie de Paris, séance du 13 Juillet 1895 und Semaine médicale 1895, No. 36.)

Verf. hat durch seine Experimente aus den Jahren 1885, 1887 und 1888 bewiesen, dass das active lebende Bacteriengift sowohl als seine Producte, die Toxine, ungestraft in den alcalisch oder nicht alcalisch gemachten Darm in der Quantität von 60 Cctm. und noch mehr eingebracht werden können, ohne dass Vergiftungserscheinungen oder Contagion eintreten, während dieselben in viel geringerer Quantität, in den Kreislauf direct gebracht, Enteritis, Congestionen, Geschwüre besonders um die Peyer'schen Drüsen und Blutungen hervorbringen. In letzter Zeit haben Roux, Yersin, Sanarelli, van der Velde, Courmont, Denys und Doyon dieselben Experimente mittelst intravenöser Einspritzung der Toxine von Diphtheritis, Typhus und Cholera gemacht. Bouchard hat sogar Cholera hervorgebracht, indem er Urin von Cholerakranken in die Ohrvene einspritzte. Aus diesen und aus anderen vom Verfasser gemachten Experimenten geht hervor, dass die Eingangspforte von der grössten Wichtigkeit bei dem Schaden ist, welchen die microbischen Producte ausüben; der Unterschied ist so gross, dass 10 Cctm. einer toxischen Flüssigkeit, in den Kreislauf gebracht, absolut tödtlich wirken, während 60 Ctm. derselben toxischen Flüssigkeit, in den Darm gebracht, unschädlich sind. Unser Organismus besitzt also Schutzmittel gegen solche Gifte; man muss dabei an die antitoxische Function der Leber und der Verdauungssäfte, an die Trägheit der Resorption, an die chemischen Veränderungen beim Uebergang in's Blut, an sonstige noch unbekannte Metamorphosen denken. Physiologisch betrachtet, ist der Darm besonders ein Resorptionsorgan, pathologisch betrachtet, ist er besonders ein Ausscheidungsorgan. Der Organismus kann sich also vertheidigen durch ein gewisses Verdauen und ein gewisses Ausscheiden der Gifte. Es ist eine längst bekannte Thatsache, dass organische Gifte (Uringifte) sowohl als inorganische (Quecksilber, Carbolsäure, Naphthol) denselben Ausscheidungsprocess, nämlich die Diarrhöen bewerkstelligen, welch' letztere man dann bekanntlich die centralen Diarrhöen nennt; letztere sind viel häufiger, als allgemein angenommen wird. Dr. P. K.

Ueber das Vorkommen der Diphtheritisbacillen im Auswurf und im Schleim des Halses; ihre Verwerthung für die Behandlung. (Sur la présence des bacilles diphtéritiques dans le jetage et les mucosités de la gorge; application au traitement.) Von Dr. Barbier. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Verf. behandelt zwei Hauptpunkte: 1) das Vorkommen der Bacillen ausserhalb der Membranen im Auswurf und im Munde: 2) die Schlüsse, welche man daraus ziehen kann in Betreff der Behandlung. Man findet den Löffler'schen Bacillus, auch wenn keine Membranen vorhanden sind, im Auswurf, in der Nase, in den Bronchen, ja in der Reconvalescenz und der sogenannten Heilung; daher die grosse Gefahr der Ansteckung bei Reconvalescenten. Es genügt also nicht, die Pseudomembranen anzugreifen, sondern man muss Nase und Hals ordentlich waschen, einerlei, mit welchem Antisepticum; am besten hat sich dem Verfasser die Berlioz'sche Flüssigkeit und das sulfo-citronensaure Natron erwiesen. Besonders muss strenge Antisepsis bei ausgeführter Tracheotomie beobachtet werden: täglicher Canülenwechsel, selbe mit Carbol- oder Jodoformgaze umwickeln und von der Halshaut trennen etc. etc.

Dr. P. K.

Ein seltener Fall von Trachealdiphtheritis. (Un cas peu connu de diphtérie trachéale.) Von Dr. I. W. Goodall. (Clinical Society of London und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein 4jähriger Knabe war wegen Rachendiphtheritis im Spital. Am 9. Tage warf er einen Abguss der Trachea aus und expectorirte während einer Woche Pseudomembranen aus Trachea und Bronchien; er bekam noch Oculomotorius-, Gaumen- und Extremitätenlähmung und heilte endlich; auffallend dabei war das Fehlen der Dyspnoe, eben weil keine Laryngitis bestand; Verf. hat noch drei ähnliche Fälle beobachtet.

Dr. P. K.

Verhalten der Tuberculose zu Diphtheritis. (Des rapports de la tuberculose et de la diphtérie.) Von Prof. Dr. Revillod. (La tuberculose, Janvier 1895, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Diphtheritis kommt oft, mit mehrjährigen Pausen, bei den Mitgliedern ein und derselben Familie an verschiedenen Orten vor, so dass man nicht von Contagion reden kann. Tuberculose und Diphtheritis kommen sehr häufig bei ein und derselben Familie vor. Viele Autoren nehmen Tuberculose und Scrophulose als zur Diphtheritis prädisponierend an.

Dr. P. K.

Ein Fall Ludwig'scher Angina. (Un cas d'angine de Ludwig.) Von Dr. H. Ripault. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Der Fall betrifft einen 54jährigen Mann, welcher geheilt wurde. Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) der Fall nahm einen ungewöhnlich raschen Verlauf, welcher die sofortige Tracheotomie erforderte; 2) die Zunge war sehr geschwollen, was gewöhnlich nicht

vorkommt; 3) der Trismus, welcher gewöhnlich nach der Incision nachlässt, dauerte noch 7 Wochen lang nachher; 4) es bildete sich eine zweite spontane Oeffnung im Munde: der Eiterherd musste also durch irgend eine Scheidewand in zwei Theile getrennt gewesen sein; 5) man kann bei solcher Angina in den Fall kommen, bei im Munde bestehender Hervorwölbung eine Incision dort zu machen.

Dr. P. K.

Lähmung nach einer pseudomembranösen Angina, welche nicht als diphtheritisch erkannt war. (Paralysie consécutive à une angine pseudomembraneuse, reconnue non diphthéritique à l'examen bactériologique.) Von Dr. Bourges. (Archives de médecine expérimentale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein Kind bekam nach einer Angina pseudomembranacea Oculomotorius-, Gaumensegel- und Extremitätenlähmung. Die bacteriologische Untersuchung ergab einen wenig virulenten Streptococcus; es war also eine Angina mit Streptococcen.

Dr. P. K.

Kehlkopf-Intubation bei Croup. (Intubation du larynx dans le croup.) Von Dr. Collin in Paris. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Modification der von O'Dwyer zum Einführen und Herausnehmen der Tuben angegebenen Instrumente. Die von C. beschriebenen gleichen beide einer Kehlkopfpincette, sind sehr solid, leicht von der Tube zu trennen, rasch und vollkommen zu reinigen und zu sterilisiren und haben sich im Pavillon Trousseau des Hôpital des Enfants-Malades seit Monaten bei täglichem und ausgiebigem Gebrauche vollkommen bewährt.

Beschorner.

Kropfoperationen. (Opérations du goître.) Von Dr. Roux von Lausanne. (Congrès français de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. verwirft die parenchymatösen Einspritzungen und nimmt blos die blutige Operation mittelst Messer an. Auf 292 Operationen hatte er blos eine Mortalität von 1,36 pCt. Die Indicationen zur Operation bestehen in Dyspnoe, Aphonie, Dysphagie und Herzleiden. 104 Mal hat er nach der Kocher'schen Methode und 73 Mal die Enucleation nach Socin vorgenommen. In den meisten Fällen genügte die locale Anästhesie. Nie entstand operatives Myxödem.

Dr. P. K.

Fall von Exothyropexie wegen Erstickungsgefahr bei Kropf. (Un cas d'exothyropexie pour un goître suffocant.) Von Dr. H. Hartmann. (Mercredi médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ein sich hinter das Manubrium sterni senkender und Erstickungserscheinungen hervorrufender Kropf wurde nach ausgeführtem medianen Hautschnitt nach oben und aussen luxirt und mit Jodoformgaze zugedeckt. Das stenotische Athmen hörte auf; in diesem Falle konnte die Tracheotomie nicht ausgeführt werden.

Dr. P. K.

Die laryngotrachealen Irrigationen bei Croup. (Les irrigations laryngotrachéales dans le traitement du croup.) Von Dr. Guelpa. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Bei operirten croupkranken Kindern wurden im Hôpital Trousseau die Irrigationen nach Entfernung der Cantile durch ein, geringeren Durchmesser als die Cantile besitzendes, in die Trachea eingeführtes Kautschukrohr mittelst lauwarmer Boraxsäurelösung gemacht; der Kopf muss natürlich tiefer als die Trachea hängen. Die Heilungen ergaben 35 pCt., während in den Enfants malades nur 24 pCt. Heilungen waren.

Dr. P. K.

Behandlung der fötiden Bronchitis mittelst Creosotdämpfen. (Un traitement de la bronchite fétide par l'aspiration des vapeurs créosotées.) Von Dr. Chaplin. (Semaine médicale 1895, No. 33.)

Der Patient befindet sich während einer bis anderthalb Stunden in einem kleinen, hermetisch geschlossenen Zimmer, in welchem man die Luft mit Creosotdämpfen geschwängert hat. Letztere werden einfach erzeugt, indem man eine Creosot enthaltende Schaale auf eine Spirituslampe setzt. Patient thut gut, sich die Augen zu verbinden und einen eigens dazu bestimmten Anzug anzuziehen. Der Erfolg ist überraschend.

Dr. P. K.

Tuberculose der Aorta. (Tuberculose de l'aorte.) Von Dr. Hanot. (Société de biologie de Paris, séance du 22. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Bei einem mit Granulie behafteten Patienten fand man bei der Section am oberen Theile der Aorta thoracica einen hirsekorngrossen Tuberkel; es ist zum ersten Male, dass Tuberkel in grossen Gefässen erwähnt werden.

Dr. P. K.

Ueber zwei subglottische bilobäre Glottispolypen. (Sur deux cas de polypes bilobés sous-glottiques.) Von Dr. Wagnier. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 20.)

Zwei gewöhnliche Symptome hervorrufende Polypen, welche mit der Störck'schen Guillotine mit Erfolg operirt wurden.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Gaillard. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 5, 1894.)

Dr. Gaillard stellte in der medicin. Gesellschaft von Grenoble ein 55 Mmtr. langes und 30 Mmtr. breites Stück Fleisch vor, welches ein Soldat hastig mit seiner Suppe getrunken hatte und dabei in die Larynxöffnung gekommen war. Der Kranke konnte weder athmen noch sprechen und war in zwei Minuten todt; die Section ergab den Fremdkörper zwischen beiden Stimmbändern eingeklemmt.

Dr. P. K.

Scheinbarer Keuchhusten, hervorgerufen durch einen Fremdkörper im Kehlkopf bei einem 5jährigen Mädchen. — Ausstossung des Fremdkörpers. — Heilung. (Pseudo-coqueluche produite par un corps étranger du larynx chez une enfant de cinq ans — Expulsion du corps étranger. Guérison. Von Dr. E. de Pradel (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 6, Novbr. Decbr. 1895.)

Ein 5jähriges Mädchen hatte seiner Angabe nach einen Kieselstein „verschluckt“ und litt seitdem an keuchhustenähnlichen Anfällen. Da der Fremdkörper mit den gewöhnlichen Untersuchungsmitteln nicht entdeckt wurde, glaubte man den Aussagen des Kindes nicht, nahm vielmehr die Existenz einer wirklichen Tussis convulsiva an. 4½ Monate darauf, nach continuirlichem Fortbestand des Stickhustens, gab das Kind in Folge einer plötzlichen heftigen Bewegung den Stein, welcher 13¼ Mmtr. lang, 8½ Mmtr. breit und 4½ Mmtr. dick war, von sich und verlor von dem Momente an seinen Husten. P. nimmt an, der Fremdkörper habe im Ventricul. Morgagni gesessen und schliesst mit der Warnung, man solle sich mit der Hoffnung, der Fremdkörper sei verschluckt worden, nicht trösten, wenn er nicht wirklich dort gefunden wird, wo man ihn dann gerechtfertigter Weise finden muss, sondern man solle sich die Mühe zu laryngoscopiren nicht verdriessen lassen, da man hierdurch, wie im vorliegenden Falle, einem Kinde 4 Monate lang währende Keuchhustenanfälle und Medicin ersparen könne.

Beschorner.

Schnelle Wirkung der subcutanen Einspritzung von Calomel bei tertiärer Laryngitis. (Efficacité rapide de l'injection sous-cutanée de calomel dans la laryngite tertiaire.) Von Dr. Mendel. (Société de dermatologie et de syphilographie de Paris, séance du 13. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 31.)

Zwei Fälle von tertiärer Laryngitis mit Erscheinungen von Stenose wurden schnell auf oben genannte Weise geheilt. Dr. P. K.

Larynxepithelioma bei einem 23jährigen Mann. Tracheotomie. Totale Larynxextirpation. Recidive gleich nach der Operation. (Epithelioma du larynx chez un jeune homme de 23 ans. Trachéotomie. Extirpation du larynx. Récidive immédiate dans la place.) Von Dr. Luc. (Archives internat. de Laryngologie und Annale des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 10.)

Der Tumor wurde Anfangs für Tuberculose gehalten. Der Titel sagt das Uebrige. Dr. P. K.

Beitrag zum primären Trachealcarcinom. (Contribution à l'étude du cancer primitif de la trachée.) Von Dr. Pogrebinsky. (Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 12.)

Seltene Fälle, viel seltener als Larynxcarcinome, häufiger dennoch als Bronchialcarcinome. Sie wurden früher sogar von den ersten Laryngologen gelegnet. Verf. giebt die kurze Krankengeschichte von 13 Fällen, welche er in der Literatur sammeln konnte und von welchen ihm drei zweifelhaft erscheinen, und beschreibt alsdann seinen eigenen unzweifelhaften Fall nebst Abbildung. Dr. P. K.

Vorstellung eines mit colossalem, an der rechten Larynx- und Halsseite sitzenden Syphilom behandelten und geheilten Kranken. (Présentation d'une malade guérie d'un syphilome énorme de la partie latérale droite de la gorge et du cou.) Von Dr. Rutten. (Réunion des otolaryngologistes belges 1895 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Auf dem letzten deutschen Chirurgencongress betonte Esmarch die häufige Verwechslung des Sarcoms am Halse mit Syphilis; man glaubt an Sarcom und operirt; die betreffenden Patienten unterliegen gewöhnlich. Esmarch hat 50 Fälle gesammelt, welche als Sarcom angesehen, dennoch Syphilome waren. Verf. zeigt eine durch anti-syphilitische Behandlung geheilte Frau, bei welcher von allen Aerzten Sarcom diagnosticirt war.

Dr. P. K.

Deformirende Arthritis deformans des Larynx. (Arthrite déformante du larynx) Von Dr. Casselberry. (American laryngological associat. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10).

Ein 58jähriger Mann zeigte die allmählig eintretenden, sich bei jedem Catarrh bis zur Erstickung führenden Symptome einer Lähmung der Cricoarytenoidei postici, mit dem Unterschiede, dass man die Unbeweglichkeit der Stimmbänder im Laryngoscop leicht auf eine chronisch entzündliche Ankylose der Cricoarytenoidalgelenke zurückführen konnte. Da das Larynxleiden ein schmerzhaftes war, da es langsam entstand und da Patient an Polyarthritis deformans der oberen und unteren Extremitäten litt, wurde die Diagnose auf Arthritis deformans laryngea gestellt.

Dr. P. K.

Pathogenie der typhösen Larynxleiden. (Pathogénie des affections laryngées d'origine typhique.) Von Dr. Lucatello. (Gaz. degli spit. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Verf. erzählt einen tödtlich verlaufenden Typhusfall, bei welchem lobuläre Pneumonie und catarrhalische Laryngitis bestanden. Am zehnten Tage der Erkrankung konnte man in der Milz den Eberth'schen Bacillus nachweisen; am zwölften Tage konnte man denselben Bacillus im Auswurf nachweisen. Verf. betont die Wichtigkeit dieses doppelten Fundes. Nach der Section konnte man im Larynx dieselben Bacillen durch Microscop und Cultur nachweisen. Die Lungen- und die Larynxinfection waren also specifischer Natur.

Dr. P. K.

Fall von dreistündlichem tödtlichen Anfall von Laryngismus stridulus bei einem neunjährigen Knaben. (Laryngite striduleuse ou spasme de la glotte mortelle en trois heures.) Von Dr. R. F. Grenner. (Bulletin général de thérapeutique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Das Kind hatte häufig Anfälle von falschem Croup. Es ging um neun Uhr schlafen, nachdem es den ganzen Tag mit seinen Kameraden gespielt und um acht Uhr mit seinen Eltern gespeist hatte. Um elf Uhr begann der Anfall und endete tödtlich um ein Uhr.

Dr. P. K.

Statistisches über Larynx-Verletzungen. (Essai de statistique des blessures du larynx.) Von Dr. Alex. Scheier in Berlin. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. VIII, No. 5, Septbr. Octbr. 1895.)

Weitere Mittheilungen betreffend Kehlkopffracturen (über 95 in der Literatur gesammelte einschlägige Fälle wurde vom Autor bereits in der Deutsch. Med. Wochenschr. 1893, No. 33, berichtet) aus denen hervorgeht, dass die immerhin seltene Verletzung in der Mehrzahl der Fälle von schwersten Symptomen gefolgt ist, welche, wenn nicht schleunigst tracheotomirt wird, zum Tode führt. Nur in vereinzelten Fällen fehlen schwere Erscheinungen und tritt spontane Heilung ein.
Beschorner.

Larynxherpes. (De l'herpès du larynx.) Von Dr. Brindel. (Revue de laryngologie 1895, Mars, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Nicht so selten wie man meint, aber unbeachtet; selten allein, oft mit anderen Herpeseruptionen verbunden. Befällt bloß die hintere Epiglottisfläche und den Aryknorpel, selten die Stimmbänder. Nur durch das Laryngoscop zu erkennen; das Bild der Herpesbläschen des Mundes und Dysphagie, Stimmstörung, Brennen im Halse, sehr leichte Dyspnoe sind die einzigen Symptome. Entsteht plötzlich, rascher Verlauf, Heilung in 2—3 Wochen. Recidive häufig. Man soll sich von Causticis enthalten.
Dr. P. K.

Ein Fall von starker traumatischer Laryngitis. (Un cas de laryngite aigue intense, d'origine traumatique.) Von Dr. C. Compaired. (Revista de lar., otol y rinol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Während des Deliriums bei Pneumonie verschluckte Patient einen Löffel, der oben stecken blieb, auch leicht herauszunehmen war, aber einen starken Druck auf den Larynx von hinten ausübte. Das Laryngoscop zeigte eine rothe, angeschwollene, links gerissene Epiglottis, angeschwollene obere und untere Stimmbänder, welche in ihrer vorderen Hälfte in eine Masse verschmolzen waren, Glottisverengung. Absolute Ruhe, Inhalationen von Antipyrin ($\frac{1}{300}$) und Cocain ($\frac{1}{500}$), später Bepinselungen mit Höllensteinlösung; Antipyrin und Cocain sollen besser als das von Schrötter angerathene Morphin wirken.
Dr. P. K.

Behandlung der Larynx tuberculose. (Traitement de la tuberculose laryngée.) Von Dr. Gleitsmann. (Med. Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Verf. betont die Möglichkeit der spontanen Heilung und besonders der spontanen Besserung, welche Eventualitäten bei jeder Behandlungsweise in Betracht zu ziehen sind. Die Milchsäure vom Beginn an angewandt und nicht nachdem andere Mittel fruchtlos geblieben sind, bleibt immer das beste Mittel, und zwar unter der Form von submucösen Injectionen. Man spritzt alle 10 Tage 5 Tropfen einer 50proc. Lösung ein; sie ist besser als die Curettage und Excision.
Dr. P. K.

Betrachtungen über Larynxstenosen; neue Dilatationsmethode. (Considération sur les sténoses du larynx; nouvelle méthode de dilatation.) Von Dr. C. Corradi. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Ausser den gewöhnlichen Larynxstenosen erwähnt Verf. eine Larynxobstruction nach Croup, welche durch eine Canüle entsteht, deren Fenster zu sehr nach hinten angebracht ist; dieses Fenster entspricht dem Larynxlumen gar nicht oder nur theilweise; so bildet sich allmählich eine wirkliche Larynxstenose aus. Zur Dilatation benutzt Verf. die Laminariastäbchen, welche eine Zeit lang liegen bleiben; der Vorzug dieser besteht darin, dass sie leichter zu führen sind und die Mucosa nicht so sehr wie die metallenen und elfenbeinernen reizen und selbst verwunden, besonders aber, dass sie sich in allen Richtungen gleichmässig und allmählig ausdehnen; sie reizen also die Schleimhaut nicht und bedingen keine nachherige Schwellung des Bindegewebes. Die Laminariastäbchen werden leicht, ohne zu verletzen, eingeführt, weil sie relativ dünn sind und nachher erst schwellen. Selbe haben viele Vorzüge vor den durch die Trachealöffnung eingeführten bivalven Dilatatorien und letztere müssen blindlings eingeführt werden, was in pathologischen Zuständen sehr störend ist; liegen selbe fest, so tritt oft Fehlschlucken ein, weil die Stimmbänder sich nicht schliessen können; die beiden Arme des Dilatators sind oft zu kurz, um die Stenose in ihrer ganzen Ausdehnung zu erweitern und nutzen dann nichts; sind diese Arme länger, so kann das Instrument wegen der von unten nach oben und von vorne nach hinten zu beschreibenden Curve nicht eingeführt werden; der Dilatator macht oft Verletzungen, deren Heilungsprocess durch Narbenbildung die Stenose vermehrt, statt vermindert; die beiden Arme drücken auf bestimmte Stellen, welche oft den stenotischen Stellen gar nicht entsprechen. Die vom Verf. gebrauchten Laminariastäbchen, in zehn Grössen verfertigt, 2—3 Ctm. lang, werden von unten nach oben eingeführt; man kann sie ohne Laryngoscop blindlings einführen. Verf. giebt nun seine für ihn ganz einfache (für den Referenten complicirte und langwierige) Methode der Einführung der Laminariastäbchen, welche am besten im Original nebst den beiliegenden Figuren nachgesehen wird; die Hauptsache dabei ist, dass selbe bei entfernter Canüle durch die Trachealöffnung zugleich mit einer eigens dazu construirten Cantile, also nicht durch den Larynx eingeführt werden. Die so eingeführten Cylinder schwellen in sehr kurzer Zeit zu ihrem drei- bis vierfachen Volumen an, ohne die Schleimhaut zu verletzen; sie bleiben mehrere Stunden liegen. In den Zwischenräumen zwischen zwei solchen Einführungen tragen die Patienten während zwei bis drei Tagen, nämlich von einer Laminariaeinführung bis zur anderen, auf dieselbe Weise eingeführte Gummiröhren. Wenn es nöthig erscheint, kann man mittelst derselben Methode metallene Röhren einführen. Gelingt die Erweiterung nicht mittelst Laminaria, so hilft auch sicher keine andere Methode; dann hängt die Stenose von einer Insufficienz der Larynxknorpel selbst ab.

Dr. P. K.

Larynxstenose mit nervöser Complication. (Un cas compliqué de sténose laryngée d'origine nerveuse.) Von Dr. F. Kraus. (Revue de therap. médicale et chirurgicale und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Lähmung des rechten Stimmbandes nach Diphtheritis; Contractur mit spasmodischen Bewegungen des linken Stimmbandes; Erstickungsanfälle. Heilung der Contractur durch Suggestion. Dr. P. K.

Autoscopie des Larynx und der Trachea. (Laryngoscopia directa, Euthyscopic, Besichtigung ohne Spiegel.) Von Dr. A. Kirstein in Berlin, (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 156, 1895.)

Als Autoscopie des Larynx und der Trachea bezeichnet K. die geradlinige Besichtigung der oberen Luftwege von der Mundöffnung aus, bei vorwärtsgedrücktem Zungengrunde und aufgerichtetem Kehldedeckel des Patienten. Dies zu erreichen, giebt Autor einen Apparat, Autoscop genannt, an, der unter folgenden Bedingungen angewendet werden kann: Patient muss Cocain vertragen; die mittleren Zähne seines Oberkiefers müssen gewissen Anforderungen genügen; er muss im Stande sein, den Kopf stark in den Nacken zu beugen und den Zungengrund nach vorn drücken zu lassen. — Neuester Zeit indessen ist es K. gelungen, das Verfahren derart zu verbessern, dass selbst ohne Cocain, ohne Druck auf die Zähne, ohne Rückwärtsbeugen des Kopfes und ohne Verdecken der Epiglottis, bloß durch einen in besonderer Weise auf die Zunge ausgeübten Druck mit einem geraden, breiten, rinnenförmigen Spatel das ganze Innere des Kehlkopfes und der Luftröhre bis zur Bifurcation bei vielen Menschen mit der allergrössten Leichtigkeit und Bequemlichkeit in einer bisher ungeahnten Schärfe und Schönheit direct inspicirt werden kann.

Beschorner.

Thyrotomie wegen Larynxsarcom. (Thyrotomie pour sarcome du larynx.) Von Dr. H. S. Birkett. (N.-Y. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Sarcom unterhalb der Stimmbänder, welches wegen seinem raschen Wachsen die Tracheotomie erforderte. Da die Frau schwanger war, machte man die Thyrotomie erst drei Wochen nach der Entbindung; das Sarcom wurde leicht entfernt und der Stiel mit Chromsäure geätzt. Heilung. Dr. P. K.

Die anatomische Nomenclatur. Besprochen von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. III, Heft 1/2, pag. 215, 1895.)

Wiedergabe derjenigen Stellen aus der einheitlichen anatomischen Nomenclatur, „Nomina anatomica, Verzeichniß der von der Commission der anatomischen Gesellschaft festgestellten Namen, eingeleitet und im Einverständnis mit dem Redactionsausschuss erläutert von W. His“, welche für unsere Specialität besonders in Betracht kommen und den dazugehörigen Bemerkungen aus den „Erläuterungen zu dem Namenverzeichniß“. Es steht zu erhoffen, dass diese Nomenclatur allgemein angenommen wird, wie dies beispielsweise von der laryngologischen Gesellschaft zu Berlin bereits geschehen ist. Beschorner.

Notizen.

— Otologentag —

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft hat die folgende Einladung ergehen lassen:

Sehr geehrter Herr College!

Die Oesterreichische otologische Gesellschaft beehrt sich, Sie zu ihrem
am 28. und 29. Juni 1896 in Wien

stattfindenden ersten

— Otologentage —

freundlichst einzuladen.

Falls Herr College einen Vortrag oder Demonstrationen zu halten beabsichtigen, was der Gesellschaft sehr erwünscht wäre, werden Sie gebeten, Ihr Thema bis zum 15. Mai d. J. dem Unterzeichneten zuzusenden.

Die ausführliche Tagesordnung wird Anfangs Juni versendet werden.

Wien, 15. April 1896.

Mit collegialem Grusse

I. A.:

Adresse: I, Kärntnerstr. 39.

Docent Dr. Jos. Pollak

I. Schriftführer.

Wie uns mitgetheilt wird, haben sich die Herren Broadgeest (Utrecht), Burger und Posthumus Meyes (Amsterdam) und Schutter (Groningen), sämmtlich Docenten der Laryngologie an den Niederländischen Universitäten, an das Comité des Moskauer Congresses gewandt mit der Bitte, eine sowohl von der Chirurgie wie von der Otologie völlig unabhängige laryngologische Section bilden zu wollen. In gleicher Weise hat sich Prof. Gruber für Trennung der Otiatrie von der Laryngologie, welche Fächer man zu einer Section zu vereinigen Willens ist, in einem an den Secretär Dr. von Stein gerichteten Schreiben ausgesprochen. Der mächtige Aufschwung, den die genannten Specialitäten erfahren haben, bringt es mit sich, dass bei jedem Congresse eine grosse Anzahl von Vorträgen angemeldet ist. Im Interesse der Wissenschaft ist gelegen, dass sowohl für die Vorträge und Demonstrationen, als auch für die Discussion die nöthige Zeit geboten werde, was nur bei selbstständigen Sectionen möglich ist. Zu Vorträgen, welche ein mehr allgemeines Interesse bieten, können die betreffenden Sectionen, wie es bei der Naturforscher-Versammlung in Wien schon der Fall war, besonders geladen werden, wodurch der Nutzen, den die Vereinigung mit sich brächte, leicht zu erreichen ist.

Die III. Versammlung süddeutscher Laryngologen wird am zweiten Pfingstfeiertage (den 25. Mai) in **Heidelberg** stattfinden. Vorträge und Demonstrationen sind bis zum 25. April d. J. bei dem II. Schriftführer Herrn Dr. Eulenstein in Frankfurt a. M., Bleichstrasse 31, anzumelden. Die ausführliche Tagesordnung wird Anfang Mai versendet werden.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Gaughofer (Prag), Docent Dr. Gempertz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfing (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Prof. Dr. M. Schmidt (Frankfurt a. M.), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Mai 1896.

No. 5.

I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung zu No. 4.)

Dem Detailberichte entnehmen wir Folgendes:

Missbildung der Ohrmuschel.

Von den beobachteten Missbildungen, beziehungsweise Missstaltungen der Ohrmuschel bot nur ein Fall zu einem chirurgischen Eingriffe, welcher cosmetischen Rücksichten diene, Veranlassung. Es betraf eine angeborene Spaltbildung an der linken Ohrmuschel eines 22-jährigen Mannes. Die Spalte durchsetzte die ganze Muschel vom Helix nach vorne und trennte so die Muschel in zwei Theile, deren unterer den Antitragus und das Läppchen, der obere den andern Theil der Muschel in sich begriff. Der über der genannten Spalte gelegene Theil der Muschel stand von der Seitenfläche des Schädels in einem

Winkel von 75° ab, während der unter der Spalte gelegene Theil mit der Seitenwand des Schädels einen Winkel von 30° bildete.

Die Operation wurde in folgender Weise ausgeführt: Auffrischung der Spaltränder durch Wegnahme schmaler Hautstreifen. Vereinigung der Hautränder durch Naht an der vorderen Fläche, dann auch der Hautränder an der hinteren Ohrmuschelfläche (wegen starker Retraction der Haut an der hinteren Fläche separat genäht). Excision eines längs-ovalen Hautlappens von $3\frac{1}{2}$ Ctm. Länge und $\frac{3}{4}$ Ctm. Breite aus der Haut am Ansatz der Ohrmuschel, die Spitze des Hautlappens in der Höhe der Spitze der Ohrmuschel, der Lappen selbst ungefähr in gleicher Ausdehnung der hinteren Ohrmuschelfläche und der Hautpartie des Warzenfortsatzes entnommen. Durch fünf Nähte wird die Ohrmuschel in die richtige Stellung gebracht. Heilung per primam. In der Stellung beider Ohrmuscheln ist nach der Heilung kein Unterschied wahrzunehmen.

Fremdkörper im äusseren Gehörgange.

Die Zahl der beobachteten Fremdkörper betrug 82. Die Entfernung derselben bei den Patienten (meist Kindern) war durch einfaches Ausspritzen leicht möglich, Instrumente wurden nur in den seltensten Fällen angewendet. In sieben Fällen war die instrumentelle Entfernung in Narcose erforderlich, darunter in fünf Fällen, bei welchen vorher ausserhalb des Spitals unzweckmässige Extractionsversuche ausgeführt wurden. Die beobachteten Fremdkörper waren: Watte, Knoblauch, Johannisbrotkörner, Erbsen, Fisolen, Bleistiftknöpfe, Steinchen, Zündhölzchenstücke, Kirschkerne, Fliegen, Fliegenmaden, Asseln, Wanzen, eine kleine Schnecke.

Bei einem Patienten wurde ein Kirschkern ausgespritzt, der angeblich seit 35 Jahren im Gehörgange steckte, wiederum ein Beweis dafür, dass manche Fremdkörper lange Zeit ganz reactionslos vertragen werden und dass es viel zweckmässiger ist, Fremdkörper, deren Entfernung grosse Schwierigkeiten bereitet und die keine Beschwerden verursachen, ruhig im Ohre liegen zu lassen, als eine Fremdkörperjagd zu veranstalten.

Otitis externa circumscripta et diffusa.

Ausser der üblichen Therapie wurden bei dieser Krankheitsform auch die Amygdalae aurium (nach Gruber) mit sehr gutem Erfolge angewendet. Es muss jedoch bei der Behandlung darauf geachtet werden, dass die eingeführten Amygdalae in einem angemessenen Grössenverhältnisse zum Lumen des Gehörganges stehen. Wenn eine kleine Amygdala in einen weiten Gehörgang eingeführt wird, zerfliesst sie nicht in demselben, so dass das Extractum opii aquosi nicht zur Geltung kommt und jede andere Wirkung auf die Gehörgangswände ausfällt.

Nässende Flechte der Ohrmuschel.

Fast alle hierher gehörigen Fälle waren durch Otorrhoe bedingt, Nebst entsprechender Behandlung der Otitis media suppurativa acuta bezw. chronica bestand die Therapie des Eczems der Ohrmuschel in

Entfernung der Borken, bei frischen Fällen in Umschlägen mit verdünnten Lösungen von Liqueur Burowi, bei älteren Fällen in Application von Unguentum Diachyli (Hebra). Bei anämischen und scrophulösen Patienten wurde dem Allgemeinzustand durch Verabreichung geeigneter Medicamente und Regelung der Diät Rechnung getragen. Unter diesen einfachen Maassnahmen heilte das Eczem in befriedigender Weise.

Othaematoma auriculae.

Von den fünf beobachteten Fällen sollen nach anamnestischen Angaben drei spontan aufgetreten sein, ein Fall wurde auf Trauma, ein Fall auf Erfrierung der Ohrmuschel bezogen. In vier Fällen wurde die Incision mit Entleerung des Inhaltes und Auskratzung ausgeführt, in einem Falle wurde zunächst Druckverband und später Bepinselung mit *Tet. jodi* und *Tet. opii spl. ää* verwendet.

Ruptura traumatica membranae tympani.

Als Ursache der beobachteten traumatischen Rupturen wurde angegeben: Schläge auf das Ohr, versuchte Reinigung des Ohres mit einem Zahnstocher, mit einem Ohrlöffel, einem Strohhalm, Schläge auf den Kopf, ein Mal Auffallen mit dem Kopfe auf einen Tischrand, ein Mal Sturz auf den Kopf von einer 4 Mtr. hohen Leiter, vier Mal hoher Luftdruck (bei Caissonarbeitern), ein Mal wurde eine traumatische Ruptur nach Luftintreibung und ein Mal nach dem Ausspritzen von Cerumen beobachtet. In frischen Fällen wurde meist nach Desinfection der Gebilde eine expectative Behandlung geübt mit möglichst strenger Schonung des afficirten Trommelfells. Waren bereits entzündliche Erscheinungen vorhanden, wurde symptomatische Behandlung geübt. Die Fälle heilten mit wenigen Ausnahmen ohne Eiterung und ohne bleibenden Nachtheil für's Hören.

Sarcoma auris dextrae.

M. W., 9 Jahre alt, aus Vaslin (Rumänien), aufgenommen am 24. Februar 1895, ungeheilt entlassen 3. März 1895.

Vater und Mutter des Patienten gesund, von neun Kindern starb eines an Typhus, eines an Pocken. Patient ist angeblich niemals krank gewesen, im Sommer vorigen Jahres war er durch einige Wochen unwohl. Vor vier Wochen bemerkte die Mutter, dass das Gesicht des Patienten schief, das Auge sehr gross sei; dabei bestanden keine sonstigen Erscheinungen, auch das Gehör war gut. Er wurde in Jassy durch zwei Wochen electricirt, die Aerzte constatirten eine „Lähmung“. Geschwulst bestand noch nicht. Anfangs dieses Jahres merkte die Mutter einen üblen Geruch aus dem Ohre des Patienten und sah im Gehörgange vorne eine kleine Geschwulst; diese wurde in Jassy von einem Arzte entfernt, eine Ohruntersuchung wurde nicht vorgenommen. Den Rath, das Kind im Spitale zu lassen, befolgte die Mutter nicht. Es wurden Einträufelungen vorgenommen; das Kind klagte über Zahnschmerzen, es wurden zwei Zähne aus dem rechten Unterkiefer ohne Effect extrahirt. Um diese Zeit trat eine Geschwulst hinter dem rechten Ohre auf, welche auf Anwendung von Cataplasmen sich spontan er-

öffnete; es entleerte sich Blut. Acht Tage nachher trat eine Geschwulst auch vor dem Ohre auf, die sich vor zwei Wochen spontan eröffnete. Ein in der vorigen Woche gerufener Arzt constatirte ein Gewächs und rieth der Mutter, das Kind nach Wien zu bringen.

Status präsens. Das Kind ist für sein Alter schwächlich entwickelt, hochgradig blass, abgemagert, afebril, die inneren Organe sind normal. Linkes Ohr normal, Augenhintergrund (Dr. R. Gruber) normal, Facialisparalyse rechts in allen Aesten, Lagophthalmus. Rechts vor und hinter der Ohrmuschel je ein über ganseigrosser, unregelmässig höckeriger, braunrother, die Haut in grosser Ausdehnung durchbrechender, an einzelnen Stellen zerfallender, hier und da mit Eiter oder mit etwas eingetrocknetem Blut bedeckter, mässig derber, von der Unterlage nicht verschieblicher, bei Berührung nicht schmerzhafter Tumor; zwischen beiden Tumoren steht die Ohrmuschel, so dass die rechte Gesichtshälfte gerade der Gegend des Ohres entsprechend hochgradig verbreitert erscheint. Die Ohrmuschel selbst ist normal. Aus dem Gehörgange ragt eine dunkelbraunrothe, mässig derbe sich anfühlende Geschwulst hervor. Am Nacken, drei Querfinger hinter der Ohrmuschel, eine fast walnuss-grosse, noch von normaler Haut bedeckte, nicht verschiebliche Lymphdrüse. Vor dem Tragus eine übererbsengrosser, exulcerirte, auch eitrig zerfallende Lymphdrüse. Die mikroskopische Untersuchung eines recidirenden Stückes ergiebt kleinzelliges Sarcom.

Der Tumor erstreckt sich in der Mundhöhle von rechts bis über die Medianlinie, nach oben in die Choanen, nach unten bis fast zur Epiglottis; die Schleimhaut darüber noch normal, Schluckbeschwerden gering.

Weber nach links, Rinne links positiv, rechts werden Stimmgabeln vor dem Ohre nicht gehört, vom Knochen nach links lateralisiert.

Wir hatten es also mit einem kleinzelligen Sarcom zu thun, welches von den tieferen Ohrgebilden, wahrscheinlich von der Schleimhaut des Mittelohres, seinen Ursprung nahm, Anfangs nicht einmal vermuthet, viel weniger erkannt, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit so excessiv heranwuchs, dass an eine Operation mit Aussicht auf Erfolg nicht zu denken war. Dass das Sarcom vom Mittelohre ausging, darauf deutet einmal der Umstand, dass in ähnlichen, in der Literatur verzeichneten Fällen das Neugebilde meist vom Mittelohre ausging und ferner der Umstand, dass Erscheinungen von Facialisparalyse schon in einer Zeit bemerkt wurden, wo noch anderweitige auf ein Ohrenleiden hinweisende Erscheinungen gänzlich mangelten.

Bei dem Umstande, dass die Neubildung zur Zeit, als das Kind zu uns gebracht wurde, eine Ausdehnung erreicht hatte, bei welcher von einer Wegschaffung der ganzen krankhaften Substanz nicht mehr die Rede sein konnte, wurden die zweckmässig scheinenden medicamentösen und anderweitigen Maassregeln ertheilt und der Mutter gerathen, das Kind in der besseren Luft seiner Heimath zu pflegen.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der K. K. Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke
des Prof. Dr. J. Habermann in Graz.

Zur Kenntniss der Nasenfracturen.

Von

Dr. Rich. Freytag, Ohrenarzt in Magdeburg.

Ausser den vortrefflichen Untersuchungen Zuckerkandl's im II. Band seiner Anatomie der Nasenhöhle, ist über die Fracturen der Nasenknochen verhältnissmässig wenig bekannt. Die meisten Lehrbücher der Rhinologie begnügen sich mit einer gelegentlichen Erwähnung der Nasenfracturen beim Besprechen der den Nasenarzt besonders interessirenden Folgezustände derartiger Verletzungen, der Deviationen und Abscesse der Scheidewand, während dort, wo das Capitel ausführlicher behandelt wird, wie in den Lehrbüchern der speciellen Chirurgie oder Mackenzie's bekanntem Lehrbuch der Krankheiten des Halses und der Nase, fast ausschliesslich die Fracturen der Nasenbeine Beachtung finden, von den Knochen der inneren Nase aber, Septum, Muscheln etc., nur beiläufig geredet wird. Der Grund für diese Einschränkung ist klar. Die Nasenbeine sind in Folge ihrer exponirten Lage weit häufiger traumatischen Insulten ausgesetzt, als die Knochen der inneren Nase, so dass Fracturen der ersteren nicht zu den Seltenheiten gehören. Dagegen sind die knöchernen und knorpligen Bestandtheile der inneren Nase sowohl durch ihre Lage, als auch durch den elastischen Wall, den die Nasenknorpel von aussen einwirkenden Gewalten entgegensetzen, hinlänglich geschützt, um Fracturen derselben zu nicht gerade häufigen Befunden zu machen. Immerhin aber dürften sie doch nicht so überaus selten sein, wie man nach dem Schweigen der Lehrbücher annehmen sollte, da sie zum Theil wohl der Beachtung entgehen, so namentlich bei schwereren Traumen, welche die Schädelbasis in Mitleidenschaft ziehen und die Verletzung der Nase im Krankheitsbilde zurücktreten lassen, oder wenn derartige Verletzungen in Behandlung von Aerzten kommen, die mit der Untersuchung der Nasenhöhle nicht vertraut sind. Seitens der Nasenärzte haben sie denn auch neuerdings mehr Beachtung gefunden, namentlich in Zusammenhang mit der Lehre von den Stellungsanomalien und den Hämatomen resp. Abscessen der Nasenscheidewand.

Auf die vielfachen Controversen, welche die Frage nach der Ursache der Deviationen und Cristen der Nasenscheidewand hervorgerufen hat, kann ich hier nicht näher eingehen. Soviel steht fest, dass ein Trauma, welches den Nasenrücken trifft, unter Umständen Bruch und dauernde Verbiegung des knöchernen und knorpligen Septums herbeiführen kann. Nach Zuckerkandl¹⁾ tritt eine Verletzung des knöchernen Septums nur in solchen Fällen ein, in denen durch heftigen Schlag die obere Hälfte der Nasenbeine eingebrochen wird, an der die Lamina perpendicularis ossis ethmoidei ansetzt, während das knorplige Septum nach demselben Autor bei allen Brüchen der Nasenbeine in mehr oder minder hohem Grade theilhaftig ist, indem es Verbiegungen, Luxationen

¹⁾ Zuckerkandl: Normal-pathol. Anatomie der Nasenhöhle, Bd. II, p. 37.

oder Fracturen erleidet. Die Schleimhaut reißt bei Brüchen der Scheidewand nicht ein: dafür kommt es zuweilen zu meist doppel-seitigen, subperichondralen Blutergüssen, die bald in Abscedirung übergehen und in der Literatur als Abscesse resp. Hämatome der Nasenscheidewand beschrieben sind. Die Frage, ob sich derartige Abscesse auch spontan entwickeln können, darf wohl zur Zeit noch als offen behandelt werden. Einige Autoren, wie Mackenzie²⁾, Zuckerkandl³⁾, Gougenheim⁴⁾, sind geneigt, stets ein Trauma als Ursache anzuschuldigen, während andere, wie Schech⁵⁾, Kuttner⁶⁾, Wroblewski⁷⁾, dafür eintreten, dass diese Abscesse auch entweder spontan (idiopathische Perichondritis) oder als Folge anderweitiger Erkrankungen der Nase (bei Typhus oder Erysipelas z. B.) vorkommen. Die Möglichkeit, dass z. B. ein Erysipel der Nase zur Abscedirung führt, kann gewiss nicht bestritten werden, dürfte aber immerhin zu den Seltenheiten gehören. Bei neun auf der Grazer Klinik beobachteten Fällen von Nasenerysipel, die stets mit einer hochgradigen eitrigen Rhinitis einhergingen, eine Rhinitis, die man doch mit grosser Wahrscheinlichkeit als durch Erysipelcoccen bedingt ansehen kann, trat nicht ein Mal Abscedirung ein, während bei fünf in dem gleichen Zeitraum beobachteten Scheidewandabscessen jedesmal ein Trauma als Ursache angegeben wurde. In einem Falle combinirte sich Trauma und Erysipel, ohne dass es zu Abscessbildung kam:

Ein Mann war mit der Nase auf einen eisernen Bettpfosten gefallen. Bei der Untersuchung fand sich eine ca. 4 Ctm. lange Risswunde an der unteren Vorderpartie der rechten Seitenwand. Die Nase von der Spitze bis zur Mitte lebhaft geröthet, ebenso die Nasenflügel. Leichtes Oedem bis zur unteren Fläche der Orbita. Innere Nase beiderseits stark geschwollen, mit eitrigem Secret erfüllt. Septum nach links verbogen.

Dass die Verbiegung des Septums auf den Fall zurückzuführen ist, ist zwar nicht als erwiesen anzusehen, war aber in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Fischenich⁸⁾ nimmt an, dass ein spontanes Hämatom des Septums nach Analogie der spontanen Othämatome wohl möglich, dass aber meist doch ein Trauma, Schlag, Stoss oder Fall als Ursache anzunehmen ist: es kommt eine Gewebszerreissung zu Stande, wobei das Blut zwischen Schleimhaut und Knorpel tritt. Dagegen bestreitet er die herkömmliche Anschauung, dass zum Entstehen eines Hämatoms resp. Abscesses eine Fractur der Scheidewand nothwendig vorhergegangen sein müsse. Nach den Berichten hätte in den allermeisten Fällen eine solche nicht vorgelegen. Er theilt selbst zwei einschlägige Fälle mit, in denen nach einem mehr minder heftigen Schlag auf die

2) Mackenzie: Die Krankheiten der Nase und des Halses. 1884.

3) Zuckerkandl l. c.

4) Gougenheim: Verhandl. d. X. internat. med. Congresses. Berlin 1892.

5) Schech: Die Krankh. der Mundhöhle, des Rachens und d. Nase. 1892.

6) Kuttner, Archiv für Laryngologie 1895, Bd. II, pag. 76.

7) Wroblewski: Ibidem, pag. 287.

8) Fischenich, Archiv für Laryngologie 1895, Bd. II.

Nase ein Hämatom am Septum sich bildete, ohne dass der Knorpel verletzt war. Die Nasenbeine waren anscheinend in diesen Fällen ebenfalls nicht betheilig, und es ist zu beachten, dass nach Zuckerkandl (l. c.), der ja ein grosses Material durchforschte, isolirte Brüche des knorpeligen Septums überhaupt nicht vorkommen. Zuckerkandl fand, dass die Fractur der knorpeligen Scheidewand stets mit Bruch oder Infractur der distalen Nasenbeinabschnitte vergesellschaftet war. Wenn die Nasenbeine kräftig genug sind, die volle Wucht eines Schläges aufzufangen, ohne zu brechen, so ist es klar, dass sie auch das darunter liegende knorpelige Septum schützen, namentlich in solchen Fällen, in denen es höher als sonst gewöhnlich am Nasenrücken hinaufreicht und von den unteren zwei Dritteln der Nasenbeine bedeckt wird (nach Zuckerkandl in etwa 10 pCt. der Fälle). Immerhin aber kann die Erschütterung heftig genug sein, eine Verbiegung des Knorpels oder einen Bluterguss unter das Perichondrium resp. die Schleimhaut zu bewirken. Bei den bereits oben erwähnten fünf Abscessen der Nasenscheidewand, welche in den letzten zwei Jahren an der Grazer Klinik behandelt wurden, war das knorpelige Septum, ausser einer Verbiegung in einem Falle, nicht weiter in Mitleidenschaft gezogen, usurirte übrigens auch nicht im Verlauf der Behandlung, die in sofortiger Spaltung mit nachfolgender Tamponade resp. Drainage bestand. Ebenso wenig waren die Nasenbeine betheilig. Dagegen kam ein Fall von Fractur der Nasenbeine zur Untersuchung; bei dem weder Hämatom noch Fractur der knorpeligen Scheidewand nachzuweisen waren.

Fischenich⁹⁾ macht mit Recht darauf aufmerksam, dass bei Nasenverletzungen die Richtung, in welcher das Trauma wirkt, von wesentlichem Einfluss ist. Traumata, welche den Nasenrücken treffen, führen zu Brüchen der Nasenbeine und des Septums, eventuell zu Hämatomen resp. Abscessen des letzteren, während von der Seite her einwirkende Traumata, die unter Umständen sogar Bruch des Nasenfortsatzes des Oberkiefers bewirken, diesen Erfolg nicht haben. Bei der Elasticität der Knorpeltheile der äusseren Nase ist diese Thatsache nicht weiter verwunderlich. Dagegen drängt sich die Frage auf, wie sich im Falle einer derartigen Verletzung, namentlich wenn der Nasenfortsatz des Oberkiefers mitbetheiligt ist, die Knochen der inneren Nase verhalten, vor Allem die Muscheln, von denen die untere ja in ihrem vorderen Drittel dem betreffenden Fortsatz direct anliegt. Hierüber scheinen noch keine Beobachtungen vorzuliegen, obwohl Brüche des Nasenfortsatzes des Oberkiefers keineswegs selten und mehrfach beschrieben sind. Schon in den ältesten Lehrbüchern der Chirurgie, so in einem 1840 erschienenen practischen Handbuch der Chirurgie, findet sich die Angabe, dass Brüche des Oberkiefers sich über den aufsteigenden Fortsatz erstrecken können, die Aushöhlung für den Thränensack oder den Nasencanal ergreifen und dadurch früher oder später Störungen der Thränensecretion bewirken. In der Chirurgie von Pitha und Billroth spricht O. Weber von ausgedehnten Splitterbrüchen des ganzen Nasengerüstes, die mit starken Quetschungen der Weichtheile

⁹⁾ L. c.

verbunden sind und sich meist über die Nasenfortsätze der Oberkiefer und die Thränenbeine, das Siebbein, auch wohl die obere und mittlere Muschel hinweg erstrecken: ebenso äussern sich die meisten Lehrbücher der Chirurgie. Von den Rhinologen hat Mason¹⁰⁾ eine Methode angegeben zur Behandlung solcher Fälle, in denen sich in Folge Bruch des Proc. nasalis des Oberkiefers bedeutende Depression der Fragmente findet. Leider war der betreffende Aufsatz im Original nicht zugänglich, so dass über Umfang und Art besagter Depression und Fragmente nichts Näheres mitgeteilt werden kann. Fischenich¹¹⁾ erwähnt einen Fall, in dem der aufsteigende Ast des Oberkiefers gebrochen war, ohne dass das Septum in Mitleidenschaft gezogen war. Auch Wroblewski¹²⁾ scheint ähnliche Beobachtungen gemacht zu haben, nach einer Fussnote zu urtheilen, in welcher er der oben erwähnten Bemerkung Fischenich's über den Einfluss der Richtung des Trauma's beipflichtet, ohne jedoch nähere Angaben über seine Erfahrungen zu machen. Zuckerkandl fand unter 19 Fällen von Nasenfracturen in einem Falle folgendes Bild: Fractur des Nasenrückens und der Pars nasalis ossis frontis mit hochgradiger Depression, Eröffnung der Stirnhöhle gegen beide Orbitae, Bruch des Siebbeinlabirinthos rechts und des rechten Oberkieferbeins. Alles geheilt mit mehr weniger grosser Deformität. In diesem Falle war also die mittlere Muschel rechts jedenfalls mitbetroffen: von einer Mitbetheiligung der unteren Muschel wird auch bei dieser hochgradigen Verletzung der Nase nichts erwähnt.

Für die Beurtheilung der Frage, ob die untere Muschel überhaupt bei Nasenverletzungen in Mitleidenschaft gezogen sein kann, dürfte nun folgender Fall von Interesse sein, der im October 1895 auf der Grazer Klinik in Behandlung kam.

Pepi J., 10 Jahre alt, erhielt bei einer Prügelei mit Schulkameraden einen derben Faustschlag auf die Nase, den zu Hause zu verschweigen er trotz der heftigen Schmerzen für rätlich hielt. Erst nach einigen Tagen wurde die Mutter, die sich während der Erntearbeiten wenig um ihre Kinder kümmern konnte, auf die geschwollene Nase ihres Sohnes aufmerksam, beruhigte sich aber zunächst bei der Erklärung Pepi's, er sei bloss gefallen. Der Zustand der Nase verschlimmerte sich aber dergestalt, dass die Mutter den Jungen schliesslich auf die Grazer Klinik brachte, 14 Tage nach oben erwähnter Prügelei.

Der Befund war folgender: An der rechten seitlichen Nasenpartie, entsprechend dem Proc. nasal. des Oberkiefers, eine starke Schwellung, so dass der Nasenrücken nach rechts verbreitert erscheint. Die Schwellung ist ausserordentlich druckempfindlich, ebenso der ganze Umkreis der Apertura pyriformis rechts. Nasenbeine intact, nicht druckempfindlich. Auf der Mitte des Nasenrückens eine leichte, sattelförmige Einsenkung.

Aus der rechten Nase reichlich eitrig, mässig fötider Ausfluss. Umgebung der Nasenöffnung etwas excoriirt.

¹⁰⁾ Citirt bei Mackenzie l. c.

¹¹⁾ Fischenich l. c.

¹²⁾ Wroblewski, Archiv f. Laryngologie 1895, Bd. II.

Bei der Inspection zeigt sich die Nasenhöhle rechts von Eiter erfüllt, vorn sieht man im unteren Nasengang einen rundlichen, mit Eiter bedeckten Tumor von grauröthlicher Farbe, der mit der Sonde etwas verschieblich ist. Die Sondirung der Nase ist sehr schmerzhaft. Die Sonde stösst seitlich und am Septum auf rauhe Stellen.

L. Nasenhöhle eng, Muscheln von normaler Gestalt, mit geringer Secretauflagerung. Schleimhaut geröthet. Das Septum etwas convex vorspringend.

Rhinoscopia posterior nicht auszuführen bei der Ungeberdigkeit des Knaben.

Der Tumor in der rechten Nase imponirte auf den ersten Blick als Fremdkörper. Da aber Pepi nunmehr auf energisches Befragen den seinerzeit erhaltenen Faustschlag zugestand, war es klar, dass wir eine complicirte Nasenverletzung vor uns hatten, die aus einem Bruch des Nasenfortsatzes des Oberkiefers bestand mit Absplitterung von Knochentheilen, ohne dass zunächst entschieden werden konnte, welche Theile der knöchernen Nase betroffen waren. Die Verengerung der linken Nase und die convexe Hervorwölbung des Septum in letztere machten auch eine Luxation des knorpligen Septums wahrscheinlich, zumal die Mutter auch angab, dass die erwähnte sattelförmige Einsenkung auf dem Nasenrücken vor der Verletzung nicht bestanden habe.

Ein Versuch, den fraglichen Körper aus der rechten Nase mit der Kornzange zu extrahiren, musste wegen allzugrosser Schmerzhaftigkeit aufgegeben werden: dagegen gelang es, ihn nach hinten in die Choane zu stossen, wo er zunächst stecken blieb.

Am nächsten Tage brachte Pepi ein Knochenstück mit, welches er beim Räuspfern aus dem Rachen entfernt hatte. Das Stück war mit Fetzen necrotischer Schleimhaut bedeckt und bot nach Maceration in Wasser folgendes Bild:

Ein leicht gebogenes, papierdünnes Knochenplättchen, etwa von der Gestalt eines niedrigen, gleichschenkligen Dreiecks, dessen Basis ca. 25 Mmtr., Höhe ca. 10 Mmtr. beträgt. Die Ränder unregelmässig, scharf, ausgezackt, bis auf einen Theil der Basis, wo der Rand von einer etwa 12 Mmtr. langen, 1 Mmtr. breiten rauhen Fläche gebildet wird. Der an diese Fläche anschliessende Theil des Plättchens ist ebenfalls etwas dicker und erhält durch zahlreiche feine Poren ein schwammiges Aussehen, namentlich an der unteren concaven Fläche. Im Uebrigen ist das ganze Plättchen von mehr weniger feinen Poren durchlöchert. Die convexe Oberfläche ist durch drei niedrige Leisten von 5—20 Mmtr. Länge, welche parallel zur Basis verlaufen, in mehrere Furchen getheilt.

Danach handelte es sich um die untere Muschel resp. den grössten Theil derselben. Die Basis dieses Dreiecks entspricht der losgelösten Verbindung mit der lateralen Nasenwand: die erwähnte schmale rauhe Fläche der Insertionsfläche am Nasenfortsatz des Oberkiefers; die Furchen auf der convexen Oberfläche verlaufen dementsprechend sagittal und sind Gefässfurchen. Im Uebrigen vergleiche man die Schilderung

¹³⁾ Zuckerkandl, Anatomie der Nasenhöhle, Bd. I.

der unteren Muschel bei Zuckerkandl¹³⁾, der sie im Wesentlichen entspricht: die dort beschriebenen Fortsätze, Processus ethmoidalis, lacrymalis und maxillaris fehlen an dem macerirten Stück, so dass es sich also nur um den Körper des Muschelbeins handelt, von dessen Randtheilen mehr oder minder grosse Stücke in Folge des Trauma's oder der Necrose verloren gegangen sind, während die Fortsätze und vielleicht noch der hintere Theil in ihrer Lage an der lateralen Nasenwand verblieben.

Nach Entfernung des Knochenstückes zeigte sich die rechte Nase (am zweiten Tage der Behandlung) von eitrigem Secret und Granulationen ausgefüllt, die anscheinend von der lateralen Wand ausgingen und einen genauen Einblick unmöglich machten. Die Sonde stiess wieder auf rauhen Knochen. Das postrhinoscopische Bild war normal bis auf geringe Secretmengen am Rachendach, doch muss bemerkt werden, dass die untere Muschel beiderseits nicht in das Gesichtsfeld kam.

Um Verwachsungen zu verhüten, wurde ein schmaler Streifen Jodoformgaze in die rechte Nase eingeführt und täglich gewechselt: später, bei Rückgang der Granulationen, wurden auch Dermatoleinstäubungen angewendet.

Nach 8wöchentlicher Behandlung bot sich folgendes Bild:

Nasenrücken nur noch wenig nach rechts verbreitert. Sattelförmige Einsenkung auf der Mitte des Nasenrückens deutlich. Schwellung und Druckempfindlichkeit verschwunden, so dass sich die Apertura pyriformis gut abtasten lässt. Etwa in der Mitte des Nasenfortsatzes des Oberkiefers eine über kirschgrosse Verdickung, die noch druckempfindlich ist.

Rechte Nasenhöhle mit eingetrockneten Secretborken erfüllt. Nach deren Entfernung zeigt sich die Nasenhöhle weit, so dass man die hintere Rachenwand, Tubenostium und obere Begrenzung der Choane gut überblicken kann. Die untere Muschel fehlt zum grössten Theil, nur von der hinteren Partie ist noch ein schmaler Wulst vorhanden. Die mittlere Muschel verdickt, liegt dem Septum an. Schleimhaut geröthet, mässig geschwollen. Das knorpelige Septum, augenscheinlich verdickt, ist nach links verlagert: längs der unteren Ansatzstelle (am Vomer) eine schmale Leiste.

Linke Nase durch das convex vorspringende Septum verengt. Nasenmuscheln von normaler Gestalt, Schleimhaut etwas geröthet und mit schleimig-eitrigem Secret bedeckt.

Postrhinoscopisches Bild normal bis auf geringe Secretmengen am Rachendach, aber wiederum mit der Einschränkung, dass die untere Muschel beiderseits nicht in das Gesichtsfeld kommt.

Nach weiteren 8 Tagen der Behandlung, während welcher namentlich der Argentum nitricum-Spray (1:3000) benutzt wurde, hörte die Bildung von Secretkrusten in der rechten Nase auf und der Knabe konnte von seiner Verletzung geheilt aus der Behandlung entlassen werden. Beiderseits war in der Nase eine Rhinitis mässigen Grades vorhanden mit Verdickung und Schwellung der mittleren Muschel rechts, zu deren Behandlung dem Patienten ein alkalisches Nasenwasser zum Ausspülen verordnet wurde.

Nebensteinende Abbildung giebt ein etwas schematisirtes Bild der Nasenhöhle auf einem durch das vordere Drittel der mittleren Muschel gedachten Frontalschnitt und bedarf nach der obigen Schilderung keiner näheren Erklärung.

Es hat sich also in diesem Falle um eine Fractur des Nasenfortsatzes des Oberkiefers in Folge Faustschlages gehandelt, bei welcher auch untere Muschel und knorpeliges Septum betheiligte waren, indem die erstere zum grössten Theil glatt abbrach, das letztere nach links luxirte. Dieser Luxation des Septums ist auch die mehrfach erwähnte Einsenkung des Nasenrückens an der Grenze zwischen Nasenbein und knorpeligem Septum zuzuschreiben, welche vorher bestimmt nicht dagewesen sein soll. Ob auch eine Betheiligung des Siebbeinlabyrinthes, vielleicht in Form einer theilweisen Infraction, vorgelegen hat, ist nicht mit Sicherheit zu erschliessen. Die erwähnte Beschaffenheit der mittleren Muschel, namentlich die auffällige Verdickung, lässt eine solche wohl annehmen. Zu bemerken ist noch, dass der Ductus naso-lacrymalis in keiner Weise betheiligte war. Vom Beginne an waren niemals irgend welche Störungen der Thränensecretion vorhanden, wie sie sonst bei Brüchen des Nasenfortsatzes des Oberkiefers namentlich von chirurgischer Seite häufig beobachtet sind.

Die laterale Nasenwand unterhalb des Hiatus semilunaris wird also bei dem Knaben nunmehr noch gebildet vom Oberkieferbein, Gaumenbein und in die Schleimhaut eingebetteten Resten der unteren Muschel, von denen namentlich die Fortsätze in Frage kämen. Die Sondirung des Hiatus semilunaris gelang wegen der Verdickung der unteren Muschel nicht.

Ob es nicht möglich gewesen wäre, die untere Muschel bei rechtzeitigem Eingreifen der Behandlung, vielleicht durch eine geeignete Tamponade, zu erhalten resp. wieder anzuheilen, lässt sich nachträglich schwer sagen. Als der Knabe 14 Tage nach der Verletzung auf die Klinik kam, war die in Folge der Fractur vielfach gequetschte Schleimhaut schon so necrotisirt, dass der abgesprengte Theil der Muschel als Fremdkörper resp. als Sequester in der Nase lag und entfernt werden musste.

Durch den Verlust der unteren Muschel ist rechts eine weite Nasenhöhle geschaffen, wie sie nach den, allerdings sehr bestrittenen Ansichten einiger Autoren von Bedeutung für die Entwicklung der Ozaena sein soll, indem in Folge der geänderten Circulations- und Luftdruckverhältnisse die Infectionsträger der Ozaena leichter Boden fassen. Es bleibt abzuwarten, ob bei dem Knaben, der in Beobachtung verbleibt, sich eine Ozaena aus der erwähnten, übrigens schon vor der Verletzung vorhandenen Rhinitis entwickelt. In den letzten Wochen der Behandlung bot die rechte Nase ein Bild, welches einen mit der Geschichte des Falles unbekanntem Untersucher wohl zur Annahme einer einseitigen Ozaena hätte verleiten können. Das Fehlen der unteren Muschel, die Verdickung und Röthung der mittleren Muschel, wie man



sie ja häufig bei vorgeschrittener Atrophie der unteren Muschel findet, gelbgrüne Secretkrusten an der mittleren Muschel und am Nasenboden gaben ein täuschendes Bild, in dem nur der Fötör fehlte.

Dieser, soweit ich die Literatur übersehe, bisher vereinzelt dastehende Fall von Fractur der unteren Muschel giebt also einen Beleg dafür, dass bei Traumen, welche die Nase von der Seite her treffen, nicht nur Nasenfortsatz des Oberkiefers und Septum, sondern auch die Muscheln in Mitleidenschaft gezogen werden können. Es ist wohl zu erwarten, dass die Beobachtungen sich mehren werden, wenn derartige Verletzungen häufiger, als es bisher geschieht, in Behandlung von Nasenärzten kommen.

Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Habermann, spreche ich auch an dieser Stelle für die Ueberlassung des Materials meinen verbindlichsten Dank aus.

Ueber chronischen Pemphigus der Schleimhäute.

Von

Dr. Arthur Thost in Hamburg.

Nach einem auf der Lübecker Naturforscher-Versammlung gehaltenen Vortrag.
(Schluss zu No. 4.)

IV. Auch den in der Landgraf'schen Publication erwähnten, von Semon im Internationalen Centralblatt für Laryngologie II, S. 422, ausführlich referirten Fall möchte ich meinen Fällen an die Seite stellen.

Wenn ich die Erscheinungen nach meinen Betrachtungen genau analysire, muss auch ich diesen Semon'schen Fall für Pemphigus halten.

Es handelte sich um einen 52jährigen Pächter, der wegen schleimig-eitrigen, bisweilen blutigen Ausflusses aus der Nase zu Semon kam und bei dem sich ausser oberflächlichen Erosionen der Nasenschleimhaut nichts Krankhaftes vorfand. Da er 10 Jahre vorher Lues überstanden hatte, hielt man die Erkrankung zunächst für luetisch und gab man ihm Hg. und Jod.

Eines Tages erschien Patient mit einem starken Gesichtserysipel und Bildung von Blasen, die man für bullöse Jodkaliumeruptionen ansah.

(Vielleicht war es auch nur ein einfaches Erysipelas bullosum?)

Jod wurde ausgesetzt. Die Erscheinungen gingen zurück, es kam aber nach einiger Zeit zu gelegentlich auftretenden und bald wieder verschwindenden kleinen serpiginösen Geschwüren am Gaumen, einem Psoriasis ähnlichem Ausschlag auf den Handtellern und schliesslich zu Thränenträufeln und Bindehautentzündung auf dem rechten Auge, die, jeder Behandlung trotzend, rasch an Intensität zunahm. Man hielt daher auch den Process am Auge zunächst für einen von der Nase auf das Auge weiter gegangenen luetischen Process.

An den Augen kam es zu vollständiger Erblindung und Obliteration des Bindehautsackes und der ganze Process wurde später von Critschett als essentielle Schrumpfung der Conjunctiva erklärt.

Man dachte zwar an Pemphigus, die Diagnose konnte jedoch nicht sicher gestellt werden.

Dass es sich trotz der vorausgegangenen syphilitischen Erkrankung nicht um eine einfache syphilitische Affection gehandelt hat, wird schon dadurch wahrscheinlich gemacht, dass eine antisiphilitische Cur keinen Erfolg hatte, ebensowenig wie jede andere Therapie, und gerade dieser Punkt ist der für Pemphigus charakteristische.

Was mir aber die Diagnose ausser jedem Zweifel setzt, ist der Umstand, dass es in dem Fall von Semon zu einem ausgedehnten Erysipel mit Bildung von grossen weissen Blasen kam.

Schrötter beschreibt nämlich, wie noch später erwähnt werden wird, in seinen Laryngologischen Mittheilungen, die zehn Jahre vor der Semon'schen Mittheilung erschienen sind, einen Fall von unzweifelhaftem Pemphigus der Haut und der Schleimhaut, wo es unter hochgradigem Fieber zu einem Erysipel der Nase und der Wange mit collossaler Blasenbildung kam.

Die Patientin, eine 33jährige Pächtersgattin, erlag einer an dies Erysipel sich anschliessenden doppelseitigen Pleuritis.

Wenn es in dem Semon'schen Fall sich um einen Zusammenhang der vorausgegangenen Syphilis und dem späteren Pemphigus handelte, so kann ich mir denselben nur so denken, dass es in Folge der lange bestandenenen, nicht behandelten Lues zu einer Cachexie oder wenigstens zu einer Ernährungsstörung der Schleimhaut gekommen war, die nach meiner Auffassung zum Zustandekommen des chronischen Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege und der Conjunctiva in erster Linie erforderlich ist.

V. Die Schrötter'schen Fälle gleichen zwar den unseren insofern nicht, weil bei beiden die Haut mit befallen war. Ich möchte sie aber doch hier mit erwähnen, weil sie die ersten von einem Laryngologen beobachteten, in der Literatur beschriebenen Fälle sind und weil bei beiden der Ausgang (der eine in Heilung, der andere lethal endigend) so überaus interessant ist.

Beim ersten Fall handelte es sich um eine 20jährige Dame mit Pemphigus im Gesicht und Rücken. Die Dame war auch heiser und Schrötter fand bei mässiger Schwellung und Röthung der Epiglottis am freien Rand derselben ein faserstoffiges Häutchen, das wie eine Croupmembran in Abstossung begriffen war und theilweise als weisslicher Fetzen herabhing.

Bei der sicher constatirten Affection der äusseren Haut war die Diagnose nicht schwer.

Ueberraschend ist der weitere Verlauf:

Nachdem die Patientin die verschiedensten Kuren durchgemacht, wochenlang im Wasserbade verweilt, Eisenpräparate, Solutio arsen. genommen hatte, der Pemphigus sich aber oft in erschrecklicher Weise, namentlich über das ganze Gesicht, die hintere Rachenwand und Epiglottis ausgebreitet hatte, bekam sie endlich „Variola“, und mit dieser war auch der Pemphigus geheilt.

Es sind nun schon über 18 Jahre vergangen, und es hat sich bei vollkommenem Wohlbefinden der Kranken keinerlei Recidive gezeigt, wenigstens schreibt Schrötter in seinen Vorlesungen 1892, dass er die Dame zufällig kurz vorher gesehen und recidivfrei gefunden habe.

Beim zweiten Fall Schrötter's fand sich neben der Erkrankung der äusseren Haut auf der Schleimhaut der oberen Luftwege Folgendes:

Die Spitze der Zunge mit einer dichten Schicht Epithels bedeckt, welches an der unteren Fläche abgängig ist, so dass die lebhaft rothe Schleimhaut blossliegt. Entsprechend dem rechten aufsteigenden Aste des Unterkiefers eine zum weichen Gaumen hinziehende, mit verdicktem Epithel bedeckte, unregelmässige Narbe. An der hinteren Pharynxwand einzelne seichtere, blassrothe Narben. Die am freien Rande verdickte Epiglottis, deren Seitenränder einander genähert sind, ist so wie die hintere Kehlkopf wand in einen gelblichen Schleier gehüllt, der jedenfalls collabirten Blasen entspricht; da man die Zunge wegen der früher besprochenen Wunde nicht genügend herausziehen kann und die Epiglottis stark gesenkt ist, sieht man nur bei sehr zurückgeneigtem Kopfe, dass das rechte wahre Stimmband bedeutend mit Bedeckung des linken geschwellt und dabei schlottrig, blassrosaroth ist. Das linke wahre Stimmband erscheint blassroth, abgerundet, die Glottis bedeutend enger.

Nachdem es am harten Gaumen und im Larynx zu neuen Blasen gekommen war, trat am 27. November unter hochgradigem Fieber und gleichzeitigem Erysipel an der Nase und Wange eine colossale Blasenbildung, weiterhin mit Confluenz ein. Nach Hinzutritt einer beiderseitigen Pleuritis verschied die Kranke am 2. December.

Aus dem Sectionsbefunde:

An einzelnen Stellen der hinteren Rachenwand und im Kehlkopfe von der hinteren Fläche der Epiglottis an bis über die falschen und wahren Stimmbänder die Schleimhaut mit dicken, weissen, hier und da auseinander weichenden Epithellagen bedeckt.

VI. In dem Atlas von Krieg findet sich ein sehr hübscher Fall beschrieben und abgebildet, der aber gleichfalls kein reiner Schleimhaut-Pemphigus ist.

Die Abbildungen entsprechen fast genau den Bildern, die ich bei meinen Patienten sah, doch handelte es sich auch bei der Patientin Krieg's, einer 43-jährigen Bauernfrau, um einen viel hochgradigeren, mit der Bildung grösserer Blasen einhergehenden Process, der mit unseren Fällen aber insofern Uebereinstimmung zeigt, als bei ihm auch die Bindehaut des rechten Auges narbig verändert war.

Auch bei diesem Fall kam es, wie bei dem Schrötter'schen, zu einem schweren Erysipelas faciei bullosum. — Weiterer Verlauf unbekannt.

Alle die erwähnten Fälle haben das Gemeinsame, dass bei ihnen die Schleimhaut der oberen Luftwege und der Conjunctiva entweder ausschliesslich oder vorwiegend erkrankt war und dass sie deswegen den von mir beobachteten zwei ganz gleichen Fällen an die Seite gestellt werden können.

Ich möchte aber, um in das verworrene Bild, was man vom Pemphigus der Schleimhäute hat, etwas mehr Klarheit zu bringen, noch

eine engere Auswahl treffen und meinen beiden Fällen, die nach genauer und mehrjähriger Beobachtung sich als völlig gleich erweisen, nur die Fälle zuzählen, bei denen die äussere Haut garnicht befallen war, oder höchstens, wie in dem Fall von Steffan und Becker, die direct an die Schleimhaut grenzenden Partien, die Augenlider, die Lippen oder die nächste Umgebung der Nase.

Es würde sich vor Allem um den Deutschmann'schen Fall handeln, der unseren völlig gleicht, ferner auch um den Fall von Steffan und um die beiden von ihm erwähnten Fälle von Lasègue und Becker, dann um den Landgraf'schen Fall und den Fall von Semon, so dass ich mit meinen Fällen eine Gruppe von acht Fällen von chronischem Schleimhaut-Pemphigus mit fast ausschliesslicher Betheiligung der Schleimhäute und der Conjunctiva zusammenstellen kann.

Den Fall von Krieg könnte man vielleicht noch zu unserer Gruppe rechnen, weil auch bei ihm die Erkrankung der oberen Luftwege und des Auges im Vordergrund stand, nur war bei ihm die äussere Hautdecke in ausgiebiger Weise befallen.

Bei diesen acht Fällen war immer die Conjunctiva mit erkrankt, so dass dieselben meist in der augenärztlichen Literatur beschrieben sind, ferner fand sich regelmässig ein fieberloser chronischer Verlauf.

Besonderen Werth möchte ich bei diesen Fällen darauf legen, dass es sich um cachectische, in ihrer Ernährung geschädigte Leute handelte, die, mit Ausnahme meines zweiten Falles, in vorgerückterem Alter standen und meist die Grenze des Greisenalters erreicht oder überschritten hatten.

Auch die therapeutischen Erfolge, oder besser Misserfolge, scheinen mir ein Charakteristikum jener Erkrankungsform zu sein, denn sowohl Augen- als Halsärzte berichten ohne Ausnahme von einem Fortschreiten des Processes, trotz aller versuchten Mittel. Speciell wurde auf Jod und Hg. ausnahmslos eine Verschlechterung beobachtet.

Es führten die Processe im Auge in einigen Jahren zur Obliteration des Bindehautsackes und zur Phthisis bulbi.

Auch auf der Schleimhaut des Rachens und der Nase verschlechterte sich der Zustand derart, dass die Patienten an Cachexie zu Grunde gingen, oder, weil sich der Process nicht besserte, aus der Behandlung wegblieben.

Wie auf der Bindehaut, kam es auch in der Nase und Rachen, da, wo die erkrankten Schleimhautflächen sich berühren, zu einer Verwachsung und Schrumpfung der Schleimhaut.

So berichtet Moritz Schmidt in seinem Fall eine Verwachsung der hinteren Gaumenbögen mit der Schlundwand, die nach und nach zu einem vollständigen Verschluss nach der Nase zu führte.

Auch Landgraf theilt in seinem Fall mit, dass das Innere des Kehlkopfes immer enger geworden sei, die Schleimhaut, namentlich die Epiglottis sich verdickt habe und die Stimmbänder in der vorderen Commissur verwachsen seien. Schliesslich wurde die Anschwellung des Kehlkopfeinganges so hochgradig, dass man das Innere des Kehlkopfes nicht mehr sehen konnte.

Auch in meinem Fall I findet sich in der Nase eine Verwachsung der mittleren Muschel mit dem Septum auf der linken Seite der Nase.

Ebenso zeigen die Gaumenbögen Verdickungen der Schleimhaut, die Uvula erscheint dicker und kürzer, wie geschrumpft, und auch am Kehlkopfeingang lässt sich eine beginnende, aber sofort in die Augen fallende Verengung durch Verdickung der Schleimhaut feststellen.

Wie sich bei meinen Fällen nicht die geringste Schwellung der Drüsen nachweisen liess, so findet sich auch bei den anderen Fällen diese Beobachtung entweder besonders erwähnt, oder doch die gegen-theilige Beobachtung nirgends verzeichnet.

Fast in allen Fällen findet sich die Angabe, dass Symptome von Seiten der Nasenschleimhaut, Blutungen, Stockschnupfen, Borkenbildung oder profuse eitriche Secretionen die Erkrankung einleiteten.

Es scheint also, dass bei unserer Form von der Nase aus die Erkrankung sich sowohl nach dem Rachen, als durch den Thränennasencanal nach der Bindehaut zu verbreitet.

Auch in meinen Fällen waren in dem einen Nasenbluten, in dem anderen Stockschnupfen als erstes Symptom aufgetreten und bei Fall I fanden sich die ältesten Processe (Verwachsung der Muschel mit dem Septum) in der Nase.

Beim Eintritt in die Behandlung standen die Processe im Rachen und in den Augen im Vordergrund und erst in der letzten Zeit zeigte auch der Kehlkopf eine intensivere und regelmässiger Mitbetheiligung.

Bei Fall II zeigte sich ebenfalls in der Nase (Nasenbluten) das erste Symptom.

Beim Eintritt in die Behandlung war bei diesem zweiten Fall immer fast ausschliesslich die hintere Rachenwand befallen und erst später zeigte die Epiglottis, die beim Eintritt in die Behandlung nie befallen war, regelmässig Veränderungen und im Auge wurden von Dr. Franke die ersten Blasen beobachtet, während Patient selbst noch keine Klagen über seine Augen hatte.

Auch in dieser Reihenfolge der einzelnen Symptome gleichen sich meine Fälle daher auf das Genaueste.

Da das Kind auch einen Namen haben muss, möchte ich meine Fälle und die zu derselben Gruppe gehörigen Fälle als einfachen chronischen Pemphigus der Schleimhaut bezeichnen, dessen charakteristische Momente die folgenden sind:

1) Ausschliessliche Betheiligung der Schleimhäute und völliges Freibleiben der Hautdecken, mit nur ausnahmsweisem Uebergreifen von der Schleimhaut aus auf die an dieselbe direct angrenzenden Hautbezirke.

2) Regelmässige Mitbetheiligung der Bindehaut des Auges, die zu essentieller Schrumpfung derselben und später zur Phthisis bulbi führt.

3) Neigung zur Verwachsungen und zu Schrumpfungen der Schleimhaut.

4) Fieberloser chronischer Verlauf.

5) Absolut unbeeinflussbares Verhalten gegen jedes Medicament, speciell gegen Jod und Hg.

6) Gleichzeitig bestehende Cachexie und schlechte Ernährung der Haut und Muskulatur.

Die interessanteste und wichtigste Frage ist natürlich die nach der Ursache der Erkrankung, weil von diesem Gesichtspunkte aus auch

alle die verschiedenen zahlreichen Formen von Pemphigus näher betrachtet und eingetheilt werden müssten.

Die pathologischen Veränderungen der befallenen Schleimhautbezirke bieten nichts Characteristisches. Es handelt sich eben um necrotisirte Theile. Was an diesen Befunden hervorzuheben ist, theilt Eppinger auf der in diesem Herbst in Graz tagenden Versammlung Deutscher Dermatologen als Resultate seiner histologischen Untersuchungen von 6 Pemphigusfällen mit:

Bei kleineren Blasen war die Hornschicht allein abgelöst, bei grösseren die ganze Epidermis mit gleichzeitiger Veränderung der Stachelschicht. Der Blaseninhalt ist besonders auf dem Boden sehr albuminreich. Die Cutis am Boden der Blase ist bis zu verschiedener Tiefe hinab ödematös, die Blutgefässe sind eng, öfter von einer hämorrhagischen Zone umgeben. Knäuel- und Talgdrüsen zeigen Desquamation, zwischen Epithel und Bindegewebe acidophile Massen, im Lumen eingetretenes Blut, zum Theil hyalin verändert. Es handelt sich also um necrotische Hautveränderungen, speciell um paralytische Gefässveränderungen. Das Hauptaugenmerk hatte Eppinger auf die Untersuchung der Hautnerven gerichtet, die er nach Wolters bis in die feinsten Verzweigungen darstellte. Die markhaltigen Nervenfasern am Boden der Blasen waren zum Theil variöös, schollig verändert, zum Theil krümlig zerfallen. Myelinkörnchenhaufen beweisen das Vorhandensein dieser Veränderungen schon während des Lebens. Ferner fand Eppinger zellige Exsudate um die Nerven und Hämorrhagien in dieselben. Gegenüber diesen Befunden treten einige, in 3 Fällen constatirte Rückenmarksveränderungen an Bedeutung zurück.

Eppinger stellt die Hypothese auf, der Pemphigus könne eine vielleicht durch, nach anderen Infectionskrankheiten im Körper zurückgebliebene, Toxine verursachte Erkrankung sein.

Das Aufschliessen der Blasen auf der Schleimhaut und der Haut ist ja nur ein Symptom, das ganz verschiedene Ursachen haben kann.

So erzeugt eine Verbrennung der Haut Blasen mit serösem Inhalt, die eintrocknen oder platzen; so beobachten wir beim Druck zu engen Schuhwerks ganz dieselben Blasen; so sieht man beim Erysipel einer durch Streptococceninvasion hervorgerufenen Hauterkrankung Blasenbildung, die heilt (Erysipelas bullosum), und so sieht man beim Herpes, dem Verlauf der Hautnerven folgend, Blasen mit hellem Inhalt, die eintrocknen oder vereitern und heilen.

Auch bei den verschiedenen Pemphigus-Formen mögen die verschiedensten erregenden Momente wirksam sein, und zwar scheinen hauptsächlich zwei schädigende Momente Blasenbildung auf der Haut und Schleimhaut zu verursachen.

Für die mehr acut verlaufenden, mit Fieber einhergehenden Formen von Pemphigus muss man wohl Microorganismen, die in Blut- oder Lymphbahnen gelangen, oder irgend eine andere Infection verantwortlich machen, während die mehr chronischen Formen, zu denen unsere Gruppe zu zählen ist, höchstwahrscheinlich auf trophische Störungen zurückzuführen sein werden.

Es lag nahe, auch bei unseren chronischen Fällen an einen bacteriellen Einfluss zu denken.

Unna spricht sogar im Orth'schen Lehrbuch der Pathologischen Anatomie die sichere Gewissheit aus, dass es gelingen werde, auch für den chronischen Pemphigus die Infectionsträger zu finden.

Er hat, wie erwähnt, in dem Deutschmann'schen Fall den Inhalt frischer Blasen mit allen Cautelen untersucht und auch einen Streptococcus gezüchtet, der aber keine für Pemphigus charakteristische Erscheinungen bei seiner Uebertragung auf Thiere gemacht hat.

Noch eingehender und sorgfältiger wurde ein Pemphigus-Fall, über den Mosler auf dem Wiener Congress für „Innere Medicin“ berichtet, und zwar von keinen Geringeren, als Professor Löffler, bacteriell untersucht.

Es ergab sich dabei, dass der Inhalt der Blasen steril war, wenn dieselben ganz frisch untersucht wurden und die Haut vorher durch Sublimatbäder sterilisirt war, während sich in älteren Blasen mit trübem Inhalt die verschiedensten Organismen nachweisen liessen. Auch ein Versuch, zu dem ein Student sich erbot, den Blaseninhalt auf die beiden Oberarme zu überimpfen, ergab ein negatives Resultat.

Mosler führt daher namentlich, gestützt auf die symmetrische Ausbildung, die in seinem Fall der Pemphigus auf der Haut zeigte, die Erkrankung auf neuropathologischen Einfluss zurück, bezeichnet ihn als vasomotorische Neurose und heilte ihn, soweit die Beobachtungen reichen, mit Chinin.

Auch bei dem Landgraf'schen Fall wurde von Professor Ehrlich mit Bestimmtheit irgend eine bacterielle Affection ausgeschlossen.

Was nun meine Fälle anlangt, so habe ich schon in Lübeck besonders hervorgehoben, dass bei der langen Beobachtung mir nicht ein einziges Moment aufgefallen ist, was die Vermuthung einer bacteriellen Erkrankung stützen könnte, und habe deswegen auch von vornherein auf eine bacterielle Untersuchung der Fälle verzichtet.

Dass bei der auch in gesunden Mund- und Nasenhöhlen nachgewiesenen Anwesenheit aller möglichen pathogenen Organismen durch die matsche Epidermis allerlei Organismen hindurchwachsen, ist sonnenklar und durch die Löffler'schen Versuche sicher bewiesen.

Dagegen habe ich den Eindruck gewonnen, dass es sich, wenigstens bei unseren Fällen, um eine tropische Störung der Schleimhaut handelt.

Die Cachexie, schlechte Ernährung und Musculatur fällt bei meinen Fällen sofort auf und wird bei allen übrigen Fällen erwähnt, so dass ich mich für diese Fälle der Mosler'schen Ansicht anschliessen möchte, dass es sich um eine tropische Störung handelt.

Es sind ja auch zahlreiche Fälle von Pemphigus auf diesen Punkt hin untersucht, so von Schwimmer, Baber, Sarky und Petrini, die im Rückenmark Sclerosirung der Goll'schen Stränge und Degeneration der Ganglienzellen der Hinterhörner nachwiesen.

Auch an den peripheren Nerven wurden Veränderungen gefunden, so von Petrini und Ferraro und ganz neuerdings in einem chronischen Fall von Pemphigus foliacius, der auf der Abtheilung von Engel-Reimers beobachtet und von Bargum in der Festschrift zur Feier des 80jährigen Stiftungsfestes des Aerztlichen Vereins zu Hamburg veröffentlicht ist.

Bargum fand das Rückenmark zwar normal, namentlich am N. cruralis aber und N. peroneus ganz beträchtliche Läsionen.

Dem gegenüber stehen die wohl zu beachtenden Befunde von Demme und Anderen, bis auf die neuesten Mittheilungen von Peter in Königsberg (Berliner Klinische Wochenschrift 1896, No. 6), der im Blut pemphiguskranker Kinder Streptococcen und Staphylococcen und einen, dem Demme'schen ähnlichen Diplococcen nachwies.

In diesen Fällen handelte es sich aber um ganz andere klinische Symptome, meistens fieberhafte, acute Erkrankung bei Kindern oder um Pemphigus-Blasen in der Nähe inficirter Wunden, (Nabelrest).

Bei unseren Fällen könnte nur die Erkrankung an Gesichtserysipel, die Schrötter, Krieg und Semon an ihren Fällen beobachteten, auf eine bacterielle Ursache hinweisen, wenn nicht die Annahme ebenso nahe läge, dass durch die von den Pemphigus-Blasen erzeugte Verletzung der Epidermis Streptococcen in die Haut gelangen, wie dies bei chronischen Nasencatarrhen ja eine alltägliche Beobachtung lehrt.

Die Prognose scheint bei unseren Fällen eine rechte trübe zu sein.

Am Auge führte in allen veröffentlichten Fällen die Erkrankung zum Verlust desselben und auch auf der Schleimhaut der oberen Luftwege machte der Process, allen Bemühungen zum Trotze, langsame Fortschritte, die zum Theil zu schweren Veränderungen führten.

Auch in meinen Fällen muss ich leider eher eine Verschlimmerung, als eine Verbesserung constatiren.

Therapeutisch versuchte ich bei beiden das übliche Jodkali und Hg., die aber eine ganz entschiedene Verschlechterung bewirkten, so dass ich dieselben gleich wieder aussetzte. Dasselbe möchte ich von Arsen sagen.

Da Mosler einen Fall mit salzsaurem Chinin geheilt hat, versuchte ich auch Chinin ohne besonderen Erfolg.

Der Mosler'sche Fall gehört wohl zu einer auf anderer Aetiologie beruhenden Form von Pemphigus.

Local wurden ebenfalls Jodpräparate, Aristol, Nosophen und Dermatol versucht; subjetiv am meisten fühlten sich die Patienten erleichtert, wenn man die befallenen Stellen mit leichten Lapislösungen pinselte.

Der Fall von Schrötter, der nach einer Variola-Erkrankung heilte, bietet ja auch für die Therapie ein grosses Interesse, aber in ihm handelt es sich offenbar um eine andere Form von Pemphigus.

Mir unterliegt es keinem Zweifel, dass unser chronischer Pemphigus als Folge einer schweren, fortschreitenden Veränderung, wahrscheinlich in den (trophischen?) Nerven aufgefasst werden muss.

Vielleicht habe ich später noch Gelegenheit, über diese Punkte mir Gewissheit zu verschaffen.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzungsbericht vom 28. April 1896.

Vorsitzender: Prof. Gruber.

Schriftführer: Docent Dr. Pollak.

Der Vorsitzende macht Mittheilung von einer Einladung der n. ö. Statthalterei, an der im laufenden Jahre in Prag stattfindenden pharmaceutischen Ausstellung theilzunehmen.

Die n. ö. Statthalterei urgirt eine gutachtliche Aeusserung über die Bearbeitung einer neuen österr. Pharmacopoe. Mit der Abfassung dieses Gutachtens werden die Proff. Gruber und Politzer, sowie Docent Dr. Pollak betraut.

Docent Dr. Pollak macht darauf aufmerksam, dass am 27. April 25 Jahre seit der Ernennung der Herren DDr. Gruber und Politzer zu Professoren verflossen sind, und stellt den Antrag, die hochverdienten Leiter der Ohrenkliniken, die Herren Proff. Gruber und Politzer zu beglückwünschen und den Glückwunsch protocollarisch zum Ausdruck zu bringen.

Nachdem dieser Antrag mit grossem Beifalle aufgenommen wurde, sprechen die Proff. Gruber und Politzer der otol. Gesellschaft ihren Dank aus.

Demonstrationen:

1) Prof. Gruber stellt ein 6jähriges Mädchen mit Missbildung der Ohrmuschel und Mangel des äusseren Gehörganges bei hochgradiger Asymmetrie der Gesichtshälften vor.

Patientin ist 6 Jahre alt, von gesunden Eltern. Ursache der Missbildung unbekannt.

Die linke Ohrmuschel ist, was die Theile im Allgemeinen betrifft, normal. Die Darwin'sche Spitze ist stark entwickelt und hinter dem Antitragus, welcher viel weiter als im Normalen vom Tragus entfernt ist, wodurch die Incisura intertragica an ihrem obern Ende einen Durchmesser von vorne nach hinten von 1 Ctm. zeigt, befindet sich am Ohrfläppchen eine kleinhanfkorn-grosse Erhabenheit, deren genaue Untersuchung ergiebt, dass sie von einem Knorpel gestützt ist. Zwischen ihr und dem Knorpel des Helix kann man beim Betasten genau eine Unterbrechung des Knorpels herausfühlen.

Die rechte Gesichtshälfte ist gegenüber der linken in auffallender Weise verkleinert, wodurch auch der linke Mundwinkel etwas tiefer steht und die Oberlippe, namentlich an der linken Hälfte, stärker als die Unterlippe vorspringt. Das Dach der Mundhöhle ist stark concav, die Zähne des Oberkiefers sind so gestellt, dass sie mit ihrem scharfen Rande die scharfen Ränder des Unterkiefers beim Schliessen berühren. Beim Oeffnen des Mundes ist die Mundspalte rechterseits weiter und die ganze Mundspalte mehr nach rechts verzogen. Die Nase im knöchernen Theile mässig aufgetrieben.

Schädelcircumferenz 57 Ctm.; die Entfernung der linken Ohrmuschel vom linken Nasenflügel beträgt 10 Ctm., die Entfernung der rechten rudimentären Muschel vom rechtsseitigen Nasenflügel, immer

von der tiefsten Insertionsstelle der Nase gemessen, beträgt 8 Ctm. Die Höhe der linken Ohrmuschel 6 Ctm., die Höhe der rudimentären an dem weichen Lappen allein 3 Ctm., den oberen, vom Knorpel gestützten Höcker einbezogen 3,5 Ctm.

Die linke Ohrmuschel ist repräsentirt durch einen knorpelbaren Hautlappen, welcher rundliche Gestalt hat, mit breiter Basis inserirt, nach hinten convex, nach vorne concav und gegen das Gesicht hin umgeklappt erscheint.

Nirgends ist in ihm die Spur eines Knorpels nachweisbar, so dass das ganze Gebilde als ein excessiv entwickelter Lobulus aufzufassen wäre. Ueber demselben findet sich ein mit verschiebbarer Haut überzogener Höcker von länglich-ovaler Gestalt mit dem Längendurchmesser von vorn nach rückwärts, welcher ganz deutlich von Knorpel gestützt ist. Dieser Knorpel ist auf eine kleine Strecke in die Tiefe zu verfolgen (rudimentärer Gehörgangsknorpel). Vor dem grösseren Hautlappen findet sich eine nach Art der Appendices auriculæ inserirende Bildung, welche, von abgerundeter Kegelform, ungefähr 5 Mmtr. hoch ist, an der Basis etwa 3 Mmtr. im Durchmesser hat. Ungefähr 5 Mmtr. unter dieser befindet sich eine kleinhanfkorngrösse, flache, ähnliche Bildung.

Der Processus mastoideus ist deutlich an der normalen Stelle zu fühlen, die rudimentäre rechte Muschel inserirt tiefer, als das untere Ende der linken Ohrmuschel, so dass die Entfernung der rudimentären Muschel von der Mitte des Kinns 10 Ctm. beträgt, während die rechte von demselben Punkte nur 8 Ctm. entfernt steht.

Der Kopf des Unterkiefers articulirt an der normalen Stelle. Von einer äusseren Ohröffnung nirgends eine Spur zu entdecken. Weder bei geschlossenem Munde, noch bei Senkung des Unterkiefers kann man die geringste Andeutung wahrnehmen, welche auf das Vorhandensein eines äusseren Gehörganges schliessen liesse.

Die Tuba Eust. ist auch rechterseits leicht zu catheterisiren und bei Anwendung der Luftdouche fühlt die geübte Hand, dass die Luft gegen die Ohrgegend strömt; die Auscultation ergiebt aber keine Erscheinung, aus der man mit Sicherheit auf die Beschaffenheit der Mittelohrgebilde schliessen könnte. Die Angaben des Kindes über die beim Einströmen der Luft wahrgenommenen Empfindungen sind unverlässlich und nicht verwertbar.

Am linken Ohre hat das Kind normales Gehör und am deformirten rechten hört sie mässig laut gesprochene Worte ganz deutlich. Die Stimmgabel hört sie sowohl in der Luftleitung, als auch beim Anlegen an die Kopfknochen. Betreffs des Weber'schen Versuches sind die Angaben schwankend. Schallorientungsvermögen normal.

Die Missstaltung ist in Folge des weit nach vorne gedrängten unförmlichen Hautlappens sehr auffällig und das war der Grund, warum man das Kind auf die Klinik brachte.

Der Vortragende meint, von der Herstellung eines brauchbaren Gehörganges könne wohl keine Rede sein, das, was man nach seiner Meinung in diesem Falle aber leicht erzielen werde, ist, durch eine entsprechende Operation die nach vorne umgeklappte rudimentäre Muschel mehr nach rückwärts zu befestigen. Gruber schildert das

Operationsverfahren, das er dabei einzuhalten gedenkt, und ladet die anwesenden Collegen ein, sich darüber zu äussern.

In der nun folgenden Discussion schliessen sich Politzer und Urbantschitsch der Anschauung des Vortragenden an, dass die Anlegung eines künstlichen Gehörganges zwecklos sei, und stimmen der vorgeschlagenen cosmetischen Operation zu.

Dr. Ferd. Alt stellt eine 40jährige Patientin der Klinik Gruber vor, die vom September bis November 1895 an acutem Gelenkrheumatismus litt und während dieser Zeit auf ärztliche Verordnung im Ganzen 149 Gramm Natrium salicylicum nahm. Gleich zu Beginn der Erkrankung trat Ohrensausen beiderseits auf, zu dem sich dumpfer Kopfschmerz gesellte. Im November, noch während der Salicyltherapie, begann sie an Schwindelanfällen zu leiden, sie fühlte sich nach rechts gerissen, es wurde ihr schwarz vor den Augen, sie stürzte zu Boden und war durch kurze Zeit bewusstlos; Ohrensausen rechts bestand continuirlich. Diese Anfälle traten Anfangs in je 2 bis 3 Wochen ein Mal auf, in letzter Zeit wiederholen sie sich täglich. R. O.: Trommelfell leicht retrahirt, getrübt, Lichtreflex verzogen. L. O.: Trommelfell nahezu in seiner Totalität durch eine Narbe ersetzt. Weber nach links, Rinne links positiv. Vor dem rechten Ohre werden weder hohe, noch tiefe Stimmgabeln percipirt, vom Warzenfortsatze nach links lateralisirt. Uhr links 1 Mtr., rechts Null. Laute Sprache wird rechts nur in unmittelbarer Nähe des Ohres, wahrscheinlich von links gehört. Der Fall verdient Interesse, weil hier zweifellos durch den Gebrauch grosser Mengen von Natrium salicylicum eine Labyrinth- bzw. Acusticus-Affection auftrat und weil diese Affection eine einseitige ist.

Docent Dr. Pollak fragt, welche Erfolge die Collegen mit der Chinintherapie bei der Ménière'schen Krankheit erzielt haben? Er selbst berichtet über günstige Resultate nach Darreichung kleiner Dosen, 0,10 drei Mal pro die.

Gruber, Politzer und Urbantschitsch haben mit der Chinintherapie, namentlich in grossen Gaben, schlechte Erfahrungen gemacht und sie deshalb aufgegeben.

Dr. Alt stellt ferner einen 46jährigen Spediteur vor, der in der Nacht vom 18. zum 19. Januar d. J. in betrunkenem Zustande vom dritten in den zweiten Stock seines Wohnhauses stürzte und bewusstlos liegen blieb. Als er zu sich kam, blutete er aus der Nase und dem rechten Ohre. Tags darauf suchte er die Klinik Gruber auf. Der Status praesens, ganz kurz zusammengefasst, war folgender: Die rechte Gesichtshälfte geschwellt und blutig suffundirt, an der rechten Sklera ein grosses Ecchymoma subconjunctivale, nahezu vollständige Facialisparalyse rechts, Augenhintergrund normal, Augenbewegungen frei, Geruch und Geschmack intact, keine Störung Seitens des X., XI. und XII. Hirnnerven. Puls 84, Temp. 36,3. Vor dem rechten Ohre eine nussgrosse, druckschmerzhafte Schwellung, die Gegend des Tragus dunkelblau verfärbt, der Gehörgang weit, dessen Wände mit eingetrocknetem Blute bedeckt. Von der oberen und hinteren Gehörgangswand ragt eine bohngrosse, dunkel rothblau verfärbte, weiche Geschwulst herab, die zum grössten Theile das Trommelfell verdeckt. Die sichtbaren Partien des Trommelfells sind livid verfärbt und vorgewölbt.

Linkes Ohr normal. Weber nach links, Rinne links positiv. Vor dem rechten Ohre werden weder hohe, noch tiefe Stimmgabeln gehört, vom Warzenfortsatze aus nach links lateralisiert. Ohr rechts Null. Beim Stehen mit geschlossenen Augen schwankt Pat., beim Gehen hat er die Tendenz, nach rechts zu fallen. Beim Räuspern und Schnäuzen kommt geronnenes Blut aus dem Munde bezw. aus der rechten Nasenhälfte.

Nach acht Tagen war die Geschwulst im Gehörgange geschwunden, nach zwölf Tagen kam kein Blut mehr beim Schnäuzen und Räuspern und das Trommelfell rechts war normal. Die Facialislähmung ging unter Anwendung des faradischen Stromes rasch zurück. Der Schwindel hörte auf, dagegen stellte sich Ohrensausen ein. Der Stimmgabelbefund blieb unverändert.

Die Diagnose lautete: Fractura baseos cranii, der Riss reicht durch das Tegmen tympani nach vorne in die obere knöcherne Gehörgangswand, ohne das Trommelfell zu verletzen, und geht entweder durch das Labyrinth oder in den Meatus auditorius internus mit Verletzung des Acusticus. Der Nervus facialis wurde nicht durchtrennt. Die Facialisparalyse, die rasch zurückging, dürfte auf ein Hämatom zurückzuführen sein, das den Facialis comprimirt.

Dr. Alt stellt schliesslich einen 6jährigen Knaben vor, der im Januar 1895 von seinen Angehörigen auf die Klinik Gruber gebracht wurde mit der Angabe, dass er von Geburt aus taubstumm sei. Anamnestisch wurde erhoben, dass Vater und Mutter des Knaben taubstumm wären und Beide in einer Taubstummenschule Unterricht genossen hätten. Eine jüngere Schwester des Knaben höre schlecht. Der Trommelfellbefund beim Kinde war normal; es reagirte nicht auf Zuruf, Pfeife und Trompete und gab kein Zeichen des Verständnisses, als ihm die schwingende Stimmgabel auf den Kopf aufgesetzt wurde. Da von einer medicamentösen Behandlung in diesem Falle nichts zu erwarten war, wurden Hörübungen auf der Klinik ausgeführt und dann den Angehörigen überlassen. Als der Knabe nach zwei Monaten auf die Klinik gebracht wurde, hörte er jedes zu ihm gesprochene Wort und war im Stande, es nachzusprechen. Bevor das Kind auf der Klinik erschien, hielten es die Angehörigen für taubstumm und nahmen sich keinerlei Mühe, es sprechen zu lehren. Der Knabe befand sich in einem Zustande, wie ein Kind, das noch nicht gewohnt ist, auf Sprache und Höreindrücke überhaupt zu reagieren. Anlässlich der Hörübungen hielt er sich viel bei Angehörigen auf, die mit ihm im Gegensatz zu den taubstummen Eltern viel sprachen, er gewann acustische Eindrücke und lernte sprechen. Die Frage, ob derartige Kinder in Taubstummenanstalten abgegeben werden sollen, muss auf das Entschiedenste verneint werden, es ist vielmehr sehr leicht möglich, diese Kinder zum Hören und Sprechen zu bringen, wenn man sie den taubstummen Eltern entzieht.

Discussion:

Politzer hält den Fall für psychische Taubheit.

Gruber und Urbantschitsch schliessen sich dieser Ansicht an. Urbantschitsch warnt vor Unterbringung derartiger Kinder in Taub-

stummenanstalten, weil dort die Wiedererlangung des Hörvermögens ganz ausgeschlossen bleibt.

Max demonstrirt einen 29jährigen Mann, der an seiner linken Ohrmuschel einen eigenthümlichen Defect aufweist. Ungefähr in der Mitte der oberen Muschelhälfte befindet sich nämlich ein kreisrundes, wie mit einem Locheisen herausgeschlagenes Loch von circa Kirschkerndicke, welches im oberen Drittel des Antihelix beginnt, so dass die Bifurcation desselben fehlt; nach aufwärts erstreckt sich die Lücke ca. 7—8 Mm. — Von der oberen Peripherie derselben sieht man die normal geformten oberen zwei Drittel der Crura antihelicis wieder. Die Muschel ist sonst intact, nicht missgestaltet. Die Ränder der Lücke sind scharf umschrieben, nicht narbig. An der correspondirenden hinteren Muschelfläche ist die Lücke von derselben Grösse und Beschaffenheit.

Der Defect ist nicht angeboren und entwickelte sich erst nach vollendetem zweiten Lebensjahre im Laufe einiger Monate. Ueber die ursächliche Erkrankung weiss Patient nichts anzugeben. Ein „Ass“ soll die Erkrankung eingeleitet haben. Lues oder Tuberculose sind nicht vorhanden. Eine circumscribede Gangrän würde den Erkrankungsprocess am ehesten erklärlich erscheinen lassen.

Vortragender wird durch Auffrischung der Ränder und Anlegen von Nähten durch Haut und Knorpel in der Verlaufsrichtung des Antihelix die Lücke zum Verschluss bringen. Die Ohrmuschel würde dadurch in ihrer Breitendimension etwas verkürzt.

In der einschlägigen Literatur ist ein ähnlicher Defect bisher nicht verzeichnet worden.

II. Referate.

a) Otologische:

Ein Initialsymptom der Sclerose. Von Dr. Zwaardemaker (Utrecht).
(Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXVIII, 2.)

Z. kommt auf Grund seiner an 50 Fällen gemachten und in Tabellen bezüglich der Details übersichtlich zusammengestellten Beobachtungen zu folgender Schlussfolgerung: „Bei primärer Sclerose findet sich fast ohne Ausnahme eine Verschiebung der oberen Tongrenze über die normale Grenze hinaus, welche während der ersten Jahre des Mittelohrprocesses bestehen bleibt, und dann allmählig durch die normale Grenze hindurch in eine Einschränkung übergeht. Vom sclerotischen Ohre werden in Folge dessen während dieses Stadiums noch eine, zwei oder mehr Halbtöne gehört, welche für normale Personen gleichen Alters gänzlich unhörbar sind.“

Da z. Z. unter den Begriff der Sclerose noch eine Reihe differenter pathologisch-anatomischer Prozesse klinisch zusammengefasst wird, so beschränkt der Autor die Bedeutung vorbezeichneten Initialsymptoms auf diejenigen Fälle, wo es sich um Festlagerung der Knöchelchenkette

ohne Labyrinthcomplication handelt, sei es durch Verwachsungen in der Nische des ovalen Fensters oder durch allgemeine Sclerose der Mittelohrschleimhaut. Da bei der Sclerose die untere Tongrenze heraufgerückt zu sein pflegt, nach Z.'s Beobachtung aber die obersten Töne vorzüglich und zuweilen selbst besser als in der Norm gehört werden, so könne man auch von einer totalen Verschiebung der ganzen Tonleiter nach Oben hin reden. Die Zeitdauer dieses Initialstadiums könne sich über viele Jahre erstrecken. Bezüglich einer Erklärung des bezeichneten Symptoms verweist Z. auf die Möglichkeit, dass das Besserehören der höchsten Töne eine Folge des Ausfalles der Interferenzerscheinungen sein könne, wie solche nach Helmholtz beim normalen Hören zwischen den Massen- und Molecularschwingungen der Gehörknöchelchenkette einerseits und den Luftschwingungen andererseits bestehen, und gerade bei Schallwellen kürzerer Länge eine Verschlechterung der Perception bedingen. Dadurch dass in Folge des sclerotischen Processes die Beweglichkeit der Gehörknöchelchen behindert werde, komme es zum Ausfall der Massenschwingungen derselben und damit zum Wegfall der Interferenzerscheinungen. Auf dem durch diesen Wegfall bedingten Besserehören höchster Töne beruhe vielleicht auch das im Anfangsstadium der Sclerose so häufig auftretende Ohrensausen, insofern dasselbe wahrscheinlich ein Gefäßgeräusch sei, welches aus sehr hohen Tönen zu bestehen scheine, die erst durch den sclerotischen Process zur Wahrnehmung gelangten. — In Consequenz vorstehender Anschauungen hält Z. dafür, dass dem durch Sclerose Schwerhörigen ein wesentlicher Nutzen für sein Gehör verschafft werden könnte, wenn es gelänge, durch irgend eine Vorrichtung alle Schalleindrücke mittlerer Tonlage in höhere zu transponiren; er giebt selbst einige Andeutungen, nach welchen Principien solch' ein Instrument zu construiren sein dürfte.

Keller.

Die electrische Behandlung des Tinnitus aurium. Von Dr. L. Jones, London. (Archives of Otolaryngology, No. 3 u. 4, 1895, pag. 293.)

Die für das Ohr bestimmte Electrode ist zweitheilig, so dass je eine Electrode, deren Durchmesser wenigstens 2 Ctm. betragen muss, vor dem Tragus aufgesetzt wird, wo sie durch eine Feder oder dgl. festgehalten wird. Der entgegengesetzte Pol wird im Nacken aufgesetzt. Die Ohrelectrode wird mit der Anode verbunden. Einschleichen des Stromes bis zu 5, und event. auch bis zu 8 oder 10 Milliampères. Schon bei der ersten Sitzung kann man sehen, ob und wieviel man von fortgesetzter Behandlung erwarten darf. Vorsichtiges Ausschleichen des Stromes ist nothwendig. In progressiver Sklerose darf man von der Electricität nicht viel erwarten.

M. T.

b) Rhinologische:

Zur Anatomie der Nase menschlicher Embryonen. Von Dr. G. Killian in Freiburg i. Br. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 1, 1896.)

Der dritte Abschnitt seiner Untersuchungen über obengenannten Gegenstand (die ersten beiden finden sich Bd. II, pag. 234 und Bd. III, pag. 17, und wurde über dieselben Jahrg. XXIX, pag. 253 und Jahrg. XXX, pag. 87 dieser Monatsschrift referirt) bildet die Fortsetzung der Betrachtungen über die ursprüngliche Morphologie der Siebbeingegend und bespricht K. zunächst das Knorpel- und Knochengerüst der lateralen Siebbeingegend, dann das Verhältniss der Schleimhaut zu dem Knorpel- und Knochengerüst, ferner die Muschelfrage und endlich die Nebenhöhlen. Die, es sei wiederholt, ungemein sorgfältige und gründliche Arbeit bedarf eingehenden Studiums an der Hand der zahlreichen, dem Texte beigegebenen schematischen Zeichnungen, Skizzen und Abbildungen.

Beschorner.

Beitrag zur Aetiologie der blutenden Tumoren der Nasenscheidewand.

Von Dr. J. Sendziak, Warschau. (Journal of Laryngology, März 1896.)

Ein 34 Jahre alter Patient hatte sich häufig wiederholende Epistaxis gehabt, welche einen hochgradigen Zustand von Anämie verursacht hatte. An der rechten Seite des Septum, im oberen Theile desselben, wo knorpelige und knöcherne Scheidewand sich treffen, und in der Höhe der mittleren Muschel, fand sich ein wallnussgrosser Tumor, der auf die leichteste Berührung heftig blutete. Nach Bestäubung desselben mit 15procentiger Cocainpulver wurde in zwei Sitzungen mittelst der galvanokaustischen Schlinge, mit sehr geringem Blutverlust, entfernt. Die Basis des Tumor wurde sorgfältig kauterisirt. Nach einigen Monaten hatte sich kein Recidiv des Tumors noch der Blutung eingestellt, und der allgemeine Zustand des Patienten war bedeutend gebessert.

Microscopisch erwies sich die entfernte Geschwulst als ein Angioma cavernosum sarcomatoides. Dies ist eine sehr seltene Geschwulstform, da diese Tumoren gewöhnlich Angioma oder fibro-angioma sind. Ausserdem kommen sie nur selten bei Männern vor, und gewöhnlich am vorderen und unteren Theil des Septum, dem sogenannten *locus Kiesselbachii*.

M. Thorner.

Ein Fall von Nasensteinen bei einem 12jährigen Mädchen. Von E. N. Malutin. (Medicinskoje Obosrenje No. 5, 1896.)

Der Fall ist dadurch bemerkenswerth, dass in einer Nasenseite (der rechten) sich drei ganz unabhängige Nasensteine fanden, von denen der grösste, einen Abguss der untern Muschel darstellend, folgende Dimensionen zeigte: $2\frac{1}{2}$ Ctm., 1 Ctm., 8 Mm. Das Gesamtgewicht der 3 Steine betrug 1,5 Gramm. In keinem derselben fand sich ein Fremdkörper als Kern. Die Steine bestanden hauptsächlich aus phosphorsäurem und kohlenensäurem Kalk.

Gorodecki.

Der sogenannte blutende Polyp der Nasensehewand. Von Dr. W. Freudenthal, New-York. (Annals of Ophthalmology and Otology, July 1895, pag. 424.)

Der sogenannte blutende Polyp des Septum narium ist eine sehr seltene Erkrankungsform. Histologisch sind sie gewöhnlich Angiomata. Die Mehrzahl derselben kommt bei Frauen vor, doch sind sie nicht als vicariirende Menstruation aufzufassen. Vielmehr sieht F. die Ursache in einem Trauma, das gegen einen sehr gefässreichen Platz, den vorderen Theil des Septum gerichtet ist. F. berichtet ausführlich einen von ihm beobachteten Fall. Die Patientin, 22 Jahre alt, bemerkte nach einem Falle Verstopfung der rechten Nasenhälfte; bald hinterher stellte sich recidivirendes Nasenbluten ein, das acht Monate lang angehalten hatte. Beim Versuche, die Geschwulst zu entfernen, trat eine gefahrdrohende Blutung auf, die erst nach vielen Bemühungen durch Cauterisation gestellt werden konnte. Histologisch erwies sich die entfernte Geschwulst als Fibroangiom. M. T.

Ueber Behandlung von Septumdeviationen mittelst der Trephine und der Methode von Asch. Von Dr. J. W. Gleitsmann in New-York. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 115, 1896.)

Erwähnung der zuerst von Goodwillie angegebenen schneidenden Trepankronen und stumpfen Drillbohrer für Operationen in der Nase und der Mundhöhle; Beschreibung der Operationsmethode von Asch, welche namentlich für solche Fälle geeignet ist, in denen der vordere knorpelige Theil des Septums mehr weniger zur Seite gebogen sich findet, manchmal in dem Grade, dass er die innere Wand des Nasenflügels berührt, und in denen die Entfernung des obstruirenden Knorpels eine grosse Perforation schaffen würde; Besprechung der dazu nöthigen Instrumente, als: Scheere mit convexen Branchen, deren eine schneidend, die andere stumpf ist, einer der Adam'schen ähnlichen Zange und mehrerer Obturatoren von Hartgummi in verschiedenen Grössen, ferner der Electromotoren als treibender Kraft und schliesslich eingehendere Erörterung der Nachbehandlung.

Beschorner.

Zwei bemerkenswerthe Fälle von Tuberculose der obersten Athmungswege. Von Dr. Pluder in Hamburg. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 119, 1896.)

Der erste Fall betraf einen 34jährigen, kräftig gebauten Klempner ohne erbliche Belastung, mit ausgesprochener Tuberculose der obersten Athmungswege und secundärer Erkrankung der Nase, des Nasenrachens und der Mundhöhle bei bestehender Lungen- und Kehlkopfhthise — der zweite ein 16 Jahre altes Zwillingkind, gleichfalls ohne erbliche Belastung, mit ausgebreiteter tuberculöser Affection des Isthmus faucium und Rachens, die bei negativem sonstigen Befunde als primär aufgefasst werden musste. — Bei dem ersten Kranken konnte trotz energischer allgemeiner und Localbehandlung eine Heilung oder Besserung nicht erzielt werden, während bei dem zweiten eine relative Heilung, namentlich unter intensiver Anwendung des scharfen Löffels und purer Milchsäure zu Stande kam. Beschorner.

Behandlung des Hustens, welcher auf reflectorischem Wege von der Nase und dem Gehörorgan aus entsteht. (Du traitement de la toux reflexe d'origine nasale et otique) Von Dr. Beverley Robinson. (Semaine médicale No. 57, 1895.)

Es giebt einen besonders des Nachts auftretenden Husten, welcher von der Hypertrophie der hinteren Enden der unteren Nasenmuscheln herrührt und der aufhört, wenn man Abends den Nasopharynx mit Carbollösung (2:15) in Glycerin bepinselt. Ebenso hört der vom äusseren Meatus auditorius ausgehende Husten auf, wenn man die unmittelbar vor der Trommel nach aussen liegende geröthete Stelle mit Liquor von Swieten oder einer einprocentigen Höllensteinlösung bepinselt.

Dr. P. K.

Bemerkungen hinsichtlich der Ursache des Catarrhs der Nase. Von Dr. H. J. Mulford, Buffalo. (Amer. Medico-Surgical Bulletin, März 1895.)

Verf. nimmt an, dass dem chronischen Nasencatarrh immer eine Diathese zu Grunde liege. In vielen Fällen seien Stoffwechselstörungen die primäre Ursache. Sobald das Blut schwach alkalisch reagire, sei es das cavernöse Gewebe der Nasenmuscheln, das zuerst Veränderungen zeige. Im Laufe der Zeit entwickle sich dann ein chronischer Nasencatarrh. Einen Beweis für seine Behauptungen bringt Verf. nicht vor.

M. T.

Vasomotorische Rhinitiden sumpfigen Ursprungs (Rhinites vasomotrices d'origine palustre.) Von Dr. W. Chappell. (New-York medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bei allen Fällen von Wechselfieber bemerkte Verf. häufig das Auftreten von Fieber mit Niesen, wässerigem Nasenfluss, Congestion, welcher Schnupfen schnell dem Chinin wich.

Dr. P. K.

Recidive nach Entfernung von adenoiden Vegetationen. Von Dr. T. E. Hopkins. (Manhattan Eye and Ear Hospital Report, Januar 1895.)

Bericht über 12 Fälle, in denen adenoide Vegetationen, nachdem sie von guten Operateuren sorgfältig entfernt worden waren, recidivirt sind. Verschiedene Operationsmethoden waren angewendet worden. H. ist der Ansicht, dass Recidive nach der Entfernung von adenoiden Vegetationen viel häufiger sind, als die meisten Autoren angeben.

M. T.

Kopfschmerz, durch adenoide Vegetationen verursacht. Von Dr. H. S. Straight, Cleveland, O. (Medical News, 9. Nov. 1895.)

Bericht eines Falles, in welchem Patient jeden Morgen mit heftigen Kopfschmerzen erwachte, die bis gegen Mittag anhielten. Bei der Untersuchung ergab sich der Nasenrachenraum voll von adenoiden Vegetationen. Nach Entfernung derselben verschwanden die Kopfschmerzen und blieben seitdem fort.

M. T.

Zwei seltenere Fälle aus der rhinologischen Praxis. (Verein f. wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg i. Pr., Sitzung am 17. Febr. 1896.)

Herr Gerber berichtet über die folgenden zwei Fälle:

Fall 1. Er betrifft eine 32jährige Dame, die vor etwa vier Jahren an ihrem gegenwärtigen Leiden erkrankte. Es fing mit wässerigem Ausfluss aus der linken Nasenseite an, dem sich häufigeres Nasenbluten zugesellte; der Ausfluss wurde allmählich dicker, eitrig und schliesslich übelriechend. Thränenröufeln auf dem linken Auge, linksseitige Kopfschmerzen stellten sich ein. Die Nase der etwas blossen Dame ist in der Mitte ein wenig aufgetrieben, auf Druck nicht besonders schmerzhaft. Bei Aufheben der Nasenspitze wölbt sich aus dem linken Nasenlumen ein Tumor hervor, der mässig scharfkantig gerade zwischen Septum und lateraler Wand zu sitzen scheint. Die Oberfläche ist mit Eiter bedeckt, soweit sichtbar, von weisslichgelbgrüner, wenig ausgesprochener Farbe. Die Sonde erweist ihn als knochenharten Körper, der dem Zuge verschiedener gebräuchlicher Kornzangen nicht folgt. Erst mit einem Conchotom gelingt es, das Corpus alienum zu entfernen. Es erweist sich als ein sehr ansehnlicher Nasenstein von ca. 3:2³/₄ Ctm. Durchmesser und 4¹/₂ Gr. Gewicht.

Im Ganzen dürften bisher etwa 130 Publicationen über diesen Gegenstand existiren. Ueber die Veranlassung zur Bildung des vorliegenden Steines konnte anamnestisch nichts ermittelt werden; den Stein selbst aber wollte ich nicht zerstören, zumal ich auf frühere Befunde¹⁾ hinweisen kann, die ergeben haben, dass Bacterien (Leptothrix?) einen Hauptantheil bei der Steinbildung haben dürften, ein Resultat, mit dem auch die Untersuchung entkalkter Fragmente des vorliegenden Steines genau übereinstimmte.

Fall 2. Hier handelt es sich um einen 13jährigen Knaben, der seit Juni 1894 an sehr häufigen und heftigen Blutungen aus Nase und Mund litt. Dazu gesellte sich später eine immer mehr zunehmende Behinderung der Nasenathmung, die schliesslich ganz durch Mundathmung ersetzt wurde. Patient bekam häufig Nachts Erstickungsanfälle und wurde sehr anämisch und kraftlos. Bei der Untersuchung mittelst vorderer Rhinoscopie stösst die Sonde hinten beiderseits auf einen Widerstand. Schon der leisesten Sondenberührung folgt heftige Blutung. Bei der hinteren Rhinoscopie zeigt sich eine den ganzen Nasenrachenraum ausfüllende, gut abgrenzbare Tumormasse, die nach oben zu weit an das Rachendach hinauf- und nach unten bis fast zum Rande des Segels reicht und nicht nur Choanen und Septum, sondern auch die Tubenwülste beiderseits völlig überlagert. Die Farbe ist blassröthlich; die Form die eines quer liegenden Hühnereies und auch die Grösse wohl einem solchen entsprechend. Die Diagnose wurde auf Nasenrachenfibrom — wahrscheinlich Choanenrandfibrom — gestellt. Bei der Operation zeigte sich der Tumor so weich und brüchig, dass von einem Umlegen der galvanocaustischen Schlinge Abstand ge-

¹⁾ Zur Kenntniss der Nasensteine. Deutsche medicinische Wochenschrift 1892, No. 51.

Nochmals: Der Nasenstein ein Bacterienproduct. Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1894, No. 10.

nommen werden musste und die Entfernung — grösstentheils vom Munde, zum kleineren von der Nase her — mit schneidenden Zangen und Curetten bewerkstelligt wurde. Die Ausräumung förderte eine grosse Menge weicher Tumormassen zu Tage, die das Aussehen adenoider Vegetationen boten.

Die microscopische Untersuchung eines an Herrn Professor Nauwerck übersandte Stückchens ergab: lymphadenoides Gewebe, und hatten wir es nach alledem in diesem Falle mit einer excessiven Hypertrophie der Rachenmandel zu thun, die einen Nasenrachenpolypen vortäuschte.

Seither ist die Nasenathmung eine normale, die Blutungen haben aufgehört.

Die hinteren Muschelenden. (Les queues de cornet.) Von G. Laurens in Paris. (Arch. internat. de laryngol. etc. Bd. IX, No. 1, Januar-Februar 1896.)

Betrachtungen über die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, wie sie sich bei der Hypertrophie des hinteren oder pharyngealen Endes der Nasenmuscheln darstellen, und über die subjectiven wie physicalischen Erscheinungen, welche diese, beim Menschen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre so häufige Affection mit sich bringt; Beschreibung und Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden: Electrolyse, galvanocaustische Zerstörung, Abtragung mittelst kalter oder heisser Schlinge und Bemerkungen über die Nachbehandlung, wobei den nicht selten heftigen Blutungen besondere Würdigung zu Theil wird.

Beschorner.

Fall eines Empyems der Highmorshöhle bei einem 3wöchentlichen Kinde. Von A. S. Greidenberg. (Medicinskoje Obosrenje No 5, 1896.)

Bei einem 3wöchentlichen Kinde, dessen Vater Lues überstanden hatte, bildete sich eine Anschwellung unter dem linken Auge; zugleich bemerkte man am Alveolarrande des linken Oberkiefers einen weissen Fleck, der sich als ein hohler, dünnwandiger Zahn erwies, der bei Berührung ausfiel. An dessen Stelle, die dem ersten obern linken Schneidezahn entsprach, bildete sich in den folgenden Tagen eine Necrose des Zahnfleisches aus. Auch die Anschwellung unter dem linken Auge nahm zu, es gesellte sich hohes Fieber und eitrig-blutiger Ausfluss aus dem linken Nasenloche hinzu. Es wurde nur der Eiterherd durch eine breite Incision eröffnet, die Höhle durchgespült und Jodoformgaze von der äusseren Wunde durch die Höhle zum Alveolarrande hindurchgeführt. Im Verlaufe der weiteren Behandlung wurden zu verschiedenen Zeiten 5 Sequester entfernt. Heilung nach 2 Monaten.

Gorodecki.

Qualitative Geruchmessung. Von Dr. H. Zwaardemaker in Utrecht und Dr. C. Reuter in Ems. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 55, 1896.)

Die Untersuchungen haben den Zweck, die Frage der Entscheidung nahe zu bringen, ob nur Verschiedenheit der Intensität des Reizes oder Verschiedenheit der Empfindlichkeit des Geruchsorganes Ursache

dazu sind, wenn sich bei einem Falle von Anosmie herausstellt, dass der eine Riechstoff wohl, der andere nicht gerochen wird, und erstrebt die von Z. und R. genau beschriebene Methode der qualitativen Geruchsmessung, mit einfachen Hilfsmitteln schnell einen Ueberblick zu verschaffen über das Verhalten einer Anosmie den verschiedenen Klassen der Riechstoffe gegenüber, und wenn einmal Abweichungen gefunden worden sind, diese nach strenger Methode zu prüfen. Beschorner.

Allgemeine Technik der intranasalen Operationen. (Technique générale des opérations intranasales.) Von Dr. Marcel Lermoyez. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Im Allgemeinen sind die intranasalen Operationen, selbst gar nicht antiseptisch ausgeführt, doch von normalem Verlauf wegen der antiseptischen Eigenschaften des Nasenschleimes. Diese bacterientödtende Eigenschaft hat aber ihre Grenzen und es können nachtheilige Folgen eintreten. Verf. theilt diese unangenehmen Ereignisse ein in: 1) Infection, 2) Reflexerscheinungen, 3) Blutungen. Verf. giebt nun die allgemeinen Empfehlungen, die Regeln, welche vor der Operation, während der Operation und nach der Operation zu befolgen sind.

Dr. P. K.

Ein Apparat zur Ausspritzung der Nase. Von Dr. H. Daae in Christiania. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 128, 1896.)

Gewöhnlicher Nélatoncatheter (No. 12—15), dessen vorderster Theil in einer Ausdehnung von ca. 5—8 Ctm. durchlöchert ist; das Ohr des Catheters ist zugenäht. Die Spritzung wird vorgenommen, indem man das Instrument, nachdem es an die Ballonspritze befestigt ist, so weit in die Nase bringt, wie die Löcher reichen. Das Wasser strahlt dann durch diese und reinigt die Nase.

Beschorner.

c) Pharyngo-laryngologische:

Die Streptococcen des normalen und des kranken Mundes. (Les streptocoques de la bouche normale et pathologique) Von Dr. F. Widal und Dr. F. Besançon. (Bulletin et mémoires de la société des hopitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bei sehr vielen Allgemeinerkrankungen und Localleiden des Halses fanden Verff. Streptococcen, ohne dass sie dieselben für jeden Fall von einander unterscheiden konnten; die Streptococcen, welche man bei Gesunden im Munde findet, geben durch Impfung nie Erysipelas oder Sepsis; die Streptococcen, welche aus dem Munde von 10 Erysipelasfällen entnommen wurden, ergaben durch Impfung einmal Sepsis und Tod nach 3 Tagen und zwei Mal ein typisches Erysipel. Bloss in einem Falle von membranöser nicht diphtheritischer Angina ergab die Impfung mittelst aus dem Munde entnommener Streptococcen beim Kaninchen Erysipel. Alle diese Streptococcen können, wenn sie mit anderen Microben zusammen sich finden, pathogenisch wirken. Verf. kommen zu dem Schlusse, dass man in keinem Falle die Mund-Rachenleiden nach dem Vorhandensein der Streptococcen classificiren soll.

Dr. P. K.

Microben des gesunden Halses. (*Microbes de la gorge normale.*)
Von Dr R Adams. (*Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 3, 1895.)

In 28 gesunden, im Spital untersuchten Hälsen fand man 5 Mal den Klebs-Löffler'schen Bacillus; man fand ihn zwei Mal bei 19 auswärtigen Kranken. Bei 28 masernkranken Kindern fand man 10 Mal den Klebs-Löffler'schen Bacillus; die Patienten wurden gleich behandelt und nicht einer bekam Diphtheritis. Dr. P. K.

Condylome der Luftröhre. Von Dr. H. Griffin. (*New-York Med. Journ.*, 16. Nov. 1895.)

Patientin, 30 Jahre alt, klagte über leichte Dyspnoe und unangenehme Reizzustände im Halse. War vor acht Jahren syphilitisch inficirt worden. Der Hals war sehr geschwollen und empfindlich. Laryngoscopisch konnte man nahe unterhalb der Stimmbänder eine der Vorderwand der Luftröhre anhaftende Geschwulst sehen. Dieselbe war schmutzig roth, mit schmierigem Belage bedeckt und oberflächlich zerklüftet. Heilung trat innerhalb einiger Wochen durch energische antisiphilitische Behandlung ein. M. T.

Zur Casuistik der Fremdkörper in den Luftwegen. Von N. D. Wischnakow. (*Medicinskoje Obosrenje* No. 5, 1896.)

Einem 57jährigen Mann gerieth eine kleine Gurke (bohnergross) in die Luftwege. Bei der Auscultation zeigte sich, dass der mittlere und untere rechte Lungenlappen sich bei der Athmung nicht theiligten; somit war der Fremdkörper offenbar im rechten Bronchus eingekleilt. Am 10. Tage nach Beginn der Erkrankung stiess Pat. den Fremdkörper bei einem heftigen Hustenanfall aus. Gorodecki.

Fremdkörper der Luft- und Verdauungswege. (*Corps étrangers des voies aériennes et alimentaires.*) Von Dr. F. Semon. (*Société laryngologique de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie* No. 8, 1895.)

Verf. zeigte verschiedene Fremdkörper, welche theils künstlich, theils natürlich aus den Luft- und Verdauungswegen entfernt worden waren: 1) ein Stück Holz aus der Nase eines vierjährigen Kindes entfernt, 2) eine Stecknadel mittelst Pincette aus dem Ligamentum aryepiglotticum bei einem 13jährigen Kinde entfernt, nachdem selbe seit mehreren Monaten dort gewieilt hatte, 3) ein Ohring, welcher Anfangs unter dem linken Stimmbande, dann in dem linken Bronchus sich befand und dann ausgehustet wurde, 4) ein Arm einer Zahnzange mittelst Tracheotomie aus dem rechten Bronchus einer Frau entfernt, 5) zwei halbe Penny's aus der Glottis von kleinen Kindern, welche selbe verschluckt hatten, entfernt, 6) ein Stück Fleisch, ein langes spitzes Knochenstück enthaltend, aus dem Oesophagus eines Erwachsenen entfernt. Verf. giebt die Einzelheiten aller dieser Fälle. Verf. ist der Meinung, bei einmal sicher gestellter Diagnose die Extraction mittelst aller uns zu Gebote stehenden Mittel vorzunehmen; ausgenommen in dem Fall, wo der Fremdkörper rund ist und durch das Gesetz der Schwere durch Kopfstellung herausfallen kann. Dr. P. K.

Ueber die Aetiologie der Mandeltuberculose und deren Behandlung.

(De l'étiologie de la tuberculose des amygdales et de son traitement.) Von Dr. Tussau (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1895.)

Bis jetzt zu wenig gewürdigt, dennoch sehr wichtig. Klinisch findet man Excesse im Trinken und Rauchen als Ursachen. Die anti-septische Secretion der Mandeln wird durch Excesse in absorptionsfähige Herde für septische Substanzen umgewandelt. Die Mandeltuberculose kann primär und secundär sein; im ersteren Fall soll man immer operiren. Verf. giebt drei Beispiele als Beleg. Dr. P. K.

Lacunäre acute Diphtheritis der Mandeln. (Diphthérie lacunaire aigue des amygdales.) Von Dr. Henry Koplik. (New-York med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Die lacunären Diphtherien, welche ohne Fieber, ohne gestörtes Allgemeinbefinden, ohne Pseudomembranen verlaufen, sind wichtig. Das symmetrische Ergriffensein der Mandeln nebst der bacteriologischen Untersuchung sind die wichtigsten Symptome. Dr. P. K.

Ueber Anomalieen der Entwicklung der Schilddrüse. Von Dr. med. A. Falkenberg. Aus der Kiewer chirurgischen Hospitalclink des Prof. F. K. Bornhaupt. (Chirurgitscheskaja Letopis No. 5, 1895.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Entwicklung der Schilddrüse, berichtet Verf. über einen Fall von Persistenz des Ductus thyreo-glossus fast in seiner ganzen Länge. Ein ähnlicher Fall ist bisher noch nicht publicirt worden. Es handelte sich um ein 17-jähriges Mädchen, bei welchem vor ca. 1½ Jahren sich nach kurzdauernden entzündlichen Erscheinungen eine nässende Fistel gebildet hatte. Die Fistelöffnung befand sich 3 Ctm. über dem Sternalrand und secretirte etwas schleimigen Eiter. Ueber der Fistelöffnung liess sich unter der Haut ein Strang in der Mittellinie des Halses bis über das Zungenbein hinaus verfolgen. Bei der Operation liess sich der Strang bis in die Zungenwurzel hinein herauspräpariren. Er wurde hier abgetrennt, aber zeigte an dieser Stelle noch ein Lumen. Das blinde Ende konnte jetzt in der Zungenwurzel nicht mehr gefunden werden. Die Wunde heilte per primam, doch öffnete sich nach einem Monat die Fistel wieder über dem Zungenbein. Auf eine zweite Operation ging Pat. nicht ein. Bei Untersuchung der Zunge liess sich eine Sonde in's Foramen coecum 2 Ctm. tief einführen. Die microscopische Untersuchung des excidirtten Canales zeigte, dass derselbe mit Flimmer-epithel ausgekleidet war, was seine Identität mit dem Ductus thyreo-glossus beweist.

Ferner beschreibt Verf. einen von Prof. Bornhaupt operirten Fall von accessorischer Schilddrüse in der Regio submentalis, dem er eine Uebersicht der in der Literatur veröffentlichten Fälle accessorischer Schilddrüsen anreicht. Gorodecki.

Adenom embryonaler Anlagen der Schilddrüse. Von Dr. J. M. Bachmaninow. Aus dem Moskauer Marienhospital. (Medicinskoje Obosrenje No 1, 1896.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Lehre vom Bau und Entstehung der Strumen, berichtet Verf. über zwei von ihm histologisch untersuchte Fälle von Halstumoren. Es handelte sich um einen Jüngling von 18 Jahren und ein 10jähriges Mädchen (Geschwister), welche beide Träger recht ausgebreiteter Geschwülste an den seitlichen und vorderen Halsparthien waren. Die Tumoren wurden in mehreren Sitzungen exstirpirt und erwiesen sich als theils mit der Schilddrüse zusammenhängende, theils selbstständige Wucherungen vom Baue der Schilddrüse, wobei jedoch das häufige Auftreten solider Epithelzapfen auffiel. Verf. deutet die Tumoren als Adenome, die sich aus embryonalen Schilddrüsenkeimen entwickelten. Bezüglich der Genese der Strumen lehnt er sich hiermit an die Theorie von Cohnheim-Wölfler an.

Gorodecki.

Thyroiditis mit Pneumococcen nach einer Pneumonie. Heilung.

(Thyroidite à pneumocoques postpneumonique. Guérison.) Von Dr. G. Léwi und Dr. Bensaude. (Bulletin de la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ein 49jähriger, nie mit Kropf behafteter Mann bekam in der Reconvalescenz nach Pneumonie Fieber und Abscess der Schilddrüse. Eröffnung des Abscesses. Die bacteriologische Untersuchung ergab die Pneumococcen, wie Talamon und Fränkel selbe beschreiben. Die Culturen, auf Mäuse eingepfht, tödteten selbe in 3—4 Tagen. Verff. fanden nur ein einziges ähnliches Beispiel in der Literatur.

Dr. P. K.

Die Nebenschilddrüsen beim Menschen. (Les glandes parathyroïdiennes de l'homme.) Von Dr. Chantemesse und René Marie. (Bulletin et mémoires de la société méd. des hôpitaux de Paris und Ann. des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Dank der Entwicklung dieser Drüsen nach vollzogener Thyroidec-
tomie bekommen die Patienten keine Cachexie strumipriva. Der Schwede Sandström hat dieselben zuerst beim Menschen und Thiere beschrieben; Chantemesse und René Marie bestätigen Sandström's Entdeckungen. Regelmässig bestehen am unteren Rande der Schilddrüse, an dem Punkte, wo die Arteria thyroidea inferior sich in die Drüse senkt, 2—3 kleine Drüsen, oben am hinteren Rande besteht ebenfalls, aber nicht so regelmässig, beiderseitig eine einzige kleine Drüse, welche sich ebenfalls an dem Einsenkungspunkte der Arteria thyroidea in die Schilddrüse befindet. Meistentheils befinden sich diese kleinen Nebendrüsen in der Schilddrüsen-capsel, seltener in dem umgebenden Fettgewebe. Sie haben dieselbe Farbe wie die Schilddrüse, sind fein gelappt und haben einen kleinen vasculären Stiel, der sie mit den Thyroidalgefässen verbindet. Verschieden geformt, bewegt sich ihre Grösse zwischen der eines Hirsekorns und einer Linse; das Microscop ergiebt die Structur der embryonalen Schilddrüse, die sich allmählig in

die ausgewachsene Schilddrüse verwandelt. Es ist Pflicht des Operateurs, bei der Thyroidectomie diese Drüsen zu schonen; man soll also intracapsulär operiren. Dr. P. K.

Thyroidectomie mit nachfolgender Resection der Cartilago ericoidea und der fünf oberen Trachealringe; neuer phonetischer Apparat. (Thyroidectomie suivie de résection du cartilage cricoide et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour rétablir la phonation.) Von Dr. Péan. (Gazette des hôpitaux und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Eine Frau bekam die Schilddrüse entfernt. Nach zwei Jahren Recidive mit carcinomatösem Aussehen; die Cartilago cricoidea und die fünf obersten Trachealringe mussten mitentfernt werden. Verf. zieht folgende wichtige Schlüsse: es können Anfangs gutartige Schilddrüsentumoren in bösartige sich umwandeln; es ist nothwendig, ausgiebig zu entfernen; sogar Larynxtheile und Trachealringe, wenn es nöthig ist; die Operation ist leicht wegen der Torsion und der Zerstückelung; man kann einen künstlichen Stimmapparat anlegen.

Dieser von Kraus erfundene Apparat erlaubt das Mundathmen und gestattet die normale Stimme. Die Construction des Apparates wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

Supracervicale Phlegmone und Ludwig'sche Angina. (Phlegmon cervical supérieur et angine de Ludwig.) Von Dr. G. Phocas. (Revue intern. de rhinologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Zwei Fälle bei je einem 9jährigen Kinde, Heilung. Die Infection war jedenfalls von den Zähnen ausgekommen, da sonst keine Eingangspforte entdeckt werden konnte. Die Microben hatten die Lymphbahnen betreten und der Eiter hatte sich am Mundboden oberhalb des Musculus mylohyoideus angesammelt. Verf. zieht vor, den Abscess durch die äussere Haut zu öffnen: ein einfacher Hautschnitt genügt; man kann dann mit stumpfen Instrumenten sich in die Tiefe bis auf den Eiterherd durchbohren, ohne eine Blutung zu befürchten.

Dr. P. K.

Die sublinguale Phlegmone, Ludwig'sche Angina. (Le phlegmon sublingual, angine de Ludwig.) Von Dr. Delbet. (Gazette médicale de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ludwig'sche Angina bei einem 24jährigen Mann, mit ungeheurer linksseitiger Schwellung, Schmerz, Dyspnoe, Dysphagie. Verf. verwirft den Namen Ludwig'sche Angina, weil es sich nicht um eine eigentliche Angina handelt. Es ist eine infectiöse Phlegmone, welche durch die verschiedenen pyogenen Microben hervorgebracht werden kann; sie entsteht immer in der Unterzungengege, nie in der submaxillären Loge. Daher auch die Vorschrift, tief einzuschneiden und immer den Musculus mylohyoideus zu durchtrennen. Wenn man in solchen Fällen nicht frühzeitig eröffnet, so ist die Prognose trüb. Dr. P. K.

Bacteriologische Befunde bei Angina lacunaris. Von Dr. E. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 66, 1896.)

M. fand, dass die Mehrzahl der Angina lacunaris-Fälle durch den Streptococc. pyogen. hervorgerufen wird; dass die Staphylococcen, wenn überhaupt, wohl nur in den allerseltensten Fällen für die Aetiologie heranzuziehen sind, während sie in der Majorität der Fälle als Begleiter auftreten; dass drittens der Diphtheriebacillus eine unter dem Bilde der Angina verlaufende Erkrankung verursachen kann und dass endlich, nach gut beobachteten Fällen in der Literatur, auch der Pneumococcus manchmal die Ursache der Angina ist. Beschorner.

314 Fälle von Diphtherie, behandelt mit Serum. Von Dr. W. Samgin.
120 Fälle von Diphtherie, behandelt mit Serum. Von O. W. Gortinska.
Behandlung der Diphtherie mit Serum. Zweite Serie (56 Fälle). Von A. Malinowski. (Medicinskoje Obosrenje No. 1, 1896.)

Alle drei Arbeiten geben die üblichen Zusammenstellungen. Hervorgehoben sei hier das günstige Mortalitätsverhältniss: a) Dr. Samgin: 19,4 pCt. (bei Croup 37,5 pCt.), b) Dr. Gortinska 20,8 pCt. (bei Croup 16,6 pCt.), c) Dr. Malinowski 7,2 pCt. (bei Croup 10 pCt.).

Gorodecki.

Resultate der Diphtherie-Behandlung mit Serum im Moskauer Kinder-Hospital des heil. Wladimir für das erste Halbjahr 1895. Von W. F. Dreyer. (Wratsch No. 45, 1895.)

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 310 Kranke. Die Mortalität betrug 20 pCt., während sie in den vorhergehenden Jahren zwischen 40,3 pCt. bis 47,9 pCt. schwankte. Die Behandlung war ausser den Einspritzungen die übliche: Tonica, Desinfection des Rachens, wenn nöthig Tracheotomie (31 Fälle mit 42 pCt. Mortalität). Von unangenehmen Nebenerscheinungen beobachtete Verf. häufigeres und frühzeitigeres Auftreten von Paralysen, Exantheme. Auch das Auftreten von Herzschwäche mit Arythmie des Pulses bereits nach Ablauf der localen Erscheinungen möchte Verf. auf die Serumbehandlung zurückführen.

Verf. benutzte theils Behring'sches, theils Moskauer Serum (mit Chloroformzusatz). Einen Unterschied in der Wirkung konnte er nicht constatiren. Gorodecki.

Ueber Behandlung der Diphtherie mit salzsaurem Pilocarpin. Von S. A. Barski. (Wratsch No. 45, 46, 47, 1895.)

Gegenüber der herrschenden Strömung zu Gunsten der Serumbehandlung betont Verf. den bereits von verschiedenen Seiten festgestellten günstigen Einfluss der Pilocarpinbehandlung der Diphtherie. Nach einer kurzen Uebersicht der Literatur berichtet Verf. über das Resultat seiner eigenen Beobachtungen, die er im Laufe von zehn Monaten während einer schweren Diphtherie-Epidemie in zwei Nachbardörfern des Jekatarinoslauer Gouvernements, welche 202 Kinder (10000 Einwohner) dahinraffte, anstellte. Verf. behandelte nur einen geringen Theil aller Erkrankten: 95 Fälle mit einer Gesamtmortalität von 32,63

pCt. Er theilt seine Pat. in 4 Gruppen ein: 1) nur mit Pilocarpin behandelt 48 Fälle mit 16,66 pCt. Mortalität, 2) mit Pilocarpin und Serum zugleich behandelt 17 Fälle mit 17,64 pCt. Mortalität, 3) mit Serum allein behandelt 6 Fälle mit 16,66 pCt. Mortalität, 4) weder mit Pilocarpin noch mit Serum behandelt 24 Fälle mit 79,16 pCt. Mortalität. Auch die anderen Zusammenstellungen des Verf.'s nach Alter, Häufigkeit der Stenosen etc. sprechen alle zu Gunsten des Pilocarpins. Klinisch äusserte sich die günstige Wirkung in Temperaturabfall, Besserung des Pulses und Allgemeinbefindens, sowie leichter und reichlicher Abstossung der Membranen. Auf letztere, sowie auf die reichliche Schweiss-, Speichel- und Harnsecretion möchte Verf. die günstige Wirkung des Pilocarpins zurückführen. Gorodecki.

Ueber die Ursachen der Trübung des Diphtherie-Heilserums. Von S. K. Dzerżgovski. (Wratsch No. 51, 1895.)

Verf. hat im Petersburger Institut für Experimentalmedizin ausgedehnte Untersuchungen über die chemischen und biologischen Eigenschaften des Bodensatzes im Diphtherie-Heilserum angestellt und fand, dass derselbe in den allermeisten Fällen unschuldiger Natur sei. Besonders gilt dies vom carbolisirten Serum, welches auch künstlich hereinbrachte Microorganismen (ausser Milzbrandbacillen) abtödtet.

Gorodecki.

Ueber Veränderungen im Blute und einigen Organen bei Kaninchen nach subcutaner Injection von Antidiphtherieserum. Von D. J. Kossortow. (Referirt in Medicinskoje Obosrenje No 5, 1895)

Verf. injicirte 3 Kaninchen je zweimal 500 Cubikcentimeter Heilserum und gelangte zu folgenden Resultaten:

- 1) In Leber und Nieren fand sich Hyperämie und trübe Schwellung.
- 2) Die Lymphdrüsen zeigen acute Hyperplasic, weniger die anderen Drüsen, sowie die Milz.
- 3) Im Blute fand sich eine bedeutende Quantität von sogen. Stechapfelformen, sowie auch Leucocytose.

Gorodecki.

Ueber Intubation des Kehlkopfs im Zusammenhang mit der Blutserumbehandlung der Diphtherie. Von A. A. Polievktow, Assistent der Kinderklinik in Moskau. (Detskaja Medicina No. 1, 1896.)

Verf. beschreibt die an verschiedenen europäischen Kliniken gebräuchlichen Methoden der Intubation, ihre Indicationen und Resultate, welch' letztere mit Einführung der Serumtherapie sich derart verbessert haben, dass in Zukunft die Intubation wohl der Tracheotomie den Vorrang ablaufen dürfte. Der Aufsatz bringt nichts wesentlich Neues. Empfehlenswerth erscheint Ref. das vom Verf. beschriebene, gegenwärtig in Paris gebräuchliche Intubationsbesteck von Sevestre-Bayeux, dessen viel kürzere Tuben ohne Extractor und ohne Fadenschlinge durch einfache Expectoration bei geneigtem Kopfe und gleichzeitigem Druck auf Ring- und obere Trachealknorpel sich entfernen lassen.

Gorodecki.

Pseudodiphtheritis und Streptococcen. (*Angine pseudodiphthérique à streptocoques.*) Von Dr. Jaccoud. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* und *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Localer Halsschmerz und Dysphagie, kein Fieber, submaxilläre Ganglienschwellung und Pseudomembranen im Pharynx; etwas Albuminurie, Heilung nach zwei Wochen. Die bacteriologische Untersuchung ergab Streptococccenangina, trotzdem die klinischen und microscopischen Symptome die der echten Diphtheritis waren. Verf. macht darauf aufmerksam, dass diese Art von Angina nicht so plötzlich mit Schüttelfrost und hohem Fieber auftritt, wie die Diphtheritis. Man soll in ähnlichen Fällen die Pseudomembranen entfernen, mit Sublimatlösung (1—500) einpinseln und dazwischen Inhalationen von Borsäurelösung machen.

Dr. P. K.

Ein Fall von acuter Nephritis nach einfacher herpetischer Angina mit eclamptischen Anfällen, Bronchopneumonie, Coma und Tod. (*Un cas de néphrite suraigue consécutive à une angine herpétique simple, avec crises éclamptiques, bronchopneumonie intercurrente, coma et mort.*) Von Dr. V. Siraud. (*Province méd., Revue internationale de bibliographie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein. (*Mutisme hystérique.*) Von Dr. Coradecchi. (*Gaz. degli ospit. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Hysterisches Stummsein, mit der Menstruation zusammenfallend und von den Schwierigkeiten letzterer abhängig. Behandlung mittelst Bromcampher und citronensaurem Eisenammoniak brachten Heilung.

Dr. P. K.

Hysterisches Stummsein. (*Mutisme hystérique.*) Von Dr. Carlo Gioffredi. (*Il progresso medico und Annales des maladies de l'oreille et du larynx* No. 2, 1895.)

Verf. erzählt einen Fall von hysterischem Stummsein, welcher durch einmalige Aethernarcose geheilt wurde. Er giebt die Statistik von 79 gesammelten Fällen, welche durch die verschiedenartigsten Mittel geheilt wurden; zu den heftigen Gemüthsbewegungen sind auch die sogenannten Wunder an Wallfahrtsorten zu rechnen, wo ebenfalls Heilungsfälle vorgekommen sind. Selten tritt keine Heilung ein.

Dr. P. K.

Abductorenlähmung zweifelhaften Ursprunges und Bronchocele cystica und Dyspnoe; Operation; Besserung. (*Paralysie double abductrice d'origine incertaine avec bronchocele kystique et dyspnée; opération; amélioration.*) Von Dr. Bowlby. (*Société laryngologique ds Loudres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie* No. 8, 1895.)

Ein 60jähriger Mann hat Bronchocele und Dyspnoe. Sehr starke Cyste an der linken Halsseite, welche Larynx und Trachea sehr nach rechts verdrängte. Anfälle von Erstickung, Schlingbeschwinden; doppel-

seitige Cricoarytenoideilähmung. Entleerung der Cyste. Bedeutende Besserung. Die Lähmung besteht weiter, ohne dass man eine sonstige Ursache davon finden kann.

Dr. P. K.

Aneurysma des Aortenbogens, den Vagus linkerseits und den Recurrens nebst der Trachea comprimirend; Parese des rechten Stimmbandes durch unvollständige Postleusiähmung. (Anévrisme de la crosse de l'aorte comprimant les nerfs pneumogastrique et laryngé recurrent gauches et la trachée, avec parésie abductrice de la corde vocale droite.) Von Dr. Bowlby. (Société laryngologique de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie No. 8, 1895)

Verf. zeigt das anatomische Präparat eines 60jährigen Mannes, welcher an einem Aneurysma des Aortenbogens litt, welches trotz genauer Untersuchung nicht diagnosticirt worden war. Die Section ergab, dass das Aneurysma nirgends mit den Thoraxwänden in Contact war, ausgenommen auf den Körpern zweier Wirbel; daher konnte es intra vitam nicht diagnosticirt werden. Die Tracheotomie, welche hier unnützer Weise ausgeführt worden war, hilft nie in solchen Fällen, weil die Compression intrathoracisch ist.

Dr. P. K.

Die Erschütterungen der Trachea bei Aortenaneurysma. (Les secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte.) Von Dr. V. Martin-Durr. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1894.)

Oliver hat selbe im Jahre 1878 zuerst als pathognomonisches Zeichen des Aortenaneurysma beschrieben; das Aneurysma muss aber an dem hinteren unteren Theil des horizontalen Stückes des Aortenbogens liegen; es reitet dann natürlich auf dem Anfang des linken Bronchus. Es giebt drei Methoden, die trachealen Erschütterungen festzustellen: 1) der Kranke steht gerade, schliesst den Mund, hebt das Kinn so hoch wie möglich; der Arzt nimmt die Cartilage cricoidea zwischen Zeigefinger und Daumen und hebt selbe langsam nach oben; 2) der Arzt stellt sich hinter den Kranken, nimmt die Cartilago cricoidea zwischen die zwei Zeigefingerspitzen und hebt die Cartilage nebst der Trachea langsam in die Höhe; 3) man legt abwechselnd den Zeigefinger bald links, bald rechts seitlich auf das Laryngotrachealrohr; diese Methode verhindert die Verwechslung mit dem Klopfen der Halsarterien. Zur Controlle dient, dass gewöhnlich bei Aneurysma Symptome des Vagus oder wenigstens des Recurrens durch Compression bestehen.

Dr. P. K.

Ueber die Behandlung verschiedener Kropffarten mit Schilddrüsenpräparaten. Von K. P. Serapin. (Wratsch No. 5, 1896.)

Verf. behandelte 12 Fälle mit dem trockenen Thyreoidin von Prof. A. W. Poehl und gelangte zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Die wirksamen Bestandtheile der Schilddrüse vermindern in einer gewissen Anzahl von Fällen den einfach hyperplastischen Kropf; manchmal selbst bis zur Norm.

2) Mit Vorsicht lassen sich unangenehme Nebenwirkungen vermeiden.

3) Die Wirkung des Mittels äussert sich nicht nur in Verminderung der Geschwulst, sondern auch in Regulirung der häufig begleitenden nervösen Störungen.

4) Zur Controlle der Wirkung eignet sich am besten eine Reihe photographischer Aufnahmen.

Gorodecki.

Schilddrüsenbehandlung beim gewöhnlichen Kropf. (De la médication thyroïdienne dans le goître vulgaire.) Von Dr. P. Marie. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 8 Novembre 1895 und Semaine médicale No. 56, 1895.)

Ein 14-jähriges Mädchen hat einen apfelgrossen, ziemlich harten, aber noch elastischen Kropf; nach der Schilddrüsenahrung trat gleich in den ersten Tagen Besserung und bald Heilung ein; die Allgemeinerscheinungen waren unbedeutend, das Körpergewicht hatte bloss um drei Pfund abgenommen. Diese Beobachtung stimmt mit denen von Bruns überein, dass die Methode am besten wirkt, wenn der Kropf von relativ kurzer Dauer, wenn Pat. nicht myxomatös, wenn das Volumen nicht zu bedeutend, wenn die Hypertrophie parenchymatös und wenn Pat. jung ist.

Dr. P. K.

Ueber den Tod der Kinder bei Hypertrophie der Thymusdrüse. (De la mort chez les enfants par l'hypertrophie du thymus.) Von Dr. J. Mussy. (Médecine moderne und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Der Spasmus glottidis der kleinen Kinder wird von den einen Autoren als centrale convulsivische Krankheit, von den anderen als durch den Druck der hypertrophirten Thymusdrüse auf die Trachea hervorgebracht angesehen. Verf. unterscheidet mit Recht zweierlei solche Anfälle von Spasmus, so dass beide Autoren Recht haben und besonders, wenn nicht immer, sind die plötzlich eingetretenen Todesfälle bei Spasmus glottidis auf eine Hypertrophie der Thymus zurückzuführen, was ja auch die Section jedes Mal beweist.

Dr. P. K.

Intralaryngeale Injectionen von Guajacol und Menthol bei fötidem Auswurf. (Des injections intralaryngées de guajacole et de menthol dans les cas d'expectoration fétide.) Von Dr. James Mc. Naught. (Brit. med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Bei einer 50—60-jährigen Frau bestand nach einem Influenzaanfall fötider Auswurf und lautete die Diagnose auf Abscess oder Broncheectasie. Jedenfalls nützen die Einspritzungen auffallend, nicht bloss local, sondern auch auf den Allgemeinzustand. Es wurden täglich ungefähr 2 Gramm in den Larynx von folgender Mischung gespritzt: Guajacol 2 Gramm, Menthol 10 Gramm, Ol. olivarium 240 Gramm. Ausserdem nahm Patientin täglich von folgenden Pillen: Jodoform, Creosot, Crotonchloralhydrat ää 0,12 Centigramm. Heilung nach sechs Wochen.

Dr. P. K.

Oedema glottidis als erstes Symptom des Morbus Brightii bei Erwachsenen. (Oedème de la glotte considéré comme symptôme primitif du mal de Bright chez l'adulte.) Von Dr. Maire Améro. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 3, 1894.)

Es muss immer schon, wenn auch ein leichtes Larynxleiden bestehen, wenn das Larynxödem das erste Symptom der Albuminurie sein soll. Entsteht meist langsam, selten plötzlich. Als Mittel werden Aderlass (?), diuretische Mittel, namentlich Digitalis und Lactose gegeben. Die Tracheotomie muss so frühzeitig als möglich ausgeführt werden; die Tubage scheint von Nutzen zu sein. Dr. P. K.

Zwei Todesfälle nach laryngealen Manipulationen. Von J. S. Geschelin. (Süd-russische med. Zeitung No. 25, 26, 1895.)

In dem einen Falle bei einem 19jährigen kräftigen Individuum, der an Angina und sodann an Phlegmone laryngis erkrankte, brachten Scarificationen Anfangs Erleichterung. Später wurde der Zustand schlimmer. Es wurde mit 20procentiger Cocainlösung gepinselt. Einst, nach 2maliger Pinselung, entwickelte sich bei gutem Allgemeinbefinden plötzlich Glottiskrampf und der Kranke starb momentan. In dem andern Fall, bei einer 27jährigen Frau mit Laryngitis syphilitica, war Tracheotomie vorausgegangen. Die Canüle war bereits entfernt und eine anti-syphilitische Cur eingeleitet. Da fand sich an einer Seitenwand des Larynx eine Wucherung, die entfernt wurde. Um Recidiven vorzubeugen wurde der Rest mit Acid. lactic. purum bestrichen. Sofort entwickelte sich Laryngospasmus und die Athmung sistirte. Weder Tracheotomie, noch künstliche Athmung konnten das Leben zurückrufen. Bei der Section fand sich ein eröffneter Abscessus ex perichondritide cartilaginis cricoideae. Beide Fälle werden vom Autor auf Reizung des N. laryngeus superior zurückgeführt. (Referirt in Medicinskoje Obosrenje No. 5, 1896.) Gorodecki.

Larynxabscesse. (Absès du larynx.) Von Dr. Price Brown. (Med. Record und Annales des mal. de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

1) Abscess bei einem 50jährigen Manne nach einer acuten Laryngitis. Weder Syphilis noch Tuberculose. Verf. schlug Scarificationen und die Tracheotomie vor, welche beide nicht zugelassen wurden. Am anderen Tage starb Patient plötzlich. Die Section ergab einen Eiterherd in der Höhe der Cartilago cricoidea mit Infiltration der Portio supraglottica. Epiglottis intact.

2) Abscess bei einem 42jähr. Manne, geheilt nach verschiedenen Scarificationen und Functionen theils in die Epiglottis, theils in die falschen Stimmbänder und die Regio arytenoidea.

Verf. hat 42 solcher Fälle, wo ein Larynxabscess ohne nachweisbare Ursache, durch eine sogenannte Erkältung entstanden ist, gesammelt. Selbe sind bei kleinen Kindern gefährlicher, weil sie leicht übersehen werden. Die Operation ist nothwendig, da von 10 Nichtoperirten 9 starben, während von 10 Operirten nur einer starb. Dr. P. K.

Die Behandlung von Verengerungen des Kehlkopfs und der Luftröhre mit gläsernen Schornsteincanülen nach Mikulicz. Von Dr. W. Kummel in Breslau. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 72, 1896.)

Bei schweren Narbenstenosen, bei tiefgreifenden Gestaltsveränderungen, wie sie sich an operative und andere Tumoren anschliessen, und bei hochgradigen Verengerungen, welche beim Sclerom der oberen Luftwege und der Laryngitis hypoglottica gefunden werden, eignet sich nach Ansicht von K. die von Mikulicz in Anwendung gezogene Behandlungsart in hervorragender Weise und schildert K. dieselbe, wie sie sich seit dem Jahre 1888 ausgebildet hat, dabei Vergleiche anstellend mit anderen, hier in Betracht kommenden Verfahren. — Die Eigenthümlichkeit der Methode ist die, dass von vornherein und dauernd ein breiter Zugang zu der verengten Partie geschaffen und erhalten und in die Stenose eine einfach cylindrische, eventuell am oberen Ende allmählig aus dem runden in einen entsprechenden dreieckigen Querschnitt übergehende gläserne Dilatationscanüle, gleichfalls zu längerem Liegenbleiben bestimmt, eingelegt wird. Am vorderen Rande dieses Rohres ist ein massiver, kräftiger, nach vorn in eine breite, quer-gestellte Platte auslaufender Stiel angebracht, mit welchem die Canüle angefasst und in geeigneter Weise eingeführt wird. K. theilt 11 Krankengeschichten so behandelter Patienten mit, bei denen es sich 1) um durch Laryngitis hypoglottica und Sklerom bedingte Stenosen (3 Fälle), 2) um Narbenbildung nach operativen und anderen Verletzungen (5 Fälle), 3) um Narbenstenosen nach entzündlichen Processen (3 Fälle) handelte. Von diesen 11 Kranken wurden 9 geheilt entlassen, 2 starben, und zwar einer an Bronchopneumonie im Gefolge von Carcinom der linken Kehlkopfhälfte, der andere an Bronchitis und Pleuritis im Verlaufe einer Lues tertiaria mit Kehlkopf- und Trachealstenose. In letzterem Falle spielte das Abbrechen der Canüle wohl eine bedeutungsvolle Rolle, wie denn doch die Möglichkeit eines solchen Ereignisses als ein Nachtheil der Glascanüle zu bezeichnen ist. Immerhin scheint es, dass die Behandlungsweise in geeigneten Fällen selbst dann noch erfreuliche Resultate zu liefern im Stande ist, wenn andere Methoden den Erfolg versagten.

Beschorner.

Larynxcyste bei einer 80jährigen Frau, endolaryngeale Exstirpation.

Heilung. (Kyste du larynx chez une femme de quatre vingts ans; extirpation endolaryngée; guérison.) Von Dr. Hunter Mackenzie. (Brit. med. Journ. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Dyspnoe und Aphonie. Anfang vor sechs Monaten. Ein ziemlich grosser Tumor lag am Larynxeingang, mehr nach links. Der Tumor war glatt, roth, beweglich und theilweise durch die Epiglottis bedeckt; der Stiel schien vom linken Ventrikel auszugehen. Verf. konnte den Tumor mit der rechtwinklig gebogenen, sich von vorne nach hinten öffnenden Mackenzie'schen Zange entfernen: es war eine gestielte, mit fibröser Capsel versehene Cyste. Augenblickliche Heilung.

Dr. P. K.

Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms. Von Dr. A. Baurowicz in Krakau. (Archiv für Laryngologie etc. Bd. IV, Heft 1. pag. 99, 1896.)

Dieser seltene Fall (es existiren in der Literatur nur noch zwei, der eine von Stroganoff, der andere von Schrötter, in welchen das Sclerom nach den Bronchien hinübergriff) betrifft ein 18jähriges Bauernmädchen aus Galicien, welche, trotzdem sie vor zwei Jahren tracheotomirt war und die Canüle trug, hochgradige Athemnoth zeigte. Wie es sich herausstellte, gingen die Infiltrate und Hyperplasien längs dem Bronchus der I. Ordnung auch tief auf die der II. Ordnung über; im Kehlkopfe waren die chordalen und subchordalen Infiltrationen, Verwachsungen, Wulstungen so beträchtlich, dass nur eine kleine, kaum für eine feine Sonde durchgängige Glottisöffnung zu constatiren war. Curettiren und Dilatiren der Bronchien, Laryngofission und zahlreiche andere Eingriffe, welche mit grösster Ausdauer über ein halbes Jahr mit wechselndem Erfolge fortgesetzt wurden, vermochten das tödtliche Ende nicht abzuwenden. Beim 46. Curettement erlag die Kranke ihrer unheilbaren Krankheit unter dem Bilde des Erstickens in Folge des Eintrittes von Blut in die verengten Bronchien.

Beschorner.

Primäre Perichondritis des Larynx mit Zerstörung der Larynxknorpel. Tracheotomie. Tod nach sieben Monaten. (Perichondrite primitive du larynx avec destruction des cartilages. Trachéotomie. Mort sept mois après.) Von Dr. S. Mayer. (New-York Eye and Ear Infirmary reports und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Seltener Fall, dessen Ursache nicht nachgewiesen werden konnte. Der Titel sagt Alles. Dr. P. K.

Larynxstenose bei einem Kinde, bedingt durch pseudoleukämische Schleimhautinfiltration. Von Dr. A. Stieda in Rostock. (Arch. für Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 46, 1896.)

Ein 1 Jahr 11 Monate alter Knabe mit ausgesprochener Kehlkopf-Verengerung, welche im Verlaufe von ca. 2 Monaten entstanden war und stetig zugenommen hatte, ohne dass es gelungen wäre, über die Art der Stenose laryngoscopisch Aufklärung zu erlangen, wurde tracheotomirt. Kurze Zeit darauf entstand im Anschlusse an einige heftige Hustenstösse ein hochgradiges universelles Hautemphysem und durch das gleichzeitig auftretende Emphysem des Mediastinums intensiver Luftmangel. Bald darauf Exitus letalis. Die Obduction ergab: Allgemeine Schwellung des lymphatischen Apparates mit besonderer Localisation in den Taschenbändern des Kehlkopfs und der Epiglottis mit folgender Stenose, wobei die blasse, feinkörnige Schwellung der Larynxschleimhaut hervorzuhoben war; eitrige Bronchitis, beginnende beiderseitige fibrinöse Pleuritis, Stauung in Nieren, Leber, leichte Fettinfiltration der letzteren. Allgemeines Haut- und Mediastinalemphysem. — Wahrscheinlich handelte es sich um eine pseudoleukämische Affection des Kehlkopfs und darf wohl der Fall als ein äusserst seltener bezeichnet werden.

Beschorner.

Fremdkörper im Larynx. (Corps étranger du larynx.) Von Dr. Watson Williams. (Brist. Medical Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Ein 30jähriger Mann verschluckte einen „Souverain“ und spürte Respirationsbeschwerden; am anderen Tage war Patient aphonisch, athmete aber gut. Das Laryngoscop liess die Münze quer über den Stimmbändern zwischen beiden Taschenbändern eingeklemmt sehen; der Kranke athmete durch den hinteren breiteren, nicht bedeckten Theil der Glottis. Die Adduction der Stimmbänder war unmöglich. Ein Zangenversuch wäre gefährlich gewesen. Man wollte die Tracheotomie ausführen, aber während des Chloroformirens wurde die Münze durch einen Hustenanfall in den Pharynx befördert. Dr. P. K.

Behandlung der Larynxphthise durch Anwendung und durch submucöses Einspritzen von Creosot. (Traitement de la tuberculose laryngée par les applications et les injections summuqueuses de creosote.) Von Dr. Walter F. Chapell. (N.-Y. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 9.)

Man soll nicht nur Creosot innerlich geben, sondern man soll intralaryngeale Einspritzungen unter die Mucosa damit machen. Man soll nicht mehr als 8—4 Gramm auf 30 Gramm Oel einspritzen und vorher cocainisiren. Diese Behandlungsweise mit guten hygienischen und climaterischen Verhältnissen gepaart, giebt die besten Resultate.

Dr. P. K.

Laryngotomie ohne Tracheotomie. (Laryngotomie sans trachéotomie.) Von Dr. Périer. (Académie de médecine de Paris, séance du 25. Juni 1895 und Semaine médicale 1895, No. 33.)

Verf. stellt zwei Patienten vor, denen er durch einfache Laryngotomie ohne Tracheotomie papillomatöse Geschwülste aus dem Larynx entfernt hat; bei beiden hatte die endolaryngeale Methode nicht zum Ziele geführt; die eine blieb geheilt, bei der zweiten trat trotz sorgfältiger Galvanocauterisation aller verdächtigen Stellen nach der Exstirpation Recidive ein, welche eine zweite Operation fordert. Verf. stellt eine dritte Patientin vor, welche ebenfalls zwei Mal operirt werden musste, aber nach vorausgegangener Tracheotomie; die Heilung ist vollständig und Patientin hat eine schöne Singstimme erhalten.

Dr. P. K.

Ein Kehlkopfdiaphragma. Von Dr. P. Bergengrün in Riga. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 107, 1896.)

Bei der 41 Jahre alten Patientin zeigt die laryngoscopische Untersuchung, bei übrigens vollständig normalem Verhalten sämtlicher Kehlkopfgebilde, etwas unterhalb der Rima glottidis eine graugelbliche, sehnigglänzende Membran über das ganze Tracheallumen hinübergespannt, indem sie dieses gegen den oberen Kehlkopfraum vollkommen abschliesst und auch mit der Hinterwand desselben vollständig verwachsen ist. In der Gegend des linken Aryknorpelwinkels sieht man eine winzige dunkle Oeffnung von der Grösse eines Stecknadelkopfes; ausser ihr findet sich kein anderer Weg für die Athmung. Die Affection

besteht ca. 15 Jahre, indem seit dieser Zeit Patientin ohne jede merkbare Veranlassung (sie wurde niemals laryngoscopirt) an Athemnoth zu leiden begann, welche sich bis zu heftigem Stridor laryngis steigerte und die Kranke dann durch 15 Jahre keinen Augenblick verliess. Physikalisch merkwürdig ist die Thatsache, dass eine Stimmstörung, trotz des fast absoluten Luftabschlusses, nicht bestanden hat. — Spaltung der Membran und Einlegen von Schrötter'schen Hartkautschuk-Tuben erzielte vollständige Heilung innerhalb von ca. zwei Monaten. Was die Ursachen anlangt, welche hier das schwere Leiden bewirkt haben, so ist nicht unwahrscheinlich, dass eine congenitale Anlage vorhanden war, welche das Fundament zur späteren, einer unbekanntenen Ursache entstammenden Ausbildung der beschriebenen Schleimhaut bildete.

Beschorner.

Ein zerlegbarer und sterilisirbarer Kehlkopfspiegel. (Un miroir laryngien démontable et stérilisable.) Von Dr. G. Killian. (Archives internat. de laryngologie, Tome VII, p. 18, und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Der gewöhnliche Larynxspiegel ist schwer zu desinficiren. Selbst in antiseptischer Lösung gewaschen, kann man noch Culturen von Tuberculosebacillen hervorbringen (Cornet). Um solche Spiegel gehörig zu desinficiren, soll man (Jung) sie in heissem Wasser seifen und bürsten, in Alcohol waschen, während 6—10 Minuten in starker Carbollösung liegen lassen, wieder mit Wasser oder Alcohol abwaschen und dann mit einem sterilisirten Tuche abtrocknen: eine langwierige Methode, welche dabei den Spiegel verdirbt. Der Killian'sche ist leicht zu sterilisiren: er besteht in einem Spiegel, welcher in eine dünne Capsel mittelst Kitt befestigt ist; diese doppelte Scheibe ist ähnlich einem Brillenglas in einen Metallring eingefasst, welchen Ring man nach Belieben durch einen auf dem Stiel sich bewegenden Zapfen öffnen und schliessen kann. Diese Montur kann immer dienen, man braucht den eigentlichen Spiegel nur zu erneuern.

Der Beschreibung nach zu urtheilen, ist der Killian'sche Larynxspiegel nicht so einfach wie der bewegliche, von Hopmann construirte; letzteren wendet man zur grössten Zufriedenheit an (der Referent).

Dr. P. K.

Ein Fall von Epiglottiscyste. (Un cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Noquet. (Société centrale de médecine du département du Nord, October 1895 und Bulletin médical du Nord No. 21, 1895.)

Seltene Fälle. Hier wurde die Cyste zufällig bei einem 13jährigen Knaben entdeckt; keine krankhaften Symptome. Glatter, kirschgrosser, runder, weissgelber, flachaufsitzender, an der vorderen linken Seite der Epiglottis sich befindender Tumor; durch Druck hatte der Tumor die Epiglottis in eine Falte gelegt, so dass die so gefaltete Epiglottis in eine linke und rechte Hälfte mit linker und rechter Fläche (statt vorderer Fläche) getheilt war. Die Cyste war jedenfalls durch Verstopfung einer traubenförmigen Drüse entstanden. Eröffnung und Verbrennung der Cyste mit dem galvanischen Messer.

Dr. P. K.

Tuberculose des Corpus thyroideum. (Un cas de tuberculose de la glande thyroïde.) Von Dr. Walter F. Chappell. (Manhattan eye and ear hosp. reports und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ein 15jähriger hereditär belasteter Knabe bekam vor zwei Jahren Schwellung des Corpus thyroideum, welche allmählig zunahm; der Tumor war hart, die Haut roth, am Isthmus befand sich eine Oeffnung, aus welcher käsige Massen herauskamen. Husten und Dyspnoe; Lungen-, Larynx- und Halsdrüsentuberculose. Die käsigen Massen zeigten den Koch'schen Bacillus.

Dr. P. K.

Epithelioma des Corpus thyroideum, Metastase in der Pleura und in beiden Oberarmknochen, spontane Fractur derselben, Fibrom des Uterus. (Epithélioma du corps thyroïde, métastase dans la plèvre et les deux humérus qui sont fracturés spontanément. Corps fibreux utérin.) Von Dr. Martin. (Bulletin de la société anatomique und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Bestehenbleiben des Ductus thyreoglossus. (Persistence du conduit thyroéglousse.) Von Dr. Durham. (Société de méd. et de chirurgie de Loudres und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Drei Fälle bei je einem 19jährigen, 6jährigen und 18jährigen Patienten. Diese congenitalen, in der Mittellinie des Halses sich befindlichen Fisteln sind häufiger, als allgemein angenommen wird und werden oft mit Bronchialfisteln verwechselt.

Dr. P. K.

Resection des Os hyoideum. (Résection de l'os hyoïde.) Von Dr. C. Beck. (Medical Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

In diesem Falle wurde die Resection des grossen und des kleinen Hornes sowie der betreffenden Hälfte des Corpus ausgeführt zur Heilung einer Halskiemen- (Bronchial-) Fistel. Verf. rath diese Resection bei Fractur und Caries an.

Dr. P. K.

Eine Stecknadel in der Trachea. (Une épingle dans la trachée.) Von Dr. H. Carduell. (Medic. Record und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894.)

Die Stecknadel wurde 25 Tage lang vertragen, kaum dass, besonders des Nachts, etwas Husten mit blutigem Auswurf bestand. Sie konnte im Laryngoscop nicht gesehen werden und die geringen Symptome forderten auch keinen energischen Eingriff. Nach 3 Monaten und 5 Tagen wurde selbe mit einem kräftigen Hustenstoss ausgeworfen.

Dr. P. K.

Blutegel in der Trachea. (Un cas de sangsue dans la trachée.) Von Dr. Ridola. (Archiv ital di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Ein 59jähriger Mann trank am Brunnen geschöpftes Wasser aus einem irdenen Krug. Gefühl des Fremdkörpers im Munde. Nach 2—3 Stunden kam Blutspeien ohne Stimm- und Respirationsstörungen.

Das Laryngoscop liess einen dunkeln Fremdkörper unter dem rechten Stimmbande, den ersten Trachealringen anheftend, erkennen. Nach 10 Tagen wurde das Thier (*Hämopis vorax*) lebend extrahirt.

Dr. P. K.

Klinische und pathologisch-anatomische Studie über primäre Trachealstenosen. (Contribution à l'étude clinique et anatomopathologique des sténoses trachéales intrinsèques.) Von Dr. Strazza. (Archiv ital. di laryng. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Eine 21jährige Frau, Reconvalescentin von einer Pleuritis, zeigte die Symptome einer Laryngotrachealstenose. Nach einiger Zeit zeigte die Tracheoscopie einen granulirten Tumor, dessen grösster Durchmesser sich in der Höhe des fünften bis sechsten Trachealringes befand. Die Dilatation mit den etwas mehr gebogenen Schrötter'schen Röhren brachte grosse Erleichterung. Die Diagnose wurde auf tuberculösen Tumor gestellt.

Dr. P. K.

Traumatische Lungenhernie; chirurgischer Eingriff; Heilung. (Hernie traumatique du poumon; intervention chirurgicale suivie de guérison) Von Dr. Reynier. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 30 Octobre 1895 und Semaine médicale No. 55, 1895.)

Ein 61jähriger Mann wurde durch die Deichsel einer Kutsche in der Gegend des fünften Intercostalraumes gequetscht und wurde mit kleinem Pulse, Dyspnoe und Emphysem an der betreffenden Hautstelle in's Spital gebracht. Bei jedem Inspirium wurde die Haut durch einen gashaltigen Tumor in die Höhe gehoben. Ein Hautschnitt legte die Lunge bloss, der Intercostalraum zeigte sich in einer Länge von 11 bis 12 Ctm. zerrissen, eine kleine Lungenwunde wurde vernäht, die Lungenhernie wurde reducirt, der Intercostalraum wurde durch eine umschlungene Naht vernäht, die zwei betreffenden Rippen wurden durch einige Silberdrähte einander genähert; es bildete sich ein oberflächlicher Hautabscess, welcher am sechsten Tage geöffnet wurde. Heilung.

Dr. P. K.

Chirurgische Eingriffe bei Lungenverletzungen. (De l'intervention chirurgicale dans les plaies du poumon.) Von Dr. Quénu. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 6 Novembre 1895 und Semaine médicale No. 56, 1895.)

Ein 19jähriger junger Mensch wurde mit einer perforirenden linksseitigen, den siebenten Intercostalraum einnehmenden Thoraxwunde in's Spital gebracht. Die Wunde wurde zugenäht. Am anderen Tage fielen die Blässe und die grosse Schwäche des Patienten auf. Eine Punction ergab 600 Gramm reinen Blutes; eine zweite Punction ergab 2000 Gramm fast reinen Blutes. Da der Schwächezustand andauerte, wurde die Wunde geöffnet und erweitert, die siebente Rippe resecirt; da die Blutung nicht von der Arteria intercostale herrührte, welche letztere unversehrt war, wurde die Pleura weit eröffnet, die gegen die Wirbelsäule retrahirte Lunge von den sie umgebenden Blutgerinnseln befreit und mit Jodoformgaze tamponirt. Die Blutung hörte auf und Patient war in zwei Wochen geheilt.

Dr. P. K.

Fremdkörper im Oesophagus. Folgender Abscess. Tod. (*Corps étranger de l'oesophage. Abscès consécutif. Mort.*) Von Dr. Rabet. (*L'année médicale de Caen und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 1, 1894*)

Ein gierig verschlucktes Stück Hammelknochen blieb in der Höhe der Cartilago cricoidea stecken, drang in's Mediastinum und verursachte linksseitiges Emphysem am Hals und Gesicht. Später entstand ein perioesophagealer Abscess, welcher längs der linken vorderen Lungenfläche sich senkte und in die linke Pleurahöhle brach. Pyämie und Tod nach 7 Tagen.

Dr. P. K.

Notizen.

Dr. Passow, Assistent an der Klinik Prof. Trautmann's, wurde an die Stelle von Moos zum Prof. extraordinarius in Heidelberg ernannt.

66. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Frankfurt a. M., 21.—26. September 1896.

Die Herren San.-Rath Prof. Dr. med. Moritz Schmidt (Grosse Gallusstrasse 18) als Einführender und Dr. med. Carl Vohsen (Guiollottstrasse 4) als Schriftführer der Section No. 20. Laryngologie und Rhinologie; ferner die Herren Dr. med. Oscar Wolf (Oedenweg 16) als Einführender und Dr. med. H. Seligmann (Rochstrasse 12) als Schriftführer der Section No. 19. Otologie laden die Herren Vertreter dieser Fächer zur Theilnahme an den Verhandlungen dieser Abtheilungen ein.

Gleichzeitig bitten sie Vorträge und Demonstrationen frühzeitig — bis Ende Mai — bei den Einführenden anmelden zu wollen, da die Geschäftsführer beabsichtigen, zu Anfang Juli allgemeine Einladungen zu versenden, welche eine vorläufige Uebersicht der Abtheilungssitzungen enthalten sollen. Wünsche in Betreff gemeinsamer Sitzungen mit anderen Abtheilungen mögen ihnen kundgegeben und Berathungsgegenstände für diese Sitzungen genannt werden. Als Tag für gemeinsame Sitzungen ist Mittwoch, der 23. September, in Aussicht genommen.

Oesterreichischer Otologen-Tag.

Die Einladungen zum Oesterreichischen Otologen-Tage, welcher bekanntlich am 28. und 29. Juni in Wien stattfinden wird, sind bereits ergangen. Anfangs Juni wird das Verzeichniss der angekündigten Vorträge versandt.

Internat. med. Congress in Moskau. Unsere Bemerkung über die Unzweckmässigkeit der Vereinigung der Otologie und Laryngologie zu einer Section war von Erfolg. Wie uns vom Secretär Herrn Dr. von Stein aus Moskau berichtet wurde, und wie wir nunmehr auch dem bereits versandten neuen Reglement entnehmen, ist man von dem ursprünglichen Plane abgegangen und wird für jede der genannten Specialitäten eine eigene Section bestehen.

Verantwortlicher Redacteur Prof. Dr. Jos. Gruber, Wien.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 38.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Bitterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. R. Voltolini und
weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Beschorner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gomperz** (Wien), Dr. **Weinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Onodi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. **A. Schapring** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. **E. Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störek** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonniert auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Juni 1896.

No. 6.

I. Originalien.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Fortsetzung zu No. 5.)

Catarrhus chronicus und Otitis media hyperplastica.

Bei der Behandlung chronischer Catarrhe und Fällen von Otitis media plastica wurde nebst dem üblichen Catheterismus die Injection von Vaselinum liquidum sterilisatum per tubam ausgeführt. Dieses Mittel erwies sich als zweckmässig und viel empfehlenswerther als der einfache Catheterismus mit Lufteintreibung. Viele der Kranken gaben an, dass quälende subjective Beschwerden (Ohrensausen, Schwindel) sich wesentlich besserten, mitunter auch ganz zurückgingen. Auch bei der Otitis media plastica waren, allerdings nur in wenigen Fällen, objectiv nachweisbare Erfolge zu verzeichnen. Ausserdem wurde bei der Therapie der chronischen Catarrhe Catheterismus mit Eintreibung von Aether. aceticus-Dämpfen und Jodkalium-Lösungen angewendet. Versuche, heisse Luft und Wasserdämpfe zu benutzen, wurden bald als unzweckmässig aufgegeben. Den Nasen- und Rachenaffectionen,

welche die chronischen Mittelohr-Catarrhe begleiten oder bedingen, wurde eine entsprechende Behandlung zu Theil. — Bei Verdickung des Trommelfells und mangelhafter Beweglichkeit der Gehörknöchelchen machten wir methodische Luftverdichtung und Verdünnung im äusseren Gehörgang und konnten in einigen Fällen einen ausgezeichneten Erfolg nachweisen. Wir verwenden dazu den von Gruber angegebenen einfachen Apparat, welcher einen kleinen Ballon darstellt, der die Hälfte eines gewöhnlichen Otosopes angefügt hat. Wenn das Ansatzstück des Otosopes hermetisch in den Gehörgang gefügt wird, kann eine verschieden starke Compression oder umgekehrt eine Verdünnung der Luft im Gehörgange erzielt werden, je nachdem der Ballon comprimirt wird oder man ihn aus dem Gehörgange bei vorausgegangener Compression wieder die Luft aspiriren lässt. Mit diesem Apparat, welcher sehr einfach ist und geringe Auslagen verursacht, lässt sich leichter dasselbe erzielen, was man mit den sonst kostspieligen Apparaten erreicht. Der Patient kann den Apparat auch selbst anwenden, wodurch er sich oft und sehr leicht, namentlich bei subjectiven Hörempfindungen, Erleichterung verschaffen kann. Es ist diese Behandlung zugleich eine *Massage*, die auf diese Weise leicht auszuführen ist.

Chronische eitrige Mittelohrentzündung mit Caries des Warzentheiles. Pyämie, Entzündung der Sinus sigmoideus-Wand mit extraduralem Abscess in der Schädelhöhle auf operativem Wege geheilt.

K. L., Geschäftsführer, 44 Jahre, geboren zu Salzburg, aufgenommen am 9. Novbr. 1895, geheilt entlassen am 24. Novbr. 1895.

Anamnese: Patient erlitt zwei Mal einen Bruch des linken Vorderarms und des linken Unterschenkels, soll sonst niemals krank gewesen sein. Das Ohrenleiden datirt angeblich seit fünf Jahren, zu welcher Zeit rechts Ohrenfluss aufgetreten sein soll, der seither fortbesteht. Seit zwei Jahren ist Patient in ohrenärztlicher Behandlung. Allgemeinerscheinungen in Folge des Ohrenleidens bestanden bisher nicht. Am 31. October trat zum ersten Male Schüttelfrost ein; seither wiederholten sich Schüttelfröste täglich, Anfangs zwei Mal jeden Tag mit Temperatursteigerung bis 40°, nachträglich raschem Temperaturabfall und Schweiss. Dabei in den letzten Tagen heftige Kopfschmerzen, Schmerzen im Nacken und rechts in der Gegend des Unterkieferwinkels. Auf Anrathen des Arztes suchte Patient das Spital auf.

Status praesens: Mittelgross, ziemlich gute Musculatur. Temperatur bei der Aufnahme 36,7. Skleren leicht icterisch, Pupillen gleich, reagiren prompt. Seitens der Hirnnerven keine Erscheinungen. Lungenbefund normal; Herztöne ziemlich schwach, rhythmisch, Puls 72, Unterleibsorgane normal.

L. O.: Gehörgang normal, Trommelfell im hinteren oberen Quadranten durch eine ovale, dünne, glatte Narbe ersetzt. Hörweite für Uhr 0, für laute Sprache 2—3 Mtr.

R. O.: Im Gehörgange dickflüssiger, übelriechender, mit Epidermis (Cholesteatom?) untermengter Eiter, Gehörgang im knöchernen Theile verengt, in seinen Wänden geröthet, Trommelfell destruirte, Paukenschleimhaut geschwellt. Nähere Details nicht zu erkennen. Weich-

theile des Warzenfortsatzes normal. Patient giebt an, Druckempfindlichkeit entsprechend dem vorderen Rande des *Musculus sternocleidomastoideus* zu haben. Uhr 0, laute Sprache einige Centimeter. Weber unbestimmt. Abendtemperatur 38^o.

Therapie: Alcohol, Bitterwasser.

9. Novbr. Abendtemperatur 38,0; Abführmittel.

10. Novbr. Temp. 37,7. Patient fühlt sich leichter. Rasseln rechts hinten unten. Abendtemp. 37,5.

11. Novbr. Temp. 37,6. Patient klagt über Schwindel. Profuse Otorrhoe anhaltend. Die Cutis der knöchernen hinteren Gehörgangswand stark geschwellt, wie polypös. In der Tiefe Eiter. Seitens der Hirn- und Extremitätennerven keine Erscheinungen. Unsicherer Gang bei geschlossenen Augen.

12. Novbr. Operation unter Chloroformnarcose. 4 Ctm. langer Schnitt durch die normalen Weichtheile bis zur Spitze des Warzenfortsatzes geführt. Corticalis äusserlich normal. Schichtweise Ausmeisselung aus dem vollkommen sklerosirten blutreichen Warzenfortsatze in dessen oberer und mittlerer Partie, in Ausdehnung bis circa 2 Ctm. nach hinten vom Meatus audit. extern.

Nach Ausmeisselung eines etwa 1 Ctm. tiefen Stückes zeigt sich plötzlich dünnflüssiger, übelriechender Eiter, der unter Pulsation hervortritt. Nach Abtragung der entsprechenden Knochenpartie zeigt sich dann ungefähr ein Kaffeelöffel voll übelriechenden, dünnflüssigen Eiters, dem Sinus in seiner ganzen Länge aufgelagert; die Sinuswand verdickt, etwas missfarbig, der Sinus selbst deutlich pulsirend. Hierauf wird das Antrum in typischer Weise aufgemeisselt und die knöcherne hintere Gehörgangswand in ihrer oberen Hälfte mit Meissel und scharfem Löffel entfernt, ein Theil der Atticwand weggemeisselt und eine grosse, aus Mittelohr, oberem Trommelhöhlenraum, Antrum, Zellen des Warzenfortsatzes bestehende Höhle im Warzenfortsatze angelegt, die daselbst befindlichen Granulationen und Eiterretentionsmassen theils mit scharfem Löffel, theils durch Ausspritzen vom Gehörgange aus entfernt. Diese Höhle ist nicht in directer Verbindung mit dem in ca. $\frac{3}{4}$ Ctm. grosser Ausdehnung freigelegten Sinus. Abtragung eines Theils der membranösen hinteren Gehörgangswand mit Scheere. Jodoformgazeverband. Nach der Operation Temperatur 39,0, Abends 38,7; kein Schüttelfrost.

13. Novbr. Temp. 37,0, Abends 37,5.

16. Novbr. Stets afebril; erster Verbandwechsel.

24. Novbr. Patient stets afebril; Allgemeinbefinden gut. Er hat weder vom Ohre, noch von den inneren Organen irgend welche Beschwerden. Verbandwechsel jeden zweiten Tag. Wundverlauf vollkommen normal, Aussehen der Wunde befriedigend. Im Mittelohre Granulationen, welche in der Tiefe das Cavum verengern. Die freigelegene Sinuswand nur noch zum Theile sichtbar, pulsirend. Im Ganzen sehr wenig Eitersecretion. Jodoformgazeverband. Wegen Platzmangels wird Patient entlassen und angewiesen, zum Verbandwechsel jeden zweiten Tag im Ambulatorium zu erscheinen.

Bei seinem letzten Besuche an der Klinik (16.5.) ist ausser einem etwa $1\frac{1}{2}$ Ctm. tiefen Wundcanal hinter der Muschel, welcher in seiner

ganzen Länge höchstens 5 Mm. im Durchmesser hat, Alles vernarbt. Der Gehörgang mässig weit, die Schleimhaut der Trommelhöhle fast trocken, die Uhr wird rechts in contigno gehört. Patient sieht gesund und kräftig aus und giebt auch an, sich vollkommen wohl zu fühlen.

Acute eitrige rechtsseitige Mittelohrentzündung, Entzündung des Warzentheiles, Eröffnung desselben, beschleunigte Heilung durch Spätnaht.

J. Z., Maurergehilfe, 34 Jahre, aufgenommen 19. October 1895, geheilt entlassen 9. November 1895 (J.-No. 71601).

Mutter lebt noch, Geschwister gesund, Patient hat in der Kindheit Scharlach überstanden. Als Kind hatte er auch Ohrenstechen, weiss aber sonst nichts Genaueres darüber anzugeben.

Vor sechs Wochen arbeitete er im Keller, am Abend bekam er Stechen im Ohr und Kopfschmerzen; auch trat nach einer Woche geringer Ohrenfluss auf, der nach drei Wochen sistirte. Nun trat eine Anschwellung hinter dem Ohre auf und Patient kam jetzt auf Rath eines Arztes auf die Klinik.

Status praesens. Patient ist mittelgross, afebril, innere Organe normal. Linkes Ohr normal, rechte Ohrmuschel abstehend, Gehörgang durch Hereinragen der hinteren Wand schlitzförmig verengt, trocken. Trommelfell mit einem kleinen Segmente sichtbar, geröthet, nicht perforirt; Details nicht erkennbar. Weichtheile des Warzenfortsatzes geröthet, geschwollen, fluctuirend, wenig schmerzhaft. Weber rechts, Rinne rechts nicht verwerthbar. Uhr wird auf 30 Ctm., Flüstersprache durch's ganze Zimmer gehört; bei Catheterismus Einströmungs-, jedoch kein Perforationsgeräusch.

Operation: Chloroformnarcose, $\frac{1}{2}$ Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein 7 Ctm. langer Schnitt durch die Weichtheile bis 2 Ctm. unterhalb der Spitze des Warzenfortsatzes. Subperiostal etwa 3 Esslöffel dickflüssigen, nicht übelriechenden Eiters; Periost in grosser Ausdehnung abgehoben. Nahe der Spitze des Warzenfortsatzes zeigt sich eine linsengrosse Fistelöffnung im Knochen, durch welche Granulationen zum Vorschein kommen. Schichtweise Ausmeisselung aus dem stark hyperämischen erweichten Warzenfortsatz, wonach sich eine fast die ganze Länge desselben einnehmende, über 3 Ctm. lange, 1 — $\frac{1}{2}$ Ctm. breite, 1 Ctm. tiefe, glattrandige Knochenhöhle zeigt, welche mit Eiter und weichen, leicht blutenden Granulationen ausgefüllt ist. Ausräumung mit dem scharfen Löffel, Jodoformgazeverband.

31. October. Länge der Wunde $4\frac{1}{2}$ Ctm., klaffend auf $2\frac{1}{2}$ Ctm., $2\frac{1}{4}$ Ctm. tief, nach afebrilem Wundverlauf. Spätnaht durch Anlegung von 8 tiefgehenden Heften.

2. November. Entfernung der Fäden, die Wunde ist bis auf eine kleine, granulirende Stelle im unteren Winkel geschlossen.

9. November. Geheilt entlassen.

Entzündung des rechtss. Warzenfortsatzes mit Abscessbildung. Trepanation, beschleunigte Heilung durch Anlegen einer Spätnaht.

R. W., Mediciner, 22 Jahre, aus Olmütz, Mähren; aufgenommen am 29. April 1895, geheilt entlassen am 26. Mai 1895.

Eltern und Geschwister sind gesund. Patient hat in der Kindheit mehrere Krankheiten (Masern, Lungenentzündung) durchgemacht, aber nie ein Ohrenleiden gehabt. Chronischer Nasenrachencatarrh seit zehn Jahren, wiederholt behandelt. Am 14. April d. J. nach Ausspritzen der Nase mit warmem Salzwasser Stechen im linken Ohre. In der Nacht traten heftige Schmerzen auf, die acht Tage dauerten, wobei nach Angabe des Pat. blutig-schleimiger Eiter aus Nase und Rachen kam, dann trat spontan Perforation ein. Seither Otorrhoe. Ausspritzung mit Kali hypermangan. am 27. April. Durchspülung per tubam verursacht Steigerung der Schmerzen. Schlaflosigkeit, Fieber, Druckempfindlichkeit am Warzenfortsatze, daher Spitalsaufnahme.

Status praesens: Mittelgross, schwächlich, mager, blass. Temperatur 38,3. Innere Organe normal. L. O.: Trommelfell eingezogen, getrübt, Uhr 2 Mtr.

R. O.: Gehörgang mit schleimigem Eiter gefüllt, geröthet, enger durch Hereinragen der hinteren oberen Wand. Trommelfell hochgradig entzündet, geschwellt; hinten unten an einer stecknadelkopfgrossen Stelle perforirt; daselbst pulsirender Lichtreflex. Weichtheile des Warzenfortsatzes nicht geschwollen, jedoch besonders an der Spitze druckempfindlich. Weber links, Rinne negativ; Uhr in contig. Proc. mast.; laute Sprache 1 Mtr., bei Valsalva Perforationsgeräusch mit Rasseln.

Therapie: Bettruhe, Ausspritzung.

30. April. Temp. 37,1—38,0, Leiter'scher Kühlapparat. Profuse Otorrhoe, schlechter Schlaf.

1. Mai. Temp. 37,5—38,3. 2. Mai. Temp. 37,7—37,8. Gehörgang enger; Druckempfindlichkeit nach dem Leiter'schen Apparat gering.

3. Mai. Temp. 37,5—37,7.

4. Mai. Temp. 37,7. Schmerz wieder zugenommen. Operation in der Chloroformnarcose. $\frac{3}{4}$ Ctm. hinter dem Ansatz der Ohrmuschel ein 5 Ctm. langer Schnitt durch Haut und Periost bis zur Spitze des Warzenfortsatzes. Geringe Blutung. Corticalis äusserlich normal. Nach schichtweiser Ausmeisselung eines 2,5 Ctm. langen, 1 Ctm. dicken Knochenstückes aus dem mittleren und unteren Theile des Warzenfortsatzes quillt unter hohem Drucke stinkender, dickflüssiger Eiter ab, der in einer nicht über nussgrossen, mit Granulationen ausgefüllten, die Spitze des Warzenfortsatzes einnehmenden, mit dem Antrum nicht communicirenden Höhle enthalten ist. Die Corticalis in grosser Ausdehnung erweicht. Auskratzung; Jodoformgazeverband.

8. Mai. Erster Verbandwechsel; afebril. Ekzem um die Wunde; im Gehörgange Eiter.

10. Mai. Zweiter Verbandwechsel; Eiterung aus dem Ohre sistirt.

20. Mai. Ekzem geheilt; Wunde $2\frac{1}{2}$ Ctm. lang, 2 Ctm. tief, normal granulirend. Secundärnaht, 5 Nähte.

26. Mai. Wunde ganz geschlossen, Gehörgang weit. Trommelfell blass. Flüstersprache 5 Mtr.

(Fortsetzung folgt.)

Ueber die Sichtbarkeit der oberen Nasenmuschel (Concha ethmoidalis media) in nichtatrophischen Nasenhöhlen.

Von

Dr. Hugo Bergcat, München.

Es ist ein so fester Lehrsatz der Rhinologie, die obere Muschel könne in nichtatrophischen und unverletzten Nasen bei vorderer Rhinoscopie nie erblickt werden, dass die wenigen entgegenstehenden Behauptungen kurzweg mit dem harten Urtheile einer ungenügenden Sachkenntniss abgethan werden: es sei die obere Partie einer horizontal gespaltenen mittleren Muschel für eine obere Muschel gehalten worden. Nun bin ich aber am Lebenden und beim Studium des Naseninnern an skelettirten Schädeln zu Befunden gelangt, welche diesem Lehrsatz seine uneingeschränkte Giltigkeit ebensowenig belassen, als sie jenem von der Symmetrie der Choanen gebührt, wie zunächst von Hopmann dargethan worden ist.

Zunächst bringe ich die Befunde an den macerirten Schädeln der Münchener Anatomie, deren Exemplarnummer ich beisetze. Ich will mich gegen etwaige Einwendungen mit der Erklärung sicher stellen, dass ich eine gebührende Dicke der Schleimhaut der mittleren Muschel, die nach Zuckerkandl 3—5 Mm. beträgt, wie auch die Einschränkung der Gesichtssphäre durch Verbiegung des Septums jedes Mal in die Schätzung einbezogen habe; ausserdem habe ich es wohl bedacht, dass die ungleiche Stärke des Tuberculum septi nur im Allgemeinen, nicht aber im einzelnen Falle es sagen lässt, ob von ihm unser Blick aufgehalten worden wäre.

No. 684, Gesichtsschädel allein, wahrscheinlich aus der Münchener Bevölkerung.

Rechts ragt die untere Muschel nur wenig in's Nasenlumen hinein, und etwa ebensoweit die mittlere, ohne dass sie aber die Grössen- und monotonen Formverhältnisse atrophischer Muscheln böten; die Bulla hat nur eine minimale Ausdehnung in der Nasenhöhle. Der obere Nasengang beginnt 7 Mm. hinter dem vorderen Rande der mittleren Muschel. — Im ganzen Gebiete der oberen Muschel sind die Siebbeinzellen sehr stark entwickelt, indessen ist ihr doch ein plattenförmiger unterer Rand geblieben. Sie ragt so weit über die mittlere Muschel nach einwärts, dass nicht nur ihr ganzer Rand, sondern auch die ganze Decke des oberen Nasenganges von vorne her sichtbar ist. Von der Choane aus lässt der tiefe Stand des hinteren Endes der oberen Muschel eine Verkleinerung der mittleren und eine Vergrößerung der oberen Muschel auch in verticaler Richtung erkennen. — Links sehr ähnliche Verhältnisse, nur macht ein Tuberculum ethmoidale anticum das Hereinragen der oberen Muschel weniger augenfällig.

Vorausgesetzt, dass keine zu bedeutende Entwicklung des Tuberculum septi oder sonstiger vorderer Schleimhautpartien bestanden hat, muss an diesem Kopfe zum mindesten der vordere Theil der rechten oberen Muschel, deutlich abgetrennt von der mittleren, und vielleicht sogar ein Stück der Decke des oberen Nasenganges zu sehen gewesen sein.

No. 478. Oberägypter.

Rechter oberer Nasengang 9 Mm. hinter dem Vorderrande der mittleren Muschel beginnend. Obere Muschel so ausgedehnt durch Zellen, dass sie dicht an das Septum hererreicht. — Links genannte Distanz 8 Mm. Im Allgemeinen ähnliche Verhältnisse.

Hier wird das vordere Stück der rechten oberen Muschel in Gestalt eines Wulstes dicht am Septum zu sehen gewesen sein; auch von der linken oberen Muschel konnte der vorderste Theil zur Ansicht kommen, aber ohne, bei Mangel einer sichtbaren Furche, abgegrenzt zu erscheinen.

No. 316. Franzose, départ. Corrèze.

Rechte obere Muschel stark gebläht. Dank der vorne sehr bedeutenden Auswärtsneigung der mittleren Muschel liegt der obere Nasengang ganz frei. Distanz rechts 10 Mm.

No. 317. Franzose aus Beaugency.

Rechts Distanz 9 Mm. Obere Muschel enthält besonders vorne sehr grosse Zellen. Der obere Nasengang ist in seinem vorderen Theile auf eine längere Strecke mit keulenförmigem Umrisse sichtbar.

No. 315. Oberelsässer.

Rechte obere Muschel wulstig aufgetrieben. Es dürfte im Leben ihre äussere Seite, also die innere Wand des oberen Nasenganges sichtbar gewesen sein.

No. 300. Franzose, départ. Nièvre.

Links ist der Einblick in den vorderen Theil des oberen Nasenganges ermöglicht.

No. 97. Münchener.

Kleine Substanzverluste und Einsenkung an dem vordersten Theile der Lam. papyr. — Links Distanz 13 Mm. Dicht vor dem vorderen Ende des linken oberen Nasenganges beginnt eine so bedeutende Einlagerung von Zellen in den oberen Siebbeintheil, dass die obere Muschel zum rundlichen Wulste wird, lateral von welchem man unbehinderten Einblick in den vorderen Theil des oberen Nasenganges genießt.

Soweit die Reihe der sehr markanten Fälle; von den weniger ausgesprochenen seien noch folgende ausgewählt:

No. 472. Unterägypter.

Distanz beiderseits 7 Mm. Linke obere Muschel mit dem vorderen Theile ihrer Kante und inneren Seite sichtbar.

No. 311. Franzose aus Epernay.

Links Distanz 13 Mm. Die obere Muschel lässt ihre Kante neben einem schmalen Streifen vom oberen Nasengange sehen.

No. 304. Franzose, départ. Aisne.

Rechts war möglicherweise einwärts von der mittleren Muschel ein länglicher Wulst zu sehen.

No. 314. Franzose, départ Saône-et-Loire.

Rechts Distanz 8 Mm. Verhältnisse entsprechend der linken Seite von No. 478.

Es frappirt die bei weitem grössere Häufigkeit des Befundes auf der rechten Nasenseite, und ganz besonders die Häufigkeit an den französischen Schädeln der Sammlung, obwohl diese unter etwa

700 durchgesehenen Exemplaren nicht mehr als wenige Procente ausmachen.

Die obere Muschel wird uns zu Gesicht kommen können, wenn sie selbst durch Siebbeinzellen ausgiebig gebläht ist, während die mittlere Muschel nur wenig in das Nasenlumen hereingeschoben ist und statt eines mehr senkrechten Abfalles eine Neigung nach aussen hat. Wir können, je nach der Ausbildung der Zellen in der oberen Muschel, diese letztere als wulstiges oder kantiges Gebilde zu sehen bekommen. Der Umfang der sichtbaren Partie wird sehr verschieden sein: manchmal ist neben dem Anblicke der oberen Muschel noch ein mehr minder tiefer Einblick in den oberen Nasengang möglich, wie besonders bei No. 316, andere Male zeigt sich nur der Rand oder eine partielle Auftreibung in Form eines länglichen oder runden Gebildes, und nochmals an anderen Schädeln kann die geblähte vorderste Partie der oberen Muschel vom Blicke erreicht werden, aber mangels einer deutlich sichtbaren Furche zwischen ihrem und dem Gebiete der mittleren Muschel nicht unterschieden werden. Die rundlichen Auftreibungen der zweiten und dritten Categorien werden sich wohl als Tubercula ethmoidalia postica resp. antica auffassen lassen.

Dass ein gewisser Typus vorhanden ist, darf vermuthet werden nach dem besonders häufigen Vorkommen bei einer Völkerschaft und nach gewissen gemeinsamen Eigenschaften der meisten dieser Schädel und Nasenhöhlen, die ich hiermit aufführen will: Es besteht durchweg Dolichocephalie, und mit Ausnahme von No. 97 eine ziemlich horizontale Stellung der Pars basilaris occipitis. Die Schädel sind von kräftigem Bau, ohne erwähnenswerthe Asymmetrien, und besonders sind die Oberkiefer eher plump; der Gaumen ist breit und flach, das Gebiss halbkreisförmig und kräftig, der Nasenrücken, soweit es die Race erlaubt, übernormal gehoben, die Incisura pyriformis in Folge sehr kräftiger Entwicklung der Processus dentales breit. Im Innern der Nase ist das Septum nur ausnahmsweise stärker deformirt; die Entfernung der nasalen Kieferplatte vom Septum ist bedeutend; die Bulla zeigt nur ganz kleine Dimensionen; die vierte Muschel liess sich nie vermissen, während sie sonst nur an jedem dritten Schädel vorhanden ist; die Distanz vom vorderen Rande der mittleren Muschel bis zum vorderen Ende des oberen Nasenganges scheint vermindert zu sein (nach Zuckerkandl beträgt sie am nicht macerirten Schädel 10—19 Mm.). Die Lamina papyracea steht weniger steil als gewöhnlich und ist auch convex gegen die Orbita und verschmälert zu finden.

Die mechanischen Momente, welche in Betracht kommen, werden folgende sein: Durch die sehr kräftige Entwicklung der Processus dentales wird der Kieferkörper nach auswärts gedrängt; um nun den Anschluss an den Kieferkörper in der Orbita zu gewinnen, muss sich die Lamina papyracea mehr nach aussen neigen und der frontale Querschnitt des Siebbeinkörpers statt der mehr rechtwinkligen eine rautenförmige Gestalt bekommen. An pathologische Ursachen wird man im Allgemeinen nicht zu denken haben, wie an Atrophie der mittleren Muschel; ist doch dieselbe, wie ich jüngst in Heidelberg demonstrirte, nur bei Hypertrophie des ganzen Siebbeines incl. der oberen Muschel vorhanden.

Von Beobachtungen am Lebenden habe ich drei im Gedächtnisse behalten, bei welchen die mittlere Muschel nicht als atrophisch anzusehen war:

1) 46jähr. Frau aus der Gegend von Linz a. d. Donau (halsleidend): Rundlicher Wulst von der Grösse einer kleinen Bohne rechts, mit normal gefärbter Schleimhaut;

2) 20jähr. Cand. theol. aus der Umgegend von München (behaftet mit Deviation des Septums nach links): Ueber der rechten mittleren Muschel ein ganz blasser schmaler Wulst von etwa 2 Ctm. Länge;

3) 18jähr. Studirender aus München (halsleidend): Die Gegend der rechten mittleren Muschel zeigte 3 übereinander liegende geradlinige und ganz parallele Leisten, welche vorne unter einander zu verschmelzen schienen. Scheimhaut ganz normal in Farbe und, um mit Störk zu sprechen, mager. Durch die Sonde war festzustellen, dass zwischen den beiden unteren Streifen nur eine ganz seichte Rinne, zwischen den beiden oberen aber ein richtiger Nasengang lag, an dessen vorderem Ende man noch weiter in einen gedeckten Theil gelangte. Die hintere Rhinoscopie nach Markirung der entscheidenden Punkte durch Wattepföpfchen, welche mich schon vielfach aus topographischen Zweifeln erlöset hat und welche ich sehr empfehlen kann, ergab, dass die beiden unteren Leisten mit dem ungetheilten hinteren Ende der mittleren Muschel correspondirten, dass sie also einer horizontal getheilten mittleren Muschel angehörten, und dass die oberste Leiste unzweifelhaft die obere Muschel darstellte. Es liess sich von hinten auch die vierte Muschel sehen, und zwischen dieser und der oberen Muschel ein Blick in die Siebbeinzelle mit ihrer hellgrauen Auskleidung thun. Als der junge Mann sich später wieder vorstellte, war durch einen Nasencatarrh mit Schwellung des Tuberculum und der Schleimhaut der Muscheln bei vorderer Ansicht das ganze Bild von der unteren Leiste aufwärts bedeckt, so dass ich den früheren Status gar nicht hätte ahnen können. — Die linke Nasenhöhle hat sich Anfangs als ganz normal dargestellt.

Ein grosses klinisches Interesse bietet der Gegenstand nicht, aber gewiss ein morphologisches, und deshalb habe ich mir erlaubt, ihn etwas breiter zu besprechen.

Voltolini und die Autoscopie des Kehlkopfes.

Antwortschreiben

an Herrn Dr. A. Kirstein in Berlin.

Sehr geehrter Herr College! Aus Ihrem in No. 4 dieser Monatschrift an mich gerichteten Schreiben ersehe ich mit Vergnügen, dass das neulich von mir gebrauchte Wort „the river of Lethe runs as well above ground as below“, in erfreulichem Gegensatze zu so manchen Laryngo- und Rhinologen der Gegenwart, auf Sie selbst nicht anwendbar ist, indem Sie ja, wie Sie jetzt darlegen, Voltolini's Methode der Autoscopie, d. h. der directen, spiegellosen Besichtigung der tiefen

Theile des Pharynx sowie des Kehlkopfeingangs sehr wohl gekannt haben. Ist es aber bei dieser Sachlage nicht doch etwas auffallend, dass Sie in Ihrer kürzlich erschienenen zusammenfassenden Monographie über die Autoscopie des Kehlkopfs und der Luftröhre der verdienstvollen und anregenden Bemühungen Voltolini's nicht mit einem einzigen Worte gedacht haben? Hätten Sie den jetzt in No. 4 der Monatsschrift abgedruckten, für die Eulenburg'schen Jahrbücher bestimmten Passus über das Voltolini'sche Verfahren auch in Ihre Monographie aufgenommen: wäre dann unsere ganze briefliche Unterhaltung nicht überflüssig gewesen und hätten wir „das gesammte Material“ oder doch das Wesentlichste davon nicht schon damals „beisammen“ gehabt, nicht aber erst jetzt durch die in No. 3 und 4 der Monatsschrift beigebrachten Nachträge? Die in seinen berühmten Letters on the study and use of history im Jahre 1735 von John Bolingbroke geschriebenen schönen Worte „how great soever a genius may be, and how much soever he may acquire new light and heat as he proceeds in his rapid course, certain it is that he will never shine with the full lustre, nor shet the full influence he is capable of, unless to his own experience he adds the experience of other men and other ages“ —, diese goldenen Worte sollten doch uns Allen stets vor Augen schweben! Ihr Versehen haben Sie inzwischen ja zum Theil wieder gut gemacht, indem Sie in Ihrem neuesten, mir gütigst zugesendeten Artikel über Autoscopie und Spateltechnik (Allg. Centralzeitung 1896, No. 31) die, wie Sie richtig sagen, allerdings „viel weniger leistungsfähige, aber nicht schlechte“ Methode Voltolini's mehrmals erwähnt haben, so dass wir wohl hoffen dürfen, in einer gewiss bald erscheinenden, durch weitere Beobachtungen und Erfahrungen, auch die von Herrn Prof. Bruns in Tübingen inzwischen erzielten operativen Erfolge vermehrten, zweiten Auflage Ihrer Monographie werde das Verfahren Voltolini's in der demselben gebührenden ausführlichen Weise besprochen werden.

Wenn Sie sich aber insbesondere noch darin durch mich verletzt fühlen, dass ich in einem „ganz allgemein gehaltenen Schlussurtheil“ nur „Verdienste um weitere Vervollkommnung“ der Autoscopie, nicht aber so zu sagen eine schöpferische That, ein „Erschaffen aus dem Nichts“ Ihnen zugesprochen hätte: so könnte ich ja allerdings eine ausweichende Erklärung abgeben des Inhalts, dass ich an der incriminirten Stelle den Ausdruck Autoscopie in dem neulich in No. 3 dieser Monatsschrift Eingang meines Artikels von mir definirten Sinne ganz allgemein als „directe Besichtigung ohne Hilfe eines Spiegels“ gebraucht hätte — eine Begriffsbestimmung also, unter welche sowohl Voltolini's als Ihr eigenes Verfahren fallen kann: ich verzichte aber selbstverständlich auf eine derartige Ausflucht und Unklarheit, um mit aller Bestimmtheit und ganz offen zu erklären, dass meiner Ueberzeugung nach mein verstorbener Lehrer und Freund R. Voltolini thatsächlich der Urheber der autoscopischen Untersuchungsmethode ist, und zwar ohne dass ich den von Ihnen angedeuteten Versuch zu machen brauche, Voltolini's Besitzstand auf Ihre Kosten zu vermehren. Nein! der noch von so Manchem unterschätzte Voltolini war ein so ideenreicher Kopf und in seinen Schriften sind eine solche

Menge von Thatsachen und Anschauungen niedergelegt, deren weitere Begründung und Entwicklung sich gar wohl verlohnen dürfte, wie z. B. in seiner Galvanocaustik¹⁾ auf S. 84 auch die Sie gewiss besonders interessirende Notiz sich findet, dass bei manchen Personen die Untersuchung mittelst des Kehlkopfspiegels nur bei nicht herausgestreckter Zunge zu erzielen ist —, Voltolini also war ein so ideenreicher und verdienstvoller Autor, dass es wirklich nicht nöthig ist, durch Annectiren der Ideen Anderer seinen Besitzstand noch nachträglich vergrößern zu wollen. Die Unterschiede des Voltolini'schen und Ihres eigenen Verfahrens der Autoscopie und die weit geringere Leistungsfähigkeit des ersteren habe ich neulich ja schon selbst hervorgehoben, so dass es wohl nicht nöthig gewesen wäre, in einem gerade an mich gerichteten Briefe dieselben nochmals zu besprechen. Mit allem Fug und Recht aber glaube ich vermuthen zu dürfen, dass Sie durch das, dann oder dann Ihnen bekannt gewordene Verfahren Voltolini's zu Ihren eigenen Versuchen über Autoscopie im vorigen Jahre angeregt worden sind, unbewusst natürlich und ohne bestimmte Erinnerung an Voltolini's Urheberschaft. Denn mit vermeintlich selbstständigen oder wie aus dem Urnichts herausgegriffenen Erfindungen und Entdeckungen geht es bekanntlich oft genug oder fast immer in dieser Weise zu, und die Zeit, da eine Pallas Athene fix und fertig, gestiefelt und gespornt dem Haupte des Zeus entspringen konnte, ist wohl für immer vorbei. Treffend sagt in dieser Hinsicht auch der schon oben genannte Bolingbroke: „the events we are witnesses of appear to us very often original, unprepared, single and un-relative, if I may use such an expression for want of a better in English: in French I would say isolés. . . . From hence many errors in judgment.“ Ohne Voltolini's Vorgang gäbe es nach meiner Ueberzeugung heute keine Kirstein'sche Autoscopie. Ist hiermit aber irgendwie behauptet, dass Sie als ein „glücklicher Epigone“ die von Voltolini „ausgestreute Saat“ einfach, ohne eigene Arbeit und eigenes Verdienst „eingeheimst“ hätten? Nein! durchaus nicht! ganz und gar nicht! Wenn Andere und ich selbst über Voltolini's Mittheilungen ohne weitere Scrupel bisher immer hinweggelesen haben, so haben Sie Ihrerseits offenbar fleissig und eifrig darüber nachgedacht und durch zahlreiche mühsame und zeitraubende Versuche tapfer und mit Ausdauer ausprobirt, warum Voltolini das ihm vorschwebende Ziel, die Besichtigung auch des Kehlkopf-Inneren, mit seinem Verfahren nicht genügend erreicht hat, wie die Autoscopie, besonders auch die von Voltolini überhaupt nicht erwähnte Autoscopie der Luftröhre, aus anatomischen und physiologischen Gründen in Wirklichkeit gehandhabt werden muss, um sie in ihrer ganzen Bedeutung für die Praxis zur Geltung kommen zu lassen, welche Beschaffenheit die Zungen- und Kehlkopfspatel besitzen sollen, wie die Haltung des Kopfes des zu Untersuchenden zu regeln sei und was dergl. mehr ist. So haben Sie das Unternehmen Voltolini's in sehr bedeutendem Maasse verbessert und erweitert und haben in dem Zeitalter der Ultramicroscopie, der Ultrabacteriologie, der Serumtherapie und ähnlicher nutzloser Dinge

¹⁾ Zweite Auflage. 1872.

eine treffliche, man könnte sagen: erfrischende, klinische Leistung erzielt, zu welcher ich Ihnen hiermit nochmals aufrichtig Glück wünsche, Ihrer Ansicht rückhaltlos mich anschliessend, dass der river of Lethe Ihre Arbeit nicht wegschwemmen wird.

Was schliesslich meinen eigenen, doch wohl ganz anspruchslos vorgebrachten Vorschlag betrifft, das für die Spiegeluntersuchung von Voltolini ja stets so eifrig empfohlene, direct auffallende Sonnenlicht auch bei der Autoscopie und hier zwar besonders das von Westen her auffallende Sonnenlicht zu benutzen, so kann natürlich nur die Zeit über den Werth oder Nichtwerth dieses Vorschlags entscheiden, doch kann ich in Ermangelung einer hierzu geeigneten Wohnung, entsprechende Versuche zur Zeit leider nicht anstellen.

Mit aller Hochachtung

Danzig, im Mai 1896.

C. Ziem.

Berichtigung zu vorstehendem Antwortschreiben.

Von

Dr. Alfred Kirstein.

In dem Ziem'schen Satze, Voltolini habe „die Besichtigung des Kehlkopf-Inneren mit seinem Verfahren nicht genügend erreicht“ ist der Ausdruck „nicht genügend“ eine bewusste poetische Lizenz für das der Wirklichkeit entsprechende Wort „garnicht“.

Auf weitere Bemerkungen verzichte ich.

II. Kritiken.

Die otogene Pyämie. Von Dr. Hugo Hessler, Docent der Ohrenheilkunde an der Universität Halle a. S. Jena, Verlag von Gustav Fische 1896.

Nach den Arbeiten von A. of Forselles: „Die durch eiterige Mittelohrentzündung verursachte Lateralsinusthrombose und deren operative Behandlung“; von Jansen: „Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen“; von Körner: „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter“ erschien nun Hessler's: „Die otogene Pyämie“ als reichhaltigste Zusammenstellung und Verwerthung des casuistischen Materiales mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie, Bacteriologie, Symptomatologie, des klinischen Verlaufes, der Diagnose und Therapie.

Nach einem geschichtlichen Ueberblicke über die Entwicklung der Lehre von der otogenen Pyämie, in welchem eine grosse Zahl von einschlägigen Arbeiten kurz citirt wird, wendet sich der Autor der Besprechung einiger pathologisch-anatomischer und bacteriologischer Werke zu und erörtert das Wesen der Pyämie nach den gegenwärtigen

wissenschaftlichen Anschauungen. Hieran schliesst sich eine anatomische Studie über die Venen des Schädels und der Schädelhöhle, sowie der Venen des Ohres, worauf ein Bericht von Arbeiten über die Verdünnung der Felsenbeinknochen bis zur Lückenbildung, ohne Caries, folgt. Das umfangreichste Capitel behandelt die Casuistik und allgemeine Statistik. Hessler stellt 398 Fälle von Pyämie nach Mittelohrreiterung zusammen und theilt dieselben in vier Gruppen. Gruppe I enthält 64 Fälle von Heilung der Pyämie ohne operativen Eingriff an den Hirnsinus und der Vena jugularis, und zwar 41 mit und 23 ohne Metastasen. Gruppe II enthält 52 Fälle von Heilung der Pyämie nach Operationen am Sinus transversus und an der Vena jugularis, und zwar 27 mit und 25 ohne Metastasen. Gruppe III enthält 259 Fälle von Pyämie mit dem Sectionsbefunde, und zwar 171 mit Metastasen und 88 ohne solche. Gruppe IV enthält 23 Fälle von Pyämie ohne Section, und zwar 17 Fälle mit und 6 ohne Metastasen. An die Casuistik schliesst sich eine Reihe tabellarischer Zusammenstellungen, welche das Alter der Patienten, das Geschlecht, die Seite der Ohrerkrankung, die acuten und chronischen Prozesse und die ursächliche Erkrankung betreffen. Das männliche Geschlecht ist mit 68,6 pCt., das weibliche mit 31,4 pCt. betheilig. Rechts war die Ohrerkrankung in 52,2 pCt., links in 44,8 pCt., doppelseitig in 3 pCt.; acute Prozesse führten in 29,3 pCt., chronische in 70,7 pCt. zur Pyämie. Hierauf vergleicht der Autor seine tabellarischen Zusammenstellungen mit denen anderer Autoren.

Das VI. Capitel umfasst in sehr anschaulicher Uebersicht einen Auszug aus den veröffentlichten Krankengeschichten bezüglich der Krankheitssymptome, wie sie die klinische Untersuchung ergibt und im Anschlusse daran die Sectionsbefunde. Unter weiterer Berücksichtigung der Krankengeschichten bespricht der Autor die pathologisch-anatomischen Verhältnisse, um den anatomischen Verlauf und die Ausbreitung einer Mittelohrreiterung durch das Mittelohr und Felsenbein hindurch und weiter auf die Hirnsinus und die Vena jugularis zu verfolgen, ferner die Veränderungen, die Hirnhäute und Gehirn betreffen. Aus Tabelle XII ergibt sich, dass der Sinus transversus fast noch einmal so häufig afficirt ist, als die Vena jugularis interna, und dass diese wieder fast ebenso häufig betroffen ist, als die anderen Hirnsinus zusammen. Nach 247 genauer beobachteten Sectionsbefunden fand sich die reine, nicht complicirte Sinusphlebitis in 50,2 pCt., 98 Mal mit und 26 Mal ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Meningitis in 28,3 pCt., je 35 Mal mit und ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Hirnabscess in 12,2 pCt., 18 Mal mit und 12 Mal ohne metastatische Pyämie; die Sinusphlebitis complicirt mit Meningitis und Hirnabscess in 9,3 pCt., 10 Mal mit und 13 Mal ohne metastatische Pyämie. Die Metastasen in Brust- und Bauchorganen, sowie in den mehr oberflächlich gelegenen Organen erfahren eine eingehende Würdigung und Besprechung.

Das Capital VIII umfasst die Symptomatologie, in welcher nach den veröffentlichten Krankengeschichten die Krankheitssymptome der otogenen Pyämie und speciell die localen Symptome der Thrombophlebitis der einzelnen Sinus behandelt werden.

Im Capitel IX und X sind Bacteriologisches, Verlauf, Ausgang und Prognose besprochen. Sodann giebt der Autor eine geschichtliche Entwicklung der Diagnose der otogenen Pyämie an der Hand diesbezüglicher Arbeiten, erörtert die differential-diagnostischen Momente gegenüber Abdominaltyphus, Miliartuberculose, acuter maligner Endocarditis und Malaria, bespricht die Symptome, die der acuten Warzenfortsatzeiterung, beziehungsweise der Thrombophlebitis der einzelnen Sinus und der Vena jugularis interna zukommen, und wendet sich dann den die otogene Sinusphlebitis complicirenden intracraniellen Erkrankungen zu.

Das letzte Capitel über Therapie umfasst die Behandlung derjenigen Fälle otogener Pyämie, die auf einfache Eiterresorption aus den Höhlen des Mittelohres und des Warzenfortsatzes zurückzuführen sind, dann der durch Osteophlebitis bedingten Pyämie, des extraduralen Abscesses, ferner die diagnostische Probepunction des Sinus und die operative Eröffnung und Ausräumung eitrig erweichter Thrombenmassen des Lateralsinus nach doppelter Unterbindung und Durchschneidung der Jugularvene am Halse. Hierauf folgt eine Besprechung der bisher publicirten operirten Fälle otogener Sinusphlebitis und Angaben über Indication und Technik des operativen Eingriffes.

Das ganze Werk verräth einen geradezu erstaunlichen Fleiss des Autors und wird gewiss von Allen, die einschlägige Studien machen wollen, mit grossem Nutzen studirt werden. Die Ausstattung ist eine gute.

Dr. Alt.

II. Referate.

a) Otologische:

Endocranielle Complication während des Verlaufs einer Mittelohrsuppuration. Trepanation und Heilung. Von Dr. Schmiegelow, Kopenhagen. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 2.)

Bei einem 12jährigen Knaben hatte sich eine linksseitige chronische Mittelohreiterung, welche bis dahin wenig Störung verursacht hatte, durch äussere Schädlichkeiten plötzlich verschlimmert und zu Symptomen geführt, durch welche Sch. die Annahme eines Hirnabscesses begründen zu können glaubte — langsame Pulsfrequenz, Uebelgefühl, Trägheit, Kopfschmerzen. Die Operation, welche mit der Eröffnung des stark mit Eiter durchsetzten Warzenfortsatzes begann, dann zur Eröffnung der mittleren Schädelgrube führte, wobei ein subduraler Abscess und ein Cholesteatom entleert wurden, und schliesslich mit der Trepanation der hinteren Schädelgrube endete, konnte jedoch nirgends den supponirten Abscess nachweisen, dagegen fand sich bei der Punction des Durasackes eine aussergewöhnlich grosse Menge seröser Flüssigkeit in demselben vor, wodurch die Erscheinungen des gesteigerten endocraniellen Druckes hervorgerufen sein mochten; den epiduralen Abscess sieht Sch. auch nicht als die Ursache desselben an. Der Fall hat eine grosse Aehnlichkeit mit einigen der von Levi (Ztschr. f. Ohrenheilk.

XXVI, 116) veröffentlichten Fälle von Meningitis serosa (Quincke) im Gefolge von chronischen Mittelohreiterungen. Keller.

Ueber Spontanheilung von Cholesteatomen und cholesteatomähnlichen Erkrankungen in den Hohlräumen des Schläfenbeines. Von Dr. K. Redmer, Danzig. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 3.)

Wiederholte Beobachtung — Verf. führt selbst vier Fälle näher an — lehrt, dass Ohrcholesteatome, auf deren scharfe klinische Scheidung in die wahren Cholesteatome als heterologische Geschwulst und in die secundären Epidermisanhäufungen als cholesteatomähnliche Retentionsmassen oder Epithelcysten der Autor auch seinerseits mit Nachdruck hinweist, auf dem Naturwege zuweilen dadurch heilen, dass die Knochenräume, in welchen die Bildung ihren Sitz hat, durch Schwund der angrenzenden hinteren inneren Gehörgangswand und des Recessus epitympanicus sich mit der Paukenhöhle und dem Gehörgange in eine zusammenhängende, geräumige Höhle verschmelzen, durch welche die Ausstossung durch den Gehörgang erfolgen kann, und welche fernerhin nach erfolgter Auskleidung mit Epidermis eine ergiebige Ventilation (auch durch die Tube) gestattet, wodurch eine dauernde Heilung erzielt werden kann. Mit Rücksicht auf diese Art der Naturheilung hält Verf. die Zaufal'sche Operationsmethode des Cholesteatoms, welche im Gegensatze zu anderen Methoden die permanente Wundöffnung nicht hinter, sondern in das Ohr selbst verlegt, für die beste, weil naturgemässeste, nur müssten weitere Beobachtungen noch entscheiden, in welchen Fällen sich dieselbe als ausreichend erweise; insofern nämlich das eigentliche Cholesteatom und die verschiedenen cholesteatomähnlichen Krankheitsproducte sich auch hinsichtlich ihrer Recidivfähigkeit wesentlich unterscheiden und demnach auch auf verschiedene Weise operirt werden müssten. Keller.

18 Sectionsberichte über das Gehörorgan bei Masern. Von Dr. Rudolph. Mit einem nachträglichen Resumé von Prof. Bezold. (Ztschr. für Ohrenheilkunde XXVIII, 3.)

Die Befunde sind nach der Dauer der Erkrankung, welche zwischen 3—33 Tagen schwankte, geordnet und ergeben die Thatsache, dass sich in allen Fällen mit nur einer Ausnahme Eiterungsprocesse im Mittelohre vorfanden, wodurch die von Anderen schon gemachte Beobachtung über die ausserordentliche Frequenz derartiger Entzündungen bei Sectionen an Masern Gestorbener neue Bestätigung erhielt. Bereits am dritten Tage nach Ausbruch des Exanthems kann nicht nur die Schleimhaut in der Paukenhöhle, sondern auch im Antrum und in den Warzenzellen lebhaft Injection und Schwellung zeigen, und können die betreffenden Räume mehr oder weniger mit eitrigem Secret gefüllt sein; dagegen führt die Entzündung selten zum Durchbruch des Trommelfells. In keinem Falle fehlten die pyogenen Organismen, am häufigsten fand sich der Streptococcus, halb so häufig Staphylococcus albus und etwas seltener aureus. Die geringe Reaction der Entzündung, wie sie sich einmal in dem seltenen Vorkommen von Trommelfelddurchbruch,

andererseits in einer geringeren Schwellung der Schleimhäute des Mittelohres, als wir es sonst bei acuten eitrigen Entzündungen gewohnt sind, in obigen Fällen ausspricht, möchte Bezold auf eine Herabsetzung der Reactionsfähigkeit beziehen, welche auf der Höhe der Allgemeinerkrankung den Gesamtorganismus betreffe. — B. sieht diese Form von eitriger Mittelohrentzündung ebenso als eine zur Symptomatologie der Masern gehörige Erscheinung an, wie die begleitende Conjunctivitis etc., und schliesst die secundäre Natur dieser Otitis in Folge einer Fortleitung von der Nasenrachenschleimhaut durch die Tuben hauptsächlich schon deshalb aus, weil sich bei den Sectionen die knorpeligen Tuben fast ausnahmslos intact erwiesen. Da nun die Mittelohreiterung als eine fast regelmässige Erscheinung bei den Sectionen nach Masern nachgewiesen wurde, wobei es aber gewöhnlich nicht zur Entleerung des Eiters nach aussen kommt, andererseits die spätere Untersuchung masernkrank gewesener Kinder normales Gehör zu ergeben pflegt (Bezold, Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan), so sieht sich B. zur Annahme veranlasst, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle der Eiter in den Mittelohrräumen symptomlos und ohne weitere Störungen zu hinterlassen, wieder zur völligen Resorption gelangt. — Ob der Rückschluss von den Sectionsbefunden auf das Vorkommen eitriger Mittelohrentzündung (nicht eines einfachen Catarrhes) bei fast allen Masernkranken ein zwingender ist, dürfte nach des Ref. Ansicht vielleicht dahingestellt bleiben. Obiges Material entstammt dem Universitäts-Kinderhospital in München; über den Allgemeinzustand der Kinder verlautet nichts; alle Kinder mit nur einer Ausnahme sind mit Pneumonie behaftet gewesen, mehrere ausserdem mit Diphtherie des Rachens, Larynx-croup, Tuberculose der Bronchialdrüsen; es dürfte immerhin die Annahme gestattet sein, dass unter solchen Umständen eine ursprünglich catarrhalische Mittelohr affection sich zu einer eitrigen Entzündung steigern kann, während es in der Mehrzahl der Masernfälle eben beim Catarrhe verbleibt. Keller.

b) Rhinologische:

Fall von primärer acuter eitriger Rhinitis beim Kinde mit Staphylococccen, geheilt mittelst 10proc. Menthollösung. (Un cas de rhinite purulente aigue primitive infantile à staphylocoques guérie par l'emploi de l'huile mentholée au 10ième.) Von Dr. Hamon du Fougeray. (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Gewöhnlich nimmt man an, dass die eitrige Rhinitis der Neugeborenen blennorrhagischer Natur ist, gerade wie die eitrige Ophthalmia; es können aber auch andere Agentien als die Gonococccen selbe hervorbringen; die bacteriologische Untersuchung allein kann hier entscheiden. Verf. giebt ein Beispiel bei einem 13monatlichen Kinde, wo der Ausfluss durch Staphylococcus albus und aureus bedingt war und welcher durch 10proc. ölige Menthollösung geheilt wurde.

Dr. P. K.

Bacteriologische Diagnose der Ozaena. (Diagnostic bactériologique de l'ozène) Von Dr. Fage. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Nicht jeder übelriechende Nasenausfluss deutet auf Ozaena hin. Um zweifelhafte Fälle zu erkennen (die classischen unterliegen wegen ihrer hervortretenden klinischen Symptome keinem Zweifel) muss man bacteriologisch nach Löwenberg (Annales de l'Institut Pasteur 1894, 25. Mai) untersuchen und den Coccobacillus, auch Rhinobacillus genannt, nachweisen können; derselbe besteht in keiner andern Nasenaffection und kann man so Syphilis, Nasencatarrh, Rhinitis caseosa, Knochenleiden, Krebs etc. ausschliessen. Verf. giebt seine bacteriologischen Untersuchungen nebst practischen Schlüssen, welche am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Microorganismen der gesunden Nase. (Microorganismes du nez sain.) Von Dr. Thomson und Dr. Hewlett. (Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, Séance du 28 Mai 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Verf. kommen zu folgenden Resultaten: bei allen bacteriologischen Untersuchungen der Nase muss man zwischen Naseneingang und der eigentlichen Nasenhöhle unterscheiden. Ersterer nämlich hat in seiner Auskleidung Schweiss- und Talgdrüsen und zählt nicht zu der eigentlichen Nase; eben weil man diesen Unterschied nicht machte, stimmen die Resultate der bacteriologischen Untersuchung des Naseninhaltes nicht überein. Es befinden sich immer Microorganismen im Staub, in den Schleimkrusten und Fremdkörpern, welche zwischen den Nasenhaaren bei Gesunden sitzen. Anders aber verhält es sich mit der eigentlichen Schneider'schen Membran: hier sind die Microorganismen selten und in 80 pCt. fehlten sie ganz. Die Gegenwart pathogener Organismen ist so selten, dass man sie als Ausnahme betrachten muss.

Dr. P. K.

Qualitative Anomalien des Geruchsinnens und klinische Methoden, um selbe festzustellen. (Anomalies qualitatives de l'odorat et méthodes cliniques pour les constater.) Von Dr. Zwaardemaker. (Société néerlandaise de laryngologie und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 10.)

Verf. sucht auf alle Geruchsempfindungen die im vorigen Jahrhundert von Linné beschriebenen sieben Gerüche anzuwenden und setzt noch zwei hinzu, so dass es deren jetzt neun giebt. Ob dem dunkeln Kapitel mit dieser Arbeit etwas mehr Licht zugebracht wird?

Dr. P. K.

Ein Fall von Nasenstein. (Un cas de rhinolithé.) Von Dr. Ripault. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Ein mit Kalkconcrementen umlagerter Kirschkern wurde mittelst Zerstückelung und Zange zu Tage befördert. Heilung. Dr. P. K.

Tachycardie durch Nasenpolypen hervorgerufen. (Tachycardie causée par la présence de polypes muqueux du nez.) Von Dr. Spencer Watson. (Brit. med. Journal und Semaine méd. 1896, No. 2.)

Ein 35jähriger, mit Nasenpolypen behafteter Mann bekam gleichzeitig Tachycardie bei unverkehrtem Herzen; der Puls zählte 120 Schläge in der Minute. Heilung nach Entfernen der Polypen. Man soll also bei Tachycardie mit normalem Herzen immer die Nase untersuchen.
Dr. P. K.

Zahn am Eingang des rechten Nasenloches mit Reflexsymptomen (Hustenfälle und Larynxkrämpfe); Entfernen des Zahnes, Heilung. (Dent implantée à l'entrée de la fosse nasale droite, avec troubles reflexes [accès de toux et spasmes laryngés]; avulsion; guérison.) Von Dr. Brindel. (Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 1.)

Eine 62jähr. Frau klagt nicht über ihr Nasenleiden, wohl aber über Hustenanfälle und Larynxkrämpfe, welche in regelmässigen Zwischenräumen auftreten; zwei Mal trat Bewusstlosigkeit dabei ein; der Zustand dauert seit 5 Jahren. Die Sondenuntersuchung ergab im rechten Nasenloch einen harten, weissen, runden Fremdkörper, dessen Spitze nach oben stand; der Zahn war also in entgegengesetzter Richtung gewachsen. Nach der Extraction trat vollständige Heilung ein. Verf. konnte nur zwei ähnliche Fälle, welche aber keine Reflexe hervorgerufen hatten, in der Literatur finden.
Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Halsrheumatismus. (Rheumatisme de la gorge.) Von Dr. W. C. Braislin. (N.-Y. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 1.)

Untersucht man alle Rheumatiker, so findet man fast bei allen ein Pharynxleiden gewöhnlicher Art. Verf. sieht hierin ein gewisses constantes Verhältnis.
Dr. P. K.

Stomatitis und Pharyngitis mycotica leptothricia bei einem Reconvalescenten von Pleuropneumonie. (Stomatite et pharyngite mycotique leptotricique chez un malade convalescent de pleuropneumonie.) Von Dr. Boulengier. (Presse médicale und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 1.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: die Mycosis leptothricia kann sich unter drei verschiedenen Formen darstellen: 1) unter der Form von kleinen hanfkorngrossen Flecken; 2) unter dem Bilde von Schwämmen; welche zu Büscheln vereinigt sind und oft einen Centimeter messen, einem Hahnenkamm ähnlich sehend; 3) unter dem Bilde einer weissgelben, der Diphtheritis ähnlich aussehenden Membran, welche fest anhaftet und bei deren Entfernung keine umgebende Entzündung bemerkt wird. Widersetzt sich der Behandlung. Am besten reinigt man den Pharynx mit dem unwickelten Finger; Gurgeln mit einer 4procentigen Resorcinlösung.
Dr. P. K.

Bemerkungen über die directe Halsdouche; ihre Indicationen und die Art der Anwendung. (Note sur la douche de gorge au jet; ses indications et la manière de l'employer.) Von Dr. Revillet. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Wenig bisher angewandt, sind selbe doch von grossem Nutzen in verschiedenen Pharynxkrankheiten; sie besteht in einem Flüssigkeitsstrahl direct auf die Pharynxwände. Der zu gewöhnlichen Nasendouchen oder zu Vaginaleinspritzungen gebrauchte Apparat genügt; die Cantile muss gänsefederkiel dick sein. Der Strahl darf nicht zu stark sein, muss höchstens aus einer Höhe von 50 Ctm. kommen, sonst entstehen Contusionen und Ecchymosen. Der Kranke muss während der Douche mit leiser Stimme den Buchstaben A sagen, sonst hebt sich das Gaumensegel nicht. Anfangs entstehen Würgebewegungen, bald aber gewöhnt sich der Patient daran, die Temperatur muss 33 bis 36° haben; es werden Schwefelwasser, Borsäurelösungen etc. etc. angewandt; die Douche soll Anfangs 4—5 Minuten, später länger dauern. Sie wird mit Erfolg bei chronischer Pharyngitis und bei Pharyngitis sicca atrophica angewandt.

Dr. P. K.

Zungenpsoriasis. (Du psoriasis lingual.) Von Dr. Dubois Havenith. (Policlinique und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 1.)

Da sie gar nichts mit Hautpsoriasis zu thun hat, soll man selbe eigentlich Leucoplasia oder Leucokeratose der Zunge nennen. Syphilis, Excesse im Tabak, schlechte Zähne werden als Ursachen angeführt; oft findet man die Ursache nicht. Enthalten von Tabak und Spirituosen, Reinlichhalten der Zähne und des Mundes, gute Verdauung, keine Caustica, einfaches Ausspülen des Mundes mit schwachen Antiseptica. Will man energisch interveniren, so muss man gleich den Galvanocauter, Auskratzen, Ausschaben und selbst das Ausschneiden anwenden.

Dr. P. K.

Ueber das Malum perforans der Mundhöhle. (Le mal perforant buccal.) Von Dr. V. Galippe. (Journal des connaissances médicales und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 2.)

Verf. giebt zwei hierher gehörende Krankengeschichten, welche zwei Tabetiker betreffen; bei beiden fielen alle Zähne aus und es bildete sich im Munde am Oberkiefer ein indolentes, den Knochen mit ergreifendes, ein stinkendes Secret lieferndes, perforirendes Geschwür.

Dr. P. K.

Larvirte Tuberculose der drei Mandeln. (Tuberculose larvée des trois amygdales.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine, Séance du 3. Avril 1895 und Semaine méd. 1895, No. 23.)

Es besteht eine Tuberculosis larvata des Pharynx, welche als Prädislocationssitz das adenoide Gewebe des Nasenrachenraumes hat; diese Fälle stimmen mit dem klinischen Bilde der adenoiden Vegetationen und der einfachen Mandelhypertrophie überein. Verf. stellt diese Meinung auf seine Impfversuche mittelst solchem exstirpirten adenoiden Gewebe fest, indem diese Versuche in vielen Fällen Tuberculose zur

Folge hatten. Die Pharyngotuberculose des adenoiden Gewebes ist immer primärer Natur, ohne Heredität, obwohl das Temperament solcher belasteter Kranken lymphatisch ist. Dieses erste Stadium der Mandeltuberculose kann heilen oder in die Lymphbahn übergehen und Schwellung resp. Tuberculose der Cervical- und Inframaxillardrüsen hervorbringen, welche dann wieder heilen oder weiter gehen kann; das heisst, dieses zweite Stadium kann die Krankheit abschliessen oder es kann sich durch den Canalis thoracicus Lungentuberculose entwickeln; diese kann noch latent bleiben und heilen oder die ganz gewöhnliche Lungentuberculose mit lethalem Ende bringen.

Dr. P. K.

Larvirte Tuberculose der drei Mandeln. (Tuberculose larvée des trois amygdales.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Mai 1895 und Semaine médicale 1895, No. 24, 25.)

Der Tuberkelbacillus wird viel häufiger eingeathmet, als geschluckt. Der Staub von tuberculösen Sputis herrührend, Fleisch, Milch, können also Tuberculose hervorbringen; es giebt also tuberculöse adenoide Vegetationen, wie schon Lermoyez nachgewiesen hat, und von denen aus sich Tuberculose der Lungen entwickeln kann. Dasselbe kann in den Rachenmandeln vorkommen; in letzterem Falle kommen gleich nachher geschwollene Cervicaldrüsen und Submaxillardrüsen. Es sind aber seltene Fälle (Cornil). Wenn aber die histologische Untersuchung der adenoiden Vegetationen und der Rachenmandeln im Stiche lässt, so weist die experimentelle Impfung oft Tuberculose nach. Andererseits muss man annehmen, dass bei unversehrten Mandeln auf deren Oberfläche sich tuberculöse Sputa finden können und dass dann bei der Impfung Tuberculose entstehen kann, ohne dass die Mandeln krank sind. Also ist die histologische Untersuchung der drei Mandeln viel massgebender, als das Experiment mittelst Impfung.

Dr. P. K.

Amygdalitis mit nachfolgender Nephritis und urämischen Erscheinungen. (Amygdalite compliquée de néphrite avec accidents urémiques.) Von Dr. Thouvenet. (Le Limousin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Eine 45jährige Frau wurde von lacunärer Amygdalitis befallen; nach zehn Tagen traten urämische Erscheinungen mit viel Eiweiss im Urin unerwarteter Weise auf. Heilung nach einem Monat. V. ist der Ansicht, dass viele sogenannte rheumatische Fälle von Nierenentzündung nach vorhergegangener Angina auftreten und das letztere in der Anamnese vergessen worden ist.

Dr. P. K.

Mandelreflexe. (Reflexes amygdaliens.) Von Dr. Joal. (Société franç. d'otologie et de laryngologie, Mai 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie, August 1894.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines Falles von Oesophagismus durch die Gaumenmandel hervorgerufen: Nach der Amputation der linken sehr hypertrophischen Mandel hörte der schon lange bestehende Oesophagismus auf.

Verf. giebt ferner die Krankengeschichte eines Falles von Inter-costal neuralgie, durch Reflexe von den Mandeln ausgehend hervorgerufen: Die Neuralgie trat am dritten Tage einer acuten Amygdalitis auf und liess Anfangs an eine Lungen- oder Brustfellcomplication denken; dieselbe Neuralgie trat plötzlich auf, als später die Mandel galvanocaustisch behandelt wurde. Man muss also Reflex annehmen. Die unteren Theile der Mandeln scheinen diese Reflexe, welche überhaupt sehr selten sind, am leichtesten hervorzurufen. Dr. P. K.

Schlechte Folgen des Salol, während einer acuten Amygdalitis verabreicht. (*Accidents dus au salol, au cours d'une amygdalite aigue.*) Von Dr. Josias. (*Société de thérapeutique und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.*)

Nach der Einnahme von 3 Grm. Salol traten bei einem 18jährigen Mädchen Erythema am rechten Oberschenkel, Rubeola am linken Unterschenkel und Papeln auf den Wangen auf. Der Urin zeigte die Reaction des Acid. carboicum und des Acid. salicylicum. Dieses Factum nähert sich denen von Cartaz, Morel, Cavallée etc. etc. erwähnten.

Dr. P. K.

Ueber die Natur der Amygdalitis follicularis und ihr Verhalten zu den infectiösen Anginen. (*Nature de ce qu'on appelle l'amygdalite folliculaire et sa relation avec les maladies infectieuses.*) Von Dr. Wolfenden. (*Société britannique de laryngologie et de rhinologie, 13. Juli 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 21.*)

Es giebt keine Diphtherie ohne den Löffler'schen Bacillus. Eine pseudomembranöse Membran bedeutet noch keine Diphtheritis. Eine Amygdalitis lacunaris ist nicht nothwendiger Weise diphtheritischer Natur; es giebt eine gutartige und eine diphtheritische. Das croupöse oder diphtheritische Aussehen will noch lange nicht Croup oder Diphtheritis bedeuten.

Die sogenannte acute cryptische oder folliculäre Amygdalitis ist nicht eigentlich folliculär; sie besteht in einer einfachen oder desquamativen Infection durch Streptococcen, Staphylococcen oder Pneumococcen; sie ist also ansteckend.

Der chronische Entzündungszustand der Crypten der hypertrophischen Mandeln bildet das beste Culturfeld für die Microben, wo sie sich bequem entwickeln und in den Organismus begeben können.

Das klinische Bild gestattet so wenig die einfache Amygdalitis von Diphtherie zu unterscheiden, dass es anzurathen ist, die Patienten von Anfang an zu isoliren, bis die Diagnose fertiggestellt ist. Die bacteriologische Diagnose ist absolut nothwendig; denn bringt man eine pseudomembranöse Angina mit Streptococcen in einen Diphtheritissaal, so läuft man die Gefahr, einen einfachen gutartigen Anginafall in einen böartigen tödtlichen zu verwandeln. Die Bacteriologie soll also die Basis der Diagnose bilden; kein Spital ist also vollständig, wenn es nicht das dazu geeignete Laboratorium besitzt. Glücklicher Weise ist die Behandlung ungefähr dieselbe, selbst wenn der Fall zweifelhaft ist; es ist nämlich die antiseptische Behandlung.

Der Löffler'sche Bacillus allein stellt die Diagnose und kommt oft bei anscheinend sehr leichten Fällen vor; er ist ein absoluter Beweis, dass es sich um Diphtheritis handelt, während die später eintretenden Lähmungen und andere asthenische Erscheinungen das Resultat der toxischen Einwirkung der bacillären Ptomaine sind.

Dr. P. K.

Die infectiöse Natur der Tonsillitis lacunaris. Von Prof. B. Fränkel in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc. Bd. IV, Heft 1, pag. 180, 1896.)

F. fand als hervorstechendste pathologisch-anatomische Veränderung bei Tonsillit. lacunaris eine Vermehrung der Auswanderung der Leucocyten aus den Follikeln und stellt sich nach seinen zahlreichen Untersuchungen die Krankheit wesentlich als eine wirkliche Entzündung des Parenchyms der Tonsillen dar, als eine Tonsillitis in der eigentlichen Bedeutung des Wortes. Zudem ist sie eine Infectiouskrankheit. Damit die Infection wirksam werde, muss eine Schädigung des Organismus hinzukommen. Die Infectionsträger können auch auf dem Wege des Lymphstroms in das Parenchym der Mandeln gelangen. Hiermit erklärt sich auch das Auftreten von Tonsillit. lacunaris nach Operationen in der Nase, indem von ihr aus auf dem Wege des Lymph- oder Blutstroms den Tonsillen Stoffe zugeführt werden, welche die Entzündung derselben hervorrufen, und muss angenommen werden, dass das Trauma, welches in der Nasenhöhle die schützende Decke des Epithels derselben zerstört, den Entzündungserregern die Pforte öffnet, durch welche sie mit dem Lymphstrom von innen her in die Tonsillen gelangen.

An den anderen Tonsillen des lymphatischen Rachenringes kommen dieselben Erscheinungen, jedoch seltener, wie an den Gaumentonsillen vor.

Beschorner.

Ein Fall von Actinomyose. (Un cas d'actinomyose). Von Dr. Poncet. (Académie de médecine de Paris, Séance du 28. Mai 1895 und Semaine médicale 1895, No. 28.)

Ein 54-jähriger Ingenieur zeigt Actinomyose des Gesichtes und der linken Kieferschläfengegend. Die Infection scheint sich an den Zahnrändern durch Gras- und Strohstückchen, welche Patient zu kauen die Gewohnheit hatte, entwickelt zu haben. Wir wissen nämlich, dass diese Pflanzen, gerade so wie Gerste- und Haferkörner, als Träger der Actinomyose dienen können. Anfangs hielt man das Leiden für eine Zahnphlegmone, bis Verschlimmerung eintrat und man eine parasitäre Krankheit annahm; grosse Dosen Jodkalium brachten Heilung, gerade so, wie wenn es sich um tertiäre Syphilis gehandelt hätte.

Dr. P. K.

Perilaryngealer Abscess in Folge von Actinomyose. (Abscess péri-laryngé par actinomyose.) Von Dr. Camillo Poli. (Bolletino della R. Accademia medica di Genova und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 17.)

Schwellung links oberhalb der Cartilago thyroidea, langsam entstanden, den Larynx nach rechts hinten drängend. Incision und Verschwinden besonders der subjectiven Symptome. Der Eiter enthielt

kleine schwefelgelbe Knötchen, welche an Actinomyeose erinnerten; das Microscop ergab auch die Richtigkeit der Diagnose. In Folge dessen wurde der Schnitt erweitert, ausgekratzt, mit Jodoformgaze tamponirt; Heilung.
Dr. P. K.

Behandlung des Myxödems durch den Thyroidoerethismus. (Traitement du myxoedème par le thyroïdo-éréthisme.) Von Dr. Poncet. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Die Operation besteht darin, daß man das Corpus thyroideum in einer mehr oder weniger grossen Ausbreitung blosslegt, zwischen den Rändern der Wunde liegen lässt, antiseptisch verbindet, mit den tiefen Geweben aber im Zusammenhang lässt. Bei dieser Behandlung nehmen die Symptome des Cretinismus und alle Zeichen des Myxödems ab. Verf. bringt ein auffallendes Beispiel hiervon.
Dr. P. K.

Ueber Thyroidealkrebs. (Du cancer de la thyroïde.) Von Dr. A. Poncet. (Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Ein Krebs der Schilddrüse entsteht in den bei Weitem häufigsten Fällen auf einem schon bestehenden Kropf. Diese Eventualität spricht dafür, dass man Kröpfe so früh wie möglich soll chirurgisch behandeln. Dem entspricht ja auch die Thatsache, dass bei Phimose oft Krebs des Gliedes entsteht, während er bei Beschnittenen nie vorkommt. Der Schilddrüsenkrebs entwickelt sich oft auf einem schon bestehenden Kropf nach einer acuten Krankheit, wie Influenza, Angina tonsillar. Dr. P. K.

Fibrom der Schilddrüse; partielle Thyroidectomie, Tracheotomie und Erweiterung der verengten Trachea. (Fibrome de corps thyroïde; thyroïdectomie partielle, trachéotomie et dilatation de la trachée sténosée.) Von Dr. W. Spencer (Société de laryngologie de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 8.)

Die lange Dauer, die Volumsabnahme und die grosse Härte der Geschwulst liessen auf eine Calcification des früher grossen Tumors schliessen. Man schnitt den Isthmus durch, wo sich denn keine Calcification, sondern fibröse harte Structur zeigte. Der Isthmus und die angrenzenden Theile der beiden Drüsenlappen wurden so gut als möglich von der Trachea getrennt; die Trachealringe fehlten theils, theils waren sie erweicht. Da die Athmung sich nicht besserte, wurde die Tracheotomie an den obersten Trachealringen, welche noch sichtbar waren, ausgeführt. Unterhalb des ausgeführten Schnittes war die Trachea noch platt gedrückt und musste der Schnitt nach unten verlängert werden; es wurde eine lange Parker'sche Röhre eingeführt und das Athmen wurde frei. Die microscopische Untersuchung ergab normales Gewebe zwischen bedeutend entwickeltem fibrösem Gewebe. Seltene Fälle.
Dr. P. K.

Ueber den therapeutischen Werth der Schilddrüse des Schweines.
(De la valeur thérapeutique du corps thyroïde de porc.) Von
Dr. O. Lanz. (Semaine médicale 1895, No. 27.)

Bei der Behandlung des Myxödem wurde bis jetzt nur die Schilddrüse des Schafes und des Kalbes angewandt. In Ländern, wo sehr viele Schweine und weniger Schafe und Kälber, oder wo letztere theuer sind, ist es wichtig zu wissen, ob die Schilddrüse anderer Thiere ebenso gut wirkt. Verf. hat nun in der Schweiz Experimente mit Schweineschilddrüse auf Thieren und Menschen gemacht und die Schweineschilddrüse ebenso wirksam wie die anderen gefunden.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Croup bei Kindern von 6 und 7 Monaten. Heilung.
(Deux cas de croup chez des enfants de 6 et 7 mois. Guérison.)
Von Dr. Breton. (Revue des maladies de l'enfance und Annal. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.)

Gegen die Meinung der Classiker, welche behaupten, man soll die Tracheotomie nie unter dem Alter von zwei Jahren ausführen, folgte Verf. der Autorität von Trousseau, Espine und Picot, welche die Operation in jedem beliebigen Alter anrathen, weil eben die Operation das einzige Mittel zur Rettung sei. Verf. erzählt zwei hierher gehörige Krankengeschichten, welche in Heilung ausgingen. Er räth, in solchen Fällen langsam zu operiren, weil die Trachea schwer zu finden sei; man soll täglich dabei ein Senfbad geben, viel Wein reichen und die Patienten fortwährend in feuchter Luft halten.

Dr. P. K.

Pseudodiphtheritis mit Streptococcen, Bronchopneumonie, Tod. (Pseudodiphthérie à streptocoques; bronchopneumonie, mort.) Von Dr. George Ansiaux. (Clinique médicale de l'université de Liège und Bull. de l'académie de médecine de Belgique 1895, No. 1)

Auf einen klinisch und bacteriologisch streng beobachteten Fall sich stützend, kommt Verf. zu folgenden wichtigen Schlüssen: 1) Man kann von vornherein feststellen, dass in solchen Fällen alle antidiphtheritischen Serums unwirksam sind; werden erst alle diphtheritisähnlichen Fälle bacteriologisch untersucht, so wird man finden, dass selbe häufiger sind, als allgemein angenommen wird, dass sich deshalb die Häufigkeit des Nichtwirkens der Serumeinspritzungen erklären lässt. 2) Die Streptococcendiphtheritis ist eine Krankheit, deren Schwere von der jemaligen Virulenz des Microben abhängt; sie kann Pneumonie und selbst Septikämie mit tödtlichem Ausgang hervorrufen. 3) Pseudodiphtheritis mit Streptococcen muss sorgfältig von wahrer Diphtheritis mit Klebs-Löffler'schen Bacillen getrennt werden; die Contagion von einer zur anderen ist bewiesen.

Dr. P. K.

Diagnose der diphtheritischen Angina. (Diagnostic de l'angine diphthéritique.) Von Dr. A. B. Marfan. (Bulletin médical und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Diphtheritische Angina kann nur bacteriologisch nachgewiesen werden. Die Technik ist einfach folgende: Mittelst eines vorher glühend gemachten und kaltgewordenen Platindrahtes wird etwas von einer

Pseudomembran auf ein Reagensgläschen voll Serum gesät. Diese Cultur wird in einem Brütöfen bei einer Temperatur von 37 Grad während etwa 18 Stunden stehen gelassen; nach dieser Zeit hat sich der Klebs-Löffler'sche Bacillus sehr gut entwickelt unter der Form von meist grauen Punkten, welche undurchsichtig und in ihrer Mitte prominenter als an der Peripherie sind. In diesem Momente findet man microscopisch nur allein die echten Diphtheritisbacillen, denn kein anderer Bacillus kann in so kurzer Zeit eine Colonie bilden; nur einige Micrococcen können sich so schnell entwickeln und diese sind sehr leicht von den Löffler'schen Diphtheritisbacillen zu unterscheiden. Abgesehen von der bacteriologischen Untersuchung, kann die Wahrscheinlichkeitsdiagnose der Diphtheritis auf folgenden Anhaltspunkten beruhen: 1) die weisse folliculäre Angina ist sehr selten diphtherischer Natur; 2) die primäre pseudomembranöse Angina muss als Diphtheritis angesehen werden, mit Ausnahme der seltenen Fälle, wo sichere Symptome eines Herpes des Pharynx bestehen; 3) die frühzeitig bei Scarlatina eintretenden Pseudomembranen sind fast nie diphtherischer Natur; 4) die in einer späteren Periode der Scarlatina eintretenden Pseudomembranen sind fast immer Diphtheritis; 5) Pseudomembranen bei primärem Mandelschanker und die Plaques muqueuses haben sich nie als Diphtheritis hingestellt.

Dr. P. K.

Die Serumtherapie der Diphtherie nach den Beobachtungen im Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. Von Dr. Adolph Baginsky, Professor und Director der Anstalt. (Wiener med. Presse 1895, No. 23. Galatti.)

Den Schlussätzen des ganzen Buches entnehmen wir Folgendes: Das Heilserum hat sich als ein durchaus wirksames und als das beste der bisher gegen die echte Diphtheritis angewandten Mittel ergeben. Die Anwendung des Heilserums ist von keinerlei ernststen Zufällen und Erkrankungen gefolgt. Ueber den Werth der Schutzimpfung gegen die diphtheritische Erkrankung lässt sich vorerst ein abschliessendes Urtheil nicht geben. Die Unklarheit über die Art seiner Wirkung gegen den diphtheritischen Process hat nicht den geringsten Einfluss auf dessen therapeutische Verwendung in der Praxis zu nehmen, nachdem seine Wirksamkeit nach den bisherigen Erfahrungen (empirisch) sicher gestellt ist. Das ausgezeichnete Buch, auf 525 Fälle gestützt, wird sich gewiss viele Freunde erwerben und der Serumtherapie, welche zu den grössten Errungenschaften der Medicin auf therapeutischem Gebiete gehört, neue Anhänger zuführen.

Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von Diphtheritis mittelst Serotherapie behandelt. (Observations sur un cas de diphtérie traité par la sérothérapie.) Von Dr. Simonis. (Annales de la société médico-chirurgicale de Liège, April 1895.)

Heilung in sehr kurzer Zeit, ohne jede andere, weder interne, noch äussere Behandlung, so dass man die Erscheinungen auf die Wirkung des Heilserums zurückführen muss. Die Wirkung auf die Pseudomembranen war auffallend; trotzdem gingen die Erscheinungen des Croup im Larynx, das heisst die Larynxstenose, immer weiter, so dass die Tracheotomie

gemacht werden musste. Verf. nimmt an, dass die Fluxion, welche in diesem Falle sich nach jeder Einspritzung sichtlich an allen diphtheritisch afficirten Stellen zeigte, im Larynx eine die Tracheotomie erheischende Schwellung hervorbrachte; nach eröffneter Trachea zeigte sich übrigens gar keine Pseudomembran, es wurde nur einfacher Schleim durch die Canüle entleert; die Canüle konnte schon am dritten Tage entfernt werden, was ja auch dem schnellen Verschwinden der in Folge einer Einspritzung hervorgerufenen Fluxion entspricht. Man soll nach zweimaliger Einspritzung also nicht mehr vom Heilserum verlangen, wie es geben kann, und nicht lange mit der auszuführenden Tracheotomie warten, welche letztere ja günstiger verläuft als sonst, wo nicht eingespritzt wurde. Am besten wirken fortwährende Inhalationen von zweiprocentiger Borsäurelösung. Dr. P. K.

Diphtheritis beim Thiere und Diphtheritis beim Menschen. (Diphthérie animale et diphthérie humaine.) Von Dr. Léon Gallez. (Académie de médecine de Belgique, Séance du 27 Avril 1895 und Semaine médicale 1895, No. 23.)

Die Nichtidentität beider Formen ist noch lange nicht bewiesen. Die Autoren der Nichtidentität stützen sich auf folgende zwei Punkte: 1) der Bacillus ist in beiden Fällen ein ganz anderer; 2) die Symptomatologie ist in beiden Fällen auch ganz verschieden. Nimmt man den von vielen Bacteriologen angenommenen Polymorphismus an, denkt man an das von allen Autoren angenommene Factum, dass nämlich Diphtheritis vom Menschen auf das Thier und von diesem wieder auf den Menschen übergehen kann, so kann man die Bacteriologie ganz gut mit der Ansteckung des Menschen durch Thiere in Einklang bringen. Andererseits ist die Symptomatologie beim Menschen und beim Thiere gar nicht so verschieden, denn es bestehen bei beiden Anfangs Localinfection, dann allgemeine Infection und dann Lähmungen. Dr. P. K.

Lähmung der Abductoren der Stimmbänder und des Gaumensegels. (Paralysie des muscles abducteurs des cordes vocales et du voile du palais.) Von Dr. Semon. (Société laryngologique de Londres, April 1893 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 1.)

Tabetiker mit vollständiger linksseitiger, mit unvollständiger rechtsseitiger Abductoren-Lähmung, auf die Musculi thyreoarytenoidei übergreifend. Vollständige Gaumensegellähmung. Zittern der Zunge. Vollständige Degeneration und Lähmung beider Masseteren und Temporalen. Erschwerte Articulation, Mund beständig offen. Characteristisches Gehen. Lähmung des sechsten Paares links. Dr. P. K.

Lähmung des linken Stimmbandes mit Lähmung des weichen Gaumens. (Paralysie de la corde vocale gauche associée à la paralysie du palais mou diphthéritique?) Von Dr. Scanes Spicer. (Société de laryngologie de Londres, Décembre 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Heiserkeit und Zurücktreten der Flüssigkeiten durch die Nase beim Schlucken. Cadaverstellung des linken Stimmbandes und Gaumensegels.

lähmung. Weder Syphilis, noch Tuberculose, noch Diphtheritis, noch Influenza nachzuweisen. Jodkalium half nicht, Strychnin brachte Besserung. Man könnte an unbemerkt verlaufende Diphtheritis oder an Bleiintoxication denken. Dr. P. K.

Aneurysma des Aortenbogens mit rechtseitiger Stimmbandlähmung. (Anévrysme de la crosse de l'aorte avec paralysie vocale droite.) Von Dr. Scanes Spicer. (Société de laryngologie de Londres und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Verf. zeigt das anatomische Präparat eines 48jährigen Mannes, welcher ein Aneurysma der hinteren Wand des Aortenbogens hatte, das den unteren Theil der Trachea nach hinten und rechts verschob und so indirect auf den rechten Vagus und rechten Recurrens drückte. Lähmung des rechten Stimmbandes. Der Durchbruch geschah in die Trachea selbst; die grossen Gefässe waren unbehelligt geblieben. Dr. P. K.

Lähmung des Recurrens durch Druck durch scrophulöse Drüsen. (Paralysie du recurrent comprimé par les ganglions scrofuleux.) Von Dr. James Finlayson. (Archives de pédiatrie und Ann. des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Ein 4 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind zeigte eine Lähmung des linken Stimmbandes bei unversehrter Schleimhaut. Lungentuberculose. Die Section ergab käsige Bronchialdrüsen, welche den linken Recurrens einschlossen. Lungen- und Peritonealtuberculose. Dr. P. K.

Lähmung eines Stimmbandes in Folge eines cervicalen Aneurysma. (Paralysie de la corde vocale consécutive à un anévrysme cervical.) Von Dr. Onodi. (Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 7.)

Ein Aneurysma des Truncus cervicalis brachte Lähmung des rechten Stimmbandes. Microscopisch waren die Nerven und Muskeln der rechten Larynxhälfte degenerirt. Dr. P. K.

Ein Fall von hysterischer Stummheit mit Agraphie und systematischer Facialisparalyse. (Sur un cas de mutisme hystérique avec agraphie et paralysie faciale systématisée.) Von Dr. Ballet und Dr. Paul Sollier. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Seltene Fälle, wo Agraphie damit verbunden ist; der Fall betrifft eine hysterische Frau. Heilung nicht wie gewöhnlich plötzlich, sondern allmählich. Dr. P. K.

Ein Fall von hysterischem Stummsein mit Erhaltung des Singvermögens. (Mutisme hystérique avec conservation de la faculté de chanter.) Von Dr. Harrisson Griffin. (Bulletin médical und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Seit 11 Jahren bestehendes hysterisches Stummsein mit erhaltener Singstimme; die tiefsten und die höchsten Töne wurden mit grosser Präcision gesungen, deshalb liess V. die Patientin alle Noten der Stimmlleiter singend aussprechen, was auch ganz hübsch gelang; dieselben Töne konnten aber nicht ausgesprochen werden ohne Gesang. Heilung durch Suggestion. Dr. P. K.

Zwei Fälle von telangiectatischen Fibromen des Larynxinnern. (Deux cas de fibromes télangiectasiques endolaryngés.) Von Dr. de Rossi. (Archiv ital di otol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx No. 2, 1895.)

Seltene Fälle. Sitzen meistens den freien Stimmbandrändern auf. Man soll immer die Galvanocaustik bei der Operation anwenden wegen der Blutung.

Dr. P. K.

Motorische Larynxanomalien: Tonus des Abductor und Reizbarkeit desselben. (Anomalies motrices du larynx: tonus de l'abducteur et susceptibilité de celui-ci.) Von Dr. J. Cagney. (Lancet, Juni 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 3.)

Die auffallenden Veränderungen der Larynxabductoren erklären sich, wenn man an die längst bekannten Facta denkt, von welchen Factis das Semon'sche Gesetz blos ein Beispiel wäre. Es ist schwer, sich einen rechten Begriff von dem Referat und noch mehr von der Originalarbeit zu machen und verweisen wir, mit dem französischen Referenten übereinstimmend, die sich an dem Thema etwa interessirenden Leser auf die etwas schwierige Lectüre des Originals.

Dr. P. K.

Posticusparalyse als erstes Symptom der Tabes. (Paralysie du posticus dans le tabes.) Von Dr. Pel. (Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie, deuxième séance d'Amsterdam und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 5.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Acute Laryngitis beim Kindesalter, dem Croup ähnelnd. (Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup.) Von Dr. J. Touchard. (Thèse de doctorat, Paris und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

In den Spitälern werden oft Kinder unter den Symptomen des Croup aufgenommen, auf die Diphtheritisabtheilung gebracht und ihnen so eine Krankheit durch Contagion eingepft, welche sie noch nicht haben: es sind dies die an heftiger acuter Laryngitis erkrankten Kinder, bei denen die Anamnese fehlte. Die nachher eingeholte Anamnese ergibt aber plötzliches, meist nächtliches Auftreten bei vorhergehendem gänzlichen Wohlbefinden, rasches Steigen der Dyspnoe, keine heisere Aphonie, sondern schrillende Stimme, bellender, weithin hörbarer, aber kein nichtklingender diphtheritischer Husten, keine Pseudomembranen, keine geschwollenen Halsdrüsen, wenig Fieber, Heilung in zwei Tagen bei einfacher Exspectation; die Heilung tritt fast so plötzlich wie die Krankheit ein. Eine Erkältung ist in den meisten Fällen nachzuweisen. Wenn der Arzt kaltblütig und die Familie ruhig genug bleibt, so genügt die einfache Exspectation. Man kann jedoch warme Halsumschläge, Bromkalium, Inhalationen von Wasser mit etwas Carbol, Aether geben. Die Tracheotomie ist für extreme Fälle zu sparen. Ref. hat die Nothwendigkeit derselben nie eintreten sehen.

Dr. P. K.

Ueber den Ictus laryngeus. (Du l'ictus laryngé.) Von Dr. Garel und Dr. Collet. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 12.)

Verf. geben die verschiedenen Namen der sogenannten Larynxkrisen und bezeichnen den Larynxschwindel mit dem Namen Ictus laryngeus. Sie geben die ganze Geschichte der Krankheit, ihre Aetiologie nebst Symptomen und Verlauf, sowie die Behandlung. Die Arbeit verdient im Original nachgelesen zu werden.

Dr. P. K.

Ueber Larynxpolypen im zarten Kindesalter. (Etude sur les polypes du larynx de la première enfance.) Von Dr. Delattre. (Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 20.)

Die bei Weitem häufigsten sind die Papillome, welche schon im zarten Kindesalter auftreten können und dann gewöhnlich als falscher Croup oder Spasmus angesehen werden (?). Spontanheilung ist selten, bei rasch eintretender Stenose muss man die Tracheotomie ausführen, welche natürlich nur symptomatisch wirkt; aber man hat auch oft gesehen, dass nach ausgeführter Tracheotomie die Papillome rückgängig werden. Manchmal tritt bei der Pubertät Spontanheilung ein. Die endolaryngeale Operation ist der Laryngotomie vorzuziehen.

Dr. P. K.

Supraglottisches Diaphragma von Geburt an. (Diaphragme sus-glottique congénital.) Von P. Bruns. (Archiv für Laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Congenitale Aphonie, schlechte Entwicklung, beschwertes Athmen sind die Hauptsymptome. Verf. beschreibt einen solchen Fall, welcher durch Tracheotomie mit nachfolgender Dilatation geheilt wurde; Sprache und Singstimme wurden nach einigen Monaten normal. Verf. glaubt, das Leiden bestehe in fehlerhafter Entwicklung während des Fötallebens.

Dr. P. K.

Studie über die Larynxcomplicationen der Varicella; eine hierher gehörende Krankengeschichte. (Etude sur les complications respiratoires de la varicelle, et relation d'un cas de varicelle du larynx.) Von Dr. L. Boucheron. (Thèse de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Tödlich verlaufender Fall unter den Symptomen der plötzlichen Erstickung und Varicellapusteln im Larynx. Es muss dabei bemerkt werden, dass das Kind vorher an Keuchhusten mit Bronchopneumonie gelitten hatte und während dem Varicellenanflug noch an Nierenentzündung litt; der Larynx wies aber kein Oedem nach.

Dr. P. K.

Eine Kugel im Larynx. (Une balle dans le larynx.) Von Dr. A. Sokolowsky. (Arch. internat. de laryng. und Annales des maladies et du larynx 1894, No. 4.)

Seltene Fälle: Ein 47jähriger Mann erhielt einen Revolverschuss in die linke Cervicalgegend; Hustenanfall und Blutspeien, Heiserkeit und später Aphonie. Die Kugel war durch die linke Hälfte der Cartilago thyroidea eingedrungen; Athmen gut, Dysphagie. Abends warf er

während eines Hustenanfalles die Kugel aus. Dysphagie verschwand gleich, die Heiserkeit bestand fort. Die nach drei Tagen vorgenommene laryngoscopische Untersuchung ergab Röthung mit Schwellung der linken Larynxhälfte und ein Geschwür am vorderen Theile des linken Stimmbandes; Heilung nach 11 Tagen. Dr. P. K.

Multiple Adenome des Larynx durch Thyrotomie ohne vorherige Tracheotomie exstirpirt. (Cas de tumeurs adénomateuses multiples du larynx enlevées par thyrotomie, sans trachéotomie préalable.) Von Dr. F. Marsh. (Société britannique de laryngologie et de rhinologie, Juli 1894 und Revue de laryngol. 1894, No. 21.)

Eine 22jährige verheirathete Frau leidet seit vier Jahren an Heiserkeit, welche sich bis zur totalen Aphonie steigerte. Dyspnoe, welche lebensgefährliche Dimensionen annimmt. Die multiplen Tumoren sitzen an der vorderen Commissur und auf dem linken Stimmbande meistens auf. Die starke Dyspnoe hinderte die intralaryngeale Operation. Unter Chloroformnarcose wurde die Thyrotomie ausgeführt, in der Weise, dass die drei unteren Viertel der Cartilago thyroidea und die Membrana cricothyroidea durchschnitten wurden; die Cricotomie musste auch ausgeführt und ein Rohr in den unteren Winkel der Wunde gelegt werden; dieses Rohr wurde mit Stückchen Schwamm umgeben. Die Tumoren wurden mittelst Scheere und Pincette entfernt, die Ansatzstellen mittelst reiner Carbolsäure, welche die beträchtliche Blutung stillte, bepinselt. Absolutes Stillschweigen und Clystierernährung während zwei Tagen. Heilung per primam. Die microscopische Untersuchung ergab Adenom. Die der Laryngofissur folgende Cricotomie und das Einführen eines Trachealrohres kommt doch der prophylactischen Tracheotomie und dem Einführen einer Tamponcanüle gleich und ist viel umständlicher. (Der Referent.) Dr. P. K.

Bericht der zum Studium der Tuberculosis ab ingestis eingesetzten Commission. (Rapport de la commission royale pour l'étude de la tuberculose d'origine alimentaire.) (Semaine méd. 1895, No. 22.)

Die Tuberculose ist am häufigsten bei Kühen und Schweinen; bei diesen sind die erwachsenen der Krankheit mehr unterworfen, als die jungen Thiere. Am häufigsten findet man sie bei Milchkühen der grossen Städte, weniger bei dem zum Schlachten bestimmten Vieh. Das Muskelgewebe hat selten Tuberkel, man findet selbe besonders in den Eingeweiden, den Häuten und den Drüsen. Auch muss man annehmen, dass, falls das verkaufte Fleisch tuberculöse Massen enthält, letztere durch Beschmutzung des Fleisches durch inficirte Messer herbeigebracht worden sind. Der Haupttheil des Fleisches tuberculöser Thiere kann also ungestraft gegessen werden, wenn die gewöhnlich von Tuberculose befallenen Organe entfernt und zerstört worden sind, wenn die Muskeln vor jeder Beschmutzung durch die Messer bewahrt worden sind, wenn das Fleisch beim Kochen der gehörigen Temperatur lange genug ausgesetzt wurde. Die Milch tuberculöser Kühe, wenn selbe gehörig gekocht ist, ist ebenfalls nicht schädlich. Dr. P. K.

Tuberculöses Uleus der Epiglottis mit Auskratzungen und Milchsäure behandelt. (Ulceration tuberculeuse de l'épiglotte traitée par le curettage et l'acide lactique.) Von Dr. Symonds. (Société de laryngologie de Londres und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 8.)

Genauere Beschreibung des Falles, welcher heilte. Dr. P. K.

Ueber die Behandlung von Trachealstenosen mittelst Electrolyse. Von Dr. A. E. Spengler. Aus der Klinik des Prof. N. P. Simanowsky. (Botkin's Hospitalzeitung No. 44, 45, 1895 [russisch.])

Nach einem geschichtlichen Ueberblick über die therapeutische Anwendung der Electrolyse, beschreibt Verf. einen von ihm beobachteten Fall von Trachealstenose. Pat., 26jährig, acquirirte im August 1880 Lues und wurde mehrfach, jedoch, wie es scheint, ungenügend behandelt. Im April 1891 bekam er Athembeschwerden, die im September zur Tracheotomie führten. Pat. trug nun beständig die Canüle, doch steigerten sich im Juli 1892 die Athembeschwerden, so dass er durch die Canüle hindurch noch mit elastischen Cathetern behandelt werden musste. Bei der Aufnahme in die Klinik im April 1894 fand sich eine ringförmige narbige Stenose der Trachea ca. $4\frac{1}{2}$ Ctm. unter dem Ringknorpel. Die Narben waren knorpelhart. Die mechanische Erweiterung hatte nur temporären Erfolg. Es wurde daher die Electrolyse in Anwendung gezogen: Doppelnadeln von Platin, Stromstärke 10—15 M.-A., 5—6 Einstiche in einer Sitzung. Im Laufe von 5 Monaten 15 Sitzungen. Die Narben resorbirten sich vollständig, Pat ist von seiner Trachealstenose geheilt. Verf. glaubt, mittelst Tracheoscopie und entsprechend langen Nadeln in geeigneten Fällen selbst bis zur Bifurcation vordringen zu können.

Gorodecki.

Ein Fall von Fistula pleuroösophagealis. Von N. A. Michailow. (Referirt in Chirurgitscheskaja Letopis No. 5, 1895.)

Pat., 21 Jahre alt, erkrankte im August 1894 an Pleuritis exsudativa sinistra. Am 25. October heftige Schmerzen in der linken Seite, Dyspnoe, Kräfteverfall. Im Spatium supra- et infraclavicul. sin. tympanitischer Schall. Unter der linken Brustwarze Hautemphysem mit Hervorwölbung der Brustwand. Eine ähnliche Hervorwölbung auch in der Gegend der XI. und XII. Rippe in der Axillarlinie. Bei der Operation (27. October) wurden über 3 Liter Eiter entleert. Am übernächsten Tage beim Verbandwechsel fanden sich Speisetheile im Verbande. 7 Tage nach der Operation Exitus! Bei der Section fand sich in der linken Lunge eine wallnussgrosse Caverne, die einerseits in die linke Pleurahöhle, andererseits durch die linke Oesophaguswand dicht unter dem Arcus aortae perforirt war. Beide Lungen und der Darm tuberculös.

Gorodecki.

Notizen.

Der Privatdocent der Ohrenheilkunde Dr. Hessler in Halle a. S. hat den Titel eines Professors erhalten.

Oesterreichischer Otologentag.

Die Oesterreichische Otologische Gesellschaft hat für den am 28. und 29. d. Mts. in Wien stattfindenden Otologentag das folgende Programm festgesetzt.

TAGESORDNUNG:

27. Juni, 8^h p. m.: Collegiale Begrüßung im „Riedhof“, VIII., Schlüsselgasse.
28. Juni, 9^h a. m.: I. Administrative Sitzung;
II. Wissenschaftliche Verhandlungen.
Nachmittags: Ausflug in die Umgebung Wiens.
29. Juni, 9^h a. m.: Wissenschaftliche Verhandlungen.
Gemeinsames Diner.
3^h p. m.: Fortsetzung der Verhandlungen und Schluß des Otologentages.

A. Tagesordnung der administrativen Sitzung.

- a) Entgegennahme, Prüfung und Genehmigung des Rechenschaftsberichtes;
- b) Neuwahl des Vorstandes;
- c) Bestimmung der Höhe des Vereinsbeitrages;
- d) Aufnahme von Mitgliedern;*)
- e) Antrag auf Aenderung der Statuten.

B. Programm der wissenschaftlichen Verhandlungen.

a) Demonstrationen haben angekündigt:

Herr Prof. Urbantschitsch: „Ein Fall von psychischer Taubheit“.
„ Prof. Gruber: „Ein Fall von Angiom der Ohrmuschel, durch Operation geheilt, mit Demonstration des mikroskopischen Präparates“.

Ferner haben Demonstrationen in Aussicht gestellt die Herren:
Prof. Politzer, Doc. Dr. Bing, Dr. Hrubesch und Doc. Dr. Pollak.

b) Angemeldete Vorträge:

Herr Dr. Sig. Szenes (Budapest): „Ueber die diagnostische Verwerthung des Lichtkegels und anderer Lichtreflexe des Trommelfells.“

„ Dr. Spira (Krakau): „Ueber eine, unter dem Bilde einer Trigeminusneuralgie latent verlaufende, centrale Otitis proc. mast.“

„ Prof. Gruber: „Zur Lehre von den intercraniellen otitischen Erkrankungen.“

„ Prof. Politzer: „Menière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion, Demonstration des histologischen Befundes.“

„ Prof. Politzer: „Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume (sog. Radicaloperation).“

„ Prof. Urbantschitsch: „Zur Radicalbehandlung des Mittelohrs.“

„ Dr. Alt: „Ueber apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern.“

„ Doc. J. Pollak: „Ueber Perichondritis septi nar. serosa.“

„ Doc. Dr. Gomperz: „Ueber eine typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenschwellungen.“

„ Do. Dr. Gomperz: „Erfahrungen über die Verschließbarkeit alter Trommelfelllücken.“

„ Dr. V. Hammerschlag: „Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfelle.“

Die Sitzungen finden im Hörsaal des Herrn Prof. v. Schrötter im Allgem. Krankenhause (IX., Alserstrasse 4) statt.

WIEN, im Juni 1896.

Doc. Dr. Jos. Pollak

Schriftführer.

Prof. Dr. Jos. Gruber

Vorsitzender.

*) Diejenigen Herren Collegen, die ihre Aufnahme in die „Oestrr. Otolog. Gesellschaft“ wünschen, belieben dies schriftlich Herrn Prof. Gruber (I., Freiung, 7) oder Herrn Dr. Jos. Pollak (I., Kärntnerstrasse 39) bekanntzugeben.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. R. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. **Bescherner** (Dresden), Prof. Dr. **Ganghofner** (Prag), Docent Dr. **Gempers** (Wien), Dr. **Heinze** (Leipzig), Dr. **Hopmann** (Cöln), Prof. Dr. **Jurasz** (Heidelberg), Dr. **Keller** (Cöln), Prof. Dr. **Kiesselbach** (Erlangen), Prof. Dr. **Kirchner** (Würzburg), Dr. **Koch** (Luxemburg), Dr. **Law** (London), Docent Dr. **Lichtenberg** (Budapest), Dr. **Lublinski** (Berlin), Dr. **Michel** (Cöln), Docent Dr. **Moldenhauer** (Leipzig), Docent Dr. **Ondi** (Budapest), Docent Dr. **Paulsen** (Kiel), Dr. A. **Schapringer** (New-York), Dr. **Schäffer** (Bremen), Dr. E. **Stepanow** (Moskau), Prof. Dr. **Störek** (Wien), Prof. Dr. **Strübing** (Greifswald), Dr. **Weil** (Stuttgart), Dr. **Ziem** (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3 1/2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, Juli 1896.

No. 7.

Oesterreichische Otologische Gesellschaft.

Verhandlungen des ersten österr. Otologentages

28.—29. Juni 1896.

Officieller Bericht,

erstattet vom Schriftführer Docenten Dr. Jos. Pollak.

Eine zwanglose, gesellige Zusammenkunft im „Riedhof“ am Abend des 27. Juni eröffnete den ersten österreichischen Otologentag, wobei der Präsident der Gesellschaft, Prof. Dr. Jos. Gruber, die Collegen, besonders die auswärtigen, sowie den in Vertretung der Wiener Aerztekammer erschienenen Präsidenten Primarius Dr. Jos. Heim und den Vicepräsidenten Dr. Jos. Scholz auf das Collegialste begrüßte.

Am 28. Juni, 9^h Vormittags, eröffnete Prof. Dr. Gruber den Otologentag mit folgender Rede:

Hochansehnliche Versammlung,
Hochverehrte Collegen!

Die Oesterreichische Otologische Gesellschaft hat in ihren Statuten die Bestimmung aufgenommen, alljährlich einen Oesterreichischen Otologentag abzuhalten.

Die Sitzungen dieses Otologentages sollen die Schlusssitzungen des Vereinsjahres ausmachen, und insofern wir Gelegenheit bekommen, in denselben auch unsere auswärtigen Gesellschaftsmitglieder zu sehen und insofern wir die hohe Ehre geniessen, auch Gäste zu empfangen, wird dieser Otologentag auch zugleich eine Jahresfeier für unsere Gesellschaft.

Der Vorstand derselben begrüsst nun die anwesenden Mitglieder und Gäste auf's Freudigste und heisst sie herzlich willkommen!

Unsere Gesellschaft ist noch jung, sie kann sich noch keiner ausserordentlichen Leistungen rühmen; allein ein Blick in ihre Sitzungsberichte muss jedem Unbefangenen zeigen, dass ihre Existenz eine berechtigte ist. Sie hat sich hauptsächlich die Förderung unserer Specialdoctrin, d. i. der theoretischen und practischen Ohrenheilkunde zur Aufgabe gestellt, ohne jedoch einen Augenblick die innigsten Beziehungen derselben zur Gesammtheilkunde aus den Augen zu lassen, wobei sie eifrigst bestrebt ist, die Fäden, welche die Specialdoctrin mit der Mutterdoctrin verbinden, immer mehr und mehr zu erforschen, dabei ihre eigenen Errungenschaften in den Dienst der Gesammtmedizin zu stellen und umgekehrt von dieser das zu entlehnen, was der theoretischen und practischen Ohrenheilkunde zum Frommen ist.

Wie die verehrten Herren aus der Tagesordnung ersehen, ist die Zahl der für die Sitzungen des Otologentages angemeldeten Vorträge eine bedeutende, und wir hoffen, dass auch der Inhalt derselben den klaren Beweis liefern wird, dass die Mitglieder der Otologischen Gesellschaft ihre Aufgabe ernst nehmen und dass auch an der Stätte, wo unter der glorreichen Regierung unseres erhabenen Monarchen die erste Ohrenklinik der Welt entstand, man bis zum heutigen Tage nicht aufgehört hat, mit Fleiss und Eifer, mit Lust und Liebe zur Wissenschaft thätig zu sein. Wir hoffen aber auch, dass der Erfolg unserer Bemühungen nicht nur die hohe Bedeutung der Ohrenheilkunde darthun, sondern auch die Ueberzeugung verschaffen wird, dass unsere Specialdoctrin würdig ist, ihren Schwesterdoctrinen an die Seite gestellt zu werden und von Seite der hohen Behörden die gleiche Unterstützung zu erfahren, wie ihre Schwesterdoctrinen.

Und somit eröffne ich die Sitzungen des Oesterreichischen Otologentages. —

Hierauf erstattete der Schriftführer Docent Dr. Jos. Pollak den Rechenschaftsbericht für das abgelaufene erste Vereinsjahr, dem folgende Daten zu entnehmen sind:

Ueber die Initiative und Einladung des Prof. Gruber beschlossen 12 Collegen, von denen 7 in Wien und 5 in den Provinzial-Universitätsstädten sesshaft sind, eine Oesterr. Otolog. Gesellschaft zu gründen, die sich, nachdem die Statuten behördlich genehmigt waren, am 18. März 1895 constituirte.

Zum Präsidenten wurde der um das Zustandekommen der Gesellschaft hochverdiente Prof. Gruber, zu dessen Stellvertreter Prof. Politzer, zum Kassensführer Prof. Urbantschitsch, zu Schriftführern Doc. Dr. Jos. Pollak und Dr. Hrubesch gewählt.

Die Gesellschaft hielt 3 administrative und 7 wissenschaftliche Versammlungen ab.

In den administrativen Sitzungen wurde die Geschäfts-Ordnung ausgearbeitet und 6 neue Mitglieder aufgenommen.

Für das rege Leben in den wissenschaftlichen Verhandlungen zeugen die Berichte in der „Monatsschrift für Ohrenheilkunde“, dem Organ der Gesellschaft. Das Hauptgewicht wurde auf Demonstrationen gelegt; naturgemäss lieferten die Leiter der Kliniken und der Ohrenpoliklinik die reichhaltigsten Beiträge. An diese, sowie an die gehaltenen Vorträge schlossen sich sehr anregende interessante Discussionen an. Es wurden 44 Objecte (Patienten und Präparate) demonstriert und 2 grössere Vorträge gehalten.

Die Sitzungen fanden in Anbetracht der desolaten Raumverhältnisse der Ohrenklinik in Prof. v. Schrötter's Hörsaal statt, dem für sein lebenswürdiges Entgegenkommen der Dank der Gesellschaft votirt wird.

Nachdem der Kassenbericht des Herrn Prof. Urbantschitsch genehmigend zur Kenntniss genommen und demselben für seine Mühewaltung der Dank ausgesprochen wurde, schritt die Gesellschaft zur Neuwahl des Vorstandes mit folgendem Ergebnisse: Prof. Dr. A. Politzer (Vorsitzender), Prof. Dr. Gruber (Vorsitzender-Stellvertreter), Docent Dr. Josef Pollak und Doc. Dr. Albert Bing (Schriftführer), Prof. Dr. Urbantschitsch (Kassenführer).

Prof. Politzer spricht der Versammlung für die ihn ehrende Wahl zum Vorsitzenden des nächsten Vereinsjahres seinen Dank aus. Sein Streben werde dahin gerichtet sein, mit derselben Pflichttreue und dem gleichen Eifer wie sein Vorgänger die wissenschaftlichen und socialen Interessen der Otologischen Gesellschaft zu fördern. Seine Wirksamkeit werde eine weit weniger mühevoll und zeitraubende sein als die seines Vorgängers, dem es durch Umsicht und Energie gelungen ist, all' die Schwierigkeiten, die sich bei der Begründung einer neuen wissenschaftlichen Gesellschaft ergeben, zu beseitigen und, wie der Bericht zeigt, unseren Verein einer gedeihlichen Entwicklung entgegenzuführen. Zum Schlusse dankt Prof. Politzer im Namen aller Mitglieder der Otologischen Gesellschaft dem bisherigen Präsidenten Prof. Gruber für das warme Interesse, mit dem er für die Gründung und den Fortschritt der Otologischen Gesellschaft eintrat, und für sein mühevoll und erfolgreiches Wirken im Dienste derselben.

Hierauf wurden die Herren Dr. Geza Krepuska (Budapest), Dr. Cornel Lichtenberg (Budapest), Dr. J. Schüller (Brünn), Dr. Eug. Morpurgo (Triest), Dr. Rimini (Triest), Dr. Marczel Falta (Szege-din), Dr. Rafael Spira (Krakau), Dr. V. Hammerschlag (Wien), Dr. B. Panzer (Wien), Z. Spalke (Wien) zu ordentlichen Mitgliedern, Herr Dr. Brühl (Berlin) zum correspondirenden Mitgliede der Gesellschaft gewählt.

Der Antrag des Vorstandes auf Abänderung des § 6 der Statuten, der in seiner nunmehrigen Fassung also zu lauten hat: „Die Wahl der Vereinsmitglieder aller Kategorien kann in jeder Monatssitzung auf Vorschlag von 3 ordentlichen Mitgliedern erfolgen“, wird mit der erforderlichen $\frac{3}{4}$ -Majorität angenommen.

Die Präsenzliste wies folgende Namen auf:

Prof. Jos. Gruber, Wien,
Doc. Dr. J. Pollak, Wien,
Prof. Adam Politzer, Wien,
Director Simon Heller, Wien,
Prof. Victor Urbantschitsch, Wien,
Dr. Ferdinand Alt, Wien,
Dr. Daniel Kaufmann, Wien,
Dr. John M. Ingersoll, Cleveland, Ohio, Amerika,
Dr. Emanuel Max, Wien,
Dr. Franz Hrubesch, Wien,
Docent Dr. Alb. Bing, Wien,
Docent Dr. Gomperz, Wien,
Docent Dr. Lothar Frankl, Ritter v. Hochwart, Wien,
Dr. Poszvék aus Oedenburg, Ungarn,
Dr. Bornemann aus Utrecht, Holland,
Dr. Leo Bloch aus Kiew, Russland,
Dr. Hoffmann aus Charkow,
Dr. Löbl, Wien,
Dr. Pins, Wien,
Dr. Frank aus Detroit, Amerika,
Dr. Spalke, Wien,
Dr. Reissmann, Wien,
Dr. Justitz, Wien,
Dr. Buber, Wien,
Dr. Richard Heller, Wien,
Dr. W. Heinrich, Wien,
Dr. Marczel Falta aus Szegedin (Ungarn),
Dr. Gustav Brühl aus Berlin,
Dr. Geza Krepuska aus Budapest,
Dr. Max Reiner, Wien,
Dr. Raphael Spira aus Krakau,
Dr. F. Nathan Mead, Shell Rock, Coll., Amerika,
Dr. B. Panzer, Wien,
Dr. J. S. Mackintosh aus London,
Dr. E. W. Tschlenow aus Moskau,
Dr. J. Schüller aus Brünn,
Dr. Rudolf Steiner, Wien,
Dr. Victor Hammerschlag, Wien,
Dr. Arthur Schüller, Wien,
Dr. Stromberg aus Elisabethgrad, Russland,
kais. russischer Hofrath,
Dr. Canepele aus Padua,
Dr. H. Schrötter, Ritter v. Kristelli, Wien,
Dr. Wilhelm Mager, Wien.

Ihre Abwesenheit haben schriftlich entschuldigt die Herren:

Prof. Zaufal (Prag), Prof. Bezold (München), Prof. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Kuhn (Strassburg), Prof. Ostmann (Marburg), Prof. Siebenmann (Basel), Doc. Baginsky (Berlin),

Dr. Hartmann (Berlin), Doc. Bloch (Freiburg), Dr. Scheibe (München), Dr. Brieger (Breslau), Dr. Magnus (Königsberg), Dr. V. Lange (Kopenhagen), Dr. Law (London), Dr. Szenes (Budapest), Dr. Laaser (Insterburg), Dr. Ziem (Danzig), Dr. Rimini (Triest), Dr. Duy (Linz).

Wissenschaftliche Verhandlungen.

I. Demonstrationen:

1) Director S. Heller demonstriert einen Fall von psychischer Taubheit im Kindesalter.

Auf der 66. Versammlung deutscher Naturforscher in Wien im Jahre 1894 wurde mir die Gelegenheit, in einem Vortrage das Wesen und die Behandlung jenes abnormen Zustandes im Kindesalter darzulegen, welchen ich als psychische Taubheit bezeichnet habe, und an 7 Fällen sowohl die einzelnen Entwicklungsstufen des Leidens, als auch die Ergebnisse des heilpädagogischen Verfahrens zu demonstrieren.

Die Erfahrungen der letzten zwei Jahre haben mich in meinen damals dargelegten Anschauungen über diesen Gegenstand bestärkt und ich gebe mir daher die Ehre, als Heilpädagoge die versammelten Ohrenärzte neuerdings auf einen Zustand hinzuweisen, welcher mehr oder weniger die Erscheinungen in sich vereinigt, die für die Diagnose der Taubstummheit als bestimmend angesehen werden, welcher jedoch in der That nur scheinbar Taubstummheit ist.

Mich leitet die Absicht, zur Bekämpfung eines Uebels, welches nur allzuleicht mit Taubstummheit verwechselt werden kann und bei welchem die Gefahr nahe liegt, dass es unheilbar wird, wenn die Angriffspunkte für eine ordnungsmässige und rechtzeitige Einwirkung vernachlässigt werden, wenn Rückbildungen elementarer Sprachanfänge erfolgen und Accommodationen an den Zustand des Nichthörens eingetreten sind.

Mich bewegt aber auch die Hoffnung, die Aufmerksamkeit der Unterrichtsbehörden auf die Pflicht zu lenken, Kinder vor der Abgabe an Taubstumm-Anstalten einer Untersuchung zuzuführen, nach deren Ergebniss wirklich Taubstumm von den nur psychisch Tauben zu trennen und einer gesonderten Behandlung zuzuführen sind.

Der Fall, den ich heute vorzustellen die Ehre habe, zeigt die wesentlichsten Merkmale der genannten Abnormalität und weist einen Heilerfolg, der als ein durchaus günstiger bezeichnet werden darf.

Es handelt sich um einen Knaben, der in einem Alter von $3\frac{1}{2}$ Jahren im November 1894 von Hofrath von Widerhofer und Professor Politzer an mich gewiesen worden ist, nachdem sie übereinstimmend auf psychische Taubheit erkannt hatten. Der Knabe ist das Kind einer nervösen Mutter, war stets in hohem Grade erregbar und sehr oft schlaflos; Convulsionen sind nicht beobachtet worden.

Der durch Prof. Politzer erhobene Ohrbefund ergab normale anatomische Verhältnisse, und die Erziehung hatte alles Nothwendige und Rathsame vorgekehrt. Trotzdem stellte sich die normale Sprache nicht ein; es kam nur zur Bildung von Wortfragmenten, und der Knabe sprach von zweisilbigen Worten bald die eine, bald die andere Silbe in

verstümmelnder Form und gleichsam in spielender Wiederholung. Doch im Laufe der Zeit hatten sich auch diese Sprachrudimente fast ganz verloren, ohne dass an ihrer Stelle neue gebildet worden wären.

Als ich den Knaben kennen lernte, verstand der Knabe kein einziges Wort, das an ihn gerichtet wurde, und es war fast unmöglich, seine Aufmerksamkeit auf sonstige Schalleindrücke zu lenken. Er reagirte höchstens reflectorisch und nur auf ganz laute Schalleindrücke. Von Wortfragmenten, die er noch besass, waren die Wörter „Mama“ und „Berta“ die deutlichsten, doch auch diese hatten für ihn keinerlei Bedeutung oder Inhalt. Zudem befand sich der Knabe in der Regel in einem Zustande hochgradiger motorischer Agitation und Aufregung, die sich manchmal zu förmlichen tobsuchtsartigen Paroxysmen steigerten, in welchen das Kind heftig in hohen Tönen schrie, um sich schlug, auf die Wartpersonen einbiss und sich selbst beschädigte. Wenn die Erregtheit so hohe Grade erreicht hatte, dann trat Reaction in Form vollkommener Abspannung ein. Ich habe unter den vielen Fällen, welche ich zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte, nur sehr wenige gesehen, die einen so stark ausgeprägten Hang zur Activität mit einem so erheblichen Mangel an Absichtlichkeit und Zweckmässigkeit vereinigt hätten.

In vollem Gegensatze zu der Unempfänglichkeit des Knaben gegenüber einzelnen lauten Schalleindrücken stand die Thatsache, dass Melodien, wie die Klänge einer Spieldose oder einer Drehorgel, am ehesten geeignet waren, den Knaben selbst in Aufregungszuständen einigermaassen zu beruhigen.

Der Versuch, an die Wortfragmente, die der Knabe noch besass, anzuknüpfen und ihm dieselben zuerst sprechend, dann singend in's Ohr einzusagen, in der Hoffnung, dass der Knabe dieselben unbewusst hervorbringen werde, misslang vollständig. Das Kind wehrte jede derartige Einwirkung entschieden ab, gab nach einiger Zeit das Spiel mit dem Wortfragmente völlig auf und auch der Einfluss der Melodien begann zu schwinden. Auch von Spielbewegungen begleitete Melodien, die erfahrungsgemäss den grössten Anreiz für Kinder haben und sie zur Nachahmung am ehesten anregen, hatten keinen Erfolg.

Ein Behandlungseffect wurde nach 4monatlicher Einwirkung ersichtlich, als es mir, unterstützt von einer tüchtigen Kindergärtnerin bei Anwendung der Concentrations-Methode, welche ich später skizziren werde, gelang, das Bewusstsein des Zusammenhanges von Wort und Gegenstand zu erwecken. Der Knabe lieferte zwar Anfangs den Beweis, gehört und begriffen zu haben, nur dadurch, dass er Leistungen einfachster Art, zu denen er aufgefordert worden war, richtig vollführte, doch war es zunächst unmöglich, den Knaben zu bewegen, dass er ein bestimmtes Wort als Bezeichnung eines bestimmten und ihm wohl-bekanntes Gegenstandes aussprach: er producirte bei stärkerem Andringen nur seine Wortfragmente, oder nur die einzelnen Silben derselben, die er nicht ohne Wohlgefallen unsinnig untereinander mischte. Dagegen achtete er mit steigender Aufmerksamkeit darauf, wenn die von ihm ausgeführte Handlung mit denselben Worten bezeichnet wurde, und man konnte bemerken, dass er hier und da das Vorsprechen dieser Worte mit Lippenbewegungen begleitete.

Das Wort „Ball“ war das erste, das der Knabe correct und bestimmt, besonders in Ergänzung des Satzes: „Das ist ein — Ball“ aussprach. Diesem folgten rasch noch andere Worte, die zunächst in Form der Ergänzung, später aber auch spontan producirt wurden, und damit war die Sprechfähigkeit des Kindes zum Durchbruch gekommen, welche sich auch weiterhin erfreulich entwickelt hat. So bekam das Kind eine gewisse Sicherheit im Erkennen und Auswählen respective Unterscheiden der Lehrobjecte, und je sicherer dies gelang, desto deutlicher und bestimmter hörte es aus immer zunehmender Entfernung und bei abnehmender Schall-Intensität, und desto mehr war es geneigt, Geräuschen und Klängen seine Aufmerksamkeit zu schenken, welche es auf verschiedene, aber unzweideutige Weise zu erkennen gab.

Freilich war der Fortgang nicht immer ein stetiger und ununterbrochener. Wenn sich die Erregtheit des Knaben wieder steigerte, dann verringerte sich rasch die Aufmerksamkeit beim Unterrichte und das Interesse für den Lehrgegenstand, die Hörfähigkeit nahm entschieden ab und so musste die heilpädagogische Einwirkung wieder zurücktreten. Denn diese Perioden bedeuteten immer einen Stillstand, selten aber einen Rückgang in der Entwicklung, und man war in der Regel imstande, den Unterricht wieder dort anzuknüpfen, wo er vor der erzwungenen Unterrichtspause aufgegeben werden musste. In letzter Zeit sind aber die Schwankungen in der Aufnahmefähigkeit des Gehörs des Knaben nicht mehr wahrgenommen worden und hoffentlich dauernd überwunden.

Es muss jedoch bemerkt werden, dass die eben geschilderte Methode für sich allein nicht ausgereicht hätte, wenn nicht eine Reihe von andern Massregeln zu Hilfe genommen worden wäre, die ich später schildern werde und die, abgesehen von der Erziehung in ländlicher Abgeschiedenheit (Anstalt), zur Herbeiführung der unerlässlichen Beruhigung sich besonders wirksam erwiesen haben.

Sie wollen sich überzeugen, meine Herren, dass der Knabe jetzt über eine völlig normale Aufnahmefähigkeit durch das Gehör verfügt, dass er imstande ist, die Gehörswahrnehmungen in Vorstellungen umzusetzen und alle die Leistungen, welche wir von ihm fordern und welche seinem Alter und seinem Entwicklungsstadium entsprechen. Sie wollen aber auch bemerken, dass er nicht allein fähig und willig ist, Erkenntnisse und Urtheile spontan in Worte zu kleiden und dass die fernere Entwicklung des Denk- und Sprachvermögens dadurch gesichert erscheint, dass der Knabe zweckmässige Fragen zu stellen vermag. Seine momentane Erregung ist leicht aus dem Gegensatze zwischen seiner gewohnten Abgeschiedenheit und der gegenwärtigen Situation zu erklären.

Für die Heilpädagogik ergeben sich demnach bei der Behandlung derartiger Fälle bei erethischen Individuen im Wesentlichen 2 Aufgaben: 1. den dauernden Zustand der Erregung zu bekämpfen und 2. die Concentrations- und Perceptionsfähigkeit in dem kleinen Patienten zu wecken und zu pflegen. Die Herabsetzung der dauernden Erregung muss als eine der wichtigsten Vorbedingungen des Erfolges bezeichnet werden. Es ist daher von besonderer Wichtigkeit, alle jene äusseren

Einwirkungen wegzuschaffen, welche als Reiz wirken und das labile Gleichgewicht stören könnten.

Neben eventueller medicamentöser Einwirkung und strenger Isolierung, womöglich in ländlicher Abgeschlossenheit, haben sich mir noch 3 Mittel als überaus wirksam erwiesen, nämlich das Fussbodenliegen und das Fussbodenturnen, sowie rhythmische, anfangs passiv ausgeführte Bewegungen der Extremitäten und des ganzen Körpers. Diese beiden letzteren Massregeln werden aber zugleich der zweiten Forderung gerecht, nämlich der Erweckung der Aufmerksamkeit für eine bestimmte Handlung und mittelbar für einen bestimmten Gegenstand, während sonst die Aufmerksamkeit der Patienten bei rasch wechselnder Activität von einem Gegenstande zum andern ablenkt, ohne dass er sie einem solchen lange genug widmet, um das Bild in die Bewusstseinssphäre eindringen und darin haften zu lassen.

Dann kann die Concentrations-Methode einsetzen, das gesprochene Wort auf den wahrgenommenen Gegenstand beziehen lehren und auf diesem Wege jene psychischen Vorgänge herbeiführen, welche zur Erwerbung der normalen Sprache führen.

2) Prof. Urbantschitsch demonstrirt folgende acht Fälle von Radicaloperation, bei denen die retroauriculäre Oeffnung verschlossen ist.

a) Ed. D., 21 Jahre alt, wurde in seinem achten Jahre in Folge von Morbilen von einer eitrigen Mittelohrentzündung rechterseits befallen. Am 11. December 1894 wurde die Radicaloperation vorgenommen; Anfangs Februar 1895 erschien die Höhle trocken, doch tritt auch gegenwärtig noch zeitweise geringe Secretion ein. Die retroauriculäre Oeffnung ist seit Februar 1895 geschlossen. Das Gehör blieb unverändert.

b) Marie R., 15 Jahre alt, litt durch 12 Jahre rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung mit starken, häufig auftretenden Kopfschmerzen. Die Radicaloperation fand am 4. Januar 1895 statt; es fanden sich im Mittelohr cariöse und cholesteatomatöse Herde vor. Die Höhle war Anfangs April 1895 trocken und zeigt bisher keine Secretion. Das Gehör ergab vor der Operation Uhr 1 Ctm., Flüsterstimme 15 Ctm.; nach der Operation Uhr 30 Ctm., Flüsterstimme 6 Schritte. Bemerkenswerth ist in diesem Falle das Wiederauftreten eines Trommelfelles, das vom hinteren und unteren Rande aus ungefähr auf $\frac{1}{3}$ der normalen Trommelfelloberfläche nachwuchs. Cephalalgie geschwunden.

c) Hermann K., 16 Jahre alt, mit dreijähriger linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung behaftet, klagte über heftige Kopfschmerzen und erschien körperlich sehr schwach. Die Radicaloperation wurde am 7. Januar 1895 ausgeführt; die Höhle erscheint seit 7. September 1895 trocken. Das Gehör ist etwas gebessert. Die Cephalalgie und Körperschwäche geschwunden.

d) Wenzel St., 22 Jahre alt, seit zehn Jahren an linksseitiger eitriger Mittelohrentzündung erkrankt, Lähmung des Nerv. facialis. Radicaloperation am 23. Januar 1895; es fand sich Prolapsus cerebri in dem Atticus vor. Die Höhle ist seit 30. Mai 1895 trocken. Das Gehör ist unverändert. Facialparese.

e) Wilhelm H., 26 Jahre alt, seit drei Jahren rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung erkrankt, hatte seit 1893 einige Tobsuchtsanfälle. Radicaloperation am 7. Februar 1895 (Fall von Cholesteatom); einige Tage nach der Operation etwickelte sich eine Facialparese, die binnen einer Woche in Paralyse überging, hierauf langsam schwand und schliesslich einen schwachen Spasmus der oberen Augenlider zurückliess; zehn Wochen nach der Operation erschien die Höhle trocken und blieb so bis gegenwärtig; man sieht den Steigbügelkopf mit der Sehne des Musc. stapedius. Das Gehör, das vor der Operation für Uhr und Flüsterstimme 0 war, ergiebt jetzt Uhr 2 Mtr., Flüsterstimme 11 Schritte. Derzeit keine Tobsuchtsanfälle.

f) Karoline B., 18 Jahre alt, seit ihrem zweiten Lebensjahre in Folge von Masern an eitriger Mittelohrentzündung linkerseits erkrankt, leidet sehr häufig an Kopfschmerzen, Schwindel und Uebelkeiten. Am 3. December 1895 fand die Radicaloperation statt; am 15. December wurde Pat. von Scarlatina befallen; seit 26. Januar 1896 ist die Höhle trocken. Das Gehör blieb unverändert.

g) Franz M., 17 Jahre alt, seit drei Jahren nach Masern beiderseits an eitriger Mittelohrentzündung erkrankt. Am 23. October 1895 wird das rechte Ohr operirt; seit 27. December 1895 ist die Höhle trocken. Das Gehör stieg von 20 Ctm. Flüsterstimme auf 2 Schritte. Das linke Ohr kam Januar 1896 zur Operation und zeigt noch gegenwärtig mässige Secretion.

h) Adolf Sch., 44 Jahre alt, litt durch acht Jahre rechterseits an eitriger Mittelohrentzündung und wurde häufig von heftigen Kopfschmerzen und Schwindel befallen. Am 12. Februar 1896 wurde die Radicaloperation ausgeführt; seit Ende Mai 1896 ist die Höhle trocken. Das Gehör zeigt sich unverändert.

3) Prof. Urbantschitsch: Vorstellung eines Falles von psychischer Taubheit.

Der Fall betrifft eine 22jährige Lehrerin, Eugenie Kliorin aus Russland, die vor acht Jahren aus unbekanntem Ursachen schwerhörig und in Folge ihrer stets zunehmenden Schwerhörigkeit von Verstimmung und Nervosität befallen wurde. Patientin wurde wegen ihrer Schwerhörigkeit in Königsberg durch zwei Monate galvanisirt mit günstigem Erfolge, doch trat später anlässlich der Erkrankung ihres Vaters wieder eine beträchtliche Gehörsverschlimmerung ein, derentwegen ihr die Aerzte alle geistige Beschäftigungen untersagten. Dies wirkte auf die Patientin äusserst ungünstig ein, es traten psychische Depressions- und wieder Erregungszustände auf, Patientin verlor öfter das Bewusstsein, vermeinte in ihren Speisen Menschenfleisch vorgesetzt zu bekommen und verweigerte deshalb, Nahrung zu sich zu nehmen, ferner traten bei ihr verschiedene Wahnideen auf. Es stellte sich ferner Schwindel ein, wobei jedoch eher eine Gehörsverbesserung beobachtet wurde. Patientin machte wiederholt Versuche, sich umzubringen, doch es waren eigentlich nur Scheinversuche, da sie diese immer nur in Gegenwart anderer Personen vornahm. Patientin wurde im Verlaufe ihrer weiteren Erkrankung von verschiedenen Collegen mit Galvanisation, statischer Electricität, Catheterismus ohne Erfolg behandelt und ihr Gehörleiden, wie Patientin angab, als unheilbar bezeichnet.

Patientin kam Ende December 1895 zu mir in die Allgemeine Poliklinik. Die Untersuchung beider Trommelfelle ergab eine schwache Einziehung des sonst ziemlich normal aussehenden Trommelfelles; der Lichtkegel erschien etwas verkürzt, durch die Membran eine schwache Hyperämie der Labyrinthwand erkennbar. Das Gehör zeigte sich für die Sprache beinahe ganz aufgehoben, Patientin vernahm nur mit dem Hörrohr einzelne Worte, die sie häufig falsch verstand. Die ohne Hörrohr in's Ohr gerufenen Vocale ergaben jedes Mal einen deutlichen Höreindruck, doch war Patientin ausser Stande, dieselben richtig nachzusprechen und verwechselte regelmässig die Vocale unter einander. Die Stimmgabeltöne wurden sowohl per Luft- als Knochenleitung percipirt; Rinne war beiderseits negativ. Die Uhr wurde auch beim Anlegen an das Ohr nicht gehört. Dagegen unterschied Patientin mässig starke Harmonikatöne auffallend gut und erkannte von Contra F bis f IV die einzelnen Töne. Die Töne der Galtonpfeife wurden bis nahe der normalen Perceptionsgrenze für die höchsten Töne gehört. Die galvanische Reaction ergab eine gesteigerte Empfindlichkeit beider Acustici.

Die hochgradig erscheinende Schwerhörigkeit für Sprachlaute contrastirte in diesem Falle mit dem ziemlich guten musikalischen Tongehör, weshalb mir der Verdacht kam, ob nicht die erstere nicht als eigentliche Schwerhörigkeit anzusehen sei, sondern vielleicht, wenigstens zum Theil, auf einem mangelhaften Sprachverständniss beruhe, also wenigstens theilweise psychischer und nicht ausschliesslich physischer Natur sei.

Ich fragte deshalb die Patientin, ob sie gesprochene Worte überhaupt nicht höre. In Bestätigung meiner Vermuthung theilte mir Patientin mit, dass sie auch mässig laut gesprochene Worte, selbst aus einiger Entfernung, allerdings höre, aber nicht verstehe; dabei sei es sehr merkwürdig, dass ihr später, zuweilen erst nach Stunden, ein früher nicht verstandenes Wort, ja zuweilen ein Satz plötzlich einfalle. Diese letztere Bemerkung wies fast mit Sicherheit auf die wenigstens theilweise vorhandene psychische Natur der vorhandenen Höraffection hin.

Ich begann mit der Patientin Ende December 1895 die Hörübungen, deren Erfolge in den ersten Wochen mir eine weitere Bestätigung gaben, dass es sich um einen Fall von theilweise psychischer Taubheit handle, und zwar vermochte die Patientin, die anfänglich selbst die einzelnen Vocale falsch verstand, binnen zwei Wochen viele Worte und kurze Sätze richtig zu hören. Die Hörübungen wurden später zum grössten Theile von der Tochter eines Wiener Collegen, von Fräulein Teleky, in aufopfernder Weise mit steigendem Erfolge vorgenommen. Es ist allerdings noch viel zu thun übrig; die Patientin versteht das Gesprochene nur, wenn man direct gegen das rechte oder linke Ohr spricht, wobei auch mässig laute Sprache genügt. Einzelne Worte werden oft inmitten eines Satzes falsch oder gar nicht verstanden, dann aber häufig auch dann nicht, wenn das Wort laut in's Ohr gerufen wird. Es kommt ferner nicht selten vor, dass Patientin von einem Satze nur den Anfang und das Ende gleich versteht und erst später spontan auch die übrigen Wörter, z. B. „Wir werden heute einen warmen Tag bekommen“ verstand Patientin als „Wir werden heute . .

bekommen“; nach einigen Secunden sagte Patientin: Jetzt fällt mir das Uebrige ein „einen warmen Tag“.

Zuweilen versteht Patientin einen kleinen Satz gar nicht, dagegen jedes Wort dieses Satzes als Bestandtheil eines anderen Satzes; wird der erst vorgesagte Satz wiederholt, so kam es nicht selten vor, dass Patientin abermals kein Wort zu hören angiebt, dabei aber bemerkt, dass es der erste von ihr nicht verstandene Satz sei.

Der psychische Character dieser Hörstörung ergab sich auch bei dem erstmaligen Ansprechen der Patientin in russischer Sprache, also in ihrer Muttersprache. Die Patientin vermochte dabei auch laut und langsam in's Ohr gesprochene russische Worte nicht zu verstehen, und erst als man ihr bedeutete, dass in russischer Sprache gesprochen werde, erkannte sie anfänglich ungenau, später aber in kurzer Zeit die vorgesagten Worte. Ganz dieselbe Erscheinung trat betreffs der französischen Sprache auf, deren Patientin ebenfalls mächtig ist.

Man ist gegenwärtig im Stande, mit der Patientin in halblauter Stimmstärke ganze Gespräche zu führen, zuweilen auch ganz nahe dem Ohre in scharfer Flüsterstimme, mit der Patientin in letzterer Zeit besonders geübt wurde; weitere Uebungen werden jetzt auch aus einiger Entfernung vom Ohre mit lauter Stimme angestellt. Das Gehör ist in steter langsamer Zunahme begriffen und betrifft auch das musikalische Gehör, indem nunmehr melodische Bruchstücke, sowie kurze Melodien deutlich gehört und wieder erkannt werden, während Patientin früher nur die einzelnen Töne, aber nicht deren Zusammenklang und Aufeinanderfolge zu hören vermochte.

Discussion:

Prof. Gruber: Bei der psychischen Taubheit müsse man verschiedene Formen unterscheiden. Manche Individuen sind in ihrer geistigen Entwicklung so weit zurück, dass sie die einzelnen Laute sehr gut hören, so wie es sich aber um ganze Worte, oder gar um Wortreihen handelt, können sie nicht folgen, fangen dann einzelne Laute heraus, die sie sich merkten und sprechen sie nach. Bei solchen Individuen muss das Sprachgedächtniss geübt werden. Die Auffassung trägt natürlich auch viel zum Verständniss bei, und so wie wir ganze Zeilen mit einem Blicke übersehen und lesen, ohne jeden Buchstaben wirklich zu sehen, ebenso kann der Geübte mit dem Ohr folgen, ohne jeden Laut zu hören. Daher kommt es, dass manche derartige Individuen lange für taubstumm gehalten werden, während sie hinreichend hören, um sprechen zu lernen, wenn ihrer mangelhaften Auffassung und ihrem unzureichenden Gedächtnisse beim Unterrichte Rechnung getragen würde. Gruber erwähnt, dass er im Augenblicke einen solchen, 9 Jahre alten Knaben in Behandlung hat, den ein gewiegter Ohrenarzt vor 4 Jahren als taubstumm und unheilbar erklärte. Als Gr. den Knaben (er ist aus dem Königreich Polen) zum ersten Male sah, diagnosticirte er eine solche psychische Taubheit und die seit der Zeit geübte rationelle Unterrichtsmethode brachte es dahin, dass der Knabe in seiner Muttersprache die gewöhnliche Conversation versteht und fast normal spricht. Gr. ladet die Collegen ein, da er den Knaben

nicht in die Sitzung bringen könne, denselben Mittags 12 Uhr in seiner Wohnung zu untersuchen*).

4) Prof. Gruber: Angioma auriculae auf operativem Wege geheilt.

Gruber zeigt die nach der Natur aufgenommene Abbildung eines Angioma auriculae, welches weder durch seine äussere Erscheinung, noch durch die genaueste objective Untersuchung die Spur seines Wesens verrieth, vielmehr die Symptome einer gewöhnlichen Balggeschwulst zeigte, wofür es auch vor der Operation gehalten wurde.

Sie zeigte sich als taubeneigrosse, an der Concha der linksseitigen Ohrmuschel eines 58jährigen Mannes mit breiter Basis aufsitzende, die äussere Ohröffnung verlegende Geschwulst, deren Integument ganz die Farbe der Cutis der normalen Ohrmuschel hatte. Vier Wochen vor dem Erscheinen auf der Gruber'schen Klinik fiel dem Kranken zufällig ein gefüllter Sack auf das Ohr; dadurch entstand an der meist vorspringenden Partie der Geschwulst eine rundliche, etwa 3 Mmtr. im Durchmesser haltende Excoriation, deren flacher Grund jetzt mit etwas Eiter belegt ist. An allen anderen Stellen war die Haut vollkommen normal.

Die Geschwulst, von der Patient angiebt, dass sie seit 30 Jahren besteht und ausserordentlich langsam gewachsen sei, war nicht schmerzhaft, hochgradig elastisch, unverschiebbar, nirgends pulsirend; sie störte das Hörvermögen in keiner Weise und machte auch sonst keine krankhaften Erscheinungen, so dass der Kranke nur wegen des durch das Trauma entstandenen oberflächlichen Geschwürs am 14. Mai l. J. an der Klinik Hilfe suchte.

Die vollkommen normale Beschaffenheit der Cutis an der nicht-excoriirten Partie der Geschwulst, insbesondere die ganz normale Farbe der die Geschwulst überziehenden Haut, der Standort des Tumors, der Mangel jeder Spur einer Pulsation an demselben, sowie dessen ausserordentlich langsames Wachstum bestimmte uns, die Geschwulst für eine Balggeschwulst zu halten, und dies umso mehr, als bekanntlich gerade an der Concha der Muschel die daselbst normaliter vorkommenden grossen Talgdrüsen am häufigsten die Grundlage der an der Ohrmuschel vorkommenden Balggeschwülste abgeben, und weil trotz des sehr langen Bestandes nie eine Blutung aus der Geschwulst, auch nicht auf die erwähnte traumatische Einwirkung, beobachtet wurde.

Dieser Diagnose entsprechend wurde auch der Operationsplan entworfen und am 16. Mai l. J. zur Ausführung der Operation geschritten. Es wurden zwei mit der Concavität gegen einander gerichtete, mit ihren Enden in spitzem Winkel sich vereinigende Schnitte an der meist vorspringenden Stelle des Tumors durch die Cutis geführt mit dem Vorhaben, durch Präparation die Cutis vom Balge zu lösen. Es fand sich jedoch ein solcher nicht und wir wurden durch eine profusere Blutung bald belehrt, dass wir es nicht mit einer Balggeschwulst, sondern mit einer sehr gefässreichen Neubildung zu thun hatten. Wir

*) Herr Dr. Spira aus Krakau, sowie Herr Director Heller aus Wien haben den Knaben gesehen und überzeugten sich Beide von dem angegebene Heilerfolge.

beeilten uns nun schnellstens mit der Wegnahme, was mit Hilfe des Messers und des scharfen Löffels geschah, so dass der Kranke verhältnissmässig wenig Blutverlust erlitt, und legten einen Jodoform-Compressivverband an.

Der Kranke befand sich darauf sehr gut, hatte namentlich keine Nachblutung und die Wunde heilte ohne Eiterung, so dass am sechsten Tage nach der Operation Alles vollkommen vernarbt und der Kranke geheilt war.

Der Fall bietet mehrfaches Interesse. Die Gefässneubildungen an der Ohrmuschel sind bekanntlich entweder flache Teleangiectasien, und die verrathen sich meist schon durch ihre livide Farbe, mitunter auch durch Pulsation, oder es sind zuweilen sogar sehr schnell wachsende cavernöse Tumoren. Solche Tumoren hat G., wenn sie nicht livid waren, an der Muschel ohne Ausnahme pulsirend gefunden, so dass die Diagnose immer leicht gestellt werden konnte. In diesem Falle führte keine dieser Erscheinungen auf die richtige Fährte und man war nach der oben gegebenen Schilderung berechtigt, auf eine Balggeschwulst zu schliessen. Nach den objectiven Merkmalen hätte man noch eher an eine Fettgeschwulst, als an eine Gefässneubildung denken dürfen. G. zeigt die Abbildungen einiger einschlägigen, von ihm behandelten Fälle.

Die microscopische Untersuchung des entfernten Tumors ergab, wie die demonstrirten Präparate lehren, dass es sich um einen cavernösen Tumor handelte, welcher sich subcutan entwickelte und bei dem Mangel grösserer arterieller Gefässe das Fehlen der Pulsation am Lebenden erklärlich macht.

Dieser Fall zeigt auch, dass man bei nicht zu grossen solchen Tumoren der Ohrmuschel, wenn die pulsirenden Bewegungen an ihnen fehlen, die Wegnahme derselben mit scharfen Instrumenten vornehmen kann, ohne dass man die Gefahren einer starken Blutung zu fürchten hat.

5) Prof. Politzer: Vorstellung eines Falles von geheilter, otitischer Pyämie mit Thrombose der Vena jugularis und eiteriger Metastase im linken Ellenbogengelenk.

Der Fall betrifft einen 19jährigen jungen Mann, der im 7. Lebensjahre an einer schweren Scharlachdiphtherie erkrankte, die sich auf die Rachen-, Nasen- und Mundhöhle und beiderseits auf das Cavum tympani ausbreitete. Die mit nahezu vollständiger Zerstörung des Trommelfells verlaufende diphtheritische Mittelohreiterung hatte in der ersten Zeit totale Taubheit zur Folge. Im Stadium der Reconvalescenz besserte sich das Gehör allmähig, doch blieb später ein gewisser Grad von Schwerhörigkeit zurück, die Eiterung hatte allmähig aufgehört, die Perforationslücken im Trommelfell blieben persistent.

Zehn Jahre nach Beginn der diphtheritischen Mittelohrentzündung (6. Mai 1894) erkrankte Pat. an einer rechtsseitigen, acuten Recidive der Mittelohreiterung mit heftigem Fieber und Schmerz im Warzenfortsatze, so dass am 6. Tage der Erkrankung zur Eröffnung des Warzenfortsatzes geschritten werden musste. Nach Eröffnung des Antrum und Herstellung der Communication zwischen der Operationshöhle im

Warzenfortsätze und der Trommelhöhle trat jedoch keine Remission des Fiebers ein, und da die Temperatur in den folgenden zwei Tagen zwischen 39° und $40,3^{\circ}$ schwankte, so wurde zwei Tage nach der ersten Operation der Sinus freigelegt. Dieser zeigte normales Aussehen; in einer, mittelst der Pravaz'schen Spritze entnommenen Blutmenge aus dem Sinus wurden Streptococcen nachgewiesen. Auch nach der zweiten Operation trat keine Besserung ein, vielmehr stellten sich tägliche Schüttelfröste mit dem charakteristischen Abfall der Temperatur unter das Normale und dem bald darauf erfolgenden Aufsteigen bis 39° — 40° ein. Mit dem Auftreten der Frostanfälle entwickelte sich eine schmerzhaft-Strangbildung an der rechten, seitlichen Halsgegend, welche als Thrombus in der linken Jugularvene erkannt wurde.

Die täglichen Schüttelfröste mit zeitweiligen Remissionen des hohen Fiebers dauerten noch durch 14 Tage an, während welcher sich eine phlegmonöse Entzündung um die thrombosirte Jugularvene entwickelte und die den Kranken nahezu bis zur Erschöpfung herunter brachten. Am 22. Tage der Erkrankung entstand eine eiterige Metastase im linken Ellenbogengelenk, von welchem Zeitpunkte ab die Schüttelfröste aufhörten, die Temperatur ziemlich rasch auf die Norm herabging. Vier Wochen später konnte Pat. mit einer durch die Metastase bedingten Ankylose des linken Ellbogengelenks geheilt das Bett verlassen. Seit 2 Jahren stellt sich nur zeitweilig beiderseits ein leichter, eiteriger Ausfluss ein.

P. reiht diesen Fall den seltenen, in der Literatur (Gruber, Hessler, Urbantschitsch, Wreden, Politzer) verzeichneten Fällen von geheilter otitischer Pyämie mit Thrombose im Sinus und in der Jugularvene an. In diesem Falle war offenbar die Venenentzündung durch Uebergreifen der Eiterung von der unteren Trommelhöhlenwand auf den Bulbus venae jugularis und von hier auf die Jugularvene selbst entstanden. Nach den Beobachtungen P.'s zeigen die mit Metastasen einhergehenden Pyämien otitischen Ursprungs einen günstigeren Verlauf als die Septicaemien ohne Metastasen.

6) Docent Dr. Bing stellt einen erst nach Entfernung des Hammers geheilten Fall von chronischer eitriger Mittelohrentzündung vor.

B. glaubt sich hier eines weiteren Eingehens über die operative Entfernung des Hammers, deren Indicationen und die Erfolge enthalten zu dürfen und will nur kurz das Nöthige über den Fall referiren.

Die Pat., eine 40jähr. Frau, hatte in ihrer Kindheit Scharlach überstanden und datirt deren Ohrenleiden wahrscheinlich seit damals. Sie selbst hätte sich erst vor sechs Jahren genöthigt gesehen, wegen desselben Hilfe zu suchen. — Sie wurde von verschiedenen Seiten erfolgreich behandelt.

In B.'s Behandlung kam Pat. vor vier Jahren. Es zeigte sich damals das linke Ohr gesund, rechterseits Otorrhoe — nach Ausspritzung der Gehörgang durch entzündliche Reizung und Schwellung der Weichgebilde etwas verengt — im Trommelfell ein Substanzverlust, dessen vordere Begrenzung vom Hammergriff und einem Theile

des vorderen unteren Quadranten gebildet wird, während die hintere Umrandung sich nicht scharf abhebt; nach hinten vom Hammergriff eine Nische, in der es granulirt und eingedickte Eitermassen lagern, die stets erst mit der Sonde hervorgeholt werden müssen. Ueber dem kurzen Fortsatz eine Perforationslücke in der Membr. Shrapnell., in welcher gleichfalls Exsudat. Hörweite rechts 3 Mtr. für Flüstersprache.

Die Behandlung beschränkte sich zunächst darauf, durch Einträufelungen und Ausspritzung gründlich zu reinigen, die Granulationen und Eiterung theils durch Touchirung mit Ferr. sesquichlor., theils durch Alcoholeinträufelung zum Schwinden zu bringen. Dabei besserte sich der Zustand wohl, aber Heilung war nicht erzielt.


Auf B.'s Vorschlag liess sich Pat. im Juni 1895 auf die Klinik Politzer behufs Extraction des Hammers aufnehmen. Der Hammer wurde unter leichter Chloroformnarcose der Pat. extrahirt, hierbei keine besonderen Unfälle; an dem Hammer keine Caries. Den fünften Tag darauf kam Pat. wieder in B.'s Behandlung. Eiterung bestand noch, an der Stelle des Hammergriffes ragte von oben ein nach unten spitz endigendes Weichgebilde herab, das gegen Berührung mit der Sonde ungemein empfindlich war und erst nach wiederholter Touchirung mit Ferr. sesqu., welche stets sehr heftigen Schmerz verursachte, vollkommen schrumpfte. Alteration des Geschmacks an dem entsprechenden Zungenrande, sowie verschiedene Parästhesien im Gebiete des Trigemini an der rechten Schläfe- und Jochbeingegegend hatten durch vier Wochen angehalten und verschwanden dann allmählig. Nach mehrwöchentlichem Gebrauch von Alcohol-Einträufelungen hatte die Otorrhoe vollkommen sistirt.

Jetzt sieht man den Gehörgang trocken, die vordere Trommelfelhälfte auf einen schmalen Rest reducirt, der nach vorn unten einen Einblick auf das Ost. tympan. gestattet, nach oben hin mit dem Rande des oberen hinteren Trommelfellsegmentes einen spitzen Winkel einschliesst, von welchem abwärts Verwachsung der Membran mit der inneren Paukenwand statt hatte. Letztere selbst trocken, meist weisslich grau, von epidermoidem Gewebe bekleidet. Köpfchen des Steigbügels zu erkennen. Hörweite 7 Mtr. für Flüstersprache.

7) Docent Dr. Gomperz stellt ein Mädchen vor, an dem er wegen Caries die Radicaloperation mit Körner'scher Plastik machte; interessant war in diesem Falle das Verhalten des hinteren Gehörgangslappens. Nach seiner Anheilung zeigte sich sowohl das Antrum, als auch die Paukenhöhle an demselben überwachsen, derart, dass der Gehörgang in der Tiefe häufig abgeschlossen erschien und nur durch eine enge Lücke mit dem Paukenraum communicirte. Nach dem Sistiren der Secretion, welche durch diese Lücke ihren Ausweg gefunden hatte, begann sich dieselbe spontan zu vergrössern, offenbar durch Resorption — nicht durch Necrose — des sie bedeckenden Cutislappens, und nach etwa 14 Tagen lagen Antrum, oberer Trommelhöhlenraum und Paukenhöhle, von zartem, glänzenden Narbengewebe ausgekleidet, so frei da, wie sie sich jetzt bei der Demonstration präsentiren.

8) Dr. Max stellt den in der letzten Gesellschafts-Sitzung demonstirten Mann mit dem Ohrmuscheldefecte geheilt vor. Durch Auf-

frischung der Ränder der Lücke und Anlegen von drei Nähten in Cocain-Anästhesie gelang es ihm, den Defect zu beseitigen.

9) Dr. Max zeigt ferner einen von ihm modificirten Polypenschwürer. Der Schaft desselben, in den gewöhnlichen Handgriff passend, ist sehr dünn und derart in der Mitte abgebogen, dass der vordere Theil desselben etwas höher steht (). Anstatt des gebräuchlichen Stahldrahtes ist ein feiner Silberdraht in Verwendung. Während dreijährigen Gebrauches hat sich Vortragendem der Polypenschwürer sehr gut bewährt und bietet den Vortheil, sich auch bei engem oder geschwelltem Gehörgang gut einführen zu lassen nebst geringer Empfindlichkeit für den Patienten.

II. Vorträge.

1) Dr. R. Spira (Krakau): Ueber eine unter dem Bilde einer Trigemineuralgie latent verlaufende centrale Otitis proc. mast.

S. theilt einen Fall aus seiner Praxis mit, der seines ungewöhnlichen Verlaufes wegen merkwürdig und beachtenswerth erscheint. Ein 73jähriger, sonst gesunder und kräftiger und nur seit einiger Zeit an Erscheinungen eines chron. Mittelohrcatarrhes leidender Mann erkrankte im Anschlusse an Influenza an einer acuten Tympanitis. Gleichzeitig traten heftige Schmerzen in der Hals- und Kehlkopfgegend und der ganzen entsprechenden Kopfhälfte auf. Exsudatansammlung in der Paukenhöhle. Paracentese; regelmässiger typischer Verlauf der Otitis. Vernarbung des Trommelfelles in der dritten Woche. Schmerzen im Ohre und Proc. mast. keine, wohl aber in der ganzen entsprechenden Kopfhälfte, manchmal auch auf die andere Kopfhälfte ausstrahlend, ohne nachweisbare Ursache. Diagnose: Trigemineuralgie. Ordin.: Jodnatr. innerlich und Galvanisation. Aber schon nach der zweiten Sitzung trat Parese des Abducens derselben Seite auf und deren Consequenzen: Diplopie und Schwindel bei binoculärem Sehen. Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Abmagerung und Verfall der Kräfte. Kein Fieber, keine Cerebralerscheinungen. Im Ohr und Warzenfortsatz nichts Besonderes. Erst einige Monate später traten von Zeit zu Zeit recidivirende, schnell vorübergehende Reizerscheinungen an der Regio mast. auf, mit welchen jedes Mal ein Nachlass der cephalalgischen Erscheinungen coincidirte, die mit der Rückbildung der entzündlichen Symptome hinter dem Ohre wieder exacerbirten. Nach etwa acht Monaten Eröffnung eines subperiostalen Abscesses am Proc. mast., Corticalis cariös, fistulös durchbrochen. Fistel mit Meissel und Hammer erweitert. In der Tiefe Caries, Eiter. Auskratzung, Tamponade, antiseptischer Verband. In sechs Wochen Heilung. Seit der Operation vollständiges und definitives Verschwinden der Kopfschmerzen, rasche Besserung der Abducensparese.

Der Causalnexus zwischen den neuralgischen Schmerzen als einziges Symptom mit der Mastoiditis kann in diesem Fall kaum einem Zweifel unterliegen und ist wohl selten in seiner Art.

Aber auch der Verlauf der Abducenslähmung verrieth einen gewissen Zusammenhang mit diesem Prozesse.

Spira wirft die Frage auf, ob man es hier nicht vielleicht mit einem extraduralen Abscesse an der lateralen Seite der hinteren Schädelgrube zu thun hatte, der diesen Symptomen zu Grunde lag und dem mit der Eröffnung des Knochens ein freier Abfluss verschafft und so Heilung ermöglicht wurde. Der Verlauf der Krankheit und das Ergebniss der Operation lassen eine solche Annahme nicht als unmöglich erscheinen, mit deren Hilfe die Abducensparese und ihr Verlauf sich leichter erklären liessen. Schliesslich ersucht S. um die Ansicht der Anwesenden zur Erklärung des Zusammenhanges der Erscheinungen in diesem Falle mit der ihnen zu Grunde liegenden anatomischen Veränderung.

Discussion:

Prof. Urbantschitsch möchte die Ursache der Abducenslähmung mit der Mittelohrentzündung allein in Zusammenhang bringen ohne Annahme eines Subduralabscesses. U. hat in einer zusammenfassenden Abhandlung das häufige Auftreten von motorischen Störungen des Auges betont bei ausschliesslicher Erkrankung des Mittelohres.

Dr. Frankl-Hochwart macht darauf aufmerksam, dass bei Lähmung des Totalfacialis und Abducens bei Otitis purulenta mit Rücksicht auf den Sectionsbefund von Darkschewitsch und Tarchanow noch einer anderen Möglichkeit gedacht werden müsse. Diese Autoren fanden in einem solchen Falle Neuritis des genannten Nerven, ohne dass irgend welche Compression nachzuweisen war, und nahmen eine von dem cariös necrotischen Prozesse im Schläfenbein abhängige Neuritis infectiösen Ursprunges an.

Prof. Urbantschitsch betont Dr. Frankl gegenüber, dass diese motorischen Störungen von einem bestimmten Punkt des Gehörganges oder Mittelohres zuweilen auslösbar sind, aber reflectorischer Natur sein können.

Prof. Politzer möchte bezweifeln, dass eine reflectorische Lähmung hier vorliegt, da bei der grossen Häufigkeit der Mittelohreiterungen dieses Symptom häufiger vorkommen müsste, während es thatsächlich zu den grossen Seltenheiten gehört.

Prof. Urbantschitsch betont Prof. Politzer gegenüber, dass ein Fall von plötzlicher, während Polypenoperation eingetretener Abducenslähmung permanent blieb. Der Umstand, dass Schmerz nach Catheterisiren eintrat, lässt vermuthen, dass beim Catheterisiren Schleim per tubam in die Paukenhöhle getrieben wurde.

Dr. Spira bemerkt, was ihn auch veranlasste, an Extraduralabscess zu denken, ist die Angabe des Herrn Prof. Politzer, dass nach seinen Beobachtungen häufiger Wechsel von Auftreten und Verschwinden gefahrdrohender Symptome das wichtigste diagnostische Merkmal für extraduralen Abscess bilde, und dies konnte Verf. auf Wechsel zwischen Remission Exacerbation und cephalalgische Erscheinungen beziehen.

Prof. Gruber ist der Meinung, dass dieser Fall den Erkrankungen im Warzenfortsatze, wie sie bei der Influenza beobachtet werden, anzureihen ist. Schon bei der ersten Influenza-Epidemie habe er darauf aufmerksam gemacht, dass die Ohrenärzte mit Folgekrankheiten der Influenza im Warzenfortsatze viel zu thun haben werden, wenn die

Influenza selbst im gegebenen Falle längst abgelaufen sein wird, indem für die in die Warzenzellen gelangenden Microben daselbst ein ausserordentlich günstiger Boden ist, wo sie sich ungestört vermehren und ihren schädlichen Einfluss geltend machen können. In der That hat diese Vorhersage, wie auch dieser Fall zeigt, ihre traurige Bestätigung gefunden.

2) Prof. Dr. A. Politzer: Menière'scher Symptomencomplex bei traumatischer Labyrinthläsion. Demonstration des histologischen Befundes.

In der Einleitung seines Vortrages hebt P. die Wichtigkeit der anatomischen Befunde bei traumatischen Labyrinthläsionen für die Beurtheilung der sie begleitenden Functionstörungen, insbesondere des in ihrem Gefolge auftretenden Menière'schen Symptomencomplexes hervor. In der Literatur findet sich bereits eine grössere Reihe von Fällen von Ertaubung in Folge von Schädelerschütterung und Schädel-fissur verzeichnet, doch sind nur zwei genau anatomisch untersuchte Fälle bekannt, von denen einer von Voltolini, der andere vom Vortragenden publicirt worden ist. Bei beiden ging die Schädel-fissur an der Basis cranii quer durch beide Pyramiden bis zur inneren Trommelhöhlenwand ohne sichtbare Verletzung in der Trommelhöhle. Die durch die Verletzung entstandene Blutung im Labyrinth hatte Taubheit und Menière'sche Symptome zur Folge. Histologische Befunde bei den traumatischen Labyrinthaffectionen sind bisher nicht bekannt.

P. ist nun in der Lage, den histologischen Befund eines während des Lebens genau beobachteten Falles zu demonstrieren. Derselbe betraf einen 21jährigen Schuhmacher, dem am 28. December 1895 bei einem Baue ein Mörtelschaff auf den Kopf fiel, wonach er bewusstlos zusammenstürzte. Auf die chirurgische Klinik des Prof. Dittel gebracht, kehrte das Bewusstsein erst nach drei Tagen zurück, doch war er total taub und sein Gang unsicher und schwankend.

Bei dem am 17. Januar auf die Klinik des Prof. Krafft-Ebing transferirten Kranken ergiebt die Untersuchung rechtsseitige Lähmung des N. facialis, Lähmung der rechten Hälfte des Gaumensegels, Geschmacks-lähmung an der rechten Zungenhälfte, schwankenden Gang mit der Tendenz nach links zu fallen. Intelligenz mangelhaft.

Die genaue Untersuchung der Gehörorgane am 24. Januar 1896 ergab beiderseits Retraction der getrübbten Trommelfelle, totale Taubheit für jede Art von Tönen und Geräuschen. Am 31. Januar tritt plötzlich unter heftigen Fieberbewegungen diffuser Kopfschmerz, Erbrechen mit benommenem Sensorium ein. Die Cerebralsymptome steigern sich in den nächsten Tagen, und es entwickelt sich gleichzeitig eine rechtsseitige, eiterige Mittelohrentzündung mit Vorbauchung des Trommelfells. Die Paracentese, welcher ein reichlicher Eiterausfluss folgt, bleibt ohne Einfluss auf die Cerebralsymptome, und es tritt drei Tage später unter Symptomen einer diffusen Meningitis der Tod ein. Die Details des Krankheitsverlaufes bis zum tödtlichen Ausgange wurden von Herrn Dr. Jos. Hirschl mitgetheilt.

Die Section ergab diffuse eiterige Meningitis; Sprung an der Basis cranii, der durch beide Felsenbeine geht und nur bis zur inneren

Trommelhöhlenwand reicht. Empyem der Keilbeinhöhle und beider Highmorshöhlen. Eiteriges Exsudat in der rechten Trommelhöhle. Der Sprung durch die Pyramiden geht beiderseits 2 mm hinter dem Porus acusticus intern. bis zur oberen Kante der Pyramide und lässt sich von hier an der oberen Pyramidenfläche bis zur Grenze des Tegmen tympani verfolgen. Rechts geht der Sprung durch den grössten Höhdurchmesser der Schnecke, links durch die untere Schneckenwindung. Beiderseits blutig tingirtes Exsudat im Schneckenraume.

Die mikroskopische Untersuchung der decalcinirten Labyrinth ergibt rechts: beide Schneckenscalen in sämtlichen Windungen von einem theils feinkörnigen, theils aus Rundzellen bestehenden Exsudate erfüllt; an einzelnen Stellen des Endostiums Wucherung von kernhaltigem Bindegewebe. Die Details des Corti'schen Organs sind nicht mehr zu unterscheiden. Die Nervenzüge des Modiolus, der Spirallatte und das Ganglion spirale von feinkörniger Substanz und Körnchenzellen durchsetzt. Gleiche Exsudatplaques wie in der Schnecke findet man im Utriculus, in den Ampullen und Bogengängen. An der Aussen-seite der membranösen Ampullen und Bogengänge schießt kernhaltiges, neugebildetes Bindegewebe auf.

Im linken Labyrinth findet sich weit weniger freies Exsudat abgelagert als rechts. Hingegen zeigt die Scala tympani der ersten Schneckenwindung eine feine, netzförmige Bindegewebsneubildung, welche zahlreiche Spindelzellen, Kerne und nebstdem eingestreute Wanderzellen enthält. Ansätze von Bindegewebsneubildung am Endostium finden sich auch in der zweiten Schneckenwindung und in der Cupula. Das Corti'sche Organ durch starke Epithelwucherung unkenntlich. Die Nervenzüge des Ramus cochleae zeigen dieselben Veränderungen wie rechts. Im Vorhofe stellenweise Verdickungen des Endostiums, desgleichen in den Ampullen und in den Bogengängen. Die membranösen Gebilde des Vorhofs und der Bogengänge zeigen nur wenig Veränderungen,

In der Epikrise des Falles bemerkt P., dass die totale Ertaubung sowohl als der Menière'sche Symptomencomplex durch den anatomischen Befund genügend erklärt wird. Das Empyem der Keilbein- und Highmorshöhlen, sowie die rechtsseitige eiterige Mittelohrentzündung sind zweifelsohne Folge der durch die Fractur der Basis crani hervorgerufenen eiterigen Entzündung der Rachengebilde. Ueber die Entstehung der Meningitis in diesem Falle lässt sich nichts Bestimmtes aussagen. Ob sie die Folge des Empyems der Keilbeinhöhle oder der eiterigen Mittelohrentzündung oder durch eine makroskopisch nicht auffindbare Läsion der Hirnhaut entstand, konnte nicht entschieden werden. Im histologischen Befunde ist der Nachweis einer intensiven entzündlichen Bindegewebsneubildung fünf Wochen nach stattgehabtem Insulte von besonderem Interesse.

Der Vortrag wurde durch eine Anzahl grosser Kohlenzeichnungen und Demonstration der betreffenden histologischen Präparate erläutert.

3) Prof. Gruber: Zur Lehre von den otitischen intracranialen Erkrankungen.

Der Vortragende bespricht einleitend die Unverlässlichkeit sowohl

der subjectiven als auch der objectiven krankhaften Erscheinungen, wenn es sich um die topische Diagnose intracranieller Processe handelt. Schon aus diesem Grunde habe man in neuerer Zeit die Statistik genauer studirt und sich bestrebt, sie in den Dienst der practischen Ohrenheilkunde zu stellen. Sehr werthvolle Arbeiten seien in den letzten Jahren von Körner, af Forselles Robin, und ganz besonders in neuester Zeit von Hessler geliefert worden. Gruber war nun bemüht, das grosse Material des Wiener allgemeinen Krankenhauses nach dieser Richtung hin zu verwerthen. Er wandte sich zunächst an den Vorstand der pathologisch-anatomischen Anstalt Herrn Prof. Dr. Weichselbaum mit der Bitte, ihm die Sectionsprotocolle behufs Studiums in der genannten Richtung zur Verfügung zu stellen. Herr Prof. Weichselbaum, dem der Vortragende bei dieser Gelegenheit den wärmsten Dank ausspricht, gab dies bereitwilligst zu, und so entstand die Grundlage einer etwas grösseren Arbeit, von welcher der Vortragende ein Fragment zum Gegenstande seines heutigen Vortrages machte.

Es wurden unter werthtätigster Unterstützung des klinischen Assistenten Herrn Dr. Alt und des Herrn Aspiranten Steiner die Sectionsprotocolle seit 1. Januar 1873 bis 31. December 1894, u. zwar von **40073** Sectionen genau geprüft, und die Ergebnisse zur Beantwortung mehrerer Fragen, welche sich der Vortragende stellte herangezogen.

Gruber begann mit dem Studium des Sectionsprotocolls vom Jahre 1873, weil in diesem Jahre die Wiener otiatrischen Kliniken entstanden und man von dieser Zeit an den Veränderungen im Gehörorgane gewiss bei den Sectionen mehr Aufmerksamkeit schenkte, als dies früher der Fall war.

I. Frage: Wie verhält sich die Zahl der an intracraniellen entzündlichen Erkrankungen Verstorbenen zu der Gesamtzahl von 40073?

Als Antwort ergibt sich, dass 1806 Leichen (1242 Männer, 564 Weiber), d. i. 4,5 pCt., als Todesursache eine oder mehrere intracranielle entzündliche Affectionen aufwiesen.

II. Frage: Wie verhält sich die Zahl der nachweisbar gewesenen otitischen entzündlichen intracraniellen Erkrankungen zu den einfachen, mit dem Ohre in keiner Verbindung gewesenen derartigen Krankheiten?

Antwort: Otitische derartige intracranielle Folgezustände fanden sich bei 232 Leichen (163 Männern, 69 Weibern), das macht, wenn man die Gesamtzahl von 1806 intracraniellen Affectionen in's Auge fasst, 12,8 pCt.; im Verhältniss zur Gesamtzahl der Sectionen (40073) 0,58 pCt. Von diesen 232 Fällen wurden 81 Fälle von Ohrenärzten der Section zugewiesen, die übrigen Fälle kamen aus chirurgischen und medicinischen Abtheilungen; also 34,91 pCt. von Ohrenärzten und 65,09 pCt. von Internisten und Chirurgen.

Zu dieser Frage bemerkt Gruber, dass er der vollen Ueberzeugung ist, dass ein beträchtlicher Theil von entzündlichen intracraniellen Erkrankungen, deren Zusammenhang mit otitischen Processen übersehen wurde, entweder gar nicht zur Section kam oder man übersah die

Beziehungen zur Otitis, weil man von deren Anwesenheit keine Ahnung hatte. Es dürfte dies übrigens auch an allen anderen Krankenanstalten der Fall sein. Wenn demnach die Statistik nach dieser Richtung nicht vollkommen exact ist, dürfte sie doch jedenfalls mit der von andern Autoren aufgestellten gleichwerthig sein.

III. Frage: Wie verhalten sich die mit secundären otitischen intracraniellen Entzündungen zur Section Gekommenen dem Alter nach:

Antwort: Hier muss vor Allem erwähnt werden, dass im Wiener allgemeinen Krankenhause Kinder unter 6 Jahren nur sehr ausnahmsweise Aufnahme finden. Kinder dieses Alters werden in die Kinder-spitäler gewiesen. Unter der grossen Anzahl der Sectionen findet sich nur die eines dreimonatlichen und die eines einmonatlichen weiblichen Kindes. Das Alter der übrigen zeigt folgende Tabelle:

Von 5—10 Jahren: —	Männer,	2	Weiber,	
„ 10—20	„	53	„	14
„ 20—30	„	46	„	26
„ 30—40	„	30	„	12
„ 40—50	„	22	„	4
„ 50—60	„	13	„	4
„ 60—70	„	3	„	1

Daraus ergibt sich, wie ich dies bereits in einer im Jahre 1862 erschienenen Arbeit aussprach, dass die eitrige Mittelohrentzündung bei Individuen im Alter von der Pubertätszeit bis zu ihrem 50. Jahre am gefährlichsten ist und dass sie im früheren und im späteren Alter das Leben weniger bedroht.

IV. Frage: Auf welcher Seite bestand das Ohrleiden bei den 232 zur Section Gekommenen?

Antwort: Die Ohrerkrankung fand sich:

Rechterseits . .	118 Mal	= 50,87 pCt.,
linkerseits . . .	103 Mal	= 44,39 pCt.,
beiderseits . . .	6 Mal	= 2,59 pCt.,
nicht angegeben	5 Mal	= 2,15 pCt.

V. Frage: Von welcher Art erwies sich das Ohrleiden bei den 232 Leichen?

Bei der Beantwortung dieser Frage reihte Gruber die Fälle in zwei Kategorien:

1) in solche, bei denen nur die Weichgebilde des Mittelohres erkrankt waren und

2) in solche, bei denen cariöse oder necrotische Erkrankung des betreffenden Schläfebeines gefunden wurde.

Intracranielle secundäre entzündliche Affectionen kamen vor bei einfacher Otitis media suppurativa sine Carie 65 Mal (44 M., 21 W.) = 28 pCt., wonach die mit Caries complicirten Fälle 167 (128 M., 39 W.) = 72 pCt. betragen.

Es ergibt diese Zusammenstellung, dass sowohl bei den einfachen Mittelohrentzündungen, als auch bei den mit Caries complicirten die consecutive Erkrankung der intracraniellen Gebilde bei den Männern häufiger ist, als bei den Weibern, aber nur, weil auch die Primärerkrankung häufiger das männliche, als das weibliche Geschlecht befällt.

VI. Frage: Erkrankung der Blutleiter?

Zunächst erschien es dem Vortragenden von Wichtigkeit, auf die Erkrankung der Blutleiter der harten Hirnhaut Rücksicht zu nehmen, da ja bekanntlich diese häufig das Mittelglied zwischen dem primären Process im Gehörorgane und der Entzündung des Gehirns und seiner Häute abgeben. Es handelte sich darum, zu eruiren, wie oft Sinuserkrankungen in den 232 Fällen überhaupt vorkamen, welcher Sinus erkrankt war, sowohl bei den einfachen Mittelohrentzündungen, als auch bei den mit Caries complicirten, und endlich, welcher Art der vorgefundene Thrombus in den einzelnen Fällen war. Die folgende Tabelle bringt dies zur Anschauung.

Otitis media suppurativa simplex (sine Carie).

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus	3	2	—	1	2	—	8	2	2	—	1	2	—	7
Sinus transvers. allein oder mit dem Sinus sigmoideus	3	—	—	2	—	—	5	3	—	—	1	—	—	4
Sinus cavernosus und die voranstehenden	3	1	—	—	—	—	4	1	1	—	—	1	1	4
Sinus petrosus superior et Sinus sigmoideus	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Sinus petrosus superior et transversus	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1	—	1
Sinus ven. jugularis et Sinus transversus	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus sigmoideus transvers. cavernosus uterque.	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus sigmoideus et ven. jugularis	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Sinus cavernosus	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Sinus transversus, cavernos. et ven. jugul.	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1

Otitis media suppurativa cum Carie.

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus	5	11	1	—	2	—	19	3	8	—	—	1	—	12
Sinus transvers. allein oder mit Sinus sigmoideus	5	13	—	5	2	—	25	4	8	—	3	2	—	17
Sinus sigmoideus et longi- tudinalis	—	1	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	1

Bezeichnung des erkrankten Sinus.	Solide Thromben						Gesamt- summe	Vereiternde Thromben						Gesamt- summe
	Männer			Weiber				Männer			Weiber			
	r.	l.	b.	r.	l.	b.		r.	l.	b.	r.	l.	b.	
Sinus sigmoideus et ven. jugularis	4	3	—	1	1	—	9	2	3	—	—	1	—	6
Bulb. ven. jugul.	—	1	—	1	1	—	3	—	1	—	—	1	—	2
Sin. sigmoideus, transvers. et ven. jugul.	1	1	—	1	—	—	3	1	1	—	—	—	—	2
Sinus cavernosus	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	1
Sin. sigmoideus et Reilii .	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1
Sinus cavernosus et pe- trosus	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Die Summe der bei den ohne Caries zur Section gekommenen Leichen mit Sinusthrombose betrug 42 (24 mit soliden, 18 mit vereiternden Thromben); die Summe der mit Caries zur Section gekommenen Leichen, welche Sinusthrombose aufwiesen, betrug 106 (64 mit soliden, 42 mit vereiternden Thromben).

Am häufigsten zeigt sich der Sinus sigmoideus und transversus thrombosirt, und zwar in den 42 ohne Caries secirten Fällen 24 Mal, in den 106 mit Caries secirten Fällen 73 Mal. Dem Geschlechte nach 73 Männer, 24 Weiber.

VII. Frage: Welche consecutive Erkrankungen fanden sich im Gehirne und seinen Häuten bei den 232 ohrenkranken Leichen?

Der Vortragende scheidet hier wieder die Fälle, je nachdem sich bei der Section Caries des Schläfebeins vorfand, oder nicht.

Bei den einfachen otitischen Processen ohne Thrombus in dem Sinus fand man

- Meningitis 31 Mal = 13 pCt. (21 M., 10 W.),
- Abscessus cerebri 19 Mal = 8,2 pCt. (14 M., 5 W.),
- Abscessus cerebelli 1 Mal = 0,4 pCt. (1 W.).

Bei den einfachen otitischen Erkrankungen, wo sich in einem der Sinus ein Thrombus vorfand, kam es zu

- Meningitis 12 Mal (7 M., 5 W.) = 5,5 pCt.,
- Abscessus cerebelli 2 Mal (2 M.) = 0,8 pCt.

In den Fällen, wo man Caries des Schläfebeins, aber keine Sinusthrombose fand, fand sich

- Meningitis 40 Mal (34 M., 6 W.) = 17 pCt.,
- Abscessus cerebri 13 Mal (12 M., 1 W.) = 5,6 pCt.,
- Abscessus cerebelli 12 Mal (8 M., 4 W.) = 5,5 pCt.

In den mit Caries und Thrombose behafteten Fällen fand sich

- Meningitis 21 Mal (17 M., 4 W.) = 9 pCt.,
- Abscessus cerebri 7 Mal (6 M., 1 W.) = 3 pCt.,
- Abscessus cerebelli 4 Mal (2 M., 2 W.) = 1,6 pCt.,

Meningitis mit

- Cholesteatom 8 Mal (6 M., 2 W.) = 3,2 pCt.

Von den ohne Caries des Schläfebeins, aber mit Sinusthrombose behaftet gewesenen Otitischen gingen 16 (11 M., 5 W.) = 6,8 pCt.,

und von den mit Caries und Thrombose behaftet Gewesenen 32 (22 M., 10 W.) = 13 pCt. an pyämischen Processen zu Grunde.

Das vorliegende Material aus den Sectionsprotocollen wurde auch noch nach verschiedenen anderen Richtungen geprüft, worüber sich der Vortragende weitere Mittheilungen vorbehält.

4) Prof. A. Politzer: Beiträge zur operativen Freilegung der Mittelohrräume.

In der Einleitung zu seinem Vortrage hebt P. den bedeutenden Fortschritt hervor, der durch die Einführung der operativen Freilegung der Mittelohrräume in der Otochirurgie angebahnt wurde. Ihr hoher Werth wird erst noch später anerkannt werden, wenn die Indicationen schärfer präcisirt werden können, als dies gegenwärtig geschieht. P. glaubt, dass jetzt von Manchen öfter auch ohne stricte Indicationen operirt wird, ohne vorherigen Versuch, die Mittelohreiterung durch die üblichen Behandlungsmethoden zu beseitigen.

Der anatomische Bau des Schläfebeins, die Ausbreitung pneumatischer Räume in die entferntesten Partien desselben begünstigt die Etablirung dauernder Eiterherde und tiefgreifender Erkrankungen des Knochengewebes. Hierzu kommen noch die mannigfachen mechanischen Hindernisse des Eiterabflusses aus dem äusseren Gehörgange, die häufige Entwicklung von Cholesteatomen und der destructive Character gewisser pathogenen Mikroorganismen (Diphtherie, Tuberculose etc.).

Trotzdem sind Spontanheilungen nicht selten, wie dies die Fistelbildungen am Warzenfortsatze mit Ausstossung von Sequestern, die Entstehung und Ueberhäutung grosser Knochendefecte im äusseren Attic und der hinteren, oberen Gehörgangswand mit Aushilung der Eiterung beweisen. P. demonstirt einen Schädel, an welchem in Folge einer chronischen Mittelohreiterung die äussere Atticwand und die hintere, obere Wand des knöchernen Gehörganges zerstört wurde, und an welchem eine den äusseren Gehörgang, die Trommelhöhle und das Antrum mastoid. umfassende Höhle geschaffen wurde, welche den freien Abfluss der Secrete aus diesem Raume gestattete. Der Knochendefect an diesem Präparate zeigt fast genau dieselben anatomischen Verhältnisse, die wir bei der operativen Freilegung der Mittelohrräume künstlich herbeiführen.

Das Princip der Operation, deren Einführung in die Praxis das Verdienst Küster's ist, besteht in der Hinwegnahme der hinteren, oberen Wand des knöchernen Gehörganges und der äusseren Atticwand, wodurch die Entfernung des meist cariösen Hammers und Ambosses, die Ausräumung von Granulationen, Cholesteatommassen und cariöser Knochenpartien aus der Trommelhöhle und dem Warzenfortsatze ermöglicht, und die Bedingungen für die Ausheilung der Eiterung im Schläfebeine geschaffen werden.

Nach einer cursorischen Schilderung der geschichtlichen Entwicklung dieses erst seit 6 Jahren geübten, operativen Verfahrens geht P. auf die Indicationsstellung über, die er als einen der wichtigsten Punkte bei der in Frage stehenden Operation bezeichnet. Sie ergibt sich aus dem objectiven Befunde im Zusammenhalte mit den subjectiven Symptomen, die auf die Entwicklung einer lebensgefährlichen Compli-

cation hinweisen. P. erörtert der Reihe nach die Indicationen zur Freilegung der Mittelohrräume, hebt die Wichtigkeit gewisser Trommelfellbefunde für die Diagnose der Antrumeiterungen und der Cholesteatombildung im Attic und im Warzenfortsatze hervor und empfiehlt die häufigere Benutzung des pneumatischen Ohrtrichters zur Eruirung des Sitzes der Eiterung.

Die Zahl der von P. auf seiner Klinik und in der Privatpraxis ausgeführten Operationen zur Freilegung der Mittelohrräume umfasst 53 Fälle. In diese Zahl sind die acuten Processe und die nach der typischen Eröffnung des Warzenfortsatzes (Schwartzte) operirten, chronischen Mittelohreiterungen nicht inbegriffen. Zu dieser Zahl kommt noch die Beobachtung einer Anzahl von Fällen, die von den Doctoren Gomperz und Kaufmann zum Theile an seiner Klinik operirt wurden, sowie mehrere anderwärts operirte Fälle, bei denen sich P. ein Urtheil über das Operationsresultat bilden konnte. Die Analyse der von P. operirten Fälle ergibt folgendes:

In 4 Fällen wurden die Mittelohrräume freigelegt bei Kranken, bei denen längere Zeit vorher die typische Operation nach Schwartzte von P. ausgeführt wurde, und wo Recidive mit anhaltender Eiterung bestand.

In anderen 9 Fällen von recidivirender Mittelohreiterung, bei denen früher von anderen Ohrenärzten der Warzenfortsatz nach der typischen Methode eröffnet wurde.

In 8 Fällen war neben profuser fötider Otorrhoe mit Granulationen oder Cholesteatomen in der Trommelhöhle der Warzenfortsatz schmerzhaft ohne Schwellung des äusseren Integuments; 12 mal war die Schmerzhaftigkeit mit Schwellung der Haut und des Periosts des Warzenfortsatzes verbunden. In 11 Fällen fand sich ein subperiostaler Abscess am W. F., dessen Wandungen mit Granulationen ausgekleidet waren; dabei 7 mal mit einer in das Innere des W. F.'s führenden Fistelöffnung an der Corticalis des W. F.'s; 4 mal ohne Fistelbildung.

Offene Fistel am W. F. mit spontanem Durchbruch der Corticalis fand P. 8 mal; in 5 Fällen eine Fistelöffnung an der hinteren, oberen Gehörgangswand, durch die man mit der Sonde entweder in das Antrum oder in eine mit Granulationen ausgefüllte Höhle im W. F. gelangen konnte.

Starke Verengerung des Gehörgangs durch Hyperostose des knöchernen Abschnittes und nicht zu beseitigende Hypertrophie der Gehörgangsauskleidung bestand in 7 Fällen.

In 15 Fällen war ausser dem localen Schmerz im Ohre oder im W. F. auch Kopfschmerz, Fieber, einigemale auch Schlaflosigkeit, Schwindel und Brechreiz vorhanden. Mit Faciallähmung, die bald längere, bald kürzere Zeit bestand, kamen 6 Fälle zur Operation, davon 3 bei tuberculöser Caries des W. F. und der Trommelhöhle mit und ohne Sequesterbildung.

Nach Schilderung des Operationsverfahrens und der durch die pathologischen Veränderungen im Schläfebein bedingten Modificationen desselben giebt P. eine Uebersicht der von ihm bei Freilegung der Mittelohrräume vorgefundenen Veränderungen.

In nahezu der Hälfte der Fälle fanden sich Cholesteatommassen

in der Trommelhöhle, im Antrum und im Warzenfortsatze. In 14 Fällen gelangte man unmittelbar unterhalb der Corticalis in eine geräumige Höhle im Processus mastoid. mit gleichzeitigen cariös-necrotischen Defecten an der hinteren, oberen Gehörgangswand. Die Höhle war mit missfarbigen Granulationen, Knochenfragmenten oder schmierig-käsigen Massen erfüllt. In 3 Fällen fehlte die hintere, obere Wand des knöchernen Gehörganges vollständig; 5 mal war der Warzenfortsatz und die hintere, obere Gehörgangswand stark sclerosirt. Der Sinus transversus war in 4 Fällen durch den Eiterungsprocess in verschiedener Ausdehnung freigelegt. In 3 Fällen lag die Dura mater, einmal oberhalb des Antrum mastoid., 2 mal oberhalb des Tegmen tymp. frei.

In der Mehrzahl der Fälle war das Antrum und die Trommelhöhlenwände vom Knochenproceß ergriffen; Hammer und Ambosse meist defect. P. operirt deshalb in den letzten Jahren meist nach Küster's Methode. Die typische Eröffnung nach Schwartz empfielt sich bei verhältnissmässig grosser Hörweite, welche durch die Freilegung der Mittelohrräume und Entfernung des Hammers und Ambosse geschädigt werden kann.

Von Zufällen bei der Operation erwähnt P. stärkere Blutungen aus Granulationen und aus Knochengefässen oder aus einem Emissarium Santorini, die leicht durch Tamponade zu stillen sind. Einmal wurde die Dura mater ohne Folgen für den Heilungsprocess freigelegt. In einem Falle wurde beim Auslöfeln des Attic der horizontale Theil des Facialis vom scharfen Löffel getroffen. Die dadurch entstandene Parese der Facialnerven hat sich im Verlaufe von mehreren Monaten gänzlich verloren. In 2 Fällen, wo vor der Operation Faciallähmung bestand, trat nach derselben vollständige Heilung ein. Der horizontale Bogen gang wurde in keinem Falle verletzt.

Die Plastik richtet sich nach den anatomischen Verhältnissen im speciellen Falle. Am häufigsten wurde die hintere, knorpelig-membranöse Gehörgangswand der Länge nach gespalten und zur Erzielung eines möglichst weiten Gehörgangslumens der eine Lappen nach oben, der andere nach unten mit der äusseren Cutis vernäht. Mehrere Male wurde die Körner'sche Plastik mit gutem Erfolge angewendet. Auch die Thiersch'schen Transplantationen leisteten mehrere Male gute Dienste. Bei Granulationen im Mittelohre und bei kleinen Cholesteatomhöhlen im Antrum lässt P. die Operationswunde hinter dem Ohre vernarben; bei grossen Cholesteatomhöhlen im Warzenfortsatze ist es wegen der genaueren Ueberwachung des Krankheitsherdens und wegen der Möglichkeit einer gründlicheren Reinigung geboten, die Oeffnung im W. F. offen zu lassen.

Was die Heilresultate der operativen Freilegung der Mittelohrräume anlangt, so ist P. der Ansicht, dass die Angaben verschiedener Operateure über die Ausheilung der Eiterung nach dieser Operation (50—75 pCt.) zu optimistisch lauten, da die Beobachtungsdauer im Ganzen noch zu kurz ist, und bereits Fälle vorliegen, wo nach 2, 3 Jahren Recidive der Eiterung eintrat. Cholesteatome recidiviren bekanntlich mit nur seltenen Ausnahmen. Die Bezeichnung: Radicaloperation ist daher nach P. nicht ganz zutreffend. Von den von P. Operirten hat in 17 Fällen die Eiterung seit längerer Zeit aufgehört, die übrigen

Fälle befinden sich noch in Beobachtung, und kann über den endgiltigen Abschluss noch nichts ausgesagt werden. Ein Theil entzieht sich, wie gewöhnlich, der Controle. Nachoperationen wurden 7 Mal ausgeführt. In einem Falle war der Gehörgang atresirt. Die Heilungsdauer ist im Allgemeinen kürzer als bei der typischen Eröffnung des W. F.'s, doch nimmt sie meist mehrere Monate in Anspruch. Das Hörvermögen wurde durch die Operation meist etwas verbessert, selten verschlimmert. Wie nach der typischen Eröffnung des W. F.'s wurden auch hier durch die Operation die lästigen Kopfsymptome beseitigt und eine Verbesserung des Allgemeinbefindens beobachtet. Letaler Ausgang wurde in 6 Fällen beobachtet, 3 mal bei Pyämie, die bereits vor der Operation bestand, 2 mal bei chronischer, tuberculöser Otitis und einmal bei einem schon vor der Operation bestandenen, symptomlosen Hirnabscess.

P. kann sich die von anderen Operateuren stammenden, überaus günstigen Erfolge der sog. Radicaloperation nur dadurch erklären, dass man ohne viel Auswahl auch solche Fälle operirt, bei denen ein chronischer Ohrenfluss ohne tiefgreifende Veränderungen im Schläfebeine besteht, ohne früher die üblichen Behandlungsmethoden versucht zu haben. Solche Fälle werden selbstverständlich in kurzer Zeit ausheilen. So hoch daher auch P. den Wert des operativen Verfahrens anschlägt und so segensreich er die operative Freilegung der Mittelohrräume für viele Fälle betrachtet, so möchte er sie doch nur auf jene Fälle beschränkt wissen, wo sie streng indicirt ist. Diese Ueberzeugung wird sich gewiss im Laufe der Zeit Bahn brechen, wenn sich das Urtheil durch die Erfahrung geläutert haben wird.

5) Urbantschitsch: Zur operativen Freilegung des Mittelohres.

U. hat in den letzten zwei Studienjahren, von October 1894 bis zum gegenwärtigen Zeitpunkte, an 72 Fällen die sogenannte Radicaloperation des Mittelohres vorgenommen; davon standen 6 Fälle zwischen dem 6. und 10. Lebensjahre, 17 zwischen 11 und 15 Jahre, 18 zwischen 16 und 20 J., 11 zwischen 20 und 25 J., 7 zwischen 26 und 30 J., 7 zwischen 30 und 40 J., 4 zwischen 40 und 50 J., 2 zwischen 50 und 60 J. Der Dauer nach bestand die eiterige Mittelohrentzündung in 50 Fällen 1—10 Jahre, in 15 Fällen 10—20 Jahre, in 6 Fällen 20—30 Jahre, in 1 Falle 32 Jahre. Unter den 72 Fällen befanden sich 47 Fälle mit reiner Caries, 13 mit cariösen und cholesteatomatösen Herden und 12 Fälle mit reinem Cholesteatom.

Das Antrum mastoideum zeigte 42 Mal keine auffällige Grössenveränderung, 12 Mal erschien es abnorm klein, 18 Mal abnorm gross, darunter 5 Mal von collossaler Vergrößerung nach hinten. Diese letzteren 5 Fälle betrafen Cholesteatom.

U. bemerkt, dass eine solche Vergrößerung des Antrum mastoideum auf Kosten des Schädelhöhlenraums erfolge.

Der Erkrankungsprocess war unter den 72 Fällen 9 Mal bis an die Dura mater (6 Mal gegen das Cerebellum, 3 Mal über dem Tegmen tympani) vorgedrungen. In 1 Falle war die Dura mater über dem Tegmen tympani perforirt und Gehirnteile in den Atticus ein-

gelagert; der betreffende Fall genas. U. erwähnt eines anderen Falles, bei dem sich im Spülwasser Gehirnteile voranden, die, wie die Operation ergab, dem Cerebellum entstammten und zwar in eine grosse Cholesteatomhöhle des Proc. mast. eingetreten waren, die auch gegen den Gehörgang durchgebrochen war; auch dieser Fall genas.

Der Sinus transversus fand sich öfter freiliegend vor, einmal fast in seiner ganzen Ausdehnung bis in den Uebergang in den Bulbus venae jugularis; in vielen Fällen wurde der Sinus operativ freigelegt. In einem Falle nahm U. dessen Eröffnung vor, fand aber den Sinus blutleer, nach unten thrombosirt.

Der Hammer und Ambos ergaben folgenden Befund: Unter 72 Fällen erwies sich der Hammer 8 Mal gesund, 62 Mal cariös, 2 Mal fehlend; der Ambos 6 Mal gesund, 63 Mal cariös, 3 Mal fehlend; in 2 Fällen von Caries bestand eine knöcherne Verwachsung beider Gehörknöchelchen.

Der Facialnerv zeigte sich vor der Operation in einem Falle vollständig gelähmt, in mehreren Fällen paretisch. Die Paresen gingen nach der Operation rasch zurück; der Fall mit Paralyse ergab eine bedeutende Besserung. Während des operativen Eingriffes erfolgte in keinem Falle eine Facialparese, doch trat eine solche 6 Mal 1 bis 2 Tage nach der Operation ein, ging aber wieder zurück; in einem Falle ging die Facialparese am oberen Augenlid in einen Facialspasmus über.

Als besondere Zufälle während der Operation erwähnt U. das Auftreten einer stärkeren arteriellen Blutung in 2 Fällen (aus dem Gebiet der Art. meningea media); 1 Mal stand diese nach 10 Minuten langer Compression; im anderen Falle mußte die Operation sistirt werden und wurde nach fünf Tagen beendet.

Bei einem 8jährigen Mädchen erfolgten während des Auskratzens des linken Ohres heftige clonische Krämpfe an der oberen und unteren Extremität der entgegengesetzten rechten Seite, ferner eine krampfhaft Flexion der Finger der rechten Hand; diese Erscheinungen wiederholten sich noch am Operationstage mehrere Male. Der Fall verlief günstig. Bei einem 18jährigen Mädchen traten nach der Operation allgemeine Körperkrämpfe ein, die sich wiederholten; sie liessen sich leicht als hysterischer Natur erkennen. Der Fall verlief günstig. U. erwähnt ferner eines 11jährigen Knabens, bei dem sich ein grosser Subduralabscess in der Fossa occipitalis vorand. Der Fall verlief günstig.

U. hebt nunmehr einige Punkte betreffs des operativen Eingriffes und der Nachbehandlung hervor; er legt den Hautschnitt gewöhnlich bogenförmig nahe der Insertion der Ohrmuschel an; das Aufmeisseln geschieht zumeist in der von Zaufal eingehend beschriebenen Weise, nur geht U. dabei nicht über den oberen Gehörgangsrand hinaus; die Cutis des knöchernen Gehörganges wird an ihrer hinteren und oberen Wand bald abgehoben, bald wieder durch die Abmeisselung allmählig blossgelegt, wobei die hintere häutige Gehörgangswand einem ungeübten Operateur als Leitungslinie beim Vordringen in die Tiefe dient; in anderen Fällen wieder entfernte U. nach Stacke zunächst die hintere und obere Umrandung des Trommelfelles und drang von

da aus gegen das Antrum mastoideum vor. Bei günstigen topographischen Verhältnissen sind einem ungetübteren Operateur auch hierbei sichere Anhaltspunkte leichter geboten. Für den Geübten bleibt nach U. die Art der Aufmeisselung der Mittelohrräume ziemlich gleich, U. selbst geht gewöhnlich nach der Zaufal'schen Methode vor. U. bespricht ferner die Auskratzung und die Hauttransplantation. Die Thiersch-Siebenmann'sche Methode hat der Vortragende in mehreren Fällen mit nur theilweisem Erfolge ausgeführt, wahrscheinlich wegen der vom Vortragenden angewendeten Druckbehandlungs-Methode (s. später); dagegen hat U. mit der von Körner empfohlenen Verwendung der Cutis der hinteren Gehörgangswand sehr zufriedenstellende Resultate erzielt, besonders mit der Methode, wo nur ein Schnitt durch den häutigen-knorpeligen Gehörgang bis zum Ohreingange geführt wird und am Ohreingange zwei weitere senkrechte Schnitte nach oben und unten eine Lappenbildung des Gehörganges ermöglichen (Panse). Die Gehörgangslappen werden entweder durch Nähte oder auch ohne solche durch Tamponade aufgeschlagen, so dass sich die künstlich geschaffene grosse Höhle bis zu dem Ohreingange erstreckt und von diesem aus leicht überblickt werden kann.

Die Nachbehandlung ist nach U. als der schwierigere Theil der Radicalbehandlung zu bezeichnen und die grosse Wichtigkeit einer mehrere Monate lang geführten fachmännischen Behandlung dem Patienten klar zu legen. In erster Linie kommen hierbei die Verhütung von Granulationsbildung und die Zerstörung gebildeter Granulationen in Betracht. Die Neigung zu Granulationsbildung wird durch einen auf die Wandungen der Höhle continuirlich stattfindenden Druck, vermittelt dichter Tamponade, wirksam bekämpft. Gegen die Granulationsbildungen selbst wendet U. derzeit nur Aetzungen mit crystallisirter Chromsäure an, die allerdings wegen der individuell verschiedenen starken Reaction Vorsicht erheischen.

Hinsichtlich der retroauriculären Oeffnung verhält sich U. je nach dem Falle verschieden. Bei reiner Atticus-Erkrankung nimmt U. gleich die vollständige Naht vor, sonst hält er, gewöhnlich durch Jodoformgaze-Einlagen, zuweilen durch solide Gummicylinder, eine bis zum Umfange des kleinen Fingers grosse Fistelöffnung so lange offen, bis die Neigung zu Granulationsbildung geschwunden oder nurmehr sehr gering ist und ferner eine geringe Secretion besteht. Aus kosmetischen und socialen Gründen ist U. gegen eine permanente Fistel, besonders seitdem er grosse Höhlen anlegt und durch Schlitzung und Umklappen des häutig-knorpeligen Gehörganges die Höhle bis zum Ohreingange reichen lässt. Nur in Fällen von fortbestehender Caries, sowie bei Patienten, die nach Orten verreisen, wo keine fachmännische Nachbehandlung durchgeführt werden kann, lässt U. derzeit persistente Fistelöffnungen bestehen.

Ueber den Ausgang der Behandlung kann U. wegen der Kürze der Beobachtungszeit, die bei dem am längsten beobachteten Falle 2 Jahre beträgt, keine Angaben machen, sondern nur den bisherigen Verlauf mittheilen: Von den 72 Fällen ergaben bisher 28 eine vollständig trockene Höhle und zwar 13 Mal binnen 6—12 Wochen, 8 Mal innerhalb 3—4 Monate, 4 Mal in 5—6 Monaten, je 1 Mal in 7, 12 und

16 Monaten. 19 weitere Fälle, darunter 12 bis zu einer Beobachtungsdauer von 6 Monaten und 7 Fälle darüber zeigen zeitweise eine vollständig trockene Höhle, zeitweise wieder eine Secretion, die zuweilen nach Monate lang sistirter Secretion neuerdings, wenn auch in geringem Maasse, auftritt. Bei 4 Patienten ist der cariöse Process noch nicht zu bleibendem Stillstande gekommen; 8 im Mai und Juni d. J. operirte Fälle ergaben bisher einen befriedigenden Wundverlauf; 8 Patienten entzogen sich der weiteren Behandlung, 5 starben und zwar 3 an Meningitis, die schon zur Zeit der Operation bestanden hatte, 1 Fall an Schläfenlappenabscess der linken Seite ohne Herderscheinung, 1 Fall an metastatischer Pneumonie.

Auffällig günstig erwies sich die Operation auf die Symptome von Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit etc. und auf den gesammten Körperzustand. Unter den 72 Fällen hatten 42 an derartigen Symptomen gelitten; darunter befand sich 1 Cholesteatom-Fall mit Opticus-Atrophie und erheblicher Einschränkung des Gesichtsfeldes, die sich nach der Operation auffällig besserte. U. hebt ferner den günstigen Einfluss der Operation auf psychische und Ernährungsstörungen hervor, ferner auf die Hörfunction, die zuweilen erheblich gebessert wird (s. Fall 2, 5, 7).

U. betont, wie häufig erst durch Aufdeckung der Mittelohrräume die grosse Lebensgefahr erkannt werden kann, in der sich der Patient befand und schliesst mit folgenden Worten: „Je mehr Fälle von chronischer eiteriger Mittelohrentzündung sowie von Cholesteatom des Mittelohres zur radicalen Operation kommen, desto deutlicher zeigt sich der grosse Werth dieser Methode, und da ferner noch die Erfahrung lehrt, wie auffällig gut der operative Eingriff selbst vertragen zu werden pflegt, welch' günstigen Einfluss dieser in den verschiedensten Beziehungen zu nehmen vermag, so ist wohl die operative Freilegung der Mittelohrräume als einer der segensvollsten otiatrischen Eingriffe zu bezeichnen.“

Discussion

über die Vorträge der Herren Prof. Politzer und Urbantschitsch:

Docent Dr. Gomperz stimmt Politzer und Urbantschitsch vollkommen bei, wenn sie die radicale Freilegung der Mittelohrräume zu den segensreichsten Eingriffen zählen; aber er pflichtet auch Politzer bei, daß die Indicationen zu diesem Eingriffe in präcisester Weise begrenzt werden sollen. Besonders legt er auf die Berücksichtigung des Hörvermögens Gewicht, durch dessen Zerstörung die sociale Stellung des Operirten schwer geschädigt werden könne, und sei in den Fällen, wo das andere Ohr für das Hören schon unbrauchbar ist, den conservativen Methoden der weiteste Spielraum zu gewähren.

Was die Frage anbelangt, ob man bei tieferen Processen, Caries, Cholesteatom, hinten schliessen oder eine persistente retroauriculäre Oeffnung anlegen solle, so glaubt G., dass sich jene Frage erst nach längerer Beobachtung werde entscheiden lassen. G. macht mit Vorliebe die Plastik nach Körner und weicht so viel als möglich dem Anlegen der entstellenden retroauriculären Oeffnung aus; aber er muss zugeben, dass die neue Epidermis der mit retroauriculärer Oeffnung aus-

geheilten Fälle einen viel solideren Eindruck mache, als die bei der Körner'schen Methode gebildete und glaubt, dass die für diese neue Epidermis geforderte constante Berührung mit der äusseren Luft doch sehr von Belang für die Stabilität der Heilung sei.

Im Hinblick auf den ausgiebigsten Schutz des Stapes möchte G. dafür plaidiren, die Trennung der Tensorsehne und des Steigbügelambossgelenkes noch vor der Ablösung der Ohrmuschel auszuführen; nach derselben werde das Gesichtsfeld zu sehr von Blut überschwemmt.

Zum Zurückhalten des abgelösten Gehörganges hat G. ein Hohlmeissel noch die besten Dienste geleistet und empfiehlt er einen derart gehöhlten stumpfen Haken.

Tetanische Contractionen hat G. nach der Operation eines Falles gesehen, wo die Narcose eine Stunde gedauert hatte; nach der Erwärmung im Bette hörten sie rasch auf.

Zur Nachbehandlung empfiehlt G. bei der Körner'schen Plastik nochmals die Verwendung des sterilisirten Vaselineöls. Nach der Entfernung des ersten Verbandes, Reinigung und Trocknung des Gehörganges, wird derselbe mit Oel gefüllt und dann mit der Jodoformgaze austamponirt.

Herrn Gomperz gegenüber bemerkt Urbantschitsch, dass das Hörvermögen der von ihm operirten Fälle vor der Operation ein schlechtes war und durch die Operation, wie schon erwähnt, in einer Reihe von Fällen gebessert wurde. Die Operation wurde an länger behandelten Fällen vorgenommen und auch der Befund bei der Operation ergab die Nothwendigkeit des Eingriffes.

Betreffs der Indicationen sei es schwer, solche bestimmt zu stellen, da nicht selten ohne besondere Symptome, bei blühendem Aussehen der Patienten, der Zerstörungsprocess in der Tiefe des Mittelohrs beim Proc. mast. bis zur Dura und den Sinus fortgeschritten erscheint.

Die Loslösung der hinteren Gehörgangswand ergibt keine besondere Blutung, und da U. bei möglichst freiem Gesichtsfelde die Durchschneidung des Ambos-Stapes-Gelenks vornimmt, so nimmt er vorher die Zwischenwand zwischen Gehörgang und Proc. mast. weg.

Wegen der Lücke hat U. ohnedies seinen Standpunkt bereits präcisirt und hält mit dem endgiltigen Urtheil zurück, bis seine Erfahrungen noch weitere Jahre umfassen.

Periostnaht wurde stets vorgenommen, wo es nötig erschien.

Betreffs der Plastik verweist U. auf seinen Vortrag.

Dr. Kaufmann glaubt, dass für Cholesteatome, besonders für ausgedehntere oder einmal recidivirende Fälle das Anlegen einer persistenten Oeffnung angezeigt ist. Die schönen Resultate, die er davon an der Schwartz'schen Klinik in Halle gesehen, hätten ihn veranlasst, aus oberwählter Indication bei einigen Kranken diese Operation auszuführen; ganz besonders zeige ein Patient, der vor Jahren an der Klinik Gruber operirt worden war, und bei welchem im September vorigen Jahres unter bedrohlichen Symptomen Recidive auftrat, jetzt nach Anlegung einer persistenten grossen Lücke, wie die Herren sich überzeugen konnten, die grossen Vortheile dieses Verfahrens bei Cholesteatom.

Politzer ist der Ansicht, dass man in dieser Richtung specialisiren muss. Bei kleineren Höhlen und bei Granulationsbildung im Mittelohre kann man die Oeffnung im Warzenfortsatze sich schliessen lassen. Bei grossen Cholesteatomhöhlen hingegen tritt der cosmetische Zweck in den Hintergrund und muss die Oeffnung persistent offen erhalten werden, damit der Kranke selbst in die Lage versetzt werde, die freigelegte Höhle im Schläfebein gründlich durchzuspülen. Lässt man die Oeffnung sich schliessen, dann ist er sein ganzes Leben hindurch oft schon in kurzen Zwischenräumen genöthigt, die Hilfe des Arztes in Anspruch zu nehmen.

Gruber ist der Ansicht, man sollte den Ausdruck „Radicaloperation“ als nichtssagend gänzlich fallen lassen. Eine typische Operation nach Schwartz, wenn sie alles Krankhafte beseitigt, ist gerade so radical wie jede andere, wenn sie auch noch so eingreifend ist. Gr. will Niemandem nahe treten, er glaubt aber, man thue vielleicht in manchen Fällen des Guten zu viel. Er selbst gehe in allen Fällen, wo nicht die Erkrankung der tieferen Knochenpartieen klar zu Tage liegt, so vor, dass er zunächst die Operation nach Schwartz macht, und wenn im Verlaufe der Operation sich die Nothwendigkeit ergibt, dann gehe er weiter. Er operirt sehr viel und ist mit den Resultaten zehr zufrieden. Im Uebrigen ist auch er gegen das Anlegen bleibender Knochenlücken am Warzentheile, wenn nicht die äusserste Nothwendigkeit es gebietet.

6) Dr. Ferdinand Alt: Ueber apoplectiforme Labyrinth-erkrankungen bei Caissonarbeitern.

Beim Baue der grossen Schleusenwerke in Nussdorf werden die nothwendigen Pfeilerfundirungen durch die Anlage von Caissons ermöglicht; es wurden zahlreiche Caissons, darunter einige bis 25 Mtr. Tiefe unter dem Wasserspiegel der Donau gebaut, bei denen ein Ueberdruck von mehr als 2,5 Atmosphären zur Verdrängung des Wassers nothwendig war. Um die Gesundheitsverhältnisse der Caissonarbeiterschaft und die auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden Studium zu unterziehen, hat die Klinik des Herrn Prof. von Schrötter die Herrn Doctoren Heller, Mager und von Schrötter nach Nussdorf delegirt; die Beobachtung der Ohrenerkrankungen blieb der Klinik des Herrn Prof. Gruber vorbehalten. Die Zahl der Ohrenerkrankungen ist eine so grosse, dass der Vortragende am Otologentage nur die schwersten Fälle besprechen will. Er verweist auf die spärlichen Literaturangaben über Ohrenaffectionen, die auf den Einfluss comprimirt Luft zurückgeführt werden und verliest die Krankengeschichten der drei schwersten vorgekommenen Fälle.

Die Erkrankungen betrafen drei Arbeiter, W., J. und S., welche unter einem Ueberdrucke von 2,2—2,4 Atmosphären die vorgeschriebene Zeit von vier Stunden arbeiteten und hierauf bei vollständigem Wohlbefinden den Caisson verliessen. Bei W. traten nach einer Stunde, bei J. nach 35 Minuten, bei S. nach 1½ Stunden die typischen Symptome des Morbus Ménièrei, nahezu complete Taubheit und dauernder, so hochgradiger Schwindel auf, dass die Patienten nicht stehen konnten und sofort auf die Klinik Schrötter gebracht wurden. Bei allen drei Arbeitern fanden sich starke Retraction und mehr oder weniger aus-

geprägte livide Verfärbung des Trommelfells, Injection der Hammergefäße; der Stimmgabelbefund musste im Sinne einer beiderseitigen Labyrinthaffection gedeutet werden. Bei W. und S. bestand links, bei J. rechts complete Taubheit, die dauernd bestehen blieb, während auf dem anderen Ohre geringe Spuren von Hörvermögen erhalten waren, die sich in wenigen Tagen beträchtlich besserten.

Der Vortragende bespricht hierauf die Umstände, welche Ohrenkrankungen bei Caissonarbeitern bedingen. Wenn die Arbeiter einen Raum betreten, in welchem z. B. ein Ueberdruck von 2,0 Atmosphären herrscht, müssen sie, um einen Ausgleich zwischen dem Drucke im Mittelohre und im umgebenden Raume zu erzielen, die comprimirte Luft durch Schlingbewegungen und den Valsalva'schen Versuch (den sie instinctiv ausführen) in das Mittelohr treiben. Gelingt ihnen dies, dann können sie bei vollständigem Wohlbefinden im Caisson arbeiten, erweist sich die Tube undurchgängig, so bekommen sie oft heftige Schmerzen und andere subjective Beschwerden im Ohre und müssen den Caisson verlassen. Mitunter kommen sie mit dem Valsalva nicht nach, sie bringen die Pression im Ohre nicht heraus, wie sie sich ausdrücken, verbleiben im Caisson, und nun ist ihr Gehörorgan schweren Schädigungen ausgesetzt.

Wenn die Tube ganz undurchgängig ist, so herrscht im Gehörgange ein Druck von 1+2 Atmosphären, im Mittelohre von 1 Atmosphäre (oder noch weniger, wegen Luftverdünnung bei Tubenverschluss). Hierdurch ist ein negativer Druck im Mittelohre bedingt, das Trommelfell wird nach innen gedrängt, die Gefäße finden einen Ort geringeren Widerstandes, sie erweitern sich mächtig und da der Abfluss durch den Druck auf die umgebenden Theile gehemmt ist, kommt es zur Stauungshyperämie im Mittelohre. Da jede Luftverdichtung im Mittelohre eine Drucksteigerung, jede Luftverdünnung eine Druckverminderung im Labyrinth bedingt (manometrische Untersuchungen von Politzer und Bezold), tritt auch im Labyrinth negativer Druck und consecutive Stauungshyperämie ein. Durch einschlägige Arbeiten über Circulationsstörungen weist Alt nach, dass es in Folge dieser lange andauernden Stauungshyperämie und der damit verbundenen mangelhaften Ernährung der Gefäßwände zur Transsudation, bezw. Blutung in das Mittelohr oder Labyrinth kommen kann.

In den leichtesten Fällen wurde Retraction und mehr oder weniger ausgeprägte Injection des Trommelfells, bis zur lividen Verfärbung beobachtet. Bei einigen Arbeitern wurden Ecchymosen des Trommelfells, bei zwei Aerzten, die sich einschleusen liessen, und bei zwei Arbeitern Trommelhöhlenblutungen constatirt. Eine typische, traumatische Ruptur des Trommelfells kam nicht zur Beobachtung. In den drei schwersten oben citirten Fällen dachte man zunächst an eine doppelseitige Labyrinthblutung; erst als die Erscheinungen auf einem Ohre in kurzer Zeit zurückgingen, musste man annehmen, dass es allerdings in einem Labyrinth zur Blutung und Zerstörung der Gebilde gekommen sei, während in dem anderen Labyrinth die lang andauernde Stase Transsudation mit secundärer Drucksteigerung bedingte, so dass die Symptome einer Labyrinthaffection vorlagen, jedoch zurückgingen, wie ein Ausgleich der secundären Drucksteigerung eintrat.

Zur Stütze dieser Ausführungen verweist der Vortragende einerseits auf die klinischen Befunde, andererseits auf Thierversuche, welche in einer zu diesem Zwecke construirten Druckkammer ausgeführt wurden. Man beobachtete an Thieren: Ecchymosen des Trommelfells und Blutungen in die Trommelhöhle, bezw. Bulla (Befund Prof. Gruber). Von den gewonnenen Labyrinthpräparaten demonstirt der Vortragende mehrere, an denen die Gefässe stark erweitert, stellenweise auf das Doppelte verbreitert und strotzend mit Blutkörperchen gefüllt sind (insbesonders im Modiolus der Schnecke).

Alt bespricht hierauf, warum die schweren Affectionen nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auftreten und führt diesen Umstand auf Blutdruckschwankungen zurück, deren Curven er demonstirt. Für die besprochenen Fälle will der Vortragende nur rein mechanische Momente, wie sie durch die Druckdifferenz im Mittelohre und im umgebenden Raume bedingt sind, als Ursache gelten lassen, und würde den Einwand, dass es sich um centrale Störungen handelt, mit dem negativen Nervenbefunde widerlegen. Schliesslich unterzieht er die Gasblasentheorie einer kurzen Besprechung und verweist auf einen durch Luftembolie veranlassten Todesfall eines Caissonarbeiters mit zahlreichen capillären Hämorrhagien im Gehirn und Rückenmark. Er giebt die Möglichkeit zu, dass durch Gasblasen Labyrinthblutungen entstehen könnten, will aber für die beobachteten Fälle, mit Rücksicht auf die sonst negativen Befunde, nur die mechanische Theorie heranziehen.

7) Docent Dr. Jos. Pollak: Ueber Perichondritis septi nar. serosa.

P. berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von sogen. Perichondritis septi nar. ser., der wegen des überaus seltenen Vorkommens der Krankheit bemerkenswerth ist, und der ihm Veranlassung gab, über das Wesen des Processes eine von den Ansichten der anderen Autoren — Jurasz und Fischenich divergente Meinung zu äussern.

Der Fall betraf einen 53jährigen, robusten und gut genährten Mann, der ohne äussere Veranlassung, ohne vorhergegangenes Trauma seit 8 Tagen an completer Verstopfung der Nase und den hierdurch gegebenen Beschwerden, aufgehobene Nasenathmung, Trockenheit des Halses, Klanglosigkeit der Stimme etc. litt. Bei der Untersuchung zeigten sich die äusseren Nasenöffnungen durch 2 blassrothe Tumoren ausgefüllt, die beim ersten Anblick prolabirte Schleimpolypen vortäuschten; auf dem Nasenrücken, und zwar in der Gegend der Articulation von Nasenbein und Cartilago quadrang. befand sich eine haselnussgrosse elastische Geschwulst, die vor einigen Tagen von dem behandelnden Arzte seicht eingeschnitten wurde, und aus der sich seither bei Druck eine gelblich-weiße seröse, etwas viscido Flüssigkeit entleert. Beim Versuche, durch Einführen des kleinen Fingers zwischen Nasenflügel und der vorgewölbten Nasenscheidewand die Grenze der Geschwulst zu bestimmen und deren Consistenz zu prüfen, spritzt seröse Flüssigkeit, wie aus einem Springbrunnen, in grossem Bogen aus dem am Nasenrücken befindlichen Tumor hervor; zugleich ver-

minderte sich die Spannung der Nasenscheidewandtumoren, und der Patient konnte momentan doch etwas Luft durch die Nase kriegen. Des anderen Tages waren die Tumoren wieder prall gefüllt, der Einschnitt am Nasenrücken verheilte.

Pollak schlug dem Patienten, da es zweifellos war, dass eine von Jurasz so benannte Perichondritis septi nar. ser. vorlag, vor, einen der Tumoren eröffnen zu lassen, was dieser sofort zugestand.

Nach Cocainisirung der Schleimhaut des linksseitigen Nasenscheidewandtumors machte Pollak in denselben mit dem Galvanocauter eine nahezu 1 Ctm. lange Oeffnung, aus der sofort etwa zwei Fingerhut voll seröser Flüssigkeit sich entleerte; durch Druck auf die rechte Nasenseite und den auf dem Nasenrücken befindlichen Tumor konnte nochmals eben so viel entleert werden. War schon dadurch nahezu erwiesen, dass eine Communication zwischen rechts- und linksseitigem Tumor bestand, so ergab die Sondeuntersuchung darüber volle Gewissheit, indem sich der Knorpel spaltförmig durchbrochen zeigte. Die Nachbehandlung bestand darin, dass P. Wattetampons, die mit 10proc. Burow'scher Lösung getrennt waren, in die Nase einführen liess. Nach 10 Tagen war vollständige Heilung eingetreten, die Nase durchgängig, nur blieb jene typische, allen sogen. Perichondritiden (Phlegmone, Abscessus septi nar.) eigenthümliche Einsenkung des Nasenrückens zurück, die der Pat. selbst in seiner drastischen Weise bezeichnete, „statt seiner bisherigen „römischen Nase“ habe er nur eine „böhmische“. Auf die Epikrise des Falles übergehend, kann sich Pollak der Auffassung von Jurasz nicht anschliessen, der mit Bezug auf die scheinbare Analogie der beschriebenen Erkrankung mit der Perichondritis serosa der Chirurgen (Ollier), die an der Diaphyse der langen Röhrenknochen bei jugendlichen Individuen vorzukommen pflegt, der Krankheit den nunmehr gebräuchlichen Namen gab; viel plausibler erscheint ihm die Ansicht Velpeau's, der höchst wahrscheinlich denselben typisch verlaufenden Krankheitsprocess von Jurasz gesehen und als Cystenbildung in der Nasenscheidewand beschrieben hat. Fischenich gesteht, eine genügende Erklärung über das Zustandekommen der ser. Perichondritis überhaupt nicht geben zu können. Pollak glaubt nun, dass sowohl bei der Perichondritis septi nar. serosa, als auch beim Hämatom und der sogen. Perichondritis idiopathica ac. der Nasenscheidewand nur eine primäre Erkrankung der Cartilago quadrangularis handelt, die analog derjenigen ist, wie sie am Ohrknorpel von Parreidt, L. Meyer, Gudden und Pollak beschrieben wurde, und die das prädisponirende Moment für das Zustandekommen des Othämatoms abgiebt, nämlich: Degeneration des Knorpels, Erweichung und Spaltbildung, Bildung von Höhlen mit sulzigem, homogenem Inhalte, Gefässwucherung und Gefässneubildung. Je nach der Art der auf einem solchen degenerirten Knorpel einwirkenden Schädlichkeit liessen sich auch die verschiedenen Formen der Nasenscheidewandgeschwülste erklären: das Hämatom durch ein Trauma, die sogen. idiopath. Perichondritis acuta, wie schon Kuttner richtig bemerkt, durch Immigration pyogener Mikroorganismen, die Perichondritis serosa durch Durchbruch der mit Serum gefüllten Höhlen gegen die Perichondrien. Auf diese, minder gezwungene Weise wäre auch der Um-

stand erklärlich, dass in all' den erwähnten Fällen die Erkrankung immer auf beiden Seiten des Nasenscheidewandknorpels auftritt.

8) Docent Dr. Gomperz: Ueber eine typische Veränderung der Trommelfellspannung bei ventilartig wirkenden Tubenverschlüssen.

Gomperz macht auf die Vorwölbungen des hinteren oberen Quadranten aufmerksam, welche ab und zu bei sonst normalem Trommelfellbefund und intactem Paukenhöhlenapparat zur Beobachtung kommen.

Die Patienten, welche diese Anomalie aufweisen, kommen zumeist wegen geringfügiger Beschwerden, die in einem Gefühl von Druck oder Spannung, leichten subjectiven Geräuschen, ab und zu auch in Schwerhörigkeit bestehen, zur Beobachtung.

Das Bild ist stets ein sehr auffallendes: Die Farbe des Trommelfelles ist die normale perlgraue, der Lichtreflex sitzt an normaler Stelle, die Wölbung in den drei übrigen Quadranten ist wenig verändert. Im hinteren oberen Quadranten imponirt aber die blasenartige Hervorwölbung, die sich gegen den Hammer zu scharf gegen die übrigen Trommelfellparthien allmählig absetzt. An der Peripherie, gegen den Rand des Gehörganges zieht sich regelmässig ein langgestreckter Lichtreflex hin. Das Hörvermögen war wenig tangirt und hat Gomperz Fälle gesehen, wo dasselbe dabei vollständig normal war.

Charakteristisch ist das Verhalten beim Versuch mit dem Siegle'schen Trichter. Die betreffende Parthie folgt prompt den Verdichtungen und Verdünnungen der Luft im äusseren Gehörgange, schnell aber danach, auch wenn man mit einer Luftverdichtung abschliesst, sofort in die alte, vorgebauchte Stellung zurück. Bei Berührung mit der Sonde ist es, als ob man in einen Luftpolster hineindrückte; Schluckbewegungen bei verstopfter Nase lassen den convexen Stand dieses Quadranten vollständig unbeeinflusst. In einem seiner Fälle hat G. die multiple Paracentese versucht. Nach derselben blieb die Stellung des h. v. Quadranten zwei Tage normal, worauf der alte Status zurückkehrte.

Erst die Miteinbeziehung der Verhältnisse im Nasenrachenraum lehrten G., dass dieses Trommelfellbild mit Veränderungen der Durchgängigkeit der Eustachi'schen Röhre zusammenhängt. Solche Patienten geben an, dass sie auch bei den vorsichtigsten Schnaubbewegungen das Anschlagen der Luft an's Trommelfell verspüren.

Es kann also für das Eindringen derselben in die Paukenhöhle ein Hinderniss nicht bestehen, wohl aber für das Zurückströmen. In den Fällen, wo die Untersuchung des Nasenrachenraumes vorgenommen wurde, fanden sich catarrhalische Entzündungen desselben, Hypertrophien der Mucosa, Polypen und Nebenhöhleneiterungen.

Ob in diesen Fällen geschwellte Bodenfallen der Tuba wie Klappen wirken, welche das Einströmen der Luft ermöglichen, das Ausströmen verhindern, oder ob zähe Schleimpartikel in der engen Tubenlichtung wie einseitig wirkende Ventile sich geltend machen, möchte G. noch nicht entscheiden; hervorheben muss er aber, dass er im Stande war, diese lästige Abnormität theils durch die blosse Behandlung der Nasen-

rachenaffection, theils in Verbindung mit Catheterismus und Bougirung zu beseitigen.

9) Docent Dr. Gomperz: Erfahrungen über die Verschlussbarkeit alter Trommelfelllücken.

Gomperz hat die Ergebnisse Okuneff's einer Nachprüfung unterzogen und bei einer Anzahl obsoleter Trommelfellperforationen die Aetzung der Ränder mittelst Trichloressigsäure versucht. Die Resultate waren sehr befriedigend, indem von zehn Fällen bei vieren schon nach wenigen Aetzungen die Lücken vernarbt, darunter eine, welche die ganze untere Trommelfelhälfte bis an die Peripherie einnahm, während sie sich in den übrigen sechsen sehr bedeutend verkleinerten; Gomperz geht derart vor, dass er nach Anästhesirung mit 10proc. Cocainlösung die Aetzung mit einer dünnen Sonde ausführt, um deren Spitze einige Wattefäden gedreht und in zerflossener Trichloressigsäure getränkt werden.

Das Verfahren ist sehr schmerzhaft, wird aber ausgezeichnet vertragen. Selbstverständlich darf es nur dort angewendet werden, wo man sich vorher durch Application eines künstlichen Trommelfelles davon überzeugt hat, dass eine Hörverschlechterung nicht zu erwarten ist. Besonders interessant erscheint G. das Aussehen des Trommelfelles nach der Vernarbung; an Stelle der Perforation hatte sich stets eine graue, derbe, getrübe Membran gebildet, welche ohne deutliche Grenzen in das übrige Trommelfell übergang, ein Befund, der für seine schon früher von ihm ausgesprochene Ansicht zeugt, dass sich bei der Vernarbung die Substantia propria auch regenerire.

G. glaubt nicht, dass diese vernarbungsbefördernde Wirkung der Aetzungen der Trichloressigsäure allein zukomme, nimmt vielmehr an, dass noch andere Aetzmittel sich finden dürften, welche die gleiche Wirkung ausüben.

Dass sich sechs Fälle noch nicht als geheilt anführen lassen, hängt auch damit zusammen, dass die Behandlungszeit eine noch zu kurze ist; in den geheilten Fällen hat sich das Gehör wesentlich gebessert, in einem derselben schwanden nach dem Verschlusse quälende subjective Geräusche, die den Patienten seit zwei Jahren belästigten.

10) Dr. Hammerschlag hält seinen angekündigten Vortrag „Ueber Athem- und Pulsationsbewegungen am Trommelfelle.“

Zunächst giebt der Vortragende eine gedrängte Uebersicht über die Litteratur des Gegenstandes, besonders über die einschlägigen Arbeiten Politzer's, Lucae's und Mach's und Kessel's. Hammerschlag stellte seine Untersuchungen mit einem eigens construirten Apparate an, der ähnlich dem seiner Zeit von Mach angegebenen construirte war. Es stehen dem Vortragenden etwa 30 Beobachtungen an insgesamt 4 jungen ohrgesunden Individuen zu Gebote, die folgende Resultate ergaben:

Das Trommelfell zeigt constante, mit der Systole des Herzens zusammenfallende Bewegungen.

Das Trommelfell bewegte sich ferner bei ruhiger Respiration in allen Fällen während der Inspiration nach aussen, während der Expiration nach innen. Beim ruhigen Athmen durch den Mund sind diese Athembewegungen weniger ausgiebig.

H. gelangt daher zu folgender Schlussfolgerung:

Die Trommelhöhle steht im normalen Zustande mit dem Nasen-Rachenraume in offener Communication.

Der Expirationsluftstrom reisst die Luft aus der Tube und der Trommelhöhle nach dem Principe des aërodynamischen Paradoxons mit, wodurch sich das Trommelfell nach innen bewegt.

Der Inspirationsluftstrom dringt nun in die Trommelhöhle ein und zwar um so leichter, weil dieselbe jetzt einen Ort des geringeren Widerstandes darstellt. Die etwas abweichenden Beobachtungen Politzer's findet H. sehr geeignet, zu weiteren umfangreicheren Untersuchungen anzuregen, wodurch es vielleicht in Zukunft gelingen wird, die noch bestehenden Widersprüche zu beseitigen.

Auf die Pulsbewegungen übergehend, bemerkt H., dass gleiche Beobachtungen bereits von Politzer, Schwartze, Moos, v. Troeltsch u. A. gemacht wurden.

Die Erklärung für die Pulsbewegungen wurde schon von andern Autoren darin gesucht, dass die Trommelhöhle bei jeder Systole ihr Lumen verkleinert, wodurch das Trommelfell nach aussen rückt. Ein neues Argument kann der Vortragende für diese Ansicht, die wohl die richtige ist, nicht beibringen.

11) Schlusswort des Prof. Gruber:

So wäre denn das Programm des I. Oesterreichischen Otologentages erschöpft. Bevor wir indess auseinander gehen, liegt es mir noch ob, allen jenen Herren, welche Vorträge hielten oder Kranke demonstrieren, den herzlichsten Dank auszusprechen. Gewiss, sie haben viel Wissenswerthes und Lehrreiches gebracht. Ganz besonders gebührt unser Dank noch jenen Herren, welche von der Ferne kamen, um unserem Otologentage beizuwohnen. Ihnen danken wir ganz besonders und richten noch die Bitte an sie, der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft noch weiters ihr Wohlwollen zu schenken und ihre Bestrebungen zu unterstützen. Und so schliesse ich die Sitzungen des ersten Oesterreichischen Otologentages, indem ich Ihnen ein herzliches Lebewohl und auf freudiges Wiedersehen zurufe.

Mit einem enthusiastischen Hoch auf das Präsidium und den Ausschuss der Oesterreichischen otologischen Gesellschaft wurden die Sitzungen des Otologentages geschlossen.

Nachmittags 3 Uhr versammelten sich die Theilnehmer am Otologentag in Sacher's Garten im Prater zu einem gemeinsamen Diner, welches in gemüthlichster Weise verlief. Eine Anzahl ernster und launiger Toaste verrieth die herrschende echt collegialische Stimmung, und erst spät Abends trennte man sich mit dem allseitigen Wunsche: Auf freudiges Wiedersehen beim II. Oesterreichischen Otologentage! Die beim Diner versammelten Collegen richteten auf Anregung Prof. Gruber's an Herrn Dr. Zaufal in Prag, welcher sowohl die Gründung der Oest. otol. Gesellschaft als auch das Zustandekommen des Otologentages eifrigst förderte, aber durch Krankheit persönlich, wie er es vorhatte, zu erscheinen verhindert war, ein Begrüssungstelegramm, in welchem sie ihrer collegialen Verehrung und dem Wunsche auf baldige Genesung Ausdruck gaben.

Untersuchung über die Luftbewegung in der Nase während des Athmens.

Von

Dr. Fritz Danziger, Beuthen O.-S.

Die Einteilung der Nasenhöhle in eine regio respiratoria und eine regio olfactoria rührt von der Annahme her, dass der Weg, den die Luft bei der Respiration durch die Nase nimmt, stets derselbe ist, sodass nur ein bestimmter Theil mit der durchstreichenden Luftsäule in Berührung kommt. Autoren, wie Fränkel, Braune und Clasen etc. haben angenommen, dass der Raum zwischen Septum und unterer Muschel der Respiration dient, dass er allein bei der In- und Expiration in Frage kommt. In den neueren, auf practische Versuche gestützten Arbeiten von Paulsen, Kayser und Franke wird dagegen fast übereinstimmend nachgewiesen, dass der Inspirationsstrom einen von obiger Ansicht abweichenden Verlauf nimmt. Paulsen glaubt, dass die Luft nur dem Nasenrücken entlang nach aufwärts, dann im Bogen zur Choane abwärts geht, und dass bei der In- und Expiration kein Unterschied besteht; auch Kayser beschreibt einen bogenförmigen Verlauf. Franke sieht bei ruhiger Inspiration einen fingerbreiten Rauchstreifen von dem Nasenrücken bis zum Nasendach aufsteigen, und im Bogen nach abwärts zur Choane hinziehen, während die Luft am Nasenboden fast unbeweglich ist. Bei der natürlichen Nase streicht der Strom über die beiden oberen Muscheln und zum Theil durch den mittleren Nasengang, während die ganze untere Muschel, mit Ausnahme eines hinteren Stückchens, sowie der untere Nasengang ganz ausserhalb dieser Strömung liegt. Jedoch entsteht unterhalb des concaven Bogens der Stromrichtung ein schwacher Wirbel, welcher sich von dem Hauptstrom abzweigt und in der Richtung von oben nach hinten und unten dreht. Bei kräftiger Inspiration sieht man dieselbe Stromrichtung. Jedoch hat der Strom ein grösseres Bestreben sich mehr am Nasendach zu halten. Unterhalb dieses Bogens, also zwischen diesem und dem concaven Nasenboden, entsteht ein grosser, sich sehr schnell drehender Wirbel. Bei der Expiration findet mit geringem Unterschied dieselbe Luftbewegung in umgekehrter Richtung statt. Ein Unterschied zwischen dem Inspirations- und Expirationsstrom ist der, dass der Hauptstrom bei der Inspiration steiler und geknickter ist, weil er sich von dem wagerechten Nasenloch direkt gegen das Nasendach bewegt und von dort durch die obere Muschel stark abgelenkt wird, während der Expirationsstrom hinten vom Nasenrachenraum in einem flachen Bogen gegen den Nasenrücken streicht.

Versuche, die ich machte, um diese Resultate in der Praxis zu verwerthen und auf Grund derselben bei behinderter Nasenathmung das operative Verfahren zu bestimmen, hatten nicht den Erfolg, welchen ich mir versprach, sodass ich selbst an Modellen, in der von Franke angewendeten Art — ohne auf die Nebenhöhlen Rücksicht zu nehmen, — den Luftweg studirte. Meine Experimente führten mich zu dem Schluss und der Behauptung, dass der Bau der Nase und des Rachens den Luftstrom beeinflusst, dass also der Weg bei jedem In-

dividuum ein anderer ist und nur gewisse Typen aufgestellt werden können; natürlich hat die Art des Naseneinganges nur auf die Inspiration einen Einfluss, während die Rachenverhältnisse nur bei der Expiration für die Richtung des Luftstromes von Bedeutung sind.

Bei der Inspiration habe ich hauptsächlich 3 Typen unterschieden, zwischen welchen selbstverständlich alle anderen variiren. Steht die Nasenspitze horizontal, bildet also das Septum mit der Oberlippe einen rechten Winkel, dann entsteht ungefähr die Bewegung, welche Franke beschreibt, der Luftstrom steigt bogenförmig dem Nasenrücken entlang auf, berührt die mittlere Muschel, um über das Ende der unteren Muschel in den Rachen zu gelangen; unterhalb des Stromes, in dem Raume zwischen unterer Muschel und Septum entstand eine ungeordnete Bewegung, — ich konnte sie wenigstens nicht als Wirbelbewegung mit bestimmter Richtung unterscheiden.

Bildet das Septum mit der Oberlippe einen spitzen Winkel, dann geht der Strom dicht am Nasenrücken und Nasendach entlang, um bogenförmig in die Choane zu strömen, dann kommt die mittlere Muschel und der oberste Nasengang mit dem Strom in Berührung, der Bogen ist also steiler als im ersten Falle.

Ein drittes Resultat erhielt ich endlich, wenn der Winkel, welchen das Septum mit der Oberlippe bildet, ein stumpfer war; das Bild zeigte sich um so deutlicher, je grösser der Winkel war. Der Hauptstrom bewegt sich in dem Raume zwischen Septum, unterem Nasenboden und unterer Muschel, und zwischen Septum und unterer Muschel, während über diesem Raume eine Bewegung entsteht, welche der im ersten Falle erwähnten Bewegung im unteren Nasengange entspricht. Der Weg würde ungefähr demjenigen gleichen, welchen die zuerst genannten Autoren annahmen. Eins konnte ich nie beobachten, dass nämlich der Luftstrom auch die oberste Muschel betrich.

Die Resultate der Expirationsversuche ergaben ungefähr denselben Weg für den Luftstrom, welchen Franke angegeben hat. Man muss bei den Versuchen berücksichtigen, dass der Weg der Luft durch die Epiglottis gegen die hintere Rachenwand geleitet wird und von hier aus durch die Choanen in die Nase gelangt. Je kleiner der Durchmesser des Rachens — vom Septum zur hinteren Wand — ist, desto steiler ist natürlich der Bogen, den der Strom in der Nase beschreibt, während im entgegengesetzten Falle ein flacher Bogen entsteht, um so flacher, je grösser der Durchmesser ist; dabei konnte ich nicht beobachten, dass der Expirationsstrom durch den unteren Nasengang verläuft, dagegen durch den Raum zwischen unterer Muschel und dem Septum, wenn ich einen sehr grossen Rachenraum construirte. Modificationen der Stärke der Luftbewegung oder der Art derselben, wie kleinere Unterbrechungen etc., übten keinen Einfluss auf den Strom aus.

Die Versuche haben ergeben, dass der Luftstrom sowohl bei der In- wie Expiration vom Bau des Organs abhängt, dass er aber doch nur einen bestimmten Theil der Nase berührt, so dass ich an der alten Eintheilung des Organs in eine Regio respiratoria und olfactoria festhalten

zu müssen glaube. Ich kann daher Franke nicht beistimmen, welcher sagt: „Es ist vom physiologischen Standpunkt aus durchaus unrichtig, eine regio respiratoria und olfactoria zu unterscheiden; denn die olfactoria ist die eigentliche respiratoria. Dadurch, dass der Hauptstrom der Inspirationsluft über das Gebiet des Nervus olfactorius streicht, erfüllt die Nase ihren Zweck als Riechorgan. Die terrassenförmig übereinander hängenden Muscheln und der besondere anatomische Bau der Nase, welcher die Wirbelbewegung ermöglicht und die bei der In- und Expiration entgegengesetzte Wirbelrotation dienen ebenfalls dazu, die Luft recht intensiv und umfangreich mit der Olfactoriausbreitung in Berührung zu bringen.“ Es ist nicht richtig, dass der Luftstrom über das Gebiet des Nervus olfactorius streichen muss, damit die Nase ihren Zweck als Riechorgan erfüllt. Dagegen würde schon die Thatsache sprechen, dass bei Durchspülungen der Nase mit duftenden Stoffen, welche in indifferenten Lösungen vertheilt sind, Geruch erregt wird, trotzdem die Flüssigkeit nur den unteren und mittleren Nasengang entlang läuft. Das Ausbreitungsvermögen der duftenden Substanzen ist so gross, dass während des Durchstreichens der Luft durch den mittleren und unteren Theil des Organs die obere Luftsäule so mit den riechenden Substanzen gesättigt wird, dass eine Erregung des Olfactorius entsteht. Die stärkere Geruchsempfindung bei tiefen Athemzügen erklärt sich leicht durch den Umstand, dass bei grösserer Luftzufuhr grössere Mengen der Substanz in die Nase gelangen und der oberen, den Nerven umgebenden Luftschicht zugeführt werden. Die Erfahrung zeigt auch, dass langsame tiefe Athemzüge gemacht werden, um Gerüche möglichst zur Perception zu bringen; das eine Epitheton lehrt, dass durch den länger dauernden Aufenthalt der Luft in der Nase die Substanz sich möglichst vollständig ausbreitet; durch tiefe Athemzüge soll eine möglichst grosse Menge des Stoffes zugeführt werden, das soll das zweite beweisen. Würde in der That der Geruch dadurch zu Stande kommen, dass die Luft mit der in ihr enthaltenen Substanz den Nerven berührt, so müssten schnelle Athemzüge gemacht werden, um den Nerven möglichst zu erregen, was nicht geschieht.

Schliesslich glaube ich, dass ein so feines Organ, wie der Geruchs-nerv, mit seinen feinen Ausbreitungen schnell der Zerstörung anheimfallen würde, wenn er stets mit der Luft und den in ihr enthaltenen Schädlichkeiten in Berührung käme und dadurch den Temperatureinflüssen ausgesetzt würde.

Es wäre auch nicht verständlich, warum nur der eine Theil des Organs beiden Zwecken dienen soll, einerseits zur Perception des Geruches, andererseits um dem Körper eine entsprechend vorbereitete Luft zuzuführen, wodurch der andere Theil des Organs mit seinen blutreichen Theilen überflüssig erscheinen würde.

Litteratur:

- 1) Fränkel: Ziemssen's Handbuch IV, 1.
- 2) Braune et Clasen: Zeitschrift für Anatomie II.
- 3) Paulsen: Sitzungsbericht der Wiener Academie, Bd. 85.
- 4) Kayser: Zeitschrift für Ohrenheilkunde XX.
- 5) Franke: Archiv für Laryngologie I, 2.

II. Referate.

a) Pharyngo-laryngologische:

Zwei Fälle von Lymphadenom der Mandel. (Deux cas de lymphadénomé de l'amygdale.) Von Dr. A. Cartaz. (Société française de laryngologie et d'otologie, Mai 1895 und Revue de laryngol. 1895, No. 12.)

Sehr seltene Fälle. Verf. giebt zwei solche Krankengeschichten. Beginnt meist an der linken Mandel, ohne dass man den Grund hierzu finden kann; bleibt nie einseitig, sondern ergreift bald die andere Mandel, zum Unterschiede vom Sarcom. Die Mandeln sind den einfachen hypertrophischen Mandeln ähnlich, nur ist die Mucosa blasser; diese Blässe ist im ganzen Munde und Pharynx sichtbar und scheint mit dem cachectischen Zustande zusammenhängen. Characteristisch ist die Schlaflosigkeit der Patienten, welche dem Arsenikgebrauch nicht zuzuschreiben ist. Arsenik hat sich dabei noch am meisten bewährt. Die Radicaloperation ist nicht anzurathen, weil die Krankheit eine allgemeine ist. Palliativ kann selbe nöthig werden, der Verlauf ist dann aber ungünstiger und rascher.

Dr. P. K.

Mandelstein; ausserordentlicher Fall mit Demonstration. (Amygdalolithe; cas extraordinaire et présentation de la pièce.) Von Dr. W. Butler. (Medical News und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Man glaubte mit einem Abscess zu thun zu haben und machte einen Einschnitt. Das Messer stiess auf einen Mandelstein, welcher 15 Mmtr. lang, 22 Mmtr. breit und 18 Mmtr. dick war.

Dr. P. K.

Ueber die Wirkung der Schilddrüsenernährung auf das Wachsthum.

(De l'influence des produits thyroïdiens sur la croissance.) Von Dr. E. Herthoghe. (Bulletin de l'académie royale de Belgique, Tom IX, No. 9.)

Beim Studium der therapeutischen Wirkung des Schilddrüsen-saftes bei Kindern mit angeborenem oder erworbenem Myxödem war Verf. erstaunt, dass das selbst lange stillgestandene Wachsthum wieder von Frischem begann; dieses Wachsen ging gleichen Schritt mit der Heilung des Myxödems. Verf. theilt seine Schrift in zwei Abtheilungen ein. Im ersten Theile behandelt er die Einwirkung des Thyroidins auf das Wachsthum bei wirklich myxomatösen Kindern. Er zeigt an neun ganz genau beschriebenen Fällen, deren Krankengeschichten und gut ausgeführte Photographien er beilegt, diese offenbare Wirkung und kommt zu folgenden Schlüssen: Die Wirkung war in allen Fällen offenbar, alle neun Patienten fingen an zu wachsen, trotz des vorgerückten Alters (6, 14, 18 und 27 Jahre). Sie wurden intelligenter, was man besonders beim Vergleichen der zwei Photographien eines Jeden sieht. Bei Allen nahm das Körpergewicht ab, um nachher wieder gleichen Schrittes mit dem Wachsthum zuzunehmen. In keinem Falle hat die Behandlung unangenehme Nebenwirkungen gehabt.

Im zweiten Theile seiner Arbeit giebt Verf. seine Beobachtungen bei im Wachsthum zurückgebliebenen, nicht myxomatösen Kindern;

es sind sechs Beobachtungen, bei welchen ein Mal Albuminurie, zwei Mal Rhachitismus, ein Mal zu früh eingetretene Menstruation, ein Mal congenitale Schwäche als Complicationen bestanden. Verf. kommt am Schlusse dieses zweiten Theiles zu folgenden Schlussfolgerungen: Alle sechs Kinder begannen während der Behandlung zu wachsen, die Einen rascher als die Anderen; in anderen, später beobachteten Fällen wurde dasselbe Princip beobachtet; wenn das Aufhören des Wachsens Folge des zerstörten Centralnervensystems war, so half die Behandlung nicht.

Es ist also bewiesen, dass das Aufhören oder das Verlangsamten des Wachsthums bei angeborenem und erworbenem Myxödem selbst in vorgeschrittenem Alter durch Thyroidinbehandlung gebessert werden können; ferner, dass bei chronischer Albuminurie, bei zu frühzeitig eingetretener Menstruation, bei Rhachitis ohne Myxödem das Wachsthum gebessert werden kann; ferner, dass die Rolle der Glandula thyroidea viel ausgedehnter ist, als allgemein angenommen wird. Wenn man auch nicht behaupten kann, dass dieses Organ allein der Entwicklung des menschlichen Wesens vorsteht, physisch sowohl als intellectuell, so muss man doch annehmen, dass ohne sein Bestehen oder bei seiner Erkrankung dieses physische und intellectuelle Wesen bedeutend leidet.

Dr. P. K.

Sarcom mit spindelförmigen Zellen unter den Stimmbändern; totale Exstirpation mittelst Thyrotomie. (Cas de sarcome à cellules fusiformes en dehors de la corde vocale; extirpation complète par thyrotomie.) Von Dr. Birkett. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Eine im neunten Monate zum ersten Male schwangere Frau zeigte ein rasch entstandenes tracheales Sarcom; wegen Erstickungsgefahr musste die Tracheotomie ausgeführt werden. Erleichterung. Einleitung der Geburt, welche normal von Statten ging. Auffallende Verkleinerung der Geschwulst, nachdem die Schwangerschaft aufgehört hatte. Nach drei Wochen Entfernung des Neoplasma mittelst Thyrotomie, Brennen der Insertionsstelle mittelst Chromsäure und Tamponade mittelst Jodoformgaze. Heilung nach neun Tagen. Nach zwei Jahren noch kein Recidiv, was ein seltener Fall ist.

Dr. P. K.

Fall, in welchem ein Fibropapillom des Larynx wegen seiner Grösse und Härte einen Einschnitt in das entgegengesetzte Stimmband hervorbrachte. (Cas dans lequel un fibropapillome du larynx très gros et dur a ameulé l'échancrure de la corde vocale opposée.) Von Dr. Semon. (Société laryngologique de Londres, Séance du 10 Avril 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 15.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Adenom des rechten Stimmbandes. (Un cas d'adénome de la corde vocale droite.) Von Dr. Corradi. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 16.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Studie über die Aphasie bei Leuten, welche mehrere Sprachen kennen.

(Étude sur l'aphasie chez les polyglottes.) Von Dr. A. Pitres.
(Revue de médecine und Semaine médicale 1895, No. 62.)

Die Erfahrung lehrt, dass bei solchen Patienten die eingetretene Aphasie nicht auf jede von ihnen gekannte Sprache gleichmässig wirkt. Verf. hat sieben solche Patienten, welche in Folge eines apoplectischen Insultes aphasisch geworden waren, beobachtet. Die Heilung, wenn sie bei solchen Leuten eintritt, schreitet systematisch progressiv fort. Der regelrechte Gebrauch eines Dialectes, eines Idioms, stellt sich früher als bei den anderen ein; gewöhnlich tritt der Gebrauch der Muttersprache zuerst wieder ein. Dieser sich wiederherstellende Gebrauch tritt in zwei Phasen ein: Zuerst versteht Patient die betreffende Sprache, wenn er selbe hört, kann selbe aber nicht aussprechen; im zweiten Absatz aber lernt er, spontan sich derselben zu bedienen. In manchen Fällen bleibt es dabei und Patient erlernt nur mehr die Muttersprache, an welche er am meisten gewöhnt war; andere Male kommt er so weit, dass er andere Sprachen versteht, aber nicht mehr sprechen lernt. Es versteht sich von selbst, dass das die Wiedererlangung der verschiedenen Sprachen bedingende corticale Centrum nicht zerstört, sondern nur erschüttert war. Diese zeitweilige Inertie dieser Centren erklärt hinlänglich die „Seriation“ der Phänomene, welche er bei Aphasischen beobachtet hat.

Dr. P. K.

Microbiologie der Angina bei Scharlach. (Microbiologie de l'angine scarlatineuse.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

In 117 Fällen fand Verf. in allen Fällen den Streptococcus, 102 Mal allein, 5 Mal mit dem Löffler'schen Bacillus, 8 Mal mit Staphylococcus und 2 Mal mit Bacterium coli. Das constante Vorhandensein des Streptococcus stimmt mit den Beobachtungen von Würtz und Bourges überein. Der Löffler'sche Bacillus kann also auch eine gewisse Rolle bei Scharlachangina spielen. Die Fälle, wo Colibacillen und Löffler'scher Bacillus vorkamen, waren gleich schwer.

Dr. P. K.

Fortbestehen des Löffler'schen Bacillus im Nasenschleim bei einem seit 15 Monaten geheilten Kinde. (Persistance du bacille de Löffler dans le mucus nasal d'un diphtéritique guéri de puis quinze mois.) Von Dr. Le Gendre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Während 15 Monaten konnte man den Löffler'schen Bacillus bald virulent, bald nicht virulent nachweisen. Machte man Nasendouchen, so verschwand der Bacillus auf geringe Dauer; hörte man mit den Nasendouchen auf, so wurde das Kind traurig, fiebernd, appetitlos und man konnte dann jedes Mal den Bacillus wieder nachweisen.

Dr. P. K.

Diphtheritis und Serotherapie. (Diphtherie et sérothérapie.) Von Dr. H. Monod. (Acad. de médecine de Paris, Séance du 17 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Bevor man das Roux-Behring'sche Serum anwandte, hatten die 108 über 20000 Einwohner zählenden französischen Städte mit 8150000 Einwohnerzahl durchschnittlich im ersten Jahressemester 2627 Todesfälle an Diphtheritis. Im ersten Semester 1895, das heisst in den ersten sechs Monaten, wo das antidiphtheritische Serum in ganz Frankreich vertheilt wurde, sank die Sterbeziffer bei Diphtheritis auf 904 herab; es starben also 65,6 pCt. weniger. Dr. P. K.

Prophylaxis und Behandlung der Bronchopneumonie nach wegen Larynxdiphtheritis ausgeführter Tracheotomie. (Prophylaxie et traitement de la bronchopneumonie consécutive à la trachéotomie pour diphtérie laryngée.) Von Dr. Moussous und Dr. Rocaz. (Semaine médicale und Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 16.)

Jeder Fall muss isolirt werden, wenige Tage in demselben Zimmer bleiben, welches Zimmer nachher desinficirt werden muss. Jeder Pat. muss vor der Cantile eine mit Zimmtessenz getränkte Gazecravatte tragen. Chinin subcutan. Dr. P. K.

Behandlung der verschiedenen Krankheiten der Respirationsorgane mittelst der intratrachealen Einspritzungen. (Traitement de diverses maladies des voies respiratoires par les injections intratrachéales.) Von Dr. Thomas. (Marseille médical und Revue de laryngologie et d'otologie 1894, No. 20.)

Man soll den Magen der Schwindsüchtigen schonen und zu diesem Zwecke muss man diese Methode soviel als möglich gebrauchen. Die angewandten Medicamente sind Menthol, Guajacol, Jodoform, aufgelöst oder in Suspension in neutralem oder sterilisirtem Olivenöl. Das Einführen einer Cantile mit Hilfe des Laryngoscopes in den Larynx ist leichte Sache. Bei Bronchiectasie und bei Tuberculose sind sie am meisten anzuwenden. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Das Mentholöl direct in die Trachea gebracht, wirkt gut bei Keuchhusten, bei acuter Bronchitis, bei Emphysem und bei Asthma-Anfällen; 2) die Einspritzungen von Menthol-, Guajacol- und Jodoformöl wirken gut bei Bronchitis chronica, Bronchitis foetida, torpider Lungentuberculose; 3) sie erleichtern wenigstens in späteren Stadien der Lungentuberculose.

Dr. P. K.

Einfluss des Staubes der Porzellanfabriken auf die Gesundheit der Arbeiter. (Influence des poussières des fabriques de porcelainen sur la santé des ouvriers.) Von Dr. Lemaistre. (Académie de médecine de Paris, Séance du 23 Avril 1895.)

Auf 35 Beobachtungen gestützt, behauptet Verf., dass nach erreichtem 40. Jahre die Porzellanarbeiter selten tuberculös werden, wohl aber Sclerose der Lungen bekommen, während vor diesem Alter Sclerose selten und Tuberculose häufig ist. Um dieses zu vermeiden, sollen die Locale gross und luftig sein, es sollen nur ganz gesunde Arbeiter angenommen werden. Dr. P. K.

Experimentelle Studien über das Corticalcentrum des Larynx. (*Recherches expérimentales sur le centre cortical du larynx.*) Von Dr. Broeckeaert. (*Sixième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1895 und Revue de laryngologie 1895, No. 15.*)

Verf. kommt am Ende seiner langen Arbeit zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) einseitige Reizung des Krause'schen Centrums mittelst sehr schwachen inducirten Stroms bringt Adduction beider Stimmbänder hervor; 2) die doppelseitige Exstirpation der Krause'schen Centren bringt bei Hunden Verlust des Bellens; aber die Reflexadduction der Stimmbänder bleibt erhalten; das Thier vermag alle Reflexphonationen, deren der neugeborene Hund fähig ist, zu produciren; 3) die Larynxnerven bleiben unversehrt nach dieser doppelseitigen Exstirpation; dies beweist, dass alle Nervenfasern, welche bei der Adduction im Spiele sind, aus dem Medullarcentrum und nicht aus dem Corticalcentrum entstammen. Die Muskeln des Larynx sind microscopisch ebenfalls unversehrt; 4) das Unvermögen zu bellen dauert einige Wochen an; dann lernt das Thier allmählig wieder bellen, auf dieselbe Weise, wie es dasselbe zum ersten Male gelernt hat; 5) wahrscheinlich bildet sich durch eine neue Lehrlingsperiode in der Umgebung ein neues Centrum; dieses neue Centrum gesellt sich zu den anderen Centren, welche in dem complicirten Acte des Bellens einschreiten und dann wird das Bellen möglich. Dr. P. K.

Antipyrin bei Ictus laryngeus. (*De l'emploi de l'antipyrine dans l'ictus laryngé.*) Von Dr. Merklen. (*Société médicale des hôpitaux, Séance du 20 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.*)

Drei Fälle, wo alle anderen Medicamente im Stiche liessen, wurden durch 2 bis 3 Gramm Antipyrin pro die geheilt. Dr. P. K.

Ueber Larynxlähmungen bei Typhus. (*Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde.*) Von Dr. Boulay und Dr. Mendel. (*Arch. générales de médecine und Revue de laryngologie 1895, No. 13.*)

Im Allgemeinen nimmt man bei Typhus das Oedem, die Geschwüre, die Perichondritis zu leichtsinnig an, um nicht an die Möglichkeit der eigentlichen Lähmungen zu denken. Verf. erinnern daran, dass sie meist während der Genesung eintreten und von vier Arten sein können; Verf. haben 17 solche Fälle beobachtet: 6 Mal Lähmung der Cricocarytenoidei postici; davon wurden 5 operirt, 4 mussten die Cantüle behalten; die Stimme war dabei erhalten und die Dyspnoe bildete das hervorragende Symptom. 4 Mal Lähmung der Constrictoren, wovon 2 Fälle heilten; die Stimme war natürlich weggefallen. 5 Mal Lähmung eines Recurrens, wovon 1 Fall heilte. 2 Mal doppelseitige Recurrens-lähmung, wovon ein Fall heilte. Die Ursache aller dieser Lähmungen war schwer nachzuweisen. Selten tritt der Tod ein, die Heilung aber ebenso selten. Das Laryngoscop allein giebt die richtige Diagnose. Die schlechteste Prognose hat natürlich die Posticuslähmung; die der Adductoren heilt am leichtesten. Tracheotomie, Electrisiren innen und aussen, Strychnineinspritzungen werden mit Erfolg angewandt.

Dr. P. K.

Beitrag zum Studium der Larynxpapillome beim Kinde. (Contribution à l'étude des papillomes laryngés chez les enfants.) Von Dr. A. Santucci. (Rev. di Patolog. e Ter delle Mal. della gola und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 16.)

Bei einem 2jährigen Kinde musste man wegen Dyspnoe die Thyreotomie machen, ohne vorher die Diagnose gestellt zu haben. Man fand im Interarytenoidalraum ein gestieltes Papillom, welches man operirte, nachdem beide Schildknorpelplatten auseinander gezogen waren. Dann machte man die tiefe Tracheotomie, vernähte die beiden Schildknorpelhälften und legte einen antiseptischen Verband an. Heilung.

Dr. P. K.

Ueber primäres Glottisepithelioma und namentlich über das locale recidivirende Epithelioma. (De l'épithélioma glottique primitif et en particulier de l'épithélioma local récidivant.) Von Dr. M. Donsac. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Verf. unterscheidet, dem Pflasterepithel der Glottis und dem Cylinderepithel der übrigen Larynxschleimhaut entsprechend, ein primäres Glottisepithelioma und ein primäres Larynxepithelioma. Es liegt auf der Hand, dass natürlich normal verschiedene Gewebe auch verschiedenen pathologischen Veränderungen entsprechen müssen. Verf. sucht dieses in einer Reihe von Aufsätzen zu beweisen und kommt am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) Im Larynx bestehen zwei Formen Epithelioma: a. das ausserhalb der Höhle (extrinsèque) gelegene, auch das chirurgische genannt, b. das innerhalb der Larynxhöhle gelegene (intrinsèque), das, welches die Specialisten gewöhnlich beschreiben; 2) beim innerhalb der Larynxhöhle gelegenen (intrinsèque) unterscheidet man wieder 3 Formen: a. das pflasterdermoide Epithelioma, auch das recidivirende genannt, das submucöse Gewebe bleibt verschont und die Recidive vollzieht sich immer an derselben Stelle; die Exstirpation mittelst der schneidenden Zange bringt immer eine Zeit lang Besserung und man kann diese Operation sehr oft wiederholen; wir haben ein hierher gehörendes Beispiel in einem relativ lange lebenden gekrönten Haupte, an welchem der behandelnde Arzt diese Operation recht oft ausführte. Immer fängt dieses Epithelioma mit Stimmveränderung an, sein Verlauf ist schleichend und langsam, die Cachexie tritt spät ein, die Recidiven treten ein, ohne auf die Nachbargewebe über zu greifen und die verschiedenen zahlreichen Exstirpationen haben nie diese rothen wuchernden Geschwüre mit secundären Herden in der Umgebung zur Folge; das einzige Zeichen der Malignität dieses Epithelioma ist die Gegenwart von kernhaltigen Körperchen. Die Prognose ist schlecht, das Leben dauert relativ lange. b. Das wuchernde locale Carcinom; es bilden sich hier in einer späteren Periode bedeutende Wucherungen, welche Infiltrationen und Verbreitung über den ganzen Pharynx in ihrem Gefolge haben können und dann auch rasch zum Tode führen. c. Das tiefe Carcinom; die Zerstörung geht rasch in die Tiefe; die Cachexie und der Tod treten frühzeitig ein. Es kommt oft gar nicht zur Ganglienschwellung und zu Metastasen.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Epiglottiscyste. (Un cas de kyste de l'épiglotte.) Von Dr. Noquet. (Sixième Réunion annuelle des laryngologistes et otologistes belges, Juni 1895 und Revue de laryngol. 1895, No. 15.)

Seltene Fälle. Verf. giebt deren Literatur. Hier handelte es sich um einen 13jährigen Knaben, welcher früher immer gesund war und unter den Symptomen einer acuten Pharyngitis erkrankte. Dies führte zur Entdeckung des bei herabgedrückter Zunge leicht sichtbaren, kirschgrossen, gelblich-weissen Tumors. Nach geheilter Pharyngitis zeigte der Tumor gar keine functionellen Symptome. Der Tumor hätte wahrscheinlich noch lange Zeit unbemerkt bestehen können, wenn er nicht zufällig bei der bestehenden Pharyngitis entdeckt worden wäre. Der Vorgang besteht einfach in dem Verstopftsein einer an der vorderen Epiglottisfläche sich befindenden traubenförmigen Drüse. Operation mittelst galvanocaustischem Messer.

Dr. P. K.

68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M. 21. bis 26. September 1896.

Die vereinigten Sectionen für Otologie, Laryngologie und Rhinologie beabsichtigen in gleicher Weise, wie eine Anzahl anderer Sectionen, eine fachwissenschaftliche Ausstellung während der Dauer der Naturforscherversammlung zu veranstalten.

Dieselbe soll neuere Instrumente, Apparate, Präparate und electricische Einrichtungen umfassen.

Diejenigen Herren Collegen, welche beabsichtigen, diese Ausstellung zu beschicken, werden gebeten, ihre Anmeldungen mit näherer Bezeichnung der Ausstellungsgegenstände an einen der Unterzeichneten bis spätestens 15. August gelangen zu lassen. Weitere Mittheilungen werden den betr. Herren auf ihre Anmeldungen hin zugehen.

Frankfurt a. M., im Juni 1896.

Dr. H. Eulenstein,
Bleichstrasse 31.

Dr. B. Lachmann,
neue Mainzerstrasse 76.

Personalnachricht.

Unser geschätzter Mitarbeiter Herr Dr. Georg Liebe in Geithain wurde zum dirigirenden Arzte der von der hanseatischen Invaliditäts-Versicherungs-Anstalt in St. Andreasberg i. Harze errichteten Lungenheil-Anstalt ernannt und wird die Stelle am 1. November d. J. antreten.

Berichtigung.

In der letzten Nummer dieser Monatsschrift soll es S. 268, 2. Zeile von unten, heissen statt „Hypertrophie des ganzen Siebbeines“ „Hypotrophie (s. Atrophie) des ganzen Siebbeines“.

Dr. Bergeat.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. N. Rüdinger, München.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.
(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. B. Voltolini und
weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Besehner (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gemperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapfner (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. N. RÜDINGER
o. ö. Professor
der Anatomie a. d. Universität
München.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, August 1896.

No. 8.

I. Originalien.

Aus den Untersuchungen über Erkrankungen bei Caissonarbeitern der III. medicinischen Klinik des Prof. von Schrötter und der Ohrenklinik des Prof. Gruber von den DDr. Heller, Mager, von Schrötter und Alt.

Ueber apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern. *)

Mitgetheilt

von

Dr. Ferdinand Alt,

Assistent an Prof. Gruber's Ohrenklinik.

M. H.! In einem entlegenen Theile von Wien, am sogenannten Nussdorfer Spitz, wird gegenwärtig an einem grossen Schleusenwerke gearbeitet, wo die nothwendigen Pfeilerfundirungen durch die Anlage von Caissons ermöglicht werden. Es wurden zahlreiche Caissons,

*) Vortrag, gehalten am Oesterreichischen Otologentage in Wien am 29. Juni 1896.

darunter einige bis 25 Mtr. Tiefe unter dem Wasserspiegel der Donau, gebaut, bei denen ein Ueberdruck von mehr als 2,5 Atmosphären erforderlich ist, um das Wasser zu verdrängen, da für je 1 Mtr. Wassertiefe etwas mehr als 0,1 Atmosphären Druck nothwendig ist.

Schon im December 1894 wurde, gelegentlich eines Besuches der Schleusenbauten durch Herrn Professor von Schrötter der Plan gefaßt, die Gesundheitsverhältnisse der im Caisson verwendeten Arbeiter kennen zu lernen und die auftretenden Krankheitserscheinungen einem eingehenden Studium zu unterziehen. Es wurden Seitens der III. medicinischen Klinik die Herren Doctoren Heller, Mager und v. Schrötter mit dieser Aufgabe betraut. Die Beobachtung der Ohrenerkrankungen blieb der Klinik des Herrn Prof. Jos. Gruber vorbehalten.

Die ärztliche Thätigkeit begann am 1. Februar 1895 und bestand zunächst in einer genauen Untersuchung der gesammten Caissonarbeiterschaft. Da ärztlicher Permanenzdienst bestand, konnte jeder Arbeiter, der Krankheitserscheinungen darbot, sofort untersucht und, wenn die Erscheinungen schwerere waren, sogleich auf die Klinik gebracht werden.

Diese wissenschaftlichen Bestrebungen werden vom hohen k. k. Ministerium des Innern und vom hohen k. k. Ministerium für Cultus und Unterricht in wohlwollendster Weise unterstützt und gefördert.

Die Zahl der von uns beobachteten Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern ist eine relativ so grosse, dass eine ausführliche Besprechung aller Fälle weit über den Rahmen eines Vortrages hinausgehen würde, so dass ich mir für heute nur die Besprechung der schwersten Fälle, der apoplectiformen Labyrinthkrankungen, vorbehalte.

In der Literatur findet man nur überaus spärliche Angaben über Ohrenerkrankungen, die auf den Einfluss comprimierter Luft zurückgeführt werden, und speciell die Angaben über Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern sind sehr geringe.

Der Aufsatz von Magnus: „Beobachtungen über das Verhalten des Gehörganges in comprimierter Luft“ (I. Band des Archivs für Ohrenheilkunde) enthält keinen Fall von Labyrinthkrankung. Eckert berichtet von einem 36jährigen Caissonarbeiter, der beim Nachhausekommen nach der Arbeit unter Ohrensausen, Schwindel und Erbrechen links taub wurde. Moos erwähnt einen 26jährigen Mann, welcher unter pneumatischem Luftdruck = 9 Mtr. Wasserdruck mit nur kurzer Unterbrechung 30 Stunden gearbeitet hatte, dem etwa $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Austritte aus dem Behälter schwindelig und übel wurde und der später erbrach; gleich damals constatirte der Arzt hochgradige Schwerhörigkeit beiderseits. Moos sah den Mann nach $1\frac{1}{2}$ Jahren und stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Doppelseitige Labyrinthblutung.

In Gruber's Lehrbuch finden sich Angaben über einen plötzlich ertaubten Caissonarbeiter, bei welchem Gruber die Diagnose auf beiderseitige traumatische Ruptur des Trommelfells und beiderseitige Labyrinthblutung stellte.

Von den grossen Caissonbauten, die in den letzten Jahren in England und Frankreich ausgeführt wurden, liegen wohl werthvolle Daten über Erkrankungen der Caissonarbeiter vor, allein die Ohrenerkrankungen sind sehr stiefmütterlich behandelt; man findet nur wenige

eingestreute Bemerkungen, die sich auf gewisse subjective Beschwerden Seitens des Gehörorgans beziehen. Einige Beobachtungen über Ohrenkrankungen liegen vom Russen Chrabrostin vor, doch erwähnt er keinen Fall von Labyrinthaffection. Koch bringt in seiner Arbeit „Ueber die Einwirkung des Tauchens auf das Gehörorgan“ keinen selbst beobachteten Fall von Labyrinthkrankung, citirt jedoch den Aufsatz von Pol „Des effets de l'air comprimé sur les ouvriers travaillant dans les caissons servant de base aux piles du pont du Grand Rhin“, der 6 Fälle von Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern enthält.

Wir hatten Gelegenheit, folgende apoplectiforme Labyrinthkrankungen bei Caissonarbeitern zu beobachten, deren Krankengeschichte ich auszugsweise mittheile.

A. W., 23 Jahre, ledig, aus Ungarn, Arbeitsdauer bis zum 18. Juni 1895 ca. 4 Monate. Während seiner Arbeit hatte er noch niemals Beschwerden gehabt. Am 18. Juni verliess er bei vollständigem Wohlbefinden um 2 Uhr Nachts den Caisson (A. D. 2.2). Eine Stunde später traten plötzlich unter dem Gefühle allgemeiner Abgeschlagenheit heftige Schmerzen krampfartiger Natur im Magen auf. Pat. erbrach 3 Mal, es trat Schwindel und absolute Taubheit ein. Die ganzen Symptome folgten einander innerhalb weniger Minuten. Patient wurde hierauf auf die Klinik gebracht. Ohrenbefund: Im Gehörgange beiderseits etwas trockenes Cerumen; nach Entfernung desselben mit der Pincette zeigen sich die Trommelfelle stark eingezogen, oberflächlich getrübt, keine Blutung. Die auf den Scheitel aufgesetzte Stimmgabel hört Patient hochgradig verkürzt, kann aber nicht localisiren. Rechts wird die stark angeschlagene C₂-Stimmgabel sowohl durch Luft- als durch Knochenleitung nur minimale Zeit gehört, links nur vom Knochen verkürzt. In das rechte Ohr geschrienes R. u. U. scheint Patient zu verstehen, links complete Taubheit. Beim Gehversuche ist er nicht im Stande, allein zu gehen, er taumelt hin und her, wie ein Trunkener. Beim Stehen mit geschlossenen Augen starker Schwindel. Das Stehen auf einem Beine unmöglich. Starker Schwindel beim Umkehren. Rauschen und Sausen in beiden Ohren. Befund der inneren Organe normal, Motilität und Sensibilität intact.

20. Juni. Hörvermögen rechts für sehr laute Sprache 30 Ctm., links 0.

Stimmgabel C₂, C₁ und C hört er rechts vor dem Ohre und vom Warzenfortsatze aus, links werden Stimmgabeln nur vom Knochen verkürzt percipirt.

23. Juni. Hörweite rechts für laute Sprache 1 Mtr., links unverändert. Patient geht besser, doch noch immer schwankend. Weber zum ersten Male nach rechts.

28. Juni. Sprache rechts 6 Mtr., das Rauschen und Sausen hat nachgelassen.

4. Juli. Der Kranke verlässt das Spital und verbleibt weiter in ambulatorischer Behandlung.

J. J., 39 Jahre alt, verheirathet, aus Steiermark, Arbeitsdauer ca. 4 Monate. Nachdem J. bei einem Drucke von 2,2 Atmosphären von 10 bis 2 Uhr Nachts im Caisson gearbeitet hatte, befand er sich wenige

Minuten nach dem Ausschleusen noch ganz wohl, als sich plötzlich heftige Schmerzen auf der Brust und in der Magengegend einstellten und er von Athemnoth befallen wurde. Um 2 Uhr 35 Min. bot Pat. das Bild eines schweren Collapses, ohne Störung des Bewusstseins; der Zustand hielt bis $\frac{1}{2}$ 5 Uhr Morgens an. Er wird auf die Klinik gebracht, klagt über bedeutende Schmerzen in den Ohren und in den Extremitäten, sowie über Herabsetzung seines Hörvermögens.

Ohrenbefund: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, links matt, ohne Lichtkegel, rechts livid verfärbt. Weber nach links, Rinne links positiv, rechts werden Stimmgabeln weder vor dem Ohre, noch vom Warzenfortsätze aus percipirt, laute Sprache nicht einmal in unmittelbarer Nähe des rechten Ohres. Links wird die Uhr in 35 Ctm. gehört (normal 4 Mtr.).

30. Juni. Patient vermag bereits aufzustehen und zeigt hierbei ein bedeutendes Schwanken nach rechts. Romberg sehr deutlich ausgesprochen.

3. Juli. Auf eigenes Verlangen aus dem Spital entlassen, verbleibt er in ambulatorischer Behandlung. Hörschärfe und Stimmgabelbefund unverändert.

16. Juli. Uhr links 45 Ctm., rechts 0. Weber nach links, Rinne links positiv, rechts wird C_2 weder vor dem Ohre, noch vom Knochen aus gehört.

4. August. Stimmgabelbefund unverändert, ebenso Hörvermögen rechts, links Uhr 75 Ctm.

C. S., 31 Jahre alt, ledig, aus Württemberg. Sein Gehör war immer sehr gut. Im Jahre 1883 arbeitete er in Zürich in einem Caisson, in einer Tiefe von 16 Mtr., wobei er niemals auch nur die geringsten Beschwerden hatte. Arbeitsdauer vom 4. bis zum 5. Juli. Nach seiner ersten Schicht am 4. Juli, von 6 bis 10 Uhr Abends, erkrankte der Arbeiter auf dem Nachhausewege und liegt uns folgender Bericht der zur ersten Hilfeleistung berufenen Wiener freiwilligen Rettungsgesellschaft (Dr. Schwarz) vor. Der Arzt der Rettungsgesellschaft fand um $\frac{1}{2}$ 1 Uhr Nachts den Arbeiter im Hausthore seines Wohnortes liegend vor. Ein Arbeitscolleague des S. macht folgende Angaben:

S. ist um 6 Uhr Abends zum ersten Male in den Caisson eingestiegen, arbeitete bis 10 Uhr Abends beim besten Wohlbefinden, wurde beim Schichtwechsel um die bezeichnete Stunde ausgeschleust (Dauer der Ausschleusung 30 Minuten), verblieb bis ca. 11 Uhr Nachts in der Baracke, trat hierauf ohne irgend welche Klagen über eine Störung seines Befindens allein den Heimweg an und wurde von mir gegen $\frac{1}{2}$ 12 Uhr Nachts beim Hausthore seiner Wohnung in bewusstlosem Zustande aufgefunden.

S. wurde auf die Klinik gebracht. Gesicht cyanotisch verfärbt, oberflächliche, mühsame Respiration, 30 Athmungen in der Minute, Nasenflügelathmen; diffuse, trockene Rasselgeräusche über den Lungen. Sensorium des Patienten etwas benommen: Nur bei mit äusserst kräftiger Stimme an ihn gerichteten Fragen giebt er durch Zeichen und mit eigenthümlich näselnder Stimme zu verstehen, dass er nicht höre, so dass die Exploration seiner Beschwerden nur durch schriftlich an ihn gerichtete Fragen ermöglicht ist. Er klagt über reissende Schmer-

zen in den Ohren und allen Extremitäten. Starkes Schwindelgefühl, das beim Versuche, sich aufzusetzen, zunimmt.

Ohrenbefund: Trommelfell beiderseits stark retrahirt, links livid verfärbt, Hammergefäße sehr stark injicirt, Lichtreflex verzogen, rechts gleichfalls livid verfärbt. Uhr links 0, rechts 1 Ctm. Die Stimmgabeln werden vom Scheitel aus nicht percipirt, C₂ angeblich vor beiden Ohren durch sehr kurze Zeit. Vom Warzenfortsatze aus die Perception beträchtlich verkürzt.

12. Juli. Der Schwindel hat bedeutend abgenommen, so dass Pat. schon das Bett verlassen kann. Das Gehör hat sich rechts so weit gebessert, dass Pat. gewöhnliche Umgangssprache versteht, links hört er angeblich nichts.

13. Juli. Uhr links in contiguo, rechts in 1 Ctm. Weber unbestimmt, C₂ vor beiden Ohren und vom Warzenfortsatze aus, letzteres hochgradig verkürzt, rechts laute Sprache 1 $\frac{1}{4}$ Mtr., links 30 Ctm.

22. Juli. Uhr rechts in 8 Ctm., links in 2 Ctm.

30. Juli. Alle Stimmgabeln werden vor beiden Ohren gehört, links verkürzt, vom Warzenfortsatze aus nach rechts localisirt. Pat. steht vom Bette auf und geht ohne bedeutenden Schwindel herum.

3. August. Aus dem Spitale entlassen.

16. August. Vor seiner Abreise in die Schweiz — Uhr links in 2 Ctm., rechts in 8 Ctm. Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links für C₂, C₁ und C sowohl vor dem Ohre als vom Warzenfortsatze aus hochgradig verkürzt, C₃ und C₄ wird nicht percipirt.

Zur richtigen Beurtheilung der eben besprochenen Fälle ist die Beantwortung folgender Fragen nothwendig: I. Welche Umstände bedingen die Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern? II. Welcher Art sind die Ohrenerkrankungen? III. Warum treten die schweren Affectionen, speciell die Labyrinthkrankungen, nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auf?

Nehmen wir an, die Caissonarbeiter betreten einen Raum, in welchem ein Atmosphärentüberdruck von 2,0 Atmosphären herrscht. Um das aerostatische Gleichgewicht für das Gehörorgan aufrecht zu erhalten, ist es nothwendig, dass im Mittelohre derselbe Druck, wie im umgebenden Raume herrscht. Dieser Ausgleich kann nur auf dem Wege der Tuba Eustachii erfolgen. Da die Tuba nicht klaffend ist, ist es nur möglich, durch Schlingbewegungen oder den Valsalva'schen Versuch die comprimirte Luft in das Mittelohr zu treiben. Deshalb machen die Arbeiter im Caisson instinctiv, ohne hierzu aufgefordert zu sein, sehr häufig den Valsalva'schen Versuch. Gelingt es ihnen, auf diese Weise einen Ausgleich des Luftdruckes zu erzielen, so können sie bei vollständigem Wohlbefinden ihre Arbeiten verrichten, gelingt ihnen dies nicht, so bekommen sie oft heftige Schmerzen und Sausen im Ohre, es ist ihnen, als ob man ihnen ein Stück Holz in's Ohr getrieben hätte etc., und sie müssen, wenn sich die Tube für den Valsalva dauernd undurchgängig erweist, häufig den Caisson verlassen. Mitunter kommen die Arbeiter, wie sie sich ausdrücken, mit den Schlingbewegungen und dem Valsalva nicht nach, sie bringen die Pression im Ohre nicht heraus, bleiben, da sich nicht immer Schmerzen ein-

stellen, im Caisson, und nun ist ihr Gehörorgan von schweren Schädigungen bedroht.

Was geschieht, wenn die Tube durch entzündliche Processe, durch Secretansammlung, durch angeborene Verhältnisse undurchgängig ist? Im Gehörgange herrscht ein Druck von 1 + 2 Atmosphären, das sind 3 Atm., im Mittelohre ein Druck von 1 Atm., ja mitunter von weniger als 1 Atm., da ja mit dem Tubenverschlusse gewöhnlich eine Luftverdünnung im Mittelohre einhergeht.

Hierdurch ist ein negativer Druck im Mittelohre bedingt, es wird das Trommelfell nach innen gedrängt, die Blutgefäße finden einen Ort geringeren Widerstandes, sie erweitern sich mächtig, der Abfluss des Blutes ist durch den Druck, unter dem die umgebenden Organe stehen, behindert, es kommt zur Stauungshyperämie des Trommelfells und der Trommelhöhlenauskleidung, die nicht nur während der vier Arbeitsstunden, sondern noch lange darnach anhält. Allein nicht nur im Mittelohre, sondern auch im Labyrinth kommt es zur Stauungshyperämie. Durch die von Politzer und Bezold ausgeführten manometrischen Untersuchungen ist es zweifellos erwiesen, dass bei Verdichtung der Luft in der Trommelhöhle eine Drucksteigerung im Labyrinth (Steigen der Flüssigkeit im Manometerröhrchen, das sich im oberen halbzirkelförmigen Canal befindet, positive Schwankung von $1\frac{1}{2}$ —3 Mmtr.), bei Verdünnung der Luft in der Trommelhöhle eine Druckverminderung im Labyrinth eintritt. Wenn demnach im Mittelohre ein negativer Druck herrscht, kommt es auch im Labyrinth zu einem negativen Druck und consecutiv unter den obwaltenden Verhältnissen zur Stauungshyperämie, zumal Gefässverbindungen zwischen dem Mittelohre und dem Labyrinth durch die die beiden Abschnitte trennende Knochenwand stattfinden.

Um die eintretenden Erscheinungen klarzulegen, habe ich mit Absicht das extremste Beispiel des absoluten Tubenverschlusses gewählt, es ist jedoch selbstverständlich, dass auch bei geringeren Graden von Tubenundurchgängigkeit analoge Veränderungen eintreten können.

Um mich über das Wesen der Circulationsstörungen genau zu informiren, habe ich die einschlägigen Arbeiten von Cohnheim, Ziegler und Recklinghausen verwerthet.

Wenn eine Stauung sehr hochgradig ist, so dass das in einem Gewebstheile eintretende Blut keinen Abfluss findet, so kann die Circulation in den kleinen Venen und Capillaren und sogar auch in den kleinsten zuführenden Arterien-Aesten in dauernden Stillstand gerathen, und es stellt sich demnach jener Zustand ein, den man als Stase oder Blutstockung bezeichnet. Da von Seiten der Arterien mit jeder Puls-welle neue Blutmassen in den Stauungsbezirk einzudringen suchen, so steigt der Druck in letzterem bis zu der Höhe des Druckes an der Abgangsstelle der nächsten offenen Arterienbahnen und es wird dadurch ein grosser Theil der Blutflüssigkeit aus den Capillaren und Venen ausgepresst. Es kommt jedoch in Folge der Stauungshyperämie nicht nur zur Transsudation, sondern auch zur Blutung, wenn der venöse Abfluss stark behindert ist, wenn der Blutdruck in Capillaren und Venen ansteigt und in Folge anhaltender Stauung die Gefässwände mangelhaft ernährt und durchlässig werden.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich die Beantwortung der II. Frage über die Art der Ohrenerkrankungen bei Caissonarbeitern.

In den leichtesten Fällen haben wir Retraction und mehr oder weniger stark ausgeprägte Injection, bis zur lividen Verfärbung des Trommelfells, als Zeichen des geringeren Druckes und der starken Hyperämie im Mittelohre constatiren können. Schon diese Fälle waren mit Schmerzen im Ohre und mit einer Herabsetzung des Hörvermögens verbunden. Nach einer Luftentreibung fühlten sich die Arbeiter sehr erleichtert, der Zustand ging in wenigen Stunden zurück.

Bei einigen Arbeitern sahen wir Ecchymosen des Trommelfelles, bei zwei Aerzten, die sich einschleusen liessen und bei zwei Caissonarbeitern die ausgesprochenen Symptome der Trommelhöhlenblutung (Abgang von gestocktem Blute beim Räuspern und Schneuzen durch ca. 12 Stunden). Eine typische traumatische Ruptur des Trommelfells kam nicht zur Beobachtung, immerhin wäre die Entstehung der Ruptur durch comprimirte Luft bei behinderter Wegsamkeit der Tube, bezw. bei pathologisch verändertem Trommelfell möglich. Drei Fälle von acuter eitrigem Mittelohrentzündung, die wir zu sehen Gelegenheit hatten, möchte ich nicht als Folge des erhöhten Luftdruckes, vielmehr als intercurirende Erkrankungen erwähnen.

Als schwerste Erkrankungen sind die Fälle zu bezeichnen, deren Krankengeschichten ich auszugsweise zur Verlesung brachte. In allen Fällen trat unter dem Bilde des Morbus Ménièrei nahezu complete Taubheit auf, die bei allen drei Kranken auf einem Ohre binnen wenigen Tagen zurückging (ohne dass sich normales Hörvermögen einstellte), während auf dem andern Ohre complete Taubheit dauernd bestehen blieb. Mit Rücksicht auf Anamnese und Status, sowie in Berücksichtigung der vorgekommenen analogen Blutungen in die Trommelhöhle war man Anfangs berechtigt, an eine doppelseitige Labyrinthblutung zu denken. Erst als die Erscheinungen auf einem Ohre sich in relativ kurzer Zeit beträchtlich besserten, mussten wir annehmen, dass es nur in einem Labyrinth zur Blutung und Zerstörung der Gebilde gekommen sei, während in dem andern Labyrinth die lang andauernde Hyperämie und Stase Transsudation mit secundärer Drucksteigerung bedingte, so dass die Symptome einer Labyrinthaffection vorlagen, jedoch zurückgingen, wie ein Ausgleich der secundären Drucksteigerung im Labyrinth eintrat.

Hieraus folgt, dass man in derartigen Fällen wohl im Stande ist, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Labyrinthblutung zu stellen, dass jedoch nur der Verlauf die Differentialdiagnose zwischen Blutung und Transsudation mit secundärer Drucksteigerung ermöglicht. Erstere Affection giebt eine absolut ungünstige, letztere eine relativ günstige Prognose.

Diese Ausführungen finden ihre Stütze einerseits in den Befunden, welche die klinische Untersuchung der Patienten ergab, und andererseits in den Präparaten, die wir durch Thierversuche gewannen.

Betreffs der klinischen Befunde verweise ich auf die wiederholt beobachtete Retraction und Injection des Trommelfells, die livide Verfärbung bezw. die Ecchymosen desselben, die Blutungen in die Trommelhöhle und die unter dem typischen Bilde des Morbus Ménièrei aufgetretenen Fälle von Verlust des Hörvermögens.

Die pneumatische Kammer, in welcher die Thierversuche ausgeführt werden, stellt einen 2 Mtr. langen cylindrischen Kessel dar, an welchem nebst Manometer, Thermometer und Hygrometer ein Fenster zur Beobachtung der eingeschleusten Thiere angebracht ist. Es sind Drucksteigerungen bis 5 Atm. möglich, die durch Dampfmaschinen angebracht werden. Ein Hahn gestattet momentane Decompression.

Betreffs der Präparate verweisen wir auf wiederholt beobachtete Echymosen des Trommelfells, auf zwei typische Fälle von Blutung in die Trommelhöhle bzw. Bulla bei Hunden und citiren hier einen Befund von Herrn Prof. Gruber: Bei Eröffnung der Bulla, wobei die Schleimhaut geschont wird, zeigt sich diese intensiv roth gefärbt, mit deutlich wahrnehmbaren injicirten Gefässen, welche fast die ganze Schleimhaut in netzförmiger Anordnung durchziehen. Die Maschen des Netzes sind so klein, dass mit freiem Auge kaum ein Unterschied in der Farbe an den einzelnen Theilen wahrnehmbar ist. Bei Besichtigung mit der Lupe zeigt sich dieses Netz sehr deutlich, wobei einzelne Gefässe in ihrem Verlaufe stellenweise wie varicos erweitert erscheinen. Eine gleiche Veränderung bietet die Schleimhaut der Trommelhöhle. Im Trommelhöhlenraum selbst etwas serös-blutiges Extravasat.

Von den Labyrinthpräparaten erlauben wir uns, einige zu demonstrieren. Dieselben stellen Schnitte durch das ganze Gehörorgan dar, sind nach der Katz'schen Methode angefertigt und rühren von Kaninchen her, die in der pneumatischen Kammer bis zu einem Drucke von 3,5 Atm. durch 20 Minuten eingeschleust waren, worauf rasch Decompression ausgeführt wurde. Die Thiere liessen wir noch vier Tage am Leben. Man sieht an den Präparaten die Gefässe stark erweitert, stellenweise auf das Doppelte verbreitert, namentlich in den Knochen, insbesondere im Modiolus der Schnecke. Manche Gefässe sind strotzend mit Blutkörperchen gefüllt und weisen perivascularäre Extravasate auf. Die Nervenfasern selbst sind ganz unverändert, ebenso das Ganglion spirale und der Nervus acusticus im Meatus auditor. internus. Blutung ist nicht nachweisbar.

Es wäre nun noch die III. Frage zu berücksichtigen, warum die schweren Affectionen nicht im Caisson selbst, sondern erst einige Zeit nach dem Verlassen desselben auftreten.

Bei W. traten die Erscheinungen eine Stunde, bei J. 35 Minuten, bei S. 1½ Stunden nach dem Verlassen des Caissons auf.

Ueber dieses späte Auftreten der Affectionen geben uns Blutdruckmessungen Aufschluss, die von uns bei Caissonarbeitern zu verschiedenen Zeiten ausgeführt wurden. Wir gestatten uns, einige Blutdruckcurven vorzulegen. Wir fanden, dass der Blutdruck in der Arteria radialis beim Einschleusen absinke, sich dann auf einer niedrigen Stufe während des Aufenthaltes im Caisson befinde, um dann beim Ausschleusen wieder anzusteigen. Meistens übersteigt dann der Blutdruck die Höhe, welche vor dem Einschleusen constatirt werden konnte. Die Differenz zwischen dem höchsten und tiefsten Punkte des Druckes beträgt im Durchschnitte 40 Mmtr. Die Blutdruckcurven wurden mit dem Sphigmomanometer von Basch ausgeführt.

Es ist klar, dass diese Blutdrucksteigerung als wesentlich unter-

stützendes Moment hinzutritt, um in einem Gefäßbezirke, wo die Gefäßwände durch anhaltende Stauung und die damit verbundene mangelhafte Ernährung stark gelitten haben, Transsudation oder Blutung zu erzeugen. Deshalb treten die schweren Erscheinungen erst einige Zeit nach dem Verlassen des Caissons auf.

Wir beziehen die vorgekommenen Labyrinthaffectionen bei unseren Caissonarbeitern auf rein mechanische Momente, wie sie durch die Druckdifferenz im Mittelohre und im umgebenden Raume bedingt sind, und würden den Einwand, dass es sich auch um centrale Störungen handeln könnte, damit widerlegen, dass bei den genannten Fällen sonst Seitens keines Hirnnerven Erscheinungen vorlagen, noch auch irgend ein Symptom auf eine Läsion des Gehirns oder Rückenmarkes hinwies.

Allein ein anderer Umstand muss hier erwähnt werden. Gelegentlich eines vorgekommenen Todesfalles durch Luftembolie, sowie durch zahlreiche Thiersversuche wurde, wie dies auch schon die französische Schule beschrieben hat, festgestellt, dass (um mir ein einfaches Beispiel zu erlauben) die comprimirt Luft in das Blut durch die Respiration geradeso gelangt, wie die Kohlensäure in das Sodawasser durch die Pumpe gepresst wird.

Während des Aufenthaltes im Caisson befindet sich das Gas im Blute in einem Zustande vollständiger Absorption und wird bei langsamer Decompression ohne jedwede Folgen durch die Athmung wieder abgegeben. Bei rascher Decompression treten aus dem Blute feinste Gasbläschen auf, die sich zu grösseren Blasen vereinigen und in Folge Erhöhung des capillären Widerstandes und durch Embolie zu schweren Läsionen führen können. Man konnte bei dem an Luftembolie verstorbenen Caissonarbeiter (Section Prof. v. Hofmann) zahlreiche capilläre Hämorrhagien im Gehirn und Rückenmark constatiren. Nun könnte man annehmen, dass auch die Blutungen in's Labyrinth durch Gasblasen bedingt sind. Wir ziehen diese Möglichkeit in Erwägung, wollen sie aber für die besprochenen Fälle nicht gelten lassen, da wir erstens mit unserer physicalischen, speciell für das Gehörorgan geltenden Erklärung vollständig ausreichen, und zweitens Luftembolien doch wohl auch an anderen Stellen schwere Läsionen verursacht hätten, was mit Rücksicht auf die genaue Untersuchung ausgeschlossen werden muss.

Das gesammte Material über die bei Caissonarbeitern beobachteten Erkrankungen wird demnächst in unserer ausführlichen Monographie erscheinen, so dass dieser Bericht nur als eine kurze, vorläufige Mittheilung zu betrachten ist.

Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes. (Pharyngitis et laryngitis infectiosa phlegmonosa acuta.)

Von

Dr. Ludwig Przedborski,

Primararzt am Lodzer Israelitischen Krankenhause.

Acute phlegmonöse infectiöse Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes waren schon in den entferntesten Zeiten bekannt, doch zwang der Ausfall der laryngoscopischen Untersuchung, die Diagnose in entsprechenden Fällen ausschliesslich auf relativ sicheren und vermuthlichen Thatsachen zu basiren. Ueber die, in diesen Organen sich abspielenden krankhaften Störungen wurden hauptsächlich auf Grund der einfachen Beobachtung entgeltige Schlüsse gefasst, was selbstverständlich zur Aufklärung des klinischen Bildes nicht viel beitragen konnte. Wenn wir noch heutzutage, trotz vollendeter Ausbildung der laryngoscopischen Technik, kein sicheres und einheitliches Kriterium zur Beurtheilung vieler ähnlicher, jedoch klinisch sehr verschiedener krankhafter Processe besitzen, so mussten die zu jener Zeit über die in Rede stehenden krankhaften Zustände herrschenden Ansichten sich durch noch grössere Willkür und Verwirrung auszeichnen. Diese Schattenseiten traten jedoch vorwiegend in den Vordergrund bei der Absicht, die Fälle ätiologisch richtig zu beleuchten. Anders konnten sich ja die Verhältnisse nicht gestalten. Die Bacteriologie, dieses vielversprechende Wunderkind des 19. Jahrhunderts, unseren älteren Vorarbeitern vollständig unbekannt, begann jetzt in den letzten Tagen ihren siegreichen Einzug in das Gebiet der Aetiologie. Ihre werthvollen Eroberungen verbreiten fortwährend intensiveres Licht auf die dunkle Genese vieler menschlichen Leiden, ihre segensreichen Entdeckungen verleihen unseren Begriffen über die Abweichungen des krankhaften Organismus mehr Sicherheit, Klarheit und systematische Auffassungsleichtigkeit. Doch bleibt auch dieser gewaltige Abzweig der medicinischen Kenntniss von manchen Fehlern nicht frei. Vor Allem sei hier erwähnt der wankende, unsichere Character der ihr zu Grunde liegenden Thatsachen. So haben wir nicht selten Gelegenheit, denselben Microorganismen bei verschiedenen krankhaften Störungen zu beobachten, während dagegen im Verlaufe derselben Krankheit manchmal viele, morphologisch nicht identische Microorganismen sich vorfinden. Zwar kommt die Bacteriologie in solchen Fällen selten in Verlegenheit, indem sie auf eine Mischinfection hinweist, oder behauptet, dass einzelne, morphologisch fast identische Microorganismen sich blos durch Abstufungen in der, von verschiedenen Entwicklungsphasen abhängigen Virulenz auszeichnen, doch wird der Sache damit nicht viel geholfen, die sichere Krankheitsquelle bleibt grösstentheils nur vermuthlich annehmbar. Die mehrmals erwiesene Richtigkeit dieser Anschauung bewährt sich auch hinsichtlich der, uns momentan in Anspruch nehmenden Frage. So finden wir denselben Streptococcus pyogenus bei der acuten infectiösen Senator'schen Phlegmone, dem

primären Erysipel des Rachens und Kehlkopfes und bei der Angina lacunaris. Trotz also der genauesten Berücksichtigung des bacteriologischen Befundes, sind wir manchmal gezwungen, in vielen Fällen die Diagnose auf die klinischen Ergebnisse, welche nicht selten ein treues Krankheitsbild liefern, zu stützen. Und wenn in der That die in vielen Richtungen bedeutenden Errungenschaften der Bacteriologie noch bis heutzutage keine rationelle Classification der infectiösen Eiterungen des Rachens und Kehlkopfes gestatten, so bieten dagegen einzelne der erwähnten pathologischen Processe ein so vollständiges und klares Bild dar, dass dieselben auch, ungeachtet der mangelhaften bacteriologischen Untersuchung, ein selbstständiges klinisches Dasein sich zu erwerben vermochten. Zu solchen gehören: das acute entzündliche Oedem des Kehlkopfes; die primäre Rose des Rachens und Kehlkopfes und die infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx. Wir können also Moritz Schmidt¹⁾ vollständig zustimmen, wenn derselbe in seinem Referate über das obengenannte Thema mahnt, nicht viele, wenn auch nahe verwandte Formen hier zu vereinigen, sondern nur die zu berücksichtigen, welche Senator zuerst recht genau beschrieben hat. So hält auch Schmidt für ausgeschlossen von seinem Referate alle secundären Formen, ferner die mit den acuten Eanthenen verbundenen, sowie z. B. auch die Tonsillitis phlegmonosa, obgleich diese, streng genommen, zu den acuten infectiösen Formen gehört. Nach Schmidt können wir also das umfangreiche Capitel über die infectiösen Eiterungen des Pharynx und Larynx bis auf drei Krankheitsformen beschränken, und zwar: 1) die Senator'sche infectiöse Entzündung des Rachens und Kehlkopfes; 2) das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx und 3) die Angina Ludovici. Diese Classification scheint vollständig gerechtfertigt zu sein, denn das klinische Bild und der Verlauf dieser Affectionen divergirt wesentlich von den secundären Entzündungen des Kehlkopfes und Rachens, welche wir nicht selten bei infectiösen Krankheiten zu beobachten Gelegenheit haben. Diese ersten und gefährlichen Affectionen wurden in der polnischen Litteratur zuerst von A. Sokolowski besprochen, doch muss ich bemerken, dass S. ursprünglich den Unterschied zwischen dem acuten entzündlichen Oedem und der primären Rose des Kehlkopfes sehr wenig betonte. Das erleuchtet aus seiner Casuistik, die mehrere Fälle von acutem idiopathischem Larynxödem enthält, welche aber, wie S. allein angiebt, von dem von Massei für das primäre Erysipel des Kehlkopfes geschilderten Bilde vollständig divergirt. Schon einige Jahre darauf, und zwar im Jahre 1892, finden wir bei S.²⁾ in seiner Arbeit: „Einige Bemerkungen über das primäre Erysipel des Kehlkopfes“ eine grössere Zuneigung für die Massei'schen Ansichten, indem S. zwei Beobachtungen mittheilt, welche er vollständig mit den Fällen von primärer Kehlkopfrosee (Massei) identificirt. Unsere Kenntnisse über die Senator'sche infectiöse Affection des

¹⁾ Intern. Medicin. Congress. Berlin 1890. Sechstes Thema: Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx.

²⁾ Bericht der Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1892, No. 11, S. 326. — Gazeta Lekarska 1892, No. 32. Kilka nwag orozy krtani.

Kehlkopfes und Rachens stellen sich bis heutzutage sehr bescheiden vor. In der mir zugänglichen Literatur konnte ich nur eine sehr unbedeutende Zahl, und in den polnischen Fachblättern eine einzige hier passende Publication von Obtulowicz³⁾ auffinden. Trotz der mühevollsten Bestrebungen, die so nahe verwandten Krankheitsformen, wie das acute entzündliche Oedem und das primäre Erysipel des Kehlkopfes, von einander zu trennen, konnten bis heutzutage in dieser Richtung entgeltliche Schlüsse noch nicht gefasst werden. Während einzelne Forscher, wie Massei, sich auf das charakteristische klinische Bild berufend, das primäre Erysipel des Kehlkopfes als selbstständige Krankheitsform sehen möchten, giebt die überwiegende Majorität, sich auf die bacteriologischen Befunde stützend, eine derartige Trennung nicht zu, indem sie für die Identität beider Affectionen plaidirt. Nur in einer Beziehung herrscht in den Anschauungen beider gegnerischen Parteien Einverständniss, dass nämlich die Senatorische acute infectiöse Phlegmone des Pharynx als selbstständiges klinisches Bild zu betrachten ist, wenn auch ihre nahe bacteriologische Verwandtschaft mit den erwähnten pathologischen Processen sich nicht leugnen lässt. In Folge dieser gewaltigen Divergenz in den Ansichten verschiedener Autoren über das Wesen und die ätiologische Beschaffenheit der in Rede stehenden Krankheiten scheint mir eine ausführliche Besprechung derselben vollständig am Platze zu sein.

I. Laryngitis phlegm. submucosa idiopathica, acutes entzündliches Oedem des Kehlkopfes. Diese krankhafte Affection kennzeichnet sich durch seröse, sero-purulente oder rein eitrig Infiltration des submucösen Gewebes der Kehlkopfschleimhaut, in schweren Fällen einhergehend mit stridulöser bis zur Orthopnoe sich steigender Respiration. Die Beschreibungen der alten Autoren, die ausschliesslich auf den klinischen, während des Lebens beobachteten Symptomen beruhen, lassen nicht mit Sicherheit schliessen, dass dies Leiden ihnen bekannt war. Die Bemerkungen von Hippokrates, Aretacus und Celsus beziehen sich eher auf Diphtheritis des Kehlkopfs, während diejenigen von Caelius Aurelianus speciell auf diese Krankheitsform hinweisen. Erst im Jahre 1765 gab Morgagni⁴⁾ einen genauen Bericht über die Erscheinungen, gestützt auf Sectionsbefunde, und später beschrieben Boerhave⁵⁾ und van Swieten⁶⁾ genau den ödematösen Character der Entzündung, ohne jedoch streng die Laryngitis und Pharyngitis von einander zu unterscheiden. Im Jahre 1801 widmete Bichat⁷⁾ dieser Affection eine detaillirte Arbeit, aus welcher sich erweist, dass er die pathologische Natur derselben nicht verstand, da er von ihr als von einer eigenthümlichen Art seröser Schwellung, die in keinem andern Theil des Körpers vorkommt, spricht. Die verschiedenen Erscheinungen

³⁾ Ein Beitrag zu Senator's acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx. Przeglad lekarski 1888. Semon's Centralblatt für Laryngol. V. 1888/89, No. 4, S. 212.

⁴⁾ De sedibus et causis morb.

⁵⁾ Aphorismi de cognoscendis, pag. 801, 802.

⁶⁾ Comment in Boerhave.

⁷⁾ Anat. descriptiva, Vol. II, pag. 399.

des entzündlichen Kehlkopfödems wurden zuerst von Bayle⁸⁾ geschildert und kurz danach erschienen zahlreiche Beiträge von grösserer und geringerer Wichtigkeit, speciell in den französischen Zeitschriften, deren wissenschaftliche Verwerthung im Jahre 1852 von Sestier⁹⁾ sehr fleissig unternommen wurde. Die Statistik von Sestier bezieht sich auf 245 Fälle von acutem Larynxödem, exclusive der Fälle von Verbrühung des Kehlkopfes. So werthvoll auch diese Statistik ist, darf indessen nicht vergessen werden, dass ihr mehrere Fehlerquellen nachgesagt werden müssen. Mackenzie¹⁰⁾ hebt mit Recht hervor den Mangel einer Trennung zwischen den acuten und chronischen Formen des Oedems und die Rubrizirung vieler Fälle, bei denen ein derbes Infiltrat vorlag, unter den Begriff des Oedems. Aus den Sestier'schen Ergebnissen erhellt, dass die Affection vor dem Alter von 18 Jahren selten ist und vorwiegend Personen zwischen 18 und 50 Jahren befällt. Unter 215 Fällen fand Sestier 5 Kinder unter 5 Jahren und 12 Fälle zwischen 5 und 15 Jahren. Hinsichtlich des Geschlechts beobachtete S. unter 187 Erwachsenen 131 Männer und 56 Frauen. Sestier unterscheidet: die typische ödematöse Kehlkopfentzündung, wenn sie im Kehlkopfe ihren Ursprung hat, die continuirliche, wenn sie sich vom Pharynx oder anderen Theilen auf den Larynx ausbreitet und die consecutive, wenn sie als eine Folge von Erkrankung der Knorpel oder anderer Larynxgebilde auftritt.

Die typische ödematöse Kehlkopfentzündung ist nach S. äusserst selten. Sestier's Statistik beweist, dass bei dieser Krankheitsgestalt nur eine leichte Affection der Schleimhaut vorliegt, während das submucöse Zellgewebe nur sehr wenig in Mitleidenschaft gezogen werde, und dass diese einfache Entzündung die Ursache des Oedems in etwas mehr als 6 pCt. all' seiner Fälle war. Mackenzie glaubt, dass in fast allen diesen Fällen sogenannter „einfacher Entzündung“ die Krankheit durch Septicämie veranlasst wird. Mackenzie behauptet: „dass er das Leiden nur bei Hospitalärzten, Studenten der Medicin und Wärtern und in Fällen, wo Defecte der Wasserleitung, Drainage etc. vorhanden waren — kurz in allen Fällen, wo reichliche Gelegenheit zur Acquisition der Septicämie vorlag, gesehen habe“. Bei Kindern ist die acute ödematöse Entzündung eine äusserst seltene. Unter 245 Fällen kam die Krankheit in ihrer primären Form bei Kindern nur zweimal vor. Unter den 15 Fällen von typischer Entzündung des Sestier'schen Kehlkopfes bei Erwachsenen waren 14 Patienten Männer, nur eine Patientin gehörte dem weiblichen Geschlechte an. Selbstverständlich musste die Erfindung des Kehlkopfspiegels eine genauere Erkenntniss des oben genannten Leidens zur Folge haben. Doch waren Ziemssen, Mackenzie, Gougenheim, Semon, Gottstein u. A. die Ersten, welche eine strenge Trennung der primären entzündlichen Kehlkopfödeme von den secundären durchführten. In letzterer Zeit endlich er-

⁸⁾ Diction des Sciences Medic., Vol. XVIII, pag. 505.

⁹⁾ Traite de l'angine laryngée oedemateuse, Paris 1852.

¹⁰⁾ Die Krankheiten des Halses und der Nase von Morell Mackenzie, Erster Band 1880, S. 372 etc.

schiene zwei Monographien von Charazac¹¹⁾ und Massei¹²⁾, welche dieses interessante Thema mit grossem Sachverständniss beleuchten.

In der polnischen medicinischen Presse wurde diese Affection im Jahre 1888 unter dem Titel: „Laryngitis phlegm. submucosa idiopathia“ von Sokolowski¹³⁾ besprochen. Gleich am Anfange seiner Abhandlung hebt S. hervor, dass ihn zur genauen Betrachtung dieser Krankheit folgende Ursachen Veranlassung gaben: 1) das Leiden soll äusserst selten vorkommen. Unter 1556 von S. im Verlaufe von 13 Jahren beobachteten Halskranken sah S. nur einen und im Jahre 1883 drei derartige Fälle, während Chiari unter 2027 Patienten im Laufe von 3 Jahren nur 4 Fälle von acutem entzündlichen Kehlkopfödem beobachtete, und 2) dass diese klinischen Bilder eine hohe practische Bedeutung darbieten, denn die richtige Diagnose und rationelle Therapie sind nicht selten im Stande, sehr stürmischen Erscheinungen vorzubeugen. Sokolowski bespricht dann seine 6 Fälle. Die ersten drei stellen milde Formen vor und beziehen sich auf vollständig gesunde Personen, bei denen unter mässigem Fieber plötzlich Halsschmerzen, Heiserkeit und Dyspnoe sich einstellten, wobei die laryngoscopische Untersuchung eine umschriebene ödematöse Schwellung der Epiglottis, des Lig. aryepiglottici, des Aryknorpels, oder sämmtlicher dieser Gebilde entdeckte. In allen diesen Fällen trat nach 10—14 Tagen eine vollständige Genesung ein. Ausser diesen 3 Fällen, die nach S. eine seröse Infiltration des Kehlkopfes darbieten, erwähnt er noch drei andere, welche er als ernstere und schwerere betrachtet, denn die Infiltration zeigte eine sero-purulente Beschaffenheit und zeichnete sich das Leiden durch einen stürmischen Verlauf aus. Die Affection äusserte sich gewaltiger, wurde von Schüttelfrost und hohem Fieber eingeleitet und auch die örtlichen Kehlkopferscheinungen zeigten eine mehr ausgesprochene Entwicklung. In einem Falle entstand die phlegmonöse Entzündung in Folge einer traumatischen Läsion der Kehlkopfschleimhaut. Auch diese Fälle nahmen in kurzer Zeit einen günstigen Verlauf. Sokolowski knüpft an seine Beobachtungen folgende practische Winke:

1) Bei Halsschmerzen ist die Kehlkopfuntersuchung angezeigt, wenn auch objectiv im Pharynx keine pathologischen Veränderungen nachzuweisen sind.

2) In Fällen von acuter phlegm. Entzündung des Kehlkopfes ist eine grössere Rücksicht bezüglich der Auffassung des Falles als Tuberculose, dagegen eine eingehendere Erörterung der Anamnese und genaue Exploration der Lungen angezeigt, um so mehr, als derartige Befunde manchmal auch bei Phthisikern sich geltend machen, was die richtige Erkennung der Affection noch mehr erschwert.

Nach einer ausführlichen Auseinandersetzung seiner 6 Beobachtungen zeichnet S. das klinische Bild, die anatomischen und ätiologischen Befunde des acuten phlegm. Larynxödems, sich vorwiegend auf die soeben

¹¹⁾ Etude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte), Paris 1885. Bericht in Semon's Centralblatt II, 1885 86, No. 8, S. 351.

¹²⁾ Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes, Berlin 1886. Hirschwald.

¹³⁾ O samodzielnem, głąbokiem obrzękowem zapaleniu krtani, Gazeta Lekarska 1888, No 20, 21.

von Charazac und Massei angegebenen Arbeiten basirend. Die näheren Details sind im Originalenachzulesen (s. oben). Einige Punkte jedoch aus dieser Arbeit erlaube ich mir etwas näher zu besprechen. Bezüglich der pathologischen Beschaffenheit der von S. geschilderten Fälle, bemerkt Verf. selbst, dass dieselben sehr wenig an das Massei'sche Bild des primären Kehlkopferysipels erinnern, einen milderen Verlauf erwiesen, während die Prognose kein so verhängnissvolles Gepräge, wie bei Massei, der unter 14 Patienten 3 oder, wie bei Charazac, der unter 21 Fällen 8 Todesfälle erlebte, trug. Als ätiologische Krankheitserreger figurirten in den meisten Fällen von S. Ueberanstrengungen der Stimme und Temperaturwechsel (Erkältung); Sok. beruft sich in dieser Hinsicht auf Semon und Moure, welche partielle ödematöse Schwellung des Kehlkopfes nach Ueberanstrengungen der Stimme wahrnehmen, in einem Falle entstand die acute phlegm. Entzündung nach einer traumatischen Schädigung des Kehlkopfes. Berücksichtigen wir die minimale klinische Aehnlichkeit zwischen den Sokolowski'schen und Massei'schen Fällen, den milderen Verlauf, den wenig ausgesprochenen ominösen Character, die nicht nachgewiesene infectiöse Entstehung und epidemische Entwicklung, was besonders von Massei betont wird, in den Beobachtungen von Sok., so müssen wir zum Schluss gelangen, dass dieselben kaum als identische mit den Fällen von primärem Kehlkopferysipel zu betrachten sind.

Die Einwände, die S. gegen Massei erhebt und die ihren vollen Ausdruck in dem Mangel der bacteriologischen Untersuchungen finden, beziehen sich in gleichem Maasse auf Sok. Dieser Autor verspricht erst in der Zukunft die nöthigen bacteriologischen Beweise zu liefern, und bleibt demzufolge die Frage, ob die von Sok. beschriebenen Fälle zum acuten entzündlichen Oedem oder zum primären Kehlkopferysipel gehören, offen und unbestätigt. Ferner möchte ich noch einen Punkt beleuchten. Sok. giebt an, das acute entzündliche Oedem des Kehlkopfes eine äusserst seltene Affection bilden, und scheinen die Zahlen, welche er als Beweise anführt, eine genügende Ueberzeugungskraft zu besitzen. Ich glaube jedoch, dass diese Annahme eine richtige Erklärung in der Thatsache findet, dass das acute Oedem des Larynx nicht selten ein so mildes und wenig in Anspruch nehmendes Leiden bildet, dass die Kranken nicht immer für angezeigt halten, sich einer genauen Beobachtung und ärztlichen Kur zu unterziehen.

Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht die Thatsache, dass, seitdem die Frage über das acute entzündliche Oedem des Larynx meine volle und lebhafteste Aufmerksamkeit gewann, ich in verhältnissmässig kurzer Zeit, und zwar im Verlaufe von 5 Monaten, 3 derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte.

1. Beobachtung: Die 33jährige Frau L. erfreut sich eines blühenden Gesundheitszustandes und will nie krank gewesen sein. Nach einem Ball-Abende, auf welchem Patientin ihre Stimme stark anstrengen musste, verspürte dieselbe am nächsten Tage leichte Schüttelfrostanfälle und Schluckweh, hauptsächlich an der linken Kehlkopfhälfte. Bei der am 20. November 1895 vorgenommenen Untersuchung fand ich einen fieberfreien Zustand, die Pharynxschleimhaut bot nichts Abnormes, der linke Aryknorpel erwies sich stark angeschwollen, von grau-

weisslicher Färbung und Wallnussgrösse. Die über eine schöne Sopranstimme verfügende Patientin, klagt über vollständige Unmöglichkeit, einen musikalischen Ton zu erzeugen und über Heiserkeit. Bei strenger Ruhe verschwand die Schwellung des Aryknorpels im Verlaufe einer Woche, doch musste Patientin auf vocale Uebungen noch lange Zeit verzichten. Wie wir aus dieser kurzen Beschreibung sehen, entstand in unserem Falle die umschriebene entzündliche Schwellung des linken Aryknorpels wahrscheinlich in Folge einer Ueberanstrengung der Stimme und Erkältung.

2. Beobachtung: Lucz . . ., 25 Jahre alt, suchte bei mir ärztliche Hilfe am 20. Februar 1896. L. ist vortrefflich entwickelt, soll nie krank gewesen sein. Patientin behauptet, dass sie vor 8 Tagen in Folge einer starken Erkältung plötzlich erkrankte. Das Leiden begann mit Schüttelfrost, allgemeiner Zerschlagenheit und heftigem Schluckweh. Patientin befand sich ursprünglich unter Verpflegung Dr. Rundo's, welcher mir mittheilte, dass er bei L. blos Erscheinungen einer einfachen Rachenentzündung fand. Bald jedoch darnach traten Athembeschwerden, Heiserkeit und Schluckweh ein. Bei der Untersuchung constatirte ich: eine mässige Injection der Pharynxschleimhaut, eine bedeutende ödematöse Schwellung beider Aryknorpel von blossrother Färbung und Wallnussgrösse, ein wenn auch etwas weniger ausgesprochenes Oedem des linken Lig. aryepiglottici und beider Taschenbänder, dabei starke Heiserkeit und Athemnoth. Alle diese Erscheinungen bis auf die Heiserkeit schwanden nach 8 Tagen unter Anwendung von Inhalationen von 2proc. Alaunlösung, eines Vesicans auf die Kehlkopfgegend und Empfehlung von absoluter Ruhe und Schonung der Stimme. Die anhaltende Heiserkeit gelang mir durch 3malige Bepinselung mit Höllensteinlösung vollständig zu bekämpfen.

3. Beobachtung: Der hiesige 40jährige Oberförster B. leidet seit vielen Jahren an Husten, wobei er eine profuse Quantität von schleimig-eitrigem Sputum absondert. Patient hat zum wiederholten Male Blut gespuckt, ist schwächlich entwickelt und erwies die mehrmals vorgenommene Lungenuntersuchung Erscheinungen einer bestehenden catarrhalischen Pneumonie (Pneum. catarrh. lobularis). Herr B. behauptet, dass er im Januar d. J. während der Ausübung seines Amtes (Patient musste bei starkem Froste mehrmals den Wald durchziehen, wobei er mit lauter Stimme den Jägern seine Dispositionen kund machte) in Folge einer Erkältung erkrankte. Das Leiden wurde von mehreren Schüttelfrösten, Halsbeschwerden und Heiserkeit eingeleitet. Während der Untersuchung fand ich: eine ödematöse Schwellung der rechten Epiglottishälfte und des rechten Aryknorpels, diese Gebilde zeigten eine intensive rothe Verfärbung, welche auch an den wahren Stimmbändern recht deutlich zu sehen war. Da in diesem Falle der Verdacht auf Tuberculose sicherlich nicht auszuschliessen war, so schlug ich Herrn B. eine energische locale Kur vor, Patient lehnte jedoch dieselbe energisch ab. Nach 10 Tagen, in welchen ein Derivans an die Kehlkopfgegend, beruhigende Inhalationen, strenge Schonung der Stimme in ihre volle Rechte traten, liessen die Erscheinungen des entzündlichen Larynxödems vollständig nach. Dieser Fall beweist die Zuverlässigkeit der Sokolowski'schen Anschauung, dass bei Patienten, bei

welchem wir mit Recht eine spezifische Affection der Lunge vermuthen, acute entzündliche Larynxödeme auftreten können, die aller Wahrscheinlichkeit nach in keinem Zusammenhange zum angegebenen Leiden stehen. Die kurz von mir besprochenen Fälle gehören, wie es scheint, zu den milderen Gestalten des entzündlichen idiopathischen Kehlkopfödems und sind dadurch den Sokolowski'schen Fällen ähnlich, dass sie durch Ueberanstrengung der Stimme und Temperaturwechsel hervorgerufen worden sind. Bilden alle acuten Larynxödeme, die milderen sowohl, wie auch die stürmischen Formen, Folgezustände einer durch einen eigenartigen Microorganismus verursachten Infection des Gesamtorganismus, oder spielen in der Entstehung dieser pathologischen Bilder noch andere ätiologische Momente, wie übermäßige Reizungen der Stimme und Erkältungen, eine wichtige Rolle mit? Diese Frage kann bis heutzutage noch nicht bejahend beantwortet werden. Jedenfalls scheinen zur Entwicklung dieser Affection mehrere und verschiedene Bedingungen erforderlich. Georg Avellis¹⁴⁾ in seinem Aufsätze: „Bemerkungen über das primäre Larynxödem mit besondere Berücksichtigung des Jodödems“ unterscheidet mit Recht drei Formen des acuten entzündlichen Kehlkopfödems: 1) das einfache, nicht spezifische Larynxödem; 2) das septische; 3) das maligne Larynxödem und 4) das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Unter den milden Formen sondert Avellis folgende klinische Gestalten: 1) die primäre idiopathische; 2) die traumatische; 3) die angioneurotische und 4) die toxische Form, welche durch hohe Gaben von Jod erzeugt wird, aus. Barjon¹⁵⁾ ist der Ansicht, dass alle entzündlichen Kehlkopfödeme septischen Ursprungs sind und theilt dieselben in seröse und eitrig. Zu erwähnen sei noch die treffende Bemerkung Massei's, der eine strenge Differenzirung der in Rede stehenden Affectionen verlangt, da, wie er glaubt, viele derselben falsch in die Kategorie der acuten phlegmonösen Kehlkopfentzündungen aufgenommen sind, während sie richtiger als primäre Rose des Kehlkopfes zu betrachten sind. Massei lässt sich durch den Mangel an bacteriologischen Befunden nicht abschrecken; denn seiner Meinung nach genügen die klinischen Phänomene vollständig, dem primären Larynxerysipel ein selbstständiges pathologisches Dasein zu sichern. Diese Anschauung gewinnt immer grösseren Beifall und Vertrauen und wird fast von allen hervorragenden Fachvertretern getheilt.

II. Das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Diese längst bekannte, doch noch bis heutzutage ein sehr unbestimmtes und dunkles Leiden darstellende Affection gab auf dem zehnten internationalen medicinischen Congresse zu Berlin Veranlassung zu einer gründlichen und ausführlichen Discussion, wobei mit dem Referate über dieses interessante Thema die Herren Prof. Massei und M. Schmidt betraut worden sind. Die Ergebnisse dieser sehr lehrreichen und nützlichen Discussion fanden ihren vollen Ausdruck in folgendem Postulate: wenn auch unsere bacteriologischen Kenntnisse momentan eine strenge Trennung des ent-

¹⁴⁾ Wiener Medicin. Wochenschrift 1892, No. 46/47. Aus Sanitätsrath Moritz Schmidt's Klinik.

¹⁵⁾ Des oedemes aigues et infectieuses du larynx. Gazette des hopitaux, 21. Mai 1894.

zündlichen Oedems, der primären Pharynx- und Larynxrose, der infectiösen Senator'schen Pharynxaffection von einander nicht zulassen, so zwingen dagegen practische Rücksichten und klinische Thatsachen, diese Leiden präcis zu individualisiren und als selbstständige Krankheitsformen zu betrachten. Mackenzie¹⁶⁾ definirt diese Affection als: „Entzündung der Schleimhaut des Pharynx und Larynx, charakterisirt durch ähnliche Erscheinungen wie sie dieselbe Krankheit auf der äusseren Haut producirt, und entweder primär oder durch Ausdehnung des Processes vom Gesichte aus auftretend“. Unsere Hauptinteressen beziehen sich vorwiegend auf das primäre Erysipel des Pharynx und Larynx. Die Möglichkeit der Entstehung eines primären Pharynx- und Larynxerysipels wurde schon seit frühester Zeit angenommen. Schon Hippokrates bemerkte, dass es ein „gutes Zeichen sei, wenn das Erysipel von innen nach aussen ging, und ein schlechtes, wenn es nach innen wanderte“. Von den späteren Schriftstellern wurde diese Retropulsion besonders genau von Fabrizio d'Aquapendente¹⁷⁾ studirt, welcher gleichzeitig die Metastasis andeutete.

Das Schicksal des Pharynx- und Larynxerysipels war jedoch nicht dasselbe, während man klinisch klar beweisende Beispiele nur für das Erysipel des Pharynx und fast beständig für das secundäre ablegen konnte, war das Studium des primären Erysipels des Larynx, wegen des Mangels der laryngoscopischen Untersuchung, sehr verspätet.

In der That gehören unsere Kenntnisse über das primäre Kehlkopferysipel dem 18. Jahrhundert an. Im Jahre 1757 beschrieb Darluc¹⁸⁾ eine in Caillan herrschende Epidemie der Rose und äusserte sich dabei in folgenden Worten: „In einigen Fällen dehnte sich die krankheitserzeugende Materie auf den Hals aus und verursachte Schlingbeschwerden, die Stimme wurde heiser mit einer Art von Erstickennoth, Schwellung in den Muskeln des Halses und allen Symptomen der Tonsillitis.“ Etwas später erwähnt Porter einen Fall, in dem ein Pharynxerysipel sich auf den Larynx verbreitete. Die Schriftsteller unserer Zeit, so Ranvier und Cornil¹⁹⁾, betonen noch immer die secundäre Entstehung der Pharynxrose, indem sie die Möglichkeit zulassen, dass ein Nasen- oder Gesichtserysipel sich über den Pharynx verbreiten könne, obgleich schon Gull im Jahre 1849 und nach ihm Dechambre, Drake, Gibl, Brouardel, König, Sutton und Todd von seiner primären Erscheinung sprechen. Am meisten jedoch bestanden auf der Möglichkeit eines primären Pharynxerysipels Tillmans, Bryson, Delavan, Wells, Gerhard, Brown, Cardone, Sokolowski etc. Auch bis in die Jetztzeit stellt sich die Zahl der beschriebenen Fälle von primärem Pharynxerysipel sehr bescheiden vor, und glaubt die Majorität der Forscher, dass die Stichhaltigkeit der Diagnose in den bezüglichen Fällen durch das spätere Uebergreifen der Rose auf das Gesicht gesichert wurde. So beschrieb im Jahre 1881

¹⁶⁾ Mackenzie, Krankheiten des Halses und der Nase, Bd. 1, S. 266.

¹⁷⁾ Spera Chirurgica, Pars Prior, lib. 1, cap. VIII.

¹⁸⁾ Journal de Med. et de Pharm., Juli 1757.

¹⁹⁾ Archives générales de Med., 1862, Vol. XIX, pag. 257, 443.

Sokolowski²⁰⁾ einen Fall von primärem Pharynxerysipel, das nach einigen Tagen sich auf das Gesicht verbreitete. S. glaubt, dass die intensive purpurrothe Verfärbung, welche die Schleimhaut als lackirt aussehend erscheinen lässt, eine Röthung, die er noch bei keiner Affection des Pharynx zu beobachten Gelegenheit hatte, schon im ersten Momente den Verdacht über das zum Vorschein kommende Pharynxerysipel hervorrufen kann. In dem Falle E. E. Well's²¹⁾ erschien die Rose, nach 48stündigem Fortdauern im Rachen, auf dem Gesichte. In der E. Davis'schen²²⁾ Beobachtung begann das Leiden mit einer Erkrankung der Tonsillen, die eine Eingangspforte für die Infection bildeten und verbreitete sich später auf das Gesicht als Erysipel.

In demselben Jahre theilt Lewander²³⁾ aus Schweden in einer sehr interessanten Arbeit: „Fall af farynxerysipelas (Fälle von Pharynxerysipel)“ zwei Fälle von primärem Pharynxerysipel mit und fügt daran sieben analoge Beobachtungen, die in der von Prof. Henschen geleiteten medicinischen Abtheilung des Lazareths innerhalb einiger Wochen und nur in zwei Krankensälen auftraten. Die ersten zwei Fälle betrafen zwei Assistenzärzte, die plötzlich mit starker Angina erkrankten. Der Process verbreitete sich von hier durch die Tuba Eustachii nach dem Mittelohr, und ein typisches Gesichtserysipel, von dem Ohr gange ausgehend, schloß die Sache ab. In zwei von den übrigen sieben Fällen ging der locale Proceß im Rachen Hand in Hand mit einem secundären Gesichtsesysipel, wodurch die Diagnose festgestellt wurde. Was die letzten fünf Fälle betrifft, kam es nur zur Entwicklung der Schlundkrankheit. L. bemerkt, dass es nicht absolut sicher ist, dass man überhaupt in diesen fünf Fällen mit Pharynxerysipel zu thun hat, und dass man diese Diagnose höchstens als Wahrscheinlichkeit ansehen darf. Für den erysipelatösen Character spricht insbesondere der Umstand, dass diese Krankheit bei Patienten auftrat, die in denselben Räumen, wo typische Rachen- und Gesichtserose zur selben Zeit ausbrach, gelagert waren. Auch in dem Falle, den ich unlängst zu beobachten Gelegenheit hatte, trat die Krankheit als primäres Pharynxerysipel auf und dehnte sich in kurzer Zeit auf das Gesicht aus.

Am 23. Juni d. J. wurde ich vom hiesigen Fabrikanten E. K. aufgesucht. Herr K. giebt an, dass er schon seit einigen Tagen sich recht unbehaglich fühle, häufige Schüttelfröste, Schlingbeschwerden und allgemeine Schwäche verspüre, besonders aber sollte in den letzten zwei Tagen das Schluckweh sich so gesteigert haben, dass Pat. sich streng von Nahrungsaufnahme zurückhält. Herr K. ist vortrefflich ernährt, machte keine Krankheiten durch. Während der Untersuchung fand ich: Temp. 39,4^o, Pulsschläge 120 in der Minute. Die Pharynxschleimhaut zeigt eine intensive, scharlachrothe, auf der Höhe des weichen Gaumens sich deutlich abgrenzende Verfärbung und sieht wie

²⁰⁾ Wypadek pierwotny rózy gardzieli, Gazeta Lekarska r. 1881, No. 31.

²¹⁾ Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1887, pag. 165.

²²⁾ Erysipel des Gesichts und Rachens, Semon's Centralblatt für Laryngologie 1890, No. 9, S. 448.

²³⁾ Semon's Intern. Centralbl. für Laryngologie 1890, No. 11, S. 564/565.

lackirt aus. Beide, besonders aber die rechte stark vergrösserte Tonsille, bieten eine dunkelrothe, auf das Zäpfchen und beide Gaumensegel sich ausdehnende Verfärbung, die linke, ebenfalls hypertrophirte Mandel ist weniger geröthet. Im Pharynx sind nirgends entzündliche Beläge zu finden, doch zeigen die Unterkieferdrüsen beiderseits eine mässige Anschwellung und Empfindlichkeit. Das Gefühl der allgemeinen Schwäche, das hohe Fieber, der beschleunigte Puls, das vehemente Schluckweh, ferner die Schwellung der Submandibulardrüsen erweckten schon während der ersten Untersuchung den Verdacht auf die Entstehung einer infectiösen Affection resp. einer beginnenden Rose, wofür am meisten die angegebene Abgrenzungslinie der Pharynxschleimhaut zu sprechen schien.

24. Januar 1896. Pat. hat die Nacht sehr unruhig zugebracht, verspürte starke Kopfschmerzen. Die Röthung und Schwellung der rechten Tonsille hat bedeutend abgenommen, dagegen tritt dieselbe an der linken Mandel intensiver auf und dehnt sich in der Richtung der Nasenrachenhöhle aus. Temp. 39,8°.

25. Januar 1896. Pat. klagt über Nasenobstruction und eitrige Absonderung aus den Augen. Beide Nasenöffnungen sind mit Borken gefüllt. Die Nase ist im Umfange vergrössert und treten auf der Haut derselben stellenweise rothe Flecken auf. Das Schlundweh ist milder, Schlaflosigkeit weniger. Die Schwellung und Röthung der Pharynxschleimhaut zeigen eine sichtbare Abnahme in der Intensivität. Temp. Vorm. 40°.

26. Januar 1896. Temp. Mittags 38,5°, Puls 120. Die Eiterabsonderung aus den Augenwinkeln ist profuser. Beide angeschwollene Augenlider und Wangen sind erysipelatös geröthet. Die Röthung bildet an der Höhe der Nasenwurzel eine deutliche Demarcationslinie. Es scheint also keinem Zweifel zu unterliegen, dass die Rose vom Pharynx nach der Nasenhöhle und durch den Nasenthänen canal nach dem Gesichte sich ausdehnte. Der weitere Verlauf bot in unserem Falle nichts Abnormes. Vom Gesichte aus verbreitete sich das Erysipel auf den behaarten Kopftheil (Capitium), hielt noch kurze Zeit an, wobei die Körpertemperatur noch während vier Tagen Schwankungen zwischen 39,5° und 40° aufwies. Der Fall verlief günstig und stellte sich nach acht Tagen vollständige Genesung ein.

Zu erwähnen wäre noch, dass ich während der Kehlkopfuntersuchung eine intensive Schwellung und Röthung der Epiglottis bestätigen konnte. Wie wir aus den angeführten Fällen ersehen, trat in denselben immer die Rose primär im Rachen auf und bildete die Ausdehnung der Infection auf das Gesicht und die Haut einen werthvollen Beweis für die Richtigkeit der Diagnose. Das Fortschreiten der Rose vom Pharynx zum Gesicht geschieht auf folgenden Wegen: 1) durch die Tuba Eustachii, das Mittelohr und den Meatus auditorius externus und 2) durch das Uebergreifen der Affection auf den Nasenrachenraum, auf die Schleimhaut der Nase, den Ductus und Saccus lacrymalis zur Conjunctiva und den Augenlidern. In einem von W. Gull²⁴⁾ berichteten Falle erreichte ein vom Pharynx ausgehendes

²⁴⁾ Med. Gazette 1849: Ueber die „Alliances of Erysipelas.“

Erysipel das Gesicht fast gleichzeitig von den Gehör- und von den Thränenwegen aus. Das häufige Vorkommen der Gesichtsrose, durch Erkrankungen in den oberen Luftwegen verursacht, wird auch von Moritz Schmidt²⁵⁾ betont. So äussert sich Schmidt über diesen Gegenstand in folgenden Worten: „Ich erwähne hier vor allen Dingen die Excoriationen an dem vorderen Theil der Nasensecheidewand, die entzündlichen Vorgänge an dem Eingang der Nase, sowie die Rhagaden an den Mundwinkeln. Ferner,“ sagt Schmidt, „entsteht das Erysipel in dem Schlunde oder Cavum in der Form einer Angina und wandert nachher erst nach aussen, oder das aussen entstandene nimmt seinen Weg nach dem Schlunde und den Nebenhöhlen der Nase, in welcher letzteren es Ursache der acuten und chronischen Emyeme wird.“ Grünwald ist der Ansicht, dass das von innen nach aussen wandernde Erysipel oft, vielleicht immer, durch ein Emyem der Keilbeinhöhle oder der hinteren Siebbeinzellen hervorgerufen wird. Erklärlich würde diese Thatsache dadurch sein, dass, wie jetzt angenommen wird, der Streptococcus pyogenus, der die Eiterungen bewirkt, identisch mit dem Fehleisen'schen Coccus des Erysipels ist, und dass beide sich nur durch die verschiedene Virulenz unterscheiden. Dies sind die Fälle des primären Pharynxerysipels, die ich in der mir zugänglichen Literatur auffinden konnte. Ich halte es für überflüssig, mich länger in genauere Angaben über den klinischen Verlauf, die anatomischen und ätiologischen Ergebnisse dieser Affection einzulassen, um so weniger, als wir bei näherer Besprechung der Larynxrose, die bekanntlich viel mit dem Pharynxerysipel gemein hat, auf dieses Thema noch zurückkommen. Unsere Kenntnisse betreffs des Kehlkopferysipels datiren seit Mitte des 19. Jahrhunderts. Die ersten Fälle von Kehlkopferysipel wurden von Ryland beschrieben. Im Jahre 1837 berichtet Ryland²⁶⁾ über 7 Fälle von Kehlkopferysipel, die sich auf Individuen bezogen, die in Hospitälern untergebracht waren, in denen Erysipel herrschte. Bei diesen Patienten geschah die Verbreitung der Rose nach dem Pharynx und Larynx weder vom Gesichte aus, noch von Traumen an den Extremitäten. In den Fällen, in denen es sich nach R. um primäres Erysipel handelte, wurde dieselbe nur am Leichentische erkannt. Ryland glaubte, dass ausser der Verbreitung des Erysipels aus äusseren Gründen der Kehlkopf auch in Folge einer Verbreitung vom Rachen her, ohne äussere Verletzung in Mitleidenschaft gezogen werden könne, aber während die Ausdehnung des Erysipels vom Gesichte nach dem Pharynx eine gewöhnliche Sache nach Ryland sei, so geschehe die Fortpflanzung der Rose nach dem Larynx sehr selten. Zu gleicher Zeit mit Ryland und auch nach ihm gaben viele englische Schriftsteller, wie Bird, Gibbon, Watson, Friedreich, Gibb, besonders aber Porter, die Möglichkeit der Entstehung eines Kehlkopferysipels zu. Schon im Jahre 1847 bestätigte Budd die Thatsache, dass sich die Rose im Larynx localisire, und sprach sich für den erysipelatösen Character der infectiösen Krankheiten des

²⁵⁾ „Die Krankheiten der oberen Luftwege“, von Prof. Dr. Moritz Schmidt, Berlin 1894, S. 427.

²⁶⁾ „Diseases of the Larynx“, pag. 8.

Rachens und des schnell verlaufenden Larynxödems aus. Dieselbe Ansicht finden wir auch bei Sestier, welcher angiebt, dass unter 9 von ihm gesammelten Fällen von ödematöser Laryngitis in 6 Fällen die Affection im Larynx im Laufe des Erysipels ein Mal nach, zwei Mal vor dem Exanthem sich gezeigt habe.

Bis dahin wird also die Möglichkeit eines primären Erysipels zugegeben, entweder errathen, oder zufällig bei der Autopsie gefunden. Anders konnte es vor der Erfindung des Kehlkopfspiegels nicht sein, aber trotz dieses so mächtigen Hilfsmittels blieb noch die Geschichte des Kehlkopfersypels sehr zurück. Schon Pitha lenkte die Aufmerksamkeit auf das gleichzeitige epidemische Auftreten von entzündlichen, submucösen Larynxinfiltrationen, Puerperalfiebern, Typhus, Scharlach, Diphtheritis, und characterisirte diese Infiltrationen als zur Rose gehörend; ferner bemerkte Leudet, dass die erysipelatöse Röthung auf verschiedenen, weit von einander gelegenen Stellen des Körpers auftreten können, während Tudor das Larynxödem als Ursache des Erysipels betrachtete. Grösseren Werth besitzen die Fälle von Cuire, in denen das zum Erysipel gehörige Gift auf den Larynx begrenzt blieb, während die Haut unbetheilt war.

Türck jedoch verdanken wir die Beschreibung der zur Rose gehörigen Veränderungen beim Lebenden, doch hielt Türck die bei gleichzeitigem Gesichtserysipel bestehenden Larynxerscheinungen für katarrhalische und verzeichnet sie unter der Rubrik: „Gesichtserysipel, acuter Larynxcatarrh“. Im Jahre 1874 erschien die Beschreibung des Falles, welche Porter am 19. Januar im Londoner Hospital gemacht hat und welche von Mackenzie controllirt und in seinem Buche berichtet wurde. Dieser Fall, der allen Anforderungen des primären Larynxerysipels gerecht wird, betraf einen 35jährigen Mann, welcher wegen Fractur des rechten Malleolus ext. in's Spital aufgenommen wurde. Während der ersten 10 Tage ging die Heilung nach Wunsch vor sich; am 10. Tage verspürte Patient Schluckweh und Heiserkeit. Am 11. Tage entstand Dyspnoe, Schmerz und Heiserkeit nahmen an Intensität zu. Temp. 39°, Puls 132. Die am folgenden Tage ausgeführte Untersuchung erwies eine acute Entzündung der Schleimhaut der Epiglottis und der Aryknorpel und eine bedeutende Schwellung der falschen Stimmbänder. Am 13. Tage fand Mackenzie bedeutendes Oedem der Epiglottis, mit Verdickung und Erosion der Schleimhaut und eine Schwellung an der Aussenseite des Halses. Während der Nacht verschlimmerte sich der Zustand beträchtlich, die Temperatur stieg bis 39,5 und wurde es nothwendig, zur Laryngotomie zu schreiten. Am nächsten Tage erschien eine dunkle Röthe um die Trachealwunde herum und trat unter adynamischen Erscheinungen der Tod ein. In dem Saale, in welchem der Kranke lag, befanden sich gleichzeitig zwei Fälle von Erysipelas und verschiedene der Wärter erkrankten später an einfacher Angina. Bei der Autopsie fand man Schwellung und Exulceration der Epiglottis und Aryknorpelschleimhaut. Die Wunde am Fusse wies keine Zeichen von Erysipelas auf und befand sich auf dem Wege zur Heilung. Bis zum Jahre 1885, sagt Massei, nahmen zwar viele ausgezeichnete Beobachter, wie Rauchfuss, Ziemssen, Gottstein, Gauché, Mackenzie, auf

Glauben und Thatsachen Anderer gestützt, ein primäres und secundäres Larynxerysipel an, doch war noch die Symptomatologie dieser Krankheit so unklar und ungenau, dass man dieselbe zu practischen Zwecken nicht benutzen konnte. Im Jahre 1885 veröffentlichte Massei²⁷⁾ 14 Fälle von Kehlkopfrose, in welchen es sich, wie Massei meint, um primäres Larynxerysipel gehandelt hatte. Sie beziehen sich nicht auf Individuen, die in Hospitälern lagen, sondern auf wohlhabende Patienten, die keine Verletzung oder Zeichen von Gesichtserysipel aufweisen konnten. Bloss in einem einzigen Falle zeigte sich, nachdem die Affection im Larynx verschwunden war, später das Erysipel im Gesichte. Von diesen 14 Patienten genasen 11 und starben 3. Massei betont, dass, wenngleich er keine bacteriologischen Beweise liefern konnte, so wurden doch seine Ansichten von vielen Collegen günstig aufgenommen und Dank den Beobachtungen von Delavan, Charazac, Bergmann, Davis, Hennig, Mezzigan, Marais, Ziegler, Peltessohn, Thorner u. A., hat die Kehlkopfrose die wissenschaftliche Taufe erhalten, trotzdem ihre wahre Natur durch bacteriologische Untersuchung überzeugend nicht bewiesen worden ist.

Allerdings, sagt Massei, genügen die Untersuchungen von Biondi, Fasano und Hajek wenigstens jetzt noch nicht, das Problem des Larynxerysipels günstig zu lösen. Biondi fand im Speichel von zwei Kranken einen, dem Fehleisen'schen Erysipelcoccus morphologisch und culturell vollständig ähnlichen Kettencoccus. Ein Patient litt an Rachen- und Mandelentzündung mit folliculären Abscessen, der zweite an primärem Larynxerysipel. Massei ist sogar durch die positiven Ergebnisse der Impfung bei Meerschweinchen und Mäusen, welche nach 48 Stunden starben, wenig überzeugt und zwar aus folgenden zwei Gründen: 1) weder das klinische Bild erinnerte an das Kehlkopferysipel, 2) noch war von Biondi der pathogenetische Werth des Streptococcus genau angedeutet. Aehnlich bestätigt Hajek, der sich mit den Beziehungen, die zwischen dem Erysipel und Phlegmone bestehen, beschäftigte, dass es morphologisch unmöglich ist, Erysipel und Eitercoccen zu unterscheiden und behauptet, dass nur die Entwicklungsart beider Coccen in den lebenden Geweben verschieden sei. Massei glaubt, dass diese Befunde den Werth der Untersuchungen von Fasano, welcher in einem seiner Fälle fand, dass die Lymphgefässe mit Coccen erfüllt waren, bedeutend herabsetzen, trotz der grossen Aehnlichkeit der von Biondi angegebenen Coccen mit dem Fehleisen'schen Erysipelstreptococcus. Berücksichtigt man, sagt ferner Massei, die Schwierigkeit, uns Material von am Erysipelas des Larynx Erkrankten für Experimente, besonders aus der Privatpraxis, zu verschaffen, so müssen wir zum Schlusse kommen, dass die Diagnose des Larynxerysipels ausschliesslich auf klinische Thatsachen begründet ist. Das Nämliche gilt auch nach Massei für den Pharynxerysipel: „wenn in einem Falle Cardone im Inhalt der Phlyctänen den Kettencoccus fand und Injectionen von Reinculturen unter die Mucosa des Mundes oder die Haut der Ohren verschiedener Kaninchen Entzündungen hervorriefen,

²⁷⁾ Eresipela della larynge. Rev. clin. e terapeut. VII, 1885, No. 1, S. A. Siehe dieselbe Arbeit deutsch unter 12.

so verdienen diese Experimente genau nachgeprüft zu werden, weil ja uns bekannt ist, wie selten die Ueberimpfung der Erysipelcoccen auf Thiere gelingt.“ Daraus folgt, dass bis zu diesem Augenblicke in der Frage des Erysipels die einzige Competenz nur die Klinik besitzt. An das Erysipel überhaupt glaubt man schon seit den ältesten Zeiten und müssen wir vollständig Massei zustimmen, wenn er sagt: „als Fehleisen den Streptococcus fand, that er nichts, als eine wohl bekannte klinische Form durch andere Methoden zu beleuchten und bereichern, und das ferner heutzutage bewiesen ist, dass man nicht immer den Streptococcus findet, wenn man mit aller Sicherheit behaupten kann, dass es sich um Erysipel handelt.“ Können wir also, wenn wir bei dem klinischen Character stehen bleiben, eine Affection des Larynx, der Natur nach als dem Erysipel angehörig, von anderen verschiedenen Krankheiten unterscheiden, fragt Massei? Die Beantwortung dieser Frage scheint Massei nichts Schweres darzubieten. Bei dem Kehlkopferysipel finden wir die classischen Symptome einer Entzündung, doch ist für den Larynx die Schleimhautschwellung, nach Massei das hauptsächlichste, am meisten die Scene beherrschende Merkmal. Unter vielen Affectionen, welche acutes entzündliches Kehlkopffödem hervorrufen können, kommen seiner Meinung nach bei Besprechung der Diagnose nur: das angioneurotische Oedem, die phlegmonöse Laryngitis und das Erysipelas in Betracht. Massei zweifelt nicht an dem angioneurotischen Larynxödem, über welches Strübing²⁸⁾ berichtet hatte, obgleich er es nur ein einziges Mal sah. Doch zeichnet sich diese Form durch fieberlosen und sehr raschen Verlauf ($\frac{1}{2}$ —3 Stunden), durch blässere Farbe der Schleimhaut aus und wird gewöhnlich von starkem Oedem des Gesichtes oder des Thorax begleitet. Der Kernpunkt der Frage besteht jedoch in der differentiellen Diagnose zwischen phlegmonöser und erysipelatöser Laryngitis. Massei ist der Meinung: „dass mehrere als phlegmonöse Laryngitis beschriebene und betrachtete Fälle Larynxerysipel sind.“

Massei weist auf folgende, für das Larynxerysipel sprechende Symptome hin: 1) Die Schwellung der Schleimhaut, welche schon vom Anfange an beträchtlich vom adenoiden Gewebe der Zungenwurzel beginnt und später den Kehldeckel und die aryepiglottischen Falten erreicht. 2) Das Fieber, welches von Anfang an 40—41°, gleich wieder nachlässt und von Neuem wieder steigt, analog der eigenthümlichen Fiebercurve der Rose. 3) Die Leichtigkeit, mit welcher in kurzer Zeit die Schwellung von einem Punkte zum andern wandert, immer in der Continuität der Gewebe. Diese Zeichen genügen nach Massei meistens, um eine richtige Diagnose zu stellen, da eine phlegmonöse Entzündung des Kehlkopfes, sei es nach Erkältung, oder nach Verbrennung, oder von fremden Körpern abhängig, wie auch eine Epiglottitis anterior von geringerem Fieber begleitet ist, das regelmässig andauert und zur Intensität des localen Leidens im richtigen Verhältniss steht. Massei vertheidigt sich vor der, wie er sich ausdrückt, ungerechten Kritik, dass er die phlegmonöse Laryngitis durch das primäre Erysipel des

²⁸⁾ Ueber angioneurotisches Larynxödem. Monatsschr. für Ohrenheilkunde 1886, No. 10, § 314, S. A.

Larynx zu ersetzen beabsichtige, er behaupte nur, dass mehrere, vielleicht der grösste Theil der Fälle, die als phlegmonöse Laryngitis bezeichnet wurden, Fälle von Larynxerysipel waren. Massei lenkt ferner die Aufmerksamkeit auf Fälle von Larynxerysipel, im Verlaufe welcher ein Pharynx- und Gesichtserysipel, eine wandernde Pneumonie (Lungenerysipel?) und Collapsus entstehen können. Bemerkenswerth ist die gleichzeitige Erscheinung von gleichen Fällen in gewissen Perioden. M. sagt, dass er seine Beobachtungen in kurzen Zeiträumen machte, während er dann lange Zeit analoge Fälle nicht sah. Massei beruft sich auf Labus, der ihm mittheilte, dass vor einigen Jahren in einem Oertchen der römischen Campagna in einer begrenzten Zeitperiode mehrere Bauern erstickt waren mit den von Massei angegebenen Symptomen. Das Oedem ist bei dem Erysipel von wanderndem Character und kann man dasselbe mit dem Spiegel genau beobachten; da aber, wie Massei angiebt, der Sitz des Oedems beständig ist, entsteht auch eine gewisse Regelmässigkeit in der Ordnung, mit welcher bei dem Larynxerysipel die Symptome auf einander folgen. Zuerst entsteht Schluckweh, dann die Larynxstenose, während die Stimme in ihrem Klange nur wenig gedämpft ist. Massei glaubt, dass wenn in jedem Falle von primärem oder secundärem Pharynxerysipel die laryngoscopische Untersuchung gemacht worden wäre, so wäre vielleicht schon allgemein erkannt worden, dass in allen diesen Fällen der Kehlkopf stabil in Mitleidenschaft gezogen wird. Eine Stütze für seine Annahme findet M. in der Thatsache, dass das intensive Schluckweh bei der Pharynxrose durch die mitunter wenig ausgesprochene Schwellung des Gaumens und des Zäpfchens nicht erklärt werden kann. Es kommen Fälle vor, sagt ferner Massei, wo die Schwellung sich auf eine blos gewisse Gegend beschränkt und ihren wandernden Character verbirgt, das soll im vorgeschrittenen Verlaufe, wenn sich z. B. bei der Gesichtsrose grosse Phlyctänen auf dem Kehlkopf bilden, die sich mit Eiter füllen, oder wenn wirkliche Abscesse entstehen, die kleine Blutergüsse erzeugen, geschehen. Dann meint Massei, wenn dem Kranken der Erstickungstod droht, sei keine Zeit zum Ueberlegen. Ist es aber geglückt, durch eine Trachetomie den Kranken zu retten, dann erfahren wir aus der Anamnese, dass der Anfang der Affection sehr stürmisch und von hohem Fieber eingeleitet wurde und dass der Stenose die Dysphagie vorausging. Bei dem Larynxerysipel beschränken sich die krankhaften Veränderungen nicht ausschliesslich auf den Kehlkopf, die peri-laryngealen Lymphdrüsen gerathen in den Zustand einer acuten Entzündung (Lymphitis targitiva nach Massei), und entsteht bei den schweren Formen, besonders für alte Leute die Gefahr, dass dieselben, indem sie von der Larynxstenose verschont wurden, der Adynamie unterliegen können, ehe noch eine Pneumonie sich entwickelt. Bei der Pharynxrose gestalten sich die Sachen nach Massei ganz anders. M. behauptet, er habe nie leichte Fälle gesehen, nur immer schwere. Massei erwähnt zwei Fälle, die sich auf einen 10jährigen Knaben und eine 60jährige Frau beziehen, in beiden trat der Tod ex Adynamia in sehr kurzer Zeit, bei sehr mässigen Localerscheinungen und wenig ausgesprochener Larynxstenose ein. Aus dem Angeführten ergibt sich beim Larynxerysipel die Noth-

wendigkeit, zwei klinische Bilder zu unterscheiden: 1) indem die localen Symptome vorherrschen und 2) indem der allgemeine Krankheitszustand prädominirt. Beide Krankheitsbilder sind in Folge der Prognose und Therapie interessant, in dem ersten ist das Vorhersagen günstig und die Heilung möglich, im zweiten ist der Ausgang immer ein tödtlicher. Seine Schilderung des Kehlkopferysipels schliesst Massei mit der Anmerkung, dass nicht selten das Pharynxerysipel mit einer scarlatinösen Angina oder Tonsillitis, und das Larynxerysipel mit Oedem, der phlegmonösen Laryngitis und selbst mit Croup abwechseln kann.

Die interessanten Betrachtungen Massei's über das primäre Pharynx- und Larynxerysipel können wir in folgenden Worten resumiren: „1) Trotz der Unsicherheit der bacteriologischen Untersuchungen kann man die Existenz eines Erysipels des Pharynx und Larynx klinisch für bewiesen erachten. 2) Vom klinischen Standpunkte aus kann man ein primäres Pharynx- und Larynxerysipel annehmen dennoch ist aller Wahrscheinlichkeit nach bei dem primären Pharynxerysipel der Kehlkopf fast immer betheiligt, während beim primären Larynxerysipel der Pharynx verschont bleiben kann. 3) Beim primären Erysipel des Larynx sind die heftige Schwellung, die von dem Kehledeckel (daher die Dyphagie) plötzlich und beständig ausgeht, das hohe Fieber und der wandernde Character der Schwellung genügende Zeichen, um das Erysipel von anderen Formen, besonders von der phlegmonösen Laryngitis, zu unterscheiden. 4) Das Erysipel des Pharynx und Larynx kann einen epidemischen Verlauf haben, es kann aber auch sporadisch auftreten; im Allgemeinen ist es weniger selten, als man sonst glaubte. 5) Man kann zwei Formen unterscheiden, die für die Prognose wichtig sind: eine, in welcher die localen Beschwerden vorherrschen, eine andere, in welcher die allgemeinen prädominiren.“ Ich bemühte mich, die Ausführungen Massei's „Ueber das primäre Erysipel des Kehlkopfes“ treu und genau wiederzugeben, denn sie gestatten uns, die Ansichten Massei's, welcher diese Affection zuerst und am klarsten beschrieb, zu erkennen. Auf dem X. intern. medic. Congress zu Berlin verteidigte Massei seine Anschauungen mit südlichem Feuer und Temperamente, und wie aus dem Verlaufe der Discussion zu ersehen ist, wurde seine Mühe glänzend belohnt. Thorner aus Cincinnati bemerkte als der Erste, dass das primäre Kehlkopferysipel und die Phlegmone des Larynx und Pharynx als zwei verschiedene Krankheitsprocesse angesehen werden müssen. Ferner ist nach Thorner theoretisch das Kehlkopferysipel leicht annehmbar, da der Sitz der primären Infection ebensogut auf der Schleimhaut des Larynx, als auf irgend einer andern Schleimhaut sich befinden kann. So sah Th. einen Fall, wo die primäre Infection auf der Schleimhaut der mittleren Nasenschleimhaut nach einer galvanocautischen Operation entstand. Thorner leugnet nicht das Vorkommen von Mischformen, so lange jedoch die bacteriologischen Befunde noch nicht vollständig klar sind, muss der klinische Verlauf der Erysipeldiagnose zu Grunde gelegt werden. Schech bestätigt die grosse Seltenheit der Pharyng. acut. infect. und das häufige Vorkommen der acuten Larynxerysipele. Die letzten Krankheitsformen entstehen nach Schech wahrscheinlich durch Läsion beim

Schlundact und localisiren sich hauptsächlich am Larynxeingang (Epiglottis und Aryknorpel). Schech ist der Meinung, dass verschiedene Coccenarten das Erysipel erzeugen können; so sah S. eine Rose der Nase und des Gesichts während einer Lacunär-Angina und ferner nach einer scarlatinösen Angina lacunaris auftreten. Auch B. Fränkel betonte die genauere Abgrenzung der infectiösen Laryngitis gegenüber dem Erysipel. Für die Existenz von Pharynxerysipel sprechen nach Fränkel die Fälle, in denen dasselbe durch die Nase oder die Tuba Eustachii und das Mittelohr auf die äussere Haut übergeht. Endlich bemerkte Felix Semon, dass man zu einem abschliessenden Urtheil momentan noch unmöglich kommen könne. Die Laryngologie stehe vor derselben Schwierigkeit, wie die Bacteriologie. Ebenso, meint Semon, wie die letztere noch nicht positiv angeben kann, ob der Streptococcus pyogenus und der Fehleisen'sche identisch seien oder nicht, ebensowenig kann uns in diesem Augenblicke die Klinik feststellen, ob das Pharynx- und Larynxerysipel, die acute infectiöse Pharyngitis, die Angina Ludovici und ähnliche infectiöse Krankheitsprocesse identische oder pathogenetisch von einander verschiedene Processe seien. Semon ist entschieden der Ansicht, dass alle diese Affectionen nur an Virulenz verschiedene Abstufungen eines und desselben Processus darbieten. Wie wir aus der kurzen Besprechung der sich an den Massei'schen Vortrag angeknüpften Discussion ersehen, bildeten bloß die Semon'schen Anschauungen eine sichtbare Meinungsdivergenz mit den bekannten Massei'schen Ansichten. Seit dem Jahre 1890 bildete noch immer die Frage über das primäre Larynxerysipel das Lieblingsthema vieler begabten Verfasser.

Gerling²⁸⁾ (St. Louis) beobachtete im Jahre 1890 drei Kinder im Alter von 11 Monaten bis 5 Jahren, die innerhalb 4 Tagen an schweren laryngealen Erscheinungen mit heftigem Fieber erkrankten. In 1 bis 3 Tagen gingen die Patienten unter Erscheinungen der Larynxstenose zu Grunde. Die laryngoscopische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Gleichzeitig mit der Erkrankung des ersten Kindes entwickelte sich bei einem 9jährigen Kinde ein Erysipel, welches sich auf das Gesicht und die Kopfhaut verbreitete. Bei der Section des zweiten Kindes fand man: Injection der Larynxschleimhaut, Erscheinungen von abgelaufenem Oedem, Schwellung der Epiglottis. Die Diagnose lautete: Larynxerysipel. Im Jahre 1892 theilte Oscar Samter²⁹⁾ eine Beobachtung mit, die einen 37jährigen Mann betraf, bei dem plötzlich unter hohem Fieber, intensivem Schluckweh, durch acutes Oedem des Kehlkopfes erzeugt, auftrat. In dem aus der Epiglottis mittelst der Pravazschen Spritze entnommenen Eiter befanden sich reichliche Strepto- und Staphylococci. Einen Tag nach der Operation trat auf der Wunde das Erysipel auf. Der Fall endigte in Heilung. Fast in derselben Zeit

²⁸⁾ Gerling (St. Louis): Ueber das Erysipel des Kehlkopfes. N.-Y. Med. Monatsschrift 1890, Referat im Centralblatt für klinische Med. No. 38, 1890 und in Semon's Centralblatt für Laryng. No. 12, 1891, S. 623.

²⁹⁾ Deutsche Med. Wochenschrift No. 34, 1892.

berichtete Sokolowski³⁰⁾ in seinem Vortrage: „Rilka uwag o rozy krtni“ über zwei Fälle, von denen er den einen als Laryngitis acuta phlegmonosa, den zweiten als typisches primäres Larynxerysipel, im Sinne Massei's, bezeichnet. S. betont, dass er es im ersten Falle mit einem schweren, schleimig-entzündlichen Kehlkopfprocesse, welcher in Polen unter zwei klinischen Gestalten vorkommt: 1) der leichten, von S. im Jahre 1888 beschriebenen Form (siehe oben) und 2) der stürmischen, äusserst selten auftretenden Krankheitsgestalt, auf die im Jahre 1885 Massei, zuerst unsere Aufmerksamkeit lenkte, zu thun hatte. Im zweiten Falle Sokolowski's, der letal verlief, wurde bei der Autopsie eine diffuse eitrige Infiltration des Larynx bestätigt, was nach S.'s Angaben einen gewöhnlichen Befund bei den schwereren Fällen (Erysipelas phlegmonosa) bildet, und durch allgemeine Infection den tödtlichen Ausgang herbeiführt.

In derselben Abhandlung führt S. noch zwei Fälle an, welche er als milde betrachtet und nur deshalb erwähnt, dass sie, wie er glaubt, ätiologisch als identische mit den angegebenen schwereren Fällen anzusehen sind. Diesen Gegenstand werde ich noch eingehender bei Berücksichtigung der Aetiologie des Larynxerysipels besprechen. Noch eine Beobachtung von primärem Kehlkopferysipel, und zwar die von J. Herzfeld³¹⁾, sei hier kurz besprochen. Herzfeld fand in seinem Falle fleckartige Trübungen an der Epiglottis, die spurlos oder mit Hinterlassung permanenter Geschwüre schwanden. H. betrachtet diese Trübungen als submucöse Infiltrate (Anhäufungen von Lymphoidkörperchen), was im Einklange mit den Untersuchungen von Näther³²⁾, der die wichtigsten Veränderungen in den submucösen Geweben fand, steht. Wir wissen schon, dass Massei, für die selbstständige Existenz des primären Kehlkopferysipels kämpfend, der Diagnose hauptsächlich das klinische Bild zu Grunde legte, denn die Untersuchungen von Biondi, Hajek und Tasano, die einzigen, die er in der Literatur über diesen Gegenstand fand, vermochten nicht das bacteriologische Wesen dieser Affection treu darzustellen. Während der Verhandlungen auf dem internationalen medicinischen Congresse zu Berlin jedoch bemerkte schon Schech, dass wahrscheinlich verschiedene Coccenarten das Erysipel erzeugen können, denn er sah das Leiden nach einer lacunären und einmal im Anschlusse an eine scarlatinöse Angina auftreten. Früher noch machte Pitha auf das epidemische Entstehen von submucösen Larynxentzündungen, Puerperalfieber, Bauchtyphus, Scharlach und Diphtheritis aufmerksam und brachte den Ausbruch dieser Kehlkopfentzündungen zu dem Erysipel in Beziehung. In der letzten Zeit wird von mehreren Verfassern die nahe pathogenetische Verwandtschaft verschiedener infectiöser Krankheiten und

³⁰⁾ Gazeta Lekarska No. 32, 1892. Dieselbe Arbeit französisch: Quelques observations relatives à l'érysipèle du larynx; Archiv internat. de Laryngol. No. 5, 1892; Bericht in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. No. 11, 1892, S. 326.

³¹⁾ J. Herzfeld: Ein Beitrag zur Lehre des primären Larynxerysipels. Archiv für path. Anatomie, 133. Bd.

³²⁾ R. Näther: Ueber die Laryng. hypoglott. acuta gravis. Deutsches Archiv für klin. Medicin 1885, 38. Bd.

von M. Kirchner³⁷⁾ entwickelte sich bei einem Soldaten, der an Angina follicularis litt und bei dem an der Oberfläche der Mandeln der Streptococcus vorgefunden war, ein Erysipel an der Nase und den Wangen. Sokolowski behauptet in der schon erwähnten Arbeit: „Einige Bemerkungen über das primäre Larynxerysipel“, dass in seinen Fällen die lacunäre Tonsillitis die Eingangspforte für die stattgefundene erysipelatöse Infection bildete. In allen Sokolowski'schen Beobachtungen wurde bestätigt, dass die lacunäre Mandelentzündung dem Auftreten des Larynxerysipels vorausging. Der stürmische oder sanfte Ausbruch der erysipelatösen Infection soll nach S. durch die schwerere oder mildere Streptococccen-Entzündung hervorgerufen worden sein. Um einen sicheren Einblick in die jetzige Lage des primären Larynx- und Pharynxerysipels zu gewinnen, hielt ich es für angezeigt, die auf diese Affection sich beziehenden bacteriologischen Angaben etwas ausführlicher zu besprechen. Wie wir sehen, haben zwar diese Befunde unsere Kenntnisse bedeutend bereichert, doch gelang es denselben noch nicht, den specifischen Microorganismus, den ausschliesslichen Krankheitserreger der primären Pharynx- und Larynxrose zu entdecken. Demzufolge, ohne die Verdienste der Bacteriologie vermindern zu wollen, müssen wir noch immer bei der Feststellung der Diagnose des Pharynx- und Larynxerysipels den klinischen Verlauf als werthvolles Criterium und allein sicheren Leitfaden betrachten.

(Schluss folgt.)

II. Kritiken.

Atlas der Beleuchtungsbilder des Trommelfells im gesunden und kranken Zustande, für practische Aerzte und Studierende. Von Dr. Adam Politzer, o. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der k. k. Universität in Wien. Wilhelm Braunnüller, Wien und Leipzig 1896.

Das Werk soll, nach den Worten des Autors, dem practischen Arzte die Erkenntniss der bei den Erkrankungen des Gehörorganes vorkommenden pathologischen Veränderungen am Trommelfell erleichtern. Da der Trommelfellbefund zu den wichtigsten Theilen der otia-trischen Diagnostik gehört, hat Politzer, der nebenbei ein trefflicher Aquarellmaler ist, schon vor 30 Jahren die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen in einer Monographie veröffentlicht, der zwei Tafeln chromolithographirter Trommelfellbilder beigegeben waren. Diese Arbeit war sogleich vergriffen und besitzt heute einen antiquarischen Werth, der den seinerzeitigen Anschaffungspreis bei Weitem übersteigt. Auf Wunsch seiner Hörer hat sich Politzer neuerlich zur Herausgabe eines Atlas entschlossen, der 392 Trommelfellbilder enthält, die er selbst mit sach- und kunstverständiger Hand treu nach der Natur

³⁷⁾ M. Kirchner: Zur Lehre von der Identität des Streptococcus pyogenes und Streptococcus erysipelatis. Centralblatt für Bacteriologie No. 24, 1892, XI, S. 749.

der acuten lacunären Tonsillitis betont. In dieser Richtung wirkte am fruchtbarsten B. Fränkel³³⁾, der im Jahre 1886 dieser Krankheitsform eine besondere Aufmerksamkeit schenkte. Fränkel bezeichnete als der Erste diese Affection als Angina lacunaris, betrachtete diese als selbstständige klinische Form und bestätigte deren infectiösen Character. In der Secretion der Tonsillarcrypten fand F. verschiedene Microorganismen, hauptsächlich aber Staphylococcen, unter denen er drei Gattungen aussondern konnte. Alle Microorganismen nahmen leicht Jod und Anilinfarben auf. F. glaubte, dass die in Folge der Entzündung zum Vorschein kommenden Exsudate fibrinlos sind, doch wurde diese Anschauung von Sokolowski³⁴⁾ und Dmochowski, die in den Crypten der mit lacunärer Entzündung behafteten Tonsillen beständig Fibrin und zahlreiche der Pneumonie ähnliche Staphylo- und Diplococcen nachweisen konnten, bestritten. Im Jahre 1891 beschrieb Rendu³⁵⁾ zwei Fälle von Rachenentzündung, im Verlaufe derer das klinische Bild eine schwere, an die croupöse Pneumonie erinnernde Infection vortäuschte. R. bezeichnet seine Fälle als „Pneumococcen-angina“. R. behauptet, dass im ersten Falle eine Krankenwärterin, die zwischen Pneumonikern schlief, sich eine Infection zuzog. Ausser den Erscheinungen einer einfachen Pharyngitis bestanden hohes Fieber und allgemeine Schwäche. Die bacteriologische Untersuchung ergab im Speichel die für die Pneumonie charakteristischen Coccen. Derselbe Befund war auch im zweiten Falle. R. sagt, dass wir häufig in normalen Speichel Pneumoniecoccen finden, deren Culturen nicht immer gelingen, oder wo das der Fall ist, dieselben gewöhnlich nur eine minimale Virulenz nachweisen können. Die also normal in der Mundhöhle sich befindenden Microorganismen können unter gewissen Bedingungen sehr maligne Eigenschaften erwerben und der Pneumonie ähnliche krankhafte Zustände (Rendu) hervorrufen. Am häufigsten jedoch wurde das Erysipel im Anschlusse an eine Angina follicularis beobachtet. In seiner Abhandlung: „Zur Aetiologie der Angina follicularis“ sagt Sendtner³⁶⁾, dass dieses so harmlose Leiden manchmal sehr ominös werden und den tödtlichen Ausgang verursachen kann. In vier Fällen von acuter folliculärer Rachenentzündung fand Sendtner bei seinen bacteriologischen Untersuchungen einen dem Fehleisen'schen vollständig identischen Streptococcus. Die Klinik entdeckt einen innigen Zusammenhang zwischen der Angina follic., dem Erysipel und Puerperalfieber, was schon von Schech bestätigt wurde (siehe oben) und wofür auch die Ergebnisse aus der Breslauer gynäcologischen Klinik, in welcher während einer Puerperalfieber-Epidemie fast bei allen Patientinnen die Angina follicularis vorausging, beredsam sprechen. Auch in dem Falle

³³⁾ Angina lacunaris und diphtheritica. Berliner klin. Wochenschrift 1886, No. 17, S. 265 und No. 18, S. 287.

³⁴⁾ Przyczynę do patologii i terapii spraw zapalnych migdałkow. Gazeta Lekarska 1890. Deutsch: Ein Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse. Deutsches Archiv für klin. Medicin, 49. Bd., 6. Heft; Bericht in der Deutschen Med.-Ztg. No. 99, 1892, S. 1160.

³⁵⁾ Deux cas d'angine à pneumocoques. Archiv intern. de Laryng. No. 4, 1891; Bericht in Revue intern. de Rhin. No. 1, 1891, S. 14.

³⁶⁾ Münchener med. Wochenschrift 1891, No. 26, S. A.

zeichnete und von dem Künstlithographen A. Berger in Wien reproduciren liess.

Die Einleitung des Werkes enthält die Morphologie und Histologie des normalen Trommelfells, die physiologischen Eigenschaften und das topographische Verhältniss desselben zur inneren Trommelhöhlenwand. Hierauf folgt eine Besprechung der pathologisch-anatomischen Veränderungen in den einzelnen Trommelfellschichten, die Technik der Ocularinspection und der normale Trommelfellbefund.

Die Ausführungen über pathologische Trommelfellbefunde sind meisterhafte, enthalten die feinsten Details, die zur richtigen Diagnose verwerthet werden können und berücksichtigen alle die Diagnostik unterstützenden Umstände, ohne dabei irgendwie langathmig zu sein. Jeder der 14 chromolithographirten Tafeln mit je 28 Trommelfellbildern ist eine kurze Erklärung vorausgeschickt. Die Bilder sind so naturgetreu und vorzüglich, wie sie nur ein Mann produciren kann, der als einer der hervorragendsten Otiater die Aquarellmalerei in trefflicher Weise bemeistert. Das Werk wird nicht allein dem practischen Arzte, sondern auch dem Fachcollegen sehr willkommen sein und ausgezeichnete Dienste leisten.

Die Ausstattung des Buches ist eine künstlerische.

Dr. Alt.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Bresgen. Heft 7: Sprachgebreehen des jugendlichen Alters in ihren Beziehungen zu Krankheiten der oberen Luftwege. Von Dr. Theod. S. Flatau, Berlin.

In dieser lesenswerthen Abhandlung schildert Verfasser theils die Bedeutung der Krankheiten der oberen Luftwege für die Entstehung von Sprachgebreehen, theils die Nothwendigkeit ihrer Berücksichtigung für die Beurtheilung und Behandlung der Sprachstörungen an der Hand von drei charakteristischen Fällen.

Fall 1: Rhinolalia clausa (verstopftes Näseln) und Sigmatismus lateralis dexter nasalis (eine Combination von Lispeln und offenem Näseln bei Zischlauten). Befund der oberen Luftwege: Einseitige Nasenverengerung durch Infraktionsdeviation des Septum, kleine Adenoide. Hierdurch, bei gleichzeitiger geringer Contraction des Velum, die Rhin. clausa erklärt. Der Sigmatismus, auf dem Wege der psychischen Ansteckung erzeugt, ist nach Verf. ein nasaler, weil die Contraction des Velum in Folge der behinderten Nasenathmung nicht mehr kräftig genug war, um für das S, das, wie das I unter den Vocalen, stärkste Leistung des Gaumensegels erfordert, auszureichen.

Dass also hier erst eine Beseitigung der Hindernisse der Nasenathmung nothwendig war, ehe die übrigen Maassnahmen Erfolg haben konnten, ist ohne Weiteres ersichtlich.

Fall 2: Keine Reaction auf irgend einen Zuruf. Keinerlei articulatorische Leistungen.

Befund der oberen Luftwege: Riesige adenoide Vegetationen mit allen Zeichen einer lange und dauernd gestörten Nasenathmung. Otoscopisch: Chron. Paukenhöhlenkatarrh.

Ein Fall von „Stummheit ohne Taubheit“ (nach Schmalz). Verf. theilt die mit diesem Sprachgebrechen Behafteten in drei Gruppen ein:

1) solche ohne Verminderung der intellectuellen Thätigkeit (mit geringer bis mittlerer Zunahme des adenoiden Gewebes);

2) solche mit event. geringen Hemmungserscheinungen der geistigen Thätigkeiten, die noch durch die adenoiden Vegetationen zu erklären sind (entsprechender Habitus der Patienten);

3) solche mit entweder angeborenem oder in Folge des langen Bestehens der behinderten Nasenathmung erworbenem Schwachsinn, eine Gruppe, deren Scheidung von der vorigen schon nach Verf.'s Ansicht oft schwierig resp. erst nach dem Erfolg der Therapie möglich sein dürfte.

Zu der letzteren Gruppe gehörte der beschriebene Fall, die Behandlung (Freilegung der Nasenathmung, Steigerung des Hörvermögens, sprachärztliche Bemühungen) war in Bezug auf die Stummheit fast völlig erfolglos.

In den reinen Fällen von „Stummheit ohne Taubheit“ sind nach Verf. wieder die verschiedensten Beziehungen zu der behinderten Nasenathmung zu erkennen.

Circulatorische Einflüsse (Störungen der Blut- und Lymphbewegung) auf das Centralorgan und somit auch Schädigung des Klangabdruckmagazins (nach Preyer) und mechanische (die motorische Seite der Sprachleitung hindernde); zu letzteren kommt auch noch die die articulatorischen Muskelbewegungen erschwerende Austrocknung der Mund- und Rachenhöhle hinzu (letztere beiden Momente auch störend für die sprachärztlichen Bemühungen). Aus allen diesen Gründen, dann auch, weil die adenoiden Vegetat. etc. schädigend auf den Allgemeinzustand des Körpers wirken, ist die Behandlung der Erkrankungen der oberen Luftwege von hervorragender Bedeutung auch für dieses Sprachgebrechen.

Fall 3: Mittelschwere Stotterin.

Befund der oberen Luftwege: Schwellungscatarrh der Nase, Reste hyperplast. adenoid. Gewebes (früher Gaumen- und Rachenmandel operirt).

Hier ist allerdings nur ein indirecter Zusammenhang nach Verf. anzunehmen. Jede Behinderung der Nasenathmung kann den Eintritt des Sprachgebrechens erleichtern resp. das bereits bestehende tiefer einwurzeln.

Die Beseitigung der Erkrankungen der oberen Luftwege ist in solchen Fällen nach Verf. theils zu suggestiver Wirkung, vor Allem aber wiederum zur Ermöglichung der sprachärztlichen Behandlung nöthig.

L. M.

Der Gesangsarzt. Gemeinverständliche ärztliche Bemerkungen zur Gesanglehre und zur Hygiene der Stimmorgane. Von Dr. med. Georg Avellis, Frankfurt a. M.

Das Schriftchen bringt dem Sänger und solchen, die es werden wollen, sowie dem Gesangslehrer eine Reihe von werthvollen, beherzigenswerthen Rathschlägen und Mahnungen. Medicinisch giebt es nichts Neues.

L. M.

III. Referate.

a) Otologische:

Die Staphylococcen und die Otorrhoe. (Les staphylocoques et l'otorrhée.) Von Dr. Lermoyez und Dr. Helme. (Annales des mal. de l'oreille et du nez 1895, No. 1.)

Verff. kommen am Ende ihrer gewissenhaft durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) die acuten Mittelohrentzündungen sind am Anfang meistens monomicrobisch; der im Momente der Paracentese des Trommelfelles gewonnene Eiter enthält fast immer nur eine Art pathogener Neugebilde; 2) der Streptococcus und der Pneumococcus finden sich gewöhnlich; der Staphylococcus findet sich selten Anfangs und ist dann immer mit anderen Microorganismen vermischt; 3) nach einiger Zeit gesellt sich gewöhnlich eine zweite Infection zu der ersten und ersetzt selbe am Ende ganz; 4) diese secundäre Infection entsteht besonders durch den weissen Staphylococcus; denn in 92 pCt. findet man denselben bei alten Otorrhöen und dann fast immer allein; 5) sie bildet den Uebergang der acuten eitrigen Form zu der chronischen; die fortwährende Neubildung dieser Staphylococcen unterhält diesen chronischen Zustand; 6) diese Staphylococcen könnten durch die Tuba Eustachii eindringen; wahrscheinlicher aber ist es, dass sie durch das perforirte Trommelfell von aussen eindringen; 7) sie können im äusseren Gehörgang von früher bestehen, wenigstens findet man selbe im Cerumen; 8) sie werden aber meistens von aussen durch die Verbandgegenstände, namentlich durch die Baumwolle hereingebracht; 9) hier kann man gewöhnlich den weissen Staphylococcus nachweisen und solche Gegenstände muss man als die Träger der immer dauernden Otitis chronica ansehen; 10) um solchen chronischen Ohrenfluss zu heilen, muss man also die strengste Antisepsis und Asepsis anwenden; 11) man muss also Nase und Mund, den Gehörgang und die Verbandgegenstände aseptisch machen; 12) man muss die Asepsie der Baumwolle besorgen, weil selbe so viel angewandt wird; 13) eine gute Methode, diesen Zweck zu erreichen, besteht darin, dass man eine Anzahl Baumwolltampons im Voraus zubereitet, selbe im Glühofen sterilisirt und in Glasbehälter aufbewahrt, aus welchen man sie mittelst einer vorher ausgeglühten Pincette herausnimmt; 14) eine neue, von den Autoren erfundene Methode besteht darin, dass man nur eine Spirituslampe und eine Flasche mit gesättigter Lösung von Borsäure in Spiritus braucht; 15) diese Methode beruht auf den feuerzerstörenden Eigenschaften der Borsäure; 16) man hält die die Baumwolle fassende Pincette in die alcoholische Borsäurelösung und zündet selbe an; so wird die Baumwolle in einigen Secunden sterilisirt, ohne sich zu verändern und ohne ihre hydrophilen Eigenschaften zu verlieren. Die mit solcher Baumwolle auf Gelatine gemachten Culturen bleiben immer ohne Resultat; 17) diese Methode der Sterilisation der Baumwolle ist auch ausserhalb der Ohrenheilkunde zu empfehlen. Dr. P. K.

Die Asepsie in der Otologie, der Rhinologie und der Laryngologie.
(De l'asepsie en otologie, rhinologie et laryngologie.) Von Dr.
Lermoyez und Dr. Helme. (Annales des maladies de l'oreille et du
larynx 1895, No. 5.)

Verff. geben die Regeln der Asepsie beim behandelnden Arzte,
beim Kranken, der Instrumente und des Verbandzeuges. Die Arbeit
wird am besten im Original nachgelesen. Dr. P. K.

b) Rhinologische:

**Ueber Fremdkörper der oberen Luftwege und vier neue Fälle von
Rhinolithen.** Von Dr. G. Lantin in Wien. (Arch. f. Laryngol. etc.,
Bd. IV, Heft 2, pag. 137, 1896.)

Zusammenstellung der in den letzten zwei Jahren in der allgem.
Poliklinik zu Wien (Abtheilung von Prof. Chiari) zur Beobachtung
gelangten Fremdkörper der oberen Luftwege. L. theilt dieselben in
drei Gruppen: 1) die Fremdkörper aus der Nasenhöhle, 2) solche und
der Mundrachenhöhle, 3) diejenigen aus dem Larynx; die erste Gruppe
sondert sich a. in eigentliche Fremdkörper; b. in sogenannte Nasen-
steine.

Die eigentlichen Fremdkörper der Nase (18 Fälle) bestanden in
Knöpfen, Steinchen, Schwammstück, Pinsel, Palmkätzchen, ausge-
schossene Kapsel, Perlen und Kernen verschiedenster Grösse, Art und
Beschaffenheit. Sie wurden sämtlich mittelst Pincette, Zange, Löffel,
Sonde oder Drahtschlinge extrahirt, und verurtheilt L. die Entfernung
durch Douche in die freie Seite der Nase aufs Entschiedenste, da die
Gefahr, dass Flüssigkeit in das Mittelohr gelange und eitrige Mittel-
ohrentzündung veranlasse, hier noch viel drohender durch Unwegsam-
keit der andern Nasenseite und das längere Verweilen des Fremd-
körpers in der Nase sei. — Rhinolithen kamen in 4 Fällen zur Beob-
achtung. Sie waren von Bohnen- bis über Haselnussgrösse, sehr
verschiedenartig gestaltet, wurden gleichfalls mittelst Zange oder Pin-
cette extrahirt und zeigten als Grundlage einmal einen Reineclauden-
kern, das andere Mal ein Steinchen, drittens zusammengefaltetes Zeitungs-
papier, viertens ein Stück Steinschale; bezw. ihrer allgemeinen Be-
schaffenheit und Entstehungsweise bemerkt L., und zwar auf Grund
petrographischer Untersuchung in Dünnschliffen, dass sie von den Tonsillar-
steinen etc. ganz verschiedene Bildungen sind, und dass ein stets vor-
handener Fremdkörper in Verbindung mit der durch ihn hervorgerufenen
abnormen Secretion mit grösster Wahrscheinlichkeit als die Ursache
der Rhinolithenbildung anzusprechen ist. — Die Fremdkörper der Mund-
rachenhöhle (11 Fälle) waren Gräten, Borsten, Knochenstückchen, die
sich zumeist in den Tonsillen festgesetzt hatten; eine Graumenprothese
musste von oberhalb des Aditus laryngis per Schlundzange, eine 1½ Ctm.
lange Nähnadel, die vor ca. einem Jahre mit einem Brodbissen ver-
schluckt wurde und offenbar in die Rachengebilde eingedrungen war,
die Halsmuskulatur unter glücklicher Vermeidung der Blutgefässe passirt

hatte und unter der Haut im rechten, vordern Halsdreiecke liegen geliebt war, von dort nach aussen extrahirt worden. Fremdkörper im Larynx (1 Fall), und zwar in einer Eierschale bei einem 1½ Jahre alten Knaben bestehend, wurde nach vorgenommener Tracheotomie von der Trachealwunde aus beseitigt. Er kam aber nachdem nicht zur Erscheinung und wurde wohl verschluckt. Auffallend war auch hier wieder die Thatsache, das Cocain bei Kindern, trotz energischer Application, nur sehr geringe anästhesirende Wirkung besitzt und daher auch hier zur allgemeinen Narcose geschritten werden musste.

Beschorner.

Ueber die Behandlung des Hämatoms der Nasensecheidewand. (Du traitement de l'hématome de la cloison.) Von Dr. Mounier. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

M. rath, die immer durch Trauma entstandenen, zumeist doppelseitigen Geschwülste, welche zuweilen die Nasenhöhlen verstopfen und dadurch die Athmung beträchtlich behindern, übrigens aber niemals spontan verschwinden, bald zu incidiren und ihren Inhalt zu entleeren, da sie sonst leicht in Eiterung übergehen und zu Necrose des Knorpels und Einsinken des Nasenendes führen können.

Beschorner.

Ueber angeborene Stenose der Nasenhöhlen und des Nasen-Rachenraumes. (De la sténose congenitale des fosses nasales et du naso-pharynx.) Von E. Escat aus Toulouse. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Mittheilung von drei Fällen obengedachter Art. Der erste betrifft einen 22jährigen jungen Mann, Microcephalen, mit Atresie des Nasenrachenraumes; der zweite einen 11jährigen geistig zurückgebliebenen Knaben mit Atresie der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes, und der dritte einen 56 Jahre alten Mann, ebenfalls beschränkten Geistes, mit Atresie des Nasenrachenraumes. In allen drei Fällen deuteten Anamnese und genaue Untersuchung auf congenitalen Ursprung. E. theilt die Erscheinungen, welche congenitale Stenose der Nasenhöhlen mit sich bringt, ein in: äussere; in solche, welche durch Untersuchung der betreffenden Höhlen gefunden worden, und in functionelle: die letzteren kennzeichnen sich durch respiratorische Störungen, durch solche des Gehörs, der Stimme und der Intelligenz. — Das klinische Bild erinnert in vieler Hinsicht an dasjenige, welches mit adenoiden Vegetationen Behaftete darbieten.

Beschorner.

Bacteriologische Befunde bei Rhinitis fibrinosa. Von Dr. Edm. Meyer in Berlin. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 249, 1896.)

Bei der nicht allzu seltenen und gut durchforschten Affection handelt es sich zur Zeit hauptsächlich um Beantwortung der Frage des Zusammenhanges der Rhinitis fibrinosa mit Diphtherie. M., welcher 31 Fälle theils (9 Fälle) microscopisch, theils (22 Fälle) bacteriologisch mit Thierexperimenten, untersuchte, glaubt auf Grund seiner Befunde annehmen zu dürfen, dass die genannte Krankheit ätiologisch keine

einheitliche ist, sondern dass sie als Symptom einer diphtherischen Infection auftreten, ausserdem aber auch durch andere Krankheits-erreger, namentlich Streptococcen und Staphylococcen hervorgerufen werden kann.

Beschorner.

Das acute Kieferhöhlenempyem und die Frage der Selbstheilung desselben. Von Dr. Avellis in Frankfurt a. M. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 255, 1896.)

A. zieht aus einer Anzahl von ihm beobachteter resp. operirter und genau mitgetheilte Fälle folgende Schlussfolgerungen: Das acute Kieferhöhlenempyem ist eine sehr häufige Erkrankung. Es giebt schwere und leichte Fälle; die schweren haben alle Symptome der leichten, dazu noch: Fieber, Apathie, Lichtscheu, profuse Secretion, Erbrechen, Erschwerung des Denkens. Acute Empyeme recidiviren sehr leicht, ein gewöhnlicher Schnupfen genügt zur Auslösung erneuter Erkrankung. Doppelseitiges Empyem sah A. ebenso häufig wie einseitiges. Ausgang in chronisches Stadium wurde unter 10 Fällen nur ein Mal beobachtet. Auch acute Empyeme können Polypenbildung verursachen. Die leichten Fälle heilen fast alle spontan, bei etwa nothwendiger künstlicher Ausspülung entscheidet nicht die Stelle der Ausspülungsöffnung über die Schnelligkeit und Zuversichtlichkeit der Heilung, sondern die Art des Empyems. Symptomatik und Prognose der acuten Kieferhöhlenerkrankung ist nicht zusammenzuwerfen mit der des davon gänzlich verschiedenen chronischen Empyems.

Beschorner.

Behandlung der chronischen eitrigen Stirnhöhlen-Entzündungen mit breiter Eröffnung der vorderen Sinuswand und Drainage durch die Nasenhöhle. — Methode von Ogston und Luc. — (Traitement des sinusites frontales suppurées chroniques par l'ouverture large de la paroi antérieure du sinus et le drainage par la voie nasale.) Von Dr. Luc. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Mittheilung eines dritten, durch die oben gekennzeichnete Operations-Methode geheilten Falles von chronischer Stirnhöhlen-Eiterung mit fungöser Entartung der Schleimhaut. Um die Fungositäten in der nöthigen ausgiebigen Weise, und zwar am besten mit einer grossen Volkmann'schen Curette auskratzen zu können, empfiehlt L., die Oeffnung der vorderen Sinus-Wand in der Grösse eines 50 Centimes-Stückes anzulegen.

Beschorner.

c) Pharyngo-laryngologische:

Beitrag zur Pathogenese der sogenannten schwarzen Zunge. Von Dr. E. Schmiegelow in Kopenhagen. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 163, 1896.)

Zwei Fälle genannter Art, einen 42 Jahre alten Mann und eine 70 Jahre alte Dame betreffend, gaben Sch. Veranlassung, eine Reihe von Culturversuchen mit dem dargebotenen Material zu machen, und gelang es ihm, wie schon Ciaglinsky, Hewelke und Sendziak,

schwarzgefärbte Pilze von der Oberfläche der schwarzgefärbten Zunge zu isoliren. Sch. giebt eine Uebersicht über das, was zur Aufklärung der parasitären Natur des Leidens bisher geleistet worden ist.

Beschorner.

Ueber Gaumensegellähmung nach nichtdiphtheritischer Angina. (Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphthéritiques.) Von Dr. Bourges. (Académie de médecine und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Schon Gubler hatte die Möglichkeit solcher Lähmung behauptet, ohne es beweisen zu können. Verf. giebt die Krankengeschichte eines solchen Falles, wo zuerst Strabismus und dann Gaumensegellähmung eintraten. Die Untersuchung der Pseudomembranen hatte weder den diphtheritischen Bacillus, noch Streptococcen ergeben. Dr. P. K.

Lipo-myxo-fibrom der Mandel. Von Dr. Haug in München. (Arch. f. Laryngol etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 269, 1896.)

Kleinhaselnussgrosse Geschwulst von blassgelbrother Farbe auf der eher atrophischen als hypertrophischen rechten Mandel, welche leichte Schlingbeschwerden verursachte, bei einer 90 Jahre alten Frau. Die Abschnürung (mittelst Schlinge) und Durchtrennung (mittelst Scheere) des verhältnissmässig breiten, bindegewebigen Stranges, der vom Mutterboden in die Neubildung übergang, war von einer sehr erheblichen arteriellen Blutung gefolgt, die sich nur durch Torsion mittelst Bergmann'schen Schiebers und nach temporärer Ausschaltung der Carotis mittelst Digitalcompression stillen liess. Keine Nachblutung. Kein Recidiv.

Beschorner.

Epileptiforme Krisen und Hypertrophie der Tonsillen. (Crises epileptiformes et hypertrophie des amygdales.) Von Dr. M. Boulay. (Arch. internat. de Laryngol. etc., Bd. IX, No. 3, Mai/Juni 1896.)

Bei einem 12 $\frac{1}{2}$ jährigen Knaben verschwanden schreckhaftes Erwachen in den frühen Morgenstunden, darauf kribbelndes, lähmungsartiges Gefühl in der Zunge, Convulsionen, Bewusstlosigkeit, zuweilen Starrheit der Extremitäten, unfreiwilliger Urinabgang etc., nach Entfernung der hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraume.

Beschorner.

Ein Beitrag zur Aetiologie des peritonsillären Abscesses. Von Dr. A. Logucki in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 244, 1896.)

11 bacteriologisch und eine ganze Reihe klinisch untersuchter Fälle von peritonsillären Abscessen bringen L. zu den Schlussfolgerungen, dass diese Affection gewöhnlich ein secundäres Leiden ist, dass die Anwesenheit von Eiter bildenden Pilzen im Eiter (Staphylococcen und Streptococcen) sich leicht erklären lässt, da wir wohl wissen, dass in den Crypten der Mandeln selbst gesunder Personen zahlreiche, selbst pathogene Microorganismen vorkommen, zwischen denen jene oben-

genannten Coccen bei den Affectionen der Mandeln (*Tonsillitis lacunaris*, Mischformen der Diphtherie etc.) eine wichtige Rolle spielen; dass, wenn man bei Eröffnung der peritonsillären Abscesse in den ersten Tagen ihrer Entstehung im Eiter überwiegend Streptococcen, später Staphylococcen und Streptococcen, bei langdauernden Processen meist Staphylococcen fand, hierbei möglicherweise die in der Bacteriologie wohlbekannte Thatsache in Frage kommt, dass die Streptococcen durch die Staphylococcen überwachsen werden können. Damit wäre auch vielleicht zu erklären, dass ein Process, welcher im Beginn zuweilen einen sehr schweren Character zeigt, in der überwiegenden Zahl der Fälle nach künstlicher oder spontaner Entleerung der Abscesse für gewöhnlich günstig endet, ohne irgend welche bedrohliche Folgezustände hervorzurufen. Beschorner.

Ueber acute ulceröse Amygdalitis lacunata. (De l'amygdalite lacunaire ulcéreuse aigue.) Von Dr. Moure. (*Revue de laryngologie et d'otologie* 1895, No. 18.)

Verf. giebt die Geschichte, die Aetiologie, die Symptome nebst Verlauf und die Therapie der betreffenden Krankheit.

Dr. P. K.

Ueber chaneroide ulceröse Amygdalitis. (De l'amygdalite ulcéreuse chaneriforme.) Von Dr. Mendel. (*Revue de laryngologie et d'otologie* 1895, No. 18.)

Früher gar nicht bekannt. Die Einseitigkeit nebst einseitiger Ganglienschwellung sind viel wichtigere Symptome, als das klinische Bild auf der Mandel selbst. Im Allgemeinen aber besteht das Geschwür in einer schmutziggrauen Fläche mit angefressenen Rändern und Induration. Dr. P. K.

Tractionen der Zunge bei Singultus. (Tractions de la langue dans le hoquet.) Von Dr. Lépine. (*Bulletin médical und Wiener med. Presse* No. 10.)

Während 3 Tagen 30 Mal in der Minute bei einem jungen hysterischen Mädchen bestehender Singultus. Es schien ein Magenleiden damit im Zusammenhang zu bestehen. Beim Betrachten der Zunge fiel es auf, dass bei vorgestreckter Zunge das Schluchzen aussetzte. Es wurde nun die Patientin angewiesen, während einer gewissen Zeit die Zunge in regelmässigen Perioden herauszustrecken. Die Heilung erfolgte rasch und vollständig. Dr. P. K.

Adenom des rechten Stimmbandes. (Un cas d'adenome de la corde vocale droite.) Von Dr. C. Corradi. (Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Seltene Fälle. Verf. giebt die genaue macroscopische und microscopische Beschreibung eines solchen Falles. Dr. P. K.

Ueber eine sogenannte Wunderheilung eines Falles von hysterischem Stummsein. (A propos d'une prétendue guérison miraculeuse de mutisme hystérique.) Von Dr. d'Aguannon. (Arch. ital di lar. und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Das hysterische Stummsein ist besonders dazu angethan, so plötzlich ohne nachweisbare Ursache zu verschwinden, dass manche Leute an ein Wunder glauben. Dies ist besonders der Fall, wenn der Patient den höheren Ständen angehört und wenn er in die Hände eines Betrügers fällt. Verf. erzählt die Krankengeschichte eines 12jähr. Knaben, welcher vergeblich von verschiedenen Aerzten behandelt worden war und endlich durch einen im Geruche der Heiligkeit stehenden Betrüger in ein mit intensiven Gerüchen gefülltes Heiligthum geführt wurde; hier rieth man ihm, im Chor mit anderen Personen Viva Maria zu singen und die Stimme kam plötzlich wieder. Hier handelte es sich also um eine Suggestion im wachenden Zustande; man hatte dem Kinde suggerirt, dass ihm kein Mittel helfen könne und dass die Mutter Gottes allein im Stande sei, ihm die Stimme wieder zu geben.

Dr. P. K.

Streptococcusinfection; allgemeine Infection. eitriger infectiöser Mittelohreentzündung, Tod. (Streptococcie, infection générale, otite moyenne suppurée infectieuse, mort.) Von Dr. Thomas. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Auf eine ganz genau durchgeführte Beobachtung gestützt, hebt Verf. folgende Punkte als wichtig für die oben genannte Infection hervor: der Anfang kennzeichnete sich durch beiderseitige Schwellung der Submaxillar- und Cervicaldrüsen. Am dritten Tage linksseitige acute eitrige Mittelohrentzündung; der charakteristische Schmerz bei jeder Kopfbewegung, welcher Schmerz auf Ergriffensein der Halsmuskeln hindeutet, zeigt den Beginn einer Meningitis, auch wenn noch kein Ohrenfluss besteht; diese Krisen zeigen also Meningitis, bevor noch Convulsionen und Coma entstanden sind. Es sollen immer Einspritzungen in's Ohr gemacht werden, trotz der Meinung mancher Autoren, welche den trockenen Verband empfehlen. Ein wie in dem beschriebenen Fall entstandener Retropharyngealabscess soll sobald als möglich eröffnet werden, einerlei auf welche Art. Dr. P. K.

Pharyngealspasmus bei Tabetikern. (Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques.) Von Dr. Courmont. (Revue de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Seltene Fälle, aber bestimmte Krankheitsbilder. Verf. erzählt genau einen solchen Fall, welcher dem Tode nahe war und durch Suspension geheilt wurde. Dr. P. K.

Ueber die nach Seruminjection hervorgebrachten üblen Folgen bei Anwesenheit von Streptococcen. (Des accidents causés par le streptocoque à la suite des injections de serum de Roux.) Von Dr. Sevestre. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 31 Janvier 1896 und Semaine médicale 1896, No. 7.)

Bei reiner Diphtheritis ohne andere als die Löffler'schen Bacillen bringt das Roux'sche Serum nie Schaden. Sind Streptococcen dabei, so können unangenehme, aber selten gefährliche Folgen entstehen. Sind verhältnissmässig viel oder fast nur Streptococcen vorhanden, so entstehen meist üble Zufälle; sind nur Streptococcen allein vorhanden, so helfen die Roux'schen Einspritzungen gar nicht und sind also überflüssig. In leichten Fällen von Angina bei nicht gemachter bacteriologischer Untersuchung kann man sich also einstweilen der Roux'schen Einspritzung enthalten; treten aber Verschlimmerungen ein, so muss man auch bei nicht vollendeter bacteriologischer Untersuchung gleich einspritzen. Tritt die Angina unter schweren Symptomen auf oder besteht Larynxstenose, so soll man, auch bei nicht gestellter bacteriologischer Diagnose, gleich einspritzen. Das Serum als Clystier oder als Salbe (Chantemesse, Gaucher) anzuwenden, heisst nichts.

Dr. P. K.

Experimentelle Studien über Diphtheritis, welche von den Vögeln entsteht. (Recherches experimentales sur l'origine aviaire de la diphthérie.) Von Dr. Gallez Sohn. (Académie de médecine de Belgique, Séance du 28 Mars 1896.)

Verf. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Beim Geflügel besteht ein von den Thierärzten „contagiöser Catarrh“ genanntes Leiden, welches durch eine schleimige Secretion der Augen-, Nasen- und Mundschleimhaut, durch schnelles Abmagern und durch Lähmung der Füsse sich auszeichnet; es ist sehr ansteckend und hat eine schlechte Prognose. Dieses Leiden kann der Ausgangspunkt von Diphtheritis-Epidemien beim Menschen sein. Der Hauptpunkt dieses contagiösen Leidens besteht darin, dass man den Löffler'schen Bacillus nachweisen kann, welcher aber vom menschlichen Löffler'schen Bacillus sich durch seine bedeutend geringere Virulenz unterscheidet. Vermehrt man die Virulenz dieses Bacillus und impft denselben dann den Meerschweinchen ein, so sterben die Thiere sehr rasch unter denselben Symptomen, wie wenn sie mit dem Löffler'schen menschlichen Bacillus geimpft werden. Impft man diesen virulent gemachten Bacillus den Hühnern ein, so entstehen die Symptome des „contagiösen Catarrhs“. Dieser „contagiöse Catarrh“ der Vögel scheint durch seine Symptome und seine Entstehungsart verschieden von dem Leiden zu sein, welches man bis jetzt „Geflügeldiphtheritis“ nannte. Dieses Factum erklärt die negativen Resultate derjenigen Autoren, welche das Entstehen der menschlichen Diphtheritis aus der Geflügeldiphtheritis beweisen wollten. Allem Anschein nach besteht zwischen diesen beiden Leiden nur eine Namensverwandtschaft. Man kann die curative Wirkung des antidiphtheritischen Serums auf den „contagiösen Catarrh“ des Geflügels nicht streng beweisen, aber unter dieser Behandlung sieht man die krankhaften Secretionen abnehmen und verschwinden, die Abmagerung

stille stehen und die Krankheit, wenn auch nicht heilen, doch während der ganzen Behandlung keine Fortschritte machen. Vergleichende Studien der durch den Löffler'schen Bacillus und den Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ des Geflügels hervorgebrachten Wirkungen haben bewiesen, dass beide Impfungen ein und dieselben Symptome bei den Hühnern und bei den Meerschweinchen hervorbringen. Daraus erhellt, dass der Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ ein wenig virulenter Löffler'scher Bacillus ist. In dieser schwachen Virulenz des Bacillus des „contagiösen Catarrhs“ findet man die Erklärung, dass in sehr vielen Fällen mit diesem Leiden behaftetes Geflügel den Menschen nicht inficirt, trotzdem wohl immer die Gefahr dazu besteht.

Dr. P. K.

Menschliche und Vögeldiphtheritis. (Diphthérie humaine et diphthérie aviaire.) Von Dr. Gratia. (Académie de médecine de Belgique, Séance du 28 Décembre 1895.)

Um das Uebereinstimmen beider Krankheiten festzustellen, hat Verf. drei Arten von Experimenten unternommen: 1) bacteriologische Untersuchungen, 2) Impfungen, 3) therapeutische Versuche. Die bis jetzt allein angestellten Versuche mit Einspritzen von Behring's Serum ergaben bei Hühnern ein negatives Resultat; man muss also einstweilen annehmen, dass beide Affectionen nicht identisch sind.

Dr. P. K.

Pharyngeale Localisation des Typhus. (Localisations pharyngées du typhus.) Von Dr. Coradeschi. (Gazz. degli Ospedale e Cliniche und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 2.)

Es besteht eine Angina typhosa, ebenso wie eine Angina diphtheritica, scarlatinosa, syphilitica etc. etc. besteht; die specifischen Larynxtyphen sind längst bewiesen, sie haben dasselbe typhöse Geschwür zur Schau wie die Peyer'schen Drüsen. Ebenso sieht man typhöse Pharynxgeschwüre, wenn alle Zeichen darauf hinweisen, dass der Darm nur wenige Geschwüre hat. Gestützt auf fünf Beobachtungen behauptet Verf., dass der Pharynx Geschwüre haben kann, ehe der Darm ergriffen ist; am häufigsten werden die Mandeln befallen, weil deren Structur der der Peyer'schen Drüsen am meisten gleichkommt. Der Eberth-Graffy'sche Bacillus wurde vom Verf. in den typhösen Larynxgeschwüren nachgewiesen. Es besteht ein gewisses Verhältniss zwischen Pharynx- und typhösen Darmgeschwüren. Die Pharynxgeschwüre verhelfen oft zur Diagnose.

Dr. P. K.

Bronchialfistel des Halses durch Electrolyse geheilt. (Fistule bronchiale guérie par l'électrolyse) Von Dr. Lichwitz. (Archives d'électricité médicale u. Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Die chirurgische Behandlung solcher Fisteln ist gefährlich und hinterlässt hässliche Narben. Die Electrolyse bringt manchmal Heilung ohne diese Unannehmlichkeiten. Lefort erzählt drei solcher Fälle. Verf. heilte seine Patienten durch 17 Sitzungen, ohne Recidive.

Dr. P. K.

Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chronischen hypertrophischen Entzündung des Kehlkopfes und der Luftröhre. Von Dr. A. v. Sokolowski in Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag 231, 1896.)

Fall, einen 19jährigen Bauernsohn aus dem Gouvernement Siedece betreffend, der während anstrengender Feldarbeit plötzlich heiser wurde. Es gesellte sich Husten und Athemnoth dazu, welche während der letzten Monate einen bedrohlichen Character annahm. Die laryngoscopische Untersuchung liess das Leiden als hypertrophische Entzündung der subchordalen Region mit Wulstbildung erkennen. Der obere Kehlkopfabschnitt fand sich vollständig frei. Es wurde zur Eröffnung der Trachea und Excision der Wülste geschritten. Der Erfolg dieser Operation war ein vollkommener, der Heilverlauf ein so günstiger, dass 9 Tage nach derselben die Canüle entfernt und die Entlassung des Kranken in Aussicht genommen werden konnte. Indessen 6 Tage nach dem Decanülement bekam Patient erneut heftige Athemnoth und verstarb unter den Erscheinungen acuter ödematöser Bronchitis. Bei der Autopsie zeigte sich im unteren Abschnitte des Kehlkopfs und im oberen der Trachea eine hochgradige, nach unten bis zum 4. Trachealknorpel reichende ringförmige Stenose, unterhalb deren die Schleimhaut stark verdickt war, welche Verdickung bis zu den oberen Abschnitten der grossen Bronchien reichte. Specifiche Microorganismen wurden in den nach dem Tode, wie bei Lebzeiten excidirten Präparaten nicht gefunden. Nirgends in der Nasenrachenhöhle wurden irgend welche für Rhinosclerom charakteristische Veränderungen constatirt. Der Fall reiht sich als sechster, durch Necroscopie als Sclerom des Larynx und der Trachea genau festgestellter denen von Ganghofner, Chiari, Bandler, Juffinger an. Beschorner.

Bemerkungen über die Larynxstörungen bei Siringomyelitis. (Note sur les troubles laryngés dans la siringomyélie.) Von Dr. A. Cartaz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

In der Hälfte aller Fälle bemerkt man sensible und motorische Störungen; selbe können von der verschiedensten Art sein.

Dr. P. K.

Perichondritis der Larynxknorpel. (Périchondrite des cartilages laryngés.) Von Dr. Amblar. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Selten primär, Ursache dunkel, meistens bei erschöpfenden Krankheiten (Typhus, Diphtheritis, Pneumonie) vorkommend; häufiger bei Männern als bei Frauen, von zweideutiger Prognose; die Perichondritis des Schildknorpels ist die leichteste Form, die des Ringknorpels die schlimmste. Diagnose Anfangs fast unmöglich, Prognose bei Erkranktsein aller Knorpel tödtlich. Verf. giebt die Krankengeschichte von vier von ihm beobachteten Fällen. Dr. P. K.

Ein gestielter Krebs des Kehldeckels. Von Dr. Alex. Bourowicz in Krakau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 175, 1896.)

Die gestielte Form ist bei bösartigen Neubildungen selten. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 55jährigen Mann mit schwerer Athmung und dem seit einigen Monaten bestehenden Gefühle eines Fremdkörpers im Halse. Das Kehlkopffinnere fand sich verdeckt von einer Geschwulst, so dass nur der Rand der linken Plica aryepiglottica, auch theilweise die Spitzen der Aryknorpel sichtbar waren. Sie zeigte beim Athmen des Kranken eine Beweglichkeit, namentlich beim Phoniren, wobei die klare und laute Stimme dafür sprach, dass die Stimm lippen nicht erkrankt waren oder dass die Geschwulst nicht so tief nach unten hinabreichte. Am Halse rechts fühlte man in der Gegend des Kehlkopfs eine kleine harte Drüse. Man stellte die Diagnose auf gestieltes Carcinom des Kehldeckels. Pat. wurde tracheotomirt und sollte dann auf dem Wege der Pharyngotomia subhyoidea die Neubildung mit der Epiglottis entfernt werden. Kurz aber nach der Tracheotomie verstarb Pat. mit rapidem Kräfteverfall. An den Lungen fanden sich tuberculöse Veränderungen. Die Geschwulst zeigte sich bei der Necroscopie hühnereigross, mit kurzem Stiele der untern Hälfte des Kehldeckels aufsitzend, und bestätigte die microscopische Untersuchung die Diagnose: Carcinoma epitheliale.

Beschorner.

Subglottische Larynxtuberculose, Schwellung der Cervicaldrüsen. Larynxstenose, Intubation, Tod. (Tuberculose laryngée sous-glottique, adénopathie cervicale. Sténose glottique, Intubation, mort.) Von Dr. Claude. (Bulletin de la société anatomique de Paris und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Der Fall ist insofern interessant, dass er die längst bekannte Unzulänglichkeit der Tubage bei Larynxtuberculose auf's Neue darthut. Die Tubage kann in solchen Fällen nichts helfen. Dr. P. K.

Bemerkungen über einen Fall von tabetischer Larynxlähmung. (Note sur un cas de paralysie laryngée tabétique.) Von Dr. H. Mendel. (Arch. internat. de lar. et otol. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. kommt zu folgendem Schluss: Die tabetischen Larynxlähmungen können wieder verschwinden; sie können den Platz ändern ebenso wie die oculomotorischen Lähmungen. Dr. P. K.

Die Orthoscopie des Larynx. Von Dr. J. Katzenstein in Berlin (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 179, 1896.)

Durch besondere Anordnung von Spiegeln, bei welchen sich die Lichtstrahlen kreuzen, wird erreicht, dass die Besichtigung des Kehlkopfes im aufrechten Bilde erfolgt. Man handhabt das Instrument wie einen gewöhnlichen Kehlkopfspiegel. Beschorner.

Entzündung der crico-arytänoidalen Gelenke rheumatischen Ursprungs.

Von Dr. J. Sendziak aus Warschau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 264, 1896.)

Bei einer Person, welche bislang ziemlich gesund war, aber erblich belastet (Lungen- und Kehlkopftuberculose des Vaters), zeigte sich plötzlich in den letzten Tagen der Schwangerschaft unter Umständen, welche eine Ansteckung von Influenza zu supponiren erlaubten (die Bekannte, sowie die Hebamme, bei welchen die Kranke zu jener Zeit wohnte, waren von Influenza befallen), scheinbar anfänglich im Kehlkopf (crico-arytänoidale Gelenke) und nachher in anderen Gelenken, besonders im linken Ellenbogen ein ziemlich starker entzündlicher Process mit beunruhigenden Symptomen, namentlich Schmerzen und Schwierigkeiten beim Schlucken, Aphonie, starkes Fieber und bedeutende Schwäche. Nach Ansicht von S. handelte es sich in diesem Falle um eine primäre rheumatische Entzündung der crico-arytänoidalen Gelenke; nachher aber mit Afficirung derselben Art, wenn auch etwas ungewöhnlich, anderer Gelenke (Polyarthritis rheumatica) während und nach der Niederkunft. — Patientin genas vollkommen.

Beschorner.

Doppelseitige Posticuslähmung mit Tabes dorsalis; Asphyxie; Tracheotomie; Heilung; Bemerkungen über den Fall. (Cas de paralysie bilatérale des crico-aryténoidiens postérieurs associée au tabes dorsal; asphyxie; trachéotomie; guérison; remarques.)

Von Dr. F. Hawkins. (Lancet, Juni 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Auffallend dabei war, dass die Larynxsymptome plötzlich eintraten.

Dr. P. K.

Fremdkörper (Goldstück) in den Larynxventrikeln. (Cas de corps étranger [pièce d'or] engagé dans les ventricules du larynx.)

Von Dr. A. de Roaldès. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 15.)

Dyspnoe, Stimmlosigkeit, Erstickungsanfälle; 30 Stunden nach dem Ereigniss wurde das Goldstück nach vorheriger Cocainisation mittelst der Schrötter'schen Zange extrahirt.

Dr. P. K.

Suffocatorischer Kropf und Zungentractionen. (Goître suffocant et tractions de la langue.) Von Dr. Laborde. (Bulletin médical, Avril 1895 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Bei einem mit Erstickungskropf behafteten und dem Tode nahestehenden Soldaten halfen künstliche Respiration und sonstige Hautreize nicht. Nach der fünften Zungentraction trat das normale Athmen wieder ein (?).

Dr. P. K.

Die elastischen Fasern im Kehlkopfe. Von Dr. E. P. Friedrich in Leipzig. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 184, 1896.)

Zweck der Arbeit ist: die Anordnung des elastischen Gewebes im Kehlkopfe, sowie seine Beziehungen zu Muskeln, Epithel, Drüsen und Knorpel darzulegen, und mit der Cocainfärbungs-Methode nach Tänzer und der fortgeschrittenen Technik das zu bestätigen und zu vervollkommen, was vor Allem von Lauth und Tourtual in grundlegenden Arbeiten beschrieben wurde, die bis in die neueste Zeit als Richtschnur für die Schilderung der Bänder des Kehlkopfs gelten. F.'s Untersuchungen erstrecken sich auf 1) die inneren Bänder des Kehlkopfs (Conus elasticus, Ligamentum vocale, Ligamentum ventriculare); 2) die Schleimhaut des Kehlkopfs und 3) das Verhältniss des Lig. vocale zum M. vocalis.

Die ausserordentlich eingehende, die Untersuchungsergebnisse auch zahlreicher anderer Forscher sorgfältigst berücksichtigende, durch schöne photolithographische Abbildungen microscopischer Präparate illustrierte Abhandlung eignet sich wenig zum Referate und muss im Originale nachgelesen werden.

Beschorner.

Larynxblutung, einem Blutsturz ähnelnd. (Hémorrhagie laryngée simulante des hémoptysies.) Von Dr. Ferras. (Société française d'otologie et de laryngologie, Mai 1895 und Revue de laryngol. et d'otologie 1895, No. 12.)

Der Fall zeigt, dass eine starke Larynxblutung bei einem anämischen, etwas abgemagerten Mädchen, welches keine Regeln hat und 20 Jahre alt ist, leicht an Lungenerkrankung denken lässt. Das Laryngoscop allein giebt in solchen Fällen den Aufschluss.

Dr. P. K.

Tuberculose der Glandula parotis. (Tuberculose de la parotide.) Von Dr. Legneu und Dr. Marien. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Décembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 63.)

Die Tuberculose und tuberculöse Cavernen fanden sich mitten im gesunden Gewebe. Die äussere Haut war normal, die Ganglien waren gesund; die Infection konnte also nur durch den Ductus Stenonianus stattgefunden haben.

Dr. P. K.

Ueber Creosotbehandlung bei Larynx- und Lungentuberculose. (Du traitement créosoté dans la tuberculose du larynx et des poumons.) Von Prof. Dr. Störck. (Archiv für Laryngologie und Rhinologie, Vol. I, Fasc. 2 und Revue de laryngologie 1895, No. 7.)

Verf. kommt zu folgendem Schluss: Alle Patienten, welche das Creosot mit Widerwillen nehmen, welche den Creosotgeschmack im Munde behalten, welche über Uebelsein und Brechen klagen, verlieren an Kräften und sterben früher, als wenn sie auf die gewöhnliche Weise behandelt werden.

Dr. P. K.

Entfernen eines Glasstückes aus dem Eingang des Digestions- und Respirationstractus. (Extraction d'un morceau de verre à l'entrée des voies digestions et aériennes.) Von Dr. E. J. Macore. (Revue de laryng. u. Ann. des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Der Fremdkörper befand sich über einen Monat an der genannten Stelle. Patientin wusste nichts davon, denn es bestanden nur intermittierende Schlingbeschwerden und zeitweises Bluträuspern. Die Natur des Fremdkörpers konnte nicht durch das Laryngoscop erkannt werden.

Dr. P. K.

Plötzlicher Tod durch Hypertrophie der Thymusdrüse. (Mort rapide par hypertrophie du thymus.) Von Dr. Haushalter. (Société de médecine de Nancy, Séance du 29 Mai 1895.)

Ein 9 Monate altes Kind stirbt in einigen Minuten Zeit durch Erstickung. Die Section ergab nur eine Thymushypertrophie, welche Drüse 10 Ctm. lang, 5 Ctm. breit war und 50 Gramm wog. Die Thymus kann in solchen Fällen die Trachea nicht allmählig comprimieren, sonst beständen ja Prodromalsymptome, was hier nicht der Fall war. Man kann in solchen Fällen bloß eine plötzlich eintretende Congestion der schon längst hypertrophischen Thymusdrüse annehmen, welche Drüse dann durch Reflex den tödtlichen Spasmus glottidis hervorruft.

Dr. P. K.

Die Tracheoscopie und die tracheoscopischen Operationen bei Tracheotomirten. Von Prof. Dr. Pieniazek in Krakau. (Arch. f. Laryngol. etc., Bd. IV, Heft 2, pag. 210, 1896.)

Diese Methode beruht auf Anwendung gerader, oben trichterartig erweiterter Röhrchen, die in die Luftröhre eingeführt und in deren Richtung gebracht worden, während das Licht von der daneben gestellten Lampe mit dem Reflector hineingeworfen wird, und ermöglicht bei strenger Befolgung aller, von P. ausführlich besprochenen Cautelen die Besichtigung des untern Abschnittes der Luftröhre, der Bifurcation und der Eingänge in die beiden Bronchien. Die Instrumente für tracheoscopische Operationen müssen sehr schlank, und an ihrem Griffe unter einem Winkel von 130—140° angebracht sein. Am besten geeignet sind: die Schrötter'sche Kehlkopfpincette, die nach P.'s Angabe gefertigte scharfe Kehlkopfpolypenzange, gerader scharfer Löffel und eine gerade Ringcurette. Autor geht weiter auf die krankhaften Veränderungen in der Luftröhre bei Tracheotomirten ein, als: acuter und chronischer Trachealcatarrh, Tracheobronchialcroup, ferner Veränderungen, die in der Luftröhre durch die Cantile hervorgerufen worden, Schwellungszustände, Sclerom, Compressionsstenosen, gutartige und bösartige Neubildungen, endlich Fremdkörper, und wie man all' diese Zustände mittelst Tracheoscopie erkennen bzw. durch tracheoscopische Manipulationen und Operationen günstig beeinflussen, eventuell heilen kann. Wie wichtig zur Diagnose und Entfernung von Fremdkörpern namentlich die P.'sche Methode ist, erhellt uns einer Anzahl von einschlägigen Fällen, über die er ausführlich berichtet

Beschorner.

Ist die Expectoration leichter nach der Intubation oder nach der Tracheotomie? (L'expectoration est-elle plus facile après la tracheotomie qu'après l'intubation?) Von Dr. Corradi. (Poli-clinique de Rome und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. bekämpft den Ausspruch Bonnain's, gemäss welchem der Auswurf sich leichter bei der Intubation mache. Denn erstens habe man bei ausgeführter Tracheotomie zwei Ausgangsöffnungen, und zweitens müssten die Sputa, dem Pascal'schen Gesetz zu Folge, leichter zur Trachealöffnung als zur Mundöffnung aus sich entfernen.

Dr. P. K.

Ein Fall von Pneumomycosis beim Menschen. (Note sur un cas de pneumomycose chez l'homme.) Von Dr. Victor Herbe. (Bulletin de l'académie royale de médecine de Belgique No. 10, 1895.)

Nachdem Verf. die das Thema berührende Bibliographie gegeben, beschreibt er seinen speciellen Fall: Es handelt sich um eine Frau, welche drei Tage nach ihrer Aufnahme in's Spital an Lebercarcinom zu Grunde ging. Man fand verschiedene Lungencavernen, welche intra vitam nicht diagnosticirt worden waren. In Folge bacteriologischer und mehr noch in Folge microscopischer Untersuchungen ergab sich Mycosis der Lungen, so wie selbe bei Hühnerfütterern und bei Per-rückenarbeitern gefunden wird.

Dr. P. K.

Ueber die Pathogenese des Lungenbrandes. (Sur la pathogénie des gangrènes pulmonaires.) Von Dr. V. Babes. (Semaine médicale 1895, No. 63.)

Verf. kommt am Ende seiner Abhandlung zu folgenden Schlussfolgerungen: Es besteht kein primärer Lungenbrand; in den Fällen, welche primär zu sein schienen, konnte man immer Mandelleiden oder Retropharyngealabscesse nachweisen; hier machte sich die Invasion immer durch die Lymphgefässe und Lymphdrüsen. Der Gangrän geht nicht nothwendiger Weise eine Lungenentzündung voraus; in den meisten Fällen aber bestand vorher eine putride Bronchitis. Besteht vorher Lungenentzündung, so ist diese keine gewöhnliche genuine Pneumonie, sondern eine eigenartige, durch sehr virulente Staphylococccen und Streptococccen gekennzeichnete Entzündung, deren Microorganismen die Necrose der Gewebe hervorbringen und sich mit einem dem Colibacillus ähnlichen saprogenen Microben verbinden. Verf. hat ausserdem zwei die Lungengangrän hervorrufende Bacillen gefunden, der eine des malignen Oedems, der andere saprogen, dem Coli communis ähnelnd. Die gewöhnlichen Bacterien des Mundes bringen keine Lungengangrän hervor, obwohl man selbe in den gangränösen Herden findet.

Dr. P. K.

Verletzung der Speiseröhre. (Cas curieux de blessure de l'oesophage) Von Prof. Dr. Heydenreich. (Société de médecine de Nancy, Séance du 8 Novembre 1895.)

Eine 60jährige Frau hatte eine Stecknadel verschluckt. Von dem behandelnden Arzte wurden unvernünftige Extractionsversuche gemacht,

welche später von H. in gelindem Maassstabe wiederholt wurden, ohne dass die Stecknadel herausbefördert werden konnte. Tod nach 53 Stunden unter dyspnöischen Erscheinungen. Die Section ergab linksseitige purulente Pleuritis mit Mageninhalt. Der Oesophagus war in der Höhe des Ringknorpels bei den Extractionsversuchen mittelst einer Zange durchbohrt worden, ohne dass man die Stecknadel gefasst hatte! Von dieser Perforationsöffnung hatte sich beim Erbrechen ein Canal gebildet, welcher den Oesophagus von der vorderen Fläche der Wirbelsäule lostrennte in einer Länge von 14 Ctm.; am Ende dieses Canales fand sich der Pleurawand entsprechend eine ebenfalls fingerdicke Oeffnung in der Pleura. Der ganze Hergang und der Tod liessen sich nun leicht erklären. Die Stecknadel wurde in der Pylorusgegend gefunden, ohne dass selbe irgend eine Verletzung auf ihrem Wege gemacht hatte. Die Wunde des Oesophagus mit ihren tödtlichen Folgen war also künstlich hervorgebracht!

Dr. P. K.

Fremdkörper des Oesophagus, Tod durch Ulceration des Truncus brachiocephalicus. (Un cas de corps étranger de l'oesophage; mort par ulcération du tronc brachiocéphalique.) Von Dr. Crofton Atkins. (Brit. med. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Ein 3jähriges Kind verschluckte eine Münze, ohne dass gefährdende Symptome eintraten. Man fand die Münze nicht in den Faeces. Nach sechs Wochen bemerkte man ulceröse Stomatitis und Hustenstösse beim Schlucken fester Nahrung. Tod durch Hämorrhagie aus dem Munde. Die Section ergab eine Tasche rechts im Oesophagus, in der Höhe der Articulatio sternoclavicularis, in welcher Tasche sich die Münze befand. Eine Sonde konnte von dem linken Herzen aus durch die Aorta und den Truncus brachiocephalicus in die Tasche gelangen.

Dr. P. K.

Notiz.

Das Secretariat des Internationalen medicinischen Congresses in Moskau ersucht uns, in seinem Namen die Herren Collegen zu bitten, sie mögen zur Erleichterung der Correspondenz ihre genaue Adresse dem

Herrn Secretär Dr. Ag. Belàew

(Moskau, Spiridonowka, Eigenes Haus)

mittheilen, was hiermit geschieht.

Alle für die Monatschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).

Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Todes-Anzeige.

Von tiefster Trauer erfüllt, geben wir Nachricht von dem am 25. d. Mts., Morgens 2 Uhr, erfolgten Tode unseres unvergesslichen Freundes und Collegen, des Herrn

Dr. Nicolaus Rüdinger

o. ö. Professor a. d. Universität München.

Die nähere Beschreibung des Lebensganges des hochverdienten Mannes wird demnächst in dieser Monatsschrift erscheinen.

Prof. Dr. Jos. Gruber. Prof. Dr. Leop. v. Schrötter.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini
und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Hofrath Dr. Beschoner (Dresden), Prof. Dr. Gaughofner (Prag), Docent Dr. Gemperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapringer (New-York), Dr. Schaffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, September 1896.

No. 9.

I. Originalien.

Simulation und Verkennung von Krankheitszuständen des Gehörapparates.

Von

Prof. Dr. Ostmann, Marburg.

Gegenüber dem gerade in militärärztlichen Kreisen regen Bestreben, Instrumente und Apparate zu besitzen, welche der militärärztlichen Prüfung des Hörvermögens unter besonderer Berücksichtigung der Simulationsfrage mit möglichster Vollkommenheit dienen, scheint mir nach meinen, insbesondere auf diesem Gebiet militärärztlicher Thätigkeit reichen Erfahrungen der Hinweis nicht unangebracht, dass man dem Arzt kein besseres Instrument und keine bessere Waffe gegen die Simulation in die Hand geben kann, als eine gute Kenntniss der Krankheitszustände des Gehörapparates.

Nach meinen Erfahrungen entspringt nämlich der Verdacht der Simulation häufig aus der Verkennung eines Krankheitszustandes von Seiten des Arztes, nicht selten auch aus dem Unvermögen des Kranken, sich selbst hinreichend zu beobachten und den Sinn der mit ihm ange-

stellten Versuche zu erfassen, während thatsächliche Simulation sehr selten ist. So kommt es denn, dass Leute, welche thatsächlich krank sind, aber nicht gerade Krankheitserscheinungen darbieten, die der Arzt selbst bei den geringsten Kenntnissen wahrnehmen muss, in miss-trauischen und mehr überzeugten als unterrichteten Untersuchern den Verdacht der Simulation erregen, wenn die mit ihnen angestellten Versuche nicht gerade so ausfallen, wie es geschrieben steht.

Ein ganz allgemein gehaltenes Beispiel: Bei einem Manne entsteht eine Ruptur des Trommelfells durch Trauma, z. B. eine Ohrfeige. Ausspülungen erzeugen eine sich anschliessende Mittelohreiterung, die einen ungewöhnlich schweren Verlauf nimmt und schliesslich, wie spätere sachgemässe Untersuchung und der Krankheitsverlauf ergeben, zur Miterkrankung des schallempfindenden Theiles des Ohres führt. Diese secundäre Affection des Labyrinths macht das Ohr auch für die von der Höhe des Scheitels durch den Knochen zugeleiteten Töne unempfindlich und beeinträchtigt die Hörschärfe in der erheblichsten Weise. Aus der Angabe des Mannes, dass er den durch Knochenleitung zugeleiteten Stimmgabelton auf dem kranken Ohr nicht höre, wird geschlossen, dass er die Unwahrheit sagt; denn — so wird gefolgert, er muss bei Erkrankung des Mittelohres, die hier der Annahme nach allein vorliegt, den Stimmgabelton durch Knochenleitung gerade auf der erkrankten Seite hören.

Der Kranke verdient deshalb auch in seinen sonstigen Angaben, insbesondere bezüglich der verbliebenen Hörschärfe keine Glaubwürdigkeit; er simulirt und ist demgemäss des Weiteren als Simulant zu behandeln. Das Verhalten des Patienten würde in solchem Falle anzuerkennen sein, da er trotz der ihm drohenden schweren Stunden unentwegt bei der Wahrheit verblieb; seine vermeintliche Simulation war Verkennung des Krankheitszustandes von Seiten des Arztes. Das beste Instrument zur Aufdeckung dieser vermeintlichen Simulation war somit eine bessere wissenschaftliche Erkenntniss.

Die Neigung, Simulation überhaupt anzunehmen, ist gewiss individuell nach der verschiedenen Characterentwicklung und den Erfahrungen der Einzelnen verschieden gross, im Allgemeinen kann man aber mit Recht behaupten, dass, je kenntnisreicher und erfahrener ein Arzt auf einem Gebiete ist, er um so weniger mit Simulation zu thun haben wird. Vieles Ungewöhnliche wird er als krankhaft, nicht Weniges als Ausfluss der Dummheit des Untersuchten erkennen, beabsichtigte Simulation durch sein sicheres Auftreten und eingehende Untersuchung zumeist im Keime ersticken, indem er von vornherein dem Manne die Ueberzeugung beibringt, dass er diesem Untersucher gegenüber besser bei der Wahrheit verbleibt. Neben der wissenschaftlichen Erfahrung gehört zum ärztlichen Beruf auch ein gut Theil Menschenkenntniss, und diese Menschenkenntniss darf gerade in Sachen der Simulation nicht fehlen. Es darf nicht verkannt werden, dass der Militärarzt in gewisser Hinsicht dem Soldaten gegenüber, der in seine Behandlung kommt, eine schwierigere Position hat, als der Civilarzt dem Patienten gegenüber, der seine Hilfe nachsucht. Leute, die weichlich sind und sich wegen unbedeutender Beschwerden gern einmal eine Ruhepause gönnen, giebt es, und so gehört denn längere practische Erfahrung und

Menschenkenntniss dazu, um die Schafe von den Wölfen zu trennen und beiden Theilen, den wirklich Kranken und den Interessen des Dienstes nach jeder Richtung hin gerecht zu werden. Aber man muss sich davor zu bewahren wissen, durch solche kleine, sich oft wiederholenden Ereignisse in eine Grundstimmung versetzt zu werden, welche den besten Boden für Simulationsverdacht abgiebt. Man muss stets im Auge behalten, wie im Einzelfall dem Menschen je nach seiner Eigenart um's Herz ist und man wird dann diese gefährliche Klippe, die dem Arzte selbst oft die beste Freude an seinem Schaffen vergällt, unschwer vermeiden.

Durch unverständiges Verhalten des Arztes gerade bei den ersten Untersuchungen kann ein etwas beschränkter Mensch, der in seiner Unüberlegtheit und in der ersten Erregung über ein ihm zugefügtes Unrecht den ihm verursachten Schaden weit übertreibt, geradezu in die Simulation hineingedrängt werden, während er ernstlich gar nicht daran denkt.

Nehmen wir ein Beispiel: Ein Mann erhält, wir wollen annehmen, von einem Vorgesetzten eine Ohrfeige, die allein eine kleine Zerreiſung des Trommelfells erzeugt. Im ersten Zorn will er diese Uebertretung des Strafgesetzes und persönliche Beleidigung durch möglichste Steigerung des ihm zugefügten Schadens besonders schwer geahndet wissen. Deshalb und aus der Vorstellung, dass man mit einem zerrissenen Trommelfelle doch nicht mehr hören könne, ist er zunächst auf dem geschlagenen Ohre taub. — Ich spreche hier ausdrücklich nur von reinen Trommelfellverletzungen leichter Art. — Was ist nun ungeschickter, als wenn man die augenblickliche Seelenstimmung eines solchen Mannes gänzlich vernachlässigt und ihn für einen Simulanten erklärt. Wird gegen ihn vorgegangen, so geräth der Mann gänzlich in Verwirrung, er wird aus Angst Simulant; denn er kann doch nicht eingestehen, dass er jüngst gelogen und sich dadurch event. schwerer Strafe schuldig gemacht hat; nun muss er taub bleiben. Diese Sorte Simulanten wird zu allseitiger Befriedigung beseitigt, wenn man ihnen unter scheinbarer Vernachlässigung ihrer Thorheiten mit freundlich ernststen Worten sagt, dass sie bald wieder vortrefflich hören werden, und sie dann einige Tage anscheinend gänzlich unbeachtet lässt. Dann zeigt sich, dass sie nicht die mindeste Neigung mehr verspüren, tatsächlich zu simuliren. Der hösartige, aber intelligente Mann hat sich die Sache überlegt und ist ganz zufrieden, dass von seinen ersten, lügenhaften Aussagen gar keine weitere Notiz genommen ist; der beschränkte hat seinen Aerger verschlafen und hört wieder so, wie es den tatsächlichen Verhältnissen erfahrungsgemäss ungefähr entspricht. Also gute wissenschaftliche Erkenntniss auf dem Gebiet der Ohrenheilkunde und Menschenkenntniss scheinen mir gegenüber der Simulation sehr wichtige Instrumente insbesondere für den Militärarzt zu sein; erst auf diesem Boden wird er ein vom Instrumentenmacher geliefertes Instrument zur Aufdeckung von Simulation zweckmässig verwenden können. Dann aber wird er weiter wohl in Betracht ziehen müssen, dass nicht jeder Mann gleich versteht, was er eigentlich soll, und dass aus mangelnder Selbstbeobachtung und unter dem Einfluss festeingewurzelter, wenn auch tatsächlich verkehrter Vorstellungen unrichtige

Angaben erwachsen, die keineswegs der Absicht, den Untersucher zu belügen, entsprungen sind. Gegen derartige Irrthümer schützt nach meiner eigenen persönlichen Erfahrung nichts so sicher, als wenn der Militärarzt gleichzeitig eine grössere Zahl von ohrenkranken Privatpersonen untersucht; man erkennt dann mit der Zeit mehr und mehr, wie gerade bezüglich des Ausfalls der Hörprüfungen das Urtheil gar nicht vorsichtig genug nach der Richtung hin abgegeben werden kann, ob ein Kranker wahre oder unwahre Angaben macht. Die Handhabung der insbesondere zur Untersuchung auf Simulation von Schwerhörigkeit und Taubheit angegebenen Instrumente und die richtige Abschätzung des Werthes der gewonnenen Resultate in diesem oder jenem Sinne erfordert die breiteste wissenschaftliche Unterlage, die nicht am grünen Tisch durch Nachlesen der behufs Aufdeckung der Simulation angegebenen Methoden, sondern durch langjährige, wissenschaftlich-practische Bethätigung gewonnen wird. Wer gegen Andere vorgeht, muss zunächst sich über die Grenzen seines Könnens klar werden, sonst kann er leicht Unrecht thun oder sich selbst unangenehme Blößen geben. Also reiche practische Erfahrung, die nicht allein bei der Behandlung von Militärpersonen gewonnen ist, ist ein weiteres wichtiges Erforderniss, um ein zur Aufdeckung der Simulation angegebene Instrument und die bei der Untersuchung gewonnenen Resultate richtig zu verwerthen. Mag sein, dass ich während meiner 12jährigen Thätigkeit besonders günstige Erfahrungen in Sachen der Simulation gemacht habe; den einzigen Fall von wohl überlegter, absichtlicher und einige Tage festgehaltener Simulation von doppelseitiger Taubheit, den ich zu beobachten hatte, habe ich mit einigen freundlichen Worten entlarvt. Eine jede Simulation entspringt aus bestimmten Motiven und beabsichtigt die Erreichung eines auf anderem Wege scheinbar unerreichbaren Zieles. Die Motive lagen in diesem Fall in tiefster, langgenährter Verbitterung, als lockendes Ziel erschien Befreiung für immer aus einer dem Simulanten unerträglich gewordenen Situation. Da werden auch einmal falsche Wege eingeschlagen. Einen energischen, tief verbitterten Menschen macht man aber durch alle Strenge nur bitterer und härter, erschüttern und vom falschen Wege abbringen wird man ihn indess dadurch nie; aber ein mitfühlendes, menschlich freundliches Wort neben dem Appell an seine ruhige Ueberlegung, das giebt einen anderen Klang in seinem Herzen, das erschüttert ihn. Den aber, der ihm vielleicht als Erster nach langer Zeit so entgegentritt, den mag er nicht belügen und er gesteht unter Thränen ein, dass er auf falschem Wege sich befunden habe und auch, wie er dazu gekommen ist. Hier war das beste Instrument ein mitfühlendes Wort und ein freundlicher Rath; es hiess, den gemüthlichen Krankheitszustand, auf dessen Boden die Simulation der Taubheit erwachsen war, nicht verkennen. Man hätte diesen Mann mit allen Instrumenten untersuchen können, zu einem über jeden Zweifel erhabenen Resultat der Simulation wäre man wohl nie gekommen.

Man sieht aus diesen wenigen Bemerkungen, dass Verkennung des Krankheitszustandes und Simulation in engem Zusammenhange stehen, und dass man gegenüber der Simulation noch anderer Werkzeuge bedarf als der, die vom Instrumentenmacher geliefert werden.

Ich bin der Letzte, der den Werth derselben im gegebenen Falle unterschätzt, aber das beste Instrument, welches man dem Arzt gegenüber der Simulation in die Hand geben kann, ist eine in vielseitiger, practischer Bethätigung gewonnene sichere Kenntniss der Krankheitszustände des Gehörorgans, sowie eine durch die Erfahrung gewonnene Menschenkenntniss und ihre geschickte Ausnutzung für den Einzelfall. In der Hand des Unerfahrenen und Ungeschickten stiftet selbst das beste Instrument Unheil; dann ist es oft besser, er besitzt es gar nicht, um nicht in Versuchung zu kommen, verkehrte Urtheile zu produciren.

Ein Fall von otitischer Sinusphlebitis und metastatischer Pleuritis purulenta, durch Operation geheilt.

Vortrag,

gehalten im Hagener Aerzteverein im November 1893.

Von

Dr. Alfred Denker.

M. H.: Die Zahl der bisher veröffentlichten, operativ behandelten Fälle von Erkrankungen der Hirnblutleiter ist eine relativ noch so kleine, dass ich wohl auf Ihr Interesse rechnen darf, wenn ich Ihnen einen durch Operation geheilten Fall von otitischer Sinusphlebitis vorzustellen mir erlaube. Nachdem zuerst von Zaufal im Jahre 1880 der Vorschlag gemacht war, den freigelegten Sinus transversus zu incidiren, waren es hauptsächlich die englischen Autoren Horsley, Ballance und Lane, welche zum Theil mit Unterbindung der Jugularis interna die operative Eröffnung der grossen venösen Blutbahnen des Hirns vornahmen. Lane operirte drei Fälle, von denen zwei geheilt wurden, während der eine zu Grunde ging. In dem einen Fall war der Sinus transversus nicht thrombosirt, und es trat bei dem Eröffnen desselben eine starke Blutung ein, das Kind collabirte, so dass die Operation unterbrochen werden musste, aber es kam mit dem Leben davon. In einem anderen Falle unterband Lane nur die Vena jugularis interna, ohne den Sinus zu eröffnen; der Tod trat jedoch durch Fortleitung der Thrombose zum Sinus petrosus und Sinus cavernosus ein.

Von den vier von Ballance operirten Patienten genasen zwei, während die beiden anderen starben, der eine an einem Glottisödem, durch einen kleinen Abscess am Larynx hervorgerufen, der andere an Lungenmetastasen, welche sich schon vor der Operation entwickelt hatten. Von Salzer's zwei Patienten genas der eine, nachdem stinkender Eiter aus dem Sinus transversus entleert und ein epiduraler Abscess in der Fossa cranii media geöffnet worden war; der andere starb trotz der Operation an Septikämie und lobulären, pneumonischen Herden. In zwei von Parker behandelten Fällen trat in dem einen Genesung ein, während der andere unter meningitischen Erscheinungen starb. Ausserdem hat Jansen eine Pyämie durch Oeffnung eines extraduralen Abscesses und Spaltung eines Eiter enthaltenden Sinus transversus geheilt; ferner wurden in der Berliner Universitäts-Ohrenklinik in den

Jahren 1890—1892 nach Jansen drei Incisionen des Sinus transversus mit tödtlichem Ausgange gemacht. Endlich wurde von Schmiegelow ein Fall von Sinusphlebitis operativ behandelt, und, obgleich schon metastatische Processe in der Lunge bestanden, zur Heilung gebracht. Sie sehen, m. H., dass von den operirten Fällen etwa die eine Hälfte geheilt wurde, während die andere Hälfte zu Grunde ging an endocraniellen Complicationen oder auch an metastatischen Erkrankungen edler Organe, welche durch ihre Function eine für die Erhaltung des Lebens wichtige Rolle spielen¹⁾.

Darf ich Ihnen nun meinen Patienten, den 7jährigen Sohn des Restaurateurs T. in Haspe, vorstellen und über den Verlauf der Erkrankung berichten; derselbe litt seit längerer Zeit an linksseitiger, eitriger Mittelohrentzündung, deren Secretion am 25. April cr. sistirte; zugleich mit dem Aufhören des Ausflusses stellten sich bei dem Pat. schwere Allgemeinerscheinungen ein, welche auf eine Erkrankung im Innern des Schädels hindeuteten. Am 1. Mai, also fünf Tage nach dem ersten Auftreten der beunruhigenden Symptome wurde ich von dem behandelten Hausarzte, Herrn Dr. Saggau, hinzugezogen und die Untersuchung ergab am Mittag dieses Tages folgenden Status praesens: Das Sensorium ist stark benommen, Temperatur 40,1, Puls 120, klein, Pupillen reactionslos, die Gegend über dem Proc. mastoideus links druckempfindlich, eine Anschwellung der Weichtheile über demselben nicht vorhanden; aufgenommene Speisen werden erbrochen. Das Trommelfell links leicht diffus injicirt, kleine, kaum sichtbare Perforation in der Regio membranae Shrapnelli; Jugularis externa anscheinend nicht thrombosirt. Gehörsprüfungen waren wegen des benommenen Sensoriums nicht vorzunehmen. Da keine Anzeichen einer acuten Infectionskrankheit vorlagen, war ich der Ansicht, besonders da das Auftreten der schweren Erscheinungen zusammenfiel mit dem Sistiren des Ausflusses, dass das hohe Fieber und die übrigen Symptome zu erklären seien durch einen pyämischen Process, der seinen Ursprung wahrscheinlich in der eitrigen Entzündung des Mittelohrs und des in Mitleidenschaft gezogenen Proc. mastoideus hatte, und dessen Herd vielleicht im Innern des Schädels zu finden war. Ich beschloss daher, unverzüglich die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vorzunehmen und wenn möglich, den Herd frei zu legen; am Nachmittage wurde die Operation von mir in der folgenden Weise ausgeführt:

Die Weichtheile über dem Proc. mastoideus wurden durch einen etwa 6—7 Ctm. langen, verticalen Schnitt, der als Tangente an der Ohrmuschel entlang geführt wurde, gespalten und das Periost mit dem Elevatorium nach vorn und hinten zurückgeschoben. Der Knochen erscheint an seiner Aussenfläche durchaus normal; es wurde darauf mit Hammer und Meissel die Eröffnung des Antrum mastoideum unterhalb

¹⁾ Inzwischen hat sich bekanntlich die Zahl der operirten Sinusphlebitiden erheblich vermehrt; in der neuen Auflage seines vortrefflichen Buches: „Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter“ zählt Körner 79 Fälle; mit meinem Fall und dem kürzlich von Röpke veröffentlichten wären also im Ganzen jetzt 81 Fälle in der Literatur bekannt.

der Crista temporalis vorgenommen und dasselbe nach der Fortnahme einer etwa 1 Ctm. dicken, sclerotischen Knochenschicht aufgefunden.

Dasselbe war nicht erheblich vergrößert und angefüllt mit wenig Eiter und übelriechenden, schmutzigen, zerfallenen Granulationsmassen. Von dem Antrum aus suchte ich nun nach einer Communication mit der Schädelhöhle, musste aber dabei fast den ganzen Warzenfortsatz entfernen, bis ich an der hinteren Seite des unteren Drittels eine kleine Oeffnung entdeckte, welche mit dem Innern in Verbindung stand und durch die man die Sonde ungefähr 3—4 Ctm. unter der Dura vorschieben konnte. Bevor ich nun von dieser Oeffnung aus die hintere Schädelgrube freilegte, wollte ich eine Erkrankung des Sinus transversus ausschliessen und entfernte deswegen einen Theil des Sulcus transversus; ich hatte von vornherein eigentlich erst in zweiter Linie an eine Erkrankung des Hirnblutleiters gedacht, weil das so häufige Symptom, die Thrombose der Vena jugularis externa, die als harter Strang von aussen fühlbar wird, fehlte, und andererseits die starke Benommenheit des Patienten eher auf einen duralen oder Hirnabscess, als auf eine Phlebitis hinzudeuten schien. Nun fand ich aber die Sinuswand durchaus nicht in einem normalen Zustande; sie war verdickt, grau verfärbt und eine Pulsation war nicht vorhanden, Veränderungen, welche mit ziemlicher Sicherheit auf eine eitrige Entzündung und Thrombosirung der Vene schliessen liessen. Ich konnte die Sinuswand in einer Länge von $2\frac{1}{2}$ Ctm. spalten, ohne dass es zu einer Blutung kam; das ganze Gefäss erschien ausgefüllt mit einem festen käsigen Thrombus. Um nicht einen Theil desselben loszustossen, habe ich mit Vorsicht in den Spalt einen Jodoformgazestreifen hineingeschoben und dann antiseptisch verbunden; von einer Ausmeisselung der hinteren Schädelgrube wurde vorläufig Abstand genommen. — Am folgenden Tage war das Allgemeinbefinden des Patienten ein erheblich besseres, Pupillen reagiren noch nicht, Temperatur 38,2, Puls 115; nach Clysmata erfolgt massenhafter Stuhlgang.

Am 4. Mai stellt sich Husten ein, und links hinten von der Spina scapulae an abwärts lässt sich eine Dämpfung nachweisen ohne ausgesprochen bronchiale Athmung; beim Verbandwechsel zeigt sich starke Secretion; Sensorium frei, Pupillen noch reactionslos; Temperatur 38,1, Puls 110.

5. Mai. Status idem.

6. Mai. Temperatur 37,5, Puls 98, Pupillen deutlich reagirend, Sensorium frei, Lungensymptome unverändert.

Vom 6. bis 13. Mai bleibt der Zustand ein befriedigender; dann stellte sich wieder Temperaturerhöhung bis zu 39,5 ein; am 20. Mai bestätigt eine wiederholte Punction die Diagnose Pleuritis purulenta, nachdem zwei Tage vorher die Pravaz'sche Spritze keinen Eiter herausbefördert hatte; es wurde am 22. Mai von Herrn Dr. Saggau in der vorderen Axillarlinie die Resection der sechsten Rippe vorgenommen und mehr als ein Liter übelriechenden Eiters entleert; die Temperatur betrug nach der Operation 37,5 und bewegte sich im weiteren Verlauf der Krankheit ziemlich in normalen Grenzen; nur trat eines Tages, als sich das Drainrohr verstopft hatte, noch einmal Fieber von 39 ein, das aber nach Beseitigung des ursächlichen Momentes wieder abfiel. Sie

sehen, dass sich der Knabe von seiner schweren Krankheit jetzt vollkommen erholt hat und dass auch die zuerst aufgetretenen scoliotischen Veränderungen an der Wirbelsäule wieder verschwunden sind; die Operationswunden am Kopfe und am Thorax sind seit längerer Zeit geschlossen. Auch dieser Fall fordert uns also auf, bei otitischen Erkrankungen des Sinus, des Hirns oder seiner Häute einen operativen Eingriff nicht zu scheuen, zumal die Prognose, wenn die Operation nicht vorgenommen wird, quoad vitam als absolut ungünstig zu bezeichnen ist.

Der Patient ist bis heute, den 24. Juli 1896, recidivfrei geblieben.

Zwei Fälle von primärer Perichondritis laryngea mit günstigem Ausgang.

Von

Dr. Alfred Goldschmidt, Breslau.

Die Seltenheit der primären Knorpelhautentzündung des Kehlkopfes und die noch grössere Seltenheit des günstigen Ausganges dieser Affection rechtfertigt eigentlich die Veröffentlichung eines jeden solchen Falles. Der im Folgenden zu beschreibende aber bietet darum noch besonders interessante Verhältnisse, weil er mit einer bestehenden Lues verknüpft war, deren ätiologische Beziehung mit Sicherheit auszu-schliessen war.

Die Perichondritis ist als solche zuerst von Hormann im Jahre 1791 beschrieben worden, 50 Jahre später folgten genauere Beschreibungen, die sich besonders nach der Erfindung des Laryngoscops mehrten. Die Seltenheit der idiopathischen Perichondritis wird von allen Autoren anerkannt und zwar die Möglichkeit der Heilung zugegeben, aber gleichfalls als höchst selten betont. Mackenzie berichtet von 45 Autopsien, von denen nur 3 Fälle primäre waren, 19 davon fanden sich bei Larynx-Phthise vor, 10 bei Carcinom, 6 bei tertiärer Syphilis, 4 bei Abdominaltyphus, 2 bei chronischer Laryngitis.

Retslag's Statistik aus dem Berliner pathologischen Institut beschreibt 20 Fälle, die sämmtlich secundär waren:

- 10 bei Tuberculose,
- 8 „ Abdominaltyphus,
- 1 „ eitriger Pleuritis,
- 1 „ Myelitis.

In Mackenzie's 45 Fällen waren 24 Mal die Arytaenoidknorpel befallen. Moritz Schmidt berichtet über einen Fall (von Jurasz) von primärer Chondritis, die auf die Trachealknorpel übergang und zur Heilung gelangte.

Die Stellung der Diagnose gilt nur dann als exact, wenn durch die Sonde entblösster Knorpel zu fühlen ist, oder wenn Knorpelfragmente expectorirt werden. Es giebt aber Fälle, bei denen der Verlauf und das Zusammentreffen verschiedenster Momente die Diagnose mit fast vollkommener Sicherheit stellen lassen. Gerhardt rechnet dazu eine starke Schwellung einer der Seitenwände des Larynx mit beträchtlicher

Röthung, starke Hervorragung des Taschenbandes unter Umständen, welche überhaupt eine Perichondritis erwarten lassen, z. B. Abdominaltyphus, Lues und dergl., eine unverhältnissmässig grosse Dyspnoe bei Fieber, eine Immobilität der Stimmbänder ohne eigentliche Lähmung und mit grösster Sicherheit den Abscess.

Die Schilderung des folgenden Falles möge darthun, mit welcher Sicherheit derselbe als primäre Perichondritis des Kehlkopfes anzusprechen ist:

Frau Emilie H., 48 Jahr alt, erkrankt plötzlich Abends in dem Laden ihres Mannes, nachdem sie eine Zeit lang vorher an leichten Halsbeschwerden gelitten hatte, mit nicht unbeträchtlicher Athemnoth bei Fieber, dabei Schmerzen im Halse beim Schlingen und Sprechen.

Der laryngoscopische Befund ergiebt eine starke Schwellung und Röthung der Aryknorpel, der Seitenwände des Larynx, der Epiglottis, eine Vorwulstung der Taschenbänder, die die wahren Stimmbänder vollkommen verdecken, dabei eine Unregelmässigkeit der Theile: das linke Taschenband verschwindet fast unter dem Wulst seiner Seitenwand.

Subjectiv wie objectiv herrscht starke Athemnoth, totale Aphonie. Der Druck von aussen auf den Kehlkopf schmerzhaft. Mässig hohes Fieber.

Die Therapie (Eisblase, Schlucken von Eispillen, Pinselungen mit Carbolglycerin) beseitigte die Athemnoth und brachte die Theile etwas zur Abschwellung, auch die Schmerzen nahmen etwas ab.

Die Frage lag nun nahe: Handelte es sich um einen Fall von Syphilis oder Tuberculose? — Gegen die Tuberculose sprach sofort der plötzliche Beginn, das Fehlen von Lungen- oder sonstigen tuberculösen Erscheinungen. Für Syphilis liess sich Manches anführen: das Bestehen einer trichterförmigen Strictur im Mastdarm (die Kranke war vor einigen Jahren von Dr. Sandberg mit Schmiercur behandelt worden), das Aussehen des Kehlkopffinnern, das solche Gestalt bei Lues annehmen kann. Auf Grund der bestehenden Lues und der Möglichkeit ihrer ätiologischen Einwirkung wurde eine Jodcalicur versucht, die aber nur ein sehr unangenehmes Jodexanthem und einen Jodschnupfen und eher eine Verschlechterung des localen und allgemeinen Befindens hervorbrachte.

In Anbetracht des Misserfolges war eine syphilitische Perichondritis auszuschliessen gemäss der Erwägung, dass diese jeder specifischen Behandlung, sowohl dem Jodkali als auch der Mercurialcur weicht, gemäss der weiteren Erwägung, dass dieselbe viel weniger stürmische Erscheinungen hervorruft (Stoerk).

Es musste also wieder auf die oben angegebene Therapie zurückgegriffen werden, unter welcher sich die Patientin mit wechselndem Wohlbefinden und ohne besondere Athemnoth verhielt. Bald aber — 3—4 Wochen nach dem Beginn des ersten Anfalles — nahm die Athemnoth bedeutend zu, die Aphonie wurde erheblicher, heftiger Stridor trat ein und eine Schwellung der ganzen linken Halsseite machte sich bemerkbar, die unter heissen Umschlägen stieg und den Gedanken der Tracheotomie nahe legte. — Primärarzt Dr. O. Brieger, der die Kranke in dieser Zeit sah, entschied sich gleichfalls für die Diagnose einer primären Perichondritis. — Als die Schwellung auch die Mittellinie

überschritt, war an den Kehlkopfschnitt nicht mehr zu denken und es musste durch einen Schnitt in der seitlichen Halsgegend von etwa 8 Ctm. Länge in der Richtung des *Musculus sterno-cleido-mastoideus* (Prof. Partsch) eine Entlastung für den Durchtritt der Luft geschaffen werden. Eine Unmenge grünlichen Eiters entleerte sich und man konnte eine rundliche Abscesshöhle dicht hinter den Aryknorpeln constatiren.

Wie mit einem Schlage war jetzt das Bild ein anderes geworden: die Halsschwellung beseitigt, die Luftpassage ausreichend. Auch die Innenschwellung nahm allmählig unter den Carboglycerinpinselungen ab. Nach einigen Wochen war die Halswunde mit glatter Narbe geschlossen und die Schwellung sämtlicher Theile im Innern soweit zurückgegangen, dass falsche und wahre Stimmbänder sich fast mit normaler Färbung präsentirten, nur war das linke Taschenband durch einen minimalen Wulst der Schleimhaut der seitlichen Schildknorpelwand noch ein wenig verdeckt. Dagegen blieb eine Verdickung des linken Aryknorpels dauernd zurück, der wohl den Ausgangspunkt des ganzen Processes gebildet haben mag. — Die Beweglichkeit der Stimmbänder und Aryknorpel ist die normale. Die Patientin, die sich ganz wohl befindet, spricht mit tönender Stimme, und dieser Zustand hat bis jetzt über ein halbes Jahr unverändert angehalten.

Der ganze Verlauf, das Stürmische der Erscheinungen, die einzelnen Stadien der Kehlkopfbilder, das Fieber im Beginn, der Abscess, der Misserfolg der antisypilitischen Behandlung lassen den Fall trotz bestehender Lues als primäre Perichondritis erscheinen.

Der zweite Fall betrifft einen 61jährigen Böttchergesellen Karl P. und ist in der Poliklinik von Herrn Primärarzt Dr. O. Brieger beobachtet. — Patient meldete sich am 1. März dieses Jahres bei seinem Kassenarzt, da er über Stiche im linken Ohre klagte und bemerkte, dass seine linke Halsseite innerhalb zweier Tage stark geschwollen war. Unter grossen Schmerzen war das Schlingen und Schlucken erschwert, der Mund voller Speichel, ohne die Möglichkeit ihn herunterzuschlucken. Als Nahrung kann P. nur Milch, Brühe und Wasser zu sich nehmen.

Nach 12 Tagen (12. März d. J.) erschien er in der Poliklinik von Herrn Dr. Brieger.

Allgemein-Untersuchung: Mässiges Emphysem der Lungen, geringer Catarrh. Im Urin weder Eiweiss noch Zucker.

Local: bei vollkommen aphonischer Sprache eine nicht unbeträchtliche Schwellung der linken Halsseite. Laryngoscopisch sieht man in der Gegend der Epiglottis einen grossen, prallgefüllten, dunkelroten Tumor, der den Einblick in den Larynx unmöglich macht. Bei Palpation mit dem Finger wird der Tumor eröffnet und eine Menge grünen übelriechenden Eiters stürzt dem zurückgezogenen Finger nach. Nun präsentirt sich der Tumor deutlich als Abscess der Epiglottis mit Ausflussöffnung auf der Zungenseite des Kehldeckels linkerseits. Der Einblick in den Larynx noch nicht möglich. — Nach einigen Tagen sind die Schmerzen geringer, die Sprache gebessert, nur der Athem ist noch etwas erschwert. Die von der Epiglottis ausgehende Wulstung ist noch so bedeutend, da sie sich auch auf die Seitenwände des Larynx, insbesondere auf die linke, forterstreckt, dass man nur ein Stückchen von dem mässig gerötheten, sonst normalen rechten Stimmbande sehen kann.

Es werden nun einige Incisionen auf der Höhe der Geschwulstgegend gemacht.

Am 16. März. Subjective Beschwerden weiter erheblich zurückgegangen. Man sieht nunmehr beide Stimmbänder fast normal mit ganz geringer Röthung, Epiglottis noch stark verdickt. In die kleine, rundliche Eiteraustrittsstelle dringt die Sonde etwa $1\frac{1}{2}$ Ctm. tief ein. — Pinse- lungen mit 20proctg. Milchsäure.

Am 19. März. Larynx-Innenschwellung geht zurück. Sonden- tiefe ca. $\frac{1}{2}$ Ctm.

Am 25. März. Stimmbänder seit einigen Tagen ganz normal, Epi- glottis nach erneuten Incisionen abgeschwollen, auf der linken Larynx- seite noch eine mässige Schleimhautwulstung. Ende März verlässt P. geheilt die Poliklinik.

Die microscopische und bacteriologische Untersuchung ergab keine Tuberkelbacillen und keine Streptococcen, dagegen hauptsächlich Diplo- coccen und Stäbchencoccen.

Aetiologisch war nichts Besonderes zu ermitteln, so dass man wohl wie in so manchen Fällen genöthigt ist, an eine zunächst unbemerkte Verletzung mit einem spitzen Knochenstück zu denken.

Beitrag zur Lehre über die acuten infectiösen phleg- monösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes.

(Pharyngitis et laryngitis infectiosa phlegmonosa acuta.)

Von

Dr. Ludwig Przedborski,

Primararzt am Lodzer Israelitischen Krankenhause.

(Schluss zu No. 8.)

Zum Schluss der Besprechung des primären Pharynx- und Larynx- erysipels sei mir gestattet, eine eigene Beobachtung mitzutheilen.

Am 1. März 1896 wurde ich zum 50jährigen Herrn B. gerufen. Pat. klagt über heftiges Schluckweh, Athemnoth, Heiserkeit und all- gemeine Schwäche. Die Krankheit entstand vor 2 Tagen und wurde von heftigem Fieber und Dysphagie eingeleitet. Bei der Untersuchung fand ich: Die Körpertemperatur $39,8^{\circ}$, Puls 120, Pat. fühlt sich unbe- haglich und abgeschwächt. Die Respiration und der Schlundact sind behindert. Pharynxschleimhaut normal, die obere Epiglottisfläche und das adenoide Gewebe an der Zungenbasis zeigen eine intensiv rothe Farbe. Der Kehlideckel ist stark ödematös, und dehnt sich die ent- zündliche Schwellung per continuitatem auf das rechte Lig. aryepi- glotticum aus. Der rechte, stark angeschwollene Aryknorpel erreicht den Umfang einer mittelgrossen Kirsche und ist lebhaft roth verfärbt. Das Innere des Kehlkopfes bietet bis auf eine mässige Schwellung des rechten Taschenbandes nichts Abnormes.

2. März 1896: Temperatur früh $37,5^{\circ}$, Puls 80. Starkes Schluck- weh. Das Kehlkopfödem hat nicht abgenommen, doch ist die Farbe

der Schleimhaut blasser. Ich verordnete: ein Vesicans auf die Larynxgegend und permanente Eisumschläge. Am Abend fand ich Pat. fieberfrei, das Oedem der erwähnten Larynxtheile ist auffallend kleiner, Schluckweh und Athemnoth besser. Das Kehlkopffinnere und das rechte Taschenband unverändert.

3. März 1896: Pat. fühlt sich schlimmer. Temperatur 40°, Puls 126. Er klagt über häufige Frostanfälle, starke Dysphagie, hauptsächlich an der linken Kehlkopfseite. Die laryngoscopische Untersuchung ergab: der rechte Aryknorpel und das rechte aryepiglottische Ligamentum sind unverändert, dagegen zeigt der linke Aryknorpel eine intensiv rothe Verfärbung und eine beträchtliche Schwellung, die sogar das ursprüngliche Oedem des rechten Aryknorpels übertrifft. Die Schwellung verbreitet sich auf die linke aryepiglottische Falte und auf den Kehldeckel. Respiration ungestört, Heiserkeit wenig ausgesprochen. Da keine bedrohlichen Localerscheinungen vorlagen und im Allgemeinbefinden des Pat. keine Zeichen von Adynamämie nachzuweisen waren, so beschloss ich, abwartend zu verfahren.

4. März 1896: Temp. 37,8°. Das Oedem des rechten Aryknorpels und der aryepiglottischen Falte hat sich fast vollständig zurückgebildet, doch besteht noch eine ziemlich starke Schwellung des linken Aryknorpels und des linken Ligam. aryepiglotticum. Die Farbe der Schleimhaut ist blasser, das Schluckweh sanfter.

Nach weiteren vier Tagen verschwanden die örtlichen Kehlkopferscheinungen vollständig, die Temperatur verblieb normal, Pat. trat rasch in Genesung; kein Recidiv.

Zur Grundlage der Diagnose dienten in unserem Falle folgende That-sachen: 1) Das plötzliche Emporsteigen der Körpertemperatur, die charakteristische Verfärbung der Schleimhaut und der wandernde Character der Schwellung und 2) dass das Uebergreifen der Schleimhautverfärbung und des Oedems von einer Kehlkopfhälfte zur anderen, wie bei der gewöhnlichen Rose, unter starker Fieberexacerbation geschah. Der Fall gehört nach dem Gesagten zu den leichten, er bot hauptsächlich locale Erscheinungen, die sich auf den Larynxeingang beschränkten und im allgemeinen Zustande keine bedrohlichen Symptome auffinden liess. Eine Erklärung dafür ist vielleicht in dem Umstande zu suchen, dass die Infection durch Streptococcen von kleiner Virulenz hervorgerufen worden ist.

III. Die acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx.

Dieses Leiden gehört zu den äusserst seltenen und wird, ebenso wie das primäre Larynx- und Pharynxerysipel, nur auf Grund der klinischen That-sachen als selbstständiges Krankheitsbild betrachtet. In der That gestatten die bacteriologischen Befunde bei dieser Affection blos eine Scheidung von vielen nahe verwandten infectiösen Krankheitsformen, die sich nur durch die verschiedene Virulenz der sie erzeugenden Streptococcen unterscheiden. Das von Senator geschilderte Krankheitsbild ist weder ein neues, noch ein nie dagewesenes. Wir finden in der Literatur eine Anzahl von Fällen, welche man mit mehr oder weniger Zwang dahin deuten kann. Ausser der Senator'schen sind auch von Virchow und Guttman in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft ähnliche Beobachtungen angegeben worden.

Auch scheint aus der älteren Literatur eine gewisse Menge hierher zu gehören, und zwar der Fall von Plieninger und die von diesem Autor erwähnten fünf Fälle von Todd. Diese Fälle betrachtet jedoch Schmidt als zweifelhafte. In den uns nahe liegenden Zeiten ist eine gewisse Anzahl gut beschriebener Fälle veröffentlicht worden, die, nach Schmidt, genügende Unterschiede der infectiösen phlegmonösen Pharyngitis mit den nahe verwandten Zuständen: dem Erysipel, den secundären Formen etc., ergeben. Zu diesen letzten zählt Schmidt vor allen die im Jahre 1885 von Carrington und Hale Wite mitgetheilten Fälle, ferner den von Semon beschriebenen Fall des 1886 gestorbenen Collegen Masson und die im Jahre 1887 von B. Fränkel angezeigten Beobachtungen.

Im Jahre 1888 veröffentlichten Senator³⁸⁾, Landgraf³⁹⁾ und E. M. Hewisch⁴⁰⁾ ihre Fälle. Diese Beobachtungen scheinen M. Schmidt den Anforderungen, welche an die Diagnose der infect. phlegmonösen Pharyngitis zu stellen sind, vollständig zu entsprechen. Ausser diesen ist noch über eine Menge anderer Fälle berichtet worden, welche vielleicht hierher gehören, doch auch eine andere Deutung zulassen. Zu diesen scheinen die Fälle von Baruch⁴¹⁾, der eher an das Larynxerysipel erinnert, ferner der aus dem Jahre 1882 stammende Semon'sche und die von Virchow und Guttman während der Discussion über den Senator'schen Vortrag angegebenen Fälle zu gehören. Diese bescheidene Casuistik der acuten infectiösen Pharynxentzündung möchte ich noch durch einige Beobachtungen, die in dem Schmidt'schen Referate keine Erwähnung fanden und aus einer späteren Zeit herkommen, bereichern. Es sind dies die Fälle von Obtulowicz (siehe No. 3), Germonig⁴²⁾, Hager⁴³⁾, Höhleln⁴⁴⁾, Joseph Samter⁴⁵⁾ und Max Schäffer⁴⁶⁾.

In der polnischen Literatur finden wir über die Pharyngitis infectiosa phlegmonosa, ausser der schon angegebenen Abhandlung von Obtulowicz eine kurze Erwähnung in dem nicht längst er-

³⁸⁾ Ueber acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 5, pag. 77.

³⁹⁾ Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klin. Wochenschrift 1888, No. 6, pag. 97.

⁴⁰⁾ E. M. Hewisch: Acute infectious Pharyngitis. Philadelph. med. news 1888; Bericht in Semon's Centralblatt V. 1888/89, No. 10, pag. 507.

⁴¹⁾ M. P. Baruch: Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 13, pag. 256.

⁴²⁾ Germonig: Ueber primäre infectiöse Phlegmone des Larynx. Wien. klinische Wochenschrift 1888, No. 36; Bericht in Semon's Centralblatt V. 1888/89, No. 10, pag. 516.

⁴³⁾ W. Hager: Zur Kenntniss der acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1888, No. 12, pag. 235.

⁴⁴⁾ N. Höhleln: Ein Fall von primärer, acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx. Petersb. Med. Wochenschr. 1891, No. 2; Bericht in Semon's Centralblatt IX 1892/93, No. 1, pag. 22.

⁴⁵⁾ Jos. Samter: Zur acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx. Berliner klinische Wochenschrift 1891, No. 18, pag. 441.

⁴⁶⁾ Max Schäffer: Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa. Monatschrift für Ohrenh. 1892, No. 7, S.-A.

schiene Handbuche von Bieganski⁴⁷⁾ und A. Sokolowski. Eine Thatsache bleibt jedoch, dass, wenn wir auch Senator die Vaterrechte, diese Krankheitsform entdeckt zu haben, nicht zuschreiben können, er doch der Erste war, der diese Affection genau beschrieb. — Die von Senator geschilderten Fälle zeigten mit ganz geringen Abweichungen denselben Verlauf. Die Krankheit begann mit sehr mässigem Fieber, das während des ganzen Verlaufes nie auf eine erhebliche Höhe stieg. Sehr bald verspürten die Kranken Schluckweh. In diesem Stadium fand man gewöhnlich eine starke Röthung des Schlundes, eine Schwellung der Mandeln und der äusseren Halsgegend am Kieferwinkel. Später dehnt sich das Leiden auf den Kehlkopf aus und es entsteht Athemnoth. Sehr früh zeigt sich eine Betheiligung des Sensoriums und unvermuthet tritt plötzlich der Tod durch Herzparalyse ein. Bisweilen erscheint auf der äusseren Haut eine Röthe, die sich verbreiten kann und die bekanntlich bei verschiedenen Infectionskrankheiten vorkommt. Mit dem Erysipel hat diese Röthung nichts Gemeinschaftliches. In allen beobachteten Fällen, mit Ausnahme des Hager'schen, war der Ausgang ein tödtlicher und erwies sich die Behandlung vollständig nutzlos, sogar die wegen Erstickungsgefahr vorgenommene Tracheotomie. Die Genesung in dem Hager'schen Falle soll nach interner Darreichung von Antipyrin eingetreten sein. Bei der Autopsie fand man eine ödematöse eitrig infiltrirte Zellgewebe unter der Halshaut und Schleimhaut, die sich bis in den Oesophagus und den Magen erstreckte. In einem Falle wurde die Schleimhaut des Oesophagus dunkelroth gefunden, in dem Magen war sie in allen Fällen sehr geröthet. In den Tonsillen fand Senator fast immer eitrig eitrige Pfröpfe, die Pharynxschleimhaut und den Kehldackel ebenfalls eitrig infiltrirt, die Stimmbänder geschwollen, mit oberflächlichen Geschwüren, welche als Decubitaluxulcerationen anzusehen sind. Im Oesophagus wurden geschwollene, zum Theil geschwürig zerfallene Follikel nachgewiesen. Die Affection beschränkt sich nicht immer auf den Pharynx, sondern sie geht auch auf den Larynx als Laryngitis phlegmonosa über. Schmidt bekämpft mit Recht die Senator'sche Ansicht, nach welcher nur die Fälle als Pharyngitis phlegmonosa infectiosa gelten können, bei welchen sich eine bestimmte Eingangspforte nicht nachweisen lasse, denn er verstehe nicht: „warum Fälle, wie die Landgraf'schen, nur deswegen ausgeschlossen werden sollen, weil eine Verletzung sichtbar war.“ „Ob die Infection“, sagt ferner Schmidt, „durch eine künstliche Oeffnung oder durch die bekanntlich in den Tonsillen bestehenden natürlichen ihren Einzug hält, das kann doch auf das Krankheitsbild, wenn es sonst entspricht, keinen Einfluss haben.“ Wir wissen ja, dass eine Verletzung, die an einer dem Auge nicht zugänglichen Stelle entstanden ist, den Anlass zur Infection geben kann. Was die Aetiologie der Pharyngitis phlegmonosa infectiosa anbetrifft, so glaubte Schmidt, dass noch (bis zum Jahre 1890) ein bestimmter Coccus als Ursache in keinem der Fälle nachgewiesen werden

⁴⁷⁾ Dyagnostyka różniczkowa, chorób wewnętrznych przez W. Bieganskiego. Wydanie II powihrz dodatkami: „Chorobygórnego odcinka drog oddechowych“, przez Dr. A. Sokolowskiego 1896.

konnte. Auch war zu jener Zeit die Frage der Identität der beiden Formen: des Streptococcus pyogenus und des Fehleisen'schen Streptococcus noch nicht erwiesen, obgleich Baumgarten und Weigert der Ansicht waren, dass beide nur verschiedene Virulenzstadien desselben Coccus seien, was ja manche Erscheinungen ganz gut erklären würde, so die, dass mitunter bei der Rose Eiterungen beobachtet werden, während, wie angenommen wird, der Fehleisen'sche Coccus nie Eiterungen erzeuge. Die Anhänger der Dualität griffen in solchen Fällen zur Annahme einer Mischinfection. Dies waren die ätiologischen Thatsachen, auf welche sich Schmidt im Jahre 1890 berufen konnte. In der letzteren Zeit gewinnt die Ansicht über die Identität des Streptococcus pyogenus und des Fehleisen'schen Microorganismus immer mehr Anhänger. So spricht sich für diese Ansicht im Jahre 1891 in zwei Abhandlungen: „Zwei Fälle von acuter infectiöser Phlegmone des Pharynx“ und „Acute infectiöse Phlegmone des Pharynx“, sehr categorisch A. Dubler^{48, 49)} aus. D. beschreibt die anatomisch-pathologischen Veränderungen, die in den von ihm angegebenen Fällen der infectiösen Pharyngitis phlegmonosa an dem Leichentische nachgewiesen worden sind.

In beiden Fällen wurden folgende Befunde bestätigt: eine eiterige Infiltration der Pharynx- und Larynxschleimhaut und des tiefen Zellgewebes der Halshaut, eine acute Endocarditis, Erscheinungen eines frischen Magencatarrhs, eine frische Pleuropneumonie und acuter Milztumor. In dem aus der Milz entnommenen Blute und Eiter wurden den Fehleisen'schen Streptococci vollständig identische Cocci nachgewiesen. Dubler glaubt, dass die Senator'sche phlegmonöse Pharyngitis und das Erysipel des Rachens durch denselben Coccus erzeugt wird, wenn auch beide Krankheitsformen mannigfaltige anatomische Abweichungen darbieten können. Interessant ist die Thatsache, dass Netter sogar bei gesunden Individuen fünf Mal den Streptococcus in der Mundhöhle fand, es wäre sodann erklärlich, dass unter bestimmten Umständen diese Procentzahl sehr in die Höhe steigen kann.

Eine Bestätigung der Dubler'schen Anschauung finden wir in der im Jahre 1892 erschienenen Kirchner'schen Arbeit: „Zur Lehre der Identität des Streptococcus pyogenus und Streptococcus erysipelatis“. Kirchner macht das in seinem Falle im Anschluss an eine lacunäre Angina entstandene Gesichtserysipel von den in den Tonsillen gefundenen Streptococci abhängig (siehe oben Literatur No. 37). In demselben Jahre berichtet M. Luc⁵⁰⁾ über einen Fall von Empyem der Highmorshöhle, welches im Anschluss an eine Gesichtrose entstanden ist. Der Eiter enthielt reichliche Streptococci und entwickelte sich nach Eröffnung der Highmorshöhle ein frisches Gesichtserysipel. Noch entschiedener lauten die Angaben von Grünwald⁵¹⁾, nach welchem das secundäre Gesichts-

⁴⁸⁾ Virchow's Archiv für path. Anatomie 1891, Bd. 125, Heft 13.

⁴⁹⁾ Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte 1892, No. 3.

⁵⁰⁾ M. Luc: Ein Fall von Empyem der Highmorshöhle, durch Erysipelcocci verursacht. Deutsche Med. Wochenschrift 1892, No. 8, pag. 167.

⁵¹⁾ L. Grünwald: Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeines und deren chirurgische Behandlung. München und Leipzig. 1893. Lehrmann.

erysipel im Verlaufe von verschiedenen Pharynxaffectionen häufig und vielleicht immer durch eine Eiterung in der Sieb- oder Keilbeinhöhle hervorgerufen worden sein soll. Auch von Moritz Schmidt wird in seinem schon erwähnten Handbuche (Seite 244) über diese Frage folgende Ansicht ausgesprochen: „Unter noch nicht bekantem Umständen steigert sich die Virulenz der Streptococcen zu einer gefährlichen Höhe. Es ist ziemlich gewiss, dass der Streptococcus pyogenus und der Fehleisen'sche nur verschiedene Virulenzgrade desselben Microorganismus darstellen. Wenn der Streptococcus pyog. also eine gewisse höhere Virulenz angenommen, so verursacht er zunächst die acute infectiöse Phlegmone des Pharynx und Larynx und auch die denselben nahe verwandten Formen, die Angina Ludovici u. s. w.“ Endlich wird auch von Eugen Fränkel^{52/53}) in zwei grösseren Abhandlungen die Nichtspecifität des Erysipelstreptococcus pyogenus betont. Nach der jetzt fast allgemein angenommenen Meinung erzeugen wir durch die oberflächliche Verimpfung des Streptococcus pyogenus unter die Haut erysipelatöse, bei der tieferen phlegmonöse, fibrinöse und fibrinöse Entzündungen. Eine wichtige Rolle müssen wir folgenden Momenten dabei zuschreiben: 1) der Virulenz des Streptococcus, 2) der Widerstandsfähigkeit des entsprechenden Individuums. Auch der Umstand, dass nicht alle Streptococcen gleichartig sind, dagegen verschiedene biologische Eigenschaften besitzen, muss berücksichtigt werden. Die Diagnose der primären acuten infectiösen Phlegmone des Pharynx bietet keine ernsten Schwierigkeiten. Der sehr schwere Verlauf, das frühzeitige Ergriffensein des Sensoriums, die verhältnissmässig niedrige Temperatur und die Abwesenheit anderer Affectionen, welche ein ähnliches secundäres Leiden hervorrufen könnten, sind in Verbindung mit den örtlichen Symptomen hinreichend, um eine sichere Diagnose zu stellen. Von dem so ähnlichen Larynxerysipel unterscheiden sie sich dadurch, dass bei der letzten Affection (dem Larynxerysipel) das Fieber von Anfang an höher, die Röthung der Schleimhaut des Pharynx eine viel intensivere und der Verlauf im Ganzen ein weit milderer ist. Zur Feststellung der Diagnose kann man auch die Erscheinungen auf der äusseren Haut verwerthen. Während die Pharynx-Erkrankungen im Verlaufe der acuten Exantheme häufig einen Ausgang in Eiterung nehmen, tritt diese Erscheinung bei dem Larynxerysipel äusserst selten ein. Sehr lebhaft erinnert ferner die phlegmonöse Senator'sche Pharyngitis an die Angina Ludovici, doch soll, wie Schmidt behauptet, in dieser Krankheitsform die Schwelung eine viel ausgedehntere, die unter der äusseren Haut eine viel stärkere, mehr bretartige sein. Die Erscheinungen im Halse treten zurück, der Verlauf ist nicht so bedrohlich, die Therapie erfolgreicher. Was die Fälle anbetrifft, in welchen die Phlegmone durch einen Fremdkörper erzeugt wird, so ist nach Landgraf die Diagnose der Senator-

⁵²) Eugen Fränkel: Mittheilungen über die Nichtspecifität des Erysipelstreptococcus. Deutsche Med. Wochenschrift 1891, No. 44, pag. 1225.

⁵³) Eugen Fränkel: Weitere Mittheilungen über die Identität des Streptococcus pyogenus und erysipelatosus. Deutsche Med. Wochenschrift 1892, No. 28, pag. 256.

schen phlegmonösen Pharyngitis nur dann gerechtfertigt, wenn durch die digitale und laryngoscopische Untersuchung und Anamnese die Anwesenheit eines Fremdkörpers ausgeschlossen werden kann. Ein wesentliches Hilfsmittel für die Diagnose der Senator'schen infectiösen Angina bildet ferner die von Semon zuerst erwähnte Erscheinung, dass bei dieser Affection innerhalb weniger Stunden metastatische Entzündungen seröser Häute auftreten können, während im Harne reichlich Zucker gefunden wird. Auch verdient bei der Erörterung der Diagnose dieses Leidens die Virchow'sche Ansicht genau berücksichtigt zu werden, dass ähnliche Zustände, wie bei der Angina infectiosa phlegmonosa fast an allen Organen vorkommen können. Zum Schluss dieser Arbeit erlaube ich mir eine Beobachtung, welche, wie mir scheint, in die Rubrik der acuten phlegmonösen infectiösen Pharynxerkrankungen gehört, mitzutheilen. Die Zahl der bis heutzutage in der Literatur bekannten Fälle ist noch immer eine so bescheidene, dass die Publication jeder neuen Beobachtung über diese so selten auftretende Krankheitsform nicht nur angezeigt, sondern auch erwünscht ist.

6. Beobachtung: Am 28. October 1896 wurde ich zur Consultation zu Frau Sch. durch Collegen H. Kohn eingeladen. Patientin, von zartem Körperbau und mässig genährt, befindet sich in den letzten Schwangerschaftstagen. Sie klagt seit einigen Tagen über heftiges Schluckweh und allgemeine Schwäche. Die Krankheit begann mit leichten Schüttelfrost-Anfällen. Dr. Kohn, der mehrmals die Patientin untersuchte, konnte ausser einer diffusen Röthung der Pharynxschleimhaut keine anderen Erscheinungen auffinden. Bemerkenswerth jedoch ist die Thatsache, dass in der Wohnung der Frau Sch. zweifellos infectionserzeugende Momente vorlagen, denn fast alle Kinder und der Gatte der Patientin machten exsudative Halsentzündungen durch, doch zeichneten sich dieselben durch einen milden Verlauf aus. Während der ersten, in Gegenwart Collegen Kohn's vorgenommenen Untersuchung fand ich einen mässigen Fieberzustand, Temp. 38,4. Die Pharynxschleimhaut ist stark geröthet, von entzündlichen exsudativen Belägen vollständig frei, die Unterkieferdrüsen, mässig angeschwollen, sind von einer gerötheten Haut bedeckt. In der Gegend des Zungenbeines (os hyoideum), an Stelle des linken Schildknorpels, befindet sich eine hart infiltrirte Stelle, deren Betastung Patientin als lebhaften Schmerz empfindet. Die linke Epiglottishälfte, das linke Lig. ary-epiglotticum und der linke Aryknorpel sind stark angeschwollen und zeigen eine weissgräuliche Verfärbung; in der linken ary-epiglottischen Falte ist eine grau-weissliche, kugelige, klein wallnussgrosse Erhabenheit sichtbar. Der linke Aryknorpel bietet eine fast vierfache Vergrösserung. Dysphagie stark ausgesprochen, die Nahrungsaufnahme per os absolut unausführbar.

29. October 1896. Temp. 38°. Das Schluckweh ist sehr intensiv. Die Farbe der Pharynxschleimhaut dunkelroth. Leichte Athemnoth. Das an der linken Larynxhälfte bestehende Infiltrat verbreitet sich über die Mittellinie, ebenso der Schmerz während der Palpation. Bei der speciellen Untersuchung zeigte sich ausser den schon am vorigen Tage bestandenen Veränderungen eine intensive Schwellung und Röthung des rechten Aryknorpels und beider Taschenbänder. Um das vehemente Schluckweh ein wenig zu mildern, nahm ich eine Scarification der öde-

matösen Gewebe vor. Ich machte drei Einschnitte in die erwähnte grau-weissliche Erhabenheit, die sich in der linken ary-epiglottischen Falte fand und welche ich als beschränktes Geschwür ansah, und in beide Aryknorpel. Patientin entfernte einen fast halben Theelöffel blutig-eitriger Flüssigkeit und hustete ein grauweisses Kügelchen aus, welches macroscopisch sehr an verdickten Eiter erinnerte. Die wiederholte Untersuchung erwies, dass das angegebene Kügelchen genau der im linken ary-epiglottischen Ligamentum constatirten Erhabenheit entsprach. Bald danach fühlte Patientin eine bedeutende Erleichterung, das Schluckweh wurde sanfter, die Athembeschwerden schwanden. Abends fand ich Frau Sch. fieberfrei, das Oedem der linken ary-epiglottischen Falte hat bedeutend abgenommen, dagegen zeigten beide Aryknorpel keine Veränderung. An der Aussenseite derselben bildeten sich grauweisse Beläge, die wahrscheinlich in Folge einer Fibrin-Coagulation entstanden sind.

30. October 1895. St. afebrilis. Schluckweh intensiver. Die Nutrition wird nur durch Ernährungsclystiere befördert. Die äussere Infiltration hat sich über den ganzen Larynx ausgedehnt, so dass die Form desselben theilweise verstrichen ist. Beide Aryknorpel sind stark vergrössert, der an ihrer Aussenseite haftende Belag stellt sich voluminöser und schmutzig verfärbt vor. Das Kehlkopffinnere ist frei, die Respiration ungestört. Gegen Abend fühlte sich Patientin unwohl und stellten sich Schwäche und mässiges Fieber (38,4°) ein. In dem Kehlkopfbilde trat keine Veränderung ein, Schluckweh unverändert.

31. October 1895. Temp. M. 38,5°. Patientin ist schwach, klagt über Schmerzen zwischen den Schulterblättern. Sehr starke Dysphagie. Das Kehlkopffinnere bietet nichts Abnormes, die Respiration geht normal vor sich, die beschriebenen, schmutzig weissen Beläge an den Aryknorpeln bleiben unverändert. Die Lungenexploration ergibt keine krankhaften Störungen. Während des am Abende desselben Tages mit Collegen Meyersohn aus Warschau abgehaltenen Consiliums fanden wir das nämliche Kehlkopfbild, doch konnte ich eine Zunahme der perilaryngealen Infiltration bestätigen. Ungeachtet dessen verspürte Patientin in der Nacht eine derartige Linderung des Schluckwehs, dass sie frei und ungestört auf normalem Wege sich ernähren konnte, und diese Besserung hielt bis zum letzten Augenblicke an.

Am 1. November wurde ich und Dr. Meyersohn um sieben Uhr Morgens zur Patientin gebeten. Als wir uns dahin begaben, fanden wir Collegen Kohn, der uns mittheilte, dass Patientin um fünf Uhr Früh glücklich ein lebendiges Kind zur Welt brachte. Die Geburt sollte, laut Collegen Kohn's Angaben, sehr gut verlaufen sein, dauerte nur eine kurze Zeit und wurde von einer mässigen Blutung begleitet, doch trat am Ende derselben ein so gewaltiger Collapsus auf, dass College Kohn kaum durch energische Excitation Patientin am Leben zu erhalten vermochte. In der That stellte sich der Zustand der Frau Sch. sehr ominös dar. Das Fieber zeigte eine Temp. von 39,4°, die Respiration und der kleine, kaum fühlbare Puls waren sehr beschleunigt, der Kräftezustand stark herabgesetzt. Selbstverständlich konnte unter diesen Umständen von einer laryngoscopischen Untersuchung keine Rede mehr sein. Den baldigen Exitus letalis vorahnend, beschränkten wir uns blos

auf Verabreichung exsistirender und tonisirender Mittel. Um 12 Uhr Mittag schien der Puls sich ein wenig gehoben zu haben, die Temperatur stieg bis 39,6°, an der Haut der oberen und unteren Extremitäten trat eine diffuse Röthung, ähnlich wie im Verlaufe vieler infectiöser Krankheiten auf. Patientin hustet und sondert ein röthlich verfärbtes Sputum ab, das Sensorium ist getrübt. Um drei Uhr Morgens wurde ich wieder zu Frau Sch. geholt. Den Zustand der Patientin fand ich hoffnungslos, das Sensorium stark benommen. Patientin phantasirt, reisst sich mit Gewalt von dem Lager auf, das Gesicht ist sehr verändert. Während der Auscultation constatirte ich in der linken Lunge schwache Rasselgeräusche, die Temperatur stieg bis 40°. Ich hielt mich bei der Patientin volle zwei Stunden auf, und trat trotz meiner sehr energischen Hilfe um fünf Uhr der Exitus letalis ein.

* * *

Indem ich diesen Fall trotz des Mangels an bacteriologischen Untersuchungen und der Bestätigung am Leichentische in die Rubrik der infectiösen Phlegmonen des Pharynx und Larynx im Senator'schen Sinne aufnehme, halte ich es für angezeigt, die Thatsachen anzuführen, welche ich der Diagnose zu Grunde lege. Wie uns die Krankengeschichte belehrt, litten in der Wohnung der Patientin sämtliche Personen an Halsentzündungen, welche, wie mich Colloge Kohn versicherte, zu der lacunären Pharynxentzündung gehörten. Wir wissen heut zu Tage, dass bei dieser Affection der Fehleisen'sche Streptococcus und der Streptococcus pyogenus nicht selten nachgewiesen worden sind und diese Krankheitsform manchmal Veranlassung zur Entwicklung einer Pharynx- und Larynxrose (Sendtner, Kirchner, Sokolowski etc.) oder nahe verwandter infectiöser Kehlkopf- und Schlundleiden geben. Ferner scheint jetzt die Thatsache der Identität beider Microorganismen, ebenso wie die Ansicht, dass nur der Grad der Virulenz derselben entscheidet, ob in jedem Falle ein primäres Pharynx- und Larynxerysipel oder eine infectiöse phlegmonöse Entzündung dieser Organe entstehen soll, genügend festgestellt zu sein. Wahrscheinlich zog sich auch unsere Patientin eine Infection zu, welche schon von Anfang an unter einer bedrohlichen, und zwar unter der Gestalt der acuten infectiösen Phlegnone des Pharynx und Larynx auftrat. Ich wenigstens konnte ebenso wie Coll. Kohn trotz wiederholter genauer Untersuchung keine entzündlichen Exsudate im Pharynx auffinden. Es ist uns ferner bekannt, dass ausser der Virulenz des Streptococcus pyogenus in der Entstehung vieler infectiösen Affectionen die Widerstandsfähigkeit des Organismus ein gewisses prädisponirendes Moment darbietet. Als solches könnte in unserem Falle der zarte Körperbau und die weit vorgerückte Schwangerschaft gelten. Wenn ich aber in Bezug auf die bacteriologische Beschaffenheit der Affection keine genauen Beweise angeben kann, so glaube ich doch das klinische Bild auf positive Thatsachen begründen zu können. Das Leiden trat unter mässigem Fieber auf. Die Temperatur schwankte zwischen 38° und 38,5° und überschritt im Verlaufe der Krankheit diese Höhe nur ein einziges Mal, und zwar am letzten Tage, wo sie bis 39,4°—39,6° und sogar

40° emporstieg. Gleich von Anfang an stellte sich intensives Schluckweh, leichte Anschwellung der linken Unterkieferdrüsen mit Hautröthung an entsprechender Seite ein. Im Pharynx fanden wir eine diffuse Röthung — keine Spur von entzündlichen Exsudaten, im Larynx eine starke Schwellung des Kehldeckels, der aryepiglottischen Falte und beider Aryknorpel. Rings um den Kehlkopf bestand eine harte Infiltration, die die Kehlkopfconfiguration wesentlich entstellte. Trotz der an der Aussenseite der Aryknorpel haftenden schmutzig-graulichen Membranen und der eine kurze Zeit anhaltenden Athemnoth konnte ich im Larynxinnern keine Beläge entdecken — was gegen Diphtheritis spricht, um so mehr als Patientin bis zur letzten Minute vollständig ungestört athmete. Die Krankheit entwickelte sich rapid unter dem Bilde einer rasch zunehmenden Adynamie. Der Tod erfolgte nach sieben bis acht Tagen. Berücksichtigen wir, dass Patientin die Geburt glücklich ohne nennenswerthe Blutung und in kurzer Zeit durchgemacht hat, so müssen wir zum Schlusse gelangen, dass derselben unmöglich der geschilderte Collapsus zuzumuthen sei. Mir scheint, dass diese traurige Erscheinung wahrscheinlich in Folge einer Infection, die schon von Anfang an gewaltig auftrat und das Leben der Patientin ernst bedrohte, hervorgerufen war. Für diese Ansicht sprechen folgende Umstände: die einige Stunden vor dem Tode constatirte hohe Temperatur bis 40°, die heftigen Schmerzen zwischen den Schulterblättern, der Husten, das roth verfärbte Sputum und die Rasselgeräusche, welche Erscheinungen vielleicht auf eine auf dem Wege einer Metastase sich entwickelnde Pleuropneumonie hindeuten (Semon) und die diffuse, auf den unteren Extremitäten entdeckte Röthung, welche im Verlaufe mehrerer infectiöser Affectionen beobachtet wird. Gegen dieses klinische Bild könnte nur ein erster Einwand erhoben werden. Ich meine die späte Betheiligung des Sensoriums, welche erst einige Stunden vor dem Tode zum Vorschein kam. Ich glaube jedoch, dass ungeachtet dessen das gleichzeitige Auftreten so vieler für die acute, infectiöse, phlegmonöse Pharyngitis charakteristischer Symptome in diesem Falle mit grosser Wahrscheinlichkeit für eine Senator'sche phlegmonöse Rachenentzündung spricht.

II. Kritiken.

Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1892 bis 1894. Von Dr. Louis Blau, Specialarzt für Ohrenkrankheiten in Berlin. Leipzig, Verlag von Otto Wigand. 1896.

Mit staunenswerthem Fleisse und grosser Sachkenntniss hat Blau die otaitrische Literatur während der Jahre 1892—1894 zusammengestellt und bietet in einem relativ kleinen Büchlein den Fachcollegen einen guten Ueberblick über dieselbe. In prägnanter Weise sind die Anschauungen der Autoren wiedergegeben; man findet theils ein kurzes Excerpt der betreffenden Arbeit, theils einen Hinweis auf den Autor und sein Werk, so dass sich dieser Bericht in ausgezeichnete Weise zur Orientirung über die neuere otaitrische Literatur eignet.

Dr. Alt.

Compendium der Ohrenheilkunde für Aerzte und Studierende. Von Dr. H. Schroeder, Ohrenarzt, Breslau. Verlag von Preuss u. Jünger. 1896.

Ein kurzes Buch von 150 Seiten, das als Compendium der Ohrenheilkunde betrachtet sein will; dies mag manchem Fachcollegen eigenthümlich klingen. Und doch wird ein Jeder, der das Buch zur Hand nimmt, eingestehen, dass Schroeder es in trefflicher Weise herausgefunden hat, was die practischen Aerzte auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde brauchen und überhaupt lernen wollen. Er bietet keine langen theoretischen Ausführungen, bespricht nicht schwierige Operationen, sondern verlegt sich hauptsächlich auf den diagnostischen und therapeutischen Theil und es ist zweifellos, dass „das Buch als Ergänzung und Repetition des im practischen Course gelernten“ (nach den Worten des Autors) seine Bestimmung vollauf erfüllen wird. Dr. Alt.

III. Referate.

a) Pharyngo-laryngologische:

Ueber Halshautemphysem bei Gebärenden. (De l'emphysème sous-cutané du cou chez les parturientes.) Von Dr. Nicaise (Académie de médecine de Paris 1886, Séance du 2 Juni.)

Plötzliches Entstehen von Hautemphysem an der Halsbasis kommt selten während der Geburt vor, meist bei Erstgebärenden, welche schwer gebären und viel schreien. Früher wurde angenommen, dass dieses Emphysem durch Zerreißen der Lungenzellen der Lungenspitze oder durch Zerreißen des Ligamentum cricothyroideum entstehe. Seitdem die Physiologie aber lehrt, dass die Trachea sich, im Gegensatz der früheren Annahme, während des Inspirium zusammenzieht und während des Expirium sich erweitert, weiss man, dass dieses Emphysem durch Zerreißen der Trachealwand geschieht; dieses sieht man bei starken Hustenstößen bei Tussis convulsiva, bei starkem Schreien der Erstgebärenden eintreten, und immer während dem Expirium. In bei Weitem den meisten Fällen bleibt dieses Emphysem localisirt und verschwindet bald wieder; es ist jedoch ein Fall bekannt, wo das Emphysem allgemein wurde und den Tod brachte. Ist Emphysem eingetreten, so soll man die Entbindung so rasch wie möglich beendigen; ist letzteres unmöglich, so soll man chloroformiren; nach beendigter Geburt soll Patientin sich ruhig verhalten und nur mit Flüsterstimme sprechen.

Dr. P. K.

Bacteriologische Halsuntersuchung bei einigen fieberhaften Krankheiten. (Note sur l'examen bacteriologique de la gorge dans quelques fièvres.) Von Dr. Symes. (The Lancet 1895)

Principiell wurde in jedem Falle von Halsexsudat, welcher in London, Feverhospital, aufgenommen wurde, die bacteriologische Untersuchung vorgenommen. In 68 Fällen von Scharlach waren 14 Mal Streptococcen allein, 25 Mal Streptococcen mit Coccus in Gruppen,

1 Mal Coccus in Gruppen allein, 1 Mal Coccus mit dem langen Diphtheritisbacillus, 9 Mal Coccus mit kurzem Diphtheritisbacillus, 14 Mal Coccus und andere Bacillusformen, 3 Mal verschiedene Bacillusformen. In 18 Fällen von klinisch diagnosticirter Diphtheritis wurde nur 10 Mal der lange Klebs-Löffler'sche Bacillus nachgewiesen. In 14 Fällen von Masern wurde 3 Mal der kurze Diphtheritisbacillus nachgewiesen.

Dr. P. K.

Seltene Localisation im Pharynx bei Syphilis. (Localisations rares pharyngiennes dans la syphilis héréditaire tardive.) Von Dr. Mouriez. (Société française d'otologie et de laryngologie et Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Es giebt Gummata, welche man nicht bei einfacher Pharynxuntersuchung entdeckt und zu deren Diagnose die Rhinoscopia posterior erforderlich ist. Verf. giebt drei solcher Krankengeschichten, junge Mädchen betreffend, welche sich nur allein über Schlingbeschwerden beklagten. Die Heilung ging rasch unter Jodbehandlung von statten.

Dr. P. K.

Schwefelsaures Kupferoxyd bei tertiären Ulcerationen des Pharynx. (Sulfate de cuivre dans les ulcérations pharyngées tertiaires.) Von Dr. De Santi. (Morgagni und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Neben der Allgemeinbehandlung soll man die Geschwüre putzen, mit Cocain und nachher mit 1:25 Kupfervitriol bepinseln und die Patienten nachher mit Borsäurelösung gurgeln lassen.

Dr. P. K.

Fremdkörper der obersten Luftwege. (Corps étrangers des voies aériennes.) Von Dr. R. Heydecker. (Archiv. of pediatrics u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Ein 5 $\frac{1}{2}$ -jähriges Kind war dem Erstickungstode des Nachts nahe. Verf. machte schnell die Tracheotomie mittelst eines einfachen Bistouri und einigen Haarnadeln; als das Kind wieder athmete, liess man eine Canüle holen, welche eingeführt wurde. Croup konnte ausgeschlossen werden. Die laryngoscopische Untersuchung ergab einen metallenen Körper im Larynxeingang, welcher mittelst Zange entfernt wurde und sich als den Knopf eines metallenen Pfropfens herausstellte. Heilung per primam. Verf. betont, dass die Tubage in diesem Anfangs zweifelhaften Falle direct tödtend gewirkt hätte.

Dr. P. K.

Tracheotomie wegen Fremdkörper in den oberen Luftwegen. (Trachéotomie pour corps étranger dans les voies aériennes.) Von Dr. Glissan. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Ein 9jähriger Knabe hatte eine Stecknadel im Munde, während er ein jüngeres Kind hütete. Die Stecknadel verschwand ohne anfangs Beschwerden hervorzurufen. Am anderen Tage klagte Patient

über Stechen in der Trachea; wenn er sich aufrecht hielt, bemerkte man eine kleine Hervorragung zwischen dem dritten und vierten Trachealring; letztere verschwand, wenn Patient die Rückenlage einnahm. Tracheotomie, Extraction erst am Tage nachher.

Dr. P. K.

Retropharyngealer Abscess, Typhus vorspiegelnd. (Phlegmon rétro-pharyngien simulant la fièvre typhoïde.) Von Dr. Manchot. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Senkrechter Durchschnitt durch Hals und Kopf; man sieht an dem pathologisch-anatomischen Präparat die Eiterung der Sphenoidalhöhlen und einen retropharyngealen Abscess. Das Präparat rührt von einem Diabetiker her, welcher das Bild des Typhus darbot; am siebenten Tage des Unwohlseins zeigte er Milzschwellung und Roseola, am zehnten Tage trat Collapsus mit Tod ein. Die Section ergab normales Ileum.

Dr. P. K.

Operative Behandlung der retropharyngealen Abscesse beim Kinde. (Du traitement opératoire des abcès chauds rétropharyngiens chez l'enfant.) Von Dr. F. Rochard. (La médecine infantile und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Es giebt zwei Methoden der Eröffnung, welche jede ihre Vortheile und Nachtheile haben. Verf. rath eine schnelle Diagnose zu machen, den Abscess in der Medianlinie im Munde zu öffnen. Es giebt Fälle, wo man dennoch von aussen öffnen muss: wenn man aussen Fluctuation spürt, wenn die Tasche sehr tief sitzt und nicht im Munde geöffnet werden kann, wenn der Pharynx tief nach unten unterminirt ist.

Dr. P. K.

Acute perforirende Tuberculose des Gaumensegels. (Tuberculose aigue perforante du voile du palais.) Von Dr. Talamon. (Médecine moderne und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 5.)

Schon von Isambert und Julliard unter dem Namen der acuten Milliartuberculose des Pharynx beschrieben. Selten kommt die Perforation bei Tuberculose, fast immer bei Syphilis vor. Dieser Fall betrifft eine 26jährige Frau, welche durch locale Behandlung mittelst Milchsäure und mittelst cantharinsäuren Natroninjectionen geheilt wurde.

Dr. P. K.

Ueber Contagion des Scharlach. (De la contagion de la scarlatine.) Von Dr. Lemoine. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 22 Novembre 1895 und Semaine médicale 59.)

Die Meinung, dass Scharlach blos im Stadium der Abschuppung ansteckend sei, ist irrig und führt zu in der Praxis schädlichen Missverständnissen. Jedenfalls sind die Abschuppungen nicht exclusive ansteckend, Impfungen mittelst derselben ergaben negative Resultate, es sind bewiesene Fälle von Ansteckung auch vor dem Desquamations-

stadium bekannt. Verf.'s Beobachtungen, welche er gelegentlich zweier grossen Epidemien machte, ergaben, dass viel mehr Ansteckungsfälle in der ersten, als in der Periode der Abschuppung vorkommen. Das Gift wurde im Pharynx gebildet, von da kann es auf die äussere Haut, auf Kleidungsstücke u. s. w. gelangen, kann hartnäckiger als das Maserngift fortbestehen und am leichtesten im Mund und Pharynx anderer Personen sich ausbreiten und selbe inficiren. Hier muss man es auch anzugreifen suchen. Man soll also Scharlachkranke von Anfang an isoliren und von Anfang an Mund und Rachen desinficiren; man muss Nasendouchen geben und Gurgelungen vorschreiben noch lange nachdem die Angina schon verschwunden ist. Leider kennen wir das specifische Scharlachgift noch nicht, dennoch müssen wir desinficiren.

Dr. P. K.

Ueber einen Zungenfremdkörper. (Sur un cas de corps étranger de la langue.) Von Dr. Derville. (Journal des sciences médicales de Lille und Revue de laryngologie 1896, No. 7.)

Während eines Streites gerieth bei einem Betrunkenen die Bernsteinspitze seiner Pfeife in das Zungenfleisch, welches nun hart anschwoll. Da die Frau in ihrer Function als Hebamme syphilitisch inficirt wurde, nahm man ein Gumma der Zunge an. Da aber nachher eine Fistel entstand, wurde mittelst der Sonde die Gegenwart eines Fremdkörpers festgestellt und die Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt.

Dr. P. K.

Ueber rhythmische Zungentraktionen gegen Asphyxie nach Tracheotomie. (Des tractions rythmées de la langue contre l'asphyxie consécutive à la trachéotomie.) Von DDr. Moizard, Fournier u. Prieur. (Union médicale und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Wenn Apnoe nach Tracheotomie eintritt und Reizung der Haut, der Trachea, Einspritzungen und die künstliche Respiration nicht helfen, so soll man die Laborde'schen Zungentraktionen anwenden. Verf. bringt zwei Beispiele zum Beleg.

Dr. P. K.

Phlegmonöse Entzündung der Zungenmandel. (Amygdalite linguale phlegmoneuse.) Von Dr. E. Escat. (Revue hebdomadaire de laryngologie 1896, No. 5.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte eines solchen Falles. Die Differentialdiagnose mit phlegmonöser Mandelentzündung, Glossitis, Untertzungenabscess und Ludwig'scher Angina macht sich durch folgende Anhaltspunkte: Einseitige phlegmonöse Entzündung der Zungenmandel, meistens im Gefolge einer catarrhalischen Angina; Dysphagie mit Fremdkörpergefühl im unteren Theile des Pharynx; Dyspnoe pharyngealen Ursprunges; suprahyoïdaler einseitiger Schmerz; Druck auf das grosse Zungenbeinhorn vermehrt; Schwellung der Inframaxillardrüsen und namentlich der medianen Oberzungenbeindrüsen; Sprachstörungen; Unbeweglichkeit der Zunge und Empordrängen ihrer Basis

ohne Schwellung der Unterzungengegend; glatter, einseitiger, durch das Laryngoscop leicht erkennbarer rother Tumor an der Zungenmandel; Fehlen der Entzündungen der Mandeln, der Unterzungengegend und des Larynx. Dr. P. K.

Ueber die Abscesse der Mandelumgebung. (Des abcès périamygdaliens.) Von Dr. Gouguenheim. (Société médicale des hôpitaux de Paris und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Verf. behauptet, den classischen Beschreibungen widersprechend, dass die Mandelabscesse bei Weitem die häufigsten, die Abscesse des die Mandel umgebenden Gewebes dagegen sehr selten seien; bei letzteren ist die Quantität Eiter viel bedeutender, sie sind viel grösser und qualvoller, als die eigentlichen Mandelabscesse. Die eigentlichen Mandelabscesse sind kleiner, greifen nie auf die andere Seite über, sie öffnen sich meist spontan nach acht Tagen, geben wenig, oft stinkenden Eiter, lassen meist die kleine Ausgangsöffnung an der Mandel selbst sehen, lassen fast nie Fluctuation fühlen und machen so den chirurgischen Eingriff unmöglich und überflüssig. Die Abscesse der Umgebung der Mandel entstehen ebenfalls durch Microboneingang in die Crypten, haben dieselben Symptome in verstärktem Grade; die Mandel ist verhältnissmässig wenig angeschwollen, desto mehr aber die Umgebung, und die Schwellung greift von Anbeginn auf die andere Seite mehr weniger über; die Fluctuation lässt sich nach einiger Zeit immer an der äusseren Seite des Arcus palatoglossus feststellen und bei diesen Abscessen kann chirurgisch eingegriffen werden; es fliesst eine grosse Quantität Eiter heraus; eine gebogene Sonde, in die Schnittöffnung eingeführt, gelangt in einen nach allen Richtungen hin ziemlich ausgedehnten Eitersack, ausgenommen gegen die Mandel zu, welche den Sack gänzlich abschliesst. Man soll diese Abscesse so früh wie möglich einschneiden und die Tasche antiseptisch auswaschen. Manchmal bleibt eine Tasche zurück und es bilden sich dann die recidivirenden Abscesse der Mandelumgebung; in solchen Fällen muss man den Sack weit öffnen und die Innenwände chirurgisch behandeln. Bei solchen Abscessen muss immer ein ein Centimeter langer Schnitt senkrecht geführt werden; tritt kein Eiter aus, so kann man mit der Hohlsonde nachhelfen; vor der Eröffnung kann man mittelst der Pravaz'schen Spritze Probepunctionen machen. Dr. P. K.

Ueber polypoide Hypertrophien der Mandel. (Des hypertrophies polypoides de l'amygdale.) Von Dr. Lemariéy. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5)

Verf. kommt am Ende seiner genau durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) diese polypoiden Hypertrophien können eine accessorische Mandel darstellen; 2) ein Lappen einer hypertrophischen oder multilobulären Mandel kann sich verlängern; 3) die ganze Mandel kann sich stielen. Diese 3 Arten können den fibrösen oder den lymphatischen Character annehmen; sie bleiben oft unbemerkt und bedrohen selten das Leben. Dennoch soll man selbe bei Zeiten operiren.

Dr. P. K.

Sehr grosser Mandelstein links. (Calcul très volumineux de l'amygdale gauche.) Von Dr. Anthelme-Combe u. Dubousquet-Laborderie. (Tribune médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Ein 3,15 Gr. wiegender Mandelstein wurde von selbst ausgeworfen, ohne dass er vorher Entzündung hervorgerufen hatte. Verff. geben analoge Beispiele aus der Literatur, geben deren chemische Zusammensetzung und sehen ihre Bildung als secundär von Mandelpröpfen an.
Dr. P. K.

Lacunäre Amygdalitis, einen eingeschlossenen Abscess simulirend. (Amygdalite lacunaire simulant un abcès encysté.) Von Dr. Brindel. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 21.)

Doppelseitige Anhäufung von käsiger Masse, welche einem doppelseitigen Mandelabscess sehr ähnlich schienen.
Dr. P. K.

Lacunäre käsige Amygdalitis tuberculöser Natur; primärer Herd. (Amygdalite lacunaire caséuse de nature tuberculeuse; foyer primitif.) Von Dr. J. Sacaze. (Archives générales de médecine und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Der Patient, ein alter Soldat, bot das Bild einer einfachen lacunären Amygdalitis dar: es bestand Schwellung der Cervicaldrüsen und in den Mandeln konnte man den Koch'schen Bacillus nachweisen. Abends Fieber. Die von Lannelongue angerathenen Einspritzungen von Chlorzink wurden ohne Erfolg gemacht.
Dr. P. K.

Beitrag zur Bacteriologie der acuten lacunären Amygdalitis. (Contribution à l'étude bactériologique des amygdalites lacunaires aiguës.) Von Dr. Büys. (La policlinique No. 22 und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Auf vier Fälle gestützt kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die verschiedensten Microorganismen bei der lacunären Mandelentzündung vorkommen können und dass kein specifischer Bacillus für diese Krankheit besteht.
Dr. P. K.

Angina diphtheritica und Croup nach Amygdalotomie. (Amygdalotomie suivie d'angine diphthéritique et de croup.) Von Dr. Augustus Caille. (Arch. of méd. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Man soll eine Woche lang Mandeln und Rachen desinficiren; cariöse Zähne sollen vorher entfernt werden. Verf. erzählt einen Fall von Diphtheritis mit Croup, bei welchem diese Vorsichtsmaassregeln nicht beobachtet worden waren.
Dr. P. K.

Zwei Fälle von Angina scarlatinosa mittelst antistreptococcischer Serumtherapie behandelt. (Deux cas d'angine scarlatineuse traités par la sérothérapie antistreptococcique.) Von Dr. Chatelain. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 13.)

Nach dem günstigen Verlauf der zwei genau beschriebenen Fälle kommt Verf. zu den folgenden Schlüssen: Da der Streptococcus bei

allen Complicationen bei Scharlach die Hauptrolle spielt, so kann man dreist das Marmorek'sche Serum anwenden. Die Wirkung stimmt genau mit der von Marmorek selbst angegebenen überein. Sinken der Temperatur, Verschwinden der Röthung und des Belages des Pharynx, Abnahme der Drüsenschwellung, Besserung des Allgemeinbefindens, kein Nierenleiden, Verschwinden des Eiweisses im Urin. Ein Serum, welches so wirksam die schädlichen Folgen eines hinzutretenden Microben bekämpft, kann fast als ein Specificum angesehen werden.

Dr. P. K.

Ueber Behandlung der scarlatinösen Angina mittelst des Marmorek'schen Serums. (Traitement de l'angine scarlatineuse par le sérum de Marmorek.) Von Dr. Armand Dubois. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 7.)

Bekanntlich hat Marmorek sein antistreptococcisches Serum eingespritzt, um die so häufig vorkommenden Complicationen bei Scharlach zu verhindern und um dann die Krankheit als einfaches Resultat der scarlatinösen Infection sich selbst zu überlassen. Vom klinischen Standpunkt aus betrachtet besteht beim Scharlach von Anfang an eine erythematöse Halsentzündung, welche sich öfters mit grauem Mandelbelag complicirt; diese Angina ist für Scharlach pathognomonisch und hat eine gute Prognose. In manchen Fällen ist aber diese frühzeitige Angina mit Pseudomembranen complicirt: in solchen Fällen ist die Diagnose schwer zu stellen und man kann sie nicht von diphtheritischer Angina unterscheiden; die bacteriologische Untersuchung allein verhilft zu richtiger Diagnose. Endlich stellt sich in der Abnahmsperiode und sogar in der Reconvalescenz wahre Diphtheritis ein, welche dann den Tod herbeiführt, ehe die Pseudomembranen den Larynx erreicht haben; diese spät eintretende Angina ist immer diphtheritisch, während die frühzeitig eintretende Angina immer streptococcischer Natur ist. Die Resultate, welche Marmorek und der Verf. bei ihren Kranken erreicht haben, sprechen der Ausführung der Einspritzung des antistreptococcischen Serums das Wort.

Dr. P. K.

Die den acuten Gelenkrheumatismus begleitende Angina. (L'angine du rhumatisme articulaire aigu.) Von Dr. Auclair. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Gewinnt immer mehr an Bedeutung, seitdem der acute Gelenkrheumatismus zu den Infectionskrankheiten gerechnet wird. Wurde früher immer mit rheumatischer Angina verwechselt. Kommt immer vor oder in den ersten Tagen der Gelenkschmerzen. Röthung, mässige Schwellung, Fehlen der Halsganglienschwellung, Schmerz und Schlingbeschwerden wenig ausgeprägt, plötzliches Steigen der Temperatur mit den anderen Fiebererscheinungen, oft Eiweiss im Urin, dehnt sich selten auf Ohren, Larynx und Nase aus, verschwindet allmählich.

Dr. P. K.

Ueber diphtheritische Angina mit herpetischem Gepräge. (De l'angine diphthéritique à forme herpétique.) Von Dr. Dieulafoy. (Académie de médecine, Séance du 11 Juni 1895 u. Semaine médicale 1895, No. 30.)

Vier Kranke schienen von herpetischer Angina befallen zu sein, während die bacteriologische Untersuchung Diphtheritis ergab. Diese Facta beweisen, dass die Diagnose einer Angina ohne bacteriologische Untersuchung unmöglich ist. Herpesbläschen auf dem Gaumen, an den Lippen, an den Nasenflügeln dürfen nicht mehr als Zeichen einer nichtdiphtheritischen Angina angesehen werden. Ein Herpesausschlag kann sich sehr gut zur Diphtheritis hinzugesellen; sie können uns also ohne bacteriologische Untersuchung nur in Irrthum führen.

Dr. P. K.

Behandlung der Angina diphtheritica mittelst Sublimatlösung zu 1:20 oder 1:30 in Glycerin. (Traitement de l'angine diphthéritique par le sublimé en solution au 1:20 ou au 1:30 dans la glycérine.) Von Dr. Moizard. (Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 4.)

Der Vortheil dieser Methode besteht darin, dass bloß zwei Mal in 24 Stunden gepinselt zu werden braucht; für jede Bepinselung braucht man drei Pinsel, den ersten, trockenen, zum Wegwischen der Membranen und des Schleimes, ohne zu verwunden, den zweiten, in die Flüssigkeit getauchten, zum Auftragen der Flüssigkeit, den dritten, trockenen, um die überflüssige Flüssigkeit zu verhindern, in den Magen zu gelangen; dabei sind die Nasendouchen und das Gurgeln mittelst nichtgiftiger Substanzen, wie Bromwasser und Kalkwasser, nicht ausgeschlossen. Die Bepinselungen müssen noch zwei Wochen nach Verschwinden der Pseudomembranen fortgesetzt werden; das Glycerin verhindert die Schmerzen und das Aufsaugen mittelst des dritten Pinsels verhindert die Vergiftung.

Dr. P. K.

Uebertragung von Diphtheritis durch gesunde Leute. (Transmission de la diphthérie par des personnes saines.) Von Dr. Herbert Peck. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Verf. citirt eine Reihe von Fällen, wo die Krankheit den Einwohnern verschiedener von einander entfernter Gehöfte mitgetheilt wurde, ohne dass die übertragenden Personen von der Krankheit befallen wurden; in einem dieser Fälle konnten bei dem verschont gebliebenen jungen Mann die Diphtheritisbacillen im Rachen nachgewiesen werden, ohne dass er selbst eine Angina bekam.

Dr. P. K.

Diphtheritis vom Huhn auf ein Kind übertragen. (Un cas de diphthérie chez un enfant transmise par un poulet.) Von Dr. Cole. (Journal de clinique et de thérapeutique infantile und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Die in letzter Zeit von einigen Autoren gelegnete Möglichkeit der Uebertragung von Diphtheritis von Vögeln auf den Menschen (der

Referent) findet in folgenden Beispielen seine Unrichtigkeit: Ein 2 $\frac{1}{2}$ jähriges Kind spielte mit einem von Diphtheritis befallenen Huhn, bekam Diphtheritis und starb. Verf. beruft sich auf die Erfahrungen Gerhardts und Nicatis, um die Möglichkeit der Ansteckung bei Diphtheritis von Vögeln auf den Menschen zu beweisen. Er erwähnt ferner die Beobachtung Bild's, welcher erzählt, dass auf der griechischen Insel Skathos seit dreissig Jahren kein Diphtheritis-Fall vorgekommen war, bis zwölf Perlhühner von Saloniquia herübergebracht wurden, welche alle an Diphtheritis starben; es folgte darauf eine verderbenbringende Diphtheritisepidemie in dem Hause, wo die Perlhühner untergebracht worden waren.

Dr. P. K.

Die Diphtheritis im separaten Gebäude des Spital Lariboisière und ihre Behandlung mittelst des Roux'schen Serum. (La diphtérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière et son traitement par le serum de Roux) Von Dr. A. Gouguenheim. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 5.)

Verf. gelangt am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: 1) bei Kindern und Erwachsenen wirkt das Serum mit ausserordentlicher Geschwindigkeit; 2) man soll nicht gleich 20 Cubikcentimeter, sondern immer nur soviel Cubikcentimeter geben, als das Kind Monate zählt; man soll erst bei Eintreten von Dyspnoe und Temperatursteigerung eine neue Dosis geben; 3) bei Erwachsenen kann man gleich von Anfang an 20 Cubikcentimeter geben und die Dosis unter den oben angegebenen Bedingungen wiederholen; 4) wenn allgemeine Intoxication besteht, so hilft das Serum nicht mehr; 5) die gutartigen Formen von Diphtheritis sind viel häufiger, als man allgemein annimmt; 6) die prophylactische Einspritzung kann gefahrlos ausgeführt werden, wenn man keine zu hohe Dosis anwendet.

Dr. P. K.

Bacteriologische Untersuchungen der Pseudomembranen bei diphtheroiden Syphiliden. (Recherches bactériologiques sur les fosses membranes des syphilides diphtéroïdes.) Von Hudelo und Bourges. (Bulletin de la société de biologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 10.)

Man findet bei secundären Halsleiden und primären Hautleiden nicht einen bestimmten Bacillus. Man findet bald den Bacterium colli commune, bald den Staphylococcus aureus, bald den Streptococcus pyogenes und albus.

Dr. P. K.

Ueber Wirkung des Wasserdampfes als Hilfsmittel bei der Sero-therapie bei Diphtherie. (De l'action de la vapeur d'eau comme adjuvant de la sérothérapie dans la diphtérie.) Von Dr. Variot. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 7 Juni 1894 u. Semaine médicale 1895, No. 30.)

Verf. rath, bei Croup eine Atmosphäre, die mit Wasserdampf geschwängert ist, einathmen zu lassen, zugleich aber eine Einspritzung von antidiphtheritischem Serum zu machen. Das Wasser bringt ein

Schmelzen der Pseudomembranen hervor und beruhigt die Larynxnerven. Dieser Combination verdankt man es, dass im Hôpital Trousseau die Tracheotomie auf 14 pCt. herabgesunken ist, während selbe früher 26 pCt. betrug; letzteres ist heute noch der Fall in den meisten Spitalern.
Dr. P. K.

Wann soll man bei Croup die Tracheotomie ausführen? (A quel moment doit on pratiquer la trachéotomie en cas du croup?)
Von Dr. Carron de la Carrière. (Revue de clinique et de thérapeutique u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Der Verlauf der sich bildenden Stenose ist von der grössten Wichtigkeit: 1) man muss sich also auf die fortwährend dauernde Stenose und nicht auf die Erstickungsanfälle stützen; 2) besteht das Pfeifen erst seit einigen Stunden und bedroht es das Leben nicht, besonders wenn es nicht rasch zunimmt, soll man abwarten; 3) wenn das Pfeifen seit einigen Stunden oberhalb und unterhalb des Sternum zu hören ist, wenn es zunimmt, besonders die ersten Zeichen der Asphyxie sich zeigen, so soll man operiren; es ist dieses der classische Moment; 4) wenn auch heftige Erstickungsanfälle bestehen und das Pfeifen in den Zwischenzeiten sehr gering oder Null ist, soll man abwarten; 5) ist das Kind unter beständiger ärztlicher Aufsicht, ist es kräftig, besteht ein nicht-infectiöser Croup, kann man jeden Augenblick einschreiten, so kann man getrost abwarten.
Dr. P. K.

Ueber primäre Gangrän des Rachens. Von Dr. Blumenau. (Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No. 26.)

Verf. giebt die Literatur der primären und secundären Rachen-gangrän, welche überhaupt sehr selten vorkommt. Nachdem Verf. die Aetiologie, den Symptomenverlauf, die Prognose und die Therapie des Leidens im Allgemeinen besprochen, giebt er die genaue Krankengeschichte eines von ihm im Spital in Grodno beobachteten Falles, welcher, wie gewöhnlich, auch lethal endete.
Dr. P. K.

Ueber einen Stein des Warthon'schen Ganges. (A propos d'un calcul du conduit de Warthon.) Von Dr. Chiucini. (Bullet. delle malati dell' orecchio und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 9.)

Ein 117 Milligr. wiegender und 11 Mmtr. resp. 5 Mmtr. messender, aus kohlen-saurem und phosphors-aurem Kalk nebst organischen Substanzen bestehender Stein wurde spontan nach heftigen Schmerzen ausgestossen.
Dr. P. K.

Ueber urämische Worttaubheit. (La surdité verbale ur mique.) Von Prof. Dr. Gilbert Ballet. (Semaine médicale No. 22, 1896.)

Hübscher klinischer Vortrag über einen Fall, wo die Worttaubheit durch das Nierenleiden und die daraus entstehende urämische Intoxication entstanden ist.
Dr. P. K.

Noduli der Stimmbänder bei Kindern. (Laryngite nodulaire des enfants.) Von Dr. Moure. (Revue de laryngologie 1896, No. 6.)

Bis jetzt bei Erwachsenen nur beschrieben: sie kommen nur bei Ueberanstrengung und schlechtem Gebrauch der Stimme vor; namentlich bei zu engem Larynx, welcher für Tenor und Sopran gebaut ist, während die tiefen Basstöne damit gesungen werden; daher kommen diese Noduli mehr bei hohen Tenoren und mehr bei Frauen als Männern vor. Dieselbe Ursache wie bei Erwachsenen scheint bei Kindern obzuwalten: es sind meistens Kinder von 6 bis 10 Jahren, welche man in der Schule zwingt, tiefe Töne zu singen; man sieht in diesen kleinen Kehlköpfen ausser Röthung und Färbung der Stimmbänder im vorderen Drittel zwei symmetrisch sitzende Sängerknötchen, welche sich beim Intoniren berühren, aber vor sich im vorderen Drittel und hinter sich in den hinteren zwei Dritteln der Glottis einen elliptischen Spalt lassen, welche Schuld an der bitonalen Stimme sind. Die Krankheit, einmal ausgebrochen, ist schwer zu heilen; sie vergeht bei einiger Schonung in der Pubertät meist von selbst. Prophylactisch soll man Kinder nie das tiefe Register singen lassen.

Dr. P. K.

Compression des Nervus phrenicus bei der Behandlung des Glottiskrampfes. (Compression du nerf phrénique dans le traitement du spasme de la glotte.) Von Dr. Bidon. (Bulletin médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Schon Leloir hat die Compression des Nervus phrenicus bei Schluchzen angerathen; Verf. rät die Compression des Vagus bei Spasmus glottidis an. In einem Fall von Erstickungskampf bei einem hysterischen Mädchen drückte Verf. während einer Viertelstunde fünf Mal in einer Minute den Phrenicus zwischen den beiden Ansatzpunkten des Sternocleidomastoideus; Patientin wurde aus der Agone zum Leben zurückgerufen. Denselben Erfolg hatte Verf. bei einem Tabetiker, die Glottiskrämpfe blieben sogar ganz aus.

Dr. P. K.

Hygroma infrahyoideum mit Eiterung und drohender Asphyxie. (Hygroma sushyoidien suppuré avec asphyxie imminente.) Von Dr. Guida. (Archiv. ital. di laring. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Eiterndes Hygroma, welches in der Grösse eines Apfels an der vorderen linken Halsseite sich befand, Larynx und Trachea nach rechts verdrängte und drohende Erstickungsgefahr verursachte. Man machte einen tiefen Einschnitt, entleerte den Eiter und schnitt ein grosses Stück der Tasche heraus, welche Operationen die Tracheotomie unnöthig machten. Man constatirte nun, dass das seit lange bestehende Hygroma in der letzten Zeit rasch gewachsen und aus der in zwei Hälften getheilten Boyer'schen Tasche entstanden war.

Dr. P. K.

Behandlung des retrosternalen Kropfes. (Le traitement du goître rétrosternal.) Von Dr. Albert Heidenreich. (Semaine médicale 1896, No. 33.)

Verf. spricht nur von den gutartigen Kröpfen. Von den 70 von Wuhrmann beschriebenen retrosternalen Kröpfen waren 15 nicht von aussen zu sehen, mussten also durch die klinischen Symptome, namentlich durch die Perussion diagnosticirt werden, was leider nicht geschah und demnach blieb die Behandlung eine symptomatische; alle 15 starben, das will sagen, man muss in solchen Fällen immer gegen den Kropf direct einschreiten. Am besten bleibt immer die Radicaloperation, welche bloss 2 pCt. Todesfälle aufweist, während alle anderen Methoden, die Bonnet'sche mit einbegriffen, viel schlechtere Resultate ergeben. Ist keine Gefahr im Verzug, so kann man vorher noch die Jodbehandlung versuchen. Die Operation ist gewöhnlich leicht, wenn der Kropf zugleich oberhalb des Sternum besteht, was ja in den meisten Fällen stattfindet. Ist der retrosternale Kropf nicht sichtbar, so muss ein Bogenschnitt ausgeführt und die Section des Sternalendes der Musculi sternocleidomastoidei, sowie der Musculi sternohyoidei und sternothyroidei gemacht werden. Eine Knochenresection ist selten nöthig; die Tracheotomie soll, wo möglich, umgangen werden. Die Blutung wird in bei Weitem den meisten Fällen durch Tamponade mittelst Jodoformgaze gestillt. Bei bösartigen Kröpfen ist die Operation wenig einladend; selbst die Tracheotomie hilft in den wenigsten Fällen, da selbe das Hinderniss nicht zu heben vermag.

Dr. P. K.

Tracheotomie wegen Erstickungskropf; Blosslegung und Erheben eines hinter dem Sternum liegenden Theiles; allgemeine Behandlung; Liegenlassen der Canüle; Heilung. (Trachéotomie pour goître suffocant; isolement et soulèvement d'une partie plongeante rétrosternale; traitement général, canule à demeure; guérison.) Von Dr. Gangolphe. (Lyon médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Der interessanteste Punkt der Operation besteht darin, dass, da der Operateur nicht direct durch die Geschwulst auf die Trachea gelangen konnte, dieser mit dem Finger einen hinter dem Sternum gelegenen Theil der Geschwulst loslöste und nach oben und vorne luxirte; darauf sah man die Trachea blossgelegt, erweicht und plattgedrückt. Es wurde eine Canüle eingeführt, welche nach einem Jahre entfernt werden konnte. Die Trachea hatte ihre gewöhnliche Consistenz wieder erlangt und der Kropf war verschwunden. Dieses Factum befestigt die von Verf. früher ausgesprochene Meinung, dass ein aus seinen festen Ahärenzen herausgerissener und blossgelegter Kropf nothwendiger Weise atrophisch wird.

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass nach gemachter Tracheotomie ein Kropf allmählig verschwindet. (Der Referent.)

Dr. P. K.

Behandlung des Kropfes durch die Ligatur der vier Arteriae Thyroideae. (Du traitement du goître par la ligature des quatre artères thyroïdiennes.) Von Dr. Lavisé. (Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Nach Verf.'s Meinung ist diese Operation allen anderen blutigen Methoden vorzuziehen. Es tritt keine Gangrän, kein Myxödem, kein Erstickungstod durch Zusammenklappen der Trachea ein.

Dr. P. K.

Bemerkungen über 34 Kropfoperationen; Exstirpation und Ausschälung. (Note sur 34 opérations de goître; exstirpation et énucléation.) Von Dr. Jules Boeckel. (Gazette médicale de Strasbourg und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No 3.)

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Enucleation ist ohne alle Gefahr. Die Leichtigkeit und die Schnelligkeit der Operation lassen selbe sogar der partiellen Exstirpation vorziehen. Ist selbe unmöglich, was selten vorkommt, so soll man erst zur partiellen Exstirpation schreiten. Die totale Exstirpation soll nur mehr ausgeführt werden, wenn der Kropf ringförmig ist, und noch muss dann das Leben des Patienten direct bedroht sein. Ist die Trachea säbelscheidenartig abgeflacht, so muss man ausserdem die Tracheotomie ausführen, um den Kranken vor einem plötzlich eintretenden Erstickungstod (Kropftod, Roser) zu schützen.

Dr. P. K.

Recidive von Kropfkrebs in einer benachbarten Cervicaldrüse; mikroskopische Durchschnitte. (Recidive de cancer de goître dans un ganglion cervical; présentation de coupes.) Von Dr. Brindel u. Dr. Liaras. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie 1896, No. 29.)

Drei bis vier Monate nach dem chirurgischen Eingriff entwickelte sich bei einem Kropfkrebskranken eine carcinomatöse Lymphdrüse, welche gerade eben denselben mikroskopischen Durchschnitt, wie das entartete Corpus thyroideum zeigte. Es handelte sich um cylindrisches Epithelioma.

Dr. P. K.

Tödlicher Jodismus bei Kropf. (Jodisme mortel chez un goîtreux.) Von Dr. Conchon. (Société de thérapeutique, Séance du 13 Novembre 1895 und Semaine médicale 1895, No. 58.)

Nach therapeutischen Dosen von Jodkali innerlich und von Einreibung des Vorderhalses mit Jodsalbe verschwand der Kropf auf aussergewöhnlich schnelle Weise. Es traten dagegen alle Symptome der Cachexia strumipriva ein, denen der Patient erlag.

Dr. P. K.

Actinomycöse Perichondritis der rechten Schildknorpelhälfte. Secundär auftretende Actinomycose in der Umgebung des Larynx und chronischer Abscess der Cervicalgegend. Schwere funktionelle Störungen. Cachexie. Tod. (Périchondrite actinomycosique du cartilage thyroïde droit. Secondairement actinomycose périlaryngée et phlegmon cervical chronique. Troubles fonctionnels graves. Cachexie. Mort.) Von Dr. Poncet. (Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 12.)

Die zweite interessante Beobachtung von Larynxactinomycose. Es bestand Anfangs rechts nur ein taubeneigrosser Tumor mit etwas Heiserkeit und Dysphagie; Röthung des Larynxinnern mit Schwellung der rechten Larynxhälfte. Die Diagnose schwankte Anfangs zwischen Syphilis und infectiöser Laryngitis. Jodbehandlung liess im Stich. Bei eintretender Fluctuation wurde der Tumor eröffnet; Erleichterung während einigen Monaten. Später bildete sich ein fistulöses chronisches Geschwür aus, an dessen Inhalt man endlich Actinomycose diagnosticirte. Cachexie, Tod. Bei der Section konnte gar kein actinomycotischer Visceralherd nachgewiesen werden.

Dr. P. K.

Laryngealstenosen und ihre Behandlung. (Sténoses laryngées et leur traitement.) Von Dr. Egidi. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 8.)

Verf. giebt nichts Neues und behandelt speciell das Capitel der Intubation mittelst seines modificirten Instrumentes.

Dr. P. K.

Larynxfractur in Folge von Strangulation. (Fracture du larynx par strangulation.) Von Dr. Laugier. (Bulletin de la société anatomique u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

Eine alte Frau wurde todt in der Strasse gefunden. Keine äusseren Spuren von Gewaltthätigkeit und man hätte auf einen natürlichen Tod geschlossen, wenn nicht eine Fractur der Cartilago thyroidea und des Os hyoideum nebst Blutaustritt unter der Larynxmucosa auf Strangulation hätte schliessen lassen.

Dr. P. K.

Laryngealneurosen nach verschiedenen gynäkologischen Operationen. (Névroses laryngées à la suite de quelques opérations gynécologiques.) Von Dr. G. Ferreri. (Arch. ital. di otolog. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 3.)

So wie Schwangerschaft, Menopause, Menstruation, Uterusleiden Einfluss auf den Larynx ausüben können, so können es diesbezügliche Operationen auch. Besonders sind dies unvollständige Operationen und unter diesen namentlich das Anheften der Generationsapparate an die Bauchwand, welche diese Larynxsymptome hervorrufen; das Aufstossen bildet immer ein Hauptsymptom. Die Behandlung ist die gewöhnliche.

Dr. P. K.

Larynxödem als diagnostisches Merkmal von Nierenleiden. (L'œdème du larynx comme signe diagnostique d'affections rénales.) Von Dr. Abate. (Archiv. int. delle spec. medic.-chirurg. und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Acutes Larynxödem, welches mittelst Scarificationen bedeutend gemildert wurde. Acht Tage später bemerkte Verf. beim nochmaligen Scarificiren Augenliderödem und fand dann natürlich durch Nierenuntersuchung eine parenchymatöse Nephritis. Das wandernde Oedem ist ja ein Hauptcharacterzug des Morbus Brightii. Dr. P. K.

Larynxlähmungen bei Typhus. (Des paralysies laryngées dans la fièvre typhoïde.) Von Dr. Lublinski. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1894, No. 4.)

Werden oft mit Larynxtyphus verwechselt und selten in der acuten Periode, meist in der Reconvalescenz beobachtet. Verf. hat fünf Fälle beobachtet, wovon einer eine Abductorenlähmung, drei eine totale Recurrenslähmung, einer eine beiderseitige Recurrenslähmung betraf; die Lähmung ist in den meisten Fällen eine rein nervöse, die der Abductoren ist natürlich die gefährlichste. Dr. P. K.

Larynxvaricella. (La varicelle du larynx.) Von Dr. Marfan und Dr. Hallé. (Revue des maladies de l'enfance 1896, XIV, Heft I.)

Wenn die Varicella an sich eine gutartige Krankheit ist, so ist die Localisation im Larynx eine ernsthafte Krankheit; von vier laryngoscopisch festgestellten Fällen endeten drei fäthal trotz der ausgeführten Tracheotomie, welche fast nie umgangen werden kann; die Symptome sind denen des Croup so ähnlich, dass nur das Laryngoscop und die bacteriologische Untersuchung zur Differentialdiagnose verhelfen können. Dr. P. K.

Ueber Laryngotomia intercricothyroidea. (La laryngotomie intercricothyroïdienne.) Von Dr. Richelot. (Académie de médecine de Paris, Séance du 21 Avril 1896 und Semaine médicale 1896, No. 21.)

Gänzlich ungefährlich ersetzt sie die mehr oder weniger gefährliche Tracheotomie. Für die ganze Operation braucht man etwa eine Minute Zeit; kein Organ, kein Blutgefäß kann verletzt werden; man braucht blos ein Messer und eine kleine Krishaber'sche Schnabelcanüle; man setzt den linken Zeigefinger in der Mittellinie an den unteren Schildknorpelrand und hebt den Schildknorpel nach oben oder, was dasselbe ist, man streckt den Kopf des Patienten nach hinten, macht einen 1 Cmtr. langen Hautschnitt bis auf die Membrana cricothyroidea, schneidet letztere ein und legt die Canüle ein. Eine Canüle von 9—10 Mmtr. Durchmesser genügt zur normalen Athmung, selbst bei Phthisis und Krebs.

Verf. bedenkt nicht, dass immer die Cartilago cricoidea mehr oder weniger beim Schnitt sowohl, als beim forcirten Einführen der Canüle verletzt und in den meisten Fällen diese Cartilago cricoidea durch

Druck necrotisch wird; ferner kann diese relativ kleine Cantile beim gesunden Larynx zur Athmung genügen; bei Diphtheritis, Tuberculose und Krebs wird sie sich aber nur zu leicht verstopfen. (Der Ref.)
Dr. P. K.

Ueber Dysphagie bei Larynxtuberculose und ihre Behandlung. (De la dysphagie dans la tuberculose laryngée et de son traitement.) Von Dr. Molinié. (Marseille médic. und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Sie besteht fast nie, ohne dass Geschwüre vorhanden sind; sie scheint nicht von einer Degenerationsneuritis, wie Virchow, Tissier und Doléris glauben, sondern von einer proliferativen Neuritis (Pseudoneuroma) abzuhängen. Verf. befand sich am besten bei der Glühhitze und bei der Arytenoidectomie.
Dr. P. K.

Hodenatrophie durch Rheuma; Untersuchung des Larynx und der Stimme. (Atrophie testiculaire d'origine rhumatismale; examen du larynx et de la voix) Von Dr. Brindel. (Journal de médecine de Bordeaux und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 21.)

Bei einem 16jährigen Mann trat Hodenatrophie bei Rheumatismus ein. Seltene Fälle. Der Larynx war der eines ausgewachsenen Mannes; dagegen war die Stimme die eines sich in der Mutation befindenden jungen Mannes.
Dr. P. K.

Diffuses subglottisches Papillom, durch endolaryngeale Methode entfernt. (Papillomes diffus sousglottiques, extirpation par la méthode endolaryngée. Von Dr. Lacoarret. (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 1.)

Verf. giebt die Krankengeschichte eines sich sehr langsam entwickelnden Papilloms, welches die grosse Toleranz des Larynx bei sich so langsam entwickelnden Tumoren zeigt und in diesen Fällen bei Erwachsenen des Kindes statt der beim kleinen Kinde fast nie zu umgehenden Tracheotomie mit folgender Laryngotomie die endolaryngeale Methode anzuwenden gestattet.
Dr. P. K.

Fremdkörper in der Trachea; Tracheotomie und Extraction. (Un cas de corps étranger dans la trachée; trachéotomie et extraction du corps étranger.) Von Dr. F. J. Baidon. (Brit. medic. Journal und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Ein 6jähriges, dem Erstickungstode nahes Kind wurde in's Spital gebracht; ein Stück Bleistift war aus dem Munde des Kindes verschwunden. Die Auscultation ergab das Vorhandensein des Fremdkörpers im rechten Bronchus. Entfernung des Fremdkörpers mittelst Tracheotomie und Zange; die Cantile konnte am vierten Tage entfernt werden. Heilung.
Dr. P. K.

Fall von Tachycardie durch Druck auf den rechten Pneumogastricus während des Verlaufs von Lungentuberculose mit Schwellung der Tracheobronchialdrüsen. (Un cas de tachycardie par compression du pneumogastrique droit au cours d'une tuberculose pulmonaire avec adénopathie trachéobronchique.) Von Dr. Lefébure. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 12.)

Verf. giebt die genaue Krankengeschichte des betreffenden Falles. Auffallend bei solchen Kranken ist die fortbestehende Orthopnoe, welche augenscheinlich mehr an ein Herzleiden als an Tuberculose erinnert; das cyanotisch aufgeblasene Gesicht erinnert gleich an Herzasthysie; die leicht hervorgedungenen Augen schauen befremdend darein; der Husten tritt in Anfällen auf, ähnlich wie bei Keuchhusten; es besteht totale Aphonie ohne Schlingbeschwerden. Dr. P. K.

Primärer Trachealkrebs. (Cancer primitif de la trachée.) Von Dr. Pogrebinski. (Revue de laryngologie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 3.)

Seltene Fälle. Verf. erwähnt die in der Litteratur bekannten Beispiele. Dr. P. K.

Operationsmethode bei der Laryngectomie ohne prophylactische Tracheotomie. (Manuel opératoire de la laryngectomie sans trachéotomie préventive.) Von Dr. Perruchet. (Thèse de doctorat. Paris 1894.)

Sie soll die durch die Tracheotomie bedingte septische Pneumonie, das sich zusammenziehende Narbengewebe und den Gebrauch der wenig practischen Tamponcathülen vermeiden. Die Operation ist im Original nachzulesen. Dr. P. M.

Trachealspeiseröhrenfistel actinomycotischen Ursprunges. (Fistule trachéoesophagienne d'origine actinomycotique.) Von Dr. Poncet. (Académie de médecine de Paris, Séance du 7 Avril 1896 und Semaine médicale 1896, No. 18.)

Verf. operirte die obengenannte Fistel bei einer jungen Frau, welche ausserdem eine Induration der rechten Lungenspitze ebenfalls actinomycotischer Natur hatte; die Fistel war vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren durch einen Oesophagusabscess entstanden. Die Infection war durch frische Maiskörner, welche Patientin zu kauen die Gewohnheit hatte, entstanden. In dem Auswurf wurde die Actinomykose mikroskopisch constatirt. Dr. P. K.

Neues Trachealecarteur. (Ecarteur trachéal nouveau.) Von Dr. Castex. (Société française de laryngologie et d'otologie und Revue de laryngologie 1896, No. 29.)

Um die Unannehmlichkeiten der Cathüle in einigen Fällen zu beiseitigen, hat Verf. ein dem Blepharostaten der Augenärzte ähnliches, sehr einfaches Instrument erfunden; dasselbe hält das Lumen der

Trachea offen durch senkrechte Wirkung und ohne weder nach innen, noch nach aussen hervorzuragen. Die Vorzüge sind folgende: 1) viel leichtere Entleerung der Trachea; 2) viel leichtere Desinfection der Trachea; 3) kein Decubitus in Folge des Druckes des Cantülenschnabels; 4) viel leichter Einblik und leichteres Operiren in der Trachea nach oben und nach unten vom Trachealschnitt. Dr. P. K.

Ueber Indicationen, Ausführung und Folgen der Thyrotomie. (De la thyrotomie au point de vue de ses indications, de son manuel opératoire et de ses suites.) Von Dr. Brindel. (Clinique des mal. du larynx de Bordeaux u. Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 24.)

Aus den allgemein bekannten Thatsachen hebt Verf. mit Recht hervor, dass die Thyrotomie nicht ohne vorherige Tracheotomie ausgeführt werden soll, beide Operationen sind in derselben Sitzung zu machen; die Trendelenburg'sche, von Dr. Moure modificirte Cantüle soll angewandt werden. Beide Schildknorpelhälften müssen nicht nothwendigerweise nach der Operation vernäht werden. (Ref. vernähte selbe in zwei Fällen bei Erwachsenen nicht und erhielt dennoch eine tadellose Heilung.) Die nach der Eröffnung des Larynx eintretende Apnoe ist nicht auf das Chloroform zurückzuführen, sondern ist reflectorischer Natur. Eine ausgeführte Thyrotomie hält das Wachstum des Larynx nicht auf. Die Stimme wird nicht beeinträchtigt, auch wenn man die Cartilago thyroidea einen Millimeter nach links und rechts von der Medianlinie einschneidet; der Operateur hat also beim Einschneiden zwei Millimeter Spielraum. Wenn nach der Operation Respirations- oder Stimmstörungen bleiben, so ist jedenfalls der verticale Knorpelschnitt nicht daran Schuld. Dr. P. K.

Ueber den Werth des Tuberculins bei der Diagnose der Tuberculose beim Rindvieh. (Sur la valeur de la tuberculine comme moyen de diagnostic de la tuberculose bovine.) Von Dr. Weber. (Académie de médecine de Paris, Séance du 25 février 1896 und Semaine médicale 1896, No. 11.)

Alle tuberculösen Thiere zeigen Reaction nach der Injection, es ist also sehr leicht, einen Stall von kranken Thieren zu reinigen, zu desinficiren und nur gesunde Thiere einzunehmen. Die Academie kommt zu dem Schlusse, dass das Tuberculin ein ausgezeichnetes Mittel ist, die Tuberculose bei dem Rinde festzustellen. Dr. P. K.

Bedeutung der Kleider, von Phthisikern herrührend. (Les habits des phthisiques dans la contagion de la tuberculose.) Von Dr. Bornay. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 12.)

Keinem Zweifel unterliegender Fall von Tuberculose, wo der betreffende Patient durch von einem verstorbenen tuberculösen Freunde herrührende Kleider angesteckt worden war. Dr. P. K.

Ueber frühzeitige Diagnose der Tuberculose beim Menschen mittelst schwacher Dosen Tuberculin. (Du diagnostic précoce de la tuberculose humaine par de faibles doses de tuberculine.) Von Dr. Grasset und Dr. Vedel. (Académie de médecine de Paris, Séance du 25 février 1896 und Semaine médicale 1896, No. 11.)

Der grosse Nutzen der frühzeitigen Diagnose der Tuberculose ist längst anerkannt; die Schwierigkeit der Diagnose ist aber auch anerkannt. Das Tuberculin, in kleinen Dosen subcutan angewandt, bringt keine Gefahr und zeigt die Gegenwart von Tuberculose.

Dr. P. K.

Ueber den Gebrauch des Mentholöles 1 zu 10. (De l'emploi de l'huile mentholée au 10.) Von Dr. Hamon du Fougeray. (Ann. des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 8.)

Um die allgemein bei den verschiedensten Arten von Pharyngitis vorkommenden functionellen Störungen, über welche bekanntlich die Patienten am meisten klagen, zu beseitigen, findet Verf. die zwei bis drei Mal täglich wiederholten Bepinselungen von Mentholöl am besten.

Dr. P. K.

Nothwendigkeit der Anwendung des Kallum jodatatum bei Larynxleiden mit zweifelhafter Diagnose. (Importance de l'administration de l'iodure de potassium dans les cas d'affections laryngées d'un diagnostic douteux.) Von Dr. C. Rice. (Académie de médecine de New-York und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 19.)

Je mehr man Laryngoscopie treibt, desto mehr kommt man zu der Ueberzeugung, dass es gewisse Fälle giebt, bei welchen die Diagnose eine Zeit lang zweifelhaft bleibt, so z. B. Tuberculose, wenn man den Bacillus nicht nachweisen kann, Syphilis mit Tuberculose combinirt, Corditis tuberosa und noduli der Sänger u. s. w. Selbst Syphilis allein verläuft oft auf dunkle Weise, besonders wenn andere Symptome und Anamnese fehlen. Sobald man zweifelt, muss Jodkalium angewandt werden; dabei muss man sich erinnern, dass nicht syphilitische Leiden sehr oft durch Jodkalium gebessert werden.

Dr. P. K.

Lungenchirurgie. (Chirurgie pulmonaire.) Von Dr. Tuffier. (Société de chirurgie de Paris, Séance du 13 Novembre 1895 und Semaine médic. 1895, No. 58.)

Verf. beweist durch drei Beispiele, wo im Verlauf der ersten Woche bei Lungenwunden durch Revolvererschüsse Temperatursteigerungen auftreten können, wo man die septische Transformation des Blutergusses erwartet, und diese dennoch nicht eintritt, wo man sich also des chirurgischen Eingriffes enthalten kann.

Was die Incision der Lunge betrifft, so rath Verf. das parietale Blatt der Lunge, nach gemachter Rippenresection und Eröffnung der Pleurahöhle, nicht zu breit zu öffnen, sondern nur den Finger durch

die kleine Oeffnung zu schieben und dann langsam loszutrennen bis man an die Lungencaverne oder Lungeninfiltration gelangt; auf diese Weise braucht man das parietale Blatt der Pleura nicht so weit zu öffnen.

Dr. P. K.

† Dr. Ludwig Celestin Josef Wagner

Präsident der laryngo-otologischen Gesellschaft in Paris

welcher sowohl als Fachschriftsteller wie als practischer Arzt sich eines sehr geachteten Namens erfreute, starb am 25. August l. J. in Obréchies par Ferrière-la-Grande in Frankreich. Wagner genoss seine Ausbildung zum grossen Theil in Wien, wo er durch längere Zeit an Gruber's Klinik thätig war.

Ehre seinem Andenken!

Notiz.

Unser geehrter Mitarbeiter Herr Docent Dr. Onodi wurde zum Mitgliede der K. Ungarischen Academie der Wissenschaften in Budapest und zum Mitgliede der Americanischen Gesellschaft für Laryngologie und Otologie ernannt.

Eingesendet.

Diejenigen Herren Collegen, welche über adenoide Wucherungen (Pathologie, Therapie, Operationsverfahren etc.) geschrieben haben, werden gebeten, darüber Mittheilungen gütigst an Dr. Laaser, Insterburg, Ostpreussen, gelangen zu lassen, da selbiger dabei ist, ein möglichst vollständiges Literaturverzeichniss darüber herauszugeben. Dasselbe soll im Anschluss an eine Arbeit: „Die adenoiden Wucherungen, ihre Folgezustände und Beziehungen zum Gesamtorganismus“ erscheinen.

Dr. Laaser.

Alle für die **Monatschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive und Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weill. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. E. Voltolini
und weill. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Gaughefner (Prag), Docent Dr. Gompertz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapringer (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. v. SCHRÖTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3 1/2 Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, October 1896.

No. 10.

I. Originalien.

Adenoide Vegetationen bei Taubstummen, nebst einigen Bemerkungen über die Aetiologie der Taubstummheit.

Von

M. U. Dr. **Ottokar Frankenberger**,

Privatdocent der Laryngologie und Rhinologie an der k. k. böhm. Universität
in Prag.

Seit der Zeit, als W. Meyer in Kopenhagen durch seine bahnbrechenden Arbeiten auf die Häufigkeit und Wichtigkeit der adenoiden Vegetationen der Nasenrachenhöhle die allgemeine Aufmerksamkeit gelenkt hat, wurde das Leiden von zahlreichen Autoren unzählige Mal beschrieben, und mit vollem Rechte; denn Angesichts der Apathie, mit der bis zur gegenwärtigen Zeit die Mehrzahl der practischen Aerzte den Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes gegenübersteht, ist es nothwendig, immer und immer wieder seine Stimme zu erheben und auf dieses so häufige und in seinen Folgen so ernste

Leiden aufmerksam zu machen. Deswegen kann auch ich den mir etwa gemachten Vorwurf leicht ertragen, dass ich ein Leiden behandle, das schon so oft und von so vielen berufeneren Seiten beschrieben worden war. Ist ja die ganze Pathologie der adenoiden Vegetationen noch lange nicht erschöpft, und dürfte daher jeder Beitrag zu derselben für die Wissenschaft von Bedeutung und für die Kranken nicht ohne Nutzen sein. So will ich denn auch gleich bemerken, dass ich mich nur auf einen Punkt beschränken werde, nämlich auf die Schwerhörigkeit resp. Taubheit in Folge der adenoiden Vegetationen, und mich mit der Frage befassen werde, ob es möglich ist, dass auf Grund dieses Leidens Taubstummheit sich entwickelt. Theoretisch ist es wohl einleuchtend, dass ein Kind, das mit adenoiden Vegetationen geboren wurde oder dieselben in den ersten Jahren seines Lebens bekommt, durch verschiedene, mit den adenoiden Vegetationen in engerem oder loserem Zusammenhang stehende Processe, die bekannt sind und die einzeln aufzuführen nicht nothwendig ist, taub werden kann und daher die Sprache entweder nicht erlernt oder dieselbe vergisst. Verhält es sich wirklich so, dann lässt sich gewiss erwarten, dass wir bei Taubstummten ein viel höheres Percent von adenoiden Vegetationen finden werden, als bei normalsinnigen Personen desselben Alters.

Wie oft adenoide Vegetationen bei vollsinnigen Kindern gefunden werden, darüber sind von verschiedenen Seiten Untersuchungen angestellt worden; so fand W. Meyer in Kopenhagen unter 2000 Schulkindern adenoide Vegetationen blos bei 1 pCt.; Doyer in Leiden fand sie bei 5 pCt. Kindern. Spätere Untersuchungen ergaben eine höhere Procentzahl: Schmiegelow in Kopenhagen fand im Jahre 1886 unter 581 Kindern 5 pCt. höhere Grade und 13 pCt. niedere Grade von adenoiden Vegetationen. Wróblewski¹⁾ fand in seiner Statistik unter 650 vollsinnigen Individuen blos 45 Mal adenoide Vegetationen, d. i. bei 7 pCt., Kafemann bei 9 pCt.

Die Untersuchung des Cavum pharyngonasale bei Taubstummten dagegen ergab geradezu überraschende Resultate. Lemcke²⁾ fand Veränderungen im Cavum überhaupt bei Taubstummten in 58 pCt., in 26,8 pCt. dieser Fälle konnten dieselben für die directe Ursache der Taubstummheit angesehen werden. Aldrich fand unter 100 Fällen 73 Mal adenoide Vegetationen als Ursache der Taubheit.

Wróblewski untersuchte im Warschauer Taubstummteninstitut 160 Pflinglinge, und zwar 92 Knaben und 68 Mädchen, um sich zu überzeugen, wie oft bei ihnen adenoide Vegetationen beobachtet werden und welche Rolle dieselben bei der Aetiologie dieses Gebrechens spielen. Er fand sie bei 92 Pflinglingen, d. i. bei 57,5 pCt., und zwar bei 52 Knaben (55,4 pCt.) und 40 Mädchen (58,1 pCt.). Derselbe Autor citirt auch eine Pariser These Peisson's über adenoide Vegetationen. Peisson untersuchte 100 Institutspflinglinge in Paris und fand bei mehr als der Hälfte derselben adenoide Vegetationen, denen er auch

¹⁾ Wróblewski, Contribution à l'étude des végétations adénoïdes. Les végét. adén. chez les sourd-muets. Revue de laryngol. 1892.

²⁾ Lemcke, die Taubstummheit im Grossherzogthum Mecklenburg-Schwerin; ihre Ursachen u. ihre Verhütung. Leipzig 1892.

eine wichtige Rolle bei der Aetiologie der Taubstummheit beilegt. Er glaubt, dass in Fällen, wo die Taubstummheit hereditär ist, man nicht eine alte Meningitis oder Meningolabyrinthitis suchen soll, welche Krankheiten nicht hereditär sind, sondern adenoide Vegetationen. Wróblewski erklärt die Entstehung der Taubstummheit bei adenoiden Vegetationen so, dass, indem sich dieselben in der ersten Kindheit entwickeln und sich besonders an der Pharynxmündung der Tube ansiedeln, sie diese verstopfen und auf diese Weise Taubheit erzeugen; ein Kind, welches nicht hört, kann auch nicht sprechen lernen. Dass adenoide Wucherungen sich in den ersten Lebensjahren entwickeln können, dafür haben wir manche Beweise. So sah Semon³⁾ unter 56 Fällen 5 im Alter von 1—5 Jahren, und hebt derselbe hervor, dass er überzeugt ist, dass das Leiden nicht selten angeboren ist.

Dass bei Gegenwart adenoider Vegetationen das Gehör leidet, ist allbekannt und bedarf keines Beweises. Halbeis⁴⁾ fand unter seinen Fällen von adenoiden Vegetationen 53 pCt. Kranke, welche ausschliesslich wegen ihres Ohrenleidens seine Hilfe in Anspruch nahmen und von einer Erkrankung des Nasenrachenraumes keine Ahnung hatten. Eine noch höhere Procentzahl fanden Meyer: 74,8 pCt., und Hartmann: 74,18 pCt. Fälle von adenoiden Vegetationen complicirt mit Affectionen des Ohres.

Ich habe in den eben verfloßenen Monaten (Februar bis Mai 1896) mit gütiger Erlaubniss des geehrten Directors des Prager Taubstummeninstituts, Herrn P. Kmoch und des ordinirenden Arztes daselbst, Herrn Prof. Neureutter, die Pflinglinge und Schüler der Anstalt, im Ganzen 159, einer Untersuchung unterzogen, um mich zu überzeugen, wie oft bei ihnen Erkrankungen der Nase und des Nasenrachenraumes, speciell adenoide Wucherungen gefunden werden. Meine Statistik weist 94 Knaben und 65 Mädchen im Alter von $6\frac{1}{2}$ —16 Jahren auf; von dieser Zahl ist aber ein Knabe auszuschneiden, bei dem weder die hintere Rhinoscopie, noch die Palpation wegen Sträuben desselben durchführbar war, so dass 93 Knaben und 65 Mädchen, im Ganzen 158 Taubstumme übrig bleiben. Hypertrophie der Pharynxtonsille wurde bei 56 = 60,21 pCt. Knaben und 38 = 58,46 pCt. Mädchen, zusammen bei 94 = 59,49 pCt. Taubstummen gefunden. Die Hypertrophie wurde bei 119 Kranken (75,31 pCt.) durch die Rhinoscopia post., bei 39 (24,69 pCt.) mittelst Palpation constatirt. Hier muss aber bemerkt werden, dass nur solche Fälle in diese Zahlen aufgenommen wurden, bei denen durch die hintere Rhinoscopie gefunden wurde, dass die hypertrophirte Rachentonsille die oberen Parthien der Choanen und des Septum verdeckt oder wenigstens ihren Rändern im Profil sich nähert, oder bei denen durch die Palpation ganz bestimmt eine Einschränkung des Raumes nachgewiesen wurde, während jene Fälle, in denen das lymphoide Gewebe nur mässig über das Niveau der übrigen Schleimhaut sich erhob, unter den Begriff Hypertrophie nicht einbezogen wurden.

³⁾ M. Mackenzie, Krankheiten des Halses u. d. Nase. Uebersetzt v. Semon. 1884, II, pag. 704.

⁴⁾ Halbeis, die aden. Veget. des Nasenrachenr. 1892.

Wären diese Fälle mitgezählt worden, so wäre die Procentzahl noch bei Weitem grösser ausgefallen.

Was noch einige andere Zahlen anbetrifft, die unser Interesse erregen können, so will ich mittheilen, dass grössere Anomalien des Ohres bei 58 Kranken = 36,48 pCt. gefunden wurden, und zwar am häufigsten Cerumenansammlung im Gehörgang (24), dann chronische Otorrhoe mit Granulationen (14) und stärkere Einziehung des Trommelfells (12). Ausserdem ist gefunden worden: Stenose des Gehörgangs (1), Atresie des Gehörgangs (1), Corpus alien. im Gehörgang (1), Synechie des Trommelfells mit der inneren Paukenhöhlenwand (1), Hyperämie des Trommelfells (2), Narbe im Trommelfell (1), Kalkablagerungen im Trommelfell (4), trockene Perforation des Trommelfells (3), vollständiger Defect des Trommelfells nach Ohreiterungen (4), Polypen (3), Narbe am Proc. mastoid. nach Periostitis (1).

Wenn wir von diesen 58 Fällen jene abziehen, bei denen ausser Cerumen keine andere pathologische Veränderung im Gehörorgan nachweisbar war, sowie den Fall mit dem Fremdkörper, zusammen 16, so bleiben 42 Fälle mit mehr weniger wichtigen Veränderungen, zumeist chronischen Eiterungen oder Residuen nach Entzündungs-Processen verschiedener Art; unter diesen 42 Fällen nun fand ich in nicht weniger als 37 = 88,1 pCt. adenoiden Vegetationen.

Diese auffallende Häufigkeit der adenoiden Vegetationen bei Taubstummheit ist gewiss nicht zufällig, sondern es muss aus derselben mit grosser Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass die adenoiden Vegetationen zur Taubstummheit in einem causalen Verhältniss stehen. So einfach, wie es sich Wróblewski vorstellt, dürfte es sich allerdings nicht verhalten; eher könnten wir annehmen, dass die adenoiden Vegetationen, besonders beim Ausbruch einer Infectiouskrankheit, nach welcher notorisch Taubstummheit häufig folgt und welche stets mehr oder weniger mit Erkrankungen der Nase und des Halses complicirt ist, das Entstehen einer Affection des Mittelohres und Labyrinthes begünstigen, indem sie einerseits als Träger verschiedener in den Lacunen resp. Recessussen sich aufhaltenden Krankheitserreger, andererseits als Theil des lymphatischen Apparates die Verschleppung von Krankheitskeimen in die tieferen Parthien des Felsenbeins wesentlich unterstützen.

Es drängt sich nun von selbst die Frage auf, ob es möglich wäre, durch frühzeitiges und sachgemässes Einschreiten gegen Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes, speciell gegen adenoiden Vegetationen, das Entstehen der Taubstummheit zu verhindern. Zahlreiche Autoren haben sich darüber in bejahendem Sinne ausgesprochen; so Roller⁵⁾, Lemcke⁶⁾, Bürkner⁷⁾ u. A. Letzterer sagt in seinem Lehrbuche im Kapitel über die Taubstummheit: „Während eine eigentliche Behandlung der Taubstummheit nur ausnahmsweise in Betracht kommen

⁵⁾ Roller, über Untersuchungen von 73 Taubstummen mit Rücksicht auf die Erscheinungen der Otopiesis. Arch. f. Ohrenhkl. XXIII Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresber. 1885, II., pag. 476.

⁶⁾ Lemcke, die Taubstummenschüler in Ludwigslust. Zeitschr. f. Ohrenheilk. XVI. Ref. in Virchow-Hirsch's Jahresber. 1886, II., pag. 495.

⁷⁾ Bürkner, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1892, pag. 331.

kann, ist von höchster Wichtigkeit die Prophylaxe: Wenn bei allen Ohraffectionen im Kindesalter und besonders bei den im Gefolge des Scharlach, der Masern und der übrigen zu schweren Hörstörungen disponirenden Infectionskrankheiten auftretenden rechtzeitig eine rationelle Therapie eingeleitet würde, so würde man in einer ansehnlichen Zahl von Fällen die Entwicklung dieses doppelten Gebrechens verhüten können.“ Dass zu einer rationellen Therapie dieser Ohrkrankheiten auch die gründliche und rechtzeitige Entfernung adenoider Vegetationen gehört, welche so zu sagen eine Brücke darstellen, über welche die pathogenen Elemente in's mittlere resp. innere Ohr gelangen, braucht nicht weiter erwähnt zu werden. Aehnlich verhält es sich mit der Meinung Bliss', welcher 546 Schüler untersuchte⁸⁾ und zu dem Schlusse gelangte, „dass die aus dieser Statistik und derjenigen anderer Beobachter zu ziehenden Lehren auf die Verhütung der Taubheit in der frühen Kindheit Bezug haben“. Bliss hat gesehen, dass, mit Ausschluss der unglücklichen Opfer vererbter Schwäche und Krankheit, zu denen die congenitalen Taubstummen wahrscheinlich als Klasse gehören, grosse Gruppen von Individuen vorhanden sind, deren totale Taubheit (und daraus entstehende Stummheit) sich frühzeitig entwickelt hat und Anfangs offenbar derartig beschaffen war, dass eine Heilung zulässig gewesen wäre, wenn nur der Zustand des Ohres rechtzeitig erkannt und vernünftig behandelt worden wäre.

Aus all' dem geht also hervor, dass Krankheiten des Nasenrachenraumes überhaupt, adenoide Vegetationen insbesondere eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Taubstummheit spielen, und dass, wenn denselben gleich im zartesten Kindesalter die ihnen gebührende Aufmerksamkeit geschenkt würde, die Zahl der Taubstummen mit der Zeit eingeschränkt werden könnte. Wohl würde das erfordern, jedes Kind sowohl gleich nach der Geburt, als auch später von Zeit zu Zeit in dieser Richtung, etwa bis zum 7. Lebensjahre zu untersuchen, und dazu wäre es wieder nothwendig, dass die Aerzte, hauptsächlich solche, denen die öffentliche Gesundheitspflege anvertraut ist, mit der Pathologie und Therapie der Krankheiten des Nasopharynx eine intimere Bekanntschaft machen, als es leider vielfach bisher der Fall ist.

Aber nicht nur prophylactisch, wie Bürkner, Bliss, Lemcke und Andere sich ausdrücken, kann man gegen die Taubstummheit eingreifen, sondern es ist auch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass auch eine schon entwickelte Taubheit durch sachgemässe Behandlung nicht nur der Ohren, wo man eine Läsion derselben findet, sondern auch der Krankheiten des Cavum, in specie der adenoiden Vegetationen, wenn nicht vollständig geheilt, so doch wenigstens bis zu einem gewissen Grade gebessert und dadurch auch die Taubstummheit mit Erfolg behandelt werden kann. Wenigstens theilt Arslan⁹⁾ mit, dass er unter 426 Fällen von adenoiden Vegetationen 6 Taubstumme fand, von denen 2 nach der Operation wesentlich gebessert wurden, insbe-

⁸⁾ Medical News, 10. August 1895. Ref in Zeitschr. f. Ohrenhkl. XXVIII., pag. 68.

⁹⁾ Arslan, Contribution statistique à l'étude des végét. adén. du rhinopharynx. Annales des mal. de l'or. etc. 1895, XII, pag. 509.

sondere einer von ihnen, der bald nach der Exstirpation der Wucherungen zu sprechen anfang und ganz bestimmt hörte. Es ist dies wohl eine kleine Zahl, aber dennoch geeignet, zu weiteren Versuchen auf diesem so dankbaren Wege anzuregen. Natürlich ist diese Deduction nicht etwa so zu verstehen, als ob ich der Meinung wäre, dass durch rechtzeitiges Einschreiten gegen die adenoiden Wucherungen alle Gefahr des Entstehens der Taubstummheit beseitigt wäre, aber ich glaube mit den anderen Autoren, dass damit ein wichtiges begünstigendes Moment beseitigt wäre, und dass dadurch in manchen Fällen, die, sei es durch hereditäre Belastung oder durch andere Umstände, zum Taubstummwerden incliniren, dem Auftreten dieses Gebrechens vorgebeugt werden kann, und zwar wie ich glaube, in ziemlich vielen Fällen, denn es ist meine Ueberzeugung, dass die Taubstummheit in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle auf erworbener Taubheit beruht, und da wird es wohl einen nicht geringen Bruchtheil von Fällen geben, die heilbar gewesen wären. Um diese meine Ueberzeugung zu beweisen, genügt es, die Statistiken der Taubstummheit und die bisherigen Resultate der pathologisch-anatomischen Untersuchungen von verstorbenen Taubstummen durchzugehen und logische Schlussfolgerungen aus denselben zu ziehen.

Die Taubstummheit kann bekanntlich auf doppelte Weise entstehen; entweder wird das Kind taub geboren, oder es wird später taub, und zwar entweder bevor es sprechen gelernt hat, und dann muss es natürlich so wie das taubgeborene stumm bleiben, oder in den ersten Lebensjahren, da es schon etwas gesprochen hat, in welchem Falle die Sprache sich nicht nur nicht weiter entwickelt, sondern früher oder später gänzlich vergessen wird, das Kind wird stumm.

Das Verhältniss dieser beiden Gruppen von Taubstummheit zu einander ist in den verschiedenen Statistiken sehr verschieden; so finden wir in der Statistik von Wilhelmi-Hartmann¹⁰⁾ vom Jahre 1874—75 betreffend Pommern 592 taubgeborene und 1031 taubgewordene Taubstumme; dagegen fand man in Frankreich nach der Volkszählung vom Jahre 1876¹⁰⁾ 16127 taubgeborene und 5268 taubgewordene; Falk¹¹⁾ fand unter 152 Taubstummen 69 taubgeborene, 79 taubgewordene und 4, von denen es nicht sicher war, ob sie von der Geburt an taub waren oder erst nach der Geburt taub geworden sind. In Irland gab es nach der Volkszählung vom Jahre 1881 3092 taubgeborene und nur 753 später taubgewordene Taubstumme. Hartmann¹²⁾ fand im Jahre 1880, dass sich unter 2658 Taubstummen mehr als die Hälfte solcher befindet, bei denen die Taubheit angeboren war. Später, 1882, fand Hedinger 44 pCt., Schmaltz 1884 49 pCt., Chr. Lemcke im Jahre 1886 28 pCt., Uehermann in demselben Jahre 34 pCt. taubgewordene Taubstumme. Mygind fand unter 210 Kranken, die im Verlaufe von

¹⁰⁾ Mygind, Taubstummheit in Schwartz's Handb. d. Ohrenhkl. II, pag. 652.

¹¹⁾ Falk, Zur Statistik d. Taubst. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. III, 1872, pag. 407.

¹²⁾ Mygind, Die angeborene Taubheit. 1890.

20 Jahren die Ohrenklinik W. Meyer's in Kopenhagen aufgesucht hatten, und die entweder von Geburt an taub waren oder in der ersten Kindheit taub geworden sind, 125 nach der Geburt taubgewordene, bei 31 war es nicht möglich, sicher zu stellen, ob die Taubheit angeboren oder erworben war, und 54 Kinder (25,7 pCt.) waren sicher taubgeboren.

In meiner Statistik finde ich unter 159 Taubstummen bei 75 angegeben, dass sie von Geburt an taub waren, d. i. also bei 47,17 pCt.; bei 64 war die Taubheit nach der Geburt entstanden, und bei 20 liess sich dieses Moment nicht feststellen.

Diese bedeutende Differenz in dem Verhältnisse zwischen taubgeborenen und taubgewordenen Taubstummen in den verschiedenen Statistiken hat nach Mygind „nicht blos den Grund, dass das für die verschiedenen Erhebungen zu Grunde liegende Material sehr verschieden gewesen ist, indem namentlich verschiedene Sorgfalt bei der sehr schwierigen Entscheidung, welche von den Taubstummen taub geboren und welche taub geworden waren, ausgeübt wird, sondern auch, und vielleicht ganz besonders, dass die erworbene Taubstummheit durch Ursachen vermittelt wird, die sich mit ungleicher Stärke zu verschiedenen Zeiten sogar innerhalb derselben geographischen Grenzen geltend machen“.

Die Hauptursache dieser Differenz dürfte wohl darin liegen, dass die Entscheidung, ob es sich im gegebenen Falle um angeborene oder nach der Geburt erworbene Taubheit handelt, fast ausschliesslich auf Grund anamnestischer Daten möglich ist, und diese gerade in dem hauptsächlichsten Punkte, ob das Kind gleich nach der Geburt gehört hat oder nicht, nicht immer mit Sicherheit für zuverlässig gehalten werden können, in Folge dessen die Angaben aller bisherigen Statistiker mehr oder weniger unsicher sind.

In der Aetiologie der Taubstummheit spielen einige Momente eine wichtige Rolle, welche mit der Zeugung und dem intrauterinen Leben des Individuums zusammenhängen, und welche wir nur anführen wollen, nämlich: 1) Erbllichkeit; 2) Blutsverwandtschaft der Eltern; 3) Alter und Altersunterschied der Eltern; 4) ungünstige sociale und hygienische Verhältnisse; 5) nach Angabe vieler Autoren, darunter auch Meyer, terrestrische Verhältnisse, indem in Gebirgsgegenden, z. B. in den Alpen, viel mehr Taubstumme gefunden werden als auf dem flachen Lande; es ist aber die Frage wohl berechtigt, ob da nicht gerade die socialen und materiellen Verhältnisse im Spiele sind, welche in Gebirgsgegenden weit ungünstiger sind, als in der Ebene, worauf auch Schmaltz¹³⁾ hinweist; 6) Krankheiten der Eltern, besonders Syphilis und Tuberculose; 7) schädliche Einflüsse auf die Mutter zur Zeit der Schwangerschaft.

Wenn diese Momente, wie Mygind nachgewiesen hat, und wie es wohl nicht bezweifelt werden kann, in der Aetiologie der angeborenen Taubstummheit eine gewisse Rolle spielen, kann man andererseits nicht mit voller Bestimmtheit sagen, inwieweit dieselben auch Ursache der erworbenen Taubstummheit sein können, indem sie dem Individuum

¹³⁾ Schmaltz, Die Taubstummen im Königr. Sachsen. Leipzig 1884.

die Anlage zum frühzeitigen Ertauben mit auf den Lebensweg geben. Heutzutage haben wohl alle Otologen, die sich mit Taubstummheit beschäftigt haben, die Ueberzeugung, dass die genannten ätiologischen Momente sowohl für die angeborene als auch für die erworbene Taubheit Geltung haben. Ob aber diese Ueberzeugung wenigstens zum Theil nicht aus der Schwierigkeit entspringt, zu entscheiden, ob es sich im gegebenen Falle um angeborene oder erworbene Taubheit handelt, ist eine Frage, die sich aufwirft, deren Beantwortung jedoch nicht leicht ist.

Zu diesen entfernteren ätiologischen Momenten treten als nähere Ursachen der angeborenen Taubheit der Defect des ganzen Gehörorgans oder eines wichtigen Theiles desselben, durch Bildungshemmung veranlasst. Dann werden verschiedene intrauterine Erkrankungen, speciell foetale Meningitis, angeführt, welche bleibende Veränderungen im Labyrinth zurücklassen sollen.

Zu den speciellen Ursachen der erworbenen Taubstummheit gehören verschiedene Krankheiten des Kindes, bei denen das Gehörorgan solche Veränderungen erleidet, sei es im Labyrinth oder im schallleitenden Apparate, dass daraus entweder totale Taubheit oder doch ein solcher Grad von Schwerhörigkeit resultirt, dass das Kind die Sprache nicht hört und in Folge dessen dieselbe nicht erlernt, oder das, was es bereits sprechen konnte, wieder vergisst. Das sind:

a. acute Krankheiten des Gehirns: Meningitis simplex und Meningitis cerebrospinalis epidem., mit denen sich nicht selten Labyrinthitis complicirt; ob es eine selbstständige, idiopathische Labyrinthitis oder Otitis intima im Sinne Voltolini's giebt, ist noch nicht erwiesen, da es immerhin möglich ist, dass es sich um eine Entzündung der Meninges handelt, welche längs der Nerven oder Gefässe sich auf das Labyrinth ausbreitet;

b. Infectionskrankheiten, insbesondere Exantheme, als Scarlatina, Morbilli und Variola, dann Diphtherie, Typhus, Erysipel, Influenza, Malaria, Parotitis epidemica und Tussis convulsiva. Hier giebt es zwei Möglichkeiten: entweder erkrankt das Mittelohr an einer acuten eitrigen Entzündung, und dann entstehen ausgedehnte Destructionen der Trommelfelle, der Gehörknöchelchen und secundäre Erkrankung des Labyrinthes, oder das Mittelohr kann normal bleiben, und der ganze Process spielt sich im inneren Ohre ab;

c. constitutionelle und vererbte Krankheiten, als Scrophulose, Rhachitis, Lues hereditaria;

d. Pneumonie, acuter Rheumatismus, Traumen;

e. genuine Erkrankungen des Gehörorgans: Dazu gehört die bereits erwähnte Otitis intima Voltolini's, weiter selbstständige Erkrankungen der Trommelhöhle und des Labyrinths, wenn sie in ihren Folgen zu solchen anatomischen Veränderungen führen, dass die Perception des Schalles aufgehoben ist (Destruction der Gehörknöchelchen, Ankylose des Steigbügels, Obliteration des runden Fensters, secundäre Veränderungen im Labyrinth).

Wenden wir uns nun zu den aus den pathologisch-anatomischen Befunden bei verstorbenen Taubstummen gewonnenen Resultaten, so finden wir das Material zuerst am vollständigsten gesammelt und ge-

sichtet bei Mygind¹⁴⁾, der sich überhaupt durch seine zahlreichen Schriften um den uns beschäftigenden Gegenstand sehr verdient gemacht hat. Mygind revidirte die Listen Toynbee's vom Jahre 1860, Moos' vom Jahre 1866 und Hartmann's vom Jahre 1880 und fügte zu den diesen Autoren bekannt gewordenen Fällen noch 61 theils ältere, in den genannten Listen nicht aufgenommene, theils neuere, nach dem Jahre 1880 veröffentlichte Fälle hinzu, so dass er im Jahre 1890 über 118 Sectionsbefunde bei Taubstummen verfügt. Darunter war nach Angabe der Autoren die Taubheit 32 Mal angeboren, 23 Mal erworben, und in 63 Fällen konnte dieses Moment nicht entschieden werden. Durch kritische Durchsicht und Abschätzung der anamnestischen Daten konnte Mygind, wie er in einer anderen in demselben Jahre erschienenen Arbeit¹⁵⁾ behauptet, 46 Fälle bestimmt als solche sicherstellen, bei denen die Taubheit angeboren war. Auf Grund der Durchforschung der Sectionsprotocolle dieser 46 Fälle gelangt Mygind zu folgenden Schlussfolgerungen: „Die bis jetzt vorliegenden Sectionen von Taubgeborenen haben häufig bedeutende Veränderungen in der Trommelhöhle nachgewiesen; in den meisten Fällen sind indessen gleichzeitig eingreifende pathologische Veränderungen des inneren Ohres gefunden. Diese haben ihren Sitz hauptsächlich in den Bogengängen gehabt, demnächst in der Schnecke, seltener im Vorhofe. Hemmungsbildungen sind am häufigsten nachgewiesen in der Schnecke, seltener in den übrigen Theilen des inneren Ohres, und im Ganzen nicht mit auffallender Häufigkeit (im Ganzen in etwa 19 Fällen). Der Hörnerv hat in einzelnen Fällen gänzlich gefehlt, in einzelnen Fällen hat derselbe Anzeichen von Atrophie oder Degeneration dargeboten, in einer erheblichen Anzahl von Fällen aber gar keine Veränderungen gezeigt. Einige Male hat das Gehirn Abweichungen vom Normalen dargeboten.“

Im Ganzen geht aus diesen Berichten hervor, dass bei Sectionen von Taubstummen, von denen die Anamnese aussagt, dass sie von Geburt an taub waren, in der Mehrzahl der Fälle pathologische Veränderungen gefunden wurden, die aus entzündlichen Processen entstanden sind.

Was die pathologischen Veränderungen bei Taubstummen betrifft, welche die Taubheit nach der Geburt erworben haben, zu denen zweifellos auch die Mehrzahl derjenigen Fälle gehört, von denen es nach der Anamnese ungewiss ist, ob die Taubheit angeboren oder erworben war, wurden ebenfalls die verschiedensten Veränderungen sowohl in der Trommelhöhle, als im Labyrinth und im Nerv. acust., sowie im Centralnervensystem vorgefunden.

In den 118 Sectionsbefunden, welche Mygind aufzählt und welche alle bis 1890 bekannt gewordenen Sectionen Taubstummer, sowohl taubgeborener als taubgewordener, enthält, finden sich bei 79 Fällen, also bei etwa $\frac{2}{3}$ pathologische Veränderungen im Mittelohr, aber nur bei 19 derselben waren gleichzeitig keine Veränderungen im Labyrinth

¹⁴⁾ Mygind, Uebersicht über die pathol.-anat. Veränderungen der Gehörorgane Taubstummer. Arch. f. Ohrenhkl. XXX., 1890, pag. 76.

¹⁵⁾ Mygind, Die angeborene Taubheit. 1890.

oder im Centralnervensystem vorhanden. Wohl sind einige Fälle mangelhaft referirt, aber selbst nach Abrechnung dieser bleiben einige übrig, welche beweisen, dass die Taubstummheit ihre Ursache ausschliesslich in pathologischen Veränderungen der Trommelhöhle haben kann.

Veränderungen im Labyrinth wurden in 80 Fällen gefunden, einige derselben waren allerdings geringfügig, z. B. Erweiterung des Aqueductus vestibuli. Vestibulum und Cochlea waren etwa in je 40 pCt. der Fälle pathologisch, Canales semicirculares in 56 pCt., in 20 Fällen zeigten sich Veränderungen nur in den Bogengängen, darunter in 8 ohne welche andere Veränderungen im Gehörorgan. Besonders häufig war der Befund von Knochengewebe, welches die Bogengänge und die übrigen Theile des Labyrinths entweder verengte oder vollständig ausfüllte. Solche Abnormitäten, welche der Ausdruck eines Bildungsfehlers sind, wurden im Labyrinth im Ganzen nicht oft vorgefunden, mit Ausnahme der Cochlea.

Nach dieser Publication erschienen dann noch weitere Berichte über Sectionsbefunde von Taubstummen, so von Uchermann, Scheibe, Mygind, Larsen-Utke, Habermann u. s. w., so dass Mygind im Jahre 1894 in seiner classischen Monographie über die Taubstummheit¹⁶⁾ an 150 Sectionsberichte zählte, von denen er jedoch nach Ausschaltung derjenigen, welche kein positives Resultat der betreffenden Untersuchungen enthalten, blos 139 citirt. Von diesen 139 waren angeblich 36 taub geboren, 33 taub geworden, und bei 70 fehlte die Angabe, aus welcher Zeit die Taubheit datirte. Die gefundenen anatomischen Veränderungen, nach den einzelnen Abschnitten des Gehörganges geordnet, sind kurz folgende:

Ohrmuschel und Gehörgang. Angeborene hochgradige Abnormitäten sind niemals durch Sectionen, wohl aber durch Untersuchungen von Taubstummen *intra vitam* nachgewiesen. Unwesentliche angeborene Anomalien des Gehörganges, sowie auch nach der Geburt entstandene, sind nicht selten gefunden worden.

Mittelohr. Das Trommelfell wurde ein Mal abnorm klein vorgefunden, einige Mal stand es horizontal. Häufig sind Perforationen oder mehr oder weniger vollständiger Defect des Trommelfells beobachtet worden, als Resultat früherer Eiterungen, sowie auch Narben und Verkalkungen des Trommelfells. Diese Veränderungen sind sowohl bei Taubgewordenen wie bei Taubgeborenen gefunden worden und selbstverständlich für die Taubstummheit ohne jede Bedeutung. Ein angeborener Defect des Trommelfells ist bei Taubstummen bei der Section noch nicht beobachtet worden.

Labyrinthwand: Verengerung der Fenestra rotunda, Nische derselben mit Bindegewebe ausgefüllt, Membr. tympani secund. verdickt oder verdünnt; einige Mal war letztere total zerstört. Das runde Fenster fehlte oft oder war mit Knochengewebe geschlossen, besonders bei Taubgeborenen. Nur in einem einzigen Falle ist die Ansicht gerechtfertigt, dass der Defect des runden Fensters als angeborener Bildungsfehler aufzufassen ist, da sich die Scala tympani in das Vesti-

¹⁶⁾ Mygind, Die Taubstummheit. 1894. Berlin u. Leipzig, O. Coblentz.

bulum öffnete. In allen anderen Fällen handelte es sich um Verknöcherungen entzündlichen Ursprungs. Diese Verknöcherung tritt, wie Mygind sagt, meist erst nach der Geburt ein, kann sich aber auch im intrauterinen Leben entwickeln. Das ovale Fenster weist einen ähnlichen Verschluss durch Knochensubstanz nur in etwa der Hälfte von Fällen auf, und zwar meist zugleich mit der gleichen Veränderung des runden Fensters. Weiters zeigt die Fenestra ovalis Verengerung oder Ausfüllung mit membranösem Gewebe. Das Promontorium fehlte in einigen Fällen, wobei aber nur ein Mal zugleich auch die Schnecke fehlte.

Inhalt der Trommelhöhle. Vollständiger Defect der Gehörknöchelchen wurde nicht selten beobachtet; aber nur in einem Falle (Montain) kann man diesen Defect für einen Bildungsfehler ansehen, während in allen übrigen Fällen derselbe in Folge von nach der Geburt eingetretenen Entzündungs- und Eiterungsprocessen entstanden ist. Manchmal fehlte nur der Hammer oder der Ambos oder diese beiden Knöchelchen. Der Steigbügel fehlte in einigen Fällen. Auch da kann man nur in einem Falle dafürhalten, dass der Stapes nicht entwickelt war (Michel), während sonst destructive Prozesse denselben zerstört hatten. — Atrophie aller Gehörknöchelchen oder blos des Hammers und Ambosses ist wahrscheinlich eine angeborene Anomalie. Verschiedene Deformitäten der Gehörknöchelchen, besonders des Stapes können das Resultat sowohl fötaler als postfötaler Prozesse sein. Ankylose der Gehörknöchelchen ist der häufigste Befund bei Taubstummen. Dabei zeigen sich aber gewöhnlich auch Veränderungen im Labyrinth. — Abnormitäten der Binnenmuskeln der Trommelhöhle, vollständiger Defect oder Degeneration derselben sind einige Male gefunden worden. In einigen Fällen fehlte die Chorda tympani. — Veränderungen am Process. mastoid. sind secundär, nach Entzündungen des Mittelohres und Labyrinths entstanden. Ein Defect des Process. mastoid. als Bildungsfehler wurde von Michel beobachtet. — Pathologische Veränderungen der Tuba Eustachii sind ebenfalls secundär und ohne wesentliche Bedeutung.

Wie aus diesen Daten zu ersehen ist, waren die Veränderungen im Mittelohr nur ausnahmsweise das Resultat eines Bildungsfehlers, in den meisten Fällen waren es Entzündungsprocesses oder Residuen nach denselben. Am häufigsten, nämlich in $\frac{1}{4}$ aller Fälle, wies das runde Fenster Anomalien auf. Wohl waren aber die Veränderungen im Mittelohr meistens von Anomalien des Labyrinths begleitet.

Labyrinth. Vollständiger Defect, einseitig oder doppelseitig, ist ziemlich häufig beobachtet worden. Die Mehrzahl der Autoren, darunter auch Schwartz und Moos, haben gemeint, dass diese Anomalie immer die Folge eines Bildungsfehlers sei. Mygind hat aber nachgewiesen¹⁷⁾, dass dies auch im späteren Leben geschehen kann, und zwar durch Ablagerung von Knochengewebe in den Höhlungen des Labyrinths in Folge von Entzündungsprocessen, so dass die normalen Conturen vollkommen verloren gehen. Diese Knochenablagerungen im

¹⁷⁾ Mygind, Ein Fall von totaler Abwesenheit des Labyrinths, verursacht durch scarlatinöse Otitis intima. Zeitschrift f. Ohrenh. Bd. XXIII, 1892, pag. 217.

ganzen Labyrinth oder in einem Theile desselben sind der häufigste Befund am Labyrinth Taubstummer. Einige Male sind Ablagerungen von Kalk oder von Bindegewebe beobachtet worden; auch käsige Massen, Fett, gelatinöse Massen, Pigment und Rundzellen wurden gefunden. Zwar kann auch ein vollständiger oder theilweiser Defect des Labyrinths der Ausdruck eines Bildungsfehlers sein, doch ist es sehr schwer, es zu beweisen; nur in dem Falle Michels, wo die ganze Pars petrosa vollständig missbildet war, ist es gewiss; vielleicht auch noch in dem Falle Montain's, wo auch das Labyrinth fehlte und wo die Taubheit wahrscheinlich angeboren war. In den anderen Fällen war es aus der Anamnese klar, dass die Taubheit nach der Geburt entstanden ist, im 3. bis 4. Lebensjahre nach Meningitis, nach Oeuerweiterungen mit Caries des Warzenfortsatzes und nach Scharlach. Diese Veränderungen im Labyrinth entstehen oft durch Verschleppung von Entzündungsprocessen aus der Trommelhöhle, wie besonders beim Scharlach; manchmal aber fehlt jede Spur einer Mittelohrentzündung, auch die anamnestischen Daten sprechen dagegen, und da muss man annehmen, dass das Uebergreifen des Erkrankungsprocesses auf das Labyrinth den umgekehrten Weg genommen hat, nämlich von den Meningen. Endlich ist auch die Existenz einer primären Entzündung des Labyrinths, der Otitis intima Voltolini's wenigstens möglich. Der Beweis dafür ist jedoch, wie bereits gesagt, nicht gebracht und kann auch nicht gebracht werden. Nuhn fand einen vollständigen Defect des membranösen Labyrinths. — Veränderungen des Vestibulums sind selten beobachtet worden, und zwar immer mit gleichzeitigen Veränderungen anderer Theile des Labyrinths. Die Befunde sind bei angeborener und erworbener Taubheit gleich: Ausfüllung des Vestibulums mit Knochengewebe oder bloß Verengerung, Verdickung des Periostes, Erweiterung des Vestibulums. Das membranöse Vestibulum ist einige Male verändert gefunden worden: Sacculi verdickt, an ihren Wänden so wie im Innern colloide Körperchen, Otolithen, Pigment, Kalk, hyaline Massen, Detritus — kurz Entzündungsprocesse. — Der Aquaeductus vestibuli fehlte oder war verschlossen; ziemlich häufig war derselbe erweitert, besonders in Verbindung mit Veränderungen in der Cochlea. Die Erweiterung ist sowohl bei angeborener als bei erworbener Taubheit gefunden worden, sie ist für dieselbe von keiner Bedeutung. „Das Vorhandensein dieser Abnormität in Fällen erworbener Taubheit“, sagt Mygind, „scheint davon abhängig zu sein, dass die Wasserleitung sich in den Subarachnoidalraum hinein fortsetzt, von wo aus mithin Entzündungen durch die Wasserleitung des Vorhofes direct nach dem Labyrinth sich fortpflanzen können. Auf eine solche Entstehungsweise ist vielleicht auch in solchen Fällen zu schliessen, in welchen das Sectionsresultat darauf hindeutet, dass das betreffende Individuum an einer fötalen Meningitis — einer Form der Hirnentzündung, die vielleicht keineswegs selten die Ursache zur angeborenen Taubheit hergeben würde, was besonders von H. Meyer auf Grundlage einer von ihm ausgeführten Section hervorgehoben worden ist, gelitten habe. Endlich ist Habermann der Meinung, dass eine Erweiterung der Wasserleitung des Vorhofes durch einen vergrößerten Druck, durch Hydrocephalus

hervorgehoben, entstehen kann, namentlich wenn das Felsenbein der Sitz von rhachitischen Veränderungen ist.“ Die Bogengänge bilden den häufigsten Sitz pathologischer Veränderungen, in mehr als der Hälfte aller Fälle. Bildungsanomalien sind von verschiedenen Autoren nachgewiesen, aber häufig, z. B. bei Verschmelzung der Enden zweier Bogengänge oder Verkürzung eines Bogenganges, für die Taubheit belanglos. Einen häufigen Befund bildet die Ausfüllung der Bogengänge mit Knochengewebe oder Kalk, fibrösem Gewebe oder anderen Entzündungsproducten. In $\frac{1}{5}$ der secirten Fälle waren die Bogengänge der ausschliessliche Sitz pathologischer Veränderungen. Durch das Knochengewebe wurden manchmal die Conturen der Bogengänge vollkommen verwischt, was namentlich von den Fällen gilt, bei denen angegeben ist, dass ein Bogengang oder ein Theil desselben gefehlt hat. Wo nur ein oder zwei Bogengänge in dieser Weise verändert waren, war es am häufigsten der hintere, dann der hintere und obere. Das hat vielleicht den Grund, dass die Ampulle des hinteren Bogenganges dem runden Fenster, durch welches die Entzündung aus dem Mittelohr in's Labyrinth übergeht, am nächsten steht. Knochenablagerung in den Bogengängen wurde sowohl bei angeblich Taubgeborenen, wie auch bei Taubgewordenen gefunden; auf Grund dessen behauptet der Autor, dass es bei Taubgeborenen Residuen fötaler Entzündungsprocesse sind.

Pathologische Veränderungen der membranösen Bogengänge sind einige Male beobachtet worden: Defect derselben, colloide Körperchen, Pigment, zahlreiche Otolithen in denselben u. s. w.

Die Schnecke zeigt etwas häufiger Veränderungen als das Vestibulum, ebenso oft bei Taubgeborenen wie bei Taubgewordenen. Gewöhnlich sind auch die anderen Theile des inneren Ohres pathologisch verändert, insbesondere die Canales semicirculares. Fälle, in denen die Cochlea blos 1— $1\frac{1}{2}$ Windungen hatte und oben in eine grosse Höhle überging, deren Grösse der einer entwickelten Schnecke entsprach, wurden früher für den Ausdruck eines Bildungsfehlers gehalten, was aber ein Irrthum war; denn wenn die Entwicklung der Schnecke gehemmt ist, so bleibt es bei 1— $1\frac{1}{2}$ Windungen ohne jede andere Spur der Cochlea. Es muss sich also um pathologische Veränderungen der bereits entwickelten Cochlea handeln, um Veränderungen, welche vielleicht manchmal einer fötalen Entzündung ihren Ursprung zu verdanken haben. Einige Male bildete das Innere der Schnecke eine grosse Höhle ohne Spuren des normalen knöchernen Inhalts der Schnecke, und das sämmtlich bei Individuen, die entweder als taubgeboren angegeben wurden, oder auch auf Grund verschiedener Missbildungen, die gleichzeitig nachgewiesen wurden, als taubgeboren betrachtet werden müssen. Die häufigste Anomalie der Schnecke ist die mehr oder weniger vollständige Ausfüllung derselben mit Knochen oder Kalk, nämlich bei $\frac{1}{8}$ aller Fälle. Nebstdem wurde nachgewiesen: Bindegewebe, Rundzellen, käsige Massen, Otolithenhaufen, colloide Körperchen, Fettkugeln, Detritusmassen etc. Manchmal betrafen die Veränderungen blos den membranösen Inhalt der Schnecke: Defect, Atrophie oder Zerstörung der Nerven und Ganglienzellen; nur in einem einzigen Falle sind Bildungsanomalien durch die microscopische Unter-

suchung der Schnecke constatirt worden. In der Mehrzahl der Fälle fanden sich gleichzeitig mit der Schnecke auch in den anderen Theilen des Labyrinths pathologische Veränderungen, insbesondere in den Bogen-
gängen und im Nerv. acust.

Veränderungen des Aquaeduct. cochleae werden nur in einigen wenigen Sectionsberichten erwähnt.

Nerv. acust. Pathologische Veränderungen wurden ziemlich häufig nachgewiesen: zwei Mal vollständiger Defect, jedoch war derselbe nur in einem Falle (Michel) die Folge eines Bildungsfehlers. Am häufigsten ist vollständige oder theilweise Atrophie oder Degeneration des ganzen Nerv. acust. oder eines seiner Aeste nachgewiesen, nämlich in $\frac{1}{8}$ aller Fälle. Einige Male hatte der Nerv ein gelatinöses, ja selbst pulpöses Aussehen; andere Male wurden Corpora amylacea und Kalkconcremente in demselben gefunden. Einige Mal war nur ein Theil des Nerven atrophirt: der Ramus vestibularis, Ramus posticus Retzii etc. In vielen Fällen war aber der Nerv vollständig normal; daraus kann man schliessen, dass der Hörnerv keine grosse Neigung besitzt, in Folge von Inactivität zu degeneriren oder zu atrophiren; es scheint vielmehr, dass die Atrophie und Degeneration des Nerv. acust. bei Taubstummen eine andere Ursache hat; es ist das nach der Meinung des Autors eher die Folge einer centripetalen Atrophie oder Degeneration nach destructiven Processen im Labyrinth oder einer centrifugalen Atrophie oder Degeneration nach Erkrankung des Centralnervensystems.

Centralnervensystem. Pathologische Veränderungen sind, von rein zufälligen Leiden abgesehen, sehr selten durch Section Taubstummer nachgewiesen und ihre Bedeutung für die Taubstummheit ist zum grossen Theil zweifelhaften Characters. Es wurde gefunden: In der 4. Kammer abnormer Ursprung des Nerv. acust., Defect der Striae acusticae, Verdickung des Ependyms mit Schrumpfung des unterliegenden Nervengewebes. Im Kleinhirn fanden Oppolzer und Dlauhy in einem Falle, der jedoch bei Lebzeiten gleichzeitig Zeichen von Geisteskrankheit darbot und deshalb nicht einwandfrei ist, Atrophie. Im Grosshirn: Atrophie der Rinde an einigen Stellen im Lobus parietalis um den Cuneus herum, zugleich Atrophie der Hirnfasern von hier an bis nach dem Thalamus opticus hin. Dann Atrophie der Rinde in den beiden hintersten Windungen, Hyperplasic der Neuroglia im hinteren Theil des Tractus opticus, Verdickung der Wände des 3. Ventrikels und seröse Infiltration des Ursprungs des Hörnerven. Einige Male war die 3. linke Stirnwindung mangelhaft entwickelt als Ausdruck einer Inactivitätsatrophie des Sprachencentrums.

Die Pars petrosa zeigte einige Male pathologische Veränderungen. Im Falle Michel's hatte das Felsenbein statt 3 nur 2 Flächen, eine obere und eine untere, der Nerv. acust. fehlte vollständig. In anderen Fällen war das Felsenbein entweder abnorm gross oder abnorm klein. Der hintere Bogengang war einige Male bloss von der Dura bedeckt. Am häufigsten fand man eine abnorme Härte oder vollständige Sclerisirung des ganzen Felsenbeins oder eines Theiles desselben, sowohl bei Taubgeborenen als bei Taubgewordenen. Es ist das wahrscheinlich das Resultat einer Osteitis fötalen oder postfötalen Ursprungs. Der Meatus audit. int. wurde auch einige Male verengt gefunden.

Zu diesem hier in der Kürze referirten Kapitel über die pathologische Anatomie der Taubstummheit fügt Mygind nachstehendes Resumé hinzu: „Die bei Taubstummen vorgefundenen Abnormitäten können in sehr vielen Fällen naturgemäss als Ueberreste eines sehr intensiven und verbreiteten Entzündungsprocesses erklärt werden. Dieses Verhältniss tritt stark hervor, namentlich bei den Fällen, die taubgewordene Taubstumme betreffen. Ferner geht hervor, dass die bei Taubgeborenen und Taubgewordenen vorgefundenen Anomalien oft ganz dasselbe Aussehen haben. Deshalb ist es in vielen Fällen auf Grundlage der pathologisch-anatomischen Untersuchung allein unmöglich, zu bestimmen, inwieweit die durch eine Section constatirten Veränderungen fötalen oder postfötalen Ursprungs sind. Es zeigt sich mithin, dass die früher sehr verbreitete Annahme, dass die auf angeborene Taubheit beruhende Taubstummheit im Wesentlichen von angeborenen Bildungsanomalien des Gehörorganes herrühre, nicht bestätigt worden ist; denn Abnormitäten, die als unzweifelhafter Ausdruck solcher Bildungsanomalien erschienen, sind bei Taubstummen nur ausnahmsweise vorgefunden. Es hat sich ferner mit Rücksicht auf den Sitz der bei den Taubstummen vorgefundenen Abnormitäten gezeigt, dass dieselben in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle beiderseitig aufgetreten sind, wengleich sie doch oft sowohl im Character und in der Localisation, wie auch namentlich in der Intensität an den beiden Seiten grosse Verschiedenheiten dargeboten haben. . . . Endlich kann . . . constatirt werden, dass das Mittelohr sehr oft der Sitz von Veränderungen gewesen ist. Jedoch sind sehr häufig gleichzeitig im inneren Ohr eingreifende Abnormitäten vorgefunden. Diese waren am häufigsten in den Bogengängen, am seltensten in dem Vorhof localisirt, und in vielen Fällen waren sie als die wesentliche Ursache der Taubheit zu betrachten. In einigen Fällen hat der Hörnerv Zeichen von Atrophie und Degeneration dargeboten; derselbe hat auch andere Abnormitäten gezeigt, während in einer bedeutenden Anzahl Fälle am Hörnerv gar keine Abnormitäten nachgewiesen werden konnten. In einigen Fällen endlich hat das Gehirn Abweichungen vom Normalen dargeboten.“

Es geht also aus den Resultaten der bisher veröffentlichten Sectionsbefunde bei Taubstummen hervor, dass die pathologischen Veränderungen im Gehörorgan häufiger entzündlichen Ursprungs sind, als Producte von Bildungsfehlern, denn auch bei der sogenannten angeborenen Taubheit sind Bildungsanomalien im Ganzen selten beobachtet worden. Was lässt sich daraus schliessen? Entweder, dass diese Entzündungsprocesse sich im intrauterinen Leben abgespielt haben, und dann handelt es sich offenbar um angeborene Taubheit; oder erst nach der Geburt, und dann haben wir es mit erworbener Taubheit zu thun. Es fragt sich nun, ob solche Processe entzündlichen Characters, welche die Ursache von Taubheit abgeben können, sich im foetalen Leben entwickeln können. Autoren, welche über Taubstummheit geschrieben haben, geben dies, wie wir es eben bei Mygind gesehen haben, unbedingt zu, insbesondere sprechen sie auch von der Möglichkeit der Existenz einer fötalen Meningitis. Wenn wir dagegen bei jenen Autoren, die sich speciell mit Fötalkrankheiten oder mit Nervenkrankheiten beschäftigen, nachschlagen, so sehen wir, dass sich die Sache anders

verhält. So führt Kleinwächter in Eulenburg's Realencyclopädie unter „Fötus“ bei den Erkrankungen desselben die acuten Exantheme, besonders die Variola an, welche verhältnissmässig am häufigsten beim Fötus beobachtet wird; bei Weitem weniger Berichte bestehen über fötale Scarlatina, Morbilli und Erysipel. Stets geht die Infection von der erkrankten Mutter auf den Fötus über. Noch weniger Sicheres wissen wir über die Erkrankung des Foetus an anderen Infectionskrankheiten, wie Process. puerperalis, Typhus abdominalis und exanthematicus, Typhus recurrens etc. Die häufigste fötale Erkrankung stellt die Syphilis dar. Zu idiopathischen fötalen Erkrankungen, welche mit angeborener Taubheit in Zusammenhang gebracht werden könnten, gehört die Rhachitis und der Hydrocephalus. Die Meningitis erwähnt Kleinwächter mit keinem Wort, weder die einfache, noch die cerebrospinale.

Runge¹⁸⁾ spricht in seiner Arbeit auch nur von einem möglichen und beobachteten Uebertritt der Infection von der Mutter auf die Frucht bei Variola, Scarlatina, Morbilli, Malaria, Puerperalfieber. Bei Typhus ist es nicht sichergestellt, ebenso bei Cholera. Runge betont ausdrücklich, dass die Möglichkeit des Uebertrittes des Giftes von der Mutter auf die Frucht nur bei wenig Krankheiten bewiesen und auch bei diesen ein seltenes Ereigniss ist. Von Meningitis geschieht keine Erwähnung.

Auch in den Werken, welche die Krankheiten des Gehirns und seiner Häute zum Gegenstande haben, habe ich vergeblich nach einer Andeutung gefahndet, aus der zu ersehen wäre, dass die Meningitis simplex oder cerebrospinalis je beim Fötus beobachtet worden wäre. Ich habe zu dem Zwecke bei Ziemssen „Meningitis cerebrospinalis epidemica“ in dessen Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, bei Huguenin „Acute Erkrankungen des Hirns und seiner Häute“ in demselben Werke, dann in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, in J. Ross' „Treatise on the diseases of the nervous system“ und in dem grossen Handbuch von Charcot, Bouchard und Brissaud Einsicht geübt, überall lese ich aber nur übereinstimmend, dass diese Krankheiten sehr häufig im zarten Kindesalter, selbst im ersten Lebensjahre auftreten, aber nirgends eine Spur davon, dass sie intra uterum je beobachtet worden wären.

Der Befund von Foà und Bordoni-Uffreduzzi, welche den Uebergang des Diplococcus Fränkel-Weichselbaum, des Erregers der Meningitis cerebrospin. epidem., von der Mutter auf die Frucht nachgewiesen haben wollen¹⁹⁾, spricht nicht gegen meine Deductionen. Denn der Microbe wurde in den Uterusvenen, in der Fötusplacenta, in der Leber und im Blute des Fötus gefunden, nicht aber in den Meningen, von denen überhaupt keine Erwähnung geschieht, daher anzunehmen ist, dass sie normal waren.

Es sind zwar Veränderungen des Centralnervensystems bekannt,

¹⁸⁾ Runge, Die acuten Infectionskrankheiten in ätiolog. Beziehung zur Schwangerschaftsunterbrechung. Volkmann's Sammlg. No. 174.

¹⁹⁾ La riforma medica, 1887, No. 39, dann Zeitschr. f. Hygiene, 1888, Bd. IV, Heft 1. Referat im Centrabl. f. Bacteriol. 1888.

welche nach unseren heutigen Kenntnissen nicht anders gedeutet werden können, als so, dass wir annehmen, dass im intrauterinen Leben Entzündungsprocesse sich abgespielt haben, welche diese Veränderungen zurückgelassen haben, z. B. Hydrocephalus mit Bindegewebswucherung in den Plexus chorioidei. Allein, wenn aus solchen Entzündungsprocessen die angeborene Taubheit — wir sprechen natürlich von der reinen Taubheit, ohne Idiotie — resultiren könnte, so müssten wir ähnliche Veränderungen der Meningen bei der Section von Leichen taubgeborener Taubstummer neben den Veränderungen im Labyrinth oder auch ohne diese finden. Wohl kann eine Meningitis abgelaufen sein, ohne irgend welche Veränderungen an den Hirnhäuten zu hinterlassen; allein trotzdem liesse sich hier und da eine Veränderung erwarten, welche auf eine abgelaufene Meningitis hinweisen würde, umsomehr, als auch unter den Fällen mit erworbener Taubheit, welche in Folge von Meningitis entstanden war, solche Veränderungen angetroffen wurden, wie im Falle Schultze's²⁰⁾ und Habermann's²¹⁾. In dem Falle Meyer's²²⁾ in welchem der Autor die Taubheit für angeboren hält, war das Ependym sämmtlicher Ventrikel verdickt. Den Beweis aber, dass es sich um wirklich angeborene Taubheit gehandelt hat und nicht um erworbene, ist der Autor schuldig geblieben. Deswegen hat ihn auch mit vollem Rechte Mygind wenigstens unter jene Fälle eingereiht, von denen es nicht bekannt ist, ob die Taubheit angeboren oder nach der Geburt erworben war.

Wir können also die fötale Meningitis als ätiologisches Moment der Taubstummheit mit grosser Wahrscheinlichkeit ausschliessen. Es ist ja, wie ich glaube, über jeden Zweifel erhaben, dass, wenn der Fötus an Meningitis simplex oder cerebrospinalis erkranken könnte, wir gewiss todtte Früchte beobachten müssten, welche im Mutterleibe an Meningitis gestorben sind, da die Krankheit sicher mehr Todesfälle aufweisen müsste, als Heilungen mit consecutiver Taubheit und Taubstummheit.

Die acuten Exantheme und viele andere Infectionskrankheiten, acute wie chronische, welche in der Aetiologie der Taubstummheit eine wichtige Rolle spielen, können wohl im intrauterinen Leben auftreten. Aber einerseits sind diese Fälle sehr selten, andererseits ist ein solcher Fall von angeborener Taubheit, z. B. nach einer intra uterum überstandenen Scarlatina noch nirgends in der Literatur angegeben. Wenn schon die Taubheit nach Scharlach und anderen Infectionskrankheiten, die doch im Kindesalter sehr häufig sind, und die daraus resultirende Taubstummheit viel seltener ist, als nach Meningitis, wird dies gewiss um so seltener intra uterum der Fall sein, wo solche Krankheiten doch zu den grossen Seltenheiten gehören.

Was aber jene Krankheit betrifft, die verhältnissmässig oft im Fötalleben beobachtet worden ist, nämlich die Variola, so ist gerade bei dieser die Ertaubung und aus dieser resultirende Taubstummheit nur in einigen wenigen Fällen verzeichnet, sie kann daher bei der an-

²⁰⁾ Schultze, Virchow's Archiv, XIX, pag. 1.

²¹⁾ Habermann, Zeitschr. f. Heilk. 1892, Bd. XII, pag. 325.

²²⁾ Meyer, Virchow's Archiv, XIV.

geborenen Taubheit von keiner grossen Bedeutung sein. Genuine Erkrankungen des Mittelohres im Fötalleben sind, wenn sie überhaupt existiren, so selten, dass auch sie als ätiologisches Moment der angeborenen Taubheit nicht in's Gewicht fallen können.

In wie fern die Syphilis auf die Entwicklung der angeborenen Taubheit Einfluss hat, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Es unterliegt zwar keinem Zweifel, dass die Syphilis ebenso wie alle Krankheiten, welche auf die Constitution der Eltern schwächend einwirken, auch auf die Nachkommenschaft in der Weise einen Einfluss ausüben, dass dieselbe theils während des Fötallebens durch sie schädlich beeinflusst, theils aber auch für äussere schädliche Einwirkungen nach der Geburt empfänglich gemacht wird²³⁾. Allein die Statistiken enthalten in dieser Beziehung entweder gar keine oder nur sehr spärliche Angaben, woraus wir wohl schliessen können, dass auch die Syphilis bei angeblich taubgeborenen Taubstummten nicht oft in Frage kommt.

Dagegen verdient ein Moment hervorgehoben zu werden, auf welches besonders Gellé²⁴⁾ aufmerksam macht, und nach welchem die Taubheit scheinbar angeboren sein kann, obzwar sie doch erst nach der Geburt entstanden ist. Im Fötalleben ist nämlich die Paukenhöhle mit einem gelatinösen Gewebe ausgefüllt, welches die Kette der Gehörknöchelchen und beide Fenster einhüllt und von dem Trommelfell durch eine Pflasterepithelschicht getrennt ist. Nach der Geburt verliert sich dieses Gewebe, die Schleimhaut schwillt rasch ab und legt sich an die Gehörknöchelchen und an die Wände der Paukenhöhle an, und an ihre Stelle kommt die atmosphärische Luft. Bei der Katze ist diese Transformation, Aëration der Paukenhöhle, in einigen Stunden durchgeführt. Allein das Verschwinden dieses embryonalen Gewebes geschieht nicht immer so leicht. Unter dem Einflusse besonderer pathologischer Bedingungen, zu denen Syphilis, Tuberculose und andere vererbte Dispositionen und angeborene Cachexien gehören, wird dieses zarte, durchsichtige embryonale Gewebe, aus welchem die Schleimhaut der Paukenhöhle besteht, trüb, granulirt, serösblutig, ja selbst hämorrhagisch (z. B. nach schwerer Geburt), dann eitrig; nunmehr ist das normale Anschwellen desselben nicht möglich, die Paukenhöhle füllt sich nicht mit Luft, sondern mit Eiter. Durch die Suppuration werden die Gehörknöchelchen entblösst und zerstört. Das Trommelfell widersteht der Zerstörung, so dass keine Perforation entsteht, sondern der Eiter fliest durch die Tuba Eustachii ab. Allmählich immobilisirt die sich entwickelnde Sclerose den ganzen schalleitenden Apparat und schliesst das Labyrinth ab, in Folge dessen der Hörnerv atrophirt. Die physiologische Metamorphose der Paukenhöhle machte also hier einem pathologischen, destructiven Prozesse gleich nach der Geburt Platz, und dieser Process giebt im weiteren Verlauf die Ursache der Taubstummheit ab.

Ich will der Ansicht, dass im fötalen Leben pathologische Veränderungen des Gehörorgans entstehen können, welche nicht das Resultat eines Bildungsfehlers sind, nicht jede Berechtigung absprechen, da

²³⁾ Citirt nach Mygind: Die Taubstummheit, 1894, pag. 92.

²⁴⁾ Gellé, Précis des maladies de l'oreille. Paris 1885.

so zahlreiche und so angesehene Autoren dieselbe theilen, und da wirklich Krankheitsprocesse, aus denen Taubheit und Taubstummheit resultiren können, intra uterum existiren; ich wollte nur auf die ernstesten Einwendungen hinweisen, welche gegen diese Ansicht geltend gemacht werden können, und welche, wenn sie, wie ich glaube, berechtigt sind, nothwendiger Weise zu dem Schlusse führen müssen, dass die angeborene Taubheit im Ganzen viel seltener ist, als bisher angenommen wird, und dass die grosse Majorität der Taubstummen erst nach der Geburt taub geworden sind.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, dem hochgeehrten Director des Prager Taubstummeninstitutes, hochwürdigen Herrn P. Kmoch, sowie dem ordinirenden Arzte, Herrn Prof. Dr. Neureutter, meinen Dank abzustatten für die Bereitwilligkeit, mit der sie mir die Untersuchung der Institutspfinglinge und Schüler erlaubt haben, sowie auch dem gesammten geehrten Lehrkörper, welcher mich bei meinen Arbeiten allseitig unterstützt hat. Für manche wichtige Literaturhinweise bin ich auch den verehrten Herren Professoren Hlava und Thomayer zu Dank verpflichtet.

2. Jahresbericht über die Thätigkeit meiner Privat-Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohren-Krankheiten.

Von

Dr. **Noltenius** in Bremen.

Meine Privat-Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohren-Krankheiten wurde im zweiten Jahre ihres Bestehens von 115 männlichen, 84 weiblichen Patienten und 66 Kindern unter 12 Jahren, also insgesamt 265 Patienten aufgesucht. Die Kinder fast sämmtlich und der grösste Theil der männlichen und weiblichen Patienten stammten aus der näheren oder weiteren Umgebung, nur ein kleiner Procentsatz hatte seinen Wohnsitz in Bremen selbst. Fast sämmtliche Kinder waren zwecks Entfernung der vergrösserten Gaumen- und Nasenrachenmandeln in die Klinik aufgenommen, da ich seit geraumer Zeit diese Operation nur noch in Narcose vornehme und von auswärts stammende Kinder dann stets 4 Tage in der Klinik behalte, um unangenehme Folgezustände (Nachblutungen, Infectionen etc.) so gut wie sicher zu vermeiden. Dagegen lasse ich hier wohnhafte Kinder, deren ich ausserdem eine grössere Anzahl aus derselben Veranlassung in der Klinik operirte, kurz nach der Operation in ihre Behausung fahren. Meine Erfahrungen sprechen dafür, dass nur in leichter Narcose die adenoiden Vegetationen in jedem Falle auch bei den unbändigsten Kindern so gründlich entfernt werden können, dass Recidive, wenn sie überhaupt vorkommen, zu den allergrössten Seltenheiten gehören. Unangenehme Complicationen, so das von mancher Seite befürchtete Hinabgleiten der mit dem Ringmesser abgeschnittenen Nasenrachenmandel in den Kehlkopf, habe ich nicht beobachtet.

Von den 23 Kehlkopfkranken erwähne ich 9 Patienten, die an Phthisis laryngis litten und mit Curettement und Pinselungen von Milchsäure und daneben mit grossen Dosen von Creosot behandelt wurden. Leider konnte ich nur in 3 Fällen ein wirklich gutes Resultat erzielen. Doch muss ich entgegen den Beobachtungen mancher Collegen hervorheben, dass ich nach wie vor in dem Creosot ein vortreffliches antiphthisisches Mittel sehe. Ich gebe dasselbe in grossen Dosen nach der bekannten Vorschrift des verstorbenen Sommerbrodt mit Leberthran in Kapseln oder mit Gentianatinctur, beginne mit 1,5 g pro die und lasse bis zu 6,0 g steigern. Trotzdem einzelne meiner Patienten diese Dosis Wochen und Monate lang genommen und mehrere Hundert, ja sogar zwei Tausend Kapseln und mehr im Laufe der Zeit verbraucht haben, habe ich bisher keine Vergiftungserscheinungen beobachtet und nur in seltenen Fällen das Mittel aussetzen müssen, da es nicht gut vertragen wurde. Von sonstigen Kehlkopfkrankungen nenne ich 3 Fälle von Polypen, einen Tumor phthisicus, dessen Diagnose durch eine Probeexcision klar gestellt wurde, eine schwere Lues, eine hysterische Stimmbandlähmung und ein Granulom der Trachea. Der 3jährige Knabe war 9 Wochen, bevor er in meine Behandlung kam, wegen Croup tracheotomirt worden, doch konnte die Canüle wegen drohender Erstickungsgefahr nicht wieder entfernt werden. Es gelang, von der Tracheotomiewunde aus die reichlichen Granulationen und eine breite Narbe, die wie ein Diaphragma in das Lumen der Luftröhre vorsprang, mit dem scharfen Löffel zu entfernen.

Das Gros der 109 Nasenerkrankungen bildeten die chronische hypertrophische Rhinitis einerseits und die Anomalien des Nasengerüstes (Crista, Deviatio, Luxation des vorderen Septumrandes, Verwachsungen etc.) andererseits. Für die chronischen Schwellungszustände bediene ich mich mit Vorliebe des galvanocaustischen Flachbrenners und der ausschliesslich kalten Schlinge; für die Beseitigung der Anomalien des Nasengerüstes bevorzuge ich eine schmale Uhrfedersäge und eine kräftige Scheere, da nach meinen Erfahrungen diese Instrumente, was Schnelligkeit und relative Schmerzlosigkeit des Verfahrens anlangt, den ersten Platz behaupten¹⁾. Von besonderem Interesse war ein Fall von Tic convulsif. Der mit demselben behaftete Patient, ein 53jähriger, im Uebrigen gesunder Herr, hatte bereits die üblichen Heilmethoden alle erschöpft, sich auch mehrere Wochen in einer Nervenheilanstalt aufgehalten, ohne von seinem ihm sehr quälenden Leiden befreit zu werden. In seiner Nase fand sich eine starke Crista septi, die sich in die rechte untere Muschel einbohrte. Schon bei der leisesten Sondenberührung an der Stelle, wo Crista und Muschel aneinanderlagen, wurden die heftigsten Zuckungen in den Lidern des rechten Auges ausgelöst, so dass Patient nicht im Stande war, das Auge zu öffnen. Diese Anfälle wiederholten sich auch spontan manchmal so

¹⁾ Meine mit der electricisch getriebenen Nasensäge angestellten Versuche haben mich nicht befriedigt. Zwar functionirt der Apparat, wie wohl alle von Hirschmann, Berlin, gelieferten Instrumente tadellos, doch finde ich, dass die mit der Hand geführte Säge bedeutend schonender und eleganter arbeitet, als das mechanisch getriebene Instrument.

häufig, dass Patient dadurch sehr belästigt wurde. Ich entfernte die Crista mit der Säge, und dieser Eingriff hatte den Erfolg, dass die Anfälle von dem Augenblick an sehr viel seltener und schwächer auftraten. Zur Zeit sind nur noch Andeutungen des früheren Leidens vorhanden. Ein zweiter Fall von Tic convulsif blieb trotz der galvanokaustischen Behandlung der chronisch verdickten Muschelschleimhaut unverändert. Dagegen gelang die momentane Beseitigung eines Tic douloureux durch die galvanocaustische Aetzung der entsprechenden Nasenschleimhaut. Im Anschluss an eine heftige Erkältung bekam der Patient, ein ca. 60jähriger, sonst ganz gesunder Mann nach einigen Monaten ein Recidiv, das durch abermalige Cauterisation prompt geheilt wurde, bislang mit dauerndem Erfolg.

Besondere Schwierigkeiten verursachte die Behandlung einer Dame, die durch eine endonasale Operation eine fast totale Verwachsung der betreffenden Nasenseite acquirirt hatte, vermuthlich, weil Patientin sich vorzeitig der Behandlung entzogen hatte. Ich fand die linke untere Muschel mit Nasenscheidewand und Boden knöchern verwachsen, so dass die nasale Athmung fast völlig aufgehoben war. Die Beseitigung dieses Hindernisses war um so mehr indicirt, als auch die rechte Nasenhälfte durch eine Leistenbildung stark verengt und für die Athmung wenig brauchbar war. Die Verwachsung konnte ohne äussere Schnittführung excidirt werden. Ich legte zwei 8 mm weite starkwandige Gummidrainen ein, aber ohne Erfolg, die Narbenschrumpfung drückte dieselben zusammen. Dann griff ich zu dem bekannten Celluloid-Inspirator von Feldbausch, aber auch der liess mich im Stich. Schliesslich liess ich 2 silberne Röhren anfertigen, die nach einigen Tagen durch 2 längere ersetzt wurden. Dieselben sind ganz leicht conisch gestaltet, mit rundlich-ovalem Querschnitt, $6\frac{1}{2}$ cm lang, aussen $11:8\frac{1}{2}$ mm, innen $9:7\frac{1}{2}$ mm weit. Sie sind an beiden Enden gut abgerundet und leicht verdickt, um Verletzungen zu vermeiden, im Uebrigen aber ganz gerade Röhren. Während dieselben anfänglich schwierig einzuführen waren, ist es jetzt spielend leicht. Offenbar ist die Tendenz der Narbencontraction jetzt überwunden. Der Erfolg ist demnach als ein vollkommener zu bezeichnen, doch lasse ich zur Vorsicht die Röhre auf der linken Seite noch einige Zeit tragen, um so eher, als Patientin gar keine Belästigung durch dieselbe empfindet.

Weiter sind 19 Fälle von Emyem der Highmors-Höhle zu nennen, die auf die übliche Methode vom unteren Nasengang aus vermittelt meines Troicarts mit Ausspülungen von gekochtem Wasser, meist ohne jeglichen Zusatz, behandelt wurden. Nur in den wenigen Fällen, die nicht mit der wünschenswerthen Schnelligkeit zur Ausheilung kamen, sowie in den Fällen, die offenbar dentalen Ursprungs waren, wurde nach Extraction der erkrankten oder etwa hinderlichen Wurzeln mit einem starken Bohrer die Höhle vom Zahnfach aus eröffnet und regelmässig durchgespült. Ich kann auch nach meinen heutigen Erfahrungen meine früher ausgesprochene Ansicht vertreten, dass bei der nöthigen Ausdauer von Arzt und Patient wohl fast jeder Fall von Emyem der Oberkieferhöhle durch Spülungen schliesslich zur Ausheilung gebracht werden kann, und dass, wenn derartig behandelte Highmors-Höhlen nicht ausheilen wollen, wohl stets Complicationen

von Seiten der Ethmoidalzellen oder Stirnhöhle vorliegen, die dann natürlich eine speciell auf diesen Punkt gerichtete Behandlungsweise verlangen.

Ausser den Empyemen der Oberkieferhöhle kamen im verflossenen Jahre 2 Fälle von Stirnhöhlenerkrankungen zur klinischen Behandlung. Die Heilung erfolgte, ohne dass der beabsichtigte äussere Eingriff nothwendig wurde.

Zum Schluss sind 3 Fälle von Ozaena, je 2 Fälle von Lupus und Polyphen und je 1 Fall von nasalem Asthma und Abscess der Nasenscheidewand zu erwähnen.

Von den 54 Patienten, die wegen ihres Ohrenleidens in der Klinik Aufnahme fanden, nenne ich zunächst 25, die sich der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes unterziehen mussten. Bei einem 2jährigen Kinde wurde die Operation doppelseitig ausgeführt. 9 Mal handelte es sich um ausgesprochenes Cholesteatom, 12 Mal um chronische Otorrhoe mit Caries der Gehörknöchelchen und der benachbarten Knochenpartieen, und 4 Mal war der Warzenfortsatz acut erkrankt. Unter den letzteren hatte sich die Mastoiditis 2 Mal an eine typische Angina angeschlossen, der dritte Fall war nach einem heftigen Schnupfen aufgetreten, nur der vierte Patient, ein 47jähriger Gastwirth, zeigte ausser einer leichten Röthung des betreffenden Trommelfells überhaupt keine Symptome von Mittelohreiterung. Es ist auch weder vorher noch nachher zu einer Eiterung daselbst gekommen. Man wird also berechtigt sein, diesen Fall als primäre Mastoiditis zu bezeichnen. 4 Patienten waren unter 10 Jahren alt, 6 hatten das 20. Jahr noch nicht überschritten, die gleiche Anzahl stand im dritten Decennium, 4 im vierten, 3 im fünften und 2 im sechsten Decennium; 12 waren weiblichen, 13 männlichen Geschlechts. Bei der Operation machte ich einmal die eigenthümliche Beobachtung, dass der ganze, durchweg zellig gebaute Warzenfortsatz eines 14jährigen Mädchens gänzlich mit einer ganz schwarzen, durch den Gehalt an massenhaften Cholesteatincrystallen stark glitzernden Flüssigkeit erfüllt war. Die Vermuthung liegt nahe, dass hier vor längerer Zeit, vielleicht im Anschluss an ein Trauma, eine stärkere Blutung in die pneumatischen Zellen des Warzenfortsatzes stattgefunden hatte. Daneben fand sich ein cariöser Hammer und ein kleines Cholesteatom im Kuppelraum. Bei einem 38jährigen Herrn, der seit frühester Jugend an Otorrhoe und in letzter Zeit häufig an Schwindel gelitten hatte, fand sich neben einem Cholesteatom ein eigenthümlich gestalteter Hammer. Derselbe trug auf der Gelenkfläche einen dem Volumen seines Kopfes etwa entsprechenden Beckigen, knöchern mit dem Kopfe verbundenen Auswuchs, den ich zunächst für eine Exostose hielt. Bei näherer Betrachtung lässt sich aber erkennen, dass es der Rest des cariösen Ambos ist, der mit Aufhebung des Gelenks fest mit dem Hammer verwachsen ist. In 3 anderen Fällen wurde durch die Aufmeisselung ein bis thalergrosser Durchbruch in die mittlere Schädelgrube aufgedeckt, aus dem reichliche Mengen stinkenden Eiters entleert wurden. Die stark mit zapfenförmigen Granulationen besetzte Dura wurde vorsichtig mit dem scharfen Löffel abgekratzt und die Hautwunde, wie stets, sofort in ganzer Ausdehnung fest vernäht. Ich bin auch im verflossenen Jahre dem Grundsatz treu geblieben, in jedem

Falle von Aufmeisselung des Warzenfortsatzes, sei es, dass es sich um Cholesteatom, sei es um Caries handelt, sofort im Anschluss an die Operation die Hautwunde gänzlich zu vernähen, nachdem zuvor der äussere Gehörgang durch 2 bis tief in die Concha reichende Längsschnitte, deren oberer die Spina heliis und den Musculus heliis minor durchtrennt, so beträchtlich erweitert ist, dass ein 13 mm starkes Drain bis in die Höhlung vorgeschoben werden kann, die durch das Zusammenfliessen von Kuppelraum und Warzenfortsatzhöhle entstanden ist. Nach meiner Erfahrung heilt diese Hautwunde stets prima intentione, selbst dann, wenn ein verjauchtes Cholesteatom oder ein extraduraler Abscess die Veranlassung zur Operation gewesen war, da durch das weite Drainrohr die Wundflüssigkeit in den Verband geleitet wird. Durch dieses Verfahren wird jegliche Lappenbildungsmethode hinter der Ohrmuschel überflüssig, und es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass dadurch die Heilungsdauer eine wesentliche Abkürzung erfährt. Am achten Tage mache ich den ersten Verbandwechsel, ohne die Hautwunde oder das Drain irgendwie zu berühren, am 14. Tage werden die Nähte und das Drainrohr entfernt und letzteres durch sterile Gazestreifen ersetzt. Wird die Tamponade exact ausgeführt, so kommt es nie zu einer nachträglichen Stenosirung des Gehörganges, auch habe ich bis jetzt bei einer Zahl von über 50 derartig behandelten Gehörgängen noch nicht eine Necrose des Knorpels beobachtet, vielleicht nur deshalb, weil ich bemüht bin, dem durch die Längsschnitte gebildeten Lappen eine Breite von mindestens 1 cm zu geben. Schliesslich ist zu erwähnen, dass das Endresultat dieser Methode in kosmetischer Beziehung wohl jeder anderen Methode mit Lappenbildung hinter der Ohrmuschel überlegen ist und für die Nachbehandlung und dauernde Beobachtung dieselbe Sicherheit bietet, wie eine persistente Oeffnung hinter dem Ohre und andererseits die aus einer persistenten Oeffnung daselbst dem Träger durch eine zufällige Verletzung drohende Gefahr gänzlich vermeidet. Natürlich bedarf die innere Wunde noch längere Zeit der Nachbehandlung, die aber sehr bald vom Patienten selbst übernommen werden kann, bis sich der durch den weiten Gehörgang völlig zu überblickende Hohlraum mit glatter Epidermis überkleidet hat. Ich kann aber wiederum constatiren, dass unter günstigen Umständen die Heilung in weniger als 6 Wochen erfolgen kann. Es hängt eben die längere oder kürzere Dauer der Ausheilung davon ab, ob es gelingt, wirklich alles Krankhafte im Knochen mit Meissel und scharfem Löffel zu entfernen. Ist dies gelungen, so geht die Ueberhäutung rasch von Statten, ohne dass es zu hartnäckiger oder übermässiger Granulationsbildung kommt. Bei so energischer Inangriffnahme des erkrankten Ohres ist es mitunter schwierig, den Nervus facialis und den Steigbügel mit der nöthigen Schonung zu behandeln, und in der That habe ich im Laufe der Jahre mehrfach vorübergehende Facialisparesen erlebt. Auch ist es mir 2 Mal passirt, dass der Steigbügel mitsammt der Platte herausbefördert wurde, merkwürdiger Weise, ohne dass es dabei zu starken Schwindelerscheinungen gekommen wäre. Nur bei einer Gelegenheit habe ich die Hautwunde gleich nach der Operation nur zur Hälfte vernäht und erst am sechsten Tage gänzlich geschlossen. Einige Monate zuvor hatte ich diesem Patienten, einem 22jährigen

Jüngling, der an chronischer Otorrhoe litt, den cariösen Hammer entfernt, ohne dass es zur Ausheilung gekommen wäre. Bei der Radicaloperation zeigte sich in der Decke des Antrum mastoideum ein stricknadeldickes Loch, das ein kleiner Polyp fast völlig ausfüllte. Die abgebogene Kupfersonde drang etwa 2 cm weit in das Innere des Schädels vor, ohne dass sich neuer Eiter gezeigt hätte. Während der Operation glaubte ich, dass die Sonde direct in das Gehirn eingedrungen sei, doch ist wohl eher anzunehmen, dass sie extradural am Knochen entlang geglitten ist. Immerhin behielt ich die Möglichkeit meningitischer Erscheinungen im Auge und vernähte nur zur Hälfte. Da aber auch dieser Fall reactionslos verlief, so konnte ich am sechsten Tage den Gazestreifen entfernen und die Hautwunde völlig vernähen. Ueberhaupt hatte ich im verflossenen Jahre weder bei den jetzt besprochenen noch bei den ausserhalb der Klinik operirten Fällen einen Todesfall zu verzeichnen, freilich kam auch kein Fall von Hirnabscess oder Sinus-Thrombose zur Beobachtung.

Nicht unerwähnt will ich lassen, dass, wie ich meine, in Folge des Umstandes, dass consequent die Hautwunde sogleich vernäht wurde, die Behandlungsdauer chronischer Fälle sich soweit verkürzen liess, dass die Fälle von acuter Mastoiditis, die mit Erhaltung der Gebilde des Mittelohres nach der ursprünglichen Schwartze'schen Methode operirt waren und mit Zurücklassung der vertieften Narbe ausheilten, zum Theil erheblich mehr Zeit erforderten, als jene.

Ausser diesen Patienten, die zum Zweck der Aufmeisselung in der Klinik Aufnahme fanden, litten 10 an chronischer Otorrhoe ohne schwere Complicationen. Ferner nenne ich 4 Patienten mit nervöser Schwerhörigkeit, 2 Kinder mit acuter eitriger Labyrinthaffection, die vor einigen Wochen ausserhalb unter schweren Allgemeinsymptomen erkrankt waren. Leider konnte die eingeleitete Schwitzkur in beiden Fällen nicht durchgeführt werden, da die Patienten schon nach wenigen Tagen wieder abgeholt wurden.

Schliesslich erwähne ich einen 9jährigen Knaben, der in beiden Ohren je einen Fremdkörper trug. Dieser Patient war mir schon 2 Jahre zuvor wegen Schwerhörigkeit zugegangen, aber nach dem ersten Versuch, die thrombusartigen Massen zu entfernen, fortgeblieben. Diesmal konnte sogleich die Diagnose auf Fremdkörper gestellt werden, die so fest eingeklebt waren, dass die Extraction nur in Narcose gelang. Dabei stellte sich heraus, dass es sich beiderseits um ein Maiskorn handelte, das wahrscheinlich schon 6 Jahre daselbst verweilt hatte.

Bemerkungen zu den in der Deutschen medicinischen Wochenschrift veröffentlichten „Otologischen Mittheilungen“ des Herrn Dr. L. Jankau.

Von

Dr. Alfred Denker in Hagen i. W.

Die No. 37 der Deutschen medicinischen Wochenschrift enthält eine Arbeit von Herrn Dr. L. Jankau, betitelt: Otologische Mitthei-

lungen. Aus der Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten in München (Vorst. Priv.-Doc. Dr. Haug). Dieselbe giebt mir zu den nachstehenden Bemerkungen Veranlassung: In dem ersten Absatz seiner Ausführungen spricht Herr Jankau über Gehörsprüfungen und „stellt“ am Schlusse derselben „fest“, „dass die Angaben, ein normalhörender Mensch höre „Flüstersprache“ 20—25 m, nicht richtig sind und dass ein normalhörender Erwachsener eine Hörweite von 10—12 m für Flüstersprache (Worte) und etwa 14—15 m Flüstersprache (Zahlen) im Durchschnitt hat“. Wie diese Resultate sich ergeben haben, und vor Allem wie gross die Zahl der von ihm untersuchten, normalen Gehörorgane ist, welche ihn zu dieser „Feststellung“ berechtigt, führt Herr Jankau nicht an, sondern „hofft in Bälde weitere Details anderweitig geben zu können“. Wenn man derartige Behauptungen aufstellt, welche mit den Hörprüfungsergebnissen anderer anerkannt bedeutender Autoren (Bezold, Siebenmann, Weil u. A.) im Widerspruche stehen, und wenn man diese Behauptungen zugleich als Feststellungen bezeichnet, so halte ich es für practisch, dass dieselben sogleich und an derselben Stelle näher begründet und bewiesen werden, damit der Leser nicht zu der Ansicht gelange, die Untersuchungen der bisherigen Forscher in dieser Richtung seien mit weniger Sorgfalt ausgeführt, als der Herr Berichtende für seine eigenen Prüfungen jedenfalls in Anspruch nimmt.

Was meine eigenen Erfahrungen bezüglich der normalen Hörweite des menschlichen Gehörorgans für Flüstersprache betrifft, so möchte ich Gelegenheit nehmen, dieselben an dieser Stelle kurz zu streifen.

Mit Genehmigung der Kuratorien habe ich die sämtlichen Schüler und Schülerinnen der höheren Lehranstalten Hagens (im Alter von 9—25 Jahren) einer genaueren Prüfung ihrer Hörfähigkeit unterzogen, und zwar wurden im Ganzen 2500 Gehörorgane geprüft. Die Untersuchungen wurden in der Aula der verschiedenen Anstalten (Gymnasium und Realgymnasium, Fach- und Gewerbeschule und höhere Mädchenschule) bei absoluter Ruhe der Umgebung in der Weise vorgenommen, wie ich es Pfingsten cr. a. in Nürnberg auf der Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft mitgeteilt habe¹⁾. Nach dem Vorgange Bezold's habe ich, um eine möglichst gleichmässige Schallintensität zu erzielen, bei dem Vorsprechen der Flüsterzahlen nur die Residualluft benutzt, welche bei einer nicht forcirten Expiration noch im Munde zurückbleibt. Bei abgewandtem Gesicht und fest verschlossenem andern Ohr wurden ein- und zweistellige Zahlen im Flüsterton vorgesprochen; diejenige Entfernung von dem zu Prüfenden, bei welcher derselbe sämtliche Zahlen zu percipiren im Stande war, wurde als seine Hörweite angenommen und aufgezeichnet. Das Resultat der Untersuchungen war folgendes: von 2500 Gehörorganen konnten 1134 Flüsterzahlen auf eine Entfernung von 20—25 m wahrnehmen und etwa $\frac{2}{3}$, also ca. 1600, hatten eine Perceptionsfähigkeit

1) cf. Denker: Die physiologische obere und untere Tongrenze. Verhandlungen der deutschen otologischen Gesellschaft auf der 5. Versammlung in Nürnberg vom 22.—23. Mai 1896. Herausgegeben von Prof. Dr. K. Bürkner in Göttingen. Verlag von Gustav Fischer in Jena.

von mehr als 15 m für Flüsterzahlen. Bei der grossen Anzahl der Gehörorgane, welche, wie eben angeführt, mehr als 15 m Hörfähigkeit für Flüsterzahlen hatten, bin ich nicht in der Lage, dieselben als „Ausnahmefälle“ zu betrachten oder dieselben als durch Hyperacusic bedingt aufzufassen. Ebenfalls kann ich mich nicht zu der Annahme entschliessen, dass auch ich „speciell mit sehr feinhörigen Individuen operirt habe“, welche Möglichkeit Herr Jankau bei dem ersten Urheber der betreffenden Angaben (normale Hörweite für Flüstersprache = 20—25 m) als vorhanden anzusehen geneigt scheint. Aus dem Angeführten geht hervor, dass durch meine Untersuchungen, für welche ich 1 $\frac{1}{2}$ Jahre hindurch, abgesehen von der Zeit der Schulferien, fast täglich 2 Stunden verwendet habe, die „Feststellung“ des Herrn Jankau bezüglich der Hörweite des normalen menschlichen Gehörorgans für die Flüstersprache keine Bestätigung findet.

Herr Jankau äussert ferner die Ansicht, dass möglicher Weise in dem Lärm der Grossstadt die Perception für Flüstersprache bei den Menschen sich verringert habe und lässt dabei vollständig ausser Acht, dass die Prüfungsresultate Bezold's — B. fand als normale Hörweite für Flüstersprache 20—25 m — bei Personen gewonnen wurden, welche in derselben Stadt (München) denselben Schädlichkeiten ausgesetzt waren, wie die von dem Herrn Berichtenden selbst Untersuchten; mir scheint eher die Möglichkeit vorzuliegen, dass der Lärm der Grossstadt (ich nehme an, dass sich die Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten noch im Reisingerianum befindet) Herrn Jankau bei seinen Untersuchungen gestört hat. Am Eingang seiner Ausführungen bezeichnet es Herr Jankau als auffallend, dass die Hörfähigkeit des normalen menschlichen Ohres für das Ticken der Taschenuhr bei verschiedenen Autoren sehr verschieden angegeben wird und fährt dann fort: „In der That hört die Durchschnittszahl Erwachsener das Uhr-ticken auf etwa 200 cm“. Auch für diese Behauptung werden keine weiteren Beläge gebracht. Der Leser muss sich daher damit begnügen, die Achtung zu bewundern, welche Herr Jankau vor der Zuverlässigkeit seiner eigenen Prüfungsergebnisse gegenüber den Resultaten anderer Autoren zeigt.

Zum Schluss sei es mir gestattet, noch ein paar Bemerkungen zu machen über das Instrument, das Herr Jankau zur Entfernung von im Gehörgang sich ansammelnden Cerumenmassen empfiehlt; Herr Jankau meint, es sei wünschenswerth, „ein Instrument zu besitzen, dass zum Entfernen von Cerumen dem Laien in die Hand gegeben werden kann, ohne dass er sich beim Gebrauch desselben verletzt“. Ich halte es für viel wünschenswerther, dass immer wieder auf die grossen Gefahren hingewiesen werde, welche mit der Einführung eines harten Instrumentes in den Gehörgang, besonders von Seiten eines Laien verbunden sind, und ich stelle mich voll und ganz auf den Standpunkt Kirchner's, der bei der Besprechung der Entfernung von Cerumenanhäufungen im Handbuch für Ohrenheilkunde sagt: „Von dem Gebrauche der Ohrlöffel, spatelförmigen Instrumenten, Curetten, Pincetten ist in solchen Fällen dringend abzurathen, da auf diese Weise sehr grosser Schaden angerichtet werden kann.“ Herr Jankau glaubt die Gefahrlosigkeit der Einführung seines Instrumentes dadurch docu-

mentiren zu können, dass er sagt, das Trommelfell werde selbst bei starkem Nachvorwärtigen in den Gehörgang doch nicht von dem Instrument berührt. Angenommen, dass wirklich durch „rotirende und andere Bewegungen“ keine Verletzungen im Gehörgang hervorgerufen werden können — wovon ich für meine Person jedoch nicht überzeugt bin —, so bleibt immer noch die grosse Gefahr bestehen, dass der Fremdkörper — denn das ist doch eine angesammelte Cerumenmasse — durch die instrumentellen Extractionsversuche tiefer in den Gehörgang hineingedrängt wird, und dass derselbe bei grösserer Gewaltanwendung das Trommelfell verletzen und perforiren kann. Aus diesem Grunde empfehle ich, bei der Entfernung von Cerumenmassen die altbewährte Methode des Ausspritzens beizubehalten, die nur sehr selten, besonders wenn man einige Tage hindurch durch Eingiessungen die harten Massen erweicht hat, im Stiche lässt; nur in diesen seltenen Fällen ist es nach meiner Ansicht erlaubt, unter Spiegelbeleuchtung mit Instrumenten, wie sie mehrfach angegeben worden sind, die Extraction zu versuchen.

Schweizerische oto-laryngologische Gesellschaft¹⁾.

Sitzung vom 30. Mai 1896.

Vorsitzender: Professor Siebenmann.

Schriftführer: Privatdocent Dr. Schwendt.

Begrüssung der Anwesenden durch Herrn Prof. Siebenmann.

Erschienen waren unter Anderen die Herren Prof. Secrétan (Lausanne), Docent Dr. R. Meyer (Zürich), Docent Dr. Jonquière (Bern), Dr. Nager (Luzern), Dr. Neukomm (Bad Heustrich), Docent Dr. Lindt (Bern), Dr. Hegetschweiler (Zürich), Dr. E. Bischoff (Basel), Dr. Morf (Winterthur), Dr. Diem (St. Gallen), Dr. Viatte (Pruntrut), Dr. Mercanton (Montreux).

Prof. Siebenmann verliest einen Brief des Oberfeldarztes. Derselbe beantwortet das von den Schweizerischen Ohrenärzten und Laryngologen an ihn gestellte Gesuch, es möge dem ohrenärztlichen Theil des sanitarischen Ausmusterungsreglements eine zweckentsprechendere Gestaltung gegeben werden, in entgegenkommendem Sinne.

Dr. Schwendt (Basel) demonstriert:

1) Eine Anzahl operirter Patienten. An den meisten derselben war wegen Caries und Cholesteatom die sogenannte radicale Felsenbeinoperation nach dem gegenwärtig von Schwartz und seinen Schülern geübten Verfahren vollzogen worden. Diese Fälle sind alle einer ersten Serie von 33 Operirten entnommen, die im Jahre 1892 begonnen wurde.

Es wurden ausserdem von dem Vortragenden noch vorgestellt einige Fälle von Mastoidoperationen, ausgeführt nach Influenza, ferner

¹⁾ Die Schweizerische oto-laryngologische Gesellschaft wurde anlässlich des Schweizerischen Aerztetags am 4. Mai 1895 in Lausanne gegründet. Sie bildet eine Section der Schweizerischen Aerztesgesellschaft. Ihre Sitzungen sollen vorläufig mit denjenigen der letzteren zusammenfallen.

ein Fall von Sequestrotomie des Warzenfortsatzes nach Scharlach, endlich die bereits vor vier Jahren in der Versammlung des Schweizerischen ärztlichen Centralvereins demonstrierte Patientin mit doppelseitiger angeborener knöcherner Atresie der Choanen.

Der Geruchssinn dieser Patientin, der noch mehrere Jahre nach vollendeter Operation durchaus fehlte, hat sich innerhalb der letzten Jahre vollständig ausgebildet, so dass die Patientin unter anderem den Geruch verschiedener Blumen durchaus zu unterscheiden im Stande ist.

2) Instrumente.

a. Demonstration einer bis jetzt noch nicht vollständigen Stimmgabelreihe aus dem acustischen Institut von Appunn in Hanau a. M. Dieselbe soll zur Prüfung der continuirlichen Tonreihe dienen; die noch fehlenden Stimmgabeln sollen von Herrn Appunn demnächst noch ergänzt werden. Diese Stimmgabeln sind mit Laufgewichten und Schallbechern versehen, sehr handlich und können jede circa $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{2}$ Octave hervorbringen. Die Schwingungszahlen sind in bestimmten Intervallen auf der Gabel angegeben.

Für die tiefsten hörbaren Töne liefert Appunn Drahtstimmgabeln, die in ihrer jetzigen Gestalt noch sehr verbesserungsfähig sind.

Zur Prüfung der höchsten Töne, welche dem Tonbereich der Galtonpfeife entsprechen, dient eine Serie von 12 Pfeifchen. Diese Pfeifchen haben vor der Galtonpfeife den grossen Vorzug, dass die Schwingungszahl jeder Pfeife bekannt ist. Dagegen liefert jede Pfeife nur einen Ton. Nach der Mittheilung von Appunn sind sie frei von Obertönen und ihre Schwingungszahl ist bis auf 20 Schwingungen constant und mit der angegebenen Zahl übereinstimmend.

Ferner demonstriert der Vortragende die neue verbesserte Galtonpfeife von Edelmann.

b. Demonstration eines neuen Modells seines Injecteurs für den oberen Theil der Paukenhöhle, ferner eines neuen Modells einer Kehlkopfpolyphen-Zange und eines Bohrers für das Antrum Highmori mit cylindroconischer, nach Art der von den Zahnärzten gebrauchten Fraisen zugeschliffener Spitze. Diese Instrumente wurden nach Angabe von Dr. Schwendt von Herrn Fabrikanten Knoebel in Basel ausgeführt.

Prof. Siebenmann spricht sich gegen die Zweckmässigkeit der Appunn'schen Drahtstimmgabeln aus. Durch die Schwingungen derselben wird dem zu Untersuchenden zu viel Luft zugefächelt. Es kann in Folge dessen besonders leicht das Fühlen der Luftschwingungen mit dem Hören des Tons verwechselt werden, namentlich von Taubstummen, bei welchen die Prüfung der continuirlichen Tonreihe besondere Wichtigkeit hat.

Dr. Lindt (Bern) demonstriert einen neuen Gaumenhaken, den er seit einem halben Jahre mit Erfolg zur directen Besichtigung und Behandlung der hinteren oberen Wand des Nasenrachenraums gebraucht; er weist darauf hin, dass bis jetzt in den Lehrbüchern immer angegeben wird, die Untersuchung und Behandlung der Gegend der Rachtentonsille, speciell des Recessus medius sei immer unter Spiegelbeleuchtung zu machen. Es ist dieses aber oft sehr schwierig und man sieht nicht selten keine klaren Bilder, besonders nicht, wenn das Tuberculum

culum atlantis vorspringt und einen Schatten auf die Recessusgegend wirft. Mit dem neuen Gaumenhaken gelingt es nun, wenn das Gaumensegel vorsichtig, langsam, aber energisch damit emporgezogen und dabei der Kopf stark nach hinten geneigt wird, in gerader Linie direct über die unteren Schneidezähne nach der Recessusgegend zu sehen und diese direct mit geraden Instrumenten zu behandeln. Cocain ist auch für die Untersuchung meistens erforderlich.

Die Rachentonsillengegend wird so, wie die Larynxhinterwand mittelst der Autoscopie nach Kirstein durch direct auffallendes Licht beleuchtet. Therapeutische Eingriffe sind überraschend leicht, ohne Gefahr der Nebenverletzung, am Recessus und von den Seitensträngen bis hinauf zum Tubenwulst auszuführen. Die Patienten ertragen den Haken gut, wenn er vorsichtig angelegt wird. Es ist derselbe bei Herrn Fabrikanten M. Scheerer in Bern zu beziehen.

Dr. Rudolf Meyer, Im Hof (Zürich) hat die directe Besichtigung der hinteren oberen Pharynxwandgegend schon seit längerer Zeit versucht. Sie gelingt mit Vorziehung des weichen Gaumens mittelst des Voltolini'schen Hakens unter Rückwärtsbeugung des Kopfes des Untersuchten bei aufsteigendem Beleuchtungsstrahl. Immerhin ist diese Vorziehung oft schmerzhaft und führt auch zu reactiver Contraction des obersten Constrictors des Pharynx, durch welchen der Einblick in den Nasenrachenraum verdeckt wird.

Empfehlenswerth ist statt Cocain die Verwendung von Eucain, das weniger künstliche Anämie der Schleimhäute bewirkt. Die Rinne des Lindt'schen Instruments begünstigt die Untersuchung.

Dr. Hegetschweiler (Zürich): Ein Fall von Bezold'scher Mastoiditis mit pyämischen Erscheinungen. (Referat.)

Circa vier Wochen nach Beginn einer acuten Otitis media traten unter Schüttelfrösten Metastasen in der linken Schulter und in der linken Lendengegend auf. Während die entzündlichen Erscheinungen in der Schulter spontan zurückgingen, entwickelte sich in der Tiefe der Lendenmuskulatur unter pyämischem Fieber ein Abscess, in welchem Dr. H. nach der Eröffnung dieselben Microorganismen (Diplococcen einzeln und in Strepto-Anordnung) nachweisen konnte, wie im Ohreiter.

Im Anschluss an diesen Lendenabscess, der sich bereits in die Beckenhöhle zu senken begonnen hatte, trat unter neuem Emporschnellen der Temperaturcurve eine phlebitische Thrombose im linken Schenkel auf. Schliesslich, nachdem auch diese Complication überwunden war, bildete sich eine Anfangs circa handgrosse, derbe Infiltration an der unteren Fläche des Warzentheils, die langsam nach unten gegen den Schildknorpel und nach hinten bis zur Mittellinie vorrückte (Bezold'sche Mastoiditis). Nach Eröffnung des gebildeten Abscesses sistirte die Otorrhoe definitiv; dagegen blieb eine Fistel an der Spitze des Warzentheils zurück, weil eine radicale Ausräumung des necrotischen Herdes durch Aufmeisselung von den Angehörigen nicht gestattet wurde.

Der Fall illustriert die Nothwendigkeit sofortiger Eröffnung des Warzentheils, sobald zu einer acuten Otitis media pyämische Symptome mit oder ohne Metastasen sich hinzugesellen.

Dr. Jonquière (Bern) macht im Anschluss an diesen Vortrag die Mittheilung des folgenden Falles: Myositis des *M. sternocleido mastoideus* in Continuität mit Mastoiditis und Otitis media suppurativa acuta, eine Bezold'sche Mastoiditis vortäuschend.

Ein 48jähriger Landarbeiter wurde von Dr. J. am 4. Mai 1896 untersucht. Es waren nach fünfwöchentlicher Dauer der Otitis media acuta in der dritten Woche der Eiterung von neuem Schmerzen aufgetreten und es zeigte sich jetzt (am 4. Mai) eine starke bretharte, druckempfindliche Infiltration vom Processus mastoideus abwärts über die halbe Länge des Halses hinunter.

Die Eiterung des Ohres hatte vor wenigen Tagen sistirt. Der Processus mastoideus war noch etwas geschwollen und empfindlich, das Trommelfell noch stark infiltrirt, verstrichen und geröthet, aber geschlossen.

In Folge äusserer Umstände kam der Patient in das Inselspital.

Der diagnostisch wichtige Schluss des Krankheitsprocesses ist folgender: die inframastoide Infiltration ging auf Kataplasmen und einige Jodanstriche bald zurück und der Patient wurde nach 2¹/₂ Wochen geheilt entlassen.

Herr Dr. Niehans, der behandelnde Chirurg, konnte nach Abschwellung der Umgebung die länger zurückbleibende Infiltration des Kopfnickers in seinem Verlauf genau verfolgen und auch die Funktionsstörung dieses Muskels ergab mit Sicherheit eine Myositis, welche das Bild einer Bezold'schen Mastoiditis täuschend nachgeahmt hatte.

Dr. Morf (Winterthur): Ein Fall von otitischen Hirnabscessen im Hinterhauptslappen. (Referat.)

Im Anschluss an eine acute Mittelohrentzündung ohne Perforation des Trommelfells und ohne Otorrhoe zeigten sich erst spät periostitische Erscheinungen. Aufmeisselung des vollständig compacten Warzentheils und Freilegung des kleinen Antrum, welches entzündlich geschwellte Schleimhaut, aber keinen Eiter enthielt. Nachdem die Mittelohrentzündung vollständig ausgeheilt und annähernd normale Hörweite eingetreten war, liessen Kopfschmerzen und Neuritis nervi optici auf eine intracranielle Eiterung schliessen. Nach zwei Monaten war letztere manifest. Die Diagnose war gestützt auf linksseitige Hemiparalyse und Hemanästhesie bei Fehlen von Hemioapie. Es wurde ein Abscess im rechten Schläfenlappen angenommen. Die Section ergab zwei Abscesse im rechten Occipitallappen.

Prof. Siebenmann demonstrirt:

1) Eine Anzahl geheilter Cholesteatomkranker, welche von dem Vortragenden theils nach seiner, theils nach Körner's Methode operirt worden sind und bei welchen die Trommelfelle erhalten worden sind oder sich regenerirt haben.

2) Macroscopische und microscopische Präparate von Stapesankylose und von Atrophie des Nervus cochlearis.

3) Einen Metallausguss der Nase mit ihren Nebenhöhlen, an welchem der obere Nasengang direct an die Orbita anstösst ohne Zwischenlagerung von Siebbeinzellen. Es ist durch dieses Präparat ersichtlich,

wie gewisse, neuerdings empfohlene operative Eingriffe in der Nase mit der Gefahr einer Verletzung der Orbita verbunden sind.

4) Eine eigene Modification des Gottstein'schen Ringmessers²⁾ mit schief gestellter Klinge, mit welcher ebenfalls demonstirte Rachentonsillen besonders fester Consistenz in toto entfernt worden sind.

5) Die Bezold-Edelmann'sche Pfeife mit verstellbarer Zunge und die tiefste Stimmgabel Bezold-Edelmann's zur Bestimmung der unteren Tongrenze. Der Vortragende gibt diesen Instrumenten vor den Appunn'schen den Vorzug.

6) Demonstration von Patienten mittelst des Kirstein'schen Autoscop.

Dr. Jonquièrre wendet sich gegen den von Kirstein gewählten Namen „Autoscopie“. Derselbe hat eine ältere Bedeutung und bezieht sich in allen analogen Anwendungen des Wortes stets auf die von dem Untersuchenden an sich selbst vorgenommene Untersuchung.

Im Bericht über die letzte Versammlung der British medical association S. C. B. C., Juni-Nummer, wird z. B. von einer neueren Form des „älteren Autoscop's von Czermak“ gesprochen.

Die glückliche Erfindung Kirstein's verdient einen sachgemässeren, weniger zu Verwechslungen Veranlassung gebenden Namen; Orthoscopia laryngis (von ὀρθός = gerade) wäre gewiss eine bessere Bezeichnung. Von dem anderen griechischen Worte ἄρθριος = geradeaus oder abwärts, abschüssig, liesse sich noch genauer das Wort Orthioscopia bilden. Weil aber das Wort ἄρθριος sonst in den modernen Sprachen nicht vertreten ist, wäre „Orthioscopia“ jedenfalls vorzuziehen.

Prof. Secrétan (Lausanne) theilt der Gesellschaft mit, dass die Sammeliste zu Gunsten des W. Meyer-Denkmal's (W. Meyer in Kopenhagen, „l'inventeur“ des végétations adénoïdes, wie er scherzweise genannt wurde) bis jetzt 160 Franken ergeben habe. Er bittet die Collegen, welche bis jetzt noch keinen Beitrag geliefert haben, es jetzt thun zu wollen. Es sind sodann noch 30 Frs. eingegangen.

Der Vorsitzende bedankt sich für die gehaltenen Vorträge und Demonstrationen und fragt an, ob schon bekannt sei, wo die nächste centralärztliche Versammlung stattfinden wird.

Dem Programm gemäss hätte noch eine Besichtigung der neuen klinischen Abtheilung für Ohren- und Halskranke des Bürgerspitals unter Leitung des Oberarztes Prof. Siebenmann stattfinden sollen. Der vorgerückten Zeit wegen konnte dieser Besuch von den Anwesenden in corpore nicht mehr vorgenommen werden. Dr. Schwendt.

2) Zu haben beim Fabrikanten Knoebel in Basel.

Aus der Klinik des Prof. Dr. Josef Gruber in Wien.

Bericht über die im Jahre 1895 ambulatorisch behandelten Kranken.

(Schluss zu No. 6.)

Otalgia.

Bei allen in dieses Capitel gehörenden Fällen war für die Therapie das ätiologische Moment (Zahncaries, Rhinitis, Pharyngitis, Angina, Laryngitis, Neuralgien etc.) maassgebend. Ueberdies wurden symptomatisch schmerzlindernde Mittel angewendet, so Amygdalae aurium, mit Liquor Burowi getränkte Gazestreifen und Einreibungen mit narcotischen Substanzen. —

Morbus Ménièrei.

Die verzeichneten Fälle betrafen Caissonarbeiter, die unter hohem atmosphärischen Drucke arbeiteten; die Labyrinthtaubheit trat apoplectiform auf und wurde auf eine Labyrinthblutung zurückgeführt. Ueber dieselben wurde theilweise von Dr. Alt in dieser Monatsschrift berichtet. Weitere Mittheilungen erfolgen in einer späteren Abhandlung.

Affectio labyrinthica.

Bei allen Fällen, welche unter dieser Diagnose zusammengefasst werden, wurde eine sorgfältige Anamnese behufs Feststellung eines eventuellen ätiologischen Momentes erhoben. Als solche wurden nachgewiesen oder angegeben: Lues hereditaria, Lues acquisita, Typhus, „fiebrhafte Krankheit“, Mumps, Diphtheritis ohne Ohrenfluss, der Beruf (Schlosser, Kesselschmied, Metallschleifer), Abfeuern eines Geschützes (ein Fall einseitig, ein Fall beiderseitig).

In den meisten Fällen wurde eine Prüfung auf die galvanische Erregbarkeit des Acusticus ausgeführt; die bisherigen Untersuchungsergebnisse gestatten noch keine sicheren Schlussfolgerungen und werden seiner Zeit veröffentlicht.

Surdomutitas.

Bei Taubstummheit wurden therapeutische Maassnahmen verschiedenster Art versucht. Jodkali, Jodsalben, Pilocarpin-Injectionen etc. In vereinzelten, namentlich frischen Fällen wurden Besserungen constatirt, wobei es dahingestellt bleiben muss, ob die Erfolge als ein post hoc oder propter hoc zu betrachten sind. Auch methodische Hörübungen wurden, so wie in früheren Jahren empfohlen, in manchen Fällen auch an der Klinik geübt. Bei Patienten, welche einen Rest von Hörvermögen besaßen, konnte eine Besserung des Gehörs bis zu einem gewissen Grade erzielt werden. In Fällen, wo absolut keine Spur von Hörvermögen nachweisbar war, konnte eine Besserung entweder gar nicht erzielt werden oder aber eine so minimale, dass die darauf verwendete Mühe sich durchaus nicht lohnte; erfahrungsgemäss gehen sogar in solchen Fällen diese geringen Gehörszunahmen wieder verloren. Immerhin sollen solche Uebungen bei jedem mit einer Spur von Hörvermögen versehenen Kranken durch längere Zeit vorgenommen werden.

Academy of Medicine in New-York.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan.

Demonstration von Instrumenten.

Dr. H. Rupp zeigt ein aus 2 silbernen, durch ein goldenes Band verbundenen Cylindern oder Bechern bestehendes Instrument, welches für Carbol- oder Creosotinalationen gebraucht werden soll, aber auch als Obturator dienen kann. Die Cylinder müssen die Nasenöffnung völlig ausfüllen.

Dr. H. Goodwillie zeigt ein aseptisches und verstellbares Metallband für den Stirnspiegel.

Ein Fall von Angiom der Nasenscheidewand.

Dr. W. Freudenthal berichtet über einen blutenden Polypen der Nasenscheidewand. Die microscopische Untersuchung ergab ein Angiom.

Dr. Jonathan Whright glaubt, dass unter den benignen Tumoren des Septums die Angiome am häufigsten sind.

Multiple Larynxpapillome.

Dr. W. F. Chappel stellt ein kleines Mädchen vor, bei dem zahlreiche Larynxpapillome nach einer wegen acuter Laryngitis nothwendig gewordenen Tracheotomie bis auf kleine Reste im Laufe von 6 Monaten verschwanden. Es bestanden noch, aber auch kleiner geworden, je ein Gewächs in der vorderen Commissur und im subglottischen Raum, nach deren Entfernung der Kehlkopf jetzt ein durchaus normales Bild bietet.

Behandlung der Kehlkopftuberculose mittelst Aufpinselung und submucösen Injectionen von Buchenholz-Creosot. Beschreibung einer geeigneten Kehlkopfspritze.

Dr. W. F. Chappel wendet mit Vortheil eine ölige Creosotlösung an in folgender Zusammensetzung:

Creosot	1,0—2,0
Ol. Ricini	3,0
Ol. Gaultherine	1,0
Ol. hydrocarbon.	1,0,

eine klare, nicht reizende Flüssigkeit von angenehmem Geruch und Geschmack. Während sie in leichteren Fällen einfach mit Spray oder Pinsel applicirt wird, wendet Ch. in schwereren Fällen (Ulcerationen, hohe Abendtemperaturen) submucöse Injectionen nach vorheriger Reinigung und Cocainisirung des Kehlkopfes an. Ein über die Spritze gezogenes Gummiröhrchen soll verhüten, dass die Spitze tiefer als gewünscht eindringt. Ein Tropfen genügt alle 5—6 Tage. Beschwerden gering. Nebenher soll ein 10 proc. Creosotspray täglich gebraucht werden. Die Injectionen sollen einen günstigen Einfluss auf Dysphonie, Dysphagie, Husten, Infiltrationen und Hypertrophien ausüben, Ulcerationen heilen und die Granulationsbildung befördern.

Dr. Beverley Robinson hat bei Kehlkopftuberculose mit allen empfohlenen Behandlungsmethoden schlechte Erfahrungen gemacht.

Er hat keine Heilung gesehen, wohl aber Steigerung der Beschwerden nach energischer Localbehandlung. Er empfiehlt Creosotgebrauch in Form von Inhalationen, indem man auf heissem Wasser einen Theelöffel einer 10proc. alcoholischen Creosotlösung verdunsten lässt. Von submucösen Injectionen hält er nichts.

Dr. Andrew Smith hat in einem Falle sehr günstigen Erfolg von den submucösen Injectionen gesehen und empfiehlt sie auch für andere Formen chirurgischer Tuberculose, namentlich Lupus.

Dr. Charles H. Knight hat auch unter anderen Behandlungsmethoden (Menthol. guajacol., Milchsäure) schöne Erfolge gesehen. Er mahnt, die tuberculöse Diathese nicht ausser Acht zu lassen.

Dr. Beverley Robinson betont ebenfalls, dass die constitutionelle Erkrankung durch irgendwelche Localbehandlung nicht beeinflusst wird. Er empfiehlt nochmals die Creosotinhalationen als den bequemsten Weg, Creosot dem Körper einzuverleiben. Die in Deutschland empfohlenen hohen Creosotdosen erklärt er für amerikanische Mägen ungeeignet.

Dr. K. Simpson meint, dass man, bevor man sich auf die Heilkraft des Creosots berufen könne, nachweisen müsse, dass es wirklich auf tuberculöses Gewebe destructiv einwirkt.

Dr. Rob. Ayler hält die submucösen Injectionen für diejenigen Fälle passend, in denen Tuberkel unter der Schleimhaut liegen.

D. Jon. Wright hat niemals Erfolge bei Kehlkopftuberculose gehabt. Er glaubt übrigens, dass submucöse Injectionen schon in Deutschland versucht sind.

Dr. A. H. Smith hebt hervor, dass selbst bei vorgeschrittener Lungenaffection die Behandlung des Kehlkopfes die Leiden der Kranken mildert.

II. Referate.

a) Otologische:

Ein Fall von Chlorom beider Schläfenbeine, beider Sinus sigmoidel und beider Orbitae, eine otitische Phlebitis des Sinus cavernosus vortäuschend. Von O. Körner (Rostock). (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 1. u 2. Heft.)

Bei einem bis dahin gesunden 6jährigen Knaben stellten sich innerhalb zweier Monate neben heftigem Kopfschmerz beiderseitiger Exophthalmus, Abducenslähmung, Stauungspapille und Dilatation der Stirnvenen ein, ausserdem Schwerhörigkeit, welche durch eitrige Mittelohrentzündung bedingt war; linker Warzenfortsatz bei Druck schmerzhaft. Dieser Symptomencomplex legte die Vermuthung nahe, dass es sich um eine otitische Phlebitis des Sinus cavernosus handle, wobei allerdings die Möglichkeit offen gehalten wurde, dass die Stauungserscheinungen auch durch Druck eines Gehirntumors auf die Sinus hervorgerufen sein könnte. Als sich nach wiederholter linksseitiger Paracentese und reichlicher Eiterentleerung aus dem Ohre Fieber und

Ohrschmerz stetig steigerten, wurde zur Eröffnung des linken Warzenfortsatzes geschritten, doch musste die Operation noch vor Eröffnung des Antrum wegen bedrohlicher Collapserscheinungen aufgegeben werden. Die nächsten 4 Wochen war das Befinden schwankend, bis plötzlich unter Steigerung der Schmerzen und Auftreten der Nackensteifigkeit innerhalb 24 Stunden der Tod eintrat. Die Section ergab die vermuthete otitische Sinusphlebitis nicht, wohl aber fand man beide Sinus transversi in ihren den Schläfenbeinen anliegenden Theilen durch grün gefärbte Tumoren, die von der Sinuswand ausgingen, fast vollständig verstopft. Aehnliche Tumormassen waren, von der Schädelbasis ausgehend, in die Schläfenbeine hineingewuchert. Auch das Keilbein war mit der Tumormasse durchsetzt. Ferner fanden sich im hinteren Theile beider Augenhöhlen haselnussgrosse Geschwülste und ebensolche in den Temporalmuskeln. Die microscopische Untersuchung bestätigte die schon wegen der grünen Farbe der Geschwülste macroscopisch gestellte Diagnose: Chlorom.

Es dürfte wohl von Interesse sein, an einen Parallelfall zu erinnern, welcher in der 2. Augustnummer der Berl. klin. Wochenschrift vom J. 1882 von Behring und Wicherkiewicz mitgetheilt worden ist. Es handelte sich um ein Chlorom, welches seinen Ausgang wahrscheinlich vom Keilbeine aus genommen und von hier aus Fortsätze nach der Augenhöhle (starker Exophthalmus), der Nasenhöhle (Obturation der Choanen), in die rechte mittlere Schädelgrube geschickt, sowie Metastasen in den verschiedensten inneren Organen gesetzt hatte; zugleich war die Neubildung, in den Canälen der Schädelbasis fortkriechend, auf die rechte Felsenbeinpyramide fortgewuchert und durch das Tegmen tympani, entlang den dasselbe durchsetzenden Gefässcanälen, in die Paukenhöhle mit consecutiver Perforation des Trommelfells vordrungen.

Keller.

Ausspülung und Verband des Ohres und der Nase. (Lavages et pansements de l'oreille et du nez.) Von Dr. Jouslain. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 2.)

Beschreibung einiger, den gewöhnlichen Spritzflaschen und Pulverisateuren ähnlicher Apparate, mittelst deren sich die Patientin Nase und Ohr leicht durch Zusammendrücken eines Kautschuk-Ballons selbst reinigen können.

Beschorner.

b) Rhinologische:

Hirnsinusthrombose als Complication der Ohrenerkrankungen. Von Dr. P. J. Moellinsky. (Medicinskoje Obosrenje No. 7, 1896.)

Nach einer Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie der otitischen Hirnsinusthrombosen beschreibt Verf. zwei Fälle aus seiner Praxis. In dem einen Falle gelang es durch rechtzeitige Entleerung eines zerfallenen Thrombus des Sinus transversus den Pat. (7jähriger Knabe), bei dem bereits Coma bestand, zu retten. Der andere, ein 25jähriger Mann, ging zu Grunde, da man sich nur mit Aufmeisselung des Warzenfortsatzes begnügt hatte.

Gorodecki.

Rhinophima. Von R. W. Butz. (Letopis russk. Chirurgii No. 1, 1896.)

Bei einem 62jährigen Manne entwickelte sich im Laufe von 20 Jahren ein kolossaler blaurother Tumor an der Nasenspitze, der aus erweiterten Gefässen und Talgdrüsen, welche ein übelriechendes Secret absonderten, bestand. Heilung durch Operation. Gorodecki.

Zur Behandlung der Septum-Abscesse. (Note sur le traitement des abcès de la cloison.) Von Dr. Herck in Paris. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

Drei Fälle, deren erster eine Dame betraf, welche ohne irgend welche erbliche Belastung oder irgend welche andere nachweisbare Ursache, als starke Erhitzung gelegentlich einer anstrengenden Bicyclefahrt, an einem umfangreichen Abscesse der Nasenscheidewand erkrankte; während die zwei anderen sich auf Kinder von 5 und 6 Jahren beziehen, bei denen die traumatische Ursache (Schlag auf die Nase) nachgewiesen war. Durch missgünstige Erfahrungen in zweien seiner Fälle gewarnt, rath H., bei grossen Hämatomen möglichst tief, eventuell in beiden Nasenhöhlen zu incidiren und nach Entleerung zu drainiren, um vorzeitiger Vernarbung der Incisionswunde und Eiterretention vorzubeugen. Beschorner.

Naso-palatine Ectopie des rechten ersten oberen Mahlzahnes. (Ectopie naso-palatine de la première molaire supérieure droite.) Von J. Boulai. (Arch. internat. der Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 2.)

Bei einem 22jährigen Manne wurde in einer Ausbuchtung des harten Gaumens, welche mit der Nasenhöhle communicirte, ein Mahlzahn gefunden, welcher zweifellos durch einen Schlag, welchen der Kranke 6 Jahre zuvor auf die Nase erhielt, dahin gelangt war, sich lange Zeit latent verhalten, später aber zu Knochencaries und zu einem Defecte des harten Gaumens geführt hatte. Beschorner.

Ueber Electrolyse der hinteren Muschelenden. (De l'électrolyse des queues de cornet.) Von Dr. P. Helat. (Arch. internat. de Laryngol. etc. Bd. IX, No. 2, 1896.)

Beschreibung seines zur Verkleinerung der hinteren Nasenmuschelenden jetzt ausschliesslich angewandten electrolytischen Verfahrens, mit welchem er, seiner Angabe nach, ohne dem Patienten wesentliche Schmerzen zu bereiten, vortreffliche Erfolge erzielt. Die Anwendung soll leicht, die Behandlungsdauer kürzer, das Resultat besser als bei irgend einer anderen Operations-Methode sein. Beschorner.

Eine Cyste der Highmorshöhle. Von W. W. Lesin (aus Luga). (Letopis russk. Chirurgii No 1, 1896.)

Bei einem 40jährigen Manne entwickelte sich ein die linke Highmorshöhle colossal ausdehnender Tumor, der Anfangs als Sarcom imponirte, sich bei der Operation jedoch als Cyste erwies. Heilung. Gorodecki.

c) Pharyngo-laryngologische:

Eine Bluteyste des Halses. Von A. Deschin. (*Detskaja Medicina* No. 4, 1896.)

Verf. beschreibt einen im Moskauer Chludow'schen Kinderhospital beobachteten und operirten Fall von Bluteyste des Halses, welche seit 3 Jahren bei einem 6jährigen Mädchen bestand und sich nach einem Hustenanfall plötzlich bedeutend vergrösserte. Bei der Exstirpation erwies sich dieselbe als mehrkammerige, mit Endothel ausgekleidete, der Vena jugularis externa dicht anliegende Bluteyste, weshalb Verf. geneigt ist, sie nach der Nomenclatur von Delbet als Angiome phlébogène d'Esmarch, die sich bekanntlich aus den Vasa vosorum der Halsvenen entwickeln, aufzufassen. Die Heilung erfolgte per primam in 10 Tagen.

Gorodecki.

Cervicalfistel mit dem Pharynx in Verbindung. (*Cas de fistule cervicale communiquant avec le pharynx.*) Von Dr. Wyatt Wingrave (*Assoc. britannique de laryngologie et rhinologie, Séance du 12 Octobre 1894* und *Revue de laryngologie et de rhinologie 1895, No. 5.*)

Innere Oeffnung im Mittelpunkt der linken Mandel, äussere Oeffnung hinter dem linken Unterkieferwinkel.

Dr. P. K.

Einige Bemerkungen über Pharynxtuberculose. (*Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée.*) Von Dr. A. Rosenberg. (*Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 22.*)

Verf. betont, dass die Pharynxtuberculose nicht gar so selten ist, als man früher annahm. Seitdem Isambert und B. Fraenkel selbe beschrieben haben, wird sie auch häufiger von den Autoren erwähnt. Verf. fand sie in $\frac{1}{1000}$ von Fällen in der Berliner Poliklinik; er giebt die genaue Beschreibung, namentlich die Differentialdiagnose mit Lupus; die Schwierigkeit der Diagnose bei gesunden Lungen und gesundem Larynx wird namentlich hervorgehoben. Die Arbeit wird am besten im Original nachgelesen.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von angeborener Hypertrophie der Zunge. (*Deux cas d'hypertrophie congénitale de la langue.*) Von Dr. Walter. (*Manhattan eye and ear hosp. reports und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.*)

Der erste Fall betrifft einen 35jährigen Mann, dessen von Geburt aus hypertrophische Zunge bei jeder Verdauungsstörung noch dicker und blau wurde; die Anfälle wurden so stark, dass man an die Tracheotomie dachte. Der zweite Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, dessen von Geburt aus hypertrophische rechte Zungenhälfte bei jeder Verdauungsstörung und während jeder Menstruation sich noch verdickte. Verf. giebt in beiden Fällen die Blutgefässerweiterung als Ursache der Vergrösserung, während es doch heute allgemein bekannt ist, dass die lymphatische Störung immer die Ursache solcher Hypertrophien ist.

Dr. P. K.

Ueber acute Entzündung der Zungenmandel. (De l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale.) Von Dr. R. Beausoleil. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 23.)

Kommen bei normaler, mehr aber bei hypertrophischer Zungenmandel vor; sie sind oft infectiöser Natur; treten gewöhnlich plötzlich, seltener subacut auf unter den gewöhnlichen Symptomen. Schlingbeschwerden, welche bald in Schmerzen ausarten und auffallender Weise von den Kranken tiefer, als der Sitz der Mandel ist, verlegt werden; die Schmerzen bestehen später beim Schlucken von Flüssigkeiten und sogar von Speichel. Phonation und Respiration sind nur bei Weiterschreiten des Leidens beeinträchtigt. Die Diagnose kann nur durch das Laryngoscop gestellt werden. Verlauf wie bei der gewöhnlichen Angina; Eiterung seltener und dann Dauer länger. Nach der Heilung muss man das hypertrophische Gewebe, um Recidive zu vermeiden, mittelst Jod, Resorcin u. s. w. zu reduciren suchen.

Dr. P. K.

Behandlung der verschiedenen Krankheiten des Respirationstractus durch intratracheale Injectionen. (Traitement des diverses maladies des voies respiratoires par les injections intratrachéales.) Von Dr. Thomas. (Revue de laryngologie et de rhinologie 1894, No. 20, und Marseille médical.)

Verf. kommt am Ende seiner langen Arbeit zu folgenden Schlüssen: Die intratrachealen Einspritzungen von Mentholöl, Gajjacöl und Jodoformöl haben eine nicht zu leugnende Wirkung bei chronischer Bronchitis, bei foetider Bronchitis, bei torpider Lungentuberculose im Anfangsstadium. Sie bringen vorübergehende Besserung bei vorgeschrittener Lungentuberculose, scheinen aber bei acuter Tuberculose zu schaden.

Dr. P. K.

Urämische Aphasie. (Aphasie urémique.) Von Dr. Rendu. (Société médicale du hôpital, Séance du 27 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 17.)

Apoplectischer Anfall bei Albuminurie und Herzfehler. Aphasie. Nach einigen Tagen Dyspnoe mit Cheyne-Stokes'schem Äthmen, ohne dass Lungensymptome vorhanden waren; es bestand also toxische Dyspnoe. Die Aphasie verschwand allmählich und es trat relative Heilung ein.

Dr. P. K.

Zur Aetiologie der Struma. (Uebersicht von 16 Fällen von Entfernung der Struma.) Von E. K. Ika witz. (Letopis russk. Chirurgii No. 1, 1896.)

Verf. beschreibt sehr ausführlich 16 Fälle von Strumectomie, die im Verlaufe von 10 Jahren im I. städtischen Hospital in Moskau von J. D. Saritschew ausgeführt wurden. Unter diesen Fällen befinden sich auch zwei Fälle von Sarcom der Schilddrüse. Es wurde in allen Fällen (auch den malignen) nur die Thyreoidectomia partialis ausgeführt (in 11 Fällen intracapsulär). Von den Operirten starben drei (die beiden Fälle von Sarcom und ein Fall, wo der Pharynx verletzt wurde,

an *Mediastinitis purulenta postica*). Im zweiten Theil seiner Arbeit beleuchtet Verf. die verschiedenen Theorien über Entstehung der *Struma* und sucht seine Ansicht zu begründen, gemäss welcher alle Fälle von *Struma* (vielleicht mit Ausnahme der *Struma maligna*) auf *Arteriosclerose* beruhen sollen. Gorodecki.

Zur Aetiologie der acuten Entzündungen der Schilddrüse (Thyreoiditis, Strumitis). Von Prof. G. Turner. (*Wratsch* No. 30, 1896.)

Nach einem Ueberblick über die Literatur der Frage und die historische Entwicklung der Ansichten über die Aetiologie der *Thyreoiditis* berichtet Verf. über einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um eine 51jährige Frau, bei der im Anschluss an gastrische Störungen sich eine acute Entzündung einer *Struma parenchymatosa*, die von Pat. seit ihrer Jugend getragen wurde, entwickelte. Es kam zur Abscedirung; im Eiter fand sich nur der *Staphylococcus aureus*. Verf. fasst den Fall als Resorptionsinfection im Darmcanal auf. Gorodecki.

Scirrhus glandulae thyroideae mit zahlreichen Metastasen. Von Prof. Dr. Chiari. (Verein deutscher Aerzte in Prag und Wiener medicinische Presse 1896, No. 14.)

Bei einer 63jährigen, in bewusstlosem Zustande in's Krankenhaus gebrachten Frau fand man nach längerer Untersuchung ausser frischer Blutung in der Grosshirnhemisphäre über den ganzen Körper verbreitete Krebsmetastasen, welche von einem primären linksseitigen, knochenharten, geschrumpften, die Schilddrüse kaum vergrössernden Fibrocarcinom des *Corpus thyroideum* ausgingen. Practisch wichtig in diesem Fall ist die schon von Billroth festgestellte Thatsache, dass das primäre Carcinom der Schilddrüse sich nicht durch Vergrösserung des Organs bemerkbar macht.

Hiermit steht auch die längst von den Practikern bemerkte Thatsache in Einklang, dass nämlich kleine harte Knoten der Schilddrüse viel gefährlicher sind, als die grossen, den Patienten verunstaltenden Kröpfe. (Der Referent.) Dr. P. K.

Ueber die Anwendung von Injectionen mit Schilddrüsenextract bei 9 Fällen von Morbus Basedowii. Von A. G. Bogrow. (*Südrussische Medicinalzeitung* No. 3, 4, 5, 1896.)

Verf. erzielte in allen Fällen mehr oder weniger bedeutende Besserung bald eines, bald mehrerer, bald sogar aller Symptome. Schädliche Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die *Struma* und der *Exophthalmus* können sich vollständig zurückbilden. Am schwierigsten ist das Herzklopfen zu beeinflussen. Verf. verwirft die Darreichung per os. Gorodecki.

Ueber die gutartige Mycosis des Rachens und ihre Behandlung.
(Mycosis bénigne de l'arrière gorge et son traitement.) Von Dr. Percepid. (Bull. général de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Nachdem Verf. die gewöhnliche Symptomatologie, zu welcher er nichts Neues hinzufügt, gegeben, kommt er zur Behandlung, bei welcher er die Chromsäure als das beste Mittel, nach der Methode von Wagnier, empfiehlt. Diese Methode, welche man Perlmethode nennt, besteht darin, dass man am Ende einer Pharynxsonde einige Chromsäurecrystalle anschmilzt und diese Perle auf jedes Büschel aufsetzt, die gesunden Gewebe aber immer schonend. Wenn die betreffende Stelle gelb wird, so genügt es. Man soll bloß einmal per Woche brennen.
Dr. P. K.

Plötzlich eintretender Croup bei einem siebenjährigen Kinde, welches mit Larynxpapillomen behaftet war. Intubation während drei Wochen; dann erst Tracheotomie. (Croup d'emblée chez un enfant de sept ans, atteint des papillomes du larynx. Intubation pendant trois semaines, puis trachéotomie.) Von Dr. Luc. (France médicale und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 6.)

Ein seit langer Zeit mit Larynxpapillomen behaftetes siebenjähriges Kind bekam plötzlich Croupmembranen in den Larynx, welche Membranen nicht diphtheritischer Natur waren, aber dennoch gefährliche Stenose bewirkten. Die immer sich erneuernden Membranen machten die Intubation drei Wochen lang nöthig. Zwanzig Tage nachdem die Larynxröhre entfernt war, trat plötzlich Larynxspasmus ein, welcher die Tracheotomie erheischte; das Kind wollte sich der Intubation nämlich nicht mehr unterwerfen. Augenblicklich trägt das Kind die Canüle noch. Verf. will die Papillome durch Laryngofissur entfernen.

Dr. P. K.

Behandlung der diphtheritischen Angina mittelst Sublimat in Glycerin aufgelöst. (Traitement de l'angine diphthérique par le sublimé en solution dans la glycérine.) Von Dr. Goureau. (Mécredi médical und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Durch die gute Wirkung solcher Bepinselungen bei Blepharitis bestärkt, in welcher Form das Sublimat sehr wenig caustisch ist, wandte Verf. diese Bepinselungen bei Diphtheritis an. In frischen Fällen besteht die Lösung in 1:30, bei etwas vorgeschrittenen Fällen 1:20. In leichteren Fällen wird alle 12, in schweren Fällen alle 6 Stunden bepselt; gleich nach dem Bepseln wird die übrig bleibende Flüssigkeit aus dem Rachen mittelst baumwollenem trockenen Pinsel abgewischt. Natürlich werden nicht alle Diphtheritisfälle hiermit geheilt, aber auffallend ist das schnelle Aussterben, Sichauffrollen und Abfallen der Membranen; selbe reproduciren sich nicht leicht wieder.

Dr. P. K.

Phlegmonöse Angina mit Bacillus coli. (Angine phlegmoneuse avec coli-bacille.) Von Dr. F. Widal. (Bulletin et mémoires de la société médicale des hôpitaux u. Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Nach spontaner Eröffnung machte Verf. Gelatinculturen von einem frischen Eitertropfen und brachte einen Colibacillus hervor, welcher das Meerschweinchen in weniger als 24 Stunden tödtete, wenn man letzterem 1 Cctm. einer 24 Stunden alten Fleischbrühcultur einspritzte.

Dr. P. K.

Ueber sogenannte Streptococcusangina. (Des angines dites à streptocoques.) Von Dr. Widal und Dr. Besanson. (Société médicale des hôpitaux, Séance du 13 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

Bekanntlich können Streptococcen jahrelang in den Mandeln bestehen, ohne irgend eine Reactionserscheinung hervorzurufen; diese unschuldigen Streptococcen kann man beim besten Willen trotz aller Experimente nicht von denen bei bösartiger sogenannter Streptococcusangina unterscheiden, ob bei letzteren die Streptococcen allein oder mit anderen gemischt vorkommen. Wenn also die Bacteriologie somit soweit vorgeschritten ist, um uns rasch eine reine Diphtheritisangina zu diagnosticiren, so ist es ihr dennoch bis jetzt nicht gelungen, eine reine Streptococcusangina durch sich allein darzuthun. Uns also auf die Bacteriologie allein stützend, könnten wir nur zweierlei acute Anginen, nämlich die diphtheritische und nichtdiphtheritische, annehmen. Einstweilen und vielleicht noch lange bedürfen wir also der klinischen Symptome (Aussehen, Entwicklung der Pseudomembranen, Entstehen der Krankheit), um die nichtdiphtheritische und diphtheritische Angina unter sich zu unterscheiden.

Dr. P. K.

Ein Fall von Diphtherie bei einem neugeborenen Kinde. Von A. A. Polievktow, Assistent der Moskauer Kinderklinik. (Detskaja Medicina No 3, 1896.)

Verf. beschreibt einen Fall von Nasendiphtherie bei einem vierwöchentlichen Kinde mit unbedeutender Betheiligung des Rachens. Der bacteriologisch diagnosticirte Fall von reiner Diphtherie (keine Mischinfection) heilte unter zweimaliger Injection von Serum (500 Einheiten, Tags darauf noch 300) aus dem Moskauer Institut.

Gorodecki.

130 Fälle von Diphtherie in der Landpraxis, behandelt mit Serum. Von M. W. Gornow. (Detskaja Medicina No. 3, 1896)

102 Fälle von Diphtherie in der Landpraxis, behandelt mit Serum. Von M. A. Tschlenow. (Detskaja Medicina No. 3, 1896.)

Beide Arbeiten geben die üblichen statistischen Zusammenstellungen. Das Sterblichkeitsverhältniss betrug bei Gornow 13,8 pCt., bei Tschlenow 15,6 pCt. Beide Autoren heben übereinstimmend den Segen der Serumbehandlung speciell für die Verhältnisse der Landpraxis in Russ-

land hervor, wo Desinfection und Isolirung selten durchführbar sind und auch ärztliche Hilfe oft nur in Form eines einmaligen Besuches der von der Krankheit heimgesuchten Ortschaft zu haben ist. Entsprechend den günstigen Resultaten bringt auch die Bevölkerung ein beim russischen Bauern ganz ungewöhnliches Vertrauen der neuen Heilmethode entgegen.

Gorodecki.

143 Diphtheriefälle ambulatorisch mit Serum behandelt. Von Landarzt L. Kohtowt.

Practische Resultate der Anwendung von Diphtherieserum im Kampfe mit Diphtherieepidemien. Von A. A. Setschkarew.

Zur Serumtherapie der Therapie. Von W. J. Rosenberg. (Medicinskoje Obosrenje No. 8, 1896.)

Die Arbeiten bringen nichts wesentlich Neues. Die Allgemeine Sterblichkeit betrug bei Kontowt 18 pCt., bei Setschkarew (100 Fälle) 19 pCt. Letzterer führte auch 240 Präventivimpfungen aus, von denen nur 6 misslangen. Rosenberg beobachtete nur 13 Fälle, von denen jedoch 10 fast hoffnungslos waren. Trotzdem hatte er nur zwei Todesfälle zu beklagen.

Gorodecki.

Ueber Serum-Exanthem. Von P. K. Haller. (Wratsch No. 14, 16, 1896.)

Verf. beschreibt mehrere Fälle von polymorphem und Urticaria-Exanthem im Anschluss an Injection von Behring'schem und Roux'schem Serum. Es handelte sich meist um Mitglieder einer Familie, die sich schon bei einer früheren Gelegenheit als sehr empfindlich dem Serum gegenüber gezeigt hatte. Die Injectionen wurden theils zu curativen, theils zu präventiven Zwecken ausgeführt und riefen heftige Exantheme mit Gelenkschmerzen, Fieber bis über 39°, Pulsbeschleunigung hervor. Bemerkenswerth erscheint Ref. das Auftreten von Paralyse der unteren Extremitäten in einem Falle nach Injection 6 cem Roux'schen Serums zu Präventivzwecken zu sein. Die Behauptung mancher Autoren, dass die Serumtherapie das Auftreten der Lähmungen begünstige, dürfte demnach nicht völlig aus der Luft gegriffen sein.

Gorodecki.

Einwirkung des Lichtes auf den Diphtheritisbacillus. (Action de la lumière sur le bacille diphthéritique.) Von Dr. Ledoux-Lebard. (Revue mensuelle des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Das diffuse Licht hindert die Entwicklung der Culturen bei gewöhnlicher Temperatur und bei 32° bis 35° nicht. Das directe Sonnenlicht hindert aber die Entwicklung und sterilisirt die Bouillonculturen in einigen Tagen. Verf. giebt eine Reihe von Experimenten von diffusem und directem Sonnenlicht, von den einzelnen Farben des Spectrums u. s. w. auf Culturen und auf die Diphtherismembranen, welche Experimente am besten im Original nachgelesen werden.

Dr. P. K.

Die Anwendung von Antidiphtherieserum im Gouvernement Poltawa.
Von E. Swiatlowski. (Ref. in Medicinskoje Obosrenje No. 13, 1896.)

Bericht über 2142 Fälle. Die Allgemeine Sterblichkeit betrug 11,4 pCt. Das Serum stammte aus Kiew. Gorodecki.

Petroleum mit Sublimat bei Diphtheritis und Scarlatina. (Emploi du pétrole au sublimé dans la diphthérie et la scarlatine.) Von Dr. Collignon. (Revue générale de clinique et de thérapeutique und Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1895, No. 1.)

Es darf keine Wunde im Pharynx hervorgebracht werden und deshalb sind die Pulverisationen vorzuziehen. Die Formel ist folgende: Petroleum und Glycerin ää 90 Gramm, Alcohol absolut 10 Gramm, Sublimat 5 Centigramm. Dr. P. K.

Häufigkeit und Unschädlichkeit des Löffler'schen Bacillus auf die Operationswunde nach Amygdalotomie. (Fréquence et innocuité du bacille de Löffler sur la plaie opératoire après l'amygdalotomie.) Von Dr. Lichwitz. (Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

Da der bei Mandellexstirpation sich bildende Schorf manchmal das Aussehen einer Pseudomembran hat, so schien es wichtig, auf Diphtheritbacillen zu fahnden. In 27 Fällen wurde nach Microben untersucht und es wurden 11 Mal Löffler'sche Bacillen, 2 Mal für sich allein, 9 Mal mit anderen Microben vermischt, vorgefunden; in den übrigen 16 Fällen fand man bloß Staphylococcus, Micrococcus und Diplococcus. In allen 27 Fällen war das Allgemeinbefinden dasselbe, so dass der Löffler'sche Bacillus keinen Einfluss auf den Allgemeinzustand hervorbrachte und dass man von den Serumeinspritzungen absah. Dr. P. K.

Neue Behandlungsweise der hysterischen Aphasie. (Nouveau mode de traitement de l'aphasie hystérique.) Von Dr. Michelsen. (Société néerlandaise de laryngologie, rhinologie et otologie, Juillet 1894 und Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 10.)

Verf., welcher offenbar die Aphonie mit der Aphasie verwechselt, befindet sich bei hysterischer Aphonie (welche er lieber nervöse Aphonie nennen möchte, eben weil sie auch bei nicht hysterischen Leuten, z. B. nach heftiger Gemüthsbewegung oder nach überstandener Larynxcatarrh vorkommt) am besten dabei, wenn er psychisch wirkt: er macht grossartige Vorbereitungen zu einer Operation, geht mit dem Finger in den Nasenrachenraum, wie wenn man adenoide Vegetationen operirt, und gewöhnlich tritt dann die Stimme wieder ein; wenn in einem solchen Falle der Patient zu schreien aufhört, so lässt man ihn laut zählen und schickt denselben nach Hause. Jeder practische Arzt kann obige Behandlungsmethode gebrauchen. Sie gelingt fast immer bei nervöser Aphonie, bei Aphonie mit Hysterie und mit adenoiden Vegetationen, bei Parästhesien. Dr. P. K.

Ein Fall von hysterischer Stummheit. Von T. P. Krasnobajew. (Detskaja Medicina No. 3, 1896.)

Interessant durch Auftreten bei einem 11jährigen Mädchen. Das Kind sollte von seiner Mutter gezüchtigt werden. Bei der ersten Berührung schrie sie „Mama“, wurde am ganzen Körper steif und hörte zu sprechen auf. In's Ambulatorium des Kinderspitals der heil. Olga gebracht, wurde sie sofort einer suggestiven Behandlung mit promptem Erfolge unterworfen.

Gorodecki.

Einfluss eines schlechten Gesangunterrichtes auf die Stimmbänder. (Effets sur les cordes vocales d'une mauvaise méthode de chant.) Von Dr. Holbrook Curtis. (New-York medical Journal und Revue de laryngologie et de rhinologie 1894, No. 20.)

Verf. giebt die Principien der Athmung, der Stimmbandspannung und das Legen des Zäpfchens und weichen Gaumens beim Singen.

Dr. P. K.

Blutungen und Sclerose der Thymusdrüse beim Neugeborenen. (Hémorrhagies et sclérose du thymus chez le nouveau-né.) Von Dr. Durante. (Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

Bei zwei anscheinend gesunden, aber nach einigen Tagen verstorbenen Kindern fand Verf. Hypertrophie mit Blutungen und lobulärer Zerstörung der Thymusdrüse; die mechanischen Momente des Geburtsactes waren nicht an diesem Leiden Schuld, weil sich am übrigen Körper nichts Aehnliches vorfand. Bei einem dritten Kinde bestand Cirrhose der Thymusdrüse und der Tod war unter gastroenteritischen Erscheinungen eingetreten; welche von beiden Affectionen Ursache und Folge war, ist schwer zu entscheiden.

Dr. P. K.

Ueber Glottiskrampf. Von G. M. Kroll (Mohilew). (Detskaja Medicina No. 4, 1896.)

Verf. berichtet über 13 von ihm beobachtete Fälle, darunter 8 Knaben und 5 Mädchen im Alter von 6—24 Monaten. Fast in allen Fällen war Rachitis nachweisbar. In 7 Fällen waren auch allgemeine Krämpfe vorhanden. 5 Fälle endeten lethäl.

Gorodecki.

Chronische membranöse Bronchitis. (Bronchite membraneuse chronique.) Von Dr. P. Claisse. (Société de biologie de Paris, Séance du 18 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 17.)

In einem von Huchard beschriebenen Falle von Bronchitis fibrinosa chronica hat Verf. die noch dunkle Pathogenese des so interessanten, um nicht zu sagen klinisch hübschen Leidens durch die bacteriologische Untersuchung etwas aufzuklären versucht. Die Züchtung verschiedener Theile der Pseudomembranen ergiebt grosse Streptococcencolonien, welche sich durch Impfung sehr wenig virulent erweisen. Auf Durchschnitten findet man bei Weitem nicht immer Streptococcen. In die

Bronchien von Thieren gebracht, bringen solche Stücke von Pseudomembranen keine Bronchitis fibrinosa hervor. Da die „mehrweniger bewiesene“ streptococcische Natur des Leidens anzunehmen war, wurde das antistreptococcische Marmoreck'sche Serum während zwei Monaten angewandt und es trat Besserung ein: die Pseudomembranen nahmen an Zahl ab und die Dyspnoe hörte auf, was jahrelang nicht der Fall gewesen war. Verf. giebt selbst zu, dass die Besserung nicht anhaltend sein kann. Die optimistischen Anschauungen des Verf.'s, dass die Bronchitis fibrinosa chronica eine chronische Streptococcie sei und dass das Heilmittel gefunden sei, sind nach R.'s Meinung verfrühte. In der ganzen Literatur ist kein einziger Fall von Heilung bekannt; wohl aber zeigen die einzelnen Kranken von Zeit zu Zeit ohne nachweisbare Ursache auftretende Perioden von Besserung; die betreffende Patientin wird wohl zu letzteren zählen. (Referent.)

Dr. P. K.

Ein Fall von nervösem Bronchialasthma bei einem 10jährigen Mädchen. Behandlung mit Jodnatrium. Heilung. Von Priv.-Doc. A. Kissel. (Aus der therapeutischen Abtheilung des Kinderhospitals der heil. Olga.) (Detskaja Medicina No. 4, 1896.)

Der Titel sagt Alles.

Gorodecki.

Ueber Laryngitis oedematosa bei Kindern. (De la laryngite oedémateuse chez les enfants.) Von Dr. L. Bar in Nizza. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, Heft 4, Juli-Aug.)

Mittheilung von 3 Fällen (5-, 3- und 11jährige Kinder betreffend) acuten Larynxödems, wovon der letztere tödtlich verlief; mit laryngoscopischem bezw. Sectionsbefund. Bemerkungen über Symptomatologie, Aetiologie, Diagnose, Verlauf, Prognose, pathologische Anatomie und schliesslich Therapie, wobei der localen Behandlung (insbesondere den Inhalationen stärkerer Tanninlösungen von 8:500), ferner den Pilocarpininjectionen und frühzeitiger Tracheotomie grosser Werth beigemessen wird.

Beschorner.

Neuromotorische Larynxstörungen. (Des troubles neuromoteurs du larynx.) Von Dr. P. Rangé. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 10, und Société française d'otologie et de laryngologie, Mai 1895, No. 10.)

Man versteht darunter blos die functionellen Larynxstörungen, welche aus der Entfernung entstehen durch den Larynxnervenapparat, ohne dass der Larynx irgend eine materielle Störung dabei erleidet. Verf. giebt eine genaue Beschreibung aller dieser Störungen, welche Beschreibung am besten im Original nachgelesen wird.

Dr. P. K.

Tuberculöse Larynxtumoren. (Tumeurs tuberculeuses du larynx.)
Von Dr. J. Payson Clark. (Americ. Journ. of med. Sciences und Revue de laryngologie et de rhinologie 1895, No. 23.)

Larynxtuberculose zeigt sich selten unter der Form von runden glatten oder papillomatösen Tumoren, welche dann aber immer Tuberkelbacillen enthalten; dabei sind die Lungensymptome gleich Null. Verf. geht die Literatur dieser Fälle durch und giebt dann die genaue Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles: Eine blühend aussehende Frau mit gesunden Lungen zeigte einen Larynxtumor, welcher mittelst der kalten Schlinge entfernt wurde; die Operationswunde heilte hübsch, die microscopische Untersuchung ergab aber einen grossen Knoten von Miliartuberkeln.

Solche Tumoren entwickeln sich sehr langsam; die Symptome bestehen in Heiserkeit, Dyspnoe, selten Dysphagie und sind gewöhnlich schmerzlos. Verf. sieht sie als immer secundär, als Metastase eines verborgenen primären, irgendwo sitzenden Knotens an. Werden Anfangs bei intacten Lungen mit Fibrom, Papillom oder Sarcom verwechselt. Das Microscop allein giebt Aufschluss. Die noch bestehende Beweglichkeit dieser Tumoren und namentlich die Schmerzlosigkeit lassen von vornherein von malignen Tumoren unterscheiden.

Dr. P. K.

Zur Aetiologie der Kehlkopfpolyphen. (Note sur l'étiologie des polytypes du larynx.) Von Dr. Mendel. (Archives internat. de Laryngol. etc. Bd. IX, No. 2, 1896.)

Zwei Fälle, in denen je ein Sängerknötchen und ein Stimmbandpolyp nach Beseitigung der entzündlichen Erscheinungen der Umgebung bei einfacher antiphlogistischer bezw. adstringirender Behandlung von selbst zurückgingen.

Beschorner.

Ueber Herpes des Kehlkopfes. (De l'herpes du larynx.) Von Dr. A. Brindel. (Revue de laryngologie et d'otologie 1895, No. 6.)

Verf. giebt die Krankengeschichte dreier von ihm persönlich beobachteten Fälle und kommt am Ende seiner gewissenhaft durchgeführten Arbeit zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) In den Handbüchern über Larynxkrankheiten soll man dem bis jetzt wenig bekannten Larynxherpes ein besonderes Capitel widmen. 2) Dieses Leiden ist nicht so selten, wie allgemein angenommen wird; es stellt eine Localisation des herpetischen Fiebers dar. 3) Am meisten treten die Herpesbläschen an der hinteren Epiglottisfläche und in der Gegend der Giessbeckenknorpel auf. 4) Anatomisch ist das Leiden durch mit einem rothen Rande umgebene Herpesbläschen, klinisch durch Dysphagie, etwas Dyspnoe, Rauigkeit der Stimme und selbst Aphonie characterisirt. 5) Das Leiden tritt plötzlich ein, verläuft rasch, ist von guter Prognose und heilt immer; Recidive kann eintreten. 6) So zu sagen nie schreitet der Larynxherpes unter den Symptomen des Croup einher.

Dr. P. K.

Ueber Larynx-Exstirpation. (L'exstirpation du larynx.) Vorlesung von F. Terrier in Paris, mitgeth. von M. Baudouin. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896, Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

Rückblicke auf die Geschichte der Operation, welche 1826 zuerst von Albers am Hunde, 1873 von Billroth am Menschen vorgenommen wurde; Beschreibung der verschiedenen Methoden ihrer Ausführung, der Instrumente (insbes. der mannigfachen Tamponcanülen etc.), der Prothesen, wie sie zuerst von Czerny erdacht, von Gussenbauer im erwähnten Billroth'schen Falle zur Anwendung gelangten und endlich Statistik, welche sich bei Schwartz (1886) auf 95, bei Pinçonnat (1890) auf 171 Fälle bezieht. Die erstere zählt 12,6 pCt., letztere 12,9 pCt. Mortalität in directer Folge der Operation (Blutungen, Collaps, Embolien und andere Ursachen), während $\frac{2}{3}$ etwa der Kranken (41 pCt. nach Schwartz, 40,35 pCt. nach Pinçonnat) an Nachkrankheiten, insbesondere von Seiten der Lungen (Pneumonie, Pleuropneumonie, Pleuritis, Lungengangrän) zu Grunde gingen. Die Ziffern bei Laryngectomie sind günstiger: 36,3 pCt. Mortalität nach Schwartz, 34,7 pCt. nach Pinçonnat (17 Gestorbene auf 49 Operirte). Indessen warnt B., sich allzusehr auf diese Zahlen zu verlassen, da einestheils die Frage der Recidive nicht berücksichtigt sei, anderntheils die Resultate der Operationen, die ja von den verschiedensten Chirurgen ausgeführt wurden, nur einen approximativen Werth haben könnten.

Beschorner.

Menschentuberculose durch einen Vogel hervorgebracht. (Un cas de tuberculose humaine occasionnée par un oiseau) Von Dr. Durante. (Société de biologie de Paris, Séance du 14 Mars 1896 und Semaine médicale 1896, No. 15.)

In Folge eines Schnabelhiebes Seitens eines Spatzens bekam eine 71jährige Frau, welche früher nie Tuberculose hatte, tuberculösen Lupus am zweiten Daumengliede; der Spatz starb bald darauf an einer nicht bestimmten Krankheit, bei der Frau bildeten sich secundäre, im Unterhautzellgewebe liegende tuberculöse Herde am Vorderarm und Ellenbogen. Der Daumen heilte durch Brennen, die secundären Herde wurden extirpirt und inoculirt; es ergab sich Tuberculose bei Meer-schweinchen und Kaninchen. Bekanntlich hat die Tuberculose bei Vögeln ihren Anfangssitz an der Schnabelcommissur.

Dr. P. K.

Drei Fälle von Ictus laryngis. (A propos de trois cas d'ictus laryngés.) Von Dr. Moncorgé in Mont-Dorc. (Arch. internat. de Laryngol. etc. 1896 Bd. IX, No. 4, Juli-Aug.)

M. trennt den Ictus laryng. essent. (Charcot) vom Pseudoictus laryng. und unterscheidet Pseudoictus: 1) bei nervösen Erkrankungen (Neuropathie und Hysterie mit Laryngospasmus. Tabes. Epilepsie); 2) bei Erkrankungen der Athmungsorgane (Nasenaffectionen, als: Rhinitis, Polypen etc. — Kehlkopfaffectionen, als: Entzündungen, orga-

nische Veränderungen etc. — Affectionen des broncho-pulmonischen Apparates, als: Emphysem, Bronchitis, Asthma, Keuchhusten); 3) bei Erkrankungen der Verdauungsorgane (Mund-Rachenaffectioenen); 4) bei dyscrasischen Erkrankungen (Zucker, Eiweiss). Die Krankengeschichten dreier, von M. genau beobachteter Fälle werden mitgetheilt.
Beschorner.

Ueber Krebs der Speiseröhre mit Perforation der Aorta. Von Dr. P. J. Drosdowsky. (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin und Bacteriologie Bd. I, Heft 6.)

Verf. stellt aus der Literatur 18 Fälle von Speiseröhrenkrebs zusammen, die zu Perforation in die Aorta führten. Von diesen 18 Fällen waren Aorta und Speiseröhre allein bloß in 2 Fällen betheilt (Fälle von Lanceraux und Amodru), in allen übrigen waren auch andre Organe in den Process mit einbezogen.

Verf. beschreibt darauf einen von ihm beobachteten Fall. Es handelte sich um einen 45jähr. Bauern, der mit Schlingbeschwerden und Blutspeien aufgenommen wurde. Der Exitus erfolgte nach 12 Stunden unter anhaltendem Blutspeien. Bei der Section fand sich im mittleren Drittel des Oesophagus ein 10 cm langes, die ganze Peripherie desselben einnehmendes Geschwür, das in seinem unteren Theil die Wand der Speiseröhre zerstört und eine Usur der absteigenden Brustaorta hervorgerufen hatte. An der inneren Oberfläche der letzteren, 8 cm vom Bogen entfernt, ein Querriss der Aorta $1\frac{1}{3}$ cm lang, oval, mit ausfressenen Rändern. Microscopisch erwies sich das Geschwür des Oesophagus als Plattenepithelkrebs, die Wand der Aorta jedoch nur von Rundzellen durchsetzt. Die übrigen Organe unverändert. Verf. kommt auf Grnd der Literatur und seines eigenen Falles zum Schluss, dass die Perforation der Aorta beim Speiseröhrenkrebs sowohl durch krebssige als auch durch einfach entzündliche Infiltration erfolgen kann und das letzteres wohl das häufigere sein dürfte. Gorodecki.

Notiz.

Dem a. ö. Professor Dr. E. Zaufal, Vorstand der Klinik für Ohrenranke an der Deutschen Universität in Prag, wurde Titel und Character eines ordentlichen öffentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Alle für die **Monatsschrift** bestimmten **Beiträge und Referate** sowie alle **Druckschriften Archive** und **Tausch-Exemplare** anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 36.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini
und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschermer (Dresden), Prof. Dr. Ganghofner (Prag), Docent Dr. Gomperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schaprlinger (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Sträubing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziem (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.

Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, November 1896.

No. 11.

I. Originalien.

Aus der III. medicin. Klinik des Herrn Hofrath von Schrötter.

Eine noch nicht beobachtete Complication des Scleroms der Luftwege.

Von

Dr. Alexander Ritter von Weismayr, Assistent der Klinik.

Das Rhinosclerom, das noch vor relativ kurzer Zeit eine kaum gekannte Krankheit war, ja in vielen Spitalern, z. B. in Deutschland, auch heute noch so gut wie unbekannt ist, wird jetzt Dank den bacteriologischen und histologischen Untersuchungsmethoden relativ leicht diagnosticirt und hat, wenigstens bei uns, den Nimbus der grossen Seltenheit schon längst eingebüsst, da uns ja Mähren, Galizien etc. ein überreiches Material liefert. Einfache casuistische Mittheilungen über diese Erkrankung erschienen daher nicht mehr gerechtfertigt, da ja die Literatur dieses Gegenstandes gerade gross genug ist. Anders verhält es sich, wenn der betreffende Fall in seinem Verlauf, seiner Ausbrei-

tung oder wegen gleichzeitiger Complicationen vom gewöhnlichen Bilde abweicht. Ich erinnere an die Arbeit von v. Schrötter¹⁾, deren Gegenstand zwei Fälle von abnorm lang dauerndem Rhinosclerom waren, wo überdies in einem Fall die Erkrankung bis in die Bronchien reichte.

Auch ich hatte heuer Gelegenheit, an der III. medicinischen Klinik einen Kranken zu beobachten, dessen typisches Rhinosclerom mit einer anderen Erkrankung combinirt war, eine Complication, die meines Wissens bisher noch nicht beobachtet worden ist.

Josef S., 33jähriger Kaufmann aus Rumänien, aufgenommen am 27. Februar 1896.

Aus der Vorgeschichte des Kranken geht hervor, dass er in seinem 18. Lebensjahre ein Ulcus am Penis acquirirte, das nach Verlauf von 14 Tagen wieder verheilt war. Vor 3 Jahren stellte sich angeblich Brennen im Halse ein, das trotz verschiedener Mittel stets gleich blieb. Vor 2 Jahren ging er deshalb nach Bukarest und wurde dort durch 3 Wochen antiluetisch behandelt. Der Zustand besserte sich jedoch nicht, es trat im Gegentheil allmählig zunehmende Heiserkeit auf, auch wurde der Athem schwerer. Nachdem sich der Zustand allmählig verschlechterte, reiste der Kranke nach Jassy, wo ihm der Rath gegeben wurde, nach Wien zu gehen.

Stat. präs. vom 28. Februar.

Der Kranke ist mittelgross, schwach, etwas abgemagert, blass. Lautes Stenosengeräusch bei der Athmung, die unter Anwendung der Hilfsmuskeln geschieht. Die Lungen erweisen sich als etwas gedunsen, im Uebrigen ist der Percussionsbefund normal. In beiden Spitzen neben schwachem vesiculären Inspirium, verlängertem Expirationsgeräusch einzelne schnurrende und pfeifende Geräusche. Am übrigen Körper keinerlei Abnormität.

Nase. Die Untersuchung von vorne ergiebt rechts die Muscheln atrophisch, die Nasengänge dadurch weit, so dass man tief in die Nase hineinblicken kann, trotzdem aber die hintere Pharynxwand nicht sieht; in der linken Nase normale Verhältnisse.

Pharynx und Nasopharynx. Die Rachengebilde vollkommen normal, an keiner Stelle eine Narbe zu sehen. Bei der rhinoscopischen Untersuchung fällt sofort die beträchtliche Verdickung des Septums auf. Während die linke Choane nur um Weniges enger ist, ist die rechte sehr bedeutend verengt, so dass sie die Form und Grösse eines mit der Spitze nach abwärts gerichteten Apfelkernes hat. Die linke Tube und der Tubenwulst dieser Seite sehr deutlich sichtbar, kaum verändert, die rechte dagegen durch narbige Schrumpfung der Schleimhaut so verzogen, dass weder die Oeffnung, noch der Wulst zu erkennen ist. Ungefähr entsprechend der Tubaröffnung sieht man einen kleinen weissgelblichen, eiterähnlichen Pfropf. Das Rachendach von weissen strahligen Narben durchzogen.

Larynx. Die Epiglottis normal. Der rechte Aryknorpel, etwas vor dem linken stehend, ist in seiner ganzen Ausdehnung gleichmässig geschwellt; er steht bei den Intonations- und Respirationsbewegungen sammt dem Stimmband vollkommen still. Auch die Beweglichkeit des etwas geschwellten linken Aryknorpels, wenn auch nur in geringem

¹⁾ Diese Monatsschrift 1895.

Grade, eingeschränkt. Das rechte wahre Stimmband geröthet, gleichmässig geschwellt, setzt sich unmittelbar in einen subglottisch liegenden, grauröthlichen, bis zur Mittellinie vorspringenden und die ganze Glottis entlang ziehenden Wulst fort. Ganz analog ist unter dem linken Stimmband ein schmalerer, sonst ebenso beschaffener Wulst zu sehen. Während sich diese beiden Wülste entsprechend den vorderen Antheilen der Glottis gegenseitig berühren, bleibt hinten ein circa 2 Mmtr. breiter Spalt übrig. Unter solchen Umständen ist ein Einblick in die Trachea unmöglich.

Die Diagnose war da nicht schwierig: die charakteristischen subglottischen Wülste, die narbigen Schleimhautverziehungen im Nasenrachenraum hätten es ohne Weiteres gestattet, Rhinosclerom anzunehmen. Der nach einigen missglückten Culturversuchen gelungene Nachweis der Rhinosclerombacillen im ausgepinselten Secret machte die Diagnose sicher.

Man wollte gleich an die Ausführung der nicht zu vermeidenden Tracheotomie schreiten, doch konnte sich der Kranke nicht dazu entschliessen. Endlich, am 10. März, bat er selbst um die Vornahme der Operation, die anstandslos von Statten ging. Ich wollte erst die Heilung der Wunde abwarten, ehe ich die Stenosenbehandlung begann.

Am 14. April wurde zunächst eine geknöpftte Sonde ziemlich leicht eingeführt und in der bekannten Weise in der Canüle fixirt. Am nächsten Tage begann ich die Behandlung mit den Schrötter'schen Zinnbolzen. Sie wurden vom Kranken sehr gut vertragen, so dass ich den Nachmittags eingeführten Bolzen immer 16—20 Stunden liegen liess. Die subglottischen Wülste gingen unter dem fast continuirlichen Druck rasch zurück, so dass die Behandlung die schönsten Aussichten auf Erfolg darbot.

Ab und zu jedoch fieberte der Kranke nicht unbedeutend. Da Reizerscheinungen von Seite des Larynx fehlten, musste nach einer anderen Ursache dafür gesucht werden. Da stellte sich nun heraus, dass sich bei dem Kranken allmählig Lungentuberculose entwickelte, die sich nicht nur durch die physikalische Untersuchung, sondern auch bacteriologisch nachweisen liess.

Wenn auch die Prognose dadurch eine ganz erhebliche Trübung erlitt, so wurde doch die Stenosenbehandlung consequent fortgesetzt. Am 30. Mai, also 6 Wochen nach Beginn der Zinnbolzeneinführung, klagte der Kranke zum ersten Mal über stärkere Schmerzen im Halse. Da sich bei der Untersuchung eine leichte ödematöse Schwellung über den Aryknorpeln zeigte, wurde die Behandlung sistirt. Nachdem der Kranke einige Tage hindurch Eis genommen hatte, ging die Schwellung wieder zurück. Ich nahm daher die Einführung der Zinnbolzen wieder auf und konnte sie durch 14 Tage anstandslos fortsetzen. Einstweilen war ich bis zur Nummer 24 gekommen. Nun stellten sich aber wiederum Schmerzen im Larynx ein, auch trat abermals eine deutliche Schwellung der Schleimhaut, entsprechend den Aryknorpeln, auf, so zwar, dass ein tieferer Einblick in den Larynx unmöglich war. In der darauffolgenden Zeit nahm die Erkrankung der Lungen rapid zu, das Fieber ging täglich über 39° hinauf, die Schwäche des Kranken wurde zusehends ärger, starker Husten mit reichlichem eitrigem Auswurf, der enorme Mengen von Tuberkelbacillen enthielt, quälte den Kranken Tag und Nacht,

zweimal stellte sich eine geringe Hämoptoe ein; am 21. Juni Nachmittag ging der Kranke zu Grunde.

Auszug aus dem Sectionsbefund vom 22. Juni (Dr. Schlagenhauer): **Mittelgrosser, männlicher Cadaver, hochgradig abgemagert.** In der **Mittellinie des Halses** eine von guten Granulationen umsäumte Tracheotomiewunde, aus welcher eine Canüle hervorragt.

Im rechten Thoraxraum eine grössere Menge dickflüssigen Eiters, die Lunge gegen den Hilus gedrängt und mit Ausnahme der durch Schwielen mit der Thoraxwand verlötheten Partien comprimirt. Die linke Lunge ist frei, der Thoraxraum leer.

Die Schädelbasis wird durch einen circulären Schnitt resecirt und Lunge, Herz und die Rachenorgane durch den Schädelgrund durchgezogen. Der Kehlkopf, von vorne entsprechend der Tracheotomiewunde eröffnet, zeigt folgende Verhältnisse:

Die hintere Wand des Larynx ist in einer grossen Ausdehnung in ein nach hinten zu sich ausbuchtendes, von unregelmässigen Rändern umgebenes Geschwür umgewandelt, dessen Grund die von Eiter bedeckte vordere Pharynxwand bildet. Im rechten Geschwürsrand liegt die rechte Hälfte der Cart. cricoidea zum Theil sequestrirt zu Tage, im unteren Geschwürsrand sind die blossgelegten Trachealringe zu fühlen und in der oberen Ecke des linken Randes ragt der blossgelegte linke Aryknorpel vor. In der rechten oberen Partie des Geschwürsgrundes ist eine kleine, gegen den Pharynx führende Oeffnung, in der ebenfalls ein sequestrirter Knorpel zu sehen ist. Die Stimmbänder sind hier bis auf eine vom rechten Wrisberg'schen Knorpel gegen das rechte falsche Stimmband hinziehende strahlige, pigmentirte Narbe intact.

Unterhalb des vorerwähnten Geschwüres ist die Schleimhaut der Trachea in ziemlich symmetrischer Weise in einer Ausdehnung von 5 Ctm. nach abwärts in ein straffes, von weisslichen Bindegewebssträngen durchzogenes, strahliges Narbengewebe umgewandelt. Indem dasselbe in einer unregelmässigen Linie in die normale Schleimhaut übergeht, findet man nur mehr an der Bifurcationsstelle eine kleine weissliche, strahlige Narbe.

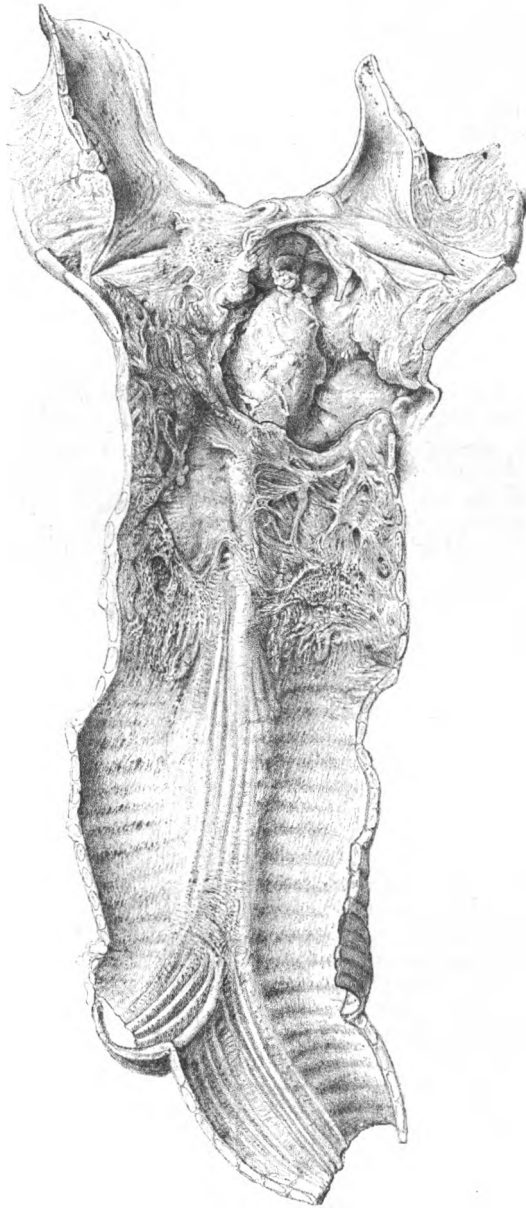
Beide unteren Nasenmuscheln in ihren hinteren Antheilen vollständig verstrichen und die Schleimhaut durch pigmentirte, strahlige Narben substituirt. Auch das Septum trägt, namentlich rechts, z. Th. in narbiges Bindegewebe umgewandelte Infiltrate, wodurch die rechte Nasenhöhle nach hinten zu bedeutend verengt erscheint. Das Nasenrachendach ist von zahlreichen unregelmässigen, strahligen, grauröthlichen Narbenzügen durchsetzt, welche sich beiderseits symmetrisch gegen die Rosenmüller'schen Gruben fortsetzen und mehrere hanfkorn-grosse Recessus bilden.

In beiden Lungen zahlreiche Cavernen, von denen rechts zwei unmittelbar unter der Pleura liegen; doch konnte keine Communicationsöffnung mit dem Pleuraraum gefunden werden.

Die Sectionsdiagnose lautete also: Scleroma nasi, cavi nasopharyng. laryngis et tracheae. Tracheotomia. Decubitusgeschwür an der hinteren Larynxwand mit Necrose des Ringknorpels, des linken Aryknorpels und mehrerer Trachealringe. Tuberculose beider Lungen mit Cavernenbildung. Rechtsseitiger Pneumothorax.

Zum besseren Verständniss liess ich eine Zeichnung anfertigen

(Fig. 1), die die Verhältnisse im Larynx und in der Trachea in ausgezeichneter Weise illustriert.



Figur 1.

Der Sectionsbefund war in mehrfacher Hinsicht interessant. Abgesehen davon, dass er die Richtigkeit der klinischen Diagnose sichergestellt hat, ging daraus deutlich hervor, welch' grossen Einfluss die gebräuchliche Behandlung durch continuirlichen Druck auf das Scleromgewebe gehabt hat: Die subglottischen Wülste, die ja das ursprüngliche Krankheitsbild beherrscht, die Tracheotomie nothwendig gemacht hatten, waren vollständig verschwunden. Das Sclerom als solches wäre als relativ geheilt anzusehen gewesen, denn die Narben in der Trachea hätten gewiss keine nachtheiligen Folgen für die Gesundheit gehabt. Anders stand es allerdings mit der grossen Ulceration im Larynx, die im Leben wegen der Schwellung über den Aryknorpeln und der stark liegenden Epiglottis nicht gesehen werden konnte. Ausserdem war ja in den letzten Lebenswochen eine genaue laryngoscopische Untersuchung des Kranken wegen seiner hochgradigen Schwäche nicht mehr durchführbar.

Handelte es sich um ein Decubitusgeschwür, wie im Sectionsbefund angenommen war? Dann könnte es ja nur durch die Behandlung entstanden sein. Nun war aber die Einführung der Zimbolzen immer ohne Schwierigkeit oder besondere Kraftanwendung möglich, im Gegentheil, der Bolzen glitt ganz leicht durch den Larynx hindurch. Warum sollte also gerade in diesem Fall ein so ausgebreiteter Decubitus entstanden sein, während doch diese Behandlungsmethode von anderen Kranken, bei denen die Verhältnisse viel complicirtere sind, stets gut vertragen wird?

Eine andere Möglichkeit, an die man hätte denken können, wäre die, dass es sich um eine rhinoscleromatöse Ulceration gehandelt hätte., Nun liegt aber die Geschwürsbildung so gar nicht im Wesen dieses Krankheitsprocesses, ist vielmehr eine so enorm seltene Erscheinung, dass man wohl nur dann daran denken könnte, wenn keine andere Diagnose möglich ist.

Ob er lag vielleicht gar kein Rhinosclerom, sondern die ihm so ähnliche Syphilis vor? Der Kranke hatte zwar in seinem 18. Lebensjahr ein Ulcus am Penis gehabt, das aber schon nach 14 Tagen wieder geheilt war, eine vor 2 Jahren in Bukarest eingeleitete antiluetische Behandlung hatte keinen Erfolg, am ganzen Körper war nicht die geringste Veränderung, die als syphilitisch hätte gedeutet werden können, die Ulceration im Larynx sah auch nicht wie eine luetische aus und schliesslich waren ja während des Lebens die Rhinosclerombacillen nachgewiesen worden.

So konnten wir doch die ursprüngliche Ansicht, dass es sich um ein tuberculöses Geschwür auf der Basis eines Laryngoscleroms handle, nicht aufgeben. Die sichere Entscheidung dieser Frage konnte nur durch die microscopische Untersuchung gemacht werden. Zu diesem Zweck wurde uns das Präparat vom anatomischen Institut bereitwilligst zur Verfügung gestellt.

Eine bacteriologische Untersuchung wurde jetzt nicht mehr vorgenommen; denn abgesehen davon, dass es sich ja nicht mehr darum handelte, das Rhinosclerom sicher zu stellen (der bacteriologische Nachweis war ja schon während des Lebens erbracht), so wäre ja auch kaum ein brauchbares Resultat zu erwarten gewesen, da ja im alten

Narbengewebe die Frisch'schen Bacillen viel seltener und spärlicher gefunden werden, als in frischen Knoten. Solche waren aber im vorliegenden Falle überhaupt nicht mehr vorhanden.

Andererseits genügte ja zum Nachweis einer eventuellen Tuberculose das Auffinden der charakteristischen Riesenzellen. Die Untersuchung von aus dem Geschwürsrand angefertigten Schnitten ergab nun, dass wirklich Tuberculose vorlag.

Die untenstehende Zeichnung Fig. 2 eines Gesichtsfeldes zeigt deutlich rechts die verkäste Partie, in der Mitte zwei Riesenzellen, während die linke Seite von Narbengewebe eingenommen ist.

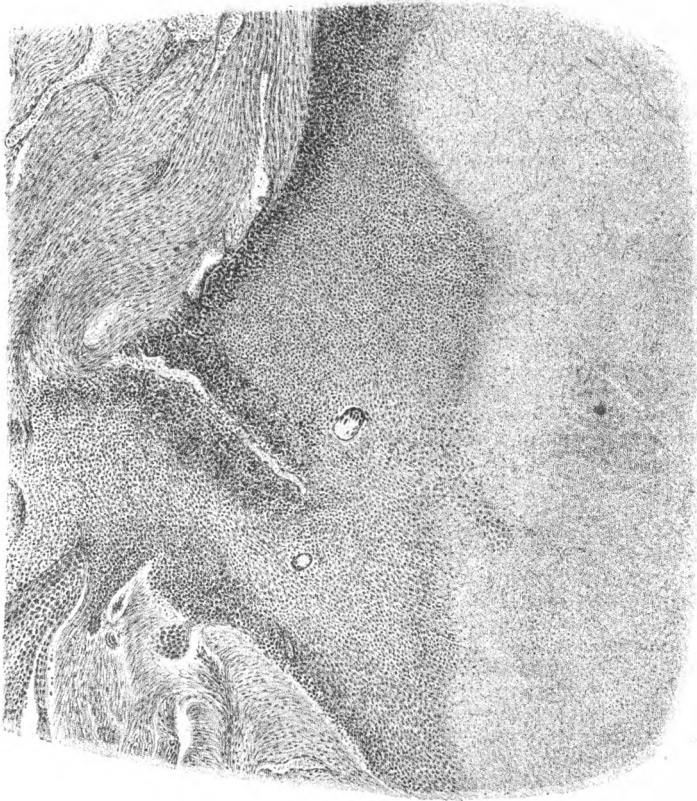


Fig. 2.

Ein Irrthum ist da wohl ausgeschlossen, es handelt sich vielmehr ganz gewiss um eine Combination von Tuberculose und Sclerom im selben Larynx. Soweit mir bekannt ist, wurde diese Complication noch niemals beschrieben. Das folgende Literaturverzeichnis soll gewiss nicht Anspruch auf Vollständigkeit machen; es ist nur die Aufzählung

der mir zugänglich gewesenem Arbeiten, in deren keiner dieser Doppel-erkrankung Erwähnung gethan wird. Auch v. Schrötter hat trotz seiner so reichen Erfahrung nie einen derartigen Fall gesehen.

Erwägt man nun, dass Lungentuberculose bei Sclerom keine gar so seltene Complication ist, andererseits das so enorm häufige secundäre Erkranken des Larynx bei Phthise, so muss es doch auffallen, dass gerade beim Sclerom die Tuberculose des Kehlkopfes noch nicht beobachtet worden ist. Da muss man doch an einen gewissen Antagonismus denken; der Causalnexus ist nach meiner Meinung nicht unschwer gefunden: das so sehr zu bindegewebiger Schrumpfung neigende Scleromgewebe scheint eben wegen dieser Beschaffenheit keinen richtigen Nährboden für Tuberkelbacillen abzugeben. Mögen sie auch in dem aus der Lunge heraufbeförderten Sputum in noch so reichlicher Menge vorhanden sein, im scleromatösen Narbengewebe können sie sich trotzdem nicht ansiedeln. Vielleicht könnte auch daran gedacht werden, dass den Rhinosclerombacillen oder ihren Stoffwechselproducten eine solche Wirkung zukommt. Es wäre interessant, diesem Gegenstand in Zukunft möglichste Aufmerksamkeit zu schenken; denn jetzt, wo das Sclerom eine so gut gekannte und an manchen Stellen so oft beobachtete Erkrankung darstellt, muss es sich ja bald zeigen, ob die angegebene Ansicht sich in allen Fällen bewährt.

Zur Arbeit benutzte Literatur.

- Bandler: Ueber die Beziehungen der Chordit. voc. inf. hypertr. (Gerhardt) zu dem Rhinosclerom (Hebra); Zeitschr. f. Heilkunde 1891.
- Baumgarten: Demonstration in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest 1892.
- Baurowicz: Verengerung der Bronchien in Folge des Scleroms. Archiv für Laryngologie und Rhinologie 1896.
- Bojew: Ein Fall von Rhinosclerom. Diese Monatsschrift 1889.
- Catti: Zur Casuistik und Therapie der Chordit. voc. inf. hypertr. Allgem. Wiener med. Zeitung 1878.
- Chiari: Ueber Kehlkopfstenosen und deren Therapie. Diese Monatsschrift 1881.
- Chiari: Stenose des Kehlkopfes und der Luftröhre bei Rhinosclerom. Med. Jahrbücher 1882.
- Chiari-Riehl: Das Rhinosclerom der Schleimhaut. Zeitschrift für Heilkunde 1885.
- Cornil-Alvarez: Memoire pour servir à l'histoire du rhinosclerom. Arch. de physiolog. norm. et path. 1885.
- Davies: A case of rhinoscleroma. Brit. medic. journal 1886.
- Doutrelepont: Zur Therapie des Rhinosclerom. Deutsche med. Wochenschrift 1887.
- v. Frisch: Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Wiener med. Wochenschrift 1882.
- Ganghofner: Zur Lehre von den Kehlkopfstenosen. Prager med. Wochenschrift 1878.
- Ganghofner: Ueber die chron. stenosirende Entzündung der Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut. Zeitschrift für Heilk. 1881.
- Geber: Ueber das Wesen des Rhinoscleroms. Arch. f. Dermatologie etc. 1872.
- Hebra: Ueber ein eigenthümliches Neugebilde an der Nase. Rhinosclerom. Wiener med. Wochenschrift 1870.

- Hebra: Jahresbericht der k. k. allgem. Krankenhauses 1875.
Jackson: Demonst. eines Falles in der 17. Jahresversammlung der amerik. dermatol. Gesellschaft in Milwaukee 1893.
Jakowski: Ref. Monatsschrift für pract. Dermatologie 1888.
Janowsky: Ueber Rhinoscleroma und Xeroderma pigment. (Kaposi). Wiener med. Presse 1886.
Juffinger: Das Sclerom der Schleimhaut der Nase, des Rachens etc. Wien, 1892, Deuticke.
Kaposi: Demonst. in der Wiener dermatol. Gesellschaft 1891.
Keegan: Ref. Monatsheft für pract. Dermatologie 1889.
Klotz: Demonst. in der New-Yorker dermatol. Gesellschaft 1894.
Köbner: Demonst. im Verein f. innere Medicin in Berlin 1885.
Köhler: Zwei Fälle von Rhinosclerom. Diese Monatsschrift 1888.
Kümmel: Die Behandlung von Verengungen des Kehlkopfes und der Luftröhre etc. Arch. f. Laryngologie 1896.
Lang: Ueber Rhinosclerom und dessen Behandlung. Wiener med. Wochenschrift 1883.
Lublner: Ein Fall von Rhinosclerom der Nase — Typhus exanth. — Schwund der Rhinosclerominfiltration. Virchow-Hirsch 1891.
Lutz: Zur Casuistik des Rhinoscleroms. Monatsschrift f. pract. Dermatologie 1890.
Mackenzie: Further note on rhinoscleroma. Brit. med. journal 1885.
Mandelbaum: Ueber Rhinosclerom. Wratsch 1886.
Massei-Melle: Contribuzione allo studio del rinoscleroma cit. bei Wolkowitsch.
Mibelli: Ref. Monatsheft f. pract. Dermatologie 1888.
Mikulicz: Ueber das Rhinosclerom Hebra. Archiv für klin. Chirurgie 1876.
Paltauf: Zur Aetiologie des Scleroms etc. Wiener klin. Wochenschrift 1891—92.
Paltauf-v. Eiselsberg: Zur Aetiologie des Rhinoscleroms. Fortschritte der Med. 1886.
Pawlow: Ein Fall von Rhinosclerom der Nase, des Rachens und Oberarmes. Diese Monatsschrift 1888.
Pawlowsky: Ueber die Behandlung des Rhinoscleroms mit „Rhinosclerin“. Deutsche med. Wochenschrift 1894.
Pellizzari: Il rinoscleroma. Arch. f. Dermatologie und Syphilis 1883.
Pick: Sitzungsbericht des Vereines deutscher Aerzte in Prag 1880 und 1883.
Rydgier: Ueber Rhinosclerom. Arch. f. klin. Chirurgie 1889.
Scheff: Zwei Fälle von Larynxstenose. Demonstration im ärztlichen Verein in Wien. Wiener med. Presse 1871.
Schmiedicke: Ueber das Rhinosclerom. Vierteljahresschrift für Dermatologie etc. 1880.
v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien, 1892, Braumüller.
v. Schrötter: Ein Beitrag zur Kenntniss vom Verlauf des Scleroms der Luftwege. Diese Monatsschrift 1895.
v. Schrötter: Vorlesungen über die Krankheiten der Luftröhre. Wien, 1896, Braumüller.
Schultess: Ein Fall von Rhinosclerom. Deutsches Arch. für klin. Med. 1887.
Secretan et Stilling: Note sur un cas de rinosclerome. Revue Suisse 1892.
Semon-Payne: Rhinoscleroma. Lancet 1885.
Sokolowski: Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der chron. hypertroph. Kehlkopfentzündung. Arch. f. Laryngologie 1895.

Stepanow: Ein Fall von Rhinosclerom. Ref. Monatshefte für pract. Dermatologie 1889.

Stepanow: Zur patholog. Anatomie und Histologie des Scleroms. Diese Monatsschrift 1894.

Stroganoff: Zur Pathologie der chron. Blennorrhoe der Schleimhaut der Athmungswege etc. bei Baurowicz.

Stukowenkow: Drei Fälle von Rhinosclerom. Ref. Virchow-Hirsch 1887.

Tantucci: Un caso di rinoscleroma Hebrae etc. bei Wolkowitsch.

Tissier: Du rhinosclerome. Gaz. des hôpit. 1892.

Weinlechner: Chirurg. Mittheilungen mit Demonstrationen. Wiener med. Presse 1878.

Wolkowitsch: Das Rhinosclerom. Arch. für klin. Chirurgie 1889.

Zeissl: Demonst. in der k. k. Gesellschaft der Aerzte 1870.

Zeissl: Ein Fall von vereiterndem Rhinosclerom. Wiener med. Wochenschrift 1880.

Anmerkung des Verfassers: Während diese der Redaction im September übergebene Arbeit im Druck war, erschien in der Wiener klin. Wochenschrift vom 15. October der Aufsatz von Koschier: „Combination von Sclerom und Tuberculose im Larynx.“

Dieser Fall war mir daher, wie der Vergleich der Daten ergibt, zur Zeit, als ich meine Publication niederschrieb, unbekannt.

Die Aetiologie der Verbiegungen und Auswüchse am Gerüste des Nasenseptums.

Von

Dr. Hugo Bergeat, München.

Die Ursachen der Septumverunstaltungen sind noch nicht genügend erforscht. Von den zahlreichen Theorien ist ein Theil ganz unannehmbar und nur vereinzelte dürfen Anspruch auf fernere Beachtung machen; doch scheint auch von diesen kaum eine die allgemeine Anerkennung gefunden zu haben, weil entweder ein zu einseitiger Gesichtspunkt herausgegriffen oder kein überzeugendes Beweismaterial beigebracht worden ist. Am bezeichnendsten für die Unlust, sich weiter in die Sache zu vertiefen, ist die Thatsache, dass in einem hochangesehenen Werke ein so unbestimmter Ausdruck wie die „loi primitive de l'organisation“ Cloquet's die Stelle der Erklärungen einnehmen kann. Ich muss nun gestehen, dass gerade der Reiz dieses Wortes nicht wenig dazu beigetragen hat, wenn ich während vieler Monate, in denen ich noch mit der Erlaubniss des verstorbenen Herrn Professor Rüdinger die Münchener anatomische Sammlung besuchte, immer wieder um die Anhaltspunkte für mein heutiges Thema mich bemüht habe.

Aehnlich wie Welcker (Beiträge zur Biologie, Festschrift für Th. L. W. von Bischoff, „die Asymmetrien der Nase und des Nasenskelettes, Stuttgart 1882) bin auch ich zunächst darauf verfallen, Coincidenzen mit äusserlich sichtbaren Abnormitäten nicht nur

des Gesichts-, sondern des ganzen Schädels zu suchen, und habe die Deviation des knöchernen Septums häufiger auf jener Seite gefunden,

1) welche dem Zuge des Nasenrückens nach vorne hin entgegengesetzt ist (es trifft dies zu in der Häufigkeit von 2—3:1);

2) auf welcher die Incisura pyriformis tiefer ausgeschnitten ist (4:1);

3) nach welcher hin die Sutura intermaxillaris pendelartig abgewichen ist (6! : 1; eine solche Abweichung ist in Zuckerkandl's II. Bande, Tafel XIX, Figur 2, zu sehen, ist aber dort mit aussergewöhnlichen Abnormitäten des Gebisses vergesellschaftet);

4) nach welcher bei seitlicher Ablenkung des Gesichtsschädels eine Linie, die von der Protuberantia occipitis externa über die hintere und vordere Mitte des Hinterhauptloches zum Tuber pharyngeum zieht, nach vorne hin ihre Verlängerung findet;

5) auf welcher bei einem bestimmten Typus der Choanenasymmetrie der senkrechtere Flügelfortsatz sich befindet (vergleiche meine Arbeit über die Asymmetrie der knöchernen Choanen im Archiv für Laryngologie);

6) auf welcher bei Ansicht des Schädels von hinten der eine Processus condyloideus tiefer steht (3:1); dies stimmt zusammen mit 1), da die Ablenkung des Nasenrückens gegen die Seite des höherstehenden Processus condyloideus stattzuhaben pflegt.

Noch manch' andere in Erwägung gezogene Asymmetrien am Schädel, wie das Tieferstehen der einen Seite der Lamina cribrosa, welches man auch in Zuckerkandl's I. Band, 2. Auflage, Tafel X Figur 5, XI 1, XXVI 2 etc. erkennt, dann die Unregelmässigkeiten der Crista galli, das ungleiche Niveau des Nasenbodens im Innern der Nase, haben dagegen keine gleichmässigen Schlüsse zugelassen.

Diese Beachtung der Asymmetrien an der Schädeloberfläche möchte ich gegen die abfälligen Bemerkungen, die Schaus (Archiv für klinische Chirurgie XXXV, 1) über Welcker's Studie gemacht hat, in Schutz nehmen und werde zeigen, dass mehrfach ein Zusammenhang zwischen diesen äusseren Unregelmässigkeiten und solchen im Innern der Nase, welche von bestimmtem Einflusse auf die Septumverunstaltungen sind, vorhanden ist.

Es ergeben sich nun folgende **ätiologische Factoren** für die **Septumdeviationen**:

1) Die zu bedeutende Grösse einzelner oder aller Septumplatten im Verhältniss zur Ausdehnung der sagittalsenkrechten Mittelebene der Nase. Diesen Punkt zieht bereits Zarniko (Die Krankheiten der Nase etc., S. 147) in Betracht, nur zu ausschliesslich und zu allgemein. Ich habe mich mit Absicht ausgedrückt, wie ich es that, weil die von Schaus (l. c.) und Trendelenburg (Deutsche Chirurgie, Lieferung 33, I) so sehr hervorgehobene, übrigens auch von mir gebührend gewürdigte hohe Wölbung des Gaumens nicht den einzigen Anlass zur Platzbeschränkung des Septums abgiebt. Wie es nämlich einerseits Septa von zu geringem Wachstume giebt — ich berufe mich hiefür auf Hopmann's Untersuchungen am Lebenden (Archiv für Laryngologie I, 1 und III, 1 und 2), auf meine eigene Beobachtung (Münchener medicinische Wochenschrift 1896, No. 33), auf die ebenda erwähnte Beobachtung, dass die hintere Vomerante an

Indianerschädeln häufig erst weiter vorne an die Crista palatina sich anschliesst, ferner auf die ungleiche sagittale Länge der Lamina perpendicularis, welche Zuckerkandl in „Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle“, II. Band, Seite 6, beschreibt, endlich betreffs der Kürze der Cartilago quadrangularis in verticaler Richtung auf die Figur 2 der Tafel I desselben Buches —, so giebt es andererseits, nur viel häufiger, auch Septa mit unverhältnissmässig starkem Wachstume, welche sich selbst bei anscheinend ganz normalen Verhältnissen des Oberkiefers und Gaumens nur unter Verlust ihrer ebenen Fläche im Nasenraume arrangiren können. Als einzelne Beispiele für den tadellosen Zustand des knöchernen Septums bei hohem Gaumen führe ich No. 87 und 313 der anatomischen, No. 108 der pathologischen Sammlung, dagegen für die Verbiegung des Septums bei flachem Gaumen No. 98, 108c, 330 u. a. aus der ersteren Sammlung an. Häufiger macht die Lamina perpendicularis als der Vomer den Eindruck, in verticaler Richtung vergrössert zu sein; man sieht das auch in Zuckerkandl's Atlanten an den Bögen, welche sich von oben herab zu den Septumauswüchsen hinüberziehen.

Auch die Crista nasalis (pteleorrhine Incisura!) oder das Septum cartilagineum wächst häufig zu viel. Betreffs der letzteren muss sich bei Betrachtung der Bilder Zuckerkandl's, II. Band, Seite 34 a—d, diese Erkenntniss aufdrängen, und ich besitze ein Präparat, wo die Cartilago eine fast rechtwinklige Deviation bei vollkommen regelrechter Articulation im Sulcus vomeris aufweist. Bei genauer Untersuchung feuchter Präparate findet man, dass jener Theil des knorpeligen Septums, der innerhalb des Rahmens der Crista nasalis und des knöchernen Nasenrückens eingelassen ist, bei Deviationen viel grössere verticale Convexitäten aufweist, als der vorderste, ausserhalb der Knochen liegende Theil. Ich bitte aber, hiermit nicht die Ablenkung der Nasenspitze von der Mittellinie und manche Convexitäten, die sich im horizontalen Schnitte als Curve zeigen, zu verwechseln: Die erstere ist nur die Projection des schiefen Verlaufes der oberen oder unteren oder beider Sagittallinien der knöchernen Nase, die letzteren sind theoretisch das Product einer zu strammen Halfterspannung der einen Cartilago quadrangularis, besonders bei Rückwärtsverschiebung der einen Seite des Incisurandes. — Die Bemerkung von Schaus, dass Septumverbiegung mit Vorzug bei langer schmaler Nase sich finde, könnte nur in der Hypertrophie des Septumknorpels in horizontaler und verticaler Richtung eine statische Begründung finden: Der unter den Nasenbeinen liegende Theil des Septums müsste den Nasenrücken gehoben und die Nasenbeine giebelartig gestellt haben, ehe es zur Ausbiegung des Septums gekommen wäre.

Die Cartilago quadrangularis zeigt sich selbst bei Brüchen am Nasenrücken nie an ihrem vorderen oberen oder unteren, sondern nur an ihrem hinteren oberen oder unteren Rande verdickt; an 34 complete Septen betraf wiederum die Randverdickung 1 Mal den hinteren oberen, 7 Mal den hinteren unteren Rand. Ich kann es nicht ganz entscheiden, wie weit Traumen diese Randverdickungen verursachen: Die Möglichkeit ist vorhanden bezüglich des ersteren, weil die Verdickung des anstossenden Randtheiles der Lamina perpendicularis, die

in diesem einen Falle vorhanden war, sich an macerirten Präparaten sehr gerne gerade in Begleitung von Verletzungen des knöchernen Nasenrückens findet; betreffs des hinteren unteren Randes dagegen muss ich den obligaten Zusammenhang verneinen, und zwar deshalb, weil man einmal auch sehr breite Sulci vomeris mit gut erhaltenen Lippen findet, von denen die eine der heftigen Contusion hätte zum Opfer fallen müssen, dann aber, weil trotz der später zu schildern-den Knorpelfractionen über der Spina nasalis anterior eine entsprechende Verdickung des unteren hinteren Knorpelrandes nicht vorhanden zu sein braucht. Es ist vielmehr anzunehmen, dass der unterste Theil der Cartilago quadrangularis im eingespannten Theile den stärksten Wachsthumsimpuls besitzt und dass bei Verdickung des hinteren unteren Randes ein Ueberschuss von Knorpelmaterial sich angestaut hat. — Mit der Behinderung der verticalen Ausdehnung der Cartilago quadrangularis verknüpft sich offenbar die Behauptung Welcker's vom ausschliesslichen Vorkommen der Septumdeviationen (jedenfalls sind diejenigen am nichtmacerirten Schädel gemeint) bei der pteleorrhinen Form der Incisura pyriformis, das ist jener, bei welcher der Incisurand auf einer Seite ausgeschnitten ist und die Crista nasalis eine bedeutendere Entwicklung hat; es wird dabei die verticale Ausdehnung der Cartilago durch die hohe Crista nasalis beengt.

Können Deviationen des Septums oder ihre Folgezustände sich spontan bessern? Es wäre doch möglich, dass ein zu gross gewachsenes Septum den Wachsthumstillstand zu einer Zeit erreichte, in welcher das verticale Wachsthum des Kiefers noch andauert? Ich habe an einem Präparate gefunden, dass die Spina septi nach Durchbohrung der hinteren Nasenfontanelle schliesslich dennoch $\frac{1}{2}$ cm einwärts von dem Loche stehen geblieben ist.

Ueber die Hypertrophien der streifenförmigen Verlängerung des Septumknorpels spreche ich später.

Hypertrophische Vorwölbungen, die auf centrale Partien der Platten beschränkt wären, haben sich an meinen Präparaten nicht gefunden.

2) Verschiebungen an der oberen und unteren Sagittallinie der inneren Nase. Um diese zu studiren, bedarf man vorzüglich solcher Präparate, welche theils die freigelegte Basis des vorderen Gehirnschädels von unten her, theils den Nasenboden von oben her erblicken lassen.

A. Verbiegungen.

a. Obere Mittellinie. Die seitliche Ablenkung des Nasenrückens ist entweder isolirt und in diesem Falle herzuleiten entweder von Ungleichheit der beiden Processus frontales und der Nasenbeine oder von der schrägen Druckrichtung eines hypertrophischen, convex gewordenen Septumknorpels, — oder sie ist die Fortsetzung einer seitlichen Ablenkung, welche die Mittellinie des vorderen Schädelbasistheiles betroffen hat. Einzelne Cranien mit unten freigelegter vorderer Schädelbasis, wie solche in der anatomischen Sammlung mehrfach vorhanden sind (hervorzuheben No. 631), zeigen einen bogenförmigen Zug der Mittellinie des Lamina cribrosa und lassen an den Resten der Lamina perpendicularis genau erkennen, dass dieselbe im Bereiche der Curve

der Mittellinie gegen die verlassene legitime Bahn hin sich ausbiegt. Es erklärt sich aus der verschiedenen sagittalen Länge des Lamina perpendicularis (vergleiche die Zeichnungen Zuckerkanal's in dessen II. Bande, Seite 6) und aus dem bisher Gesagten ganz leicht, wann und warum die Lamina perpendicularis entgegen der Richtung des Nasenrückens sich stellen kann, und wann nicht. — Das einzige Präparat der Sammlung mit erhaltenen Nasenbeinen bei freigelegter vorderer Schädelbasis zeigt dieselben genau in der Fortsetzung der gekrümmten oberen Mittellinie abgelenkt, und auch die übrigen Exemplare mit gekrümmter oberer Mittellinie deuten durch die Deviation der Spina nasalis superior das gleiche Verhalten der Nasenbeine an. — Aeusserlich am Gesichtsschädel lässt sich auf die Verbiegung der intranasalen Sagittallinien (auch der unteren) in folgendem Falle schliessen: No. 340; die linke Gesichtseite ist breiter, die linke innere Orbitalfläche ist stark convex, die rechte dagegen ganz eben, die Gaumennaht zielt nach vorne rechts (die Durchsicht durch die Nase von den Choanen aus lässt in der That eine linksseitige Convexität des Septums und der Sagittallinien erkennen).

Eine bald isolirte, bald mit allgemeiner Krümmung der oberen Sagittallinie verbundene Deviation ist jene des Rostrum sphenoidale; sie bewirkt eine Ausbiegung des anstossenden Theiles der Lamina perpendicularis. Auffällig ist, dass jene Seite der Keilbeinvorderfläche, gegen welche die Schneide des Rostrum sich wendet, weiter vorne steht; das Horizontalniveau der Höhleneingänge verhält sich ungleichmässig.

Als Curiosum sei der Befund an No. 695 erwähnt: Eine mit der Stirnhöhle zusammenhängende Aufblähung des Processus nasalis hat die Lamina perpendicularis etwas nach der Seite verschoben.

b. Untere Mittellinie. Die Deviation derselben mit Ausbiegung des Vomer ist auf's Deutlichste in Welcker's citirter Arbeit, Seite 328, Figur 4 bei V, an einer Ansicht des Nasenbodens zu erkennen; gleichzeitig enthält die Abbildung noch eine zweite Curve der unteren Sagittallinie, ebenfalls mit Uebertragung der Deviation auf den Vomer. Präparate mit einfacher Curve sind häufig zu gewinnen; meist liegt dieselbe vor dem Canalis nasopalatinus.

Es ist merkwürdig, dass man bei Betrachtung macerirter Präparate von unten her manchmal wohl sonstige Ausbiegungen und Knickungen der Gaumennaht findet, dass aber meist das Nahtstück im vordersten Kiefertheile nicht zur Seite abweicht, sondern in einer Linie mit dem rückwärts befindlichen Theile der Gaumennaht liegt. Möge man sich jetzt des Punktes 3) der Anomalien an der Schädeloberfläche erinnern, dass nämlich die Linea intermaxillaris häufig pendelartig zur Seite abweicht und dass das Septum mit ganz besonderer Häufigkeit nach jener Seite devirt ist, nach welcher auch der unterste Punkt der Linea intermaxillaris abgewichen ist; man wird sich all' diese Einzelheiten so zusammenreimen müssen, dass die eine Hälfte des Zwischenkiefers, nur mit ihrem oberen Theile, sich in's Gebiet der anderen Hälfte hinübergedrängt hat und dass damit die Crista nasalis und der Vomer, soweit sie vor dem Canalis nasopalatinus liegen, abgelenkt worden sind, oder auch, dass diese Hinüberdrängung unter dem Drucke der hyper-

trophischen und ausgebogenen *Cartilago quadrangularis* passiv erfolgte. Für das Letztere spricht der Umstand, dass die *Incisura pyriformis* sehr häufig auf jener Seite, gegen welche die *Linea intermaxillaris* sich pendelförmig stellt, tiefer ausgeschnitten ist; würde es sich um eine richtige Vergrößerung der einen Zwischenkieferhälfte handeln, so brauchte es doch zu keiner Verschmächtigung derselben zu kommen, wie dieselbe aus dem Herabsteigen des *Incisurarandes* sich zu erkennen giebt.

B. Verschiebung der beiden Sagittallinien gegen einander.

Die Verbiegung der beiden Sagittallinien a. und b. kann im gleichen Sinne und Grade vorhanden sein oder sie kann verschieden sein; in letzterem Falle entsteht eine solche Verschiebung der einzelnen Punkte beider Sagittallinien gegen einander, dass ein Theil der unteren Linie nicht mehr senkrecht unter der oberen Linie sich befinden kann. Ich habe aber jetzt nicht diese, sondern andere Formen der Verschiebung im Auge, nämlich solche, wo in Folge von Verschiebungen am Gesicht- oder am Gesamtschädel die ganzen Sagittallinien des Naseninnern entweder parallel oder zur Divergenz mitverschoben sind. Ob es auch zur Kreuzung der Sagittallinien kommen kann, weiss ich nicht; die Existenz der Divergenz und einer parallelen Verschiebung jedoch habe ich sicher daraus erkannt, dass der Eingang zum *Vomersulcus* zwischen den *Alae vomeris* und der Fusspunkt der *Vomerante*, oder aber der obere Endpunkt der *Nasenbeinsutur* und das vordere *Vomerende* nicht in einer Senkrechten standen. (Natürlich können auch bei „Verbiegung“ der oberen und unteren Sagittallinie der obere Endpunkt der *Nasenbeinsutur* und das vordere *Vomerende* aus der gemeinsamen Senkrechten rücken.) Die eclatantesten Fälle von Verschiebung der Sagittallinien sind in jenem Typus der *Choanenasymmetrien* gegeben, bei welchem sich *Auswärtsneigung* des einen *Flügelfortsatzes* und des *Septums* verbunden mit *Septumdeviation* und *Spina-* oder *Cristabildung* auf Seite des senkrechteren *Flügelfortsatzes* finden, weil die senkrecht herabsteigende *Lamina perpendicularis* auf den schiefgeneigten *Vomer* auftrifft. Gerade dieser Zusammenhang hat mir den Schlüssel zur Entstehung der *Septumverunstaltungen* verschafft.

3) Druck der seitlichen Theile der Nase und *Narbenzug*. Ueber die Druckwirkungen mit „compensatorischer“ *Deviation* ist schon verschiedentlich geschrieben worden, so dass ich nur *Aphorismen* bringen will. Bei einem Schädel mit grosser *Kieferhöhlencyste* nehme ich *Deviation* durch *Polypen* an, wie diese ja auch die äussere Nase verbreitern können. Am Schädel No. 344 und jenem eines 19jährigen Mannes ist die *Deviation* mit *Auftreibung* der *Bulla* und *Anpressung* der mittleren *Muschel* gegen das *Septum* in Zusammenhang zu bringen. Die ablenkende Wirkung der *Schwellkörper* lasse ich nicht ganz in *Abrede* stellen und kann jedenfalls den *Gegengrund*, dass die gleichseitige Entstehung der *Schwellkörper* eine einseitige *Pression* von Seite derselben ausschliesse, nicht gelten lassen; denn es kann die eine mittlere *Muschel* dem *Septum* um Vieles näher stehen als die andere, und der *Schwellkörperdruck* kann jedenfalls im *Beginne* der *Septumhypertrophie* mass-

gebend werden, nach welcher Seite die Ausbiegung stattfinden soll (ich erlaube mir, mich auf Zuckerkandl's I. Band, 2. Auflage, Tafel XXI Figur 2, und II. Band XII 2 zu beziehen). — Beobachtung am Lebenden: Bei einer 21jährigen Dame war der hintere Theil der Lamina perpendicularis nach links devirt, das Septum im Uebrigen gerade. Verursacht war die Deviation durch die weit nach innen vorspringende rechte obere Muschel, deren Rand und äussere Fläche, trotz Abwesenheit von Atrophien der Nase, in ihrem ganzen hinteren Theile von vorne her sichtbar waren. — Betreffs des Narbenzuges weist der glücklicher Weise schlecht macerirte Schädel No. 374 der Anatomie einen Strang zwischen der linken mittleren Muschel und dem Septum ganz an der Vomerrinne mit winkliger Deviation auf. No. 14 der Pathologie, von einem Lueticischen, zeigt eine omegaförmige laterale Verziehung des vorderen Randes der Lamina perpendicularis wohl in Folge Narbenzuges. Man betrachte auch Zuckerkandl's Abbildungen I. Band XXIV 2, XXII 2 und 6, II. Band XII 2, XV 1 und 3, XIX 1 und 3.

4) Traumen. Eine Anzahl Deviationen des knöchernen Septums, bei welchen auch Macerationsverunstaltungen auszuschliessen sind, lässt alle früheren ätiologischen Momente vermissen; dagegen sind so deutliche Spuren erlittener Traumen vorhanden, dass man nicht umhin kann, sich auf diese zu beziehen. Solche Merkmale sind besonders die glatte und drusige Verdickung, sowie die senkrechten Cristen vorne an der Lamina perpendicularis, sowie Verschiebungen der Articulation der Cartilago quadrangularis an den Rändern der Knochenplatten, was alles man besonders häufig bei Verletzungen der äusseren Nasenknochen findet; auch Splitterbrüche der Crista nasalis sind zu erkennen. Wenn man an solchen traumatisch afficirten frische Septumpräparate ansieht, wie gross die winklige Deviation des Kuorpel- mit dem Laminarande ist, so fällt es schwer, der Impression des Nasenrückens allein eine solche Wirkung zuzutrauen und eine traumatisch angeregte Hypertrophie auszuschliessen.

Dem Materiale, welches Zuckerkandl über die Brüche des Septumknorpels bringt, möchte ich nur das hinzufügen, dass ich in der relativ sehr grossen Zahl von vier Fällen nicht verwachsene Continuitätstrennungen im Septumknorpel über der Spina nasalis anterior gefunden habe. Ich habe Anfangs an postmortale Läsionen gedacht, nachdem meine Objecte erst durch den Präparirsaal gegangen waren, bin aber doch von dieser Annahme abgekommen, weil das vordere Bruchstück sich meistens durch strafferes Bindegewebe an der Seite des hinteren fixirt findet und weil der hintere Bruchrand einen typischen kleinen, an seiner Vorderseite scharf abgesetzten Dorn bildet. Es wäre interessant zu erfahren, ob nicht an Zuckerkandl's Präparat, II. Band, Tafel I, Figur 2, ein solcher Bruch vorhanden ist. Die Bruchränder sind alle unglatt; der Spalt zieht senkrecht etwa $\frac{1}{2}$ cm weit nach aufwärts; einmal hatte er am vorderen Bruchstücke noch drei horizontale kurze Aeste.

Traumen solcher Art, wie das Wischen der Nase nach einer einzigen Seite oder ebensolches Lagern der Kinder, können nicht in Betracht kommen; an dem jüngsten Schädel mit ausgebildeter Crista, von einem vierjährigen Kinde, fand ich Offenstehen der Fontanellen, Aus-

wärtsneigung des rechten Flügelfortsatzes und des Septums, Vergrößerung der rechten Choane und des rechten Unterkiefers, — es müsste doch gerade umgekehrt die Fläche des linken Oberkiefers grösser sein, wenn die Verschiebungen nach rechts hin durch das gewohnheitsmässige Schlafen auf der linken Seite hervorgebracht wären. — Dass der Europäer häufiger zu Brüchen und sonstigen für die Septumdeviationen berücksichtigungswerthen Traumen der Nase kommt, als der Nichteuropäer, erkläre ich mir folgendermaassen: Der Europäer hat eine vorspringendere Nase und einen mehr zurückstehenden Alveolarfortsatz, als die niederen Racen, so dass seine Nase jedem Trauma viel exponirter ist; jedenfalls liegen dann auch noch in der mit der höheren Cultur vermehrten Darreichung von schlecht gezielten Backenstreichen („Nasenstüber“), im reichlichen und frühzeitigen Genuss von geistigen Getränken und in der vielfach behaupteten Verminderung der physischen Gewandtheit Gefahren für die Nase des Europäers.

Sehr interessant in Bezug auf die Septumdeviationen ist endlich die Theorie Potiquet's, welche in der *Semaine médicale* 1892, 17. und 24. März, durch schematische Zeichnungen erläutert ist. Potiquet meint in der Verschiebung des Nasenbodens nach hinten im Laufe des Wachsthumes einen ätiologischen Factor herausgefunden zu haben. Ich möchte denselben aber doch nicht gelten lassen, aus folgenden Gründen: Einmal, es muss bei der Rückwärtsverschiebung des Nasenbodens die obere Vomerante eine senkrechtere Stellung erlangen, so dass eher die Neigung zur Bildung einer Spalte zwischen dem Vomer und den beiden oberen Septumplatten, als zu einer Compression vorhanden ist; zweitens hebt sich im Wachstume des Europäers der Nasenrücken, senkt sich vorne der Nasenboden, wie Potiquet's Schemen selbst es darthun, und tritt der Nasenknorpel in einem so bedeutenden Maasse vor den Knochenrahmen, dass beim Europäer unmöglich ein stärkerer Andrang des Nasenknorpels gegen die *Lamina perpendicularis* resultiren kann, als bei den plattnasigen, von Septumdeviation so auffällig verschonten Racen; endlich sieht es nach Zuckerkandl's Abbildung, I. Band, Tafel II, Figur 1 aus, als ob sich der Nasenboden allein zurückbewegen könne, ohne den Knorpel mitzunehmen, weil der untere Knorpelwinkel in diesem Bilde vor dem knöchernen Rahmen sich befindet.

Die Form der Septumverbiegungen wird im Laufe der *Maceration* häufig verändert; hauptsächlich strecken sich die verbogenen Platten gerne gerader unter Zerbrechung der einen *Sulcuslippe*, so dass man häufig eine Verschiebung der beiden Knochenplatten in parallele Ebenen und mit Berührung der Seitenwände findet, welche einfach unnatürlich ist. Auch die Isolirung des nichtmacerirten Septum ist nicht gleichgiltig, da sich die Convexitäten abplatten könnten. Zu genaueren Studien eignen sich also besonders die Septen im Frontalschnitte der Nasenhöhlen oder solche, die in Verbindung mit der einen Nasenhälfte geblieben sind.

Ich will versuchen, an einigen Zuckerkandl'schen Abbildungen Beispiele für unsere bisherigen Betrachtungen zu bringen:

Einfaches Missverhältniss zwischen Höhe des Nasenraumes und des Septums.

I. Band, 2. Auflage, Tafel XXV, Figur 2 } hoher
I, XXXII, 2 } Gaumen,
Henle's Atlas, VI. Theil, Seite 155, Figur 2 } flacher
I, XXII, 1 } Gaumen,
I, X, 5 }

I, XXXII, 6, isolirte Hypertrophie einer sehr dünnen Lamina perpendicularis;

dasselbe mit Complication:

I, IV, 9, mit Concha bullosa,
I, XXXI, 1, XXXIV, 4, mit Schwellkörperdruck,
I, XI, 1, mit Umlegung der Crista palatina;

Narbenzug:

IV, XV, 1 und 3,
I, XXIV, 1 und 2 (zum mindesten hat hier der Narbenzug die Deviation verstärkt);

Deviation durch Crista septi im Sinne Zuckerkandl's II. Band, S. 14 (vergleiche weiter unten!):

I, X, 5;

compensatorische Deviation:

I, XXVII, 2, II, II, 8 etc. etc., I, IV, 11 zeichnet sich durch die Reinheit des Falles aus, weil keine Septumvergrößerung besteht;

Umlegung der Crista palatina:

I, XXVI, 4 etc.

Deviation der Sagittallinien:

? I, III, 17; die Spina nasalis anterior ist nach rechts abgewichen; die Zeichnung lässt die Schiefstellung der Linea intermaxillaris nicht erkennen;

I, XXVI, 3;

I, XI, 3, Schiefstellung des Rostrum sphenoidale (und verschiedene Höhe der Choanen);

Verschiebung der Sagittalen gegen einander:

I, XXVI, 4, I, XXVII, 4;

Geraderichtung des hypertrophischen Knorpels durch Bruch:

II, I, 7.

Ich betone nochmals, dass diese Aufstellung nur ein Versuch ist.

Es erübrigt nur noch über die **Entstehung der Spinae und Cristae septi** zu sprechen.

Zuckerkandl (II. Band, Seite 15) nimmt an, dass die Verbreiterung der Cartilago quadrangularis an der Articulation mit dem Vomer den Anstoss zur Cristabildung giebt zu einer Zeit, wo die Rinne des Vomer rudimentär geworden ist. Ich stimme dem bei, soweit es sich um die doppelseitigen Cristen am vorderen Theile des Vomer handelt, mit dem Vorbehalte jedoch, dass man an einzelnen macerirten Schädeln eine so bedeutende Verbreiterung des nichtrudimentären Sulcus vomeris und des Canals für den streifenförmigen Fortsatz findet (vergleiche Zuckerkandl, I. Band, Tafel XXXII, Figur 4), dass der Eindruck selbst doppelseitiger Cristen auch bei

wohlerhaltener Vomerrinne entstehen kann. Für viele der einseitigen Cristen am vorderen Vomertheile und für die grosse Mehrzahl der Cristen und Spinen im Bereiche des streifenförmigen Fortsatzes kommen aber andere Factoren in Betracht. Diese sind:

1) ein verstärktes Längenwachsthum des streifenförmigen Fortsatzes. Fast nur durch Annahme eines solchen bietet sich die Möglichkeit, eine so geschlängelte Form der Crista, wie sie Zuckerkandl im II. Bande, Tafel X, Figur 7 abbildet, und das häufige wellenförmige, streng einseitige Wechseln der Crista von einer Seite zu andern zu erklären; auch die Septumdeviirung „in Folge der Leistenbildung“, wenn eine solche augenfällig durch Dehnung der Septumknochen und nicht durch primäre Hypertrophie derselben hervorgebracht ist, lässt sich nie durch die einfache Verbreiterung des leistenförmigen Fortsatzes, sondern nur durch Längsstreckung desselben, wozu sich allerdings meist eine Verbreiterung gesellt, erklären. Als sonstige Anlässe für das Wechseln der Crista konnte ich noch die Luxation des Knorpelfusses und horizontale Knickungen des Septums erkennen.

2) Die winkligen und kielförmigen Knickungen des Septums in der Linie des vorderen Vomerrandes. Zu solchen ist Anlass gegeben durch einen bedeutenderen Grad von verticaler Hypertrophie der knöchernen Septumplatten und von Verbiegungen und Verschiebungen der Sagittallinien, von letzteren vielleicht die vollkommen parallele Verschiebung ausgenommen. Dass die Verbiegung der unteren Sagittallinie von einer Neigung des zugehörigen Vomerstückes begleitet ist, ist oben schon auseinandergesetzt worden; es versteht sich ohne Weiteres, dass bei dieser Neigung die Sulcuslippe auf der concaven Seite höher, die entgegengesetzte aber tiefer zu stehen kommt, so dass der untere Rand des Knorpels gegen die concave Seite hinübergedrängt wird und den Ueberschuss an Masse über die tiefere Sulcuslippe hinweg in den freien Nasenraum stossen muss. Ich besitze ein Präparat, an welchem in Folge schlechter Entwicklung der Kieferhöhle bei früh acquirirtem Empyeme der ganze rechte Oberkiefer verkleinert ist und die Zahnreihe nach rechts emporsteigt; die untere Sagittallinie biegt nach rechts hinüber, die Cartilago quadrangularis ist in das linke Nasenloch luxirt. Man gewinnt in diesen und in vielen anderen Fällen den Eindruck, dass die Knickung in der Articulationslinie einen Reiz auf die Randpartien der Cartilago und den streifförmigen Fortsatz einerseits und auf die Randpartien der Septumknochen andererseits ausübe. Ein solcher Reiz kann nun sehr wohl verursacht sein einmal durch die Infraction der Sulcuswand auf der concaven Seite, welche Infraction manchmal eine kleine knöcherne Leiste auf der Gegenseite der Hauptcrista hervorbringt, dann aber besonders durch die langsame Zerrung am streifenförmigen Fortsatze und den daran befindlichen Articulationsflächen der beiden Knochenplatten. Behaupten doch die Orthopäden, dass, während durch rasche Zerrungen eine Relaxation der Gewebe eintritt, durch langsame Zerrung umgekehrt eine Erstarkung und Hypertrophie sich einstelle. Man kann aber für die Hypertrophien an den Articulationsstellen des streifenförmigen Fortsatzes noch eine andere, manifestere Erklärung geben: Durch die fortschreitende Extension der Canalwand auf der

convexen Septumseite kommt es zu Dehiscenzen in dieser Canalwand; durch die Knochenlücken kann nun reicheres Ernährungsmaterial an die Theile, die am Canal liegen, gelangen und eine Hypertrophie des streifenförmigen Fortsatzes und der anliegenden Knochenheile, welche die Knochenkapsel der Crista liefern, hervorbringen. Ganz möchte ich aber auf den „Zerrungsreiz“ nicht verzichten; nämlich das Septum eines Schädels mit fehlenden Kieferhöhlen, welches eine ganz gewaltige Dehiscenz in der Wand eines sehr hohen Vomeranals besitzt, zeigt keine Spur von hypertrophischer Knochenkapsel, sondern nur eine horizontale Ausbiegung der Stücke der Sulcuswand; eine Knickung und Deviation fehlt an diesem Septum vollständig. — Als Paradigma der Bildung von Cristen in Folge von Verschiebung der Sagittallinien nenne ich jene bei dem Haupttypus der Choanenasymmetrien (siehe meinen Aufsatz im Archive für Laryngologie, 1896).

3) Die oben unter den Knorpelbrüchen erwähnte Entstehung ganz vorne befindlicher Spinen.

4) Nasenbeinbrüche; diese waren stets bei grösseren senkrechten Leisten vorhanden.

5) Ungleichmässiges Wachsthum der beiden ursprünglichen Vomerplatten. Diese, und Hypertrophien des ursprünglichen Septumknorpels, sind wohl die Ursache der Deviationen an Schädeln von Todten. Weisen doch auch die Alae vomeris ganz unmotivirte Verschiedenheiten auf.

Die Behauptung Loewe's (X. internationaler medicinischer Congress in Berlin), dass die Exostosen der Nasenscheidewand Hypertrophien des Jacobson'schen Organs seien, hat mir Anlass gegeben, auf Knorpelreste längs der Cristae und Spinae septi zu achten. Ich habe nur zur Seite von Cristen am allervordersten Theile des Septums manchmal papierdünne, scharfumgrenzte Knorpelspangen gefunden, welche nicht im Stande sind, die Crista merklich zu verstärken; hiermit erschöpft sich die Rolle, welche dem Jacobson'schen Organ betreffs der Septumverunstaltungen zugewiesen werden kann.

Ueber einen directen Einfluss der Rachitis vermag ich nicht mich auszusprechen.

Die **Richtpunkte für eine rationelle Behandlung** der Septumverunstaltungen sind folgende: Es muss angestrebt werden, nach Möglichkeit dem unbequemen Septum eine ebene, wenn auch geneigte Fläche zu verschaffen. Da es sich schliesslich immer um ein Zuviel der Knochenmasse handelt, ob dies Zuviel sich jetzt als Leiste und Dorn, oder als echte Hypertrophie oder passive Extension der Platten darstellt, so muss dieses Zuviel in geeigneter Weise weggenommen werden. Die Localisation der Ausbiegungen in der Binnenfläche der Platten oder an den verschiedenen Rändern derselben bestimmt auch die Localisation unserer Schnitte und sonstigen Eingriffe. Die compensatorischen Deviationen erfordern eine vorangehende Behandlung etwa noch drückender Organe und Geschwülste und spannen der Narben. Die Aneinanderfügung der getrennten Septumtheile ist durch secundäre Schnitte und durch geeignete Tamponade zu bewerkstelligen. — Ob die Behandlung der adenoiden Wucherungen gewisse causale Momente beeinflusst, ist noch ganz unbekannt.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. October 1896.

Vorsitzender: Prof. Politzer.

Schriftführer: Doc. Pollak.

Prof. Politzer eröffnet die erste Sitzung des zweiten Vereinsjahres mit einer kurzen Ansprache, begrüsst die anwesenden Mitglieder und Gäste und wirft einen Rückblick auf die erfolgreiche wissenschaftliche Thätigkeit der otolog. Gesellschaft im ersten Vereinsjahre, die Dank der eifrigen Leitung seines Vorgängers in dem Ende Juni abgehaltenen ersten Otologentage ihren würdigen Abschluss gefunden hat. Er spricht die Erwartung aus, dass die Mitglieder auch in diesem Jahre bestrebt sein werden, durch wissenschaftliche Beiträge den ehrenvollen Ruf, den sich die Gesellschaft in so kurzer Zeit erworben, zu erhalten und dass Jeder es als Ehrensache betrachten wird, das Ansehen der Gesellschaft zu fördern.

1) Dr. F. Alt stellt ein 12jähriges Mädchen vor, das am 7. Juli d. J. auf die Klinik Gruber gebracht wurde, mit der Angabe, es wäre vor acht Tagen an Mumps erkrankt, habe gleich am ersten Tage Hörstörungen dargeboten, die rasch unter Ohrensausen und leichtem Schwindel zunahmen, am dritten Tage wäre complete Taubheit eingetreten.

Die Untersuchung ergab: Trommelfell rechts normal, links destruiert (nach einer vor zwei Jahren bestandenen Eiterung). Vor beiden Ohren werden weder hohe, noch tiefe Töne gehört. C_2 von beiden Warzenfortsätzen und vom Scheitel aus hochgradig verkürzt. Complete Taubheit für laute Sprache, Hörrohr und Pfeife. Da das Kind nicht aus Wien ist, wurde dem Hausarzte empfohlen, Jodkali zu verabreichen und 20 Pilocarpin-Injectionen auszuführen. Die Angehörigen wurden über das Wesen der Hörübungen aufgeklärt, auch dieselben zur Ausführung empfohlen. Allen Anordnungen wurde in gewissenhafter Weise entsprochen und das Kind am 8. August neuerlich auf die Klinik gebracht. Es zeigte Hörvermögen links auf 30 cm, rechts in unmittelbarer Nähe des Ohres für Conversationssprache.

Heute ist die Hörweite links auf 1 m, rechts auf 30 cm nachweisbar.

Im Anschlusse an die Vorstellung der Kranken bespricht Alf die bisher in der Literatur veröffentlichten Fälle von Mumpstaubheit, sowie die Theorien über das Entstehen der Ertaubung von Roosa, Virchow und Colin. Für den vorgestellten Fall supponirt er, nach Moos, ein seröses Exsudat in die Schnecke (Mangel von schweren Coordinationsstörungen) oder den Hörnervenstamm. Ob die Erkrankung ohne jede Therapie zurückgegangen wäre, oder aber, welches der zur Anwendung gelangten Heilmittel, Jod, Pilocarpin, Hörübungen, den Heilerfolg für sich in Anspruch nehmen darf, will er dahingestellt sein lassen.

Discussion.

Urbantschitsch hat einen Fall von doppelseitiger Taubheit nach Mumps nicht beobachtet, dagegen vier Fälle von einseitiger

Affection. In einem dieser Fälle hat er mit Erfolg den constanten Strom angewendet, nach dessen 20maliger Anwendung sich Hörfunctio wieder einstellte. Von Pilocarpin hat er keinen Erfolg beobachtet. Er sah auch einseitige Acusticusanästhesie bei Erkrankung der Submaxillardrüse eintreten; in einem Falle trat nach vier Tagen vollständige Taubheit auf, in einem anderen Falle dauerte die Taubheit $1\frac{1}{2}$ Jahre und wich dann spontan.

Gruber hat in Fällen doppelseitiger Affection noch nie einen Heilerfolg beobachtet, dagegen bei einseitiger Taubheit zu wiederholten Malen auch ohne jedes Hinzuthun. Gewöhnlich wendet er resorbirende Mittel an, unter diesen am meisten Jodkali. Von Pilocarpin habe er keinen Erfolg gesehen. Hörübungen können wohl bei einer 14tägigen Anwendung in Fällen von totaler Taubheit kaum Besserung herbeigeführt haben. Uebrigens meint er, dass die Taubheit bei Mumps Folge einer Exsudation in die schallempfindenden Gebilde des Gehörorganes sei. Je nach dem Exsudate und der durch dasselbe herbeigeführten Zerstörungen werde der Fall schwerer oder leichter zur Heilung gebracht werden können.

Urbantschitsch bemerkt gegenüber Gruber, dass er auch in Fällen von Luestaubheit durch Hörübungen gute Heilerfolge erzielt habe.

v. Frankl sah in einem Falle von Mumps doppelseitige Facialislähmung und Polyneuritis.

Politzer hält gegenüber von Colin die Ansicht fest, dass der Parotitis epidem. eine auf der Parotis sich localisirende Infectiouskrankheit sei, bei der die mit Ertaubung einhergehende Labyrinthaffection gleich den im Nebenhoden und der Mamma auftretenden Exsudationen als Metastase aufzufassen ist.

2) Docent Dr. Gomperz stellt einen 7jährigen Knaben mit einem sehr eigenthümlichen Befunde vor. Der kleine Patient acquirirte vor $3\frac{1}{2}$ Jahren nach Scharlach eine linksseitige Ohrentzündung; der Ausfluss, der nie sistirt haben soll, war im Januar d. J. bei der ersten Vorstellung profus und stinkend und zeigte sich der Gehörgang in der Tiefe von einer Senkung der oberen Wand verlegt, die, über erbsengross, kugelig, nur einen dünnen Spalt zwischen sich und der unteren Gehörgangswand freiliess. Da eine quere Spaltung dieser Intumescenz und Auskratzung nur vorübergehenden Erfolg brachte, wurde von Gomperz Mitte März die Radicaloperation nach Zaufal ausgeführt, wobei sich käsiger Eiter im Antrum, eine kirschgrosse, mit Granulationen erfüllte Höhle im Warzenfortsatz und Defect der ersten zwei Gehörknöchelchen vorfand. Es wurde die Plastik nach Körner gemacht, wobei sich zeigte, dass schon eine fast vollständige Atresie des Gehörgangs knapp vor dem Trommelfell bestand; auch kostete es einige Mühe, den Lappen zu bilden. Der Heilungsverlauf war ganz glatt, Anfangs Mai hatte die Eiterung sistirt; doch zeigte sich in ein- bis mehrwöchentlichen Intervallen noch immer etwas geruchloser Eiter. Der transplantirte Lappen hatte sich sehr schön angelegt, eine cirunde, scharfrandige Lücke nahm fast das ganze Trommelfell ein, nur hinten oben hatte sich ein sichelförmiger Streifen regenerirt. So blieb es bis in den August hinein.

Ende September wurde der Patient wieder gebracht, da er über öftere Kopfschmerzen klagte und auch erbrach.

Die Eiterung war minimal, aber in der ganzen Breite des durch die Radicaloperation erzeugten Knochendefectes im knöchernen Gehörgang und noch weiter in seinen knorpeligen Abschnitt hinein wölbte sich ein graublauer, derb elastischer Wulst halbcyindrisch vor. Gomperz änderte nichts an den Verordnungen. Heute ist diese Geschwulst so vergrößert, dass sie, angefangen vom Margo tympanicus, bis fast an die Concha von der oberen Wand herabragend, den Gehörgang schon wesentlich verengt.

Die Farbe ist graublau, wie wenn ein trübes Medium vor einem dunklen Hintergrund lagert. Gomperz glaubt, es könne sich um eine Abhebung des Körner'schen Lappens mit Cholesteatombildung handeln; doch will er jedenfalls zuerst eine Probepunction machen, da man doch daran denken könne, dass es durch Schwund des Tegmen antri zu einer Vorlagerung der Dura gekommen sei.

Jedenfalls wolle er vor einem operativen Eingriffe dieses seltene Bild demonstrirt haben.

Urbantschitsch bemerkt, dass es sich hier wahrscheinlich um eine epitheliale Membran und Cholesteatombildung dahinter handeln dürfte; er habe zwei derartige Fälle gesehen und durch Spaltung rasche Heilung erzielt.

Kaufmann hat in Halle einen solchen Fall gesehen und als Epithelcyste kennen gelernt.

Politzer glaubt, dass es sich um eine neugebildete Bindegewebsmembran handele, durch welche der Attic vom Atrium der Trommelhöhle abgeschlossen wurde und dass der abgeschlossene Attic viscidum Schleim enthält.

3) Prof. Politzer: Operative Freilegung der Mittelohrräume, Entfernung des abgestossenen Trommelfellrahmens und des sequestrirten Labyrinthes.

Der Fall betrifft eine 30jährige Frau aus Galizien, die seit ihrer Kindheit an rechtsseitiger Otorrhoe leidet, und bei der sich vor drei Monaten eine schmerzhaft Exacerbation der Mittelohreiterung und bald darauf eine rechtsseitige, totale Facialparalyse entwickelte. Vor ihrer Aufnahme auf die Klinik wurden auswärts polypöse Wucherungen aus dem Gehörgang entfernt. Die Untersuchung ergab profuse Mittelohreiterung, das Mittelohr und ein grosser Theil des knöchernen Gehörgangs mit derben Granulationen erfüllt. Der Gehörgang im Ganzen etwas verengt. Warzenfortsatz äusserlich normal, nicht druckempfindlich. Die Stimmgabelprüfung ergibt kein verwertbares Resultat, da die Angaben der Patientin beim Weber'schen und Rinne'schen Versuch bezüglich der Localisation der Tonempfindung widersprechend sind. Die Perceptionsdauer für Stimmgabelschwingungen von verschiedener Tonhöhe ist verkürzt. Gravidität im sechsten Lunarmonate.

Mit Rücksicht auf den localen Befund und auf die Facialparalyse wurde am 1. October zur operativen Freilegung der Trommelhöhle geschritten und nach schichtweiser Abmeisselung des mittleren und oberen Theiles des Proc. mastod. das mit Eiter und Granulationsmassen

erfüllte Antrum eröffnet und ausgeräumt. Hierauf wurde nach Abtragung der knöchernen hinteren und oberen Gehörgangswand und der Wand des äusseren Attic die Trommelhöhle freigelegt und zum Ausräumen der massenhaften Granulationen geschritten. Beim Ausräumen mit scharfem Löffel stösst man auf mehrere, in Granulationen eingebettete Sequester, welche nacheinander entfernt werden. Der eine Sequester erweist sich als der Modiolus der knöchernen Schnecke, an welcher noch die knöcherne Lamina spiralis deutlich sichtbar ist. Er ist 3,5 mm breit, 1,5 mm hoch und circa 3 mm lang. Ein, wie es scheint, ursprünglich mit diesem im Zusammenhang gewesenes Stück von etwa 1,5 mm Breite und Dicke wird isolirt entfernt. Ein zweiter Sequester ist der vordere Abschnitt des Schneckengehäuses. Der grösste Sequester, der nur mit Mühe entfernt wird, ist ein längliches, zackiges Knochenstück, an welchem man deutlich ein Stück des horizontalen Bogenganges, sowie die angrenzenden Theile des knöchernen Vorhofsrands erkennen kann. Nach Ausräumung dieser Granulationsmassen und Sequester zeigt sich noch in den vorderen unteren Parthien des Mittelohres viel Eiter. Ausspritzung. Verband. Verlauf vollkommen normal und afebril.

Die Secretion in der Tiefe ist nach vierwöchentlicher Wundbehandlung eine minimale, die totale Taubheit und die Facialparalyse unverändert.

4) Dr. D. Kaufmann: Demonstration eines Kranken mit completer beiderseitiger Taubheit, aufgetreten drei Tage nach einem Fall auf das Hinterhaupt.

J. S., 13 Jahre alt, früher gesund, speciell niemals ohrenleidend und gut hörend, glitt am 26. September d. J. beim Turnen am Reck aus, fiel mit dem Hinterkopf rechterseits auf den Boden auf; er verlor nicht das Bewusstsein, verspürte sofort heftigen Schmerz im Kopfe und Schwindel; nach einer halben Stunde ging er in Begleitung eines Kameraden in seine etwa fünf Minuten entfernt gelegene Wohnung; hier erbrach er. In der Nacht wiederholtes Erbrechen, Kopfschmerz und Schwindel. Die zwei folgenden Tage fühlte sich der Knabe etwas besser; am 29. Nachmittags trat plötzlich beiderseitige Taubheit auf. Am 1. October suchte Pat. das Ambulatorium der Klinik Politzer auf, woselbst folgender Befund constatirt wurde: Der Knabe ist seinem Alter entsprechend gross; Schädel rhachitisch. Am rechten Scheitelbeine eine nach vorne bis an die Coronarnaht, median bis an die Sagittalnaht, nach aussen bis etwas über das Tuber parietale und nach hinten bis zur Lambdanaht sich erstreckende, 2—3 cm hohe, von normalen Weichtheilen bedeckte, deutlich fluctuirende, schmerzlose Geschwulst. Die Zacken der Lambdanaht sehr gut durchzufühlen, darüber ein dreieckiges Stück des unteren Endes des Os parietale in einer Ausdehnung von über 2 cm Länge und an der Basis 1 cm Breite, etwa $\frac{1}{2}$ cm tief eingedrückt. Die Haut des rechten Warzenfortsatzes leicht grün verfärbt.

Seitens des Nervensystems keine Abnormitäten nachweisbar, innere Organe normal (im Urin kein Zucker, kein Albumen), Augenhintergrund und Sehschärfe normal (geringer Nystagmus horizontalis seit längerer Zeit). Ohrmuschel und Gehörgang normal, Trommelfell retrahirt, keine

Zeichen von Verletzung. Complete Taubheit, auch für Pfeife und Trompete, hört keine Stimmgabeln; deutliches Schwanken bei Umdrehen mit geschlossenen Augen. Die mittelst Pravaz'scher Spritze vorgenommene Probepunction der fluctuirenden Geschwulst am Scheitel ergab eine hellrothe, dünne, blutige Flüssigkeit.

Der weitere Verlauf der Erscheinungen war der, dass zunächst der Schwindel in einigen Tagen ganz schwand und dass die fluctuirende Geschwulst sich spontan vollkommen resorbirte; die infrangirte Stelle am Scheitelbein war am 8. October nicht mehr abgrenzbar. Am linken Ohre besserte sich die Taubheit nur sehr wenig (Pat. hat kein Vocalgehör), am rechten Ohre wurden schon am 2. October Vocale und einzelne Worte auf eine Distanz von $\frac{1}{4}$ m deutlich verstanden, am 4. der Ton einer Pfeife und Trompete durch die Länge des ganzen Zimmers richtig gehört. Jetzt besteht r. Hörvermögen für einzelne Worte bis $\frac{2}{3}$ m, die Stimmgabel wird vom Knochen überall nach r. lateralisirt. Perceptionsdauer für hohe und tiefe Töne hochgradig herabgesetzt. Die Therapie bestand in Jodnatrium intern, Pilocarpininjectionen, Strychnininjectionen.

Es war demnach bei dem Patienten eine Infracion des rechten Scheitelbeines mit Haematocele (Meningocele spuria?) und complete beiderseitige Taubheit mit Schwindelerscheinungen vorhanden.

Dr. Kaufmann erörtert nun ausführlich die Frage nach dem Sitze des Krankheitherdes und glaubt eine centrale Affection (Schläfe-lappen-, Acusticusbahnen: innere Capsel, Corpora geniculata, Vierhügel), sowie eine beiderseitige Affection in der Medulla oblongata, ferner auch eine Fractur der Schädelbasis mit Verletzung beider Schläfebeine für diesen Fall ausschliessen zu können. Seiner Ansicht nach ist der Sitz der Erkrankung in beiden Labyrinth anzunehmen und entweder eine traumatische Läsion der Labyrinth, eventuell sogenannte Comotio labyrinthica, oder eine in Folge einer Gehirnerschütterung aufgetretene Labyrinthaffection vorhanden.

Dr. Kaufmann weist auf die Versuche über Gehirnerschütterung hin (Ferrari, Duret, Gussenbauer), aus denen hervorgeht, dass durch die Compression des elastischen Schädels eine plötzliche Drucksteigerung hervorgerufen wird, welche den ganzen Inhalt des Endocraniums betrifft, und wobei der Liquor cerebrospinalis den erhaltenen Bewegungsimpuls als Welle fortzuleiten im Stande ist. Dieser Wellenstoss pflanzt sich nach allen Richtungen fort, und wird sich besonders in jenen Regionen geltend machen, wo sich die grössten Ansammlungen der Cerebrospinalflüssigkeit ergeben müssen (z. B. auch an der Schädelbasis). Diese plötzliche Drucksteigerung müsste sich bei der nachgewiesenen Communication der Subarachnoidealräume mit den perilymphatischen Räumen auch auf diese übertragen. Durch die elastischen Verschlüsse dieser Räume gegen die Endolymphe wird auch diese plötzlich unter höheren Druck versetzt, und es könnte dabei in den Wandungen dieser Räume ebenso zu kleinen Blutungen kommen, wie sie von Duret an den Wandungen der grösseren Liquorbecken bei Comotio cerebri nachgewiesen wurden (Auftreten von capillären Zerreibungen und sonstigen Schädigungen an Stellen, welche von der Einwirkungsstelle des Trauma weitab liegen).

Zur Erklärung der erst drei Tage nach dem Trauma aufgetretenen Taubheit glaubte Dr. Kaufmann die Ansichten Bollinger's, Schmau's und Michel's über die sogenannte traumatische Spätapoplexie verwerthen zu dürfen (traumatische Degeneration, Erweichungsnecrose, secundäre Blutungen).

Dr. Kaufmann erwähnt dann die in der Literatur verzeichneten analogen Fälle von Urbantschitsch, Politzer, Schwartz etc., die anatomischen Untersuchungen Habermann's, sowie die Experimente Ostmann's, und glaubt, dass erst weitere physiologische und experimentelle Untersuchungen eine Aufklärung dieser Fälle ermöglichen werden.

Discussion:

Prof. Gruber meint, dass eine Fissur der Basis cranii nicht auszuschliessen ist, wenn auch das Trommelfell intact ist. Eine Blutung in das Labyrinth kann auch dabei erst einige Tage nach dem Trauma auftreten. In diesem Falle spreche allerdings dagegen, dass Pat. anfangs, zu hören.

Prof. Politzer schliesst sich der Ansicht Gruber's an, doch könnte man auch annehmen, dass durch die Erschütterung der Schädelknochen selbst eine Blutung in das Labyrinth entstanden sei.

Dr. Kaufmann: Wenn auch aus der Literatur bekannt sei, dass Schädelbasisfractur ohne schwere Symptome verlaufen könne, so spreche bei diesem Kranken das Fehlen aller charakteristischen Symptome, ferner die Richtung der Gewalteinwirkung, das späte Auftreten der Taubheit, die Besserung der Erscheinungen gegen die Annahme einer Schädelbasisfractur.

Prof. Gruber erinnert demgegenüber an einen in der Gesellschaft der Aerzte seiner Zeit von Prof. Weinschneider vorgestellten Fall von Fractura baseos cranii, bei welchem die Symptome so leicht erschienen, dass Pat. aus dem Spitale entlassen werden sollte, am nächsten Tage trat aber Exitus letalis auf. Er möchte auch in diesem Falle die Prognose noch nicht günstig stellen.

5) Doc. Dr. Pollak weist auf die Schwierigkeit hin, in grossen Ambulatorien die Catheter gut zu desinficiren und die Uebertragung von Infectionskrankheiten zu verhüten. Er hat zur Vermeidung dieser Uebelstände von Reiner in Wien einen geeigneten Behälter anfertigen lassen, in welchen die Catheter, durch eine mit Nummern versehene verlöchernte Kautschukplatte durchgeschoben, für die einzelnen Kranken reservirt, in antiseptischen Flüssigkeiten aufbewahrt werden.

6) Dr. Daniel Kaufmann: Demonstration von Präparaten. I. Otitis med. suppur. chron. Pyämische Erscheinungen. Radicaloperation, Eröffnung eines Extraduralabscesses — 15 Tage später Hirndrucksymptome, Operation eines rechtsseitigen Temporallappenabscesses. Thrombophlebitis. Meningitis.

Das Präparat stammt von einem 19jährigen Manne her, der in seiner Kindheit Masern und Lungenentzündung überstanden hatte. Die Ursache und die Zeit des Beginnes der Ohrerkrankung wusste er nicht anzugeben, aber es bestand seit Jahren Schwerhörigkeit und Ausfluss aus beiden Ohren. Mitte August d. J. wurde er von einem

heftigen Schüttelfroste befallen, nachher intensiver Stirnkopfschmerz und starke Schmerzen in und hinter dem rechten Ohre. Gleichzeitig trat Schwindel und Erbrechen auf. Auf Anrathen eines Arztes, der Polypen im Ohre constatirte, begab sich der Kranke behufs Operation nach Wien. Auf der Fahrt wurde er wieder von einem Schüttelfroste befallen und litt an starkem Kopfschmerz. Ende August erschien er im Ambulatorium der Klinik Politzer, woselbst beiderseits Otitis media suppurativa chronica cum destructione membr. tympani, Schwellung und Granulationsbildung an der Paukenschleimhaut, übelriechende Eiterung, Herabsetzung der Hörweite für laute Sprache beiderseits auf 1—2 m constatirt wurde. Seitens des Warzenfortsatzes keine Erscheinungen. In Folge Sperrung der Ohrenklinik musste der Patient zunächst auf eine interne Abtheilung (Prof. Drasche) aufgenommen werden. Es bestand Temperatursteigerung bis 39,8 ohne Schüttelfrost, Augenhintergrund normal, in den inneren Organen keine Erkrankung nachweisbar, Sensorium stets frei, jedoch heftige Kopfschmerzen und Schwindel, geringe Druckempfindlichkeit unterhalb der Spitze des rechten Warzenfortsatzes. Am 3. September wurde nun die Radicaloperation mit Freilegung des Sinus vorgenommen. Weichtheile und Corticalis des Proc. mastoid. normal. In geringer Tiefe und kaum $\frac{3}{4}$ cm hinter dem Meatus lag schon der Sinus frei. Knapp neben demselben zeigt sich nun dickflüssiger, nicht übelriechender Eiter, der unter höherem Druck in einer Menge von mehr als einem Kaffeelöffel von vorne oben hervorstürzt. Mit der Sonde gelangt man durch das in fast 1 cm grosser Ausdehnung fehlende Tegmen mastoid. in eine subdural gelegene, nussgross erscheinende glattwandige Höhle. Von der Wundöffnung aus war die Dura nicht sichtbar. Freilegung des Sinus in seinem ganzen Verlauf durch den Proc. mastoid., die Wand nur an einer kleinen Stelle seines obersten Abschnittes schmutzig graugrün belegt, sonst überall normal. Der Sinus wurde nicht eröffnet. Hierauf Ausführung der Radicaloperation, Antrum, oberer Trommelhöhlenraum und Mittelohr vollgefüllt mit schmutzig grauweissen durchfeuchteten Epidermis- (Cholesteatom-)massen, hinter welchen weiche Granulationen den Knochenwänden anhaften. Gehörknöchelchen nicht vorhanden. Spaltung der membranösen Gehörgangswand, Naht, Jodoform-Verband. Die nächsten Tage war Pat. afebril, klagte nur über starke Kopfschmerzen, beim ersten Verbandwechsel am fünften Tage zeigte sich die Wunde normal, ebenso bei den folgenden Verbänden, sehr wenig Secret. Am 14. erbrach der Kranke wiederholt, am 18. September trat plötzlich Temperatursteigerung, 38,2, und Benommenheit des Sensoriums auf. Pulsverlangsamung (54), leichte Ptosis. Sehr geringe Pupillenreaction. Augenhintergrund normal. Keine Nackensteifheit. Fehlen des Patellarreflexes. Der Kranke wurde nun behufs neuerlicher Operation (Extradural-Hirnabscess?) auf die Klinik des Professor Albert transferirt und in leichter Aethernarcose operirt (Dr. Ewald). Bogenförmige Verlängerung der bestehenden Schnittwunde nach oben, 3—4 cm über der Anheftung der Ohrmuschel, daselbst wird der Knochen an der oberen Grenze durchgemisselt, nach unten umgeklappt, und die Dura des rechten Temporallappens an der lateralen und basalen Fläche freigelegt. Deutliche Pulsation,

eine kleine Stelle an der lateralen Fläche erscheint wegen ihrer bläulichen Verfärbung suspect. Dasselbst wird die Dura incidirt, wonach sich Gehirnmasse vordrängt. Es wird nun ein Scalpell in den Temporallappen bis etwa 3 cm Tiefe und in der Richtung nach vorne vorgeschoben. An der Spitze des Messers klebt dicker Eiter, der sich aber trotz breiter Incision nicht entleert. In den Stichcanal wird nun eine dicke Cantüle an einer etwa 5 cm fassenden Spritze vorgeschoben und aus der Tiefe von 3 cm durch Aspiration missfarbig grünlicher, dicker, höchst übelriechender Eiter entleert. Der Stichcanal wird sodann durch eine Kornzange offen gehalten, wobei sich noch circa 10 ccm Eiters entleeren. Einführung von Jodoformgaze in die Abscesshöhle, Hautnaht. Verband. Sofort nach der Operation Puls 70, Sensorium freier, Nachmittags antwortet Pat. auf Anrufe, verlangt Wasser, ist aber sehr unruhig. 19. IX. Temperatur 39,6. Grosse Unruhe. Verbandwechsel. Hirnprolaps, der prolabirte Theil ist etwa hühnereigröss. Nachmittags muss der Verband wieder gewechselt werden, da der Kranke sehr unruhig war und den Verband herabriss. Bei Abnahme des Verbandes zeigen sich zwei Hirnstücke, von fast Hühnereigrösse, lose im Verbande liegend. Abends T. 39,8. 20. IX. Bewusstlosigkeit, Ptosis r., Unruhe. Trismus. Pupillen ungleich (l. weiter), nicht reagierend, Sehnenreflexe fehlen. Puls 160. Temp. 40. 10 Uhr Abends Exitus.

Obductionsdiagnose: Abscessus cerebri ichorosus lobi temporalis dextri cum perforatione in ventricul. lateral. dextr. e thrombophlebitide purulenta ichorosa sinus sigmoid. dextr. subsequente meningit. purulenta. diffusa.

7) Dr. D. Kaufmann demonstrirt ein Präparat einer Missbildung beider Ohren, Missbildung beider Ohrmuscheln, Fehlen der Gehörgänge, der Trommelfelle, Missbildung der Gehörknöchelchen.

(Der Fall wird nach genauerer histologischer Untersuchung seiner Zeit ausführlicher publicirt.)

8) Dr. Gustav Brühl spricht über eine Injectionsmethode des Felsenbeins mit metallischem Quecksilber. Die in 2—10 proc. Salzsäure entkalkten und entwässerten Schläfenbeine von Neugeborenen, Erwachsenen und Thieren werden nach Verschluss der vorhandenen Oeffnungen mit Schwamm durch die Fenestra ovalis mittelst einer Pravazspritze mit Quecksilber injicirt; auch der Canalis Falloppiae kann so gefüllt werden. Um den Knochen durchsichtig zu machen, benutzt Vortragender die von Katz angegebene Methode (A. f. O., Bd. XXXIV), etwas modificirt, indem er die Präparate in Xylol aufhängt. — Mittelst der Injection fand er den Cubikinhalte des inneren Ohres beim Neugeborenen ca. 120 mm³, beim Erwachsenen 210 mm³. Photographien dieser und unentkalkter Präparate mit Röntgen geben gute Bilder des knöchernen Labyrinthes. Vortragender demonstrirt eine Reihe derartiger Bilder und Präparate von Neugeborenen, Erwachsenen, Affen und Hunden, an denen alle Einzelheiten des knöchernen Labyrinthes überaus deutlich erkennbar sind und schliesst seine Demonstration mit seinem Dank an Prof. Politzer, Dr. Tandler, Dr. Buber und Pösch für die Unterstützung bei seinen Versuchen.

Sitzungsbericht der New-Yorker Academy of Medicine.

Abtheilung für Laryngologie und Rhinologie.

Sitzung vom 23. October 1895.

Vorsitzender: Dr. D. Bryson Delavan.

Dr. Delavan: Demonstration neuer Beleuchtungsapparate, Phantome, Reflectoren, deren Rückseite aus Aluminium gearbeitet ist, und einer Anzahl neuer Instrumente für Kehlkopf, Trachea und Nase.

Dr. W. Gleitsmann: Demonstration des Kirstein'schen Autoscops, der electrischen Säge und des electrischen Masseur von M. Schmidt, Kehlkopfmesser und Curetten, eines Grünwald'schen Bestecks für die Nebenhöhlenoperationen.

Ein typisches, syphilitisches Neoplasma oder Sarcom des Larynx.

Dr. W. F. Chappel stellt einen 38jährigen Mann vor, bei dem vor zwei Jahren ein Neoplasma auf der rechten Seite des Larynx und der Epiglottis bestand, welches unter grossen Dosen Jodkali bis auf eine geringe Verdickung verschwand. Einen Monat nach der Entlassung war die Epiglottis wieder gänzlich infiltrirt, so dass sie schliesslich (Juni 1895) entfernt wurde. Späterhin hat sich ein blumenkohlartiges Gewächs entwickelt, welches den ganzen Kehlkopfeingang umgiebt, mit Infiltration der Aryknorpel und aryepiglottischen Falten. Grosse Dosen Jodkali (mehr als 30 Gr. innerhalb 24 Stunden) hatten keinen Erfolg, obwohl drei Pathologen den Tumor für syphilitischer Natur erklärten. Die Geschwulst sieht wie ein Sarcom aus und es fragt sich, ob hier einer jener Fälle vorliegt, in denen sich ein syphilitisches Neoplasma in ein malignes umgewandelt hat.

Vorsitzender Dr. Delavan eröffnet das neue Sitzungsjahr mit einer Ansprache und hält den im vergangenen Jahr verstorbenen Collegen Dr. Jarvis in New-York und Prof. Hans Wilhelm Meyer in Kopenhagen einen warmen Nachruf.

Die Verbiegung der knorpeligen Nasenscheidewand.
Behandlung derselben.

Dr. Emil Meyer: Nach einigen Bemerkungen über Vorkommen und Folgezustände der Septumdeviationen, von denen eine Beobachtung von Asthma mit maniakalischen Anfällen hervorzuheben ist, die nach Beseitigung der Deviation schwanden, schildert M. die sog. Asch'sche Operation, die er in mehr als 20 Fällen erprobt hat. Nach sorgfältiger Reinigung der Nase, Ausschluss resp. Beseitigung von Verwachsungen und adenoiden Vegetationen, wird die Convexität der Deviation mittelst der Knorpelscheere durch 2 auf einander möglichst senkrecht stehende Schnitte kreuzförmig eingeschnitten, dann mit dem Finger die Segmente in die Concavität hineingedrückt, wobei man darauf bedacht sein muss, sie auch wirklich abubrechen. Compression und Blutstillung durch eine geeignete Nasenzange. Nach Aufhören der Blutung und Entfernung der Gerinnsel wird eine abgepasste, gefensterter Hohl-schiene von vulcanisirtem Kautschuk eingelegt, ein ähnlicher kleinerer

Tubus in die andere Nase, um zur Vermeidung von Nachblutungen einen Gegendruck auszuüben. Die Nachbehandlung besteht in täglichem Wechsel der Schienen und Reinigung der Nase mittelst Spray. Patient liegt am besten die ersten Tage zu Bett. Etwa 5 Wochen hindurch werden die Schienen beständig getragen, dann noch eine Woche nur des Nachts. Der Erfolg ist ein vollständiger.

Vorsitzender Dr. Delavan hat ebenfalls gute Erfolge mit dieser Methode gehabt.

Dr. Morris J. Asch hebt die Leichtigkeit und Harmlosigkeit der Operation hervor. Etwaige grössere Blutungen bekämpft er mit einem stets bereitgehaltenen, eiskalten Spray. Einige Male hat er stecknadelkopfgrosse Perforationen nach der Operation beobachtet, die aber ohne Bedeutung waren.

Dr. Jonathan Wright hat nicht so günstige Erfolge gehabt: namentlich wurden ihm die Schienen häufig durch Zurückschnellen des Septums herausgedrängt. Er hat deshalb längere (2—3 Zoll) Tuben benutzt.

Dr. W. K. Simpson hält die Asch'sche Operation für sehr zweckmässig. Er zieht die flachen Meyer'schen Schienen den ursprünglich von Asch angegebenen vor, weil sie den Druck über das ganze Septum verteilen und besser sitzen.

Dr. W. C. Philippi glaubt, dass die seitlichen Fenster der Schiene zu übermässiger Granulationsbildung oder Ulcerationen Veranlassung geben könnten. Die Nachbehandlung sei ebenso wichtig, wie die Operation selbst.

Dr. T. Passmon Behrens hat üppige Granulationsentwicklung beobachtet. Er zieht gefensterter Korkschiene vor.

Dr. R. C. Chyles macht darauf aufmerksam, dass es manchmal schwierig sei, die oberen Segmente vom unteren Rande der perpendicularen Siebbeinplatte loszubrechen. Er hat einige Male Perforationen beobachtet.

Dr. Asch führt die schlechten Erfahrungen, die Dr. Wright mit den Schienen gemacht habe, darauf zurück, dass die Operation nicht in der von ihm angegebenen Weise gemacht worden sei. Würden die Segmente, was sehr wesentlich, wirklich abgebrochen, so könne von einem Zurückschnellen des Septums und Heraustreiben der Tube nicht die Rede sein.

Dr. Jon. Wright hat die Tube nicht nur durch das Zurückschnellen des Septums, sondern auch durch die reactive Schwellung heraustreiben sehen.

Dr. Meyer hebt hervor, dass die Schiene (oder Tube) für jeden einzelnen Fall passend gewählt werden müsste und dann auch gut sitze. Kautschuk hält er für aseptischer als Kork. Die Fenster sollen nicht zur Drainage, sondern zur Befestigung der Schiene in ihrer Lage dienen. Erhebliche Granulationsbildung hat er niemals gesehen.

Vorsitzender Dr. Delavan regt zur Veranstaltung von Sammlungen an für das Denkmal des verstorbenen Prof. Meyer in Kopenhagen. Es wird ein Comité gewählt.

Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschlichen Ohres.

(Erwiderung auf die „Bemerkungen“¹⁾ des Hrn. Dr. Denker zu meinem Aufsätze „Otologische Mittheilungen“ in der Deutschen med. Wochenschr. 1896, No. 37.)

Von
Dr. Ludwig Jankau.

In meinem Aufsätze „Otologische Mittheilungen“ habe ich mich dahin geäußert, dass die Angaben in den Lehrbüchern, wonach Flüstersprache vom normal hörenden Menschen auf 20—25 Mtr. gehört werde, nicht richtig sei. Wenn ich in einem Lehrbuche kurz lese, dass die Flüstersprache auf 20—25 Mtr. gehört werde, so nehme ich an, dass dies das Mittel der Ergebnisse ist. Dass dies jedoch nicht so ist, wollte ich mit meiner vorläufigen Mittheilung „feststellen“.

Gegen diese Mittheilungen zieht nun Herr Denker zu Felde und glaubt besonders auch, dass es angebracht gewesen wäre, meine Behauptungen an derselben Stelle näher zu begründen und zu beweisen.

Herr Denker führt in erster Linie seine Ergebnisse bezüglich der Perceptionsfähigkeit normaler Ohren an, welche er bei 2500 Gehörorganen (Schüler aus Gymnasien, Realgymnasien, Fach- und Gewerbeschule und Schülerinnen aus der höheren Mädchenschule) erhalten hat. „Von 2500 Gehörorganen konnten 1134 Flüsterzahlen auf eine Entfernung von 20—25 Mtr. wahrnehmen und etwa $\frac{2}{3}$, also 1600, hatten eine Perceptionsfähigkeit von 15 m und mehr für Flüsterzahlen.“ „Aus dem Angeführten,“ so fährt Herr Denker an anderer Stelle fort, „geht hervor, dass durch meine Untersuchungen die „Feststellung“ des Herrn Jankau bezüglich der Hörweite des normalen menschlichen Gehörorgans für die Flüstersprache keine Bestätigung findet“.

Aus dem Angeführten des Herrn Denker geht für mich in erster Linie hervor, dass thatsächlich Flüstersprache vom normal hörenden Ohr nicht, wie es in den Lehrbüchern heisst, 20—25 Mtr. gehört wird, sondern von $\frac{2}{3}$ 15 Mtr. und mehr, von 33 pCt. 20—25 Mtr., d. i. durchschnittlich 17—20 Mtr. Herr Denker beweist also zunächst, auf was ich selbst hinweisen wollte, durch seine Untersuchungen, dass ein Durchschnittshören von 20—25 Mtr. für Flüstersprache (Zahlen) zu hoch ist. Immerhin sind seine Zahlenergebnisse höher als die meinen. Und worauf ist dies zurückzuführen, d. h. wodurch entstehen zwischen unseren Untersuchungen Differenzen?

Wie oben erwähnt, machte Herr Denker seine Untersuchungen an Schülern. Diese scheinen mir, um es gleich zu sagen, durchaus ungeeignet, um die für die Functionsprüfung des Ohres und die davon abhängigen diagnostischen Merkmale wichtigen Daten zu geben. — Wir müssen doch ein derartiges Untersuchungsmaterial aus dem Publikum wählen, das die Sprechstunden der Ohrenärzte am meisten ausmacht, d. h. aus den verschiedensten Ständen, und es ist schon

¹⁾ Siehe diese Monatsschrift 1896, October.

a priori anzunehmen, dass Schüler „im Alter von 9—25 Jahren“ mit normalem Gehörapparat im Durchschnitt eine höhere Perceptionsfähigkeit ergeben, wie normaliter das gemischte Material in einer Poliklinik. Aber nur Letzteres kann für den diagnosticirenden Arzt in Betracht kommen. Daher kommt es, dass erwähnte Differenzen zwischen meinen Ergebnissen und denen des Herrn Denker sich ergaben.

Ich habe durchaus keine Veranlassung, an den Resultaten des Herrn Denker zu zweifeln, — dieselben haben jedoch nur Giltigkeit für Schüler; wird Herr Denker einmal seine Untersuchungen mit einem von mir gewählten Untersuchungsmaterial machen, so werden sich seine Ziffern noch weiter den meinigen nähern.

Ganz abgesehen davon, dass bei Schülern, Gymnasiasten wie Realgymnasiasten wenigstens (bei anderen Schülern wird es gerade so sein) wahrlich nicht am wenigsten für „Flüsterzahlen“, wie überhaupt für Flüstern, ganz besonders die Perceptionsfähigkeit oft geschärft ist, so kommt es bei den Hörprüfungen sehr viel auf die Intelligenz des Untersuchten an. Mir hat es sich wenigstens gezeigt, und darauf wurde ja schon so oft hingewiesen, dass ein intelligenter Mensch, nachdem er einmal in die Hörprüfung für Flüsterzahlen einen Einblick genommen hat, d. h. nachdem ihm nur zwei bis drei Zahlen erst vorgesprochen sind, viel leichter — kraft seiner Compositionsfähigkeit — percipirt, wie ein weniger intelligenter Mensch. Und unter Schülern höherer Lehranstalten ist doch ein viel höherer Procentsatz Intelligenter, wie unter dem Publikum überhaupt. Da wollte ich mit meiner Angabe für die Durchschnittszahl normal Hörender eingreifen: ich wollte eine Entfernung bestimmen, das die Durchschnittsperceptionsfähigkeit eines „gemischten“ erwachsenen Publikums ausmacht, also eine Zahl, mit der wir bei unseren Diagnosen rechnen sollen.

Wenn ich es heute unternehmen wollte, analog den Untersuchungen des Herrn Denker, 2500 Gehörorgane von einer gewissen Menschenklasse auf ihre Perceptionsfähigkeit zu untersuchen, so glaube ich aus den Resultaten nicht berechtigt zu sein, auf eine mittlere Hörfähigkeit des normalen Menschen zu schliessen. Und Schüler sind eben in dieser Beziehung eine Menschenklasse kraft ihrer gleichartigen Beschäftigung.

Wir erinnern hier an die Worte Gradenigo's, welcher sagt: ²⁾ „Es ist nach meiner Ansicht nichts schädlicher gewesen und nichts verursachte soviel Confusion, als die Gewohnheit, die einzelnen Methoden der functionellen Hörprüfung an einer mehr oder minder grossen Zahl Kranker vorzunehmen, welche zufällig oder auf Grund aprioristischer oder einseitiger Kriterien herausgesucht wurden, um dann die in dieser Weise erhaltenen Resultate procentuarisch zusammenzustellen.“

Dasselbe gilt aber für die functionelle Hörprüfung normaler Ohren. Herr Denker wird somit im Stande sein, zu ersehen, in welchen

²⁾ Krankheiten des Labyrinths und des Nervus acusticus. Handb. d. Ohrenheilkunde II, pag. 387. Leipzig 1893.

Grenzen meine anderweitig in Aussicht gestellten Details sich bewegen werden, und wenn Herr Denker meint, der Leser (meiner Mittheilungen nämlich) müsse „sich daher damit begnügen, die Achtung zu bewundern“, die ich vor der Zuverlässigkeit meiner Prüfungsergebnisse gegenüber den Resultaten anderer Autoren zeige, so kann ich wohl sagen, der Leser muss das durch nichts berechnigte Vorgehen bewundern, nach welchem Herr Dr. Denker die Perceptionsfähigkeit von 2500 Schülern als die Durchschnittshörfähigkeit für das normale Ohr des Menschen überhaupt hinstellt.

Und nun noch einige kurze Worte zu den Bemerkungen des Herrn Dr. Denker über das von mir (an selber Stelle) beschriebene Löffelchen zum Entfernen von Cerumen. Ich schrieb:³⁾ Bei den vielfachen Verletzungen, die beim Herausholen der im äusseren Gehörgang sich mehr oder minder ansammelnden Cerumenmassen durch den Laien am äusseren Gehörgang, wie am Trommelfell verursacht werden, schien es gewiss schon vielen Aerzten wünschenswerth, ein Instrument zu besitzen, das zum Entfernen von Cerumen dem Laien in die Hand gegeben werden kann, ohne dass er sich beim Gebrauch desselben verletzt.

Aus diesen Worten geht doch ganz klar hervor, dass ich das Instrument durch den Arzt dem Laien übergeben wissen will; dass also obturirende oder überhaupt alle grösseren Ceruminalanhäufungen hier gar nicht in Betracht kommen; denn diese spült der Arzt ja per se aus. Herr Dr. Denker hatte es gar nicht nöthig, mich an die schönen und allgemein anerkannten Worte Kirchner's zu erinnern. Zugeben muss aber doch auch Herr Denker, dass es keinem Menschen einfallen wird, lediglich wegen Reinigung seines äusseren Gehörganges, so lange er, was meistens erst bei Obturation vorkommt, keine Beschwerden hat, zum Specialarzte zu laufen — bei uns thut man dies wenigstens bis jetzt noch nicht —, dass aber in jedem Gehörgang sich Ceruminalmassen mehr oder weniger stets ansammeln, und dass der Laie, und mit Recht, gerade wie schliesslich die Specialisten diese das bekannte „Kitzeln“ hervorrufenden Ohrschmalzanhäufungen allabendlich zu entfernen suchen. Und da ist es immer noch rathsamer, einem Laien für diesen Fall minimaler Anhäufung von Cerumenmassen ein unschädliches Löffelchen in die Hand zu geben, wie ihn die verschiedenartigen langen und spitzen Instrumente anwenden zu lassen.

Mein Instrument gar zur Extraction von Ceruminalpfröpfen zu empfehlen, ist mir doch nie und nimmer eingefallen. Wenn Herr Denker das Instrument sieht, wird er übrigens rasch herausfinden, dass es für diesen Zweck durchaus ungeeignet wäre. — Wir haben wenigstens auch noch nie das Bedürfniss gehabt, für Cerumenpfröpfe ein Instrument zur Extraction zu besitzen. Die Spritze hat bis jetzt stets genügt und wird es auch weiterhin thun.

Dass aber jeder Mensch das Bedürfniss hat — abgesehen von denen, die an Secretionsanomalien der Gehörgangsdrüsen hier an Herabsetzung resp. Aufhebung leiden —, seinen Gehörgang zu reinigen, ist kaum abzuleugnen.

³⁾ Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 37.

II. Referate.

a) Otologische:

Ueber die pyämische Allgemeininfektion nach Ohreiterungen. Von Dr. O. Brieger in Breslau. (Zeitschrift für Ohrenheilkunde XXIX, 1. u. 2. Heft.)

Aus der auf reicher eigener Erfahrung beruhenden interessanten Arbeit können hier nur einige Punkte hervorgehoben werden, um so dringlicher aber sei dieselbe einem eingehenden Studium empfohlen. Zunächst bespricht Verf. die sogenannte Dermatomyositis (cf. diese Monatsschrift 1894, pag. 154), welche er als eine besondere Form toxischer Allgemeinerkrankung nach chronischen Mittelohreiterungen von dem Gebiete der otogenen Pyämie abscheidet. Bei letzterer unterscheidet er zwischen der Pyämie nach Sinusthrombose und jener Form der Pyämie, welche durch Phlebitis der im erkrankten Schläfenbeine gelegenen Knochenvenen bedingt ist. Jedoch brauche bei der otitischen Pyämie es sich nicht immer um eine Einschleppung inficirter Thrombentheilen zu handeln, insofern ein directer Uebertritt der Infections-erreger in die Blutbahn auch ohne das Bindeglied phlebitischer Prozesse erfolgen könne; mit dieser Annahme sei auch ein besseres Verständniss der Thatsache gegeben, dass es bei der otitischen Pyämie ohne Sinusphlebitis bei relativ grosser Häufigkeit metastatischer Gelenk- und Muskelaffectationen so selten oder nie zu Lungenmetastasen komme. Bezüglich der Diagnose warnt B. vor einer voreiligen Annahme einer osteophlebitischen Pyämie, insofern besonders bei acuten Mittelohrentzündungen durch erhebliche Temperatursteigerungen mit Schüttelfrösten, die aber gleichwohl lediglich Symptome der Allgemeininfektion sein könnten, Pyämie leicht vorgetäuscht werde. Die Folge derartigen diagnostischen Irrthums könnte sehr leicht ein unzeitiges energisches operatives Vorgehen in den ersten Krankheitstagen sein, von welchem B. jedoch, wenn nicht völlig ausgeprägte Erscheinungen einer Warzenfortsatzentzündung vorliegen, abräth, weil er wiederholt hierdurch die subjectiven Symptome am Knochen zwar gemildert, die Allgemeinerscheinungen aber in grösserer Heftigkeit auftreten sah; aber auch für den Fall, dass es sich bereits um osteophlebitische Pyämie handle, könne bei der mehr benignen Natur derselben die Operation bis zu dem Zeitpunkte verschoben werden, wo dieselbe durch den localen Befund unbedingt indicirt erscheine. Bei der Dermatomyositis dagegen bilde die möglichst frühzeitige Operation behufs Desinfection der Mittelohrräume, auch wenn zwingende locale Symptome fehlten, noch die einzige Aussicht auf Heilung. — Bei der Thombophlebitis des Sinus transversus bespricht B. sehr eingehend die zur richtigen Diagnosenstellung verwertbaren Symptome. Während für die klinische Diagnose unter Umständen schon das Auftreten pyämischer Allgemeinerscheinungen genüge, um die Freilegung des Sinus behufs Feststellung der Diagnose zu rechtfertigen, fordert B. für eine unantastbare, für die Statistik verwertbare Diagnose den Nachweis des für Pyämie charakteristischen Temperaturverlaufs, den Bestand zweifelloser Metastasen, sowie schliess-

lich das positive Ergebniss der directen Exploration des Sinusinhalts. Als wichtiges Hilfsmittel für die differenzielle Diagnose zwischen Typhus resp. Malaria und der Pyämie nach Sinusthrombose betont B. die bacteriologische Untersuchung, und zwar am besten des dem Sinus entnommenen Blutes durch Culturen und Impfung, doch ist bezüglich des Typhus nur der Nachweis des Typhusbacillus entscheidend, Streptococci sowie Staphylococci sind im Blute bei otogener Pyämie ebenso wie bei Typhus gefunden worden. — Den Nachweis einer Neuritis optica hält B. nur in beschränktem Maasse für die Diagnose der Sinusthrombose und nur in Verbindung mit anderen einwandfreien Symptomen verwertbar. Auch dem Griesinger'schen Symptom — umschriebene harte Infiltration, vom hinteren Rande des Warzenfortsatzes nach hinten sich erstreckend —, sowie überhaupt den localen, mit Thrombose der Emissarien in Zusammenhang gebrachten Schwellungen in der Hinterhaupts- und Nackengegend legt B. keinen ausschlaggebenden diagnostischen Werth bei, da sie auch bei uncomplicirten Eiterungen im Warzenfortsatze, besonders bei der Bezold'schen Mastoiditis, oft genug vorkommen. Da ferner eine Thrombose der Jugularis durch Eiterseukungen und schmerzhaft geschwellte Halslymphdrüsen, welche einen derben, druckempfindlichen Strang in der seitlichen Halsgegend bedingen, vorgetäuscht werden kann, so ist auch dieses Symptom von nur beschränktem Werthe. Demnach bleibt nur der directe Nachweis der Sinusphlebitis durch die explorative Freilegung des Sinus transversus behufs einwandfreier Diagnose übrig; doch ist von der Inspection des freigelegten Sinus allein meist noch kein Aufschluss zu erwarten, es muss der Sinusinhalt untersucht werden, zu welchem Zwecke B. der Incision vor der einfachen Punction im Allgemeinen den Vorzug giebt. Bei Besprechung der Therapie betont Verf. auch seinerseits die Möglichkeit, durch Ausschaltung des primären Eiterherdes und Entleerung des Sinus im gegebenen Falle direct bespülenden Eiters eine Heilung der Sinusthrombose erzielen zu können und schliesst hieran die Mahnung, in Anbetracht dieser Thatsache sich eines allzu energischen operativen Vorgehens zu enthalten und nicht etwa „ohne ganz stringente Anhaltspunkte für Thrombose des Sinus nach Entleerung des extraduralen Abscesses ohne Aufenthalt direct gegen den Sinus vorzugehen oder gar von vornherein die Jugularis zu unterbinden.“ Bei nachgewiesener Thrombose hingegen empfehle sich breite Eröffnung durch Excision der Sinuswand und Ausräumung des Inhalts, auch im Allgemeinen bei anscheinend einfacher Thrombose, d. h. wenn eitrig-einschmelzende an dem freigelegten Thrombus noch nicht erkennbar ist. Die Veränderungen, welche nach Excision der äusseren Sinuswand und Ausräumung des Thrombus im Sinus vor sich gehen, hatte Verf. Gelegenheit, in einem längeren Zeit nach der Operation zur Section gekommenen Falle zu studiren; der entleerte Abschnitt hatte sich vollständig durch Granulationen central- wie peripherwärts geschlossen, welche von der stehengebliebenen Sinuswand ausgegangen waren. — Ausführlich und in mancher Beziehung von den Ansichten anderer Autoren abweichend behandelt B. die Indicationen zur Jugularisunterbindung; dabei spricht er sich gegen die schematische Einführung derselben als eines integrierenden Theils der operativen Therapie bei Sinus

phlebitis aus; einmal werde die Absicht, durch die Unterbindung die Hauptbahn für die Verschleppung der Thrombentheilchen zu versperren, abgesehen davon, dass der Sinusthrombus gewöhnlich central und peripher soliden Abschluss hat, bei der grossen Zahl collateralen Bahnen nicht immer erreicht; auch sei die Unterbindung nicht immer gefahrlos, indem durch dieselbe die Gefahr rückläufiger Embolien entstehe. Bei Pyämie ohne Sinusphlebitis sei die Unterbindung besonders nutzlos, ja sogar fehlerhaft, indem der durch die Unterbindung der Jugularis sich bildende Thrombus gerade hier leicht inficirt werden könne. Berechtigt dagegen sei die Unterbindung, wenn „sich die Thrombose nach abwärts nicht abgrenzen lässt und noch mehr, wenn der Zerfall des Thrombus sich schon bei der Operation in den untersten Abschnitt des Sinus erstreckt, so dass sein Verschluss durch einen herzwärts obturirenden soliden Pfropf wenig wahrscheinlich ist, oder wenn der Verlauf nach der Operation die Lösung dieses Verschlusses und die centripetale Fortsetzung der Thrombose vermuthen lässt. Sie ist von vornherein nothwendig, wenn die Thrombose sich auf die Jugularis selbst erstreckt hat.“ — Bei der Besprechung der operativen Behandlung der Thrombose des Sinus cavernosus äussert sich B. dahin, dass er die Freilegung des Sinus und eine gründliche Ausräumung des Thrombus technisch für ausserordentlich schwierig hält und dass diese Operation daher nie zu rein explorativen Zwecken, wie beim Sinus transversus, sondern nur bei absolut sicherer Diagnose und auch dann im Allgemeinen nur da zulässig sei, „wo die Heilungschancen auch durch einen unglücklichen Verlauf der Operation nicht mehr verschlechtert werden können.“ Dagegen bestehe vielleicht die Möglichkeit, dass durch das nach Eröffnung des Sinus transversus mit Gewalt und vermehrter Geschwindigkeit ausströmende Blut Gerinnsel, die den Wänden des Sinus cavernosus lose anhaften, durch den Sinus petrosus superior in den Sinus transversus fortgerissen werden können. Da die Freilegung des letzteren in den meisten Fällen von Thrombose im Zellblutleiter zu diagnostischen Zwecken indicirt sei, so empfehle es sich, die bei genügender Vorsicht unbedenkliche Incision des Sinus in obiger Absicht vorzunehmen. B. hatte zwei Mal Gelegenheit, nach Eröffnung des Sinus transversus thatsächlich einen deutlichen Rückgang der Stauungserscheinungen im Gebiete der Vena ophthalmica zu beobachten, dem er eben obige Deutung giebt. Keller.

Ein Fall von Pyämie nach acuter Ohreiterung. Aufmeisselung: perisinuöser Abscess, Thrombose des Sinus transversus, Heilung. Von Dr. Röpke in Solingen. (Zeitschrift für Ohrenheilk. XXVIII, 4.)

In der vierten Woche nach Auftreten einer acuten Eiterung auf dem angeblich immer gesund gewesenem linken Ohre Operation wegen eclatanter Pyämie. Aus dem erweiterten Emissarium mastoideum sickert etwas Eiter aus, die Sondirung ergibt in der Tiefe soliden Thrombus. Warzenfortsatz zu einer grossen, eiterhaltigen Höhle umgewandelt mit Blosslegung des verticalen Theiles des Sinus transversus; Sinuswand nicht verändert, Punction ergibt weder Blut, noch Eiter; Thrombose. In der Voraussetzung, dass es sich um einen soliden Thrombus handle,

wird der Sinus nicht eröffnet. Nach der Operation noch ein Schüttelfrost und Temperatur 39,8°, dann rasche Heilung. — Während der Erkrankung waren keinerlei Symptome aufgetreten, die auf Sinusthrombose schliessen liessen, auch bestanden keine Metastasen. R. ist daher geneigt, den Fall für osteophlebitische Pyämie zu halten und die Thrombose des Sinus von der Thrombenbildung in dem Emissarium mastoid. herzuleiten. „Wäre der Sinus von dem ihm anliegenden Eiterherde direct inficirt worden, so würde doch wahrscheinlich die Sinuswand nicht gesund und der Thrombus doch wohl eitrig zerfallen gewesen sein.“

Keller.

Beitrag zur Casuistik der otogenen intereraniellen Complicationen.

Von Dr. Cornel Lichtenberg, Universitätsdocent etc. in Budapest. (Wiener med. Presse 1896, No. 19.)

Ausführliche Schilderung eines Falles von Otitis media suppurativa mit Empyem der Warzenzellen, welche zu perniciosem Abscess führte und durch Operation zur Heilung gebracht wurde. Es waren im Verlaufe der Krankheit auffällige Remissionen eingetreten, in Folge deren der noch zugezogene Arzt sich gegen die vom Autor schon viel früher empfohlene Operation aussprach. Verf. hebt mit Recht hervor, dass das Hinausschieben der Operation in solchen Fällen verhängnissvoll werden kann.

Ueber Attikerungen im Anschlusse an eine seit 33 Jahren bestehende operirte und geheilte Otorrhoe. (Wiener med. Wochenschrift 1896, No. 25.)

An die Krankengeschichte eines Falles, wo wegen lange bestehender Eiterung im oberen Trommelhöhlenraum Erkrankung der Gehörknöchelchen diagnosticirt wurde, führte Verf. nach galvanocaustischer Zerstörung des Trommelfells die Exenteration des Hammers aus, welcher cariös befunden wurde. Der Ambos konnte nicht gefunden werden, was Verf. vor der Operation in Aussicht stellte. Der Steigbügel wurde „kräftig mobilisirt“. Nach ungefähr 4-wöchentlicher Nachbehandlung war die Otorrhoe gänzlich geschwunden und die Hörweite von $\frac{2}{100}$ vor der Operation auf $\frac{30}{100}$ nach der Operation gestiegen. Die nach der Operation eingetretene Agcusic der Zungenhälfte auf der operirten Seite, ebenso die Trockenheit des Mundes und der Lippen, Alles Folgen der Durchtrennung der Chorda tymp., begannen sich am 7. Tage nach der Operation zu bessern und schwanden am 25. Tage vollkommen.

Sulla tecnica operatoria degli accessi acuti intramastoidei in rapporto colla loro patologia. Von Dr. Addeo Toti. (Separatabdruck aus der Clinica moderna No 3, 1895.)

Anknüpfend an einen Artikel, der von Chiucini im italienischen Archiv für Ohrenheilkunde erschienen ist, worin mitgetheilt wird, dass an der Ohrenklinik in Rom binnen 3 Monaten bei Mastoidoperationen der Sinus lateralis beim Auskratzen mittelst scharfen Löffels 4 Mal

unfreiwillig eröffnet wurde, ohne Schaden gemacht zu haben, unternimmt es Verf. zu beweisen, dass die Auskratzung bei acuten Eempyemen der Warzenhöhle nicht nur überflüssig und gefährlich ist, sondern dass dieser Missbrauch auch jenen strengen und sicheren wissenschaftlichen Indicationen widerspricht, welche einerseits die allgemeine Pathologie, andererseits die specielle Pathologie und die klinische Chirurgie darbieten.

Der ätiologische Factor einer Eiterung besteht gewöhnlich darin, dass sich specielle Bacterien etabliren und sich vermehren; das Resultat dieser Vermehrung ist, dass ein specifisches Virus producirt wird, dessen caustische Action die nachbarlichen Wände und Gewebe zerstört und necrotisirt, die ferneren jedoch schützt und reparirt, gerade durch die cellulare Barriere jener pyogenen Membran, die gewöhnlich unbarmherzig weggeschabt wird, und die eigentlich dazu berufen ist, sich dem Vordringen der pathogenen Bacterien kräftig zu widersetzen, dieselben durch phagocite Zellen des gesunden Gewebes zu zerstören und das günstige Terrain für eine künftige Vernarbung vorzubereiten.

Der technische Vorschlag des Verf.'s, wie man bei acuten Eempyemen des Warzenknochens operiren soll, besteht darin, dass ausser „Wilde“ höchstens noch die Corticalis weggemeisselt werde, da die zahlreichen Zellen des Knochens auch ohne sie die Entzündungsproducte resorbiren und die andere Hälfte des Heilungsweges schon die Natur versorgt, da Naturheilungen häufig vorzukommen pflegen.

Lichtenberg.

Resoconto statistico-clinico dal 1° gennal. 1895 al 30 giugno 1896.
Von Prof. Gradenigo. (Archivio italiano di Otologia etc. 1896.)

Die unter Leitung Gradenigo's stehende oto-rhino-laryngologische Klinik des Spitals Maggiore di S. Giovanni in Turin functionirt seit Januar 1895. Verf. berichtet über die ersten 18 Monate seiner Thätigkeit daselbst. Die Zahl der Patienten war 1315; davon 1031 ambulante, 284 liegende; Männer 840 (63,8 pCt.), Frauen 475 (36,1 pCt.). Es sind 2424 pathologische Formen vorgekommen, darunter 1711 (70,5 pCt.) Ohrenkrankheiten: 440 (18,4 pCt.) Erkrankungen der Nase und der Nasenrachenhöhle; 273 (11 pCt.) Krankheiten des Rachens und des Kehlkopfes. Von den Krankheiten des Ohres sind folgende bemerkenswerth: Angeborener Mangel der Muschel 4 Mal, seröse Perichondritis der Muschel 5 Mal, Sarcom des Warzenknochens 2 Mal, traumatische Ruptur des Trommelfelles 11 Mal, mit Hämatotympanon, Otitis interna traumatica mit multipler Paralyse von Cerebralnerven 6 Mal. Mastoidoperationen bei acuten und chronischen Fällen wurden 136 Mal gemacht, 48 in acuten und 88 bei chronischen Fällen, darunter 19 Mal intracranielle Complicationen. Labyrinthnecrose 3 Mal, Mastoidalgie 3 Mal. Projectil im Schläfenbein 1 Mal, der dadurch hervorhebenswerth ist, weil Exostose der hinteren Gehörgangswand vorgetauscht war, und wie unverlässlich die anamnesticen Daten der Patienten sind. Carcinom der Trommelhöhle 1 Mal, Carcinom des Warzenfortsatzes 1 Mal, parotitische Otitis interna 1 Mal, Otitis interna ex leucaemia, Otitis interna ex syphil. hereditaria 11 Mal, Otitis interna

ex syphil. aqisita 16 Mal, psychische Taubheit 2 Mal, hysterische Taubheit 4 Mal, endocranisches Neoplasma 4 Mal.

Die kurze Krankengeschichte einer hysterischen Taubheit lautet wörtlich: Bei einem Mädchen, welches verschiedene Symptome von Hysterie darbot, brachte eine Otitis media purulenta bilateralis von mässiger Heftigkeit complete Taubheit hervor, welche nach Abheilung der Trommelhöhlenerkrankung rasch verschwand. Verf. behält sich vor, die interessanten und lehrreichen Fälle ausführlich mitzuthemen.

Lichtenberg.

b) Rhinologische:

Tuberculöse adenoide Vegetationen. (Les végétations adénoïdes tuberculeuses.) Von Dr. Lermoyez. (Presse médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 22.)

Auf 16 Fälle kommen ein Mal tuberculöse Vegetationen vor. Aeusserlich sieht man es nicht, aber im Innern findet man die Riesenzellen, seltener den Koch'schen Bacillus. Die Operation ist dennoch angezeigt.

Dr. P. K.

Ueber Ozaena, ihre Genese und ihre Behandlung mittelst interstitieller Electrolyse. (L'ozène, sa génèse et son traitement par l'électrolyse interstitielle.) Von Dr. Bayer. (Revue de laryngol. 1896, No. 22.)

Verf. kommt am Schlusse seiner gediegenen Arbeit zu folgenden Grundsätzen: A. Die Ozaena ist eine Trophoneurose, welche besteht: 1) in einer Anomalie der Secretion der Nasenschleimhaut: das Secret dient als Cultur einem der Ozaena eigenthümlichen Microben, welcher auch den charakteristischen Geruch verursacht; 2) in einer Verminderung der Ernährung der Mucosa, welche Verminderung zur Atrophie führt; 3) in einer oft hypertrophischen Rhinitis, hervorgebracht und unterhalten durch die Producte der Krankheit, welche die Rolle von Fremdkörpern spielen. B. Die beste und fast spezifische Behandlung ist die interstitielle Electrolyse; nur ist selbe nicht gefahrlos.

Dr. P. K.

Beitrag zur Behandlung der Nasen- und Rachenkrankheiten. Von Dr. M. Ertler. (Wiener medicinische Presse No. 31, 1896.)

Der Autor berichtet über therapeutische Versuche mit Ichthylol bei Ozaena, welche im Ambulatorium des Docenten Grossmann im k. k. Wiener allgemeinen Krankenhause angestellt wurden. Bei hochgradigen Fällen von Ozaena werden die Borsten durch Ausspülung mit lauwarmem Wasser entfernt, dann werden durch die Nasenhöhle 2-3 grosse Spritzen einer 2-5proc. wässrigen Ichthyllösung durchgespritzt und schliesslich die Nase und das Cavum pharyngonasale mit Wattebäuschchen, welche an der Spitze einer Sonde angebracht und mit einer 25-30proc. wässrigen Ichthyllösung getränkt sind, gepinselt.

Wenn der Kranke genöthigt ist, die Ausspülungen zu Hause selbst vorzunehmen, wird verordnet, eine 2—3proc. Lösung 2mal täglich mit dem Nasenschiffchen durchzugießen. Unter dieser consequent durchgeführten Behandlung soll der Foetor, die Borkenbildung, sowie jede stärkere Secretion schwinden, die Mucosa soll sich erholen und alle subjective Beschwerden sollen weichen.

Auch bei Pharyngitis sicca und Kehlkopfcatarrhen sind die Erfolge günstig. Alt.

c) Pharyngo-laryngologische:

Fehlerhafte Entwicklung eines Weisheitszahnes. (Evolution vicieuse de la dent de sagesse.) Von Dr. Moty. (Bulletin médical du Nord 1896, No. 14)

September 1895 wurde bei einem sonst kräftigen Soldaten ein Abscess am linken Unterkiefer aufgeschnitten und nur wenig Eiter entleert. Am 2. Februar 1896 wurde die noch bleibende Fistel sondirt; die Sonde ging 5 cm tief auf eine entblösste Zahnwurzel, welche die des linken unteren Weisheitszahnes war, inwendig im Munde schienen alle Zähne, auch der betreffende Weisheitszahn, bei Inspection und Percussion gesund. Die Zahnextraction ging wegen schlechter Beleuchtung in der Weise von Statten, dass irrtümlicher Weise der zweite Backenzahn ausgezogen wurde; derselbe wurde schnell wieder eingesetzt und heilte gut an: der nun extrahirte Weisheitszahn zeigte seine vordere Wurzel krank. Die Diagnose solcher Zahnwurzelerkrankungen bei unversehrter Zahnkrone ist schwer, besonders, wenn keine sonstige Allgemeinerkrankung besteht. Auch die Bildung solcher, trotz ihres grossen Volumens wenig Eiter gebenden Abscesse ist schwer zu erklären. Dr. P. K.

Totale Exstirpation der Epiglottis durch die Pharyngotomia infra-hyoidea. (De l'extirpation totale de l'épiglotte par la pharyngotomie soushyoïdienne.) Von Dr. Rosenbaum. (Archiv für klin. Chirurgie und Semaine médicale 1896, No. 19.)

Die Operation wurde wegen Carcinom der Epiglottis ausgeführt. Prophylactische Tracheotomie; nach drei Tagen Pharyngotomie durch quere Durchtrennung des unteren Randes des Zungenbeines und der Weichtheile; die Epiglottis konnte durch die Wunde hervorgezogen und amputirt werden. Schliessen der Wunde, Sondenernährung während drei Wochen. Heilung. Wenn Verf. aber behauptet, dieselbe sei erst drei Mal vor seinem Falle durch Burow, Schulzen und Krönlein ausgeführt worden, so besteht ein Irrthum; die Operation wurde von Malgaigne zuerst vorgeschlagen und gemacht, nachher machte Langenbeck selbe zu verschiedenen Malen. (Der Referent.) Dr. P. K.

Ueber Verengerungen des Pharynxeinganges; ihre Pathogenese und ihre Behandlung. (Des rétrécissements de l'isthme du pharynx; leur pathogénie et leur traitement.) Von Dr. Brindel (Revue de laryngologie et d'otologie 1896, No. 18 und 19.)

Am Schlusse seiner genau durchgeführten Arbeit, welche in ihren Einzelheiten durchgelesen zu werden verdient, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) die Verengerungen des Isthmus faucium haben nicht eine einzige Ursache, wie z. B. die Verwachsungen nach Zerreiſung des Gaumensegels; 2) der Isthmus ist als ein wirklicher Sphincter anzusehen; die Verwandlung seiner einzelnen Theile in fibröses Gewebe genügt, ohne dass Ulcerationen bestehen, eine Stenose hervorzurufen; 3) die durch Geschwüre gebildete Verengerung geht von Statten, indem die hinteren Pfeiler langsam von aussen nach innen durch Narbenbildung mit der hinteren Pharynxwand verwachsen: 4) die Verwachsung der hinteren Pfeiler und des weichen Gaumens mit der hinteren Pharynxwand hat nicht willkürlich statt, sondern meistens durch Muskeltonus; die pathologische Verschlussung ahmt so zu sagen die physiologische nach; 5) letztere Theorie findet ihre Bestätigung in den schlechten Resultaten, welche die chirurgische Intervention aufzuweisen hat; 6) die mechanische, langsam fortschreitende Dilatation ist die beste Behandlungsmethode.

Dr. P. K.

Schwere Verletzung der oberen linken Zungenbeleggend, Zerreiſung der Vena jugularis interna; Durchschneiden der Arteriae thyroidea superior und lingualis. (Plaie grave de la région sushyoïdienne latérale gauche, déchirure de la veine jugulaire interne; section du tronc de l'artère thyroïdienne supérieure et de la linguale.) Von Dr. Tissot. (Dauphine med. und Revue de laryngol. 1896, No. 26.)

Ein Arbeiter fiel auf eine Glasplatte, welche er in den Händen trug. Verf. bemerkt, wie gutartig heute die Ligatur der Vena jugularis interna verläuft. Die eintretende Blutung ist auch nicht so furchtbar, wenn, wie es gewöhnlich geschieht, der Patient den Kopf instinctmässig bückt. Auch ist der Lufttritt bei Weitem nicht die Regel.

Dr. P. K.

Ueber Cigarrettenrauchen. (Habitude de la cigarette) Von Dr. Mulhall. (Société américaine de laryngologie und Revue de laryngologie 1896, No. 10.)

Cigarrettenraucher geniessen durch das Inhaliren des Tabakrauches mehr als Cigarren- und Pfeifenraucher; der Rauch geht nur bis zur ersten Theilungsstelle der Bronchien und reizt auf eine angenehme Weise die Laryngeal- und Trachealausläufer des Vagus. Bei diesem sogenannten Rauchverschlucken ist die Nicotinabsorption drei Mal stärker, als beim Nichtverschlucken. Drei Cigarretten sind in Bezug auf Nicotingehalt einer Cigarre gleichzustellen. Cigarretten sind schädlich, namentlich im Kindesalter, weil selbe Anfangs nicht, wie die Cigarren, das bekannte Uebelsein hervorrufen.

Dr. P. K.

Fall von Oesophagotrachealfistel. (Un cas de fistule oesophago-trachéale.) Von Dr. J. Garel. (Revue de laryngol. 1896, No. 26.)

Kommt gewöhnlich bei Krebs vor; hier aber bei einer jungen Frau in Folge eines Abscesses; die Fistel hatte sich links in der Tiefe nahe der Theilungsstelle der Trachea gebildet: interessant ist, dass selbe nur mittelst der Killian'schen Methode gesehen werden konnte. Bei jedem Schluckversuch, selbst wenn nur Speichel geschluckt wurde, traten Erstickungsanfälle mit Auswurf der Ingesta und Husten ein. Mit der Zeit trat insofern Besserung ein, dass feste Speisen ohne Anfall geschluckt werden konnten. Auffallend war, dass bei alledem keine Infection des Athmungsapparates eingetreten ist. Die Behandlung blieb, abgesehen von der Sondenernährung, expectativ.

Dr. P. K.

Nicolaus Rüdinger

† am 25. August 1896 in Tutzing am Starnberger See.

Ein Leben, der Wissenschaft geweiht, von rastloser Arbeit erfüllt, fand jähren Abschluss durch Nicolaus Rüdinger's frühzeitigen Tod. Pietätvoll gedenkt des berühmten Anatomen, der mehr als ein Vierteljahrhundert an einer der hervorragendsten Hochschulen Deutschlands als akademischer Lehrer wirkte, die Legion seiner zahlreichen Schüler. Auch uns geziemt es, an dieser Stelle Rüdinger's zu gedenken, des Mitbegründers und treuesten Mitarbeiters unserer Monatsschrift.

Rüdinger entstammte einer kleinen Grundbesitzerfamilie aus Erbes-Büdesheim in Rheinhessen, wo er als das jüngste von 12 Kindern im Jahre 1832 geboren wurde. Frühzeitig verlor er seinen Vater. Ein Freund seiner Familie, der Pfarrer Böhm in Büdesheim, wurde ihm ein eifriger Beschützer, leitete seine Erziehung und unterwies ihn bis zu seinem 18. Lebensjahre in den humanistischen Fächern. Wohl war es Rüdinger's sehnlichster Wunsch, ein Gymnasium zu besuchen und so auf dem gewöhnlichen Wege dem erschnitten Studium der Medicin zuzustreben, allein der Kampf um's Dasein war ihm schon in jungen Jahren aufgedrängt und störte seine Pläne. Im Jahre 1850 übersiedelte er nach Heidelberg, wo er medicinische Vorlesungen besuchte und sich nach Erlangung einer kleinen Erbschaft dem Studium der Anatomie unter Arnold und Henle widmen konnte. 1854 ging er nach Giessen und wurde hier Bischoff's Privatassistent. 1855 wurde er zum Doctor med. ext. promovirt und folgte Bischoff nach München als Prosector. Hier schuf Rüdinger Meisterwerke anatomischer Präparirkunst, legte eine neue anatomische Sammlung an und begann seine ersten Arbeiten zu veröffent-

lichen. Mitten in rastloser Thätigkeit als Prosector legte er 1859 am Darmstädter Gymnasium das Maturitätsexamen ab. 1860 wurde er Adjunct der anatomischen Anstalt, 1868 Ehrenprofessor, 1870 ausserordentlicher Professor, 1881 ordentlicher Professor und Conservator des anatomischen Institutes.

Rüdinger's Verdienste als Lehrer und Forscher zu würdigen, ist hier nicht der geeignete Ort, es sei nur darauf hingewiesen, dass sein eifrigstes Bestreben darauf gerichtet war, seine wissenschaftlichen Forschungen in innigsten Contact mit den Bedürfnissen der Practiker zu bringen. So sehen wir ihn immer wieder zu seinem Lieblingsthema, dem Studium des Gehörorgans, zurückkehren, ein Gebiet, auf welchem er sich als Anatom und Embryologe unvergängliche Verdienste erworben hat.

Unsere Fachwissenschaft verdankt Rüdinger folgende Arbeiten:

Atlas des Gehörorgans (München 1867—1870).

Beiträge zur Histologie des Gehörorgans (München 1870).

Beiträge zur Anatomie des Gehörorgans, der venösen Blutbahnen der Schädelhöhle, sowie der überzähligen Finger (München 1875).

Die Nerven und das Epithel in den Ampullen und Säckchen des häutigen Labyrinths und über eigenthümliche Zellen bei *Salmo hucho* (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1870).

Ueber die Venen im carotischen Canale des Schläfebeins (ibid. 1871).

Die Artikel „Ohrtrompete“ und „häutiges Labyrinth“ (in Stricker's Handbuch der Lehre von den Geweben, erschienen 1872).

Ueber das Ambos-Steigbügelgelenk (ibidem 1871).

Ueber die Gelenke der Gehörknöchelchen (ibidem 1873).

Aquaeductus vestibuli des Menschen und des *Phylodactylus europ.* (Zeitschrift für Anatomie und Entwicklung 1877).

Entwicklung der häutigen Bogengänge des inneren Ohres (Abhandlungen der Münchener Academie 1888).

Rüdinger trat durch seine Arbeiten auch zu anderen Fächern der practischen Medicin in nahe Beziehung und veröffentlichte die Resultate seiner microscopischen, embryologischen, vergleichend anatomischen und topographisch-anatomischen Forschungen in einer grossen Zahl von Publicationen, die seinen Namen weit über die Grenzen Deutschlands bekannt und berühmt machten.

Unserer Monatsschrift, der Rüdinger als Mitbegründer und Herausgeber angehörte, widmete er stets wärmste Fürsorge. Zahlreiche Arbeiten von ihm und seinen Schülern, die Gehörorgan, Kehlkopf und Rachen betrafen, erschienen in dieser Monatsschrift, für deren Bestand und Ausgestaltung sich Rüdinger jeder Zeit mit seinem ganzen Einflusse und seinem ganzen Können einsetzte. Dankbar und pietätvoll wollen wir sein Andenken wahren!

Berichtigung.

In der Arbeit von Przedborski über die acuten infectiösen phlegmonösen Entzündungen des Rachens und Kehlkopfes findet sich Seite 367 ein Passus, der den Eindruck hervorruft, als ob das an jener Stelle angezogene Citat von Semon die einzige in der Literatur niedergelegte Bemerkung wäre, die, im Gegensatz zu Massei, eine Zusammengehörigkeit der verschiedenen infectiösen Entzündungen der oberen Luftwege — Erysipel, Phlegmone, Angina Ludovici — als wahrscheinlich hinstellt. Demgegenüber glaube ich darauf hinweisen zu sollen, dass dieser Standpunkt nicht nur in jener kurzen, gelegentlich einer Discussion gefallenem Aeusserung vertreten wird, sondern dass derselbe seitdem in mehreren ausführlichen Arbeiten, die dem Verf. entgangen zu scheinen, aufs Nachdrücklichste vertheidigt wird. In diesem Sinne sind zu verstehen die Arbeiten von Lunin (Erysipelas laryngis, St. Petersburger med. Wochenschrift 1894, No. 1), von Kuttner (Larynx-ödem und submucöse Laryngitis, Georg Reimer, Berlin 1895 und Virchow's Archiv 1895, Heft 1), von Semon (Ueber die wahrscheinliche Identität u. s. w., British medical Journal, 27. April und 18. Mai 1895) u. a. m.

A. Kuttner.

Notizen.

Herr Prof. Dr. A. Barth ist der Berufung nach Leipzig gefolgt und übernimmt daselbst die Leitung der Universitäts-Poliklinik für Ohrenkrankheiten.

Die

American Laryngological, Rhinological and Otolological Society

hat, da es nicht möglich war, in den Jahressitzungen die angekündigten Vorträge zu erschöpfen, 4 Sectionen gebildet, deren jede die Aufgabe hat, ausser den allgemeinen Jahressitzungen auch Sitzungen für die Sectionsmitglieder zu veranstalten.

Die Sitzungen der südlichen Section werden am 3. und 4. März 1897 in New-Orleans abgehalten. Den Vorsitz wird Herr Dr. H. Scheppegrell führen. Vorträge, sowie Gesuche um Aufnahme in die Gesellschaft sind zu richten an Herrn Dr. Rob. C. Myles, 46 West 38th St. New-Orleans, oder an Herrn Dr. W. Scheppegrell, Medical Building, New-Orleans, La.

Alle für die Monatschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblentz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.
Druck von Marschner & Stephan in Berlin NW., Ritterstrasse 41.

Fig. 1.

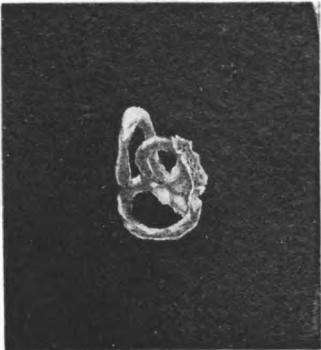


Fig. 2.

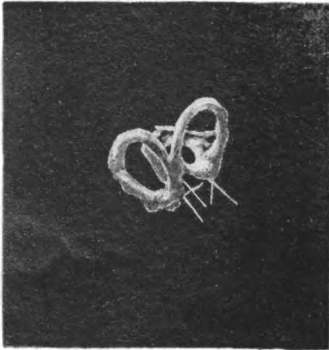


Fig. 3.



Fig. 4.



Monatsschrift für Ohrenheilkunde

sowie für

Kehlkopf-, Nasen-, Rachen-Krankheiten.

Organ der Oesterr. Otologischen Gesellschaft.

(Neue Folge.)

Mitbegründet von weil. Prof. Dr. N. Rüdinger, Prof. Dr. R. Voltolini
und weil. Prof. Dr. Fr. E. Weber-Liel

und unter Mitwirkung der Herren

Docent Dr. E. Baumgarten (Budapest), Hofrath Dr. Beschorner (Dresden), Prof. Dr. Garghofner (Frag), Docent Dr. Gomperz (Wien), Dr. Heinze (Leipzig), Dr. Hopmann (Cöln), Prof. Dr. Jurasz (Heidelberg), Dr. Keller (Cöln), Prof. Dr. Kiesselbach (Erlangen), Prof. Dr. Kirchner (Würzburg), Dr. Koch (Luxemburg), Dr. Law (London), Docent Dr. Lichtenberg (Budapest), Dr. Lublinski (Berlin), Dr. Michel (Cöln), Docent Dr. Moldenhauer (Leipzig), Docent Dr. Onodi (Budapest), Docent Dr. Paulsen (Kiel), Dr. A. Schapringer (New-York), Dr. Schäffer (Bremen), Dr. E. Stepanow (Moskau), Prof. Dr. Störck (Wien), Prof. Dr. Strübing (Greifswald), Dr. Weil (Stuttgart), Dr. Ziern (Danzig)

Herausgegeben von

Dr. JOS. GRUBER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für Ohrenkrankheiten
a. d. Univers. Wien.

Dr. v. SCHRÖTTER
o. ö. Professor u. Vorstand der
Klinik für interne Medicin an
der Universität Wien.

Dieses Organ erscheint monatlich in der Stärke von 3 bis 3½ Bogen. Man abonnirt auf dasselbe bei allen Buchhandlungen und Postanstalten des In- und Auslandes.
Der Preis für die Monatsschrift beträgt 12 R.-M. jährlich; wenn die Monatsschrift zusammen mit der Allgemeinen medicinischen Central-Zeitung bestellt wird, nur 8 R.-M.

Jahrg. XXX.

Berlin, December 1896.

No. 12.

An unsere Leser!

Mit der vorliegenden Nummer beschliesst die Monatsschrift für Ohrenheilkunde, sowie für Kehlkopf-, Nasen- und Rachen-Krankheiten ihren XXX. Jahrgang.

Von kleinen Anfängen ist unsere Monatsschrift zu einer Entwicklung gelangt, welche sie in die Reihe der meist verbreiteten Fachjournale stellt.

Diesen schönen Erfolg verdankt sie zumeist der grossen Schaar ihrer auserlesenen Mitarbeiter, und es drängt uns, diesen Herren auf diesem Wege unseren besonderen Dank auszusprechen, sie aber auch gleich zu bitten, uns noch ferner ihre schätzbare Unterstützung zukommen zu lassen.

Aber auch die Herausgeber und die Administration haben weder Anstrengung noch Kosten gescheut, um ihrem Programme gemäss die Ohrenheilkunde, sowie die Kenntniss des Wesens und der Behandlung der Kehlkopf-, Nasen- und Rachenkrankheiten

zu fördern und die Ergebnisse der Forschung in den weitesten Kreisen bekannt zu machen.

Dankerfüllt und pietätvoll gedenken wir hierbei unserer durch den Tod entrissenen Collegen, welche bis zu ihrem Lebensende ihre besten Kräfte unserem Unternehmen widmeten.

Die durch das Ableben dieser unvergesslichen Männer entstandene Vacanz zu ersetzen, haben wir uns zwei hervorragende Männer der Wissenschaft, die Herren

Prof. Dr. Philipp Schech in München und

Prof. Dr. Emil Zuckerkandl in Wien

beigesellt.

Diese Herren werden vom 1. Januar 1897 an mit uns als Herausgeber dieser Monatsschrift erscheinen und in ihrer literarischen Thätigkeit bestrebt sein, unsere Zwecke zu fördern.

Wien, im December 1896.

Prof. Dr. Jos. Gruber.

Prof. Dr. Leop. von Schrötter.

I. Originalien.

Zur Casuistik der Labyrinthnecrose.

Exfoliation der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles.

Mitgetheilt

von Dr. L. Guranowski, Warschau.

(Vortrag, gehalten in der otologischen Section der 68. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.)

Mit einer Tafel.

M. H.! Zu den relativ seltenen Folgen der chronischen eitrigen Mittelohrentzündung gehören necrotische Exfoliationen einzelner Labyrinththeile. Seitdem im Jahre 1864 Toynbee im ersten Bande des Archivs für Ohrenheilkunde sechs Krankengeschichten von Exfoliation der Labyrinththeile beschrieben hat, ist die Zahl der am Lebenden beobachteten Fälle eine ziemlich grosse geworden. Im Jahre 1875 hat Böters in seiner Inaugural-Dissertation über 16 Fälle von Labyrinth-Necrose berichtet und im Jahre 1886 konnte Bezold in seiner Arbeit unter dem Titel „Labyrinthnecrose und Paralyse des Nervus facialis“ schon über eine 46 Fälle umfassende Statistik verfügen. Seit dem Jahre 1886, also seit der Publication der Bezold'schen Arbeit, finden wir in der Literatur noch neue 18 Fälle von Exfoliation necrotischer Labyrinththeile, also zusammen sind es 64 Fälle.

In den meisten Fällen handelte es sich um Elimination der Schnecke, und wenn auch hier und da Exfoliation der Bogengänge erwähnt wird, so waren es meistens Sequester der Felsenbeinpyramide, in der ein Bogengang oder auch alle Bogengänge in dem Sequester enthalten waren.

Eine isolirte totale Elimination der knöchernen Bogengänge mit einem Theile des Vorhofs ist meines Wissens nicht beobachtet worden.

Der Fall, den ich während eines Jahres in meiner Privatklinik zu beobachten Gelegenheit hatte, ist folgender:

E. M., ein 2 $\frac{1}{2}$ Jahre altes Mädchen, wurde mir am 15. Juni 1895 zum ersten Mal in meiner Sprechstunde vorgestellt.

Von der Mutter des Kindes habe ich erfahren, dass die kleine Patientin in ihrem neunten Lebensmonate Scharlach durchgemacht hat. Der Verlauf der Krankheit soll ein recht schwerer gewesen sein, auch soll sie eine diphtheritische Halsentzündung gehabt haben. In der dritten Krankheitswoche bekam Patientin eine linksseitige eitrige Mittelohrentzündung. Die Eiterung aus dem Ohre war sehr profus und nach Verlauf von einigen Wochen traten Schmerzen im linken Warzenfortsatz auf. Es bildete sich in kurzer Zeit ein grosser Abscess hinter dem Ohre, der von einem Chirurgen eröffnet wurde. Seit der Zeit besteht die Ohreneiterung und eine Fistel am Proc. mastoideus.

Bei der an demselben Tage vorgenommenen Untersuchung habe ich Folgendes constatirt: Hinter der linken Ohrmuschel sieht man auf der Höhe des oberen Meatusrandes, entsprechend der Lage des Antrum mastoideum, eine Fistelöffnung, aus der spärlicher dünnflüssiger Eiter herausfliesst. Die Ränder der Fistelöffnung sind unterminirt, die Umgebung durch Maceration excoriirt. Beim Druck auf den Processus mastoideus empfindet die Kranke Schmerzen und der dabei hervortretende Eiter ist blutig tingirt. Die retroauriculären Lymphdrüsen unbedeutend vergrössert, nicht schmerzhaft.

Im äusseren Gehörgang sieht man polypöse Wucherungen, welche aus der Tiefe hervortreten und die Oeffnung des Meatus auditorius ext. fast vollständig verlegen. Bei der Untersuchung mit der Sonde fühlen sich die Wucherungen hart an und scheinen aus der hinteren und oberen Gegend der Paukenhöhle resp. vom Atticus und Antrum mastoideum zu entspringen. Beim Sondiren der Fistel gelangt man in eine Höhle, welche mit weichen Granulationen erfüllt erscheint, und in der Tiefe stösst man auf cariösen Knochen. Bei der Untersuchung der inneren Organe des Kindes konnte nichts Abnormes constatirt werden.

Gehörprüfungen führten zu keinem Resultate, was bei dem jugendlichen Alter der Patientin vorauszusetzen war.

Die Diagnose lautete im gegebenen Falle: Otitis media supp. chronica aur. sinistr. Caries cavi tympani et proc. mastoidei.

Ich schlug der Mutter des Kindes sofort eine radicale Operation vor, sie ging aber darauf nicht ein.

Ich war also gezwungen, die Granulationen theils mit der Wildeschen Schlinge, theils mit der Hartmann'schen Curette zu entfernen. Dies geschah auch in mehreren Sitzungen. Die Granulationen wucherten aber immer von Neuem aus der Tiefe. Als nach Verlauf von einigen Wochen die Höhle soweit gereinigt wurde, dass man eine Einsicht in die tiefer gelegenen Abschnitte bekommen konnte, da constatirte ich, dass der Hammer vollständig in Granulationen gehüllt und wahrscheinlich cariös war. Derselbe liess sich auch leicht entfernen, und war das Köpfchen durch Caries ausgegagt. Eine Woche darauf trat Paralyse des linken Facialis auf.

Nach einigen Tagen entschloss sich die Mutter für die radicale Operation, welche auch am 20. November 1895 von mir ausgeführt wurde.

Es wurde die Fistelöffnung am Processus mastoideus erweitert, der Knochen, soweit sich derselbe erkrankt zeigte, ausgemeisselt und die Granulationen und käsigen Massen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Jodoformgazetamponade. Während dreier Monate wurde der Verband jeden zweiten Tag gewechselt und schliesslich die Wunde am Processus mastoideus zur Heilung gebracht. In der Paukenhöhle bestand blos minimale Eiterung. — Es wurde das Kind aus der Behandlung auf dringenden Wunsch der Mutter entlassen, ihr aber die Unterweisung gegeben, die Kranke zur Controle ihres Zustandes ein Mal wöchentlich in die Klinik zu bringen.

Aber erst nach Verlauf von sechs Monaten sah ich das Kind wieder. Bei der Untersuchung constatirte ich ein Persistiren der Eiterung, ein Aufschliessen neuer Granulationen und in der Tiefe einen beweglichen Sequester. Die Wunde am Processus mastoideus gut geheilt. Ich versuchte den Sequester mit der Pincette zu fassen und herauszuziehen. Dies gelang mir aber nicht, der Sequester erwies sich zu gross und liess sich durch den äusseren Gehörgang nicht herausholen. Ich beschloss also, die Kranke zu chloroformiren, die Narbe hinter der Ohrmuschel zu öffnen und durch Ablösen der Ohrmuschel und des Gehörganges den Sequester von hinten herauszuholen. Die Operation habe ich am 25. Juli d. J. ausgeführt. Zuerst nahm ich eine kleine Knochenspange heraus, welche sich als ein Theil des Paukenringes erwies, und dann entfernte ich einen grösseren Sequester, welcher vollständig in Granulationen eingebettet war. Die noch vorhandenen Granulationen wurden mit dem scharfen Löffel entfernt.

Der Verlauf nach der Operation war ein in jeder Hinsicht günstiger, die Wunde heilte sehr rasch, so dass nach Verlauf von drei Wochen eine vollständige Vernarbung eintrat. Das Ohr ist seit der Zeit trocken geblieben.

Im Monat August sah ich die kleine Patientin zum letzten Mal und konnte mich überzeugen, dass die Heilung eine vollständige ist, nur ist die Paralyse des Facialis stationär geblieben. Coordinationsstörungen sind während des ganzen Verlaufes der Krankheit nicht bemerkt worden.

Der entfernte Sequester stellt ein vorzügliches Präparat der knöchernen Bogengänge und des hinteren Vorhoftheiles dar.

Die knöcherne Kapsel der Bogengänge ist so vorzüglich aus dem Felsenbein herauspräparirt, dass man nirgends Spuren der Spongiosa sieht. Nirgends sind auch pathologische Oeffnungen zu sehen (Fig. 1). Auf Figur 2 zeigen die fünf Striche die Lage der fünf Oeffnungen im Vorhof, also die fünf Mündungen der Bogengänge. Fig. 3 und Fig. 4 illustriren die zuerst entfernte Knochenspange, und zwar den hinteren und oberen Theil des Paukenringes. Auf Figur 4 ist die auf der inneren Fläche verlaufende Rinne sehr deutlich sichtbar.

Zum Schluss möchte ich die Seltenheit einer totalen Elimination der knöchernen Bogengänge betonen, ja sogar behaupten, dass ein Präparat, wie das von mir gewonnene, zu den grössten Seltenheiten

gehört. Sowohl in der von Bezold zusammengestellten Statistik (46 Fälle), wie auch zwischen den später publicirten Fällen (18 Fälle), also zusammen zwischen den 64 bis jetzt bekannten Fällen ist kein Fall von totaler isolirter Exfoliation der knöchernen Bogengänge beschrieben. Die grösste Aehnlichkeit mit dem von mir beschriebenen Falle hätte noch der Fall von Guye¹⁾, den er auf der 46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Wiesbaden im Jahre 1873 demonstrirt hat. Es handelte sich um einen Sequester, in dem die halbirkelförmigen Canäle und die hintere Hälfte des Vorhofes zu erkennen waren. Es war also auch ein Theil des Felsenbeines mit eliminirt. Auch in dem Falle von Habermann²⁾ war ein Theil der Pars petrosa mit den Bogengängen exfoliirt.

Es scheint also, dass der von Bötters ausgesprochene Satz: „dass das häufige Vorkommen der alleinigen Necrose der Schnecke den Beweis für die Richtigkeit der Annahme liefert, dass das runde Fenster die Brücke für die Uebertragung der eitrigen Periostitis zu dem Labyrinth abgiebt. Denn geschähe dies durch eine Fistel des äusseren halbirkelförmigen Canals oder das ovale Fenster, so müssten auch Beobachtungen von alleiniger Ausstossung der halbirkelförmigen Canäle existiren, was bekanntermaassen nicht der Fall ist“, bis jetzt seine Giltigkeit bewahrt hat und die Richtigkeit meiner Behauptung bestätigt, dass eine Exfoliation der Bogengänge zu den grössten Seltenheiten gehört.

Aus der k. k. Univ.-Klinik für Ohrenkranke des Prof. Jos. Gruber in Wien.

Ueber Mumpstaubheit.

Von

Dr. Ferdinand Alt, Assistent der Klinik.

Die Parotitis epidemica wird von den Internisten als eine eminent gutartige Krankheit bezeichnet, eine Thatsache, die mit den diesbezüglichen Erfahrungen der Otiater im Widerspruch steht.

Der Mumps, dessen eigentliche Ursache noch nicht erforscht ist, wird den Infectionskrankheiten zugezählt und reiht sich nach Soltmann¹⁾ den acuten Exanthenen oder besser den acuten contagösen Schleimhautkrankheiten an. Er ist eine Allgemeinerkrankung, bei welcher die Parotitis nur eine Localisation, die wichtigste in die Augen springende Aeusserung des in das Blut und die Säftmassen aufgenommenen Giftes ist, wobei der Parotisschwellung die Bedeutung des Hautexanths bei Scarlatina oder der Pusteln bei Variola zukommt (Leichtenstern²⁾).

Die Internisten glauben bei Mumps eine absolut günstige Prognose stellen zu dürfen, da nahezu in allen Fällen eine vollständige Wiederherstellung eintritt, bis auf den seltenen Ausgang in Induration oder

¹⁾ Guye, Arch. f. Ohrenh., Bd. XVIII.

²⁾ Habermann, Arch. f. Ohrenh., Bd. XVIII.

den noch selteneren in Vereiterung der Parotis, von denen erstere auf unzweckmässige Behandlung, letztere auf eine accidentelle erythematöse Entzündung der Mundschleimhaut (Cruveilhier³) bezogen wird, die durch mangelhafte Reinigung der Mundhöhle bedingt ist (Steiner⁴).

Die Otiater werden bei Parotitis epidemica die Prognose mit grosser Vorsicht stellen, zumal ihre Fachliteratur schon eine grössere Reihe von Fällen aufweist, wo im Verlaufe der Krankheit einseitige oder doppelseitige Taubheit auftrat, die in den meisten Fällen als unheilbare bezeichnet werden muss.

Ueber die Entstehung der Affection des Gehörorganes liegen zahlreiche Anschauungen vor. Virchow⁵) bezeichnet die Perineuritis des Facialis und Trigemini als ätiologisches Moment für die Affection des inneren Ohres bezw. des Gehirns, indem der 2. und 3. Ast des Trigemini sowohl, als der Facialis als Conductoren der Entzündung dienen; dieser leitet die Erkrankung in das innere Ohr, jener in die Schädelhöhle zum Ganglion Gasseri, dessen Umgebung er mehrmals eitrig infiltrirt fand.

John Roosa⁶) glaubt, dass die Ohrerkrankung nach Mumps zuweilen durch eine directe Fortleitung der Entzündung durch den Gehörgang und das mittlere Ohr zum Labyrinth bedingt sei, will jedoch nicht in Abrede stellen, dass auch eine metastatische Entzündung vorkommen könne.

Moos⁷) ist der Ansicht, dass in Fällen von Parotitis Stoffe in die Blutcirculation übergehen, welche in Organen mit complicirteren Circulationsverhältnissen, namentlich mit erschwerten Abflussbedingungen des Blutes, leicht haften bleiben und da zu Störungen führen, also zum Beispiel im Hoden oder im Labyrinth.

Lemoine und Lannois⁸) bezeichnen die Taubheit als eine habituelle locale Manifestation, wie die Schwellung der Ohrspeicheldrüse, Orchitis, Mammitis etc.

Eloy⁹) rubricirt diese Taubheit unter die nervösen Störungen, die unter dem Einflusse des Infectionsgiftes entstehen.

Welcher Art die Affection des inneren Ohres, beziehungsweise des Hörnervenstammes ist, darüber fehlt mangels eines verwerthbaren Sectionsbefundes jede einwandfreie Angabe, man ist vielmehr diesbezüglich nur auf Hypothesen angewiesen. (Bruuner¹⁰) citirt einen Sectionsbefund von Toynbee ohne Angabe der Arbeit, der mir nicht recht verwerthbar erscheint: Völlige Desorganisation des Nervenapparates im Labyrinth, Flüssigkeit im Vorhof und der Schnecke dunkel gefärbt.) Moos¹¹) supponirt für heilbare Fälle ein seröses Exsudat in das Labyrinth, während er für unheilbare Fälle ein hämorrhagisches Exsudat in die Schnecke oder in den Hörnervenstamm, beziehungsweise bei rasch auftretenden Gleichgewichtsstörungen in den Vestibularapparat annimmt.

Die Taubheit tritt zu verschiedenen Zeitpunkten der Mumpserkrankung auf. Lemoine und Lannois beobachteten die Ertaubung vier Tage vor der Anschwellung der Parotis, Haslon¹²) am ersten Tage nach der Parotisschwellung, Bürkner¹³) und Gruber¹⁴) am dritten Tage, Buch¹⁵) (zweimal) am dritten oder vierten, Moos¹⁶) am vierten, Moos, Roosa (zweimal) am fünften, Seitz¹⁷), Knapp¹⁸), Roosa am

siebenten, Roosa am achten Tage. Bei den anderen Autoren findet man keine Zeitangabe.

Der Ertaubung gingen in den meisten Fällen subjective Beschwerden, Schwindel, Ohrensausen und Gleichgewichtsstörungen voraus; Erbrechen kam seltener vor, Schmerzen in der Tiefe des Ohres nur einmal, das Sensorium war stets ein ungetrübtes. Dagegen gibt es eine Reihe von Beobachtungen, wo das Fehlen subjectiver Beschwerden direct hervorgehoben wird. In einem Falle von Buck trat 10 Tage nach der Ertaubung, in einem Falle Bürkner's 4 Tage nach derselben Erbrechen, Schwindel und taumelnder Gang auf.

Die Erkrankung ist meist unheilbar; in den citirten Fällen blieben, mit Ausnahme des Falles von Moos, alle therapeutischen Bestrebungen ohne Erfolg. Dagegen kommt es im Verlaufe des Mumps recht häufig zu vorübergehenden, selbst schweren Hörstörungen, die sich ohne jede Therapie sehr rasch wieder zurückbilden, für welche, wie oben erwähnt, Moos ein seröses Exsudat in das Labyrinth supponirt.

Die Affection war häufiger eine einseitige, als eine doppelseitige, unabhängig davon, ob die Parotisanschwellung einseitig oder beiderseits bestand, und betraf das linke Ohr annähernd doppelt so oft als das rechte.

Obwohl der Mumps vornehmlich eine Kinderkrankheit ist, stellen nach der mir zugänglichen Literatur Erwachsene ein viel grösseres Contingent für die Labyrinthkrankung als Kinder, wie ja auch die Orchitis seltener Kinder als Erwachsene befällt. Von den citirten Fällen betrafen 3 Kranke unter 10 Jahren, 5 von 10—20 Jahren, 6 von 20—30 Jahren, 2 von 30—40 Jahren und 1 über 40 Jahre.

L. Connor¹⁹⁾ sammelte die bis 1884 in der Literatur vorliegenden Fälle von plötzlich in Folge epidemischer Parotitis entstandener Taubheit und fand, dass unter den betreffenden 33 Individuen nur 9 unter 15 Jahren alt waren. Diese Ertaubung tritt viel häufiger auf, als man nach den vorliegenden Daten schliessen könnte, da viele Ohrenärzte ihre diesbezüglichen reichen Erfahrungen nicht veröffentlichten. Nach Mygind²⁰⁾ findet man diese Infectionskrankheit nur in der Statistik aus Sachsen mit 0,3% und in der aus Amerika mit 0,5% als Ursache der Taubstummheit angeführt. Diese niedrigen Zahlen dürften darin begründet sein, dass die Taubheit vornehmlich nur einseitig auftritt und zweitens das ätiologische Moment nicht genügend berücksichtigt sein dürfte.

Im Anschluss an diese Ausführungen theile ich eine genaue Beobachtung eines in mehrfacher Hinsicht interessanten Falles von Mumpstaubheit mit, die ich vor kurzer Zeit an der Klinik meines verehrten Chefs anzustellen Gelegenheit hatte.

Am 7. Juli d. J. wurde ein 12jähriges Mädchen auf die Klinik gebracht, mit der Angabe, es wäre vor acht Tagen an Mumps erkrankt, habe gleich am ersten Tage der Erkrankung schlecht gehört, die Hörstörungen hätten unter Ohrensausen und leichtem Schwindel rasch zugenommen, am 3. Tage wäre complete Taubheit beiderseits aufgetreten.

Die Untersuchung des Gehörorganes ergab: Trommelfell rechts normal, links destruiert (nach einer vor zwei Jahren bestandenen Eiterung). Die auf den Scheitel aufgesetzte C₂-Stimmgabel wird im ganzen Kopfe verkürzt percipirt, vor beiden Ohren werden weder hohe, noch

tiefe Töne gehört. C₂ von beiden Warzenfortsätzen hochgradig verkürzt. Complete Taubheit für Uhr, Sprache, Hörrohr und Pfeife. Da das Kind nicht aus Wien ist, wird dem Hausarzte empfohlen, Jodkali zu verabreichen und ca. 15 Pilocarpin-Injectionen auszuführen. Die Angehörigen werden über das Wesen der Hörübungen aufgeklärt und ihnen deren Anwendung empfohlen. Allen diesen Anforderungen wurde in peinlichster Weise Genüge geleistet und das Mädchen am 8. August neuerlich auf die Klinik gebracht. Es zeigte Hörvermögen für laute Sprache links auf 30 cm, rechts für laut gerufenes U, R, A etc. in unmittelbarer Nähe des Ohres.

Am 27. October war das Hörvermögen links auf 1 m, rechts auf 30 cm für Conversations-Sprache gestiegen, der Weber war unbestimmt, der Rinne auffallenderweise beiderseits negativ mit verlängerter Kopfknochenleitung. Tiefe Töne wurden besser percipirt als hohe.

Ob die Taubheit ohne jede Therapie zurückgegangen wäre, oder aber, welches der zur Anwendung gelangten Heilmittel, Jod, Pilocarpin, Hörübungen, den Erfolg für sich in Anspruch nehmen darf, will ich dahingestellt sein lassen.

Literaturverzeichnis.

1) Soltmann, in Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde 1888, Bd. XV, p. 249.

2) Leichtenstern: Parotitis epidemica in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten 1877, II.

3) Cruveilhier: Anatomie pathol. du corps humain 1842.

4) Steiner: Mumps mit Facialislähmung und Parotisvereiterung. Wiener med. Blätter 1896, No. 22 und 23.

5) Virchow: Die acute Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Ann. der Charité zu Berlin 1858.

6) Roosa: Die im Verlaufe der Mumps auftretenden Erkrankungen des Ohres. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XII.

7) Moos: Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthaffection mit taumelndem Gang mit bleibender Vernichtung des Gehörs nach Mumps. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XI.

8) G. Lemoine und M. Lannois: De la surdité complète unilatérale ou bilatérale consecutive aux oreillons. Revue de médecine, Tome III, Septembre 1883.

9) Eloy, citirt nach Eulenburg's Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde 1888, Bd. XV.

10) Brunner: Ein Fall von completer einseitiger Taubhaut nach Mumps mit epikritischen Bemerkungen. Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. XI.

11) Moos: Beziehung der Allgemeinerkrankungen zu Krankheiten des Gehörgangs, in Schwartz's Handbuch der Ohrenheilkunde, Bd. I, 1892.

12) Haslon, Philad. Med. News, 24. Mars 1883.

13) Bürkner: Ein Fall von plötzlichem Verlust des Hörvermögens auf einem Ohre im Verlaufe von Mumps. Berliner klin. Wochenschrift 1883.

14) Gruber, Lehrbuch der Ohrenheilkunde 1888.

15) Buck, The American Journal of Otolgy, Bd. III, 1881.

16) Moos: Ein Fall von partieller Labyrinthaffection nach Mumps. Berliner klinische Wochenschrift 1884.

17) Seitz, Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, XII. Jahrg.

18) Knapp: Ein Fall von doppelseitiger Taubheit, Zeitschr. für Ohrenheilkunde, Bd. XII.

19) Connor, Americ. Journ. of Medic. Sciences, October 1884.

20) Mygind: Taubstummheit. 1894.

Ueber Tracheal-Canülen.

Vortrag,

gehalten auf der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M. 1896

von

Dr. Arthur Thost, Hamburg.

Im Laufe der letzten Jahre hatte ich Gelegenheit, eine verhältnissmässig recht grosse Anzahl von Stenosen des Kehlkopfes und der Luft-röhre zu behandeln, die sämmtlich tracheotomirt worden waren und die die Canüle zum Theil mehrere Jahre hindurch getragen hatten.

Wenn auch in diesen Fällen die Ursache zur Tracheotomie gegeben war durch eine Verengerung des Kehlkopfes in Folge einer acuten oder chronischen Entzündung der einzelnen Theile desselben, so waren doch andererseits in Folge des langen Liegenbleibens der Canüle eine Menge Veränderungen im Kehlkopf und Trachea aufgetreten, die ganz zweifellos durch die Canüle selbst bedingt waren und die in erster Linie die Entfernung der Canüle unmöglich machten.

So kam es, dass ich bei der sehr langwierigen, schwierigen Behandlung dieser Stenosen mich immer wieder fragen musste, wie und in welcher Weise die Canüle selbst hier schädlich gewirkt habe und andererseits auf Mittel sinnen musste, wie ich diese durch die Canüle gesetzten Schädigungen vermeiden könne, denn bei der sehr langwierigen Behandlung musste ja die Canüle liegen bleiben, bis die Stenose durchgängig war, und ich war gezwungen, durch verschiedene Formen und Grössen von Trachealcanülen, je nach dem einzelnen Fall, die durch die Canüle selbst bedingten Hindernisse zu überwinden.

Es handelte sich meistens um methodische Erweiterung der Stenose, die, das sei gleich hier gesagt, mir für diese Fälle in jeder Beziehung den grössten Vorzug zu verdienen scheint, die mich auch in allen Fällen zum Ziel geführt hat.

Ich habe daher bei diesen Versuchen mit einer reichen Auswahl von Canülen mich beschäftigt und habe die Ueberzeugung gewonnen, dass die bisher üblichen Canülenformen und auch die am meisten geübte Methode der Tracheotomie an recht wesentlichen Mängeln leidet, deren Zusammenstellung den Inhalt meines heutigen Vortrags bilden soll.

Ich bin zu meinem Bedauern allerdings noch nicht in der Lage, Ihnen Instrumente empfehlen zu können, die alle die erwähnten Nachteile nicht besitzen, schon, weil ich in meiner fast ausschliesslich ambulanten und poliklinischen Thätigkeit verhältnissmässig sehr selten in die Lage komme, die Tracheotomie selbst auszuführen. Die Fälle aber, die ich zur Behandlung überwiesen bekam, waren zum grossen Theil lange Zeit in Behandlung erfahrener Chirurgen gewesen, und die üblichen Versuche, das Hinderniss zu beseitigen, waren gemacht worden, ohne dass eine Heilung dadurch erreicht war.

Jeder Chirurg kennt solche Fälle, wo die Entfernung der Canüle trotz aller Versuche nicht gelingen will, und da ich vom Standpunkte des Laryngologen aus diese Fälle auf das Genaueste untersucht und beobachtet habe, auch so glücklich war, eine Heilung zu erzielen,

werden Sie erlauben, dass ich mir für eine kurze Mittheilung meiner Beobachtungen und Vorschläge Ihr Interesse erbitte.

Die einschlägigen Verhältnisse nach allen Seiten hin zu beleuchten, ist mir natürlich nicht möglich, ich muss mich auf mein Thema beschränken und will nur über die verschiedenen Trachealcantülen, ihre Vortheile und Nachtheile sprechen und auf einzelne Punkte hinweisen, die zur Abänderung der bisher üblichen Instrumente nach meiner Erfahrung maassgebend sein müssen.

Wie Sie wissen, ist die in Deutschland am meisten gebrauchte Form der Cantüle die sogenannte Lür'sche Cantüle, ein Rohr, das ein Kreissegment bildet, mit einem festen und einem beweglichen Schild, in dem ein zweites, etwas kürzeres Rohr (der innere Theil) sich befindet. Der untere Theil des gleichmässig weiten Rohres ist glatt abgeschnitten und endet mit einem mehr oder minder scharfen Rand.

Diese Biegung der starren Cantüle schon bedingt es, dass der höher liegende hintere Rand oder auch der tiefer liegende Rand, der der vorderen Trachealwand anliegt, an der zarten Schleimhaut, die die Luftröhre auskleidet, beständig reiben und drücken muss. Ganz abgesehen, dass bei Biegungen und Drehungen des Halses die starre Cantüle gelegentlich auch an den Seitenwänden scheuert, oder die vordere oder hintere Wand mit stärkerer Kraft gedrückt wird.

So entstehen denn auch sehr häufig an diesen Stellen Geschwüre, oft förmliche Schleimhauttaschen, in die der freie Rand der Cantüle genau hineinpasst, und auf den Rändern der Geschwüre schiessen Granulationen auf, die durch den beständigen Zug oft die Form von gestielten Polypen annehmen und die eine solche Grösse erreichen, dass das untere Ende der Cantüle vollständig verlegt werden kann. Entstehen durch die Cantüle Verletzungen an mehreren Seiten der Luftröhre, so kann es zu ringförmigen Verengerungen kommen, die sehr bedrohliche Erstickungserscheinungen machen können und die man nur dadurch überwinden kann, dass man eine entsprechend längere Cantüle einlegt.

Es kommt um so leichter zu solchen Veränderungen und Geschwüren auf der Schleimhaut, als es sich ja in den meisten Fällen, wo die Tracheotomie ausgeführt wird, in erster Linie bei Croup und Diphtherie, dann bei Syphilis und Tuberculose, um sehr heftige, mit starker Schwellung und starker Auflockerung einhergehende Entzündung der Schleimhaut handelt. Auch Blutungen sind in Folge dessen häufig, die direct durch Verlegung der Luftwege mit geronnenem Blut Erstickungen herbeiführen können, oder, wenn sie geringfügiger sind, durch ihr langes Fortbestehen die meist ohnehin schon schwächlichen Patienten noch blutarmer machen.

Die erwähnte Lür'sche Cantüle mit ihrem kreisförmigen starren Rohr setzt aber nicht nur an ihrem unteren Ende Veränderungen der Schleimhaut, sondern wird auch bei jedem Hustenstoss in die Höhe geschleudert und gegen den vorderen oberen Winkel der Luftröhrenfistel gedrängt. Da nun dieser vordere obere Winkel, namentlich bei der Cricotracheotomie, gebildet wird durch den ganz oder theilweise durchschnittenen Ringknorpel, so muss sich an ihm eine ganz besonders heftige Entzündung etabliren, besonders wenn man auch hier wieder

in Rechnung zieht, dass die hier durchtrennte Schleimhaut bei den erwähnten Infectionskrankheiten in heftiger Entzündung sich befindet und durch das darüber fliessende, allerlei Infectionsträger mit sich führende Secret in Entzündung erhalten wird. Der vordere obere Winkel der Luftröhrenfistel ist überhaupt, wenn ich so sagen darf, der gefährlichste Punkt bei der ganzen Nachbehandlung Tracheotomirter, denn er liegt direct unter dem engsten Punkt des ganzen Trachealrohrs, unterhalb der vorderen Commissur, wo die ganzen Muskelmassen, die den Stimmbandapparat bilden und bewegen, in das Trachealrohr beiderseitig eingelegt sind, wo die straffen, sehnigen Stimmbänder fest mit dem Knorpel verwachsen sind und wo der einzige Knorpel im Verlauf der ganzen oberen Luftwege, der einen geschlossenen, starren, nach keiner Seite eine Ausbiegung gestattenden Ring bildet, sich befindet. Auch der Umstand, dass in diesem Larynxabschnitt die Schleimhaut nur locker angeheftet ist, fällt hierbei in's Gewicht.

Hier im subglottischen Raum localisirt sich jede Entzündung, wegen der hier mächtigsten Gebilde des ganzen Kehlkopfes, am heftigsten; hier staut sich alles aus Lungen und Luftröhre kommende Secret, bevor es die enge Glottis passirt. Es wird also dicht oberhalb der Canüle die Schleimhaut auch durch die Entzündung am heftigsten ergriffen und am stärksten verdickt sein.

Bei der Eröffnung der Luftröhre mit einem linearen feinen Schnitt wird diese verdickte Schleimhaut durch die eingeführte Canüle nach innen gedrängt und legt sich als dicke Längsfalte an beiden seitlichen Wänden der Canüle an.

Diese Seitenwülste der Schleimhaut sind es denn auch, die man bei Jedem, der längere Zeit Canüle getragen hat, wie ein Paar Gardinen vor einem runden Fenster in der Tiefe der Fistel erkennt, und die vor Allem mit die Bildung eines Hindernisses bei der Entfernung der Canüle verschulden.

Es wird aber bei der Einführung der Canüle in das entzündete Kehlkopfröhr nicht nur die Schleimhaut zur Seite geschoben und trägt so zur Verengerung des Lumens bei, auch die zarten Knorpelenden werden nur zu häufig nach innen gebogen, wie das bei einer grossen Anzahl von Sectionsbefunden erwähnt wird. Es entsteht so bei jeder Tracheotomie an der Innenseite der Luftfistel durch die eingeführte Canüle eine Verengerung durch die nach innen resp. zur Seite gedrängten Schleimhaut- und Knorpeltheile. Wenn man sich ein grobes Bild von den Vorgängen machen will, führe man nur einfach seinen Finger durch ein enges Knopfloch; es schiebt sich dann der Stoff, ähnlich wie in der Trachea die Schleimhaut, vor dem eingeführten Finger her und biegt sich nach innen.

Ausser dieser an der Vorderseite gelegenen Verengerung des Lumens finden wir aber regelmässig eine Verengerung an der Rückwand, die dadurch entsteht, dass oberhalb der Canüle an einer Stelle der Schleimhaut, die durch die im Bogen nach abwärts gehende Canüle garnicht erreicht werden kann, die Rückwand sich ganz beträchtlich vorwölbt.

Man hat sich die Entstehung dieser als Sporn in den meisten Fällen von Trachealstenosen beschriebenen Vorwölbungen lange Zeit

nicht recht erklären können, und Störck führt dieselben zurück auf eine an dieser Stelle besonders heftig auftretende Entzündung der Schleimhaut. In Wahrheit verdankt aber diese Hervorwölbung ihre Entstehung auch nur einem Nachtheile der bei uns üblichen Canüle und der am meisten geübten Methode der Tracheotomie.

Es werden nämlich bei der Einführung der Canüle nach Eröffnung der Trachea mit einem linearen Schnitt die C-förmigen Trachealknorpelringe stark auseinandergebogen, um für die Canüle Raum zu schaffen. Es müssen sich also die hinteren freien Enden der C-förmigen Knorpel mit der an ihnen befestigten, der Speiseröhre zugekehrten, nachgiebigen weichen Rückwand der Luftröhre nach dem Lumen der letzteren vordrängen und zwar gerade an der Stelle, die dem Eingang in die Luftröhre gegenüber liegt, also direct oberhalb der nach abwärts strebenden Canüle; auch diese Vorwölbung wird die entzündete Schleimhaut in Längsfalten gegen das Lumen hin vordrängen.

Diese im Vorhergehenden genauer geschilderten, das Lumen der Luftröhre verengernden Prozesse waren es wenigstens in den von mir untersuchten Stenosenfällen, die die Entfernung der Canüle unmöglich machten, denn es fanden sich entweder am unteren Ende der Canüle Granulationen oder ein mehr narbiger Ring, wenigstens in einigen Fällen, bei allen Fällen aber die beschriebenen gardinenähnlichen Schleimhautwülste, die von der durch die Canüle zur Seite geschobenen Schleimhaut der Luftröhre gebildet werden, und dann der durch die Auseinanderbiegung der Knorpel erzeugte Sporn an der Rückwand der Trachea.

Bei den meisten Fällen war die Tracheotomia superior oder Cricotracheotomie gemacht worden, so dass die erwähnten Wülste und der Sporn direct unterhalb der Stimmbänder, also der engsten Partie des Kehlkopfes gelegen waren.

Durch das häufige Einführen beim Wechseln der Canüle und die dadurch bedingten Reibungen des scharfen unteren Randes an der aus Granulationsmasse gebildeten Luftfistel und den Seitenwülsten in der Luftröhre selbst kommt es in Folge des fortwährenden Reizes zu einer ausserordentlich heftigen Entzündung und zur Anhäufung eines beträchtlichen Materials von sehr gefässreichem, weichen, leicht blutenden Granulationsgewebe.

In dieses Granulationsgewebe sind dann die ursprünglichen, normalen Gewebstheile der durchschnittenen Knorpel, die durchtrennten Fascien und Muskeln eingebettet.

Schon nach kurzer Zeit liegt dann die Canüle in einem engen Canal, der mitten durch dieses Granulationsgewebe führt und der eine ausserordentliche Neigung zeigt, sich zu schliessen, so dass ein recht beträchtlicher Druck von allen Seiten gleichmässig auf die Canüle ausgeübt wird.

Da nun die Schleimhaut der oberen Luftwege in allen ihren Theilen, besonders aber in den engeren Canälen, Nase, Tube und Mittelohr und auch im Kehlkopf, auf einen gewissen Druck der Respirationsluft eingerichtet ist und da es in Folge von Stauungen in Blut- und Lymphgefässen sofort zu einer ödematösen Schwellung der Schleimhaut kommt, wenn die Luft nicht mehr durch diese Canäle passirt,

so wird auch in den über der Canüle belegenen Parthien, wenn sie nicht mehr für Luft durchgängig, die Schleimhaut schwellen und das ohnehin verengte Lumen noch mehr einschränken.

Die Durchtrennung der Schleimhaut bei der Tracheotomie ist in vielen Fällen, namentlich wenn bei kleinen Kindern die stark infiltrirten Weichtheile am Halse in drängender Eile rasch durchschnitten werden müssen, keine vollständige, ja, es sind Fälle veröffentlicht, wo nur die Knorpelschicht und die Schleimhaut überhaupt nicht durchtrennt wurde, so dass die Canüle dann zwischen Knorpel und Schleimhaut in die Trachea eingeführt wurde.

In vielen Fällen kommt es jedenfalls vor, dass der obere Vereinigungswinkel der beiden seitlichen, gardinenartigen Schleimhautwülste, also der obere innere Wundwinkel, oft beträchtlich gegen das Lumen der Trachea vorgedrängt wird und förmlich auf der Canüle reitet.

Die obere Wand des Canals für die Trachealcantüle wird gebildet durch die äusseren, geschwellten Weichtheile, dann durch den harten, ganz oder theilweise durchtrennten Ringknorpel und nach innen durch die mehr oder minder geschwellte Schleimhaut der Luftröhre.

Dieser obere Wundwinkel ist nun bei jeder Bewegung der Canüle, namentlich beim Husten, den meisten Insulten ausgesetzt und besonders an der durch den harten Ringknorpel, oder oft auch den unteren Rand des Schildknorpels gebildeten Stelle findet die stärkste Reibung der Canüle mit den durchtrennten Halstheilen statt.

Es kommt an dieser Stelle nun zu einer überaus heftigen, entzündlichen Reizung, das Periost dieser Knorpeltheile wird um das Doppelte und Dreifache verdickt und die Granulationen entwickeln sich hier mit besonderer Heftigkeit. An dieser Stelle entstehen dann die bekannten und gefürchteten Granulationen, die der als Granulationsstenose bekannten Form der Trachealstenose ihren Namen gegeben haben.

Da nun der Druck der Canüle ungefähr der Richtung derselben folgend, von innen nach obenaussen am stärksten ist, wird der innere obere Winkel da, wo der harte Knorpel liegt, am meisten insultirt. Man kann sich leicht davon überzeugen, wenn man die Bänder, die die Canüle halten, durchschneidet, es wird dann die Canüle im Bogen nach oben und aussen beim nächsten Hustenstoss herausgeschleudert.

So kommt es, dass die meisten Granulationen an dieser Stelle nach dem Lumen der Trachea hin, oberhalb der Canüle sich entwickeln.

Da nun, wie oben dargestellt, das Granulationsgewebe, das die Canüle umgiebt, einen von allen Seiten gleichmässigen Druck auf dieselbe ausübt, wird es jeder Biegung der Canüle sich genau anschliessen und jede Lücke derselben mit Granulationen in kurzer Zeit ausfüllen.

So wird namentlich, wenn sogenannte gefensterter Canülen eingelegt werden, durch dieses Fenster sich rasch eine Polypenmasse vordrängen, die das Lumen der Canüle nur zu häufig verlegt.

Diese weichen Granulationsmassen oder Polypen werden dann beim Herausnehmen der gefensterter Canüle sehr häufig unter starken Blutungen mit abgerissen, oder, wie man sagt, guillotinirt.

Es nimmt überhaupt die Form der Fistel in kurzer Zeit die Form der Canüle an.

Um eine ovale Cantüle bildet sich ein ovaler Canal, und wenn man eine dreieckige Cantüle einlegen würde, würde der Canal durch die Granulationsmassen bald eine dreieckige Form annehmen.

Die ganzen Weichtheile um die Cantüle haben eine weiche, elastische, an Gummi erinnernde Beschaffenheit angenommen.

In dem vascularisirten Granulationsgewebe gehen die darin eingebetteten ursprünglichen Gewebe durch Entzündung, Gefäßneubildungen, völlige Erweichung, namentlich der knorpeligen Theile in mehr oder weniger grosser Ausdehnung zu Grunde, so dass wir mit einer eigentlichen Trachea gar nichts mehr zu thun haben, während Necrose der Knorpel, wie von allen Beobachtern angegeben wird, nur sehr selten stattfindet.

Der durch die Cantüle unterhaltene Entzündungsreiz wirkt also ähnlich, nur noch intensiver, wie der durch Kröpfe gegebene Reiz, weil durch die Trennung der Trachea der Erweichungsprocess direct auf die Knorpel einwirken kann.

Bei Untersuchung solcher Fisteln an der Leiche kann man den vollständigen Schwund der Knorpel leicht nachweisen. Ebenso findet man bei der Narbe früher Tracheotomirter sehr häufig mit dem Finger nachweisbare Lücken in dem Knorpel, wenn sich das frühere Granulationsgewebe in narbiges Bindegewebe umgewandelt hat.

Aus dieser Schilderung der Verhältnisse, wie sie bei den meisten Trachealstenosen und bei den Fällen gefunden werden, bei denen das Decantülement erschwert oder ganz unmöglich ist, ersehen Sie, meine Herren, dass es sich in der Hauptsache um Hindernisse handelt, welche durch die Canüle und die Operation selbst hervorgerufen wurden und weniger um ein Fortbestehen jener Respirationshindernisse, die diese wichtige und segensreiche Operation von vornherein nöthig machten.

So fand es sich wenigstens in allen Fällen, die ich in den letzten zehn Jahren in meist recht ausgedehnter Beobachtung und Behandlung hatte und so finde ich es in der zahlreichen Literatur, die ich ziemlich vollständig durchstudirt habe, beschrieben.

Da ich nun in meinem Bestreben, auf unblutige Weise diese Zustände zu heilen, eine Menge Instrumente und Apparate durchprobiren musste, habe ich mir eine ziemliche Erfahrung über Vor- und Nachteile von Cantülen gesammelt, aber aus den oben erwähnten Gründen leider darüber mir kein Urtheil bilden können, welche Formen etwa die beobachteten Missstände mit Sicherheit vermeiden könnten.

Jedenfalls haben mir diese Untersuchungen mit Deutlichkeit gezeigt, dass die in Deutschland üblichen Lürer'schen Cantülen, namentlich die gefensternten, recht häufig Veränderungen in Kehlkopf und Luftröhre erzeugen, die zur Stenosenbildung führen müssen.

Es haben darum auch eine Anzahl namhafter Chirurgen sich mit der Construction von Cantülen beschäftigt, die diese Nachteile vermeiden sollten, es ist aber, soweit mir bekannt, immer nur bei Versuchen geblieben und die Instrumente haben eine allgemeine Einführung nicht erlangt.

Man suchte zunächst dem Rohr eine andere Krümmung zu geben. Ein Kreissegment muss ja bei dem rechten Winkel, den die Achse der eröffneten Trachea mit dem Canal der Luftfistel bildet, von vorn-

herein gewisse Nachteile haben, wenn auch ein im Bogen geformtes Instrument sich relativ am leichtesten einführen lässt.

So hat sich namentlich in England eine von Durham construirte Canüle eingebürgert, die gegenüber der Lüer'schen ganz immense Vortheile besitzt und die ich auch bei der Behandlung von Stenosen in mehreren Fällen mit dem grössten Vortheil verwenden konnte.

Dieselbe besteht aus einem längeren, horizontalen Theile und einem ganz kurzen, fast rechtwinkeligen Bogentheile, der abwärts in die Trachea ragt, so dass der hinteren Trachealwand nicht wie bei der Lüer'schen der scharfe Rand, sondern die glatte Wand der Röhre selbst anliegt. Ausserdem ist das Schild der Canüle durch eine Schraubenvorrichtung an dem längeren horizontalen Theil in ausgiebigster Weise zu verschieben, damit man je nach der Schwellung der Weichtheile die Canüle verkürzen oder verlängern kann.

Der innere Theil der Canüle endigt an seinem untersten Ansatzstück in einem sogenannten Hummerschwanz, so dass er bequem ein- und ausgeführt werden kann.

Durch diese Canüle wird jedenfalls eine Verletzung am unteren Ende mit Sicherheit vermieden.

Es ist diese Canüle daher, soweit mir bekannt, auch in England allgemein eingeführt.

Die Verletzung der hinteren Wand durch Reibungen des Canülenrandes hat Gersuny in Wien auf andere Art zu vermeiden gesucht, indem er eine Canüle construirte, die zwar auch tiefer in die Trachea herabreicht, aber in ihrem Biegungswinkel der Durham'schen ähnlich ist und bei der sich der absteigende Schenkel soweit verjüngt und enger wird, dass ein Berühren des unteren Randes mit der Schleimhaut unmöglich ist. Ausserdem hat diese Canüle noch eine ausserordentlich wichtige Veränderung, die darin besteht, dass der Querschnitt des Rohrs nicht kreisförmig, sondern längsoval ist, so dass bei der Einführung durch den Schlitz der Trachea die Cförmigen Knorpel nicht soweit auseinander gebogen werden müssen und dementsprechend die Bildung des Sporns an der Hinterwand keine so ausgiebige wird.

Es wird dadurch auch der als todter Winkel bezeichnete Raum ausgefüllt, der übrig bleibt, wenn in die schlitzförmige Oeffnung der Trachea ein kreisförmiges Rohr eingeführt wird.

Man hat diesen am oberen und unteren Wundwinkel durch das Einführen des runden Rohrs in den Trachealschlitz entstehenden Raum — den todten Raum — der sich natürlich zunächst mit Granulationen füllen muss, nicht mit Unrecht für die Entstehung von Stenosen, namentlich von Granulationsstenosen verantwortlich gemacht.

Was die Fenster der Canülen anlangt, so sind dieselben ja unentbehrlich, weil durch dieselben bei verstopfter Canüle die Athmung durch den Kehlkopf wieder eingeleitet werden soll, weil man sich ferner durch dieselben von der Durchgängigkeit des Kehlkopfes und der eingetretenen Anschwellung überzeugen muss. Auf der anderen Seite aber erzeugen sie durch die Ermöglichung einer Granulationsbildung die oben erwähnten Missstände.

Man kann nun diese Vortheile der Fenster sehr leicht an einer Canüle, ohne deren Nachteile mit in Kauf nehmen zu müssen, an-

bringen, wenn man statt der Fenster ein feines silbernes Haarsieb einsetzen lässt, an der Stelle und in der Ausdehnung der früher gebräuchlichen Fenster.

Es hat sich namentlich bei Schornsteincantülen gezeigt, dass durch solche sorgfältig gearbeitete Haarsiebe die Luft zwar mit Leichtigkeit dringt, der Schleim aber, ohne durch die engen Maschen zu passiren, herabläuft.

Ich habe bei Sprechcantülen und bei Ventilcantülen häufig und sehr lange solche Haarsiebfenster verwendet, ohne auch nur in einem einzigen Falle einen Nachtheil, speciell eine Granulationsbildung beobachtet zu haben.

Der Nachtheil, den gefensterter Cantülen haben, wird von vielen Beobachtern immer und immer wieder betont, und Störck hat dagegen Cantülen empfohlen, die an Stelle der Fenster eine Anzahl grösserer Löcher enthielten. Die Haarsiebe gestatten aber der Luft noch ausgiebiger den Durchtritt und vermeiden ebenso sicher die Granulationsbildungen.

Ich habe schon erwähnt und es unterliegt keinem Zweifel, dass das häufige Reiben des scharfen Randes der Cantüle beim Wechseln, namentlich am oberen Rand und den Seitenwülsten, diese Theile immer von Neuem reizt und deren Anschwellung verhindert.

Bei der gummiartigen Beschaffenheit des Granulationsgewebes um die Cantüle und der grossen Neigung dieser Theile, sich rasch concentrisch zu verengen, schliesst sich nach Entfernung der Cantüle der Canal oft in wenigen Minuten. Ist daher beim Wechseln der Cantüle nicht eine zweite sofort zur Hand, so wird, namentlich wenn der Arzt nicht selbst den Wechsel vornimmt, der scharfe Rand der Cantüle nur zu häufig durch den rasch verengten Canal gezwängt, es kommt zu Blutungen, Verletzungen, neuen Reizungen und Granulationsbildungen.

Alle diese Nachtheile lassen sich leicht vermeiden, wenn man sich zu jeder Cantüle einen genau passenden, vorn conisch geformten Obturator anfertigen lässt. Man hat dadurch die Cantüle fest in der Hand und kann sie sanft und schonend durch den verengten Canal und die gummiartig elastischen Granulationen bringen.

Es wird daher auch zu jeder Durham'schen Cantüle in England von den englischen Instrumentenmachern ein hummerschwanzähnlicher Obturator geliefert.

Da fast jede Cantüle trotz der sorgfältigsten Ausführung in ihrer Biegung kleine Abweichungen zeigt, müsste man, um leicht gleitende Obturatoren zu haben, zu jeder Cantüle einen besonderen Obturator haben.

Ich habe mir nun auch für die Lüer'sche Cantüle mit Hummerschwanzgelenken und conischen Endstücken versehene Obturatoren machen lassen, die man dann auch bei den Lüer'schen Cantülen verschiedener Grösse benutzen kann, so dass man mit einem oder zwei Obturatoren auskommt. Es war mit diesen möglich, selbst nach fast völligem Verschluss der Fistel, die Cantüle schonend, ohne Blutung und grossen Reiz, selbst nach Tagen wieder einzuführen.

Auch in den Fällen, wo man dem Wartepersonal oder den Angehörigen die eventuelle Wiedereinführung der versuchsweise entfernten

Cantile überlassen muss, leistet ein solcher Obturator unschätzbare Dienste. Ich konnte mich davon in mehreren Fällen auf's Deutlichste überzeugen.

Da ich in allen Fällen, die ich untersuchte, stets die unten genauer geschilderten Seitenwülste fand, auch in den sonst in der Literatur erwähnten Fällen beschrieben finde, war es mir klar, dass eine Operationsmethode, die die Bildung dieser Wülste verhinderte, von grossem Vortheil für die Operirten sein müsse.

Schon früher ist von Tiefenbach eine Operationsmethode angegeben, deren Characteristicum darin besteht, dass man aus der vorderen Wand der Luftröhre ein kreisrundes Stück, genau von der Grösse der einzuführenden Cantile, resecurte. Warum dieselbe nicht allgemeine Einführung erlangte, ist mir nicht bekannt, vielleicht nur, weil dadurch die Dauer der Operation verlängert wurde.

Da aber, wie die Untersuchungen an Leichen beweisen und wie eine Untersuchung an zahlreichen früher Tracheotomirten mittelst Palpationen mir ergeben hat, die vordere Wand der Trachea durch den oben näher geschilderten Erweichungsprocess fast immer zu Grunde geht und später durch narbiges Bindegewebe ersetzt wird, glaube ich, wird dem Patienten kein Schaden zugefügt, wenn man gleich von vornherein, nach gemachter Eröffnung der Trachea, soviel von Knorpel und Schleimhaut der Trachea resecurt, als die einzuführende Cantile Raum beansprucht.

Das Wichtigste wäre, dass die Schleimhaut selbst mit weggenommen wird, damit eben das Hineindrängen der Schleimhaut und die Bildung jener Seitenwülste von vornherein ausgeschlossen ist.

Als ein ausserordentlich passendes Instrument zur Vornahme dieser Resection möchte ich Ihnen das Hartmann'sche Conchotom, ein doppeltes, schneidendes, scheerenförmiges Ringmesser empfehlen, das trotz seines schlanken Baues eine grosse Kraftentfaltung gestattet, zumal wenn man statt der kreisrunden Canüle die ovale Form verwenden würde, wie sie Gersuny seiner Canüle gegeben hat. Das resecurte Stück brauchte garnicht so gross zu sein.

Was das Material für die Canülen betrifft, so wurde mir von allen Instrumentenmachern einstimmig angegeben, dass Silber wegen seiner leichten Bearbeitung und Biogsamkeit bei gleichzeitiger Festigkeit vor allem anderen Material den Vorzug verdiene.

Bei langem Liegen der Canüle, namentlich über geschwürigen Theilen der Fistel, wird jedoch auch dies chemisch verändert und aufgelöst, färbt sich zunächst schwarz durch Bildung von Schwefelsilber, das dann zerbröckelt und herausfällt.

Ein Jeder von Ihnen hat wohl schon solche macerirte, wenn ich so sagen darf, selbst verdaute Canüle entfernt.

Es sind Fälle beschrieben, wo die Granulationen völlig durch die so entstandenen Löcher der Canüle gewuchert waren, so dass die Entfernung nur mit Schwierigkeiten und starken Blutungen möglich war.

So erinnern sich die Herren wohl noch jenes Falles, den Dr. Metzner auf der Naturforscher-Versammlung in Halle im Jahre 1891 in der laryngologischen Section vorstellte, wo eine Canüle, ohne gewechselt zu

werden, 18 Monate gelegen hatte und in Polypenmassen förmlich eingebettet war.

Um das zu vermeiden und um die Canülen zu einem billigeren Preis herstellen zu können, hat man Canülen aus Hartgummi verfertigt; dieselben müssen aber naturgemäss plumper sein, und die kleinen Metallösen und Haken, die man nicht entbehren kann, brechen leicht ab; so wurde immer wieder silbernen und neusilbernen Canülen der Vorzug gegeben.

Canülen und Rohr aus weichem Gummi imbibiren sich leicht mit Wundsecret, schwellen auf und verbreiten dann einen höchst lästigen Geruch, dass man sie oft schon nach 14 Tagen entfernen muss.

Canülen aus Glas, das wegen seiner grossen Reinlichkeit, Reizlosigkeit und Härte sich sonst sehr gut eignen würde, lassen sich in Form der gewöhnlich gebräuchlichen Trachealcanülen nur sehr schwer herstellen, namentlich, wenn man ein inneres Rohr anwenden will.

Die von Mikulicz angegebenen einfachen Glasrohre mit Griff, die nach den Veröffentlichungen seines Assistenten Kümmerl sich sonst gut bewährten, sind wegen ihrer Grösse und starren Form nur nach voraufgegangener Laryngotomie zu verwenden.

Ich habe die ebenfalls von Mikulicz versuchten, gleichgeformten Canülen aus Weichgummi in einzelnen Fällen durch die Trachealöffnung, nachdem ich sie zusammengelegt, eingeführt und mit Vortheil benutzt.

Ich führte dabei den längeren Schenkel zunächst in die Trachea, drückte dann mit einer Kornzange den oberen, kürzeren Theil zusammen und liess ihn sich nach dem Kehlkopf zu wieder entfalten. Der dicke Griff, ebenfalls aus Weichgummi, verschliesst dann die Trachealfistel und der Patient athmet auf natürlichem Wege durch den Mund.

Aber auch diese Canüle zeigt Nachtheile, da sie nach einigen Wochen sich voll Secret saugte und durch ihren üblen Geruch dem Patienten lästig wurde.

In einem Fall bohrte sich das obere Ende unter die Schleimhaut der Stimmblätter, die stark anschwellen und das obere Ende des Rohrs verlegten.

Wenn ich Alles zusammenfassen will, so muss ich sagen, dass die Biegung der englischen Durham'schen Canüle mir den grössten Vorzug zu verdienen scheint, weil sie nicht soweit herabragt und weil eine Verletzung der hinteren Trachealwand durch das Anliegen der Wand des Rohrs und nicht des freien Randes, wie bei den Lühr'schen, sicher vermieden wird.

Zweitens, weil diese Canüle in ihrem Biegungswinkel viel mehr dem Winkel entspricht, den der Wundcanal mit dem eröffneten Trachealrohr bildet, als dies die im Kreissegment gebogene Lühr'sche Canüle thut.

Schliesslich hat, wie bei der obigen Beschreibung erwähnt, die Canüle noch den Vortheil, dass das Schild der Canüle mit dem Rohr nicht starr verbunden ist, sondern dass sich dasselbe an dem längeren horizontalen Schenkel des Rohrs verschieben und durch eine Schraubenvorrichtung feststellen lässt, wodurch man der stärkeren oder geringeren Schwellung der Weichtheile die Länge der Canüle anpassen kann.

Dadurch kann der Druck auf die hintere Wand vermieden, oder wenn derselbe, wie bei Verbiegungsstenosen, gewünscht wird, verstärkt werden.

Auch die Vortheile, die die Gersuny'sche Canüle bietet, müssten nach meiner Meinung bei der Construction neuer Canülenformen mit verwerthet werden, indem man wenigstens dem Theil des Canülenrohrs, der im Wundcanal liegt, statt des kreisförmigen, einen längsovalen Querschnitt giebt.

Durch die ovale Form wurde auch die Granulationsbildung im sogenannten todten Winkel vermieden.

Statt der gefensternten Canüle, die nach meiner Ansicht unbedingt zu verwerfen ist, müsste man den sogenannten Sprechcanülen mit gut gearbeiteten Haarsieben versehene Theile einfügen und diese mit Haarsieben vergitterten Fenster müssten so weit zurückgelagert werden, dass sie in das Lumen der Trachea, auf keinen Fall aber innerhalb des Wundcanals, vor Allem nicht an den inneren oberen Wundwinkel zu liegen kommen.

Eine jede Canüle müsste ferner, um den Reiz beim Wechseln derselben und das Drücken des Wundcanals zu vermeiden, einen konisch geformten Obturator mit festem Handgriff haben, mittelst dessen man dieselbe rasch, schonend und sicher, selbst in stark verengte Wundcanäle wieder einführen kann.

Da jede Canüle aber gewisse Veränderungen im Tracheallumen hervorbringt, selbst bei tadellos ausgeführter Operation, und diese Veränderungen bei längerem Verweilen der Canüle sich nur theilweise zurückbilden, muss man die Eröffnung der Trachea möglichst weit ab von der engsten Stelle des Trachealrohrs, dem Ringknorpel, legen, sodass die Tracheotomia inferior, wenn irgend möglich, gemacht werden sollte.

Es hat sich wenigstens gezeigt, dass in den Fällen, wo Stenosen, speciell Granulationsstenosen beobachtet wurden, fast ausschliesslich die Tracheotomia superior gemacht war.

Es scheint mir fernerhin wichtig, dass bei der Operation der Einschnitt in die Trachea möglichst ausgiebig und der Grösse der einzulegenden Canüle entsprechend gross gemacht wird, und dass die entzündete und verdickte Schleimhaut recht vollkommen durchtrennt wird.

Schliesslich müsste es sich nach meinen Beobachtungen empfehlen, nach gemachtem Einschnitt beiderseits von der vorderen Wand der Trachea soviel zu resequiren, dass ein Einbiegen der Knorpel und ein Hineindrängen der Schleimhaut vermieden wird.

Das oben angeführte Hartmann'sche Conchotom ermöglicht diese Resection von Knorpel und Schleimhaut in zwei raschen, scharfen, runden oder ovalen Schnitten.

Als Material für die Canülen kommt schon wegen der Schraubenvorrichtung und der Haarsiebfenster nur Silber oder Neusilber in Betracht. —

Um über die Lage der Canüle in der Trachea mir Klarheit zu verschaffen, liess ich eine Anzahl Röntgenbilder von Patienten mit Canülen anfertigen. Die sonst sehr gelungenen, im Eppendorfer Krankenhaus gefertigten Bilder gaben aber die gewünschte Aufklärung

nicht, weil der untere Theil der Canüle verdeckt wird durch den massiven Schultergürtel. Die Bilder aber, die von vorn oder vom Rücken her genommen wurden, und die sehr deutlich die Canülen in allen Theilen zeigen, sind deshalb nicht genau, weil ja nur der Schatten der Canüle auf der Platte erscheint, der bei dickeren Hälsen der eigentlichen Lage nicht ganz entspricht.

Oesterreichische otologische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. November 1896.

Vorsitzender: Prof. Politzer.

Schriftführer: Doc. Dr. Pollak.

1) Max stellt einen 29jährigen Mann vor, der in seiner Kindheit Masern, dann in seinem 12. Lebensjahre Scharlach durchmachte. Im Gefolge dieser letzteren Erkrankung trat rechtsseitige Mittelohreiterung auf, die ohne Unterbrechung bis zur jetzigen Behandlung andauerte. Im Sommer 1895 litt Patient durch 8 Tage an starkem Schwindel, der auf Ruhe von selbst sistirte. Im Mai laufenden Jahres traten Magenkrämpfe auf, die nach einer Karlsbader Cur schwanden. Anfangs Juni stürzte Patient plötzlich unter Schwindel bewusstlos zusammen, erholte sich jedoch rasch und konnte sich zu Fusse nach Hause begeben.

Bei der am 3. October stattgehabten Consultation fand Vortragender den ganzen rechten Gehörgang durch einen bis an die äussere Meatusöffnung reichenden, von sehr fötidem Eiter umspülten Polypen ausgefüllt. Die sofort vorgenommene Extraction des nach innen vielfach gelappten, stark blutenden Polypen erzeugt eine rasch vorübergehende Uebelkeit. In den nächstfolgenden Tagen wurden die hauptsächlich an der Peripherie der grossen Trommelfellperforation aufsitzenden Polypenreste durch Chromsäure zerstört. Am fünften Behandlungstage klagte Pat. über öfter des Tags auftretenden Schwindel, der jedoch, wie auch während des ganzen späteren Verlaufes, keinen bestimmten Character aufwies. Am siebenten Tage stiess die untersuchende Sonde auf eine Rauigkeit in der Mitte der medialen Paukenhöhlenwand und nach weiteren vier Tagen, innerhalb welcher die randständigen Granulationen mittelst Chromsäure vorsichtig zerstört wurden, war die ganze mediale Paukenhöhlenwand, die durch die fast totale Perforation — das Trommelfell fehlt bis auf eine den Proc. brevis umgebende kleine Partie — sehr gut überblickt werden konnte, rau anzufühlen und von gelblich weisser Farbe, ähnlich macerirtem Knochen; das Promontorium sowie die Nische zum runden Fenster waren wie an einem anatomischen Präparate zu sehen. Beweglichkeit des freiliegenden Knochens war nicht nachweisbar, Berührung der Steigbügelgegend erzeugte starken Schwindel. Die Stimmgabeluntersuchung ergab am rechten Ohre verlängerte Knochenleitung bei Fehlen der Luftleitung, dasselbe auch für die Uhr. Sprache wird rechts, soweit mit Hilfe des Dennert'schen Versuches zu constatiren, nicht gehört. Eigene Sprache wird rechts wie ein „Echo“ empfunden.

Während dieser Zeit nahm der Schwindel immer mehr zu und wurde am 14. Behandlungstage so stark, dass Patient das Bett hüten musste. Secretion im Ohre minimal und geruchlos. Bis auf Schwindel keine subjectiven Beschwerden.

Allmählig besserte sich der Schwindel, ebenso der seit Monaten darniedergelegene Appetit, und nach 14 Tagen konnte Pat. seinem Berufe (Comptoirist) wieder nachgehen; nur bei raschen Drehungen trat noch manchmal Schwindel auf, welcher Zustand in geringerem Grade noch heute besteht. Facialis war immer intact.

Vortragender stellte nach obigen Befunden die Diagnose auf Labyrinthnecrose resp. Sequestrirung der medialen Paukenhöhlenwand, welcher Ansicht sich auch Herr Prof. Politzer, der pro consilio beigezogen wurde, anschloss. Allerdings stimmten der Stimmgabelbefund, sowie das Tönen der eigenen Stimme des Pat. damit nicht überein.

Noch während Pat. zu Bette war, schien es, als ob der „Sequester“ kleiner würde und sich von vorne und rückwärts her mit Mucosa bedecke. Allmählig schritt nun diese Ueberhäutung weiter vorwärts, die Nische des runden Fensters schwand, das Promontorium zeigte nur noch einen von unten nach aufwärts über seine grösste Convexität ziehenden sehr schmalen Streifen. Auch dieser überkleidet sich mit Mucosa und heute ist nur noch das oberste Ende dieses Streifens als kaum stecknadelkopfgrosse Rauigkeit zu fühlen. Die Secretion ist fast ganz verschwunden. Stimmgabelbefund wie früher.

Max erklärt sich den Vorgang als eine durch die Eiterung hervorgerufene Necrotisirung der hier zugleich Periost substituierenden Mucosa, wobei der dadurch freigelegte Knochen so lange von seinem umgebenden resp. darunterliegenden Knochengewebe mit Blut versehen wurde, bis nach Entfernung des Polypen und Behebung der Eiterung die neue Mucosa wieder in Action treten konnte. Noch länger andauernde Ernährungsstörung würde unzweifelhaft zu tiefer greifender Necrose des Knochens geführt haben. Der Schwindel ist eine Folge von Labyrinthhyperämie. Tuberculose ist bei dem sonst gesunden Patienten ausgeschlossen.

Discussion:

Prof. Politzer spricht sich dahin aus, dass hier eine einfache Entblössung der knöchernen Promontorialwand vorlag, welche durch Extraction des Polypen, der hier entsprang, hervorgerufen wurde. Die Regeneration der Schleimhaut erfolgt in solchen Fällen von den Schleimhauträndern des Substanzverlustes oder durch Auswachsen von Bindegewebe der gefässreichen, von Schleimhaut entblösssten Knochenwand.

Prof. Gruber glaubt, dass die Fälle gar nicht so selten vorkommen, dass einzelne Stellen am Promontorium von der Schleimhaut entblössst sind, sich rauh anfühlen, ohne dass jedoch Caries vorhanden sei.

2) Dr. Ferdinand Alt stellt eine 24jährige Erzieherin vor, die, mit Nephritis behaftet, sich seit einigen Wochen auf der Abtheilung des Herrn Hofrathes Drasche befindet. Aus dem Status seien folgende Punkte hervorgehoben: Oedeme im Gesicht, an den oberen und unteren Extremitäten. Harn sauer, spec. Gewicht 1013, im Sediment

Blasen-, Nierenbecken- und Nierenepithelien, weisse Blutkörperchen, hyaline Cylinder mit Auflagerung von weissen Blutkörperchen, Epithelialcylinder, Essbach 2 pCt. Blutbefund 2680000 rothe, 5581 weisse Blutkörperchen in 1 mm³ Blut, Hämoglobingehalt nach Fleischl 20 pCt.

Am 7. und 8. November klagte Patientin über Kopfschmerz, Schwindel und Nasenbluten. Bis zum 8. November soll sie vollkommen gut gehört haben. In der Nacht zum 9. wurde sie durch Sausen und Brausen im Kopfe aus dem Schlafe geweckt. Sie empfand heftigen Schwindel, so dass sie beim Versuche, sich im Bett aufzusetzen, zurückfiel. Seither soll sie auf dem linken Ohre nicht mehr hören. Die Ohrenuntersuchung ergab: Trommelfell beiderseits normal. Hörvermögen rechts für Sprache und Uhr normal. Links Uhr 0, Flüstersprache 0, laute Sprache in unmittelbarer Nähe, wahrscheinlich von rechts. Weber nach rechts, Rinne rechts positiv, links wird nur die sehr stark angeschlagene C₂-Stimmgabel vor dem Ohre hochgradig verkürzt gehört, vom Warzenfortsatze nach rechts localisirt. Kein Unterschied für hohe und tiefe Töne.

Die ophthalmoscopische Untersuchung ergab: Links: ziemlich zahlreiche, meist kleine Hämorrhagien, besonders im Bereiche der die Macula umkreisenden Gefässe, kleine regellose Schüppchen in der Regio maculae, an den Gefässen keine besonderen Erscheinungen. Rechts: ziemlich starke Trübung in der Netzhaut (Umgebung der Papille unten), spärliche Hämorrhagien, zahlreiche, in sternförmiger Anordnung befindliche gelbe Degenerationsherde. Anamnese, Ohren- und Augenbefund rechtfertigen die Diagnose einer Hämorrhagie in das linke Labyrinth.

3) Prof. Jos. Gruber: Ein Fall von chronischer eitrigiger Mittelohrentzündung mit gleichzeitiger rheumatischer Lähmung des Nervus facialis und trigeminus.

Im October dieses Jahres wurde auf der Klinik des Vortragenden ein 22jähriger Handlungsgehilfe aufgenommen, der seit seinem zehnten Lebensjahre an linksseitiger Otorrhoe litt, die wechselnd sistirte und nach kurzer Zeit wieder exacerbirte. Nach einer Erkältung vor acht Wochen soll der Ohrenfluss besonders heftig aufgetreten sein. Vor drei Tagen ging Patient in's Dampfbad, einen Tag später hatte er sehr heftigen Kopfschmerz und bemerkte, dass sein Mundwinkel schief stehe. Ein herbeigerufener Arzt wies den Kranken in das Spital. Die Untersuchung des Kranken ergab in Kürze: Afebril, kräftig, innerer Organbefund und rechtes Ohr normal. L. O.: An der linken Ohrmuschel, in der Gegend des Tragus und knapp unter dem Antitragus je ein weisses Bläschen vom Character der Herpesbläschen. Profuse Otorrhoe; nach Ausspritzung Gehörgang mittelweit, vorne an der unteren Gehörgangswand ein linsengrosses, scharf begrenztes, eitrig belegtes, bei Sondirung schmerzhaftes, nicht bis auf den Knochen reichendes Gesc.wür. Trommelfell geröthet, geschwellt, Details nicht erkennbar. Perforationsöffnung nicht sichtbar, doch beim Valsalva im hinteren unteren Quadranten diagnosticirbar. Weichtheile über dem Warzenfortsatze unverändert, nicht druckempfindlich. Uhr rechts normal (4 m), links 2 cm. Weber nach links, Rinne rechts positiv; links negativ.

Facialisparalyse links in allen Aesten. Paralyse des linken motorischen Trigemini. (Patient kann links nicht kauen, den Unterkiefer nicht nach links bewegen, beim Aufeinanderbeissen die Contraction des Masseter links nicht wahrnehmbar. Veränderungen der Trommelfellbeweglichkeit wegen der bestehenden Entzündung nicht zu constatiren.) Sensibilität intact.

Die Otorrhoe des Patienten sistirte unter entsprechender Behandlung binnen acht Tagen. Die Herpesbläschen und das Geschwür im Gehörgange (aus einem Herpesbläschen entstanden) gingen rasch zurück, ebenso die Trigemini-Lähmung. Von der Facialisparalyse blieb nach 16 tägiger Spitalbehandlung eine kaum merkliche Schwäche des Mundastes zurück.

Die Exacerbation der seit 12 Jahren bestehenden Otorrhoe, das plötzliche Auftreten einer complete Facialisparalyse unter heftigem Kopfschmerz, die mässige Verengung des Gehörganges hätten in diesem Falle als Indication für die Eröffnung des Warzenfortsatzes gelten können. Dagegen liessen die Lähmung des motorischen Trigeminiastes, die Herpesbläschen im Gehörgange und an der Ohrmuschel, sowie die anamnestiche Angabe des unmittelbar vorausgegangenen Dampfbades die Facialisparalyse als zweifellos rheumatische erscheinen, so dass man von einem operativen Eingriff absehen konnte.

Discussion:

Doc. Dr. v. Frankl fragt an, wann es die Ohrenärzte bei totaler Facialislähmung für indicirt halten, zu operiren?

Urbantschitsch erwidert, die Facialisparalyse sei nur dann eine Indication für die Mastoidoperation, wenn der Warzenfortsatz gleichzeitig erkrankt ist.

4) Dr. D. Kaufmann: Ueber einen Fall von gleichzeitiger, acut aufgetretener Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigemini.

Der Vortragende berichtet über einen gemeinsam mit Herrn Docenten Dr. Lorenz im Sommer d. J. beobachteten Kranken. Ein circa 34 jähriger, stets gesund gewesener Mann erkrankte ohne bekannte Ursache am 20. Juli unter Allgemeinerscheinungen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Kopfschmerz, Temperatursteigerung bis 38,4. Am 25. Juli trat unter Gefühl schmerzhafter Spannung in der linken Gesichtshälfte eine Röthung der Haut der linken Wange auf mit kleinen Bläschen. Prof. Drasche stellte die Diagnose auf Herpes zoster. An demselben Nachmittage hatte Patient intensiven Kopfschmerz, starken Schwindel und wiederholtes Erbrechen, welche Erscheinungen einige Tage anhielten; am 29. Juli trat plötzlich linksseitige complete Facialislähmung mit Geschmackslähmung und Taubheit auf. Dabei waren die inneren Organe vollkommen normal, seitens des Gehirns oder Nervensystems keine Erkrankung nachweisbar (normaler Augenhintergrund). Bei der am 10. August vorgenommenen Ohruntersuchung zeigte sich Trommelfellbild, Nasenrachenraum, Tube, Warzenfortsatz beiderseits normal, rechts gutes Hörvermögen, links Flüstersprache ad concham, laute Sprache kaum $\frac{1}{2}$ m, wobei es gleichgiltig war, ob der linke Gehörgang bei der Hörprüfung mit dem Finger fest verstopft oder offen gelassen wird.

Weber rechts (gutes Ohr), bei leisem Anschlag wird links per Luftleitung weder hohe noch tiefe Stimmgabel gehört. Pat. zeigt starken Schwindel, besonders bei Stehen mit geschlossenen Augen, kann nicht in einer geraden Linie gehen, nicht auf einem Beine stehen.

Die Therapie bestand in interner Darreichung von Jodnatrium 1,0 pro die, Subcutaninjectionen von *Pilocarpinum muriaticum*; auch wurden Hörübungen vorgenommen. Am 27. August war die Facialislähmung bereits vollkommen geheilt, die Hörweite besserte sich in den ersten Tagen für laute Sprache bis auf etwa 2 m und blieb dann auf dieser Stufe stehen. Das Ohrensausen hält an, Schwindel und Ueblichkeiten schwanden vollständig.

Bezüglich der Diagnose glaubt Kaufmann, dass wegen der gleichzeitig bestehenden Affection des 2. Astes des Trigemini (Herpes zoster), des Facialis oberhalb des Abganges der Chorda und der unter Ménière'schen Erscheinungen aufgetretenen Taubheit der Sitz der Erkrankung wahrscheinlich in den Nervenstämmen an der Basis cranii linkerseits angenommen werden müsse. Tumor (vom Knochen, von den Meningeën oder von der Hirnsubstanz ausgehend), Aneurysma, Blutung, Lues, Hysterie, Meningitis könne wohl ausgeschlossen werden; man könnte an rheumatische Affectionen (Bing, Frankl-Hochwart) denken; Dr. Lorenz stellte die Diagnose auf Neuritis, und Kaufmann schliesse sich dieser Meinung an. Zwar betreffe die Neuritis selten die Sinnesnerven (s. Bernhardt, Remak); für Neuritis sprechen die der Erkrankung vorausgegangenen Erscheinungen, der fieberhafte Beginn, das Auftreten von Herpes, der rasche Verlauf, das Zurückgehen der meisten Erscheinungen. Dass gerade die Function des Ohres nicht vollständig wiederhergestellt wurde, mag in der schon von Politzer hervorgehobenen Thatsache begründet sein, dass bei Acousticus-affectionen eine Rückkehr zur Norm selten sei.

Kaufmann erwähnt dann ausführlich die von Hofmann (Zur Lehre von der peripherischen Facialislähmung, deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1894) beschriebenen analogen Fälle, den jüngst veröffentlichten Fall von Toby Cohn, sowie die 3 von Frankl-Hochwart in seiner Monographie (der Ménière'sche Symptomencomplex) berichteten Fälle.

(Erscheint ausführlicher.)

Discussion:

Urbantschitsch hat vor 15 Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet; der Zustand blieb constant bis zum Tode.

Prof. Politzer hat in mehreren Fällen eine eigenthümliche Form von Facialparalyse und Schwerhörigkeit beobachtet. Die Gesichtslähmung tritt mit stechenden, mehrere Tage andauernden Schmerzen in der Tiefe des Ohres auf. Gleichzeitig tritt mit oder ohne subjective Geräusche Schwerhörigkeit verschiedenen Grades ein. Die Affection, die entweder spontan zurückgeht oder durch innerliche Jodbehandlung mit Electricität beseitigt wird, läuft binnen 8 bis 14 Tagen mit Heilung ab. P. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um eine rheumatische Entzündung in dem die Felsenbeinpyramide passirenden Theile des Facialiscanal handelt, bei welcher die Hyperämie auf das benachbarte

Labyrinth fortgepflanzt wird, wodurch die vorübergehende Hörstörung bewirkt wird.

5) Dr. D. Kaufmann: Otagie bei Influenza.

In den letzten Wochen kamen an der Ohrenklinik Politzer sieben Patienten zur Untersuchung, welche über hochgradige Ohrenschmerzen klagten, die unter mässigen Fiebererscheinungen einsetzten, 3—8 Tage vehement anhielten und dann langsam aufhörten. Der objective Ohrbefund (Gehörgang, Trommelfell, Mittelohr, Warzenfortsatz) war stets negativ (nur ein Patient hatte Retraction des Trommelfelles mit Kalkablagerung bei gutem Hörvermögen); keine Ursache für Otagie (cariöse Zähne, Nasen-, Rachen-, Kehlkopffectionen) nachzuweisen. Bei einigen Patienten bestand geringe Schwellung im Nasenrachenraum, die aber noch einige Tage nach Ablauf der Schmerzen andauerte.

Das gehäufte Vorkommen, die hochgradige Schmerzhaftigkeit, bei negativem Befund, der geringe Effect der sonst bei Otagie eingeschlagenen Therapie, die Thatsache, dass zu gleicher Zeit eine Reihe von acuten Otitiden zur Beobachtung kam mit Symptomen, die für Influenza characteristisch angegeben werden, z.B. hämorrhagische Blasen im Gehörgang, Myringitis bullosa, unregelmässiger Verlauf der Entzündungen, frühzeitiges Ergriffensein des Proc. mastoid. bei schweren Allgemeinerscheinungen u. dergl. führten Kaufmann zur Vermuthung eines Zusammenhanges zwischen Otagie und Influenza. Er hatte dann Gelegenheit, an der Klinik Neusser eine Patientin zu untersuchen, welche in den letzten Tagen des October plötzlich mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Gliederschmerzen und Kältegefühl erkrankt war, dann trat Schüttelfrost auf, 4 Tage später Hustenanfälle, am 9. November heftige Schmerzen besonders im rechten Ohr. Ohrbefund vollkommen normal, geringe Druckempfindlichkeit an den Austrittsstellen des 2. u. 3. Trigeminusastes rechts. Bei der bacteriologischen Untersuchung des Sputums zeigten sich Influenzabacillen, theils intracellulär, theils extracellulär; die Influenzabacillen wurden auch culturell nachgewiesen.

Nach Mittheilungen seitens Dr. Hammerschlag's erwähnt dann Kaufmann einen Fall, dass in einer Familie ein Kind an einer Influenzaotitis erkrankte und gleichzeitig das Dienstmädchen an schwerer Otagie mit Allgemeinerscheinungen litt, welche trotz Extraction zweier Zähne etwa 8 Tage anhielt. Analoge Fälle habe er auch von anderen Aerzten erfahren.

Kaufmann glaubt demnach annehmen zu dürfen, dass es sich bei diesen Kranken um eine unter der Form von Otagie auftretende Influenzainfection handle, welche für sich allein oder neben anderen Symptomen der Influenza vorkomme, unter Fieber und leichten Allgemeinerscheinungen beginne, 3—8 Tage andauere, langsam abnehme, manchmal mit Zurücklassung von einige Tage noch anhaltenden Allgemeinerscheinungen. Dafür könne vielleicht auch die Thatsache herangezogen werden, dass die Influenza sehr häufig Neuralgien (besonders im Trigeminus) hervorrufe. Interessant sei in dieser Beziehung auch der von Voges berichtete Fall (Berliner klinische Wochenschrift 1894). Ein Patient litt 14 Tage lang an intensivem Kopfschmerz und Fieber, begleitet von wüthenden, anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Gegend der rechten Highmorshöhle und des rechten Ohres.

Allmählig verbreitete sich über den ganzen Körper eine sehr stark ausgeprägte Hyperästhesie, so dass die leisesten Berührungen ein schmerzhaftes Zusammenzucken des ganzen Körpers hervorriefen. Als dann, 12 Tage nach Beginn der Erkrankung, einige Ballen eines grün-gelben Sputum ausgeworfen wurden, wurde in demselben nahezu eine Reincultur von Influenzabacillen gefunden.

Der Vortragende erwähnt dann die im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin ausgeführte Arbeit von Cantani jun. über die Wirkung der Influenzabakterien auf das Nervensystem, aus welcher hervorgehe, dass die Influenzabakterien ein intercelluläres Gift bilden, welches in erster Linie auf das Centralnervensystem besonders schädlich einwirke.

In der Literatur über die durch Influenza bedingten Erkrankungen des Ohres findet sich wohl allgemein die intensive Schmerzhaftigkeit der Entzündungen bemerkt. Politzer schreibt, „es kommen sogar Fälle vor, in welchen nach Ablauf der Eiterung neuralgische Schmerzen mit dem Character der Otalgie zurückbleiben“; allein die Thatsache, dass ohne jeden Entzündungsprocess im Ohre Otalgien gleichsam als eine abortiv verlaufende Form der Influenza epidemisch vorkommen, sei — wie Kaufmann glaube — nicht erwähnt.

Discussion:

Urbantschitsch sah Fälle von Schmerzen im Ohre, die sich nach Abtragung der unteren Nasenmuschel verloren.

v. Frankl hat vor 3 Jahren einen ähnlichen Fall beobachtet, der ihm jetzt erklärlich ist.

6) Dr. G. Brühl spricht über die Versuche, welche er an 21 Patienten der Klinik Politzer mit englischen Schilddrüsentabletten gemacht hat. Von 14 in dauernder Behandlung und Beobachtung gebliebenen Patienten blieben acht subjectiv wie objectiv ungebessert; geringe Hörschwankungen und Steigerungen wurden nicht als Erfolg betrachtet. Von den bleibenden sechs wurden vier mit befriedigendem, zwei mit sehr gutem Resultat behandelt; im besten Fall, der durch eine ausgesprochene Hyperämie der Promontorialwand characterisirt war, stieg die Hörweite von $\frac{1}{2}$ —7 m für laute Sprache, Acumeter von 10 cm auf über 100 cm; auch subjectiv wurde bedeutende Erleichterung angegeben. Es wurden anfänglich eine Pastille gegeben, dann bis auf drei gesteigert, nach vier Wochen eine einwöchentliche Pause und dann noch einmal die Behandlung eingeleitet; während der ganzen Zeit wurde kein anderes Heilverfahren angewandt. Die Wirksamkeit der Schilddrüsenbehandlung bei adhäsiven Mittelohrprocessen sucht Vortragender in dem Jodgehalt der angewandten Präparate oder in einem functionellen Zusammenhang der Schilddrüse mit dem Gehörorgan. Dass in der That ein solcher besteht, beweisen die gleichzeitigen Erkrankungen beider beim Myxödem, Struma. Es bleibt abzuwarten, ob dieser supponirte Zusammenhang für die sichere Erkrankung des Mittelohres von Einfluss ist. Indicirt hält Vortragender den Versuch der Schilddrüsentherapie bei solchen Mittelohrprocessen, wo man noch rückbildungsfähige Veränderungen vermuthen kann. Schädlichen Einfluss hat Vortragender bei einer Verabreichung von ca. 2000 Pastillen nicht gesehen; Herzaffectionen gelten als Contraindication.

Discussion:

Dr. F. Alt hat im Auftrage des Herrn Prof. Gruber gleichfalls therapeutische Versuche mit Thyreoidintabletten bei Mittelohraffectionen angestellt und constatirt unter Citirung specieller Fälle sehr befriedigende Resultate bei Kranken, bei welchen vorher durch längere Zeit ohne jedweden Erfolg die verschiedensten in Betracht kommenden Heilversuche zur Anwendung gelangten. Er schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden vollkommen an und empfiehlt, auch bei Residuen eitrigiger Mittelohraffectionen, bei welchen die wuchernde Paukenschleimhaut schliesslich narbige Veränderungen eingeht, eine Rigidität der Gehörknöchelchenkette, eine Fixirung der Stapesplatte, eine Ausfüllung des runden Fensters herbeiführen kann — Veränderungen, die denen bei schweren catarrhalischen Mittelohrprocessen ganz analog sind —, Thyreoidintabletten zu versuchen.

Prof. Politzer ist der Ansicht, dass die erzielten Resultate geeignet sind, zu weiteren Versuchen aufzumuntern, möchte aber vor zu sanguinischen Hoffnungen warnen, und empfiehlt die Evidenzhaltung der gebesserten Fälle, denen fortgesetzte, längere Beobachtung zeigen wird, ob die Besserung eine bleibende oder vorübergehende ist. Brühl schliesst die Discussion, indem er nochmals hervorhebt, dass seine therapeutischen Versuche eben nur als Versuche aufzufassen seien, und dass bei einem Zusammenhang der erkrankten Schilddrüse und des Gehörorgans sicher nach einiger Zeit eine neue Thyreoidicur nöthig werden würde. Der Vortrag erscheint ausführlich in einer der nächsten Nummern dieser Monatsschrift.

7) A. Politzer: Symptomlos verlaufende, hartnäckige Mittelohreiterung nach Influenza. Heilung nach Eröffnung des Warzenfortsatzes.

P. stellt ein 32jähriges Mädchen vor, das im Februar dieses Jahres während eines Influenzaanfalles an einer rechtsseitigen eitrigem Mittelohrentzündung erkrankte. Der profuse eitriche Ausfluss aus dem Ohre konnte trotz mehrmonatlicher consequenter antiseptischer Behandlung nicht beseitigt werden. Die Untersuchung ergab eine kleine Perforation in der unteren Hälfte des Trommelfells, leicht wegsame Ohrtrompete, keinerlei Anzeichen einer Caries oder Granulationsbildung in der Trommelhöhle und am Trommelfell. Warzenfortsatz weder spontan noch bei Druck empfindlich, auch sonst keinerlei subjective Beschwerden. Aus der profusen, jeder Therapie trotzen Otorrhoe schloss P., dass die hartnäckige Mittelohreiterung durch eine Abscesshöhle im Warzenfortsatze unterhalten werde und entschied sich trotz Mangels anderweitiger Symptome eines Warzenfortsatzabscesses für die Aufmeisselung des Processus mastoid. Bei der am 14. October auf der Klinik P.'s ausgeführten Operation kam man schon nach einigen Meisselschlägen auf eine Eiter und Granulationsgewebe enthaltende geräumige Höhle im Warzenfortsatz, nach deren Ausräumung mit dem scharfen Löffel keine Communication der Abscesshöhle mit dem Antrum mastoid. nachgewiesen werden konnte. Auf die Erfahrung gestützt, dass in solchen Fällen auch ohne Eröffnung des Antrum mastoid. die Eiterung in das Trommelfell sistirt, wurde auch hier das Antrum nicht eröffnet

und nur die Wandhöhle jeden 5.—6. Tag mit Jodoformgaze tamponirt. Schon einige Tage nach der Operation war eine Verminderung der Otorrhoe bemerkbar und 14 Tage nach der Aufmeisselung war jede Spur der Mittelohreiterung verschwunden. Es besteht gegenwärtig nur noch eine kleine, nadelstichgrosse Perforation, die sich wahrscheinlich in kurzer Zeit schliessen wird. Die Wundhöhle im Warzenfortsatze ist bis auf einen kleinen Rest mit Granulationsgewebe ausgefüllt. Dieser Fall bietet insofern ein klinisches Interesse, als trotz mehr als achtmonatlicher Dauer der Erkrankung keinerlei objective und subjective Merkmale eines Warzenfortsatzabscesses bestanden und als die Anwesenheit eines Abscesses aus der hartnäckig andauernden Mittelohreiterung erschlossen wurde. Der Fall zeigt uns ferner den wichtigen Einfluss abgetrennter Warzenfortsatzabscesse auf die Fortdauer der Eiterung in der Trommelhöhle, da nach Beseitigung des Abscesses die Eiterung in kürzester Zeit sistirte, trotzdem das Antrum operativ nicht eröffnet wurde.

II. Kritiken.

Die Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre. Von Dr. Philipp Schech, Professor an der Universität München. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1897. 283 Seiten.

Mit dem vorliegenden Buche vervollständigt Schech ein eigenes Werk über die Krankheiten der gesammten oberen Luftwege, nachdem schon vor 12 Jahren der andere Theil, Rachen, Mund und Nase umfassend, zum ersten Male aufgelegt worden ist. Schech's neues Buch tritt gleichzeitig in die Lücke, welche durch Gottstein's Tod im laryngologischen Lehrmateriale entstanden ist.

Schech hat den Stoff ganz im Schema jenes seines früheren Bandes eingetheilt, nämlich nach Vorausschickung der grundlegenden Vorschule die Krankheiten nicht mehr alle in einzelnen losen Capiteln, sondern, wo es anging, unter Sammelbegriffen gruppiert nach dem kennzeichnendsten Punkte bei der heutigen Definition. Wir finden demnach einerseits die Syphilis, Tuberculose u. A. in eignen Abschnitten, andererseits in gemeinsamen die „Anomalien der Circulation“ in ihrem erweiterten Begriffe bis zum Icterus, die als „Laryngitis chronica“ zu Hypertrophie oder zu Atrophie führenden chronischen Entzündungen, die verschiedenen „pseudomembranösen“ und „exsudativen“ Laryngitiden, die Gelenkkrankheiten, die seltenen mit Vorzug chronischen Infectionskrankheiten (Lepra, Lupus etc.). Diese Eintheilung ist jedenfalls heute als sehr practisch zu bezeichnen, weil sie dem Lernenden rasch zeigt, welcher Art Krankheiten er begegnen wird, dann aber auch, weil diese Sammelbegriffe nichts präjudiciren, wie das beispielsweise eine Eintheilung in primäre und secundäre Krankheiten that. — Die Luftröhre ist nur soweit berücksichtigt, als sie ein laryngoscopisch-therapeutisches Interesse bietet, die Speiseröhre gar nicht.

Das Buch ist nominell für die Studirenden und practischen Aerzte bestimmt; dieselben finden zahlreiche, scharfgeschnittene Bilder von

Instrumenten und Kehlkopfansichten und eine ausserordentlich inhaltsreiche klare Schilderung; die vielfachen Autorenbelege und ein gewähltes Schriftenverzeichnis fördern das eingehendere Studium. Auch der Laryngologe vom Fache wird das Buch eines so bewährten Practikers und Forschers im eigenen Gebrauche hochschätzen. Hat es Schech auch absichtlich vermieden, so zu sagen seine Biographie als Laryngologe zu schreiben, so giebt er doch allenthalben Gelegenheit, seine persönliche Anschauung zu erkennen. So spricht sich Schech für die Existenz catarrhalischer Geschwüre und eines genuinen Croup, für das gleichzeitige Auftreten mehrerer Fibrome im Kehlkopfe, für das Vorkommen breiter Condylome im Kehlkopfe, für den erweiterten Begriff des Kehlkopfhustens — gegen die idiopathische Perichondritis, gegen die Nothwendigkeit einer Anämie bei Kehlkopftuberculose, gegen die einseitige hysterische Lähmung, gegen die Existenz einer granulösen Laryngitis aus. Sehr belehrend sind noch besonders die therapeutischen und balneologischen Notizen.

Dr. Hugo Bergeat.

III. Referate.

a) Otologische:

Otitischer Gehirnbrunnensecess im linken Temporallappen. Optische Aphasie. Eröffnung durch Trepanation. Heilung. Von Professor E. Zaufal, nebst topisch-diagnostischen Bemerkungen von Prof. Arnold Pick. (Prager med. Wochenschrift XXI, No. 5, 6, 8, 9, 1896.)

In Zaufal's Klinik trat im September vorigen Jahres eine 25jährige Patientin mit linksseitiger, acuter eitrig-er Mittelohrentzündung, welche von continuirlichem, starkem Kopfschmerz begleitet war, in Behandlung. Schon in den ersten Tagen des Spitalsaufenthaltes trat Pulsverlangsamung, rechtsseitige Facialisparese, Benommenheit des Sensoriums, Sprachstörung (Patientin erkennt vorgehaltene Gegenstände, indem sie davon den Gebrauch angiebt, kann jedoch die Bezeichnung nicht nennen), subnormale Temperatur und schliesslich Parese der rechten oberen und unteren Extremität auf. Der ophthalmoscopische Befund zeigte ausser venöser Hyperämie nichts Abnormes. Es wurde die Diagnose auf einen otitischen Abscess im linken Schläfelappen gestellt und die Operation beschlossen. Professor Pick diagnosticirte, localer Herd im linken Schläfelappen in der Gegend der 2. und 3. Temporalwindung mehr nach rückwärts und in der Marksubstanz.

Zaufal legt das ganze Planum temporale und den Proc. mastoid. frei. Der Sinus wird blossgelegt und erweist sich normal, der Warzenfortsatz zeigt Veränderungen, wie sie bei einer im Rückgange begriffenen Otitis med. ac. vorkommen. Die mittlere Schädelgrube wird eröffnet durch Anlegung einer silberguldengrossen Lücke in der Schuppe mit Heranziehung des oberen Randes des äusseren Gehörganges. In-

cision der gesunden Dura, das Gehirn prolabirt, bietet das Gefühl der Fluctuation, Punction mit einem Explorativtroikar, nach Durchsetzung einer 1½ cm dicken Gehirnschichte entleert sich grünlich gelbe seröse Flüssigkeit und dann dicker gelber, nicht übelriechender Eiter. Spaltung der betreffenden Hirnpartien, Entleerung des Eiters, Ausspülung der hühnereigrossen Höhle mit Sublimat und Borsäurelösung, Einführung von Jodoformgaze, Verband. Afebriler, normaler Verlauf. Schon nach 3 Tagen sind die Sprachstörung, die Parese des rechten Facialis und der oberen und unteren Extremität geschwunden. Die locale Affection des Ohres ging sehr bald zurück. Nach sechsmonatlichem Spitalsaufenthalte wurde Patientin geheilt entlassen.

Professor Pick stützte seine Diagnose auf die optische Aphasie und die geringgradige Paraphasie, welche bei der Kranken bestanden. Erstere wies auf eine Läsion der Bahn zwischen Occipitallappen und Sprachcentren hin — Verlust der Verbindung der optischen Begriffscomponente des Objectes mit dem Wortbegriff desselben —, letztere sprach für den Sitz im Temporallappen, zumal eine Läsion der Insel ausgeschlossen werden konnte.

Dr. Alt.

Un caso di „cornu cutaneum auriculare“. Von Dr. Coosemans.
(Bolletino delle malattie dell' orecchio, della gola e del naso, 1896, No. 9.)

Im Juni 1895 stellte sich dem Autor ein 71jähriger Mann vor mit einem Tumor am rechten Ohre. Die Krankheit begann vor ungefähr einem Jahre, zuerst trat eine kleine Verhärtung auf, welche der Patient mit dem Nagel mehrere Mal abkratzte, und stets eine Blutung hervorrief. Doch kehrte das Neugebilde stets nach einem Monat wieder zurück und erreichte seine gegenwärtige Grösse im Januar 1895. Der Tumor sitzt an der oberen Hälfte der äusseren Fläche der rechten Muschel nahe dem Antihelix, er hat eine Höhe von 15 mm, eine Circumferenz von 45, und einen Durchmesser von 15 mm; die Umgebung ist weder entzündet noch irritirt, schmerzlos, doch Druck auf die rechte Kopfseite macht den Tumor etwas empfindlich. Derselbe wurde einfach von seiner Basis entwurzelt, dann energisch mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, thermocauterisirt und mit Jodoformgaze verbunden. Heilung erfolgte nach 23 Tagen. Der Fall wurde dem internationalen otologischen Congresse in Florenz vorgestellt, man sah damals nur eine oberflächliche, glatte, wenig erhabene Narbe. Die microscopische Untersuchung ergab ein Neoplasma, bestehend aus einem Conglomerat von epidermoidalen Zellen, welche statt horizontal, perpendicularär gewachsen sind.

An die Mittheilung dieses seltenen Falles knüpft V. erschöpfende historische Daten. Im Ganzen sind vier Fälle publicirt, wo das Neugebilde an der Ohrmuschel sass, nämlich Fälle von Buck, Burnett, Pomeroy und Mac Bride, deren Mittheilungen wörtlich citirt sind; der des Verf.'s ist der fünfte.

Lichtenberg.

Die chronische Anämie des Labyrinthes und die Probe mittelst des Amylnitrites. (*L'anémie chronique du labyrinthe et l'épreuve du nitrite d'amyle.*) Von Dr. Marcel Lermoyez. (*Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 5. Mai 1896 u. Annales des mal. de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.*)

Verf. kommt am Schlusse seiner Arbeit zu folgenden Betrachtungen: 1) Es bestehen dauernde Störungen der Circulation im Labyrinth, welche mit oder ohne Mittelohrerkrankungen verlaufen und die bekannte Triade der Ohrenleiden hervorrufen: Taubsein, Schwindel, Ohrensausen; 2) diese Circulationsstörungen sind in zwei Haupttypen zu theilen: chronische Hyperämie und chronische Anämie; 3) obgleich diagonal entgegengesetzt, rufen diese zwei Zustände doch dieselben Symptome hervor; 4) die Differentialdiagnose ist also schwer zu stellen und dennoch ist sie absolut nothwendig wegen der anzuwendenden Therapie, welche ja auch in beiden Fällen sehr verschieden ist; 5) sie ist nur möglich durch Anwendung des Amylnitrits, welches bis jetzt in der Otologie nur als empirisches Mittel gegen das Ohrensausen angewandt worden ist; 6) das Einathmen von Amylnitrit bringt ein rasch eintretendes jedoch vorübergehendes Aufhören aller Symptome im Gehörorgane hervor, wenn es sich um Anämie handelt; handelt es sich aber um Hyperämie, so steigert dieses Einathmen alle Symptome. Dieser Versuch, der durchaus unschädlich ist, hat einen so grossen diagnostischen Werth wie der Catheterismus bei Verstopfung der Eustachi'schen Trompete; 7) wenn die Anämie auf diese Weise erkannt ist, so soll man selbe durch eine vasodilatatorische Medication zu heben suchen: es sollen öfters wiederholte Amylnitritinhalationen oder besser noch Trinitin durch den Mund angewandt werden. Diese Behandlung muss verbunden werden mit der pathogenen Behandlung der labyrinthischen Anämie, wenn man deren Ursache auffinden kann. Dr. P. K.

b) Rhinologische:

Die tuberculösen adenoiden Vegetationen. (*Les végétations adénoïdes tuberculeuses.*) Von Dr. Marcel Lermoyez. (*Presse médicale 1895, Octobre, No. 52.*)

Anfangs mit den adenoiden Vegetationen im Allgemeinen verwechselt, muss man selbe doch streng davon trennen; letztere erklären das Fehlen des gewünschten Effectes nach der Operation adenoider Vegetationen, welche man als gewöhnliche nicht tuberculöse betrachtete. Auf 17 Fälle von adenoiden Vegetationen kann man einen tuberculösen annehmen. Die rationelle Behandlung solcher tuberculöser adenoider Vegetationen fasst Verf. in folgenden Punkten zusammen: 1) Wenn letztere nicht stark entwickelt sind, so soll man nicht operiren; die interne Behandlung muss aber desto energischer sein; Meerluft, salinische Bäder, Leberthran und Ueberernährung. 2) Sind die tuberculösen Vegetationen stark entwickelt, so soll man selbe so vollständig als möglich operiren und dann die interne Behandlung einleiten.

Dr. P. K.

Verhältniss der primären fibrinösen Rhinitis zu diphtheritischen Pseudobacillen. (Sur les rapports de la rhinite fibrineuse primitive et du pseudobacille diphthéritique.) Von Dr. Gerber und Dr. Podack. (Deutsches Archiv für klinische Medicin und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No 1.)

Gemäss den klinischen Untersuchungsmethoden sowohl wie den bacteriologischen muss man eine diphtheritische und eine einfache Rhinitis fibrinosa annehmen. Die Arbeit wird am Besten im Original nachgelesen.
Dr. P. K.

Sarcom der Nasenhöhlen; Ligatur der beiden Carotides externae; grosse Besserung. (Sarcome des fosses nasales; ligature des deux carotides externes; grande amélioration.) Von Dr. Ledermann. (Medical Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Der Tumor selbst war nicht zu operiren, deshalb hat man die beiden äusseren Carotiden unterbunden. Nach 6 Monaten war der Tumor um $\frac{2}{3}$ vermindert und mehr fibröser Natur. Die Besserung war so auffallend, der Allgemeinzustand hatte so gewonnen, dass man von der Radicaloperation, welche jetzt möglich gewesen wäre, absah. Verf. bringt zwei andere Beispiele aus der Literatur, wo nach Ligatur Besserung eintrat.
Dr. P. K.

Ein aus Phosphaten gebildeter Nasenstein mit einem Kirschkern als Inhalt. (Rhinolithe phosphatique formé sur un noyau de cerise.) Von Dr. Polo. (Société française de laryngologie et d'otologie, séance du 7 Mai 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 6.)

Bei einer 54-jährigen Frau hatte ein Nasentumor locale und allgemeine Erscheinungen hervorgerufen, welche an eine maligne Geschwulst denken liessen; er sass nach hinten im Meatus medius und schien von hinten nach vorne dorthin gelangt zu sein. Es war ein Kirschkern, dem eine Kruste auflag, welche aus phosphorsaurem und kohlensaurem Kalk ohne Chloride bestand.
Dr. P. K.

Acute Form von Rhinolaryngobronchitis pseudomembranacea primitiva. (Forme aigue de rhinolaryngobronchite pseudomembraneuse primitive.) Von Dr. J. Glover. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Seltene Fälle, welche nicht gehörig beschrieben sind. Die bis jetzt beschriebenen Fälle sind entweder Bronchitis pseudomembranacea diphtheritica oder Bronchitis fibrinosa mit Pneumococcen gewesen, es handelte sich also in den angegebenen Fällen um eine Infection mit Löffler'schen oder Pneumococcenbacillen. Der hier erwähnte Fall war aber eine essentielle primäre Erkrankung, wo man keine primäre Infection nachweisen konnte. Verf. fand nur einen einzigen ähnlichen Fall in der Literatur. Verf. giebt die genaue Beschreibung seines Falles, welcher tödtlich endete, nebst Abbildungen; der pathologisch-anatomische Befund ist besonders sehr genau angegeben und lehrreich.

Bei diesem Fall nimmt Verf. eine hereditäre Anlage an; bei allen ähnlichen infectiösen Fällen fand man frühere Lungenaffectionen und den sogenannten Arthritismus. Auffallend ist, dass nie Abgüsse der obersten Luftwege ausgeworfen wurden. Eine Infection konnte nicht nachgewiesen werden.

Dr. P. K.

c) Pharyngo-laryngologische:

Fibrinöse Entzündung des Pharynx und der Mandeln. (Angine et pharyngite fibrineuse.) Von Dr. Boerger. (Münchener med. Wochenschrift und Revue de laryngologie 1896, No. 24.)

Verf. beschreibt ein solches Beispiel, wo die Lungen absolut intact waren. Das Fieber war insofern interessant, weil es gerade demjenigen der genuinen fibrinösen Pneumonie entsprach.

Dr. P. K.

Ueber Mandelhusten. (La toux amygdalienne.) Von Dr. Furet. (Société française d'otologie et de laryngologie und Revue de laryngologie 1896, No. 30.)

Der Reflex geht in den meisten Fällen vom Larynx aus, wie bekannt. In einzelnen Fällen kann er vom Uterus, von der Nase, vom Ohr, von der Leber oder von der Mandel ausgehen. Die Innervation der Mandel erklärt sehr leicht das Phänomen, wenn es von der Mandel ausgeht. Dann ist der Husten anfallsweise, heftig, manchmal beängstigend, ohne Auswurf, Thränen hervorrufend; er tritt ein, sobald man die Mandel berührt; cocainisirt man die Mandel vorher, so tritt bei Berührung der Reflex nicht ein. Verf. giebt vier Fälle, wo nach selbst nur theilweiser Exstirpation Heilung eintrat.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Mandelsarcom; Tod durch Ligatur der Carotis in dem einen Fall; Recidive und Tod in dem zweiten Fall. (Deux cas de sarcome de l'amygdale; mort par ligature de la carotide dans l'un; récidence et issue fatale dans le second.) Von Dr. Emery Lanphear. (The New-York med. Journal und Revue de laryngol. 1896, No. 11.)

Der Titel sagt Alles.

Dr. P. K.

Epileptische Krämpfe und Mandelhypertrophie. (Crises épileptiformes et hypertrophie des amygdales.) Von Dr. Boulay. (Société française de laryngologie, séance du 4 Mai 1896 und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 6)

Es ist eine der seltensten Complicationen der Mandelhypertrophie, während gewöhnlich nur Husten, Glottiskrampf, Asthma etc. dadurch entstehen, und letztere noch seltener bei Mandelhypertrophie als bei adenoiden Vegetationen. Verf. giebt die Krankengeschichte eines 12jähr. Knaben, welcher seit zwei Jahren an nächtlich auftretenden und fünf Minuten andauernden epileptischen Anfällen litt. Die enorm entwickelten Mandeln wurden exstirpirt und die epileptischen Anfälle hörten auf.

Noch bestehende adenoide Vegetationen wurden später operirt. In diesem Falle wirkten die hypertrophischen Mandeln ebenso, wie manchmal Fremdkörper im Ohr und gewisse Nasenleiden wirken: es entstehen dadurch epileptische Anfälle.

Dr. P. K.

Leichte Methode, gewisse Abscesse der Mandelumgebung zu eröffnen.

(Un procédé facile pour ouvrir certains abcès périamygdaliens.)
Von Dr. Killian. (Semaine médicale 1896, No. 38.)

Die meisten dieser Abscesse haben ihren Sitz in der Grube oberhalb der Mandel, welche Grube durch das Auseinanderweichen der beiden Gaumenbögen einerseits gebildet wird. Um diese Grube genau zu besichtigen, lässt man den Patienten die Zunge herausstrecken, drückt selbe mit dem Spatel nieder, man drückt die Lippencommissur der gesunden Seite nach hinten und lässt den Kopf sich nach der Schulter der kranken Seite hinneigen. Wenn der Abscess eine gewisse Ausdehnung erlangt hat, so sieht man statt einer Vertiefung eine halbkugelige Hervorwölbung der betreffenden Stelle. Statt eines Messers nimmt man nun eine starke Sonde, cocainisirt die betreffende Stelle und untersucht durch Druck nach oben und aussen die betreffende Stelle. Das mürbe Gewebe giebt leicht nach und man gelangt in die Abscesshöhle. Nun geht man mit einer Pincette ein und dilatirt, welche Operation man am anderen Tage wiederholt. Dabei giebt man antiseptische Gurgelwasser.

Dr. P. K.

Zwei Fälle von Insufficienz des Velum palatinum. (Deux cas d'insuffisance vélopalatine.) Von Dr. L. Egger. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Dieser zuerst von Lermoyez gebrauchte Ausdruck bedeutet eine angeborene Verkürzung des harten Gaumens, so dass der freie Rand des Gaumensegels die hintere Pharynxwand nicht in normaler Weise berührt; dabei ist der weiche Gaumen selbst aber normal. Die Stimme ist näseld, geschluckte Flüssigkeiten kommen leicht zur Nase heraus: diese beiden Symptome bestehen von Jugend auf und vergebens sucht der Arzt nach einer Perforation oder Lähmung; er findet aber nur, dass das Gaumensegel die Rachenwand nicht berührt. Seiner Zeit hat Lermoyez 12 solcher Fälle, Castex 1 Fall und der Verf. giebt zwei neue Beispiele, deren Krankengeschichte er giebt. In allen Fällen ergab die Messung des harten Gaumens eine Verminderung der normalen Grösse. Das Leiden ist als Bildungshemmung zu betrachten.

Dr. P. K.

Einfluss der doppelseitigen Ovariectomie auf die Stimme. (Effet de l'ablation des ovaires sur la voix.) Von Dr. Castex. (Revue de laryngologie 1896, No. 28.)

Auf sechs Beobachtungen sich stützend, kommt Verf. zu der Einsicht, dass im Allgemeinen die Castration bei Frauen keinen directen schädlichen Einfluss auf die Stimme hat. Indirect kann die Operation schaden, indem selbe Dyspepsie, Congestionen, Hypochondrie, Eventration hervorbringt und auf diese Weise die Stimme etwas beeinträchtigt.

Dr. P. K.

Behandlung des hysterischen Stummseins mittelst Aetherisation.

(Traitement du mutisme hystérique moyennant l'étherisation.)
Von Dr. Carlo Gioffredi. (Gazzetta degli ospedali e delle cliniche und
Revue de laryngologie 1896, No. 22.)

In vielen Fällen von hysterischem Stummsein muss man an eine Parese der der Stimmarticulation vorstehenden Corticalzellen denken; in anderen muss man an gesteigerte Function der Centren glauben; diese letzteren zeichnen sich dadurch aus, dass die im Wachsein unmöglich gewordene Sprache während des Schlafes möglich wird, wenn also das Centrum nicht wirkt. Dasselbe Resultat erlangt man nun während der ersten Phase der allgemeinen Anästhetica; namentlich beim Aether ist diese Phase länger, als beim Chloroform. Verf. giebt drei hierher gehörige Krankengeschichten, wo die Patienten durch Aether geheilt wurden, während alle anderen Medicamente im Stiche liessen.

Dr. P. K.

Ueber einen Fall von Eunuchenstimme. (Sur un cas de voix eunuchoïde.) Von Dr. Labit. (Revue de laryngol. 1896, No. 28)

Es giebt bekanntlich zwei Arten von Eunuchenstimme: die echte Eunuchenstimme hängt von einer fehlerhaften Ausbildung des Larynx ab bei bestehender Atrophie der Geschlechtstheile; die zweite, welche als eunuchoider Stimme zu bezeichnen ist, hängt nur von fehlerhafter Contraction der Larynxmuskeln ab, während der Larynx selbst normal gebaut ist und nöthigen Falles tiefe Töne abgeben kann. In letzterem Fall also besteht die Stimme des Kindes fort, trotzdem Patient ein Mann ist und trotzdem der Larynx sich normal entwickelt hat. Verf. giebt einen hierher gehörigen Fall, welcher durch Stimmübungen geheilt wurde.

Dr. P. K.

Traumatische Längswunde und Durchtrennung des rechten Stimmbandes durch einen schneidenden Fremdkörper. (Division longitudinale traumatique de la corde vocale droite occasionnée par un corps étranger à bords tranchants.) Von Dr. Lichwitz. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 1.)

Verf. giebt die oben citirte Krankengeschichte in all' ihren Einzelheiten nebst Illustration. Das abgetrennte, dem Stimmband parallele Stück erschien Anfangs als ein Narbenstrang, welcher durch den langen Aufenthalt des Fremdkörpers im Larynx oder durch die Extractionsversuche bedingt war. Erst nach dessen Entfernung und bei der microscopischen Untersuchung erwies der Strang sich als ein integrierender Theil des rechten Stimmbandes. Die Entstehung dieses, die ganze Länge des Stimmbandes einnehmenden Stückes kann man sich nur so denken, dass die schneidende scharfe Kante des verschluckten Spielzeuges fest auf die betreffende Linie aufdrückte und in dieser Stellung durch die spitzen Anhängsel des Spielzeuges fortwährend festgehalten wurde. Die Extractionsversuche durch den Mund waren fruchtlos geblieben und haben mehr geschadet als genutzt. Die einfache Tracheotomie, welche nachher ausgeführt wurde, erfüllte den gewünschten Zweck auch nicht. Man musste die Thyrotomie ausführen und dann erst konnte man den Fremdkörper entfernen. Die

Heilung ging gut von statten, aber das Athmen blieb schlecht, eben wegen des abgetrennten Stückes Stimmband. Man machte eine zweite Thyrotomie ohne Erfolg. Erst nach einer dritten Thyrotomie (!) fand man den betreffenden Lappen, welcher sehr schwer und nur mittelst eines ihn hervorziehenden Häkchens zu sehen war, und excidirte denselben. Das Athmen wurde normal, die Stimme aber schlechter.

Dr. P. K.

Plötzlicher Tod bei Eröffnung eines retropharyngealen Abscesses.

(Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien.) Von Dr. Levrey u. Dr. Ghika. (Journal de clinique et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Bei der Section fand man keinen Tropfen Eiter in den Luftwegen; der Schnitt war nach den Regeln der Kunst ausgeführt worden. Verf. nimmt die Reflexohnmacht mit plötzlichem Aufhören der Respiration an; es ist gut, solche Ereignisse zu kennen, wo man gewiss dem Arzte die Schuld nicht geben kann.

Dr. P. K.

Die retropharyngealen Abscesse und der retroviscerale Raum des Halses. (Les abcès rétropharyngiens et l'espace rétroviscéral du cou.) Von Dr. S. Rosenthal. (Chirurg. Hiétop. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Nach vielseitigen Experimenten an der Leiche gelangt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) der retroviscerale Raum bildet eine enge Spalte, welche von lockerem Bindegewebe angefüllt ist; es ist eine ganz genau abgegrenzte Region; 2) dieser Raum beginnt oben an der Basis cranii und kommt unten in das hintere Mediastinum; 3) die beste Methode, diesen Raum zu studiren, besteht darin, dass man durch ein in die Apophysis basilaris gebohrtes Loch eine Injectionsmasse einspritzt, welche bei gewöhnlicher Temperatur hart wird; diese Masse dehnt den Raum aus, giebt ihm die Gestalt eines Sackes und stellt das Bild des retropharyngealen Abscesses dar; 4) gelangt die Injectionsmasse in das hintere Mediastinum, so bildet sich eine Einschnürung an der Grenze des Halses und des Thorax, welche dem retrovisceralen Raum die Gestalt einer Sanduhr giebt; 5) diese bleibt haften im retrovisceralen Raum, bis das Bindegewebe zufällig zerreisst; 6) durch die Einspritzung nimmt also der im gewöhnlichen Zustande eine Spalte bildende Raum die Gestalt einer Tasche an, deren Wände gespannt sind; 7) alle Halsorgane, welche vor diesem Sack liegen, werden zur Seite geschoben; 8) die Halsmuskeln verschieben sich auch, bleiben aber unangetastet in ihrer Scheide, welche sie von dem retrovisceralen Raume trennt; 9) die Arteria thyroidea inferior stellt keine Communicationsöffnung zwischen dem retrovisceralen Raume und dem vor letzterem liegenden Raume dar; 10) der retroviscerale Raum umgiebt an keiner Stelle den Oesophagus vollständig; 11) die Injectionsmasse gelangt nie in die Gefäßscheide des Halses; 12) gelangt die Injectionsmasse in das Mediastinum posterior, so legt sie sich oben zwischen Wirbelsäule und Speiseröhre, unten zwischen Aorta und Speiseröhre; 13) es besteht keine Communication zwischen

Mediastinum anterior und posterior; 15) nach unten endet der retroviscerale Raum in der Höhe des elften Brustwirbels; 16) also beweisen die Experimente, dass der retroviscerale Raum des Halses eine geschlossene Tasche ist, welche allein mit dem Mediastinum posterior in Verbindung steht.

Dr. P. K.

Studie über das Hineinfallen der Trachealcannülen in die obersten Luftwege. (Contribution à l'étude des canules à trachéotomie tombées dans les voies aériennes.) Von Dr. C. Billot. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Verf. hat für einen Zeitraum von 26 Jahren 19 Fälle gesammelt. Das unangenehme Ereigniss ist also gar nicht so selten. Nachdem Verf. seinen ihm eigenen Fall genau beschrieben und die übrigen 18 kurz erwähnt hat, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Die herabgefallenen Trachealcannülen können, ohne grossen Schaden hervorzubringen, eine Zeit lang in den Bronchien verweilen; 2) demgemäss eilt in den meisten Fällen die Extraction nicht; 3) wenn nun auch diese Extraction nicht sehr eilt, so bleibt selbe doch das einzige Mittel, die nothwendiger Weise später eintretenden übeln Folgen zu beschwören; 4) man soll also gleich mit den zu Hilfe stehenden Instrumenten die Extraction probiren; 5) gelingt diese erste Operation nicht, so muss man ganz genau studiren, wie der Patient athmet; 6) im gegebenen Falle muss man die Trachealwunde erweitern, eine dickere grosse Canüle einsetzen; 7) wenn das Athmen gesichert ist, kann man ruhig sich nach anderen Instrumenten umsehen; 8) die verschiedenen Zangen und Drahtschlingen bleiben noch die besten Extractionswerkzeuge.

Dr. P. K.

Ein Fall von Diphtheritis der Conjunctiva und der Palpebra durch Serothérapie behandelt. (Un cas de diphtérie conjonctive palpébrale traitée par la sérothérapie.) Von Dr. H. Ripaut. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Ein 4jähriges Mädchen zeigte einen verdächtigen Fall von Ophthalmie, welche nach Schnupfen eingetreten war; die bacteriologische Untersuchung ergab Diphtheritis. Serum mit Compressen von Borsäurelösung waren die einzige Behandlung, unter welcher das Kind rasch heilte. Eine Woche ehe das Kind erkrankte, wurde die Mutter an einem leichten Halsübel behandelt. Jetzt ergab die bacteriologische Untersuchung den Löffler'schen Bacillus im Rachenschleim der Mutter sowohl, wie in dem des Vaters.

Dr. P. K.

Scharlach und frühzeitige Angina diphtheritica. (Scarlatine et angine diphtéritique precoce.) Von Dr. Beauchant. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Sehr selten, während die spät auftretende Angina pseudomembranacea immer diphtheritisch ist; diese Ansicht, welche die meisten Autoren theilen, ist nach Ansicht des Verf.'s etwas zu absolut. Nach langen Auseinandersetzungen und sich auf besonders deutsche Statistiken stützend, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Diphtheritis und Scharlach sind viel enger miteinander verbunden, als allgemein

angenommen wird; 2) wenn Diphtheritis sich secundär während Scharlach oder in der Reconvalescenz entwickeln kann, so sieht man aber auch häufig sich Scharlach während des Verlaufs einer diphtheritischen Angina entwickeln; beide Affectionen können nebeneinander bestehen; 3) in einigen Fällen, wenn Scharlach zu Diphtheritis tritt, so wird deren Verlauf auffallend verändert und selbst das Verschwinden des Löffler'schen Bacillus hervorgebracht. Dr. P. K.

Microbiologische Klinik der Anginen. (Clinique microbiologique des angines.) Von Dr. Landouzy. (Presse médicale und Revue de laryngologie 1896, No. 12.)

Verf. erwähnt eine grosse Anzahl Fälle, wo die bacteriologische Untersuchung klinische Irrthümer verbessert hat. Dann giebt er das Resultat der bacteriologischen Untersuchung von 860 Fällen von Angina mit verschiedenem Belag; es wurde nur 364 Mal der Löffler'sche Bacillus nachgewiesen, d. h. in 42,32 pCt.; von den übrigen erwiesen sich 79 als Streptococci, 293 als Mischungsarten. Die symptomatologische Diagnose heisst nichts; die bacteriologische Diagnose muss in allen Fällen gemacht werden, selbst in den Fällen, wo man glaubt, mit Plaques muqueuses zu thun zu haben. Dr. P. K.

Paradoxaler Puls bei Croup. (Le pouls paradoxal dans le croup.) Von Dr. G. Variot. (Journal de clin. et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Fühlt man den Puls eines croupkranken Kindes, so findet man gewöhnlich, wenn die Stenose etwas ausgeprägt ist, die Blutwelle an der Radialis während dem Inspirium bedeutend sinken. Dieses Sinken, welches wahrscheinlich nur die Steigerung eines physiologisch erklärten Phänomens darstellt, kann bis zum vollständigen Stillstand während dem Inspirium gehen und stellt dann den paradoxalen Puls dar. Er hört auf, sobald die Intubation gemacht ist.

Acute Bronchocele nach Influenza. (Bronchocèle aigue après l'influenza.) Von Dr. J. Kiffin. (Brit. medical Journal u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Eine 42jährige Frau bekam acht Tage nach einem Influenzaanfall plötzlich Fieber mit Halsschmerzen und Schwellung der Glandula thyroidea, welche Dysphagie und Dyspnoe verursachte. Heilung von selbst. Bei einer Influenzarecidive trat die Complication nicht mehr ein. Dr. P. K.

Bronchialfistel durch Electrolyse geheilt. (Fistule bronchiale du cou guérie par l'électrolyse.) Von Dr. Lichwitz. (Archives d'électricité médicale u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Eine 6 Ctm. tiefe, bis an die Mandel reichende, aber nicht in den Pharynx mündende Bronchialfistel wurde in 17 Sitzungen durch Electrolyse geheilt. Verf. reiht diesen Fall an drei von Léon Lefont im Jahre 1883 veröffentlichte, ebenfalls geheilte Fälle.

Dr. P. K.

Tamarindenkern im rechten Bronchus; Section. (Observation d'un noyau de tamarinier dans la bronche droite; autopsie.) Von Dr. A. B. Nade. (Lancet und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Wichtiger Fall, welcher lehrt, dass man die Trachealwunde soll klaffend erhalten bis zur Ausstossung des Fremdkörpers: Ein fünfjähriges Kind wurde wegen eines Tamarindenkerns im rechten Bronchus operirt, ohne dass es gelang, den Fremdkörper zu entfernen, noch beweglich zu machen. Am 36. Tage entfernte man die Cantile und die Wunde war in acht Tagen geheilt. Am 53. Tage hörte man deutlich das Klappengeräusch im Larynx und das Kind erlag dem Erstickungsanfall. Bei der Section fand man noch den Kern in der Höhe der Cartilago cricoidea, die Trachea ausstopfend. Die Extractionsversuche während des Lebens waren misslungen, weil der „erweichte“ Kern beim Contact der Zunge nicht von den Bronchialwänden unterschieden werden konnte. Die Moral von der Geschichte ist, dass man nie eine Trachealwunde soll zuheilen lassen, wenn noch der geringste Verdacht auf das Vorhandensein des Fremdkörpers in den Lungen besteht.

Dr. P. K.

Oedematöse Laryngitis bei einem 15monatlichen Kinde in Folge des Einführens eines Fremdkörpers in den Larynx. Intubation des Larynx während 24 Stunden. Heilung. (Laryngite oedémateuse chez un enfant de 15 mois à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans le larynx. Intubation du larynx pendant vingtquatre heures. Guérison) Von Dr. Bonain. (Revue des maladies de l'enfance und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Ein 15 Monate altes Kind verschluckte ein Stück Pflaumenkern; dem ersten Erstickungsanfall folgten mehrere andere, so dass, statt der gewöhnlich ausgeführten Tracheotomie die Intubation, und zwar mit Erfolg, ausgeführt wurde.

Dr. P. K.

Acutes Larynxödem miasmatischen Ursprunges. (Oedème aigu du larynx d'origine palustre.) Von Dr. E. B. Baylie. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Das Sumpffieber hat auch seine Rolle in der Aetiologie des acuten Larynxödems. Zur Zeit hat Jacob Arnold dieses acute Larynxödem mit dem Namen Epiglottitis miasmatica bezeichnet. Verf. erzählt einen hierher gehörigen Fall, welcher trotz aller localen Behandlung immer schlimmer wurde, bis man Chinin reichte. Die Tracheotomie konnte umgangen werden, und das Fieber liess nach.

Dr. P. K.

Acutes Larynxödem. (Un cas d'oedème aigu primitif du larynx.) Von Dr. Lévi u. Dr. Laurens. (Arch. générales de médecine u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Trat bei einem vorher gesunden 35jährigen Manne plötzlich nach längerem Aufenthalt im Keller auf. Scarificationen und locale Behandlung halfen. Heilung.

Dr. P. K.

Larynxödem bei Nierenleiden. (L'œdème du larynx en relation avec les maladies rénales.) Von Dr. Carmelo Abate. (Archivio internazionale della specialites medico-chirurgiche u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Ein 40jähriger, mit Morbus Brightii behafteter Mann bekam plötzlich lebensgefährliche Laryndyspnoe. Schnell ausgeführte Scarificationen halfen die Tracheotomie zu umgehen. Verf. erzählt das Beispiel zur Aetiologie des acuten Larynxödems.

Dr. P. K.

Fall von hämorrhagischer Laryngitis bei Influenza. (Cas de laryngite hémorrhagique grippale.) Von Dr. C. Compaired. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Wurde bei einem 18jährigen jungen Mann gefunden, dessen Krankengeschichte Verf. giebt; seltene Fälle.

Dr. P. K.

Tertiäre Laryngealsyphilis bei einem Erwachsenen; Erstickungsanfälle; wiederholte Tubage; Heilung. (Un cas de syphilis laryngée tertiaire chez un adulte; crises de suffocation; tubages répétés; guérison.) Von Dr. Sargnon. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

In diesem Falle wurde die Intubation als weniger gefährlich und besser wirkend vorgezogen. Denn die Tracheotomie wendet nur die Erstickungsgefahr ab und man muss nachher nach den verschiedenen bekannten Methoden erweitern; während die öfters wiederholte Intubation diese zwei Indicationen zugleich erfüllt. Nach einer gewissen Zeit gelangen die Patienten sogar dahin, dass sie sich selbst intubiren.

Dr. P. K.

Plötzlicher Tod durch Eindringen erbrochener Massen in den Larynx. (Mort par suite de la pénétration de matières vomies dans le larynx.) Von Dr. Mitchell. (Brit. med. Journal u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Ein 5jähriges Kind bekam nach dem Essen Uebelsein und wurde in's Bett gelegt. Die Mutter war im Zimmer beschäftigt; als sie nach dem Kinde schaute, fand sie dasselbe todt im Bett; neben ihm befanden sich erbrochene Speisen; ein Stück Orange war fest im Larynx eingeklemmt.

Dr. P. K.

Specifische Behandlung bei zweifelhafter Diagnose von Larynxleiden. (Le traitement spécifique dans les laryngites de diagnostic douteux.) Von Dr. Clarence C. Rice. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Verf. betont die Schwierigkeit der Diagnose in vielen Fällen, selbst wenn man sich des Microscopes bedient; er erzählt Fälle, wo Syphilis mit Carcinom verwechselt und die Laryngectomie gemacht wurde. In jedem zweifelhaften Falle soll man antisiphilitisch behandeln; selbst bei Carcinom wirkt Jod oft günstig.

Dr. P. K.

Blutegel im Larynx; Entfernung auf natürlichem Wege. (Sangsue dans le larynx; extraction par les voies naturelles.) Von Dr. Niccola Palazzolo. (Bolletino delle malattie dell' orecchio und Revue de laryngologie 1896, No. 18.)

Verf. hat in seiner Praxis auf der Insel Sicilien drei Fälle von Blutegel in den obersten Luftwegen beobachtet. Alle drei waren in dem Brunnenwasser, welches aus irdenen Krügen getrunken wurde, enthalten und wurden mittelst Zange auf natürlichem Wege entfernt.
Dr. P. K.

Pferdeblutegel unterhalb der Stimmbänder; Tracheotomie am 16. Tage; spontane Entfernung am folgenden Tage. (Sangsue de cheval implantée dans la région sousglottique; trachéotomie le sixième jour. Expulsion spontanée le lendemain.) Von Dr. Pauzat. (Arch. de médecine et de pharmacie militaire und Revue de laryngologie 1896, No. 24.)

Terpentinöl, intratracheale Einspritzungen von Salzwasser, Inhalationen von Carbolsäure helfen nicht. Der Blutegel wandert: Anfangs im oberen Larynxtheile sich aufhaltend, ging er nach einer fruchtlosen Zangenextraction in die infraglottische Gegend; nach der Tracheotomie ging er wieder an die Basis der Epiglottis. Die Indicationen sind also folgende: Die Extractionsversuche sollen nur angewandt werden, wenn der Blutegel sich oberhalb der Stimmbänder befindet; sonst sind sie gefährlich; die Tracheotomie soll immer unterhalb des Sitzes des Blutegels ausgeführt werden.
Dr. P. K.

Ueber Behandlung der Larynxpapillome. (Du traitement des papillomes du larynx.) Von Dr. A. Toti. (Revista di Pathologia et terapia della malattia della gola und Revue de laryngologie 1896, No. 14.)

Verf. giebt einen Fall, wo er wegen genannter Operation die Laryngotomie ausführen musste. Die einfache Tracheotomie genügt nämlich nicht immer. Er giebt als allgemeine Regel an, dass, wenn die Tracheotomie ausgeführt werden muss, man nicht gleich nachher die Thyrotomie ausführen, sondern einige Zeit abwarten soll; denn manchmal atrophiren und lösen sich die Auswüchse in solchen Fällen von selbst los.
Dr. P. K.

Zwei Todesfälle in Folge von Larynxbepinselungen. (Deux cas de mort survenue au cours de pausements du larynx.) Von Dr. Guescheline. (Gazette hebdomadaire médic. de la Russie mérid. und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 2.)

Zwei plötzliche Todesfälle bei Cocainbepinselung, welche nicht auf Vergiftung durch Cocain zurückgeführt werden können, weil selbe zu rasch eintraten. Verf. glaubt, dass in dem ersten Falle, wo Glottisödem bestand, die Berührung mit dem Pinsel einen Krampf hervorrief, welchen die Abductoren nicht bemeistern konnten; in dem zweiten Falle scheint der Pinsel einen Abscess in der Höhe der Cartilago cricoidea eröffnet zu haben, der Eiter habe dann die Erstickung herbeigeführt.
Dr. P. K.

Larynxbepinselungen mit gesättigter Kupfervitriollösung bei chronischem Catarrh mit Aphonie, ohne dass ausgesprochene Läsionen im Larynxeingang sich befinden. (Des cautérisations du larynx avec une solution saturée de sulfate de cuivre dans la laryngite chronique avec aphonie et sans lésions prononcées à l'entrée du larynx.) Von Dr. S. V. Vinogradski. (Wratsch u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 4.)

Unverdienter Weise ist das von Trousseau so sehr empfohlene schwefelsaure Kupferoxyd in Vergessenheit gerathen. Verf. giebt neun Krankengeschichten, chronische Larynxcatarrhe betreffend, wo die genannten Bepinselungen vollständige Heilung brachten; es waren unter den Patienten mehrere Sänger, welche bald darauf ihrer Berufsthätigkeit wieder nachgehen konnten; man soll die Bepinselungen jeden zweiten Tag machen.

Dr. P. K.

Die Laryngotomie. (La laryngotomie.) Von Dr. Périer. (IX. Congrès français de chirurgie und Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 3.)

Die Tracheotomie ist gar keine so unschuldige Operation, als allgemein angenommen wird, namentlich für die Zukunft; man soll selbe also vermeiden, wenn man kann, namentlich wenn sie nur prophylactisch soll ausgeführt werden. Der Eintritt des Blutes in die Trachea bei Operationen kann auch ohne vorherige Tracheotomie verhindert werden, wenn man langsam operirt und vollständige Hämostase besorgt, ehe die Laryngotomie ausgeführt wird. Verf. zeigt drei Patienten, wo Tumoren aus dem Larynx durch einfache Thyrotomie ohne vorherige Tracheotomie mit Erfolg entfernt worden waren. Verf.'s Operationsmethode ist folgende: Im Princip besteht sie aus einer Blosslegung des Larynxgerüstes in seiner ganzen Höhe und Breite. Es wird nahe am Zungenbeine ein horizontaler Hautschnitt geführt, welcher bis auf die Membrana hyothyroidea dringt und seitlich die beiden grossen Hörner überragt; auf diesen Schnitt setzt man einen medianen senkrechten, welcher vom Os hyoideum bis über die drei ersten Trachealringe reicht und alle Knorpel blosslegt. Man erhält so zwei dreieckige Lappen, indem man die Weichtheile ganz nahe auf dem Knorpelgerüst abpräparirt. Man erhält so eine grosse Wunde, welche nicht so viel blutet, als man anzunehmen pflegt; jedenfalls hat man völlig Zeit, eine vollständige Hämostase zu machen, so dass kein Tropfen Blut in die Trachea fiesst. Nun macht man zuerst die Trennung beider Schildknorpelplatten und entfernt selbe mittelst zweier feiner Haken; man kann dann schon das Larynxinnere überschauen; dann, wenn es nöthig ist, verlängert man diesen Schnitt nach oben und unten. Nun kann man im Larynxinnern mit Cürette, Messer, galvanischem Messer und selbst Thermocauter operiren. Es ist ziemlich schwer, die beiden Schildknorpelplatten wieder hübsch zu vereinigen, namentlich wenn der Schnitt nach oben und unten verlängert werden musste. Zu diesem Behufe näht man zuerst mittelst feinem Catgut die Membrana hyothyroidea und cricothyroidea genau zusammen; dann legt man einige Nähte durch das Perichondrium und selbst durch den Knorpel, wenn letzterer noch weich genug ist; wenn

man die übrigen Weichtheile ordentlich näht, so gewinnen die Knorpelnähte einen guten Stützpunkt; vorsichtshalber lässt man einen kleinen Drain im unteren Winkel der Wunde. Ein anderer Vorzug dieser Art von Laryngotomie besteht darin, dass im gegebenen Fall die Total-*exstirpation* nach der vom Verf. gegebenen Methode ausgeführt werden kann: man braucht blos am unteren Ende des senkrechten Hautschnittes zwei horizontale Schnitte zu machen, welche die Trachea freilegen und deren Durchtrennung gestatten. Dr. P. K.

Desinfectirbarer Larynxspiegel. (*Miroir laryngien désinfectable.*)
Von Dr. G. Chincini. (Boll. della mal. dell' orecchio, gola e naso u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Um den Spiegel leicht desinfectirbar zu machen, wird der eigentliche Spiegel durch einen abnehmbaren Ring an der metallischen Platte befestigt. Zur Desinfection wird dann der eigentliche Spiegel abgenommen, alle Metalltheile gehörig desinfectirt, der Spiegel selbst vorsichtig geputzt und das Ganze wieder aneinandergeschraubt. Verf. lobt diese Neuerung und wünscht, dass dieser neue Spiegel in solchen Kliniken besonders Eingang finde, wo eine öftere und schnelle Desinfection nöthig erscheint. Das Princip des Verf.'s erscheint dem Referent natürlich richtig, die Ausführung der Idee erscheint ihm aber viel einfacher, wohlfeiler und practischer von Hopmann in Cöln in Form eines in einem nicht geschlossenen Ring gehaltenen Spiegels gemacht worden zu sein. Ref. bedient sich des Hopmann'schen Spiegels seit einiger Zeit und findet diesen Spiegel, selbst abgesehen von der leichten Desinfection, leichter, wohlfeiler und eleganter als unseren alten Spiegel. Dr. P. K.

Tracheotomie mit directem Lufteinblasen in Fällen von Asphyxie bei allgemeiner Anästhesie. (*De la trachéotomie suivie d'insufflation directe dans le traitement des cas graves d'asphyxie au cours de l'anesthésie générale.*) Von Dr. Paul Thiéry. (*Gazette des hôp. und Revue de laryngologie* 1896, No. 24.)

Beispiel einer während der Operation scheinodt gewordenen tuberculösen Frau; die Tracheotomie wurde rasch ausgeführt und während 10 Minuten Luft direct eingeblasen. Contrahirt die Pupille sich in solchen Fällen noch, so ist Hoffnung vorhanden, den Patienten in's Leben zurückzurufen. Dr. P. K.

Zwei Fälle von Tracheotomie wegen Entzündung des laryngealen Zellgewebes. (*Deux cas de trachéotomie pour cellulite laryngée.*)
Von Dr. T. C. Evans. (*Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx* 1896, No. 7.)

Glottisödem ist natürlich ein falscher Ausdruck, weil die Glottis nicht anschwellen kann, sondern nur das laxe submucöse Zellgewebe dieser Anschwellung unterliegt. Uebrigens sei das einfache passive Oedem sehr selten, meist ist es entzündliche Anschwellung, bei welcher die Tracheotomie ein viel sichrerer Mittel als die langweilige Intubation ist. Dr. P. K.

Spasmus glottidis nach Tracheotomie durch Tubage geheilt. (Spasme de la glotte consécutif à la trachéotomie guéri par le tubage.) Von Dr. Levrey. (Journal de clin. et de thérap. infant. u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 5.)

Ein 3½-jähriges Kind vertrug die Tubage nicht und musste tracheotomisiert werden. Bei jedem Versuch, die Canüle zu entfernen, trat ein heftiger Spasmus glottidis ein und man musste die Canüle wieder einlegen. Man wandte jedes Mal die Tubage an, ehe man die Canüle entfernte; nach Wiederholung dieser Procedur konnte man die Canüle bleibend entfernen.

Dr. P. K.

Anästhesie durch Guajacolöl in der Otologie, Rhinologie und Laryngologie. (Anesthésie par l'huile guajacolée en otologie, rhinologie et laryngologie.) Von Dr. Laureus. (Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 1.)

Die anästhetische Wirkung des Guajacol in der Chirurgie und namentlich in der Zahnheilkunde ist längst bekannt. Das von Lucas-Championnière angegebene Präparat ist als das beste zu betrachten; es ist Guajacolöl: feinstes Olivenöl wird zuerst mit Chlorzink behandelt, um die farbigen Harze und Eiweiss zu binden; dann wäscht man es mit Alcohol aus, um es von den so entstandenen fettigen Säuren zu befreien und dann wird es einige Zeit auf 100 Grad Hitze gehalten; das so entstandene sehr feine Olivenöl wird mit einem Zwanzigstel Guajacol vermischt. Das kranke Organ wird zuerst aseptisch gemacht und dann mit Guajacolöl während 15 bis 20 Minuten in Contact gebracht; vor der Operation muss das Oel mit hydrophiler Watte aufgesaugt werden. Das Medicament hat in allen Fällen seinen Zweck erfüllt; es wirkt zwar langsamer, bewirkt nicht so auffallend die Retraction des contractilen Gewebes wie Cocain, hat aber auch dessen oft sehr unangenehme Nebenwirkungen nicht.

Dr. P. K.

Ein O'Dwyer-Rohr in der Trachea. Tracheotomie und Extraction. (Chute d'une tube d'O'Dwyer dans la trachée. Trachéotomie et Extraction.) Von Dr. Mayo. (Med. Record u. Annales des maladies de l'oreille et du larynx 1896, No. 7.)

Nachdem die Canüle 48 Stunden lang im Larynx gesessen, fiel sie in die Trachea hinab. Die Tracheotomie musste schleunigst ausgeführt werden, obgleich man keine Trachealcanüle zur Hand hatte. Nach Extraction des Rohres musste man während einer ganzen Stunde Wiederbelebungsversuche machen; das Kind genas trotz der darauf folgenden Bronchopneumonie. Trotz des seltenen Vorkommens musste doch das Ereigniss erwähnt werden.

Dr. P. K.

Alle für die Monatschrift bestimmten Beiträge und Referate sowie alle Druckschriften, Archive und Tausch-Exemplare anderer Zeitschriften beliebe man an Herrn Prof. Dr. Gruber in Wien I, Freyung 7, zu senden. Beiträge werden mit 40 Mark pro Druckbogen honorirt und die gewünschte Anzahl Separat-Abzüge beigegeben.

Verantwortlicher Redacteur: I. V.: Dr. H. Lohnstein, Berlin.
Verlag der Allgemeinen Medicinischen Central-Zeitung (Oscar Coblenz).
Expeditionsbureau: Berlin W. 35, Schöneberger Ufer 28.

Druck von Marschner & Stephan in Berlin SW., Ritterstrasse 41.

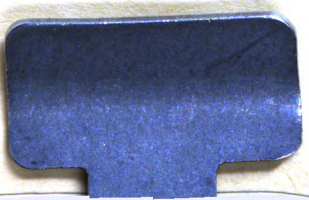
RF
1
.M 8
v. 30

902926
Monatsschrift für

RF 1 .M 8 v. 30	Monatsschrift für Orenheilkunde
	1896 902926

RF Billings Library 902926

1
.M 8
v. 30/1896



UNIVERSITY OF CHICAGO



79 856 249